

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité
Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien
Eine Analyse der Serien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“
der 70er Jahre

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae
(Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité
Universitätsmedizin Berlin

von

Leonor Heinz
aus Wiesbaden

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	6
1.1.	STIGMAFORSCHUNG: EINSTELLUNGEN UND ANSICHTEN DER BEVÖLKERUNG GEGENÜBER PSYCHISCH KRANKEN.....	7
1.1.1.	<i>Die 50er und 60er Jahre: Fremdheit und Abstand – die Kultur der Distanzierung.....</i>	<i>7</i>
1.1.2.	<i>Die 60er und 70er Jahre: Entdeckung der psychiatrischen Anstalt als Ursache</i>	<i>9</i>
1.1.3.	<i>Die 70er und 80er Jahre: Hoffnung und Enttäuschung.....</i>	<i>10</i>
1.1.4.	<i>Neuere Studien zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken.....</i>	<i>11</i>
1.2.	ZUR TATSÄCHLICHEN GEFÄHRLICHKEIT PSYCHISCH KRANKER.....	12
1.3.	STIGMAFORSCHUNG – AUSPRÄGUNGEN UND KONSEQUENZEN DER STIGMATISIERUNG	14
1.3.1.	<i>Individuelle Diskriminierung</i>	<i>14</i>
1.3.2.	<i>Strukturelle Diskriminierung</i>	<i>15</i>
1.3.3.	<i>Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung.....</i>	<i>16</i>
1.4.	ANTI-STIGMA-PROGRAMME	16
1.5.	GRUNDLAGENFORSCHUNG – WARUM UND WODURCH STIGMATISIERUNG?	18
1.5.1.	<i>Der Impuls zur Stigmatisierung.....</i>	<i>19</i>
1.5.2.	<i>Die Erstellung eines Angst abwehrenden Erklärungsmodells.....</i>	<i>19</i>
1.5.3.	<i>Rechtfertigung und Gratifikation.....</i>	<i>21</i>
1.5.4.	<i>Rückkopplung - Festigung des Erklärungsmodells.....</i>	<i>22</i>
1.6.	ZUR DARSTELLUNG PSYCHISCH KRANKER IN DEN MEDIEN.....	24
1.6.1.	<i>Zum Einfluss von Mediendarstellungen auf den Rezipienten</i>	<i>25</i>
1.6.2.	<i>Darstellung in der Presse</i>	<i>25</i>
1.6.3.	<i>Darstellung in Kinofilmen.....</i>	<i>26</i>
1.6.4.	<i>Darstellung im Fernsehen</i>	<i>31</i>
1.7.	DIE BEDEUTUNG DER KRIMINALFERNSEHSERIEN „TATORT“ UND „POLIZEIRUF 110“ IN DER	32
	DEUTSCHEN MEDIENLANDSCHAFT DER 70ER JAHRE.....	
1.7.1.	<i>Westdeutschlands in der Nachkriegszeit – Hervorbringung der Krimiserie „Tatort“</i>	<i>33</i>
1.7.2.	<i>Ostdeutschland in der Nachkriegszeit – Hervorbringung der Krimiserie „Polizeiruf 110“</i>	<i>35</i>
2.	FRAGESTELLUNG.....	39

3.	MATERIAL UND METHODEN	40
3.1.	ZUR METHODE DER INHALTSANALYSE.....	40
3.2.	DIE ANWENDUNG DER INHALTSANALYSE IN VORLIEGENDER ARBEIT.....	42
3.2.1.	<i>Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	42
3.2.2.	<i>Festlegung der Analyseeinheit</i>	43
3.2.3.	<i>Konstruktion des Kategoriensystems</i>	44
3.2.4.	<i>Kodierbogen und Kodieranweisungen</i>	44
3.2.5.	<i>Kodierschulung und Pretest</i>	46
3.2.6.	<i>Prüfung der Reliabilität</i>	47
3.2.7.	<i>Haupterhebung</i>	52
3.2.8.	<i>Datenübertragung und Datenauswertung</i>	52
3.3.	EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IM KONTEXT.....	53
4.	ERGEBNISSE	54
4.1.	HÄUFIGKEITSAUSZÄHLUNG INSGESAMT.....	54
4.1.1.	<i>Allgemeines zu den Filmen</i>	54
4.1.2.	<i>Angaben zu den dargestellten psychischen Störungen</i>	54
4.1.3.	<i>Angaben zu den psychisch kranken Filmcharakteren</i>	56
4.1.4.	<i>Psychiatrische / Psychologische Behandlung insgesamt</i>	57
4.1.5.	<i>Positive und negative Merkmale</i>	57
4.1.6.	<i>Rolle im Film</i>	59
4.1.7.	<i>Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen</i>	59
4.1.8.	<i>Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst</i>	60
4.1.9.	<i>Verhaltensreaktionen des Umfelds auf den psychisch kranken Filmcharakter</i>	61
4.2.	UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN BEIDEN KRIMINALFERNSEHSERIEN „TATORT“ UND „POLIZEIRUF 110“.....	61
4.3.	UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN GESCHLECHTERN.....	65
4.4.	UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN EINZELNEN DIAGNOSEN.....	68
4.4.1.	<i>Störungen durch Alkohol verglichen mit anderen Diagnosen</i>	68
4.4.2.	<i>Anpassungsstörungen verglichen mit anderen Diagnosen</i>	70
4.4.3.	<i>Störungen durch Drogen, Alkohol ausgenommen, verglichen mit anderen Diagnosen</i>	72
4.4.4.	<i>Sexuelle Störungen verglichen mit anderen Diagnosen</i>	73
4.4.5.	<i>Persönlichkeitsstörungen verglichen mit anderen Diagnosen</i>	73
4.4.6.	<i>Affektive Störungen verglichen mit anderen Diagnosen</i>	74
4.4.7.	<i>Andere Störungen / FX verglichen mit anderen Diagnosen</i>	74

5.	DISKUSSION	75
5.1.	VERGLEICH DER ERGEBNISSE MIT DENEN ANDERER INHALTSANALYSEN UND STUDIEN ZUM THEMA	75
5.1.1.	<i>Zur Häufigkeit psychisch kranker Fernsehcharaktere in verschiedenen Sendeformaten.....</i>	<i>75</i>
5.1.2.	<i>Vergleich der Darstellung psychisch Kranker als gefährlich</i>	<i>76</i>
5.1.3.	<i>Vergleich weiterer Darstellungsmerkmale.....</i>	<i>78</i>
5.1.4.	<i>Vergleich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern</i>	<i>79</i>
5.1.5.	<i>Vergleich der ermittelten Diagnosen und der damit verknüpften Merkmale</i>	<i>79</i>
5.1.6.	<i>Vergleich der Häufigkeit und Darstellung psychiatrischer / psychologischer Behandlung</i> <i>und Therapie.....</i>	<i>80</i>
5.1.7.	<i>Fazit des Vergleichs der Ergebnisse mit denen anderer Studien.....</i>	<i>80</i>
5.2.	INTERPRETATION DER UNTERSCHIEDLICHEN DARSTELLUNGSWEISE PSYCHISCH KRANKER IM „TATORT“ SOWIE	81
	IM „POLIZEIRUF 110“	81
5.3.	INTERPRETATION DER HÄUFIGKEIT UND DARSTELLUNGSWEISE VERSCHIEDENER PSYCHISCHER STÖRUNGEN.....	83
5.4.	DIE BEDÜRFNISSE DES ZUSCHAUERS UND DEREN BEFRIEDIGUNG DURCH DEN FERNSEHKRIMI SOWIE DURCH	85
	DIE SPEZIFISCHE DARSTELLUNG PSYCHISCH KRANKER	85
5.5.	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	88
5.6.	FAZIT UND AUSBLICK.....	90
6.	ZUSAMMENFASSUNG	92
7.	LITERATURVERZEICHNIS	94
8.	ANHANG.....	107
8.1.	KATEGORIENSYSTEM	107
8.2.	LEBENS LAUF	109
8.3.	DANKSAGUNG	110
8.4.	EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG	111

1. Einleitung

Die hohe Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen ist in verschiedenen epidemiologischen Studien immer wieder bestätigt worden (1). Nach der Global Burden of Disease study führt diese Krankheitsgruppe zu den gravierendsten Behinderungen und dem größten Verlust gesunder Lebensjahre, übertroffen nur von kardiovaskulären Erkrankungen (2). Die Lebenszeitprävalenz von DSM-IV kodierten psychischen Störungen wird von Kessler et al. (2007) für Deutschland mit insgesamt 25,2 % angegeben (3), wobei Angststörungen, Depressionen und Alkoholabhängigkeit am häufigsten vorkommen. Etwa 30 % der Patienten eines Allgemeinarztes bzw. in der Primärversorgung tätigen Arztes haben eine psychiatrische Erkrankung, jedoch wird weniger als die Hälfte davon als solche erkannt, so dass eine deutliche Unterdiagnostik und Unterversorgung resultiert (1). In einer britischen Studie identifizierten Allgemeinärzte nur 36 % von 157 Patienten mit Angststörung oder Depression als psychisch krank (4). Nach den Autoren ist diese geringe Rate durch eine Verbesserung der ärztlichen Gesprächstechniken nur geringfügig zu beeinflussen. Vielmehr zeigte sich, dass die Art, wie sich der Patient präsentierte, die Feststellung der psychischen Erkrankung im Wesentlichen bestimmte. Patienten, die eine rein körperliche Erkrankung als Ursache für ihre Symptome vermuteten, schilderten ihre Beschwerden entsprechend; ihre psychische Erkrankung wurde nur in 15 % der Fälle erkannt. Bei Patienten, die in der Darstellung ihrer Beschwerden nicht auf rein körperliche Symptome eingengt waren, konnte die zugrunde liegende Erkrankung in 72 % der Fälle identifiziert werden. Insofern stellt sich die Frage, was der Angabe psychischer Symptome entgegenstehen könnte.

Einerseits kann das Erkennen der richtigen Diagnose zu medizinischer Behandlung und Heilung verhelfen und so die Lebensqualität verbessern. Andererseits hat das Etikett „psychiatrisch erkrankt“ so deutlich stigmatisierende Wirkung, dass die negativen Auswirkungen des Labels die positiven Wirkungen einer Behandlung stark einschränken können (5; 6). Für jegliche Form von Leiden eine körperliche Ursache als Erklärung heranzuziehen, um der Stigmatisierung zu entgehen, erweist sich als effektiver Selbstschutz. Eine Studie mit an Schizophrenie erkrankten Patienten ermittelte bei Studienteilnehmern, die von einer „physischen, medizinischen, biologischen“ Ursache ihrer Probleme ausgingen, bessere soziale Beziehungen und eine höhere Lebensqualität als bei Studienteilnehmern, die als Ursache ihrer Probleme eine „psychische Erkrankung“ ansahen (7). Eine Untersuchung mit amerikanischen und neuseeländischen Studienteil-

nehmern zeigte, dass von allen Personen, die die Kriterien einer DSM-Diagnose erfüllten, die Hälfte bzw. ein Drittel keine psychische Störung bei sich vermuteten – bei Personen mit Alkoholabhängigkeit waren dies sogar zwei Drittel (8).

Selbst wenn Patienten das Vorhandensein einer psychischen Störung für wahrscheinlich halten, wird oftmals die Suche nach psychiatrischer Hilfe gezielt vermieden, um weiterer Stigmatisierung vorzubeugen (9; 10; 11). Als Ursache für die Nicht-Inanspruchnahme professioneller Hilfe fand eine britische Studie das gezielte Negieren des eigenen Krankheitszustandes, Zweifel an der Effektivität einer möglichen Behandlung sowie Furcht vor Stigmatisierung; hier waren ein Viertel der Patienten mit neurotischer Störung betroffen. Je schwerer der Krankheitszustand, desto mehr wurde vor einer therapeutischen Intervention zurückgeschreckt (9). Als wesentlicher Grund, auf Hilfe zu verzichten, wurde in weiteren Arbeiten die Überzeugung, das Problem werde sich von selbst lösen (8) die Scheu vor der Etikettierung als „psychisch krank“ (10) sowie die Furcht vor Stigmatisierung und Diskriminierung angegeben (11). Selbst nach erfolgter Diagnostik und eingeleiteter Therapie ist die Sorge, diskriminiert zu werden, weiterhin mit deutlich höheren Abbruchraten korreliert (10; 12).

1.1. Stigmaforschung: Einstellungen und Ansichten der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken

1.1.1. Die 50er und 60er Jahre: Fremdheit und Abstand – die Kultur der Distanzierung

In den 40er und 50er Jahren wurde in den USA und Kanada erstmals begonnen, in Studien systematisch die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu untersuchen (13), parallel zum damals einsetzenden Prozess der Verkleinerung und Schließung der psychiatrischen Großkrankenhäuser (14). Wegweisend in diesem Forschungsfeld wurde Shirley Star – sie entwickelte in den frühen 50er Jahren Fallvignetten, die in einfacher Sprache die Verhaltensmerkmale von Personen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen, wie Depression, paranoide Schizophrenie oder Alkoholismus, schilderten. Den Studienteilnehmern ihrer Arbeit (Zufallsstichprobe von 3500 US-Bürgern) gelang es kaum, die psychiatrischen Fallbeispiele als solche zu erkennen; nur beim am stärksten abweichenden Verhalten (paranoide Schizophrenie)

erkannten mehr als 50 % der Studienteilnehmer die in der Fallvignette beschriebene Person als psychisch krank (15). Es zeigte sich eine zur Verleugnung tendierende Scheu, einen Menschen als „psychisch krank“ zu bezeichnen. Eine in einer kanadischen Kleinstadt 1951 vom Ehepaar Elaine und John Cummings durchgeführte Studie führte zu ähnlichen Ergebnissen: Psychiatrisch stark auffälliges Verhalten wurde von den Studienteilnehmern eher als unbedeutende Marotte denn als psychische Erkrankung angesehen (15). Die Hypothese, mangelndes Wissen sei die Ursache für das Nichterkennen der psychiatrischen Erkrankungen, bestätigte sich nicht: Nach einer 6-monatigen Bildungskampagne schienen sich die Ansichten der Bevölkerung zu psychiatrischen Erkrankungen nicht geändert zu haben. Vielmehr war das anfängliche Interesse der Gemeinde gegenüber den Forschern in offene Feindseligkeit umgeschlagen. Ebenso, wie die Studienteilnehmer keine Auseinandersetzung mit dem Thema wünschten, so betrachteten sie es auch als für sich persönlich völlig irrelevant (13; 16; 17). Dennoch wurden von staatlicher Seite Bildungskampagnen initiiert, in der Hoffnung, die öffentliche Meinung gegenüber psychisch Kranken positiv zu beeinflussen (13). Hoffnung keimte auf, als in Studien der 60er, die mit den Star-Vignetten arbeiteten, ein deutlich größerer Anteil der Studienteilnehmer die beschriebenen Verhaltensmuster als psychische Störung identifizierten konnte. Doch stellte sich bald die Frage, ob die Betroffenen überhaupt einen Vorteil davon hätten, nun besser erkannt zu werden (15). Wie Nunally 1961 feststellte, begegnete die Bevölkerung weitgehend unabhängig von sozialem Stand, Ausbildung und Alter, psychisch Kranken mit Angst, Misstrauen und Ablehnung und betrachtete sie als gefährlich, schmutzig, unvorhersehbar und wertlos (13).

1970 wurde, den nordamerikanischen Forschungsarbeiten nachfolgend, eine erste große deutsche Arbeit veröffentlicht, die die Meinungen der Bremer Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken anhand einer repräsentativen Meinungsumfrage untersuchte. Unter anderem ordneten die Befragten 30 Attribute in ihren positiven und negativen Ausprägungen zu; beim Typus des „Geisteskranken“ dominierten die Merkmale „verschwommen, unvernünftig, labil, unberechenbar, unverantwortlich, unbeherrscht“ (18, S. 19). Weiterhin hielten die Hälfte der Befragten einige Geisteskranke, ein Drittel alle Betroffenen allgemein für gefährlich (18, S. 52). Die Autoren beobachteten, dass zur Begründung für die Gefährlichkeit Geisteskranker weniger konkrete Befürchtungen, sondern eher eine prinzipielle Verunsicherung angegeben wurde. Als Basis des Erlebens von Geisteskranken als gefährlich identifizierten die Autoren die oben aufgeführten, psychisch Kranken typischerweise zugeordneten Attribute, aus welchen sich bestimmte indirekte

Gefährdungen ergäben: Erstens die verunsichernde Auswirkung solcher Eigenschaften wie unverständlich, unberechenbar und labil auf das Geflecht sozialer Beziehungen, zweitens das aus Merkmalen wie unvernünftig und unbeeinflussbar entstehende prinzipielle Kontrollproblem im sozialen Netzwerk (18, S. 74-5). Die Laiendefinition von Geisteskrankheit beinhaltet, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Unvernunft, Unberechenbarkeit und Unbeeinflussbarkeit sowohl im Rahmen persönlicher Beziehungen als auch im gesellschaftlichen Gesamtkontext stark auffällig und nicht tragbar seien – dies entspreche sehr gut den Forschungsergebnissen von Star, deren Studienteilnehmer nur extrem abweichendes Verhalten als psychisch krank eingestuft hätten. Auch in Deutschland sei davon auszugehen, dass abnormes Verhalten so lange mitgetragen bzw. nicht als psychische Erkrankung identifiziert werde, bis die Betroffenen völlig unintegrierbar geworden und ganz aus den gesellschaftlichen Zusammenhängen herausgefallen seien. Die Gleichsetzung von „psychisch krank“ mit „gesellschaftlich nicht tragbar“ bzw. „außergewöhnlicher Kontrollmaßnahmen bedürftig“ bedinge die besondere Furcht der Gesellschaft vor psychisch Kranken (18, S. 76-7).

1.1.2. Die 60er und 70er Jahre: Entdeckung der psychiatrischen Anstalt als Ursache der Stigmatisierung

Das griechische Wort „Stigma“, ist in seiner ursprünglichen Bedeutung eine in die Haut eingebrachte Markierung, um Sklaven und verurteilte Verbrecher zu erkennen (19; 20; 21). Der kanadische Soziologe Erving Goffmann griff das Wort 1963 in seiner Veröffentlichung „Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity“ auf und beschrieb Stigma als ein zutiefst diskreditierendes Merkmal, das dazu führt, dass Betroffene von ihrer Umgebung nicht mehr als vollständige, gewöhnliche Person, sondern nur noch als beschädigt und halbwertig wahrgenommen werden können (22). Goffman stand der Anstaltspsychiatrie sehr kritisch gegenüber – sie schien ihm die wesentliche Ursache der Stigmatisierung psychisch Kranker. Verschiedene Studien stützten diese These: Phillips (1966) legte seinen Probanden Star-Vignetten vor und maß anschließend die soziale Distanz gegenüber den in den Vignetten dargestellten Personen. Die Zusatzinformation, die beschriebene Person sei ein ehemaliger Patient der Psychiatrie, zeigte deutliche Wirkung: Beurteilten die Probanden die in der Vignette beschriebene Person vorher als etwas sonderbar, wirkte dieselbe Person, versehen mit dem Emblem des psychiatrischen Patien-

ten, stark abstoßend. Selbst dem in einer Fallvignette beschriebenen Idealtypus einer normalen Person wollten nur 40 % Wohnraum vermieten, sobald dieser als ehemaliger Patient der Psychiatrie vorgestellt wurde; ohne diese Zusatzinformation waren 100 % damit einverstanden (15). Auch die Chance auf einen Arbeitsplatz verringerte sich stark, wenn sich gesunden Testpersonen im Bewerbungsgespräch als ehemalige Patienten einer psychiatrischen Klinik vorstellten (23). - Weniger das tatsächliche Verhalten, vielmehr die Tatsache der Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik erwies sich als das eigentliche Stigma. Es wundert daher nicht, dass Studien zu Anfang der 70er Jahre zeigen, dass selbst in großer Not die Konsultation eines Psychiaters vermieden und bevorzugt Hilfe beim Allgemeinarzt oder beim Pfarrer gesucht wurde (13; 24). Kam es dann doch zur Behandlung in einer psychiatrischen Klinik, so war der Patient auch von ärztlicher Seite mit einem Etikett versehen, das ihn unmündig und rechtlos machte, wie Untersuchungen von Cohen und Struening (25) oder das Rosenhan-Experiment (26) zeigen.

1.1.3. Die 70er und 80er Jahre: Hoffnung und Enttäuschung

Zu Beginn der 70er Jahre zeigten Studien eine verringerte soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, ein größeres Wissen über psychiatrische Erkrankungen sowie eine größere Bereitschaft, diese als ärztlich behandelbar und zum Feld der Medizin gehörig anzuerkennen (13; 27; 28). Gleichzeitig offenbarten andere Studien das Gegenteil, und die Sorge wuchs, dass die neu aufkommende gemeindenahe Psychiatrie und die damit verknüpfte deutlichere Präsenz von psychisch Kranken in der Gesellschaft zu verschärfter Ablehnung führen würde (13; 17). War eine Veränderung eingetreten?

1974 untersuchte D'Arcy in derselben kanadischen Kleinstadt, die von den Cummings 23 Jahre zuvor untersucht worden war, mit demselben Studiendesign die Fähigkeit der dortigen Bevölkerung, verschiedene psychiatrischer Störungen anhand der typischen Verhaltensmerkmale als solche zu erkennen. Seine Ergebnisse waren mit denen von 1951 weitgehend deckungsgleich (29). Auch die Ergebnisse von Nunally (1961), die Bevölkerung habe eine sehr negative Einstellung gegenüber psychisch Kranken und hielt sie vor allem für gefährlich und unberechenbar, erwiesen sich in vielen weiteren Studien, die dieselben Messinstrumente verwendeten, als erstaunlich beständig (30). Eine Arbeit von Phelan (2001), die die Vorstellungen der Bevölke-

rung über psychiatrische Erkrankungen von 1950 bis 1996 zu erfassen versucht, kam zu dem Schluss, die Wahrnehmung, psychisch Kranke seien gewalttätig und angsteinflößend, habe um das 2,5-fache zugenommen (31). Angermeyer und Dietrich (2006) stellen fest, dass die wenigen Trendanalysen, die die Wandlung der öffentlichen Meinung zu psychisch Kranken über einen längeren Zeitraum untersuchen, in ihren Ergebnissen sehr uneinheitlich seien und konsistente Aussagen hierzu kaum getroffen werden könnten (32).

1.1.4. Neuere Studien zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken

Seit 1990 ist die Zahl der veröffentlichten Studien zum Thema von Jahr zu Jahr gestiegen (32) und die Studienlage allgemein verbessert, vgl. (14; 17; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64). Eine neuere Übersichtsarbeit von Angermeyer und Dietrich (2006), die den Zeitraum von 1990 bis 2004 zusammenfasst, fand hauptsächlich europäische, einige nordamerikanische, auch asiatische und ozeanische Arbeiten. Nur ein Teil davon bezog sich auf psychiatrische Erkrankungen allgemein; am häufigsten wurden die Ansichten zu Depression und Schizophrenie untersucht. Einige Eckpunkte können hier zusammengefasst werden (32):

- Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken ist mehrheitlich hilfsbereit (insbesondere bei Depression). Dennoch sehen viele Menschen psychisch Kranke als unberechenbar und gefährlich an (insbesondere bei Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit sind tendenziell deutlich mehr als 50 % der Studienteilnehmer dieser Ansicht) und reagieren mit Angst und dem Wunsch nach sozialer Distanz. Am meisten Ablehnung wird gegenüber Patienten mit Drogen- sowie Alkoholabhängigkeit geäußert, gefolgt von Schizophrenie.
- Eine psychiatrische Diagnose führt dazu, dass das Verhalten einer Person negativer und ablehnender beurteilt wird als ohne das Etikett „psychisch krank“.
- Das Erkennen psychiatrischer Erkrankungen anhand der zugehörigen Verhaltensmuster, die in Fallvignetten im Stil von Shirley Star beschrieben werden, gelingt oftmals nicht. Am häufigsten wird noch Schizophrenie als psychiatrische Erkrankung identifiziert, seltener Depression und Alkoholabhängigkeit.

- Als Ursache des in solchen Fallvignetten beschriebenen Zustandes wird meist psychosozialer Stress angenommen, an zweiter Stelle stehen biologische Faktoren.
- Soziodemographische Charakteristika der Studienteilnehmer haben nur in geringem Maße Einfluss auf die Einstellung gegenüber psychisch Kranken.

Was die therapeutischen Möglichkeiten betrifft, so zeigt die Bevölkerung besondere Skepsis gegenüber Psychopharmaka (32): deren Gleichsetzung mit Tranquilizern (65) sowie die Überzeugung, Antidepressiva machten süchtig (66), dürften die Compliance von Patienten deutlich negativ beeinflussen. Sehr viel positiver wird die Gesprächstherapie beurteilt (32; 66), wobei als Methode in Westdeutschland die Psychoanalyse, in Ostdeutschland die Gruppentherapie bevorzugt wird (65). Erfolgt eine Behandlung, schätzt die Bevölkerung den Verlauf einer psychiatrischen Erkrankung relativ optimistisch ein (32).

1.2. Zur tatsächlichen Gefährlichkeit psychisch Kranker

Untersuchungen zur tatsächlichen Gefährlichkeit und Gewalttätigkeit psychisch Kranker bergen zahlreiche methodologische Risiken in sich. Zunächst ist die Frage, ob psychische Erkrankungen die Ursache von Gewalttätigkeit seien, statistisch nicht zu beantworten – allein Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit und Gewalt können festgestellt werden. Zahlreiche konfundierende Faktoren beeinträchtigen die Ergebnisse vieler Studien zum Thema. Die Zusammenhänge zwischen psychiatrischer Erkrankung, niedrigem Sozialstatus und Aufenthalt in staatlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gefängnis) sind sehr komplex (67). Seit den 20er Jahren bis in die 60er Jahre hinein wurden, im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung, deutlich weniger psychisch Kranke von der Justiz verfolgt. 1973 wurde die Gefährlichkeit psychisch Kranker in der BRD in einer großangelegten Studie untersucht – es konnte kein wesentlicher Unterschied zur Gefährlichkeit der strafmündigen Bevölkerung festgestellt werden (68, S. 234). Mit fortschreitender Auflösung der klassischen psychiatrischen Anstalten, deren Insassen dort oftmals große Teile ihres Lebens verbracht hatten, stieg die Rate der von der Justiz verfolgten

psychisch Kranken an und lag bald signifikant über dem Bevölkerungsdurchschnitt (69; 70; 71; 72; 73). In den 90er Jahren entstanden zahlreiche Untersuchungen zum Thema; Eronen, Angermeyer und Schulze (1998) legten in ihrer Übersichtsarbeit zu 31 Studien dar, dass gewalttätiges Verhalten nur im Zusammenhang mit bestimmten psychiatrischen Störungen häufiger zu finden ist. In der Gesamtbevölkerung werden Personen, die an einer akuten Psychose leiden, mit dreifach höherem Risiko wegen gewalttätigen Verhaltens belangt; unter psychiatrischen Patienten ist bei Alkohol – oder Drogenabhängigkeit sowie antisozialer Persönlichkeitsstörung die Wahrscheinlichkeit gewalttätigen Verhaltens im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung zehnfach, bei Patienten mit akuter Schizophrenie vierfach erhöht. Wegen Mordes verurteilte Gefängnisinsassen wiederum leiden im Vergleich zum Durchschnitt elfmal so häufig an antisozialer Persönlichkeitsstörung, sind zehnmal so häufig von Drogen- und Alkoholabhängigkeit betroffen sowie achtmal so häufig von Schizophrenie. Andere Störungen hingegen, wie Angst- und affektive Störungen, bringen kein erhöhtes Risiko zur Gewalttätigkeit mit sich. Auch sind, anders als in den Medien dargestellt, Fremde äußerst selten das Ziel gewalttätiger Angriffe von psychisch Kranken; meist sind Eltern und Kinder betroffen (68, S. 238; 74). Zudem ist der nachweisbare Zusammenhang von psychischer Erkrankung mit Gewalttätigkeit im Vergleich zu anderen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ausbildung und Sozialstatus sehr gering (72). Eine britische Untersuchung ergab, es sei etwa 100mal wahrscheinlicher, bei einem Autounfall ums Leben zu kommen, als durch die Hand eines psychisch Kranken (75).

Das tatsächliche Ausmaß der Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker weicht also stark ab von dem dramatischen Bild, das in den Darstellungen der Medien und in den Ansichten der Bevölkerung zum Tragen kommt (76). Als Ursache für die große Diskrepanz zwischen tatsächlicher und allgemein in der Bevölkerung angenommener Gefährlichkeit psychisch Kranker werden oftmals die Medien genannt (71; 76; 77), die Täter besonders schauriger, öffentlichkeitswirksamer Morde auch dann als psychisch krank darstellen, wenn dies nach professioneller Einschätzung unzutreffend ist (18, S. 54; 69). Weiterhin kritisieren manche Autoren in diesem Zusammenhang das zur Zwangsunterbringung und -behandlung entscheidende Kriterium der Selbst- oder Fremdgefährdung, weil damit die Assoziation von psychiatrischer Erkrankung mit Gefährlichkeit in der Bevölkerung gefördert werde (78; 79).

1.3. Stigmaforschung – Ausprägungen und Konsequenzen der Stigmatisierung

Das ursprünglich von Goffmann geprägte Stigmakonzept hat sich seit den 60er Jahren stark gewandelt: Der Kontakt mit der Psychiatrie allein kann als Ursache der Stigmatisierung nicht weiter gelten, vielmehr ist das Ineinandergreifen sozialer, struktureller, zwischenmenschlicher und psychologischer Faktoren in den Fokus der Aufmerksamkeit getreten (21). Verschiedene Konzepte und Modelle wurden entwickelt in der Hoffnung, diesen komplexen Vorgängen auf den Grund zu gehen und Angriffspunkte zu finden, die eine gezielte und wirksame Intervention durch Anti-Stigma-Programme ermöglichen würden. Die von Link und Phelan (2001) vorgeschlagene Unterscheidung der Diskriminierung in drei Formen hat sich als sehr gut anwendbar erwiesen (80; 81). Den folgenden Abschnitten ist die genauere Definition der jeweiligen Stigmatisierungsform vorangestellt; anschließend wird die Studienlage dazu erörtert.

1.3.1. Individuelle Diskriminierung

Das als „psychisch krank“ etikettierte Individuum spürt im zwischenmenschlichen Kontakt unmittelbar, wie das Gegenüber auf das Merkmal negativ (etwa mit Angst, Rückzug, Ablehnung) reagiert.- Dass viele Menschen psychisch Kranke für unberechenbar und gefährlich halten und mit Angst und dem Wunsch nach sozialer Distanz antworten, zeigen die vielen Studien zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken deutlich (siehe 1.1.). Inwiefern Betroffene tatsächlich durch negative Verhaltensreaktionen des Umfelds belastet sind, ist weniger gut untersucht – Studien zum Thema konzentrieren sich vor allem auf die Erfragung offener verbaler Belästigung in Form von verletzenden Kommentaren. Dem fühlen sich psychisch kranke Studienteilnehmer überdurchschnittlich häufig ausgesetzt: In zwei amerikanischen Studien berichteten 80% (82) bzw. 55 % (83) hiervon. In einer schottischen Arbeit berichteten 41 % der psychisch Kranken von verbaler Belästigung und offener Schikane, von Probanden der gesunden Vergleichsgruppe taten dies nur 15 %. Meist waren Nachbarn und Jugendliche die Protagonisten (84). Schwerer wog für die Betroffenen allerdings weniger die tatsächlich erfolgte Herabwürdigung, sondern Furcht und Sorge davor, durch das Umfeld verächtlich behandelt zu werden (83).

1.3.2. Strukturelle Diskriminierung

Aus Ungleichgewichten und Ungerechtigkeiten in sozialen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen entstehen Nachteile für psychisch Kranke. - Die deutsche Bevölkerung würde, falls bei der finanziellen Versorgung verschiedener Krankheiten gekürzt werden müsste, Sparmaßnahmen am ehesten bei psychiatrischen Erkrankungen gutheißen. Die Streichung von Forschungsgeldern wird von 78,5 % für die Alkoholabhängigkeit befürwortet – gefolgt von Depression mit 33,5 % (85). Eine theoretische Erklärung hierfür bietet die Attributionstheorie des Psychologen Bernard Weiner. Er konnte nachweisen, dass psychische Störungen, im Gegensatz zu körperlichen Behinderungen, als durch den Betroffenen steuerbar eingeordnet werden (20) und so nicht mit Mitleid und Hilfsbereitschaft, sondern mit Wut und Vernachlässigung reagiert wird (86). Tatsächlich waren Studienteilnehmer, die meinten, psychisch Kranke hätten ihre Erkrankung selbst zu verantworten, die größten Befürworter struktureller Diskriminierung (45).

Es ist anzunehmen, dass die Meinung der Bevölkerungsmehrheit ihren Niederschlag in der Politik findet. Doch der Forderung nach eindeutigeren Untersuchungen zur strukturellen Diskriminierung durch die Gesetzgebung (87) ist nicht allzu leicht nachzukommen; die damit verknüpften soziopolitischen Vorgänge sind nicht leicht in einem Studiendesign zu erfassen. Die karge Studienlage lässt an dieser Stelle nur die Nennung einer amerikanischen Arbeit zu: Corrigan und Watson (2005) untersuchten neu verabschiedete Gesetze und sahen das Verhältnis von Vorteilen sowie Nachteilen, die psychisch Kranken daraus entstünden, als etwa ausgewogen an. Der Teufel steckte im Detail: Es fiel auf, dass die Gesetzgebung „Geschäftsunfähigkeit“ und „psychische Erkrankung“ sprachlich synonym verwendete. So hätten einige Staaten beispielsweise ein Gesetz zur Einschränkung des Schusswaffenbesitzes psychisch Kranker verabschiedet. Dies dürfe als Beispiel subtiler struktureller Diskriminierung angesehen werden, denn hier würden alle Individuen, die durch die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe als „psychisch krank“ eingestuft würden, gleichzeitig für geschäftsunfähig erklärt. Die Autoren meinen, es hätte ein Gesetz formuliert werden sollen, das Schusswaffen nur denjenigen verbietet, die durch ihre psychische Erkrankung ihrer Fähigkeit, verantwortungsvoll mit Schusswaffen umzugehen, beraubt sind (88).

1.3.3. Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung

Im Zuge der Sozialisation erlernte Muster bzw. aktuelle Erlebnisse im Zusammenhang mit individueller Diskriminierung erschüttern die Selbstgewissheit so deutlich, dass die resultierende Verunsicherung zu fehlender Selbstbestimmtheit, ausweichendem Verhalten und sozialem Rückzug führt. - Diese letzte Form der Stigmatisierung, für die Betroffenen am direktesten und beständig spürbar, verursacht die nachhaltigsten und stärksten Einschränkungen. Von Diskriminierung durch Selbststigmatisierung berichten psychisch Kranke nicht nur am häufigsten (89); vor allem sind die negativen Auswirkungen auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen beträchtlich (82; 90). In der Interaktion mit Gesunden ist das Verhalten unsicherer, ängstlicher und ungeschickter, wenn angenommen wird, das Gegenüber wisse von der psychischen Erkrankung (91); die Suche nach Arbeit (92) und Wohnraum (93) ist erschwert. Der Versuch, den eigenen Krankheitszustand zu verbergen, geht mit sozialem Rückzug einher und zieht das Wegbrechen sozialer Netzwerke nach sich (94; 95; 96). Auch die nahen Angehörigen psychisch Kranker zeigen sich in ihrer Selbstsicherheit beeinträchtigt (97; 98; 99).

1.4. Anti-Stigma-Programme

Die Weltbank zeichnet psychiatrische Erkrankungen für einen großen Teil der Erwerbsunfähigkeit weltweit verantwortlich; gleichzeitig belegen vielfältige Studien Kostengünstigkeit und Effektivität der psychiatrischen Therapie (100). Vorurteile und Diskriminierung sind als Grund für die mangelhafte Versorgung psychiatrischer Erkrankungen durch zahlreiche Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die World Psychiatric Association (WPA) und die World Association for Social Psychiatry anerkannt. Seit 2005 existiert in der WPA eine eigene Abteilung für Stigma und psychische Gesundheit, deren Aufgabe es ist, für psychische Erkrankungen allgemein eine Reduzierung der Stigmatisierung und Diskriminierung zu erreichen (21). Zuvor wurde 1996, in Anerkennung der besonders starken Belastung schizophrener

Patienten durch Stigmatisierung, von der WPA das globale Anti-Stigma-Programm „Open-the-Doors“ ins Leben gerufen (21; 100). Von Anfang an als Langzeitprojekt konzipiert, wird hierbei auf die enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit Anti-Stigma-Initiativen auf nationaler und lokaler Ebene sowie auf den beständigen Austausch mit Betroffenen und Angehörigen besonderer Wert gelegt, um eine kontinuierliche Neubeurteilung und Optimierung der Programmarbeit zu ermöglichen (101).

Die Ergebnisse sozialpsychologischer Forschungsarbeiten gelten als wesentlicher Orientierungspunkt zur Erarbeitung sinnvoller Anti-Stigma-Programme (21; 102). Drei relevante Ansätze sind bis heute zur Bekämpfung von Vorurteilen entwickelt worden: Protest, Wissensvermittlung und Kontakt (39). Moralische Apelle bzw. Protest bewirkten eher das Gegenteil der erwünschten Wirkung bei den Studienteilnehmern (39), daher wurden die anderen beiden Wege genauer erforscht.

- Bildungskampagnen zeigen sich in ihren Auswirkungen teilweise widersprüchlich (34; 61; 103; 104; 105), teilweise ist ein günstiger Effekt zu beobachten (39; 44; 106; 107; 108), in einigen Fällen sind die gut informierten Studienteilnehmer durch eine noch diskriminierende Haltung gekennzeichnet solche ohne fundiertes Wissen (40; 42; 62).
- Kontakt von Studienteilnehmern zu psychisch Kranken scheint mit größerer Toleranz verbunden zu sein (14; 36; 39; 45; 103; 104; 107; 108), auch wenn dies nicht alle Studien bestätigen konnten (34; 40; 44; 109).

Tatsächlich herrscht ein deutlicher Mangel an konkreten Ergebnissen. Der Ruf nach Anti-Stigma-Programmen, die nicht auf persönlichen Vorlieben, sondern auf empirischer Evidenz beruhen (87) wird begleitet von der Feststellung, weitere Forschung sei zur Entwicklung eines evidenzbasierten Ansatzes notwendig (108); auch fehlten Untersuchungen, inwiefern nicht nur die Meinung, sondern auch das Verhalten der Bevölkerung durch Anti-Stigma-Programme beeinflusst werden könne (21; 110).

Die Evaluation nationaler Anti-Stigma-Programme zeigt widersprüchliche Ergebnisse. Das Leipziger Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ sowie das 2006 bundesweit durchgeführte Filmfestival „Ausnahmestand“ führten zu einer Reduzierung stigmatisierender Ansichten bei den Teilnehmern (111). Eine Ergebnisübersicht der in Deutschland unter der Schirmherrschaft der

WPA-Kampagne „Open-the-Doors“ durchgeführten Programme zeigt jedoch deutliche Schwierigkeiten bei der positiven Beeinflussung stigmatisierender Ansichten in der Bevölkerung (112). Auch die britische „Changing Minds campaign“ zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung konnte nur sehr dezente Veränderungen bewirken, wie vor (1998) und nach (2005) dem Programm durchgeführte bevölkerungsbasierte Studien zur Einstellung gegenüber psychisch Kranken zeigen (109).

1.5. Grundlagenforschung – Warum und wodurch Stigmatisierung?

Die positive Beeinflussung stigmatisierender Ansichten scheint einerseits durch die Voranbringung des Kontakts der Bevölkerung mit psychisch Kranken sowie durch eine positivere Darstellung der Betroffenen in den Medien möglich (112). Andererseits erweist sich die Problematik als fest in Gesellschaft und Kultur verankert; eine Veränderung stigmatisierender Ansichten ist nur schwer zu erreichen. Es stellt sich die Frage, welche Widerstände es genau sind, die dem im Wege stehen.

Studien, die die Beweggründe der Stigmatisierung untersuchen, lassen sich vier Gruppen zuordnen, die die Bestandteile eines Zyklus darstellen, vgl. Abb. 1.

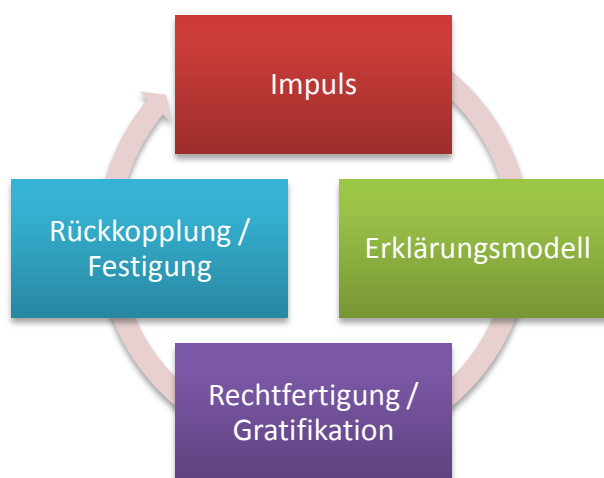


Abbildung 1 - Beweggründe der Stigmatisierung

1.5.1. Der Impuls zur Stigmatisierung

Der Kontakt zu psychisch kranken Personen scheint als ersten Impuls Stress und Angst auszulösen: In einer Studie erwies sich die Zusammenarbeit mit Anderen, welche durch ein offensichtliches Stigma gekennzeichnet waren, als eindeutige Bedrohungssituation für die Probanden – die Denkleistung war geringer, die Messung physiologischer Marker wie Herzmuskelkontraktivität und Gefäßwiderstand zeigte stärkere psychophysische Anzeichen einer Stresssituation als in der Vergleichsgruppe (113). Haghghat (2001) betrachtet stigmatisierendes Verhalten als im Laufe der Evolution ausdifferenzierte Strategie, die zum Überleben in der Gruppe beitrage - das menschliche Gehirn speichere negative Merkmale intensiver und verknüpfe diese eher mit Minderheiten der Gesellschaft, positive eher mit der Mehrheit; die Stigmatisierung von schwächeren Konkurrenten sei eine wirksame Waffe, diese auszuschalten (110). Weiterhin wird beim Kontakt mit psychisch Kranken die Möglichkeit offenbar, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, ein Gedanke, der als stark bedrohlich erlebt wird (114). Arboleda-Flórez (2003) formuliert es folgendermaßen: der psychisch Kranke wecke nicht nur die Angst vor einem physischen Angriff, sondern auch die Befürchtung, vom destruktiven Chaos des Betroffenen infiziert und dadurch der eigenen inneren Stabilität beraubt zu werden (19).

Die Erstellung eines kognitiven Modells, um mit dieser von Stress und Angst geprägten Situation umzugehen, ist erforderlich.

1.5.2. Die Erstellung eines Angst abwehrenden Erklärungsmodells

Beim Versuch, den Ursprung von Stigma zu erhellen, zitieren einige Autoren aus Susan Sontags „Krankheit als Metapher“: Gefühle von Furcht oder Abscheu seien im Lauf der Geschichte durch verschiedene Erkrankungen hervorgerufen worden (115). Statt diese nüchtern als gegebenen Unglücksfall anzusehen, sei es tiefstes menschliches Bedürfnis, solche Zustände mit Bedeutung aufzuladen, zu mystifizieren und ein Erklärungsmodell zu entwickeln, das die Sicherheit vorgaukle, nicht unbescholten und ohne Grund in eine so elendige Lage geraten zu können (114). Tatsächlich beschäftigt der Kulturbegriff des Wahnsinns die westliche Welt schon seit

langer Zeit und zeigt sich als Umkehrung der gesellschaftlichen Werte: In der griechischen Antike, die von den Idealen der Vernunft, der Eigenständigkeit und der zivilen Verantwortlichkeit geprägt ist, vereint der Kulturbegriff des Wahnsinns alles Mysteriöse, Unkontrollierbare, Schicksalhafte in sich und ist eng mit Gewalt und Gefahr verknüpft. So werden in Tragödien (Bsp. ‚Ajax‘ von Sophokles, ‚Der Wahnsinn des Herakles‘ von Euripides) Schlüsselfiguren als göttliche Strafe vom Wahnsinn befallen, begehen infolge dessen brutale, unverständliche Gewalttaten und sind, nachdem sie wieder Herr ihrer Sinne sind, voller Scham; Ajax suizidiert sich gar, weil er die Demütigung nicht ertragen kann (116; 117). Im Mittelalter wiederum wird psychische Krankheit als Kehrseite des religiösen Ideals verstanden und gilt als dämonische Besessenheit, als besonders entsetzlicher Zustand mit Verlust eines Teils der Seele und Abkehr von Gott (116). Im Humanismus der Renaissance wird der Kulturbegriff des Wahnsinns zur Reflexion und Hinterfragung kultureller, politischer, religiöser und medizinischer Anschauungen genutzt, bald bildet sich die Vorstellung heraus, psychisch Kranke seien dem Tier näher als dem Menschen. Als sich schließlich im späten 18., frühen 19. Jahrhundert die Mittelschicht ihrer tragenden Rolle der neuen marktwirtschaftlichen, von individueller Freiheit und Bürgerrechten geprägten Gesellschaft bewusst wird, sind Identität und Selbstwert verstärkt mit den Idealen der Produktivität, der Gesundheit und Selbstständigkeit verknüpft. Als Gegenpol der neuen sozialen Werte von Ordnung und Disziplin ist der Kulturbegriff des Wahnsinns nun stärker von moralischer Verfehlung, Kriminalität, Aufstand und Gewalt geprägt (118). Als sich zum Ende des 19. Jahrhunderts die medizinischen Fachdisziplinen herausbilden, ist die neue Wissenschaft der Psychiatrie stark von diesem Verständnis beeinflusst. Die Lehrbücher aus dieser Zeit betonen die Gefährlichkeit bestimmter psychischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie, mit Nachdruck (68, S. 7).

Indem sich die Psychiatrie als eigenständige Wissenschaft weiterentwickelt und ausdifferenziert, wird die Schere zwischen allgemeiner und Lehrmeinung immer größer. In den 60er Jahren wird in Deutschland erstmals herausgearbeitet (15; 18), vgl. 1.1.1., was sich bis heute immer wieder bestätigt (119; 120), vgl. 1.1.4.: Die Öffentlichkeit definiert psychische Erkrankungen anders, als es Psychiater oder Psychologen tun würden. Nach der Laiendefinition sind Betroffene unverständlich, unberechenbar, unvernünftig und unbeeinflussbar, dadurch fehlt jegliche Voraussetzung für ein soziales Miteinander sowohl auf zwischenmenschlicher als auch auf gesellschaftsübergreifender Ebene, und das macht die Betroffenen zu gefährlichen, unkontrollierbaren

Personen, die zum Schutze aller und auch von sich selbst in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht und gemaßregelt werden müssen (18, S. 74-7). Jaeckel und Wieser (1970) sehen *„die Kriterien, die das Publikum beim Geisteskranken zugrundelegt, - Zusammenbruch der Verstandesfunktionen, Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten und extrem abweichendes und zugleich unbeeinflussbares Verhalten – als Umkehrungen von begründeten formalen Forderungen der Gesellschaft an den Einzelnen. In dem Maße, in dem das Vorurteil dem allgemeinen Zweck der Absicherung dieser Forderungen dient, wäre es als Teil eines sozialen Steuerungsmechanismus zu betrachten, der durch Absicherung der Funktionsfähigkeit der daran Beteiligten die Möglichkeit und das Fortbestehen sozialer Beziehungen garantiert.“* (18, S. 10).

Das allgemeine Verständnis, die Umkehrung der gesellschaftlichen Kernwerte manifestiere sich in psychischer Erkrankung, ist ein seit langer Zeit angewendetes, tief in der menschlichen Kultur verankertes Modell. Sein bedeutender Vorteil: Das beim Thema der psychischen Erkrankung aufkommende diffuse Unbehagen wird plausibel erklärt, was die Bedrohlichkeit stark abmildert. Die Furcht vor psychisch Kranken scheint im Rahmen des Erklärungsmodells, psychisch Kranke verkörpern eine Bedrohung der gesellschaftlichen Ordnung, verständlich und gerechtfertigt und wirkt dadurch auf die Allgemeinheit versichernd und beruhigend.

1.5.3. Rechtfertigung und Gratifikation

Haghighat (2001) legt dar: Obwohl Menschen im Allgemeinen das Unglück anderer nicht befürworteten, so fühlten sie sich doch in Anwesenheit „unglücklicher Anderer“ selbst zufriedener und erfolgreicher - als „Gewinner“ in der evolutionären Wettbewerbssituation - was vor allem für frustrierte Menschen mit geringem Selbstwertgefühl zuträfe (110). In diesem Sinne ist womöglich auch zu verstehen, dass Menschen mit geringerer Bildung in manchen Studien stärkere Tendenz zu stigmatisierendem Verhalten zeigen (33; 36; 45; 57; 92). Auch der anscheinende Lustgewinn, den das zahlende Publikum bis ins 19. Jahrhundert beim Sonntagsausflug ins Irrenhaus erfuhr, wird vor diesem Hintergrund plausibel.

Stigmatisierendes Verhalten kann verstanden werden als Umsetzung der Notwendigkeiten, die sich aus dem gewählten Erklärungsmodell heraus ergeben. Ist dieses tief verankert, Teil des

subjektiven Verständnisses von Wirklichkeit geworden, scheint stigmatisierendes Verhalten nicht nur angemessen, sondern notwendig. So, wie das Erklärungsmodell auf der kognitiven Ebene eine Entlastung erwirkt („Meine Angst ist gerechtfertigt – psychisch Kranke sind unberechenbar und gefährlich!“) schafft es auch, auf der Verhaltensebene umgesetzt, Erleichterung („Ich brauche keine Angst zu erleiden – da psychisch Kranke unberechenbar und gefährlich sind, ist es nur gerechtfertigt, diese einzusperren und abzusondern.“).

1.5.4. Rückkopplung - Festigung des Erklärungsmodells

Watson, Ottati und Corrigan (2003) haben in ihrer Arbeit „From Whence Comes Mental Illness Stigma?“ verschiedene kognitive und motivationale Modelle auf ihre Eignung, die Entstehung von Stigmatisierung zu erklären, abgeklopft. Dabei erwies sich das Modell der „system-justification“ für die Autoren als besonders fruchtbar. Nachdem werden spezifische soziale Gefüge, seien sie durch Zufall im Lauf der Geschichte entstanden, biologischen oder politischen Ursprungs, aus sich selbst heraus erklärt, einfach, weil sie existieren. Dieses anregende Denkmodell verbindet soziologische und historische Variablen auf der Makroebene mit den im Individuum ablaufenden Prozessen, die sich in sozialkognitiven Modellen widerspiegeln. Als Beispiel werden die Afroamerikaner genannt, die aufgrund bestimmter historischer Ereignisse im 16./17. Jahrhundert in die Versklavung gerieten. Die Machthaber hielten sich an das Stereotyp, die Sklaven seien für ein Leben in Freiheit unreif und der zivilisierten Menschheit nicht zugehörig, eine Ideologie, die auch grausamste Zwangsmaßnahmen gegenüber den Sklaven rechtfertigte. Die Autoren argumentieren, das Stereotyp, psychisch Kranke seien gefährlich und unberechenbar, sei auf ähnliche Weise entstanden: seit dem Mittelalter sei die Unterbringung von psychisch Kranken in gefängnisähnlichen Institutionen üblich gewesen. Menschen, die Zwangsbehandlung und Anstalten benötigten, würden als logische Konsequenz als gefährlich, geschäftsunfähig und der Bewachung bedürftig angesehen. Weiterhin legen die Autoren dar, dass für den Mechanismus der „system-justification“ kein Wissen über die geschichtliche Entwicklung nötig sei. Vielmehr seien es zeitgenössische soziale Phänomene, die die aus historischen Gegebenheiten entstandenen Stereotype festigen würden. Wesentliche Rolle spielten hierbei die Medien und die Unterhaltungsindustrie (121). Auch Haghghat (2001) bezieht sich auf die Medien, um darzulegen, stigmatisierende Ansichten entstünden auf dieselbe Weise wie Phobien, durch den

unwillkürlichen Prozess der klassischen Konditionierung: Wenn eine Person im Fernsehen das Wort „Schizophrenie“ höre (konditionierter Stimulus), und dazu Nachrichten über Morde und Gewalttaten gebracht würden (unkonditionierter Stimulus), würde die Person Angst vor Mord und Gewalt (unkonditionierte Response) mit dem Wort „Schizophrenie“ (konditionierter Stimulus) verbinden und das Wort werde die selbe Furcht und Angst verursachen (konditionierte Response) nachdem diese Assoziation einige Male erfolgt sei. Um ihrer so entstandenen Angst einen Sinn zu geben, erstellten Stigmatisierer Erklärungsmodelle wie etwa „Schizophrene sind gewalttätig“ (110), womit sich der Kreis wieder schließt.

Es wird deutlich, dass es Angst ist, die den Vorgang der Stigmatisierung stets erneuert und am Laufen hält. Der initialen Angst – womöglich mit der Ahnung verknüpft, dass der eigene Verstand eine äußerst fragile, jederzeit zerstörbare Konstruktion ist - wird mit den Möglichkeiten der Kultur begegnet, die sich anbieten. So ist die genaue Ausformung der Stigmatisierung zwischen den Kulturen zum Teil sehr unterschiedlich, die Diskriminierungsrate ist jedoch durchgängig hoch, wie eine in 72 Ländern durchgeführte Querschnittstudie über die Einstellungen der Bevölkerung zu schizophrenen Patienten zeigte (89). Die Kultur entwirft das auf sie passende Erklärungsmodell, um mit der initialen Angst umzugehen, sie in ein anderes Gewand zu kleiden – statt der Angst vor Verstandes- und Realitätsverlust, Einsamkeit und Tod ist die Angst vor dem bösen, gefährlichen Anderen wesentlich attraktiver. Da die erstere der beiden Ängste ins Bewusstsein vorzudringen sucht, wird das Erklärungsmodell aktiviert, um letztere Angst – die Ersatzangst – zu verstärken, die sich – anders als die initiale Angst – besser bewältigen und einordnen lässt, wodurch ein Empfinden von Stabilität und Sicherheit entsteht.

Die Installierung des Erklärungsmodells als allgemeingültige Wahrheit zur Verstärkung der Ersatzangst und Abschwächung der initialen Angst ist eine gesellschaftliche, kulturelle Leistung, die aus einem kollektiven Bedürfnis nach Halt erwächst. Zur Verbreitung des Erklärungsmodells, das, beim Rezipienten als real integriert, stigmatisierende Ansichten und Verhaltensmuster angemessen und notwendig erscheinen lässt, spielen die Medien eine entscheidende Rolle. So unterstreichen Arbeiten zur Entstehung und Erhaltung der Stigmatisierung, durch negative Mediendarstellung von psychisch Kranken würden Stereotype stetig erneuert und gefestigt (19; 46; 110; 122; 123; 124; 125; 126; 127). Familienangehörige von Betroffenen nennen als Hauptverursacher der Stigmatisierung populäre Filme über „Psychokiller“ sowie reißerische

Berichterstattung über von Geisteskranken verübte Bluttaten (99; 128). Und auch die wenigen Studien, die auf die direkte Befragung psychisch Kranker zu ihrem Erleben von Stigmatisierung basieren, heben die entscheidende Rolle der Medien, durch die sich die Betroffenen negativ dargestellt und angegriffen sehen, hervor (82; 83).

1.6. Zur Darstellung psychisch Kranker in den Medien

Zwei Übersichtsarbeiten zum Thema existieren bisher: Die erste von Wahl (1992) umfasst 42 Studien im Zeitraum von 1950 bis 1992 (129), die zweite von Stout (2004) bezieht sich auf 34 Arbeiten, die im Zeitraum von 1990 bis 2003 entstanden sind (130). Einstimmig wird darin auf die verzerrte Mediendarstellung von psychisch Kranken als gefährlich, unberechenbar und gewalttätig verwiesen. Die sehr viel intensivere Erforschung des Themas in jüngster Zeit wird einigen Ereignissen zu Beginn der 90er Jahre zugeschrieben. So zeigte eine amerikanische Arbeit auf, die gemeindenahere Psychiatrie sei zum damaligen Zeitpunkt von den Medien für gescheitert erklärt worden, ohne dass die Kriminalitätsrate psychisch Kranker angestiegen sei (131), daraufhin habe die Stadt New York City 1987 mit einem neuen Gesetz zur Zwangseinweisung psychisch kranker Obdachloser reagiert, was von Medien positiv aufgenommen worden sei (132). In Großbritannien geschahen Anfang der 90er Jahre verschiedene Morde durch ehemalige psychiatrische Patienten; hierfür wurde in ausführlichen Medienberichten die Gesundheitspolitik verantwortlich gemacht (131; 133; 134). Ähnliche Ereignisse in Deutschland zur selben Zeit wurden nicht in dieser Form dem Gesundheitssystem zur Last gelegt, jedoch verstärkt sich in der Bevölkerung die Annahme, psychisch Kranke seien gefährlich und unberechenbar; der Wunsch nach sozialer Distanz nahm zu (135).

Im Folgenden sollen nun Ergebnisse der Rezeptionsforschung erörtert werden, um dann gesondert auf die Darstellung psychisch Kranker in Presse, Kino und Fernsehen einzugehen.

1.6.1. Zum Einfluss von Mediendarstellungen auf den Rezipienten

Philo (1994) konnte zeigen, dass es keine Rolle spielt, ob Fiktion oder Fakten vermittelt werden, unterschiedslos wirkte die Mediendarstellung bei den Studienteilnehmern als meinungsbildend. Besonders eindrucksvoll zeigte sich der Einfluss der Medien bei einigen Probanden, die durch persönliche Kontakte mit psychisch Kranken einerseits von deren Harmlosigkeit berichten konnten, andererseits jedoch Medienberichte zur Grundlage nahmen, diese doch für gefährlich zu halten (136).

Als zentrale Quelle, aus der die Bevölkerung die meisten Informationen über psychische Erkrankungen bezieht, kann seit den 80er Jahren das Fernsehen gelten (38; 137; 138; 139). Neuere deutsche und amerikanische Studien zeigen eine kontinuierliche Verstärkung des Wunsches nach sozialer Distanz und intolerantere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mit ansteigendem Fernsehkonsum (140; 141). In einer amerikanischen Studie wiesen Studenten, die einen Fernsehfilm über einen psychisch kranken Mörder zu sehen bekamen, deutlich negativere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken auf – unabhängig davon, ob sie dazu einen aufklärenden Vorfilm über die tatsächliche Harmlosigkeit psychisch Kranker gesehen hatten oder nicht (142). Die Theorie, intensiver Fernsehkonsum führe zur Integration der dort dargestellten sozialen Realität in die eigene Weltsicht mit der Konsequenz, dass die Wahrnehmung im Sinne der Fernsehdarstellung verzerrt sei, wird durch die Ergebnisse mehrerer Studien unterstützt (130; 139; 141). Weiterhin halten Leser reißerischer Zeitungsberichte zu Mordtaten psychisch Kranker Betroffene allgemein für deutlich gefährlicher und gewalttätiger (143).

1.6.2. Darstellung in der Presse

Studien zur Darstellung psychiatrischer Erkrankungen in der Presse aus dem englischsprachigen Raum zeigen, dass Gewalttaten und Gefährlichkeit vorherrschendes Thema sind (144; 145; 146) und fast nur solche Artikel auf die Titelseite gelangen (144; 145; 147). Auch in deutschen

Zeitungen sind negative Berichte über psychisch Kranke, die von im Wahn verübten Gewalttaten berichten, deutlich überrepräsentiert (120).

Eine ältere Inhaltsanalyse zur Darstellung psychisch Kranker in den Massenmedien der Bundesrepublik von Schneider und Wieser (1972) legt einen deutlichen Schwerpunkt auf die Presse und sei darum an dieser Stelle aufgeführt. Die Autoren untersuchten u.a. eine repräsentative Stichprobe deutscher Tageszeitungen, die über 3 Wochen 1968/69 erschienen war. Psychische Erkrankungen bzw. Psychiatrie nahmen in den untersuchten Massenmedien nur geringen Raum ein. Wenn psychiatrische Sujets auftauchen, dann als fallbezogene Einzelaussagen im Rahmen von Berichterstattung über Kriminalität oder motivisch unklare und absonderliche Ereignisse. Übliche Quellen hierbei waren Polizei- und Prozessberichte. Informative Sachberichte kamen kaum vor, eher noch in Wochenzeitschriften als in der Tagespresse. Kein einziges Mal identifizieren die Autoren eine Mediendarstellung von psychisch Kranken als medizinisches Problem. Die Feststellung, inwiefern und aufgrund welcher Kriterien eine Person psychisch krank sei, beruhte auch nicht auf dem Urteil psychiatrischer oder psychologischer Fachleute. Vielmehr verwendeten die Tageszeitungen ganz eigene Kriterien, ein regelrechtes Laien-Diagnosesystem (vgl. a. 1.1.1., 1.2.): Demnach wird psychische Krankheit durch die Merkmale der Gefährlichkeit, Unverständlichkeit, Unberechenbarkeit und Unheimlichkeit definiert (148). Die Überlegung, es gebe ein zum psychiatrischen Diagnosesystem parallel existierendes Laiensystem, wird weiterhin durch die Arbeit von Ulrike Hoffmann-Richter unterstützt, die im Rahmen des Basler Medienprojektes durch eine Volltextanalyse der Jahrgänge 1994-1996 von sechs seriösen Printmedien im deutschsprachigen Raum (FAZ, NZZ, Süddeutsche, taz, Spiegel und die Zeit) nachweisen konnte, dass psychiatrische Begriffe wie „schizophren“ oder „depressiv“ häufig und oft in fachfremden Zusammenhängen genutzt werden, zur Beschreibung gesellschaftlicher, nicht etwa medizinischer Themen (119).

1.6.3. Darstellung in Kinofilmen

1.6.3.1. *Die Herausbildung der Parallelwelt der Filmpsychiatrie*

Die parallele Entwicklung des Anfang des 19. Jahrhunderts erstarkenden Wissenschaftszweigs der Psychiatrie sowie des Mediums Film, beide Disziplinen am menschlichen Verhalten

allgemein und an Abweichungen von der Norm im Besonderen interessiert, hat Schneider in Arbeiten von 1977 und 1987 verfolgt (149; 150).

Kommerzielle Unterhaltungsfilme, die sich die Psychiatrie schnell als Thema aneignen, haben zu Beginn des 19. Jahrhunderts oftmals das komisch dargestellte Entweichen aus Anstalten, Machtübernahme oder auch Unheimlichkeit und Gewalttaten psychisch Kranker zum Thema. Bald werden auch Psychiater in den Unterhaltungsfilmen gezeigt. Das Thema des Irrsinns bietet besondere Vorteile bei der Konzeption des Plots im Hinblick auf unerwartete Wendepunkte. Als Beispiel seien hier zwei Filme aus dem Jahre 1919 genannt: Ein bösartiger, gewalttätiger Psychiater, der einen gesunden jungen Mann für ein Experiment in den Suizid treiben möchte, erweist sich selbst als ein der psychiatrischen Anstalt entwichener Wahnsinniger („When the Clouds Roll By“ von Douglas Fairbanks); ein verrückter Psychiater hypnotisiert einen jungen Mann und zwingt ihn so, Morde zu begehen. Zum Schluss zeigt sich, dass der junge Mann ein an Verfolgungswahn leidender Patient einer psychiatrischen Anstalt ist („Das Kabinett des Dr. Caligari“ von Robert Weine) (149).

Psychiatrische Themen dienen jedoch bis heute nicht allein dazu, den Handlungsverlauf besonders wendig zu gestalten, sondern sprechen insbesondere das zentrale gesellschaftliche Thema der Andersartigkeit und des Ausgestoßenseins an. So taucht das Thema der Verrücktheit in den populären Zeichentrickfilmen von Walt Disney häufig auf. Es wird hier meist als rein gesellschaftliches Problem dargestellt: die gesunde Heldenfigur wird vom Umfeld für verrückt erklärt, gemieden und lächerlich gemacht; zum Ende des Films triumphiert die Heldenfigur über alle Anschuldigungen, wird wieder integriert und gefeiert – Bsp. „Dumbo“ (1941), „Beauty and the Beast“ (1992). Einzige Ausnahme ist der Film „Alice in Wonderland“ (1951), in dem zahlreiche Charaktere, die ausnahmslos zur Bevölkerung des Wunderlands gehören, durchgehend als verrückt dargestellt werden, jedoch parallel dazu auch als gewalttätig, rücksichtslos und zu einem vernünftigen Gespräch unfähig (151).

Schneider stellt fest, die in Filmen dargestellte Psychiatrie habe ihre ganz eigene Begrifflichkeit, Behandlungsmethoden und Theorien hervorgebracht. Auch zeige die Filmpsychiatrie ihre eigenen Fachvertreter (150) wie auch ihre eigenen Patienten (152), die sich jeweils durch bestimmte Merkmale auszeichneten. Im Folgenden soll versucht werden, diese anhand der historischen Entwicklung der Filmpsychiatrie aufzuzeigen.

1.6.3.2. *Die Psychiater der Filmpsychiatrie*

Drei Arten von Fachvertreter der Filmpsychiatrie identifiziert Schneider: „Dr. Dippy“, „Dr. Evil“ und „Dr. Wonderful“. Die Figur des „Dr. Dippy“ taucht schon in den frühesten Psychiatriefilmen des 19. Jahrhunderts, aber auch vermehrt in Komödien der 60er Jahre auf: Er ist der komische Filmpsychiater, ein schräger Vogel, der deutlich verrückter und realitätsferner ist als seine (oft eigentlich gesunden) Patienten und den bizarren Plot vorantreibt und beschleunigt. Er ist Anhänger unverständlicher, bizarrer Behandlungsmethoden, die jedoch glücklicherweise selten Schaden anrichten. Die Figur des „Dr. Evil“ hingegen schreckt auch vor gefährlichen Maßnahmen nicht zurück. Hypnose, starke Medikamente, Elektrokrampftherapie und Operationen sind seine Mittel, die er manipulativ und machthungrig einsetzt, um ausschließlich seine eigenen Interessen durchzusetzen. Oftmals ist er experimentierender Wissenschaftler, fast immer wendet er Zwangsmaßnahmen an. Er ist eine klassische Figur des Horrorfilms, der in der Verquickung mit Science Fiction und Psychiatrie besonders nach dem ersten Weltkrieg in Deutschland blüht, in Filmen wie „Das Kabinett des Dr. Caligari“ und „Das Testament des Dr. Mabuse“. Im Zuge des zweiten Weltkriegs gelangen viele der deutschen Filmschaffenden nach Hollywood; ihre Tradition des deutschen Horror- und Psychiatriefilms geht in das Genre des film noir ein, pessimistische, zynische Kriminalfilme der 40er und 50er Jahre, geprägt von dunklen, glitschigen Straßen, Korruption, Psychopathie und Psychose, zum Teil mit entsprechenden Filmpsychiatern des Typs „Dr. Evil“. Die Figur des „Dr. Wonderful“ erscheint erst Ende der 30er Jahre auf der Leinwand. Einerseits erstarkt in Amerika das Interesse an der Psychoanalyse, wohl auch im Zusammenhang damit, dass nun viele europäische, zur Flucht gezwungene Psychiater und Psychoanalytiker in Amerika Fuß fassen. Andererseits macht erst der Tonfilm die Darstellung der Gesprächstherapie möglich. Die Figur des „Dr. Wonderful“ ist warmherzig, menschlich, bescheiden und empathisch. Zeit spielt für ihn keine Rolle, er ist immer für seine Patienten offen. Seine Methode ist die Gesprächstherapie; mit außerordentlicher Feinfühligkeit gelingt ihm stets zur richtigen Zeit die richtige Interpretation. Durch die Aufdeckung singulärer Traumata erreicht er sofortigen Heilerfolg für seine Patienten. Andere Methoden wie auch den Gebrauch von Psychopharmaka lehnt er ab. – Eine Analyse von 207 amerikanischen Filmen mit Psychiatern (Exploitation- und Horrorfilme waren von der Untersuchung ausgeschlossen) vom Beginn der Filmpsychiatrie bis 1987 ergab, dass 35 % der dargestellten Psychiater dem Typ „Dr. Dippy“, 15 % dem Typ „Dr. Evil“ und 22 % dem Typ „Dr. Wonderful“ entsprachen; 28 % waren nicht derart klassifizierbar, hiervon wurden jedoch nur 5 % als hilfreich, hingegen 9 % als unfähig darge-

stellt. Somit waren von allen registrierten Filmpsychiatern nur 27 % für den Patienten von Vorteil (150).

1.6.3.3. Die Patienten der Filmpsychiatrie

Nicht nur die Fachvertreter der Filmpsychiatrie, auch deren Patienten sind durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet. Hyler, Gabbard und Schneider (1991) identifizieren sechs Typen (152):

- die entmenschlichte Spezies, die der Filmkamera als wissenschaftliches Phänomen zur Schau geboten wird (häufiger in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts)
- den rebellischen Freigeist, der, oftmals in Roadmovies, den Beschränkungen einer tradiert-verbohrten Gesellschaft entfliehen will - seit Anbeginn der Filmpsychiatriegeschichte üblich; prominente Beispiele aus den 70er und 80er Jahren, Bsp. „*Einer flog über das Kuckucksnest*“ (1975)
- den mordenden Wahnsinnigen, der aufgrund seines „gespaltenen Bewusstseins“ oder einfach als Verkörperung des Bösen Blut- und Gewalttaten verübt - seit Anbeginn der Filmpsychiatrie und bis heute üblich, Bsp. „*Psycho*“ (1960), „*Halloween*“ (1975), „*Das Schweigen der Lämmer*“ (1991)
- die Nymphomanin, die durch ihre destruktive, vampiristische Sexualität Männer ins Verderben stürzt und deren einzige Sorge der Verführung ihres Psychiaters gilt - seit den 40er Jahren, oft in Zusammenhang mit der Gesprächstherapie, Bsp. „*Spellbound*“ (1945), „*Lilith*“ (1964)
- den erleuchteten Sonderling, der an sich gesünder und vernünftiger als der Rest der Gesellschaft ist und allein durch seine Andersartigkeit zu Unrecht für krank erklärt wird – seit den 60er Jahren, im Zusammenhang mit der Anti-Psychiatrie-Bewegung prominent, Bsp. „*A Fine Madness*“ (1966), „*King of Hearts*“ (1968)
- den narzisstischen Schmarotzer, der, selbstbezogen und Aufmerksamkeit heischend, aus Langeweile Zeit und Geld in eine Therapie steckt, um Trivia zu diskutieren – seit den 70er Jahren, oft in Zusammenhang mit der Gesprächstherapie, Bsp. „*Annie Hall*“ (1977), „*Lovesick*“ (1983)

Somit sind als psychisch krank dargestellte Filmcharaktere von einer klinischen Diagnose bzw. einer tatsächlichen psychiatrischen Erkrankung oftmals weit entfernt.

Die filmische Darstellung verschiedener DSM-III kodierter Störungen wurde von Hyler 1988 untersucht (153); er entdeckt zahlreiche tendenziell realistische Beispiele, die die Vergabe verschiedener Diagnosen rechtfertigen. Als problematisch benennt er die seit den 60er Jahren übliche Darstellung der Schizophrenie als Aufspaltung der Persönlichkeit in einen „guten“, normal erscheinenden, und „bösen“, oftmals blutrünstig mordenden Part, wobei die Person von beiden Anteilen wechselseitig beherrscht wird (153). Die in der Filmpsychiatrie am häufigsten vergebenen Diagnosen sind (150): *„dissociative reaction, especially amnesia and multiple personality; homicidal mania; substance abuse; disorders of impulse control; hysterical paralysis; phobic disorder, usually with psychological symptoms; schizophrenic and paranoid disorders; and no mental illness, with or without greater wisdom.“*

1.6.3.4. Krankheitsursachen und Behandlungsmethoden in der Filmpsychiatrie

Als übliche Ursache für psychiatrische Erkrankungen präsentiert die Filmpsychiatrie ein singuläres traumatisches Ereignis in der Kindheit (v.a. 50-60er Jahre), die verbohrte Gesellschaft, die, mit allen Abwechslern und Exzentrikern überfordert, diesen das Etikett „psychisch krank“ aufdrückt (v.a. 60er-70er Jahre), die „schizophrenogene Mutter“ sowie übernatürliche Kräfte (v.a. 70er-80er Jahre) (153).

Als Behandlungsmethode wird die Gesprächstherapie noch am ehesten als hilfreich dargestellt, alle anderen Methoden hingegen als gefährlich und voller Nebenwirkungen, vgl.a. (149).

1.6.4. Darstellung im Fernsehen

An Inhaltsanalysen des zur Hauptsendezeit gezeigten Fernsehprogramms sollen hier vier amerikanische (154; 155; 156; 157) und eine britische (134) Arbeit erörtert werden: Von den gezeigten Charakteren litten dort 3 % (155) bzw. 2,9 % (156) an einer psychischen Störung. Mal kam in 9 % (154), mal in 32 % (156) der Sendungen ein psychisch kranker Charakter vor, das Thema an sich wurde in 29 % (154) bzw. 20 % (155) der Sendungen angesprochen.

Autoren, die einzelne Genres genauer untersuchten, legten eine sehr ungleiche Verteilung dar: So wurden in keiner Sportsendung oder Seifenoper (156) und nur in 4,9 % der Komödien psychisch Kranke registriert; in Dramen waren es mit 30,9 % (155); in Nachrichtensendungen mit 55 %, in Krimiserien mit 64 %, in Kinofilmen mit 74 % deutlich mehr (156). Rose (1997) untersuchte weiterhin die für verschiedene Genres typische Darstellungsweise psychisch Kranker und kam in ihrer Arbeit zu dem Schluss, Betroffene würden in Seifenopern vor allem als sonderbar und hilfsbedürftig, in Nachrichtensendungen als gefährlich und krank sowie in TV-Dramen als gefährlich und amüsan charakterisiert (134).

Die Inhaltsanalysen des allgemeinen Programms identifizierten unter psychisch kranken Personen je 40 % (154), 72,1 % (155), 44,1 % (156) bzw. 37 % (157) als gefährlich oder gewalttätig sowie 40 % als unberechenbar (154). Im Vergleich zu anderen Filmcharakteren wurden Betroffene sehr viel negativer charakterisiert (155). Der Anteil positiver Darstellungen betrug 22,5 % (155). Als typische Merkmal psychisch Kranker wurde das Fehlen sozialer Netzwerke, familiärer Bindungen und eines Beschäftigungsverhältnisses ermittelt (154). Eine Studie registrierte 18,1 % der Betroffenen als Mörder (155). Mal war der Großteil mit 70,1 % männlich (156), mal war das Geschlechterverhältnis etwa ausgewogen (155).

Diefenbach (1997, 2007) klassifizierte die psychisch kranken Filmcharaktere nach DSM IV-Kriterien: 1997 dominierten in absteigender Reihenfolge Diagnosen im Zusammenhang mit Psychose, Paraphilie, Drogen, Alkohol und Persönlichkeitsstörungen (156), während 2007 Alkohol, Drogen, Schizophrenie/Psychose, Persönlichkeitsstörungen und Affektive Störungen im Vordergrund standen (157).

Im Laufe der Zeit änderte sich an der Darstellung psychisch Kranker im Fernsehen kaum etwas – dies ergab eine Studie, die sich über den Zeitraum von 17 Jahren hinzog (155) sowie die Neudurchführung einer Inhaltsanalyse nach 10 Jahren mit ähnlichem Design (157).

Abgesehen vom allgemeinen Programm zur Hauptsendezeit wurden auch einzelne Fernsehserien gesondert untersucht: Eine Arbeit zur amerikanischen Arztserie „Emergency Room“ identifizierte in 22 Folgen 28 psychiatrische Patienten, sechs davon in psychotischem Zustand. Fast immer wurden die Betroffenen als zerstörerisch und gefährlich dargestellt – selbst depressive und suizidale Patienten taten Anderen in dieser Serie, die ansonsten sehr um medizinische Akkuratessse bemüht ist, Gewalt an. In einer Episode wurde eine Medizinstudentin durch die Messerattacke eines psychotischen Patienten getötet, ein Arzt schwer verletzt (158). In zwei weiteren Untersuchungen von TV-Serien wurden je 75 % der identifizierten Charaktere gefährlich-aggressiv gezeigt (159; 160).

Zum allgemeinen Kinderfernsehprogramm sollen hier zwei Arbeiten erwähnt werden, auch dort war die Gefährlichkeits-Rate psychisch Kranker mit 50 % (161) bzw. 62 % (162) sehr hoch.

1.7. Die Bedeutung der Kriminalfernsehserien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ in der deutschen Medienlandschaft der 70er Jahre

Das Kriminalgenre ist von Anfang an eng verknüpft mit der Entwicklung und Konsolidierung des bürgerlichen Rechtsstaats, den Veränderungen der Strafprozessordnung und des staatlichen Polizeiapparates. 1734 gibt der französische Jurist de Pitaval eine Sammlung authentischer Kriminalfälle in 20 Bänden heraus, die zu großer Popularität gelangen. Die im Umbruch befindlichen politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse der folgenden Jahrhunderte stoßen eine völlig neue Rechtsdiskussion an, die nach Nahrung verlangt und dem Genre zur Blüte verhilft.

Im zerstörten Nachkriegsdeutschland ist das Bedürfnis nach politischer und soziokultureller Neuorientierung groß. Das Fernsehen bietet sich als Medium einer neuen gesellschaftlichen

Identität an; in Ost und West besteht ein deutliches Bedürfnis nach Fernsehkrimis. Die neuen Staatsorgane und deren Normen von Recht und Ordnung prägen die daraufhin entstehenden Sendungen (163), die sich bald großer Popularität erfreuen. Die gesellschaftlichen Dynamiken und Veränderungen werden vom Krimi aufgenommen, verarbeitet und wiedergespiegelt. Das Genre mit seinen schlichten Konventionen, das Spiel um die Verletzung der gesellschaftlichen Norm mit anschließender Wiederherstellung der Norm, entwickelt sich zum Dauerbrenner (164, S. 9-13).

1.7.1. Westdeutschlands in der Nachkriegszeit – Hervorbringung der Krimiserie „Tatort“

Die amerikanische Film- und Kulturindustrie stellt nach dem zweiten Weltkrieg in Westdeutschland den entscheidenden Orientierungspunkt dar. Die Bestrebungen der Alliierten, die Bevölkerung zu demokratisieren, schlagen sich in einem medienpolitisch intendierten, öffentlich-rechtlich organisierten Rundfunksystem nieder, dessen Ziel sein soll, die demokratische Öffentlichkeit zu informieren, zu unterhalten und kulturell zu bilden. Im Dezember 1952 wird der Sendebetrieb des deutschen Fernsehens aufgenommen. Die Fähigkeit zur audiovisuellen Direkt-Übertragung, also das Live-Prinzip, bringen dem neuen Medium den Ruf des unmittelbaren Dabeiseins, der Augenzeugenschaft ein: das Fernsehen zeigt der Welt, wie sie ist (164, S. 4, 95-6).

Das Interesse des Publikums am Krimi ist groß: 1957/58 sind 75 Prozent der Fernsehzuschauer stark oder sehr stark am Krimi interessiert (164, S. 109). Die Programmstrukturen sind zunächst rudimentär entwickelt, die ersten Sendungen des Genres, die schon wenige Wochen nach Sendebeginn gezeigt werden, beruhen auf den Fundus der Kriminalliteratur, des Hörspiels und des Theaters. Diese Kriminalspiele kommen in vielfacher Ausprägung vor – sofern es sich nicht um Quiz-Spiele oder Komödien handelt, sind sie durch einen deutlichen Authentizitätsanspruch gekennzeichnet und dokumentieren ohne feste Ermittlerfigur die Arbeit des staatlichen Polizeiapparates (165, S. 81). Erste Krimiserie im klassischen Sinne wird ab 1958 die Reihe „Stahlnetz“ (NDR), die nach dem Vorbild der semidokumentarischen US-Serie „Dragnet“ (165, S. 52) „wahre Geschichten“ präsentiert; als Grundlage für die Drehbücher werden bei den Polizeibehörden Fälle recherchiert (164, S. 113). Zusätzliche weitere Krimiserien, wie „Das Krimi-

nalmuseum“ (ZDF) und „Die fünfte Kolonne“ (ZDF) sind ebenfalls durch einen klar dokumentarischen Stil gekennzeichnet (166, S. 54-6). Zum sprichwörtlichen „Straßenfeger“ werden nicht nur die bereits genannten, ans faktische angelehnten Kriminalgeschichten: 1959 startet die Reihe der Durbridge-Mehrteiler nach britischem Vorbild, die mit ihrer Rätselstruktur stilistisch den ebenfalls sehr populären Edgar-Wallace-Verfilmungen ähneln und deren Sehbeteiligung in den 60er Jahren im Schnitt bei über 80 Prozent liegt (164, S. 121-4).

Im Januar 1969 setzt das ZDF „Die fünfte Kolonne“ und „Das Kriminalmuseum“ ab und startet stattdessen die Kriminalfernsehserie „Der Kommissar“, die erstmals neben dem eigentlichen Ermittler noch andere Figuren wie untergeordnete Inspektoren, Kriminalsekretäre etc. als feststehende Hauptträger der Handlung agieren lässt. Als Reaktion auf diese Neuerung beim einzigen großen Konkurrenten startet die ARD 1970 den „Tatort“ (167, S. 19-20).

Am 29. November 1970 wird im NDR „Taxi nach Leipzig“, die erste Sendung der ARD-Reihe „Tatort“, ausgestrahlt. Der Drehbuchautor, Friedhelm Werremeier, hat 15 Jahre als Gerichtsreporter gearbeitet und ein Archiv von über 9600 Kriminalfällen angelegt; bis in die 80er Jahre hinein beliefert er, neben seiner Arbeit als Drehbuchautor für den „Tatort“, Illustrierte mit Prozessberichten (167, S. 23-4). Von Anfang an ist der „Tatort“ in Farbe; seine neunzig Minuten Sendezeit lassen Raum für komplex angelegte Geschichten. Als wesentlichster Beitrag zum dauerhaften Erfolg gilt heute das auf Vielseitigkeit angelegte Konzept, durch das es in besonderer Weise möglich wird, heimische, an der bundesrepublikanischen Realität orientierte Geschichten zu erzählen: Bayerischer, Hessischer, Norddeutscher, Saarländischer, Süddeutscher, Westdeutscher und Österreichischer Rundfunk sowie Südwestfunk und SFB: Jede einzelne der neun ARD-Anstalten leistet ihre eigenen Beiträge zur Sendereihe des „Tatorts“, entwickelt einen eigenen Entwurf für die Serie mit einer Handlung, die an die jeweilige Region gebunden ist und von der dortigen Arbeit eines eigens konzipierten Kommissars erzählt (166, S. 99-102; 167, S. 20-2).

Zwar ist der „Tatort“ weiterhin durch einen deutlichen Realitätsanspruch gekennzeichnet, verfolgt aber im Vergleich zur semidokumentarischen Reihe „Stahlnetz“ ein gestalterisch deutlich freieres Konzept. So kündigt 1970 Horst Jaedicke, Fernsehprogrammdirektor des Süddeutschen Rundfunks (SDR) und Fernsehspiel-Koordinator, an: „Die Stoffe, die unserer „Tatort“-Reihe zugrunde liegen, sind dokumentarisch und fiktiv. Das Dokumentarische ist in der Regel so

verändert, dass sich niemand daran erinnern fühlen muss, wenn er nicht will. Und das Fiktive ist so realistisch, dass es gewesen sein könnte, auch wenn es gar nicht war.“ (165, S. 134; 166, S. 99). Schlüsselemente des Fernsehkrimis der 50er und 60er Jahre – die sperrige Präsentation der im Polizeiarchiv recherchierten harten Fakten, der autoritäre, makellos korrekte Polizeibeamte, die Schwarzweißzeichnung von Gut und Böse – werden von den stürmischen 70er Jahren hinweggefegt. Im „Tatort“ wird die Vielschichtigkeit der Umstände, die zum Verbrechen geführt haben, beleuchtet; manchmal ist der Täter gar nicht der Bösewicht, und die Polizisten sind keine anonymen Staatsträger, sondern Menschen mit Privatleben und inneren Widersprüchen, die auch mal gegen das Gesetz verstoßen (163). Der von Friedhelm Werremeier entworfene Fernsehkommissar Trimmel beispielsweise, von 1970 – 1982 Hauptfigur in insgesamt 11 „Tatort“-Folgen des NDR, tritt aggressiv und undifferenziert auf, gerät manchmal in Schlägereien, macht Fehler, handelt moralisch fragwürdig und ist voller Skepsis sich selbst und den gesellschaftlichen Verhältnissen gegenüber (165, S. 94-7). Die Grenzen des Möglichen werden zu Anfang der 70er mit dem Zollfahnder Kressin, Held von sechs „Tatort“-Reihen des WDR ab 1971, ausgelotet. Diese leicht parodistisch gezeichnete Figur mit James-Bond-Allüren (sexuelle Eskapaden, schnelle Autos) wird 1973 durch den systemkonformerer Kommissar Haferkamp ersetzt (165, S. 87; 167, S. 103). In den 70er Jahren sind Einschaltquoten zwischen 50 und 60 Prozent die Regel, teilweise gehen sie bis über 70 Prozent (164, S. 161).

1.7.2. Ostdeutschland in der Nachkriegszeit – Hervorbringung der Krimiserie „Polizeiruf 110“

In der DDR nimmt der Deutsche Fernsehfunk (DFF) im Januar 1956 seinen regulären Betrieb auf. Bald wird das Potential des Fernsehens als zentrales Informations- und Unterhaltungsmedium der neuen Republik erkannt. Als Instrument der kulturell-erzieherischen Beeinflussung wird die Vermittlung sozialistischer Lebenseinstellungen als dessen wesentliche Aufgabe angesehen. Die ideologische Systemauseinandersetzung zwischen Ost und West ist von Anfang an bestimmend. Die Leitlinien der Medienpolitik werden durch das Politbüro vorgegeben und durch die ZK-Sekretariate für Agitation und Propaganda sowie für Kultur, Volksbildung und Wissenschaft umgesetzt (164, S. 20,22).

Da die sozialistische Gesellschaftsordnung die Existenz von Verbrechen theoretisch ausschließt, stellt die Frage, wie Verbrechen in der DDR darzustellen sei, von Beginn an eine große Herausforderung dar. Die ersten Krimireihen, sogenannte Pitavalgeschichten, die sich durch einen dokumentarischen Stil auszeichnen und von realen Kriminalfällen berichten, lokalisieren die Orte des Verbrechens entweder in der BRD oder im Vorkriegsdeutschland der Weimarer Republik (1958-1978). 1959 startet, initiiert vom Gerichtsreporter Günter Prödohl, die Reihe „Blau-licht“, im Untertitel „Aus der Arbeit unserer Kriminalpolizei“. Thema ist die Kriminalität an der innerdeutschen Grenze, wobei die kriminelle Energie westdeutscher Berufsverbrecher sowie die Unfähigkeit der westdeutschen Polizei aufgezeigt wird. Obwohl die Mauer 1961 die Frage aufwirft, inwiefern das Thema der grenzüberschreitenden Kriminalität noch passend ist, folgen weitere Serien hierzu, so „Drei von der K“ (1969), und „Zollfahndung“ (1970-1971). Die Reihe „Kriminalfälle ohne Beispiel“ (1967-1975) wiederum behandelt Verbrechen in der BRD.

Eine Innovation ist die Einführung der Serie „Der Staatsanwalt hat das Wort“ (1965-1991) – erstmals werden ausschließlich Vergehen von DDR-Bürgern zum Gegenstand einer Krimireihe des ostdeutschen Fernsehens. Im Stil von Sozialstudien wird das Schicksal von Personen nachgezeichnet, die durch unglückliche Umstände auf die schiefe Bahn geraten; die Episoden enden mit der Tat. Grundlage bilden die Gerichtsakten der Staatsanwaltschaft der DDR, die behandelten Delikte entsprechen der offiziellen Kriminalitätsstatistik, es dominieren Vergehen wie Diebstahl, Betrug, Heiratsschwindel, Verkehrsvergehen und Trunkenheit. Als Anlass für die Schaffung der Sendereihe werden u.a. die Beschlüsse des IV. Parteitags der SED genannt, wo *„die Notwendigkeit einer breiten Mitarbeit der Bevölkerung zur Verhinderung und vor allem Überwindung von Möglichkeiten der Recht- und Moralverstöße in der sozialistischen Gesellschaft“* festgestellt wird. Die Merkmale der neuen, sozialistische Verfassung und Rechtsform sollen den Fernsehzuschauern vertraut werden (168). Die Darstellung von Kriminalität ist nun auch deshalb möglich, weil die „Klassenkampftheorie“ der 50er Jahre als Ursachenmodell von Verbrechen nicht mehr gilt. Im fertig errichteten, sozialistischen Staat ab den 60er Jahren wird die „Rudimente- und Relikttheorie“ bevorzugt, nach der die Reste einer alten, vorsozialistischen und rückständigen Denkweise und Moral die Menschen auf den falschen Weg führen – eine Situation, in der das erzieherische Eingreifen durch das sozialistische Kriminalgenre sinnvoll und notwendig scheint (164, S. 23).

Das Bedürfnis der Bevölkerung nach Krimisendungen ist groß, wie Umfragen von Mitte der 60er Jahre bis Anfang der 70er Jahre wiederholt vor Augen führen. Anfang der 70er Jahre erklärt sich die Mehrzahl der Zuschauer mit der Anzahl der gesendeten Kriminalfilme zufrieden, doch immerhin 39 Prozent – darunter besonders viele Zuschauer ohne Westempfang – wünschen sich noch mehr solche Sendungen (164, S. 24-5). Zwei Ereignisse läuten den Start der Reihe „Polizeiruf 110“ ein. Einerseits ist seit Ende 1970 der „Tatort“ im westdeutschen Fernsehen auf Sendung, dessen Reichweite 75 % des ostdeutschen Territoriums abdeckt. Schon 1966 berichtet der Sektor Rundfunk/Fernsehen der ZK-Abteilung Agitation, 90 Prozent der Bevölkerung informierten sich hauptsächlich über Westmedien; 1971 geht man davon aus, dass 20 % der Zuschauer ständig die Westprogramme dem Programm des DFF vorziehen (164, S. 20). Zu Recht wird angesichts der populären „Tatort“-Reihe befürchtet, noch mehr ostdeutsche Zuschauer an das Westfernsehen zu verlieren. Andererseits findet 1971 der VII. Parteitag der SED statt, der als Meilenstein in der Entwicklung des DDR-Fernsehens gilt: Honecker fordert, das Fernsehprogramm, das sich durch eine bestimmte Langeweile auszeichne, unterhaltsamer und spannender zu gestalten. Daraufhin kommt mit schnellen Schritten eine Entwicklung in Gang, die die „Gegenwartskriminalgeschichte“ als integralen Bestandteil der sozialistischen realistischen Kunst hervorbringt. Das neue Genre, das den Kulturschaffenden in beispielloser Weise kreative Freiräume eröffnet, manifestiert sich in der Krimiserie „Polizeiruf 110“, deren erste Folge im Juni 1971 ausgestrahlt wird (164, S. 66). Durch die enge Zusammenarbeit mit den sogenannten gesellschaftlichen Partnern, insbesondere mit der Hauptabteilung Kriminalpolizei des Ministerium des Innern, ist nicht nur die fachliche Genauigkeit, sondern auch die politisch-ideologische Absicherung gewährleistet. Die zentralen Ermittlerfiguren sind Staatsdiener, die ausschließlich im Kollektiv arbeiten und überaus korrekt, gesetzestreu, streng, aber nicht ungerrecht und sympathisch sind. Für Extravaganzen jeglicher Art ist kein Platz, das Privatleben der Figuren spielt kaum eine Rolle. Die Täter wiederum sind Mitglieder der Gesellschaft, die aus verschiedenen Gründen, die oftmals eingehend beleuchtet werden, auf die schiefe Bahn geraten sind (168). Oft zeichnen sich die Täter durch ideologisch-moralische Defizite aus, sind egoistisch, faul und materialistisch (164, S. 75). Was die dargestellten Delikte betrifft, so hat sich der „Polizeiruf 110“ zwar weiterhin an der offiziellen Kriminalstatistik zu orientieren, dennoch werden Kapitalverbrechen im Vergleich zur Reihe „Der Staatsanwalt hat das Wort“ sehr viel öfter dargestellt – so stehen 1971 in rund 35 % der gesendeten Folgen schwere Gewaltverbrechen im Mittelpunkt. Neben überholten kleinbürgerlichen Vorstellungen und Charakter-

defiziten wird mit der Zeit auch immer mehr der Alkoholmissbrauch als Ursache von Kriminalität thematisiert, wobei der Anspruch des „Polizeiruf 110“, als Gegenwartskriminalfilm aufklärend zu wirken, deutlich wird (164, S. 77). – Die Serie hält dem Konkurrenzdruck des Westfernsehens stand - die ostdeutschen Fernsehzuschauer nehmen den „Polizeiruf 110“, der mit Sonntagabend denselben Sendeplatz wie der westdeutsche „Tatort“ erhält, sehr gut auf, die Zuschauerbeteiligung liegt in den 70er Jahren zwischen 50 und 60 % (164, S. 69; 168).

2. Fragestellung

Die Stigmatisierung kann als wesentlicher Grund für die mangelhafte Versorgung psychischer Erkrankungen gelten und die Lebensqualität der Betroffenen wesentlich einschränken. Stigmatisierende Ansichten sind weit verbreitet. Der Stigmatisierung liegen komplexe kulturelle Mechanismen zu Grunde. Insbesondere die Medien spielen hierbei eine wesentliche Rolle.

Ziel der Arbeit ist, die mediale Vermittlung stigmatisierender Ansichten genauer zu untersuchen, entsprechende Rückschlüsse zum Mechanismus und zur gesellschaftlichen Funktion der Stigmatisierung zu ziehen und schließlich herauszuarbeiten, inwiefern die gewonnenen Erkenntnisse bei der praktischen Umsetzung von Anti-Stigma-Kampagnen nutzbar zu machen sind. Untersuchungsgegenstand sind die in den 70er Jahren ausgestrahlten Folgen der Krimireihen „Tatort“ und „Polizeiruf 110“, die sich beide durch großen gesellschaftlichen Einfluss auszeichnen. Im Rahmen der Inhaltsanalyse sollen folgende Fragen untersucht werden:

- Wie häufig kommen psychisch Kranke in den Kriminalfernsehserien vor, und wie werden sie dargestellt? Inwiefern beeinflusst es die Art der Darstellung, ob es sich um psychisch Kranke im „Tatort“ bzw. im „Polizeiruf 110“ handelt, welche Unterschiede gibt es in der Darstellung weiblicher bzw. männlicher psychisch Kranker, und durch welche Merkmale sind die Träger bestimmter Diagnosen charakterisiert?
- Was für Schlussfolgerungen ergeben sich aus der Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien, und welche Bedeutung hat dies für den Umgang mit dem Phänomen der Stigmatisierung?

3. Material und Methoden

3.1. Zur Methode der Inhaltsanalyse

Zur Untersuchung der Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien wurde die Inhaltsanalyse, eine empirische Methode der Sozialforschung, gewählt. Traditionell ein Instrument der Kommunikations- und Medienwissenschaft, befasst sich die Inhaltsanalyse mit der systematischen Auswertung von Texten, Bildern und Filmen. Durch die Untersuchung bestimmten Materials aus der Vergangenheit werden soziale Trends und Entwicklungen erforschbar (169, S. 576, 585-6).

Der Grundgedanke besteht dabei darin, eine Bedeutungsstruktur (der in der Forschungsfrage formulierte Vorstellungsinhalt, hier: „psychisch Kranke werden in deutschen Kriminalfernsehserien auf spezifische Art und Weise dargestellt“) in eine Formalstruktur (Datenmodell) zu transformieren. Notwendigerweise ist diese Umwandlung durch ein hohes Maß an Selektion und Abstraktion gekennzeichnet. Die Inhaltsanalyse ist dann gelungen, wenn das empirisch-quantifizierende Datenmodell dem analysierten Ausschnitt des Realitätsmodells (bzw. der daraus abgeleiteten Bedeutungsstruktur der Forschungsfrage) eindeutig entspricht (170, S. 29-30). Daher muss für jedes Forschungsproblem eine neue methodische Variante, ein neues inhaltsanalytisches Instrumentarium, entwickelt werden (170, S. 223), das auf seine Eignung, den empirischen Relativ systematisch in ein numerisches Relativ abzubilden, genau überprüft werden muss. Diese Überprüfung geschieht im Rahmen der Reliabilitätsprüfung, welche die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Verfahrens sicherstellt.

Letztlich ist das Ziel der Inhaltsanalyse, anhand der zu untersuchenden Zeichenkomplexe Schlussfolgerungen („Inferenzen“) über die Produzenten und Rezipienten der Mitteilung zu formulieren. Grundlage hierfür sind die tief in der Gesellschaftskultur verankerten, allgemein verbreiteten konventionalisierten Zeichensysteme. Diese sind einerseits das Instrument, mit dem der Produzent seine Mitteilungs- und Wirkungsabsichten in sinnlich wahrnehmbare Zeichenkomplexe (z.B. Sprache, Bilder) bzw. in ein materiales Medium (z.B. Text, Film) encodiert. Das Verständnis des Rezipienten für ebendiese Zeichensysteme ermöglicht die Rekonstruktion einer

Botschaft, die der Mitteilungs- und Wirkungsabsicht des Produzenten entspricht. Auf dieses allgemeine Sprachverständnis stützt sich der Inhaltsanalytiker bei der indirekten Erschließung der Mitteilungen, da er ja die Meinungen und Mitteilungsabsichten des Produzenten wie auch die Verstehensweisen und Reaktionen des Publikums an sich nicht kennt. Dass der Forscher über die Beziehung von Produzent und Mitteilung (diagnostischer Ansatz) sowie Mitteilung und Rezipient (prognostischer Ansatz) dennoch plausible Aussagen treffen kann, wird durch die Anwendung folgender Techniken erreicht (170, S. 39-49, 62):

- Operationalisierung der gewählten Interpretationsweise: Durch Definitionen und Kodierregeln wird möglichst weitgehend, systematisch und nachvollziehbar festgelegt, welche Mitteilungsaspekte wie interpretiert werden sollen.
- Die Kodierregeln werden mit dem Ziel der Klarheit und Eindeutigkeit so lange überarbeitet, bis die Interpretationsvarianzen im Kodiererteam minimiert sind. Das Problem einer operationalen Unterscheidung der einzelnen Bedeutungsklassen wird angegangen, indem möglichst viele konkrete Beispiele die gemeinten Interpretationsweisen verdeutlichen, durch Grenzfälle werden die Übergänge markiert. In intensiven Schulungen sind die Kodierer dann mit diesen Unterscheidungskriterien vertraut zu machen
- Konsequente, durchgängig invariante Anwendung der Forschungsstrategie auf das Untersuchungsmaterial
- Überprüfung der aus der Inhaltsanalyse abgeleiteten Inferenzen mit Hilfe externer Zusatzinformationen (z.B. experimenteller Wirkungsstudien)

Ein festgelegtes Ablaufmodell, nach dem auch die vorliegende Untersuchung in einzelne Schritte gegliedert wurde, stellt die Systematik und Objektivität der Inhaltsanalyse sicher. Nach Diekmann (2009) umfasst die Inhaltsanalyse die in Abb. 2 dargestellten Phasen:



Abbildung 2 – Ablaufmodell der Inhaltsanalyse (169, S. 595)

3.2. Die Anwendung der Inhaltsanalyse in vorliegender Arbeit

3.2.1. Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit bilden die Kriminalfernsehserien *Tatort* und *Polizeiruf 110*, denn diese bieten für das Forschungsvorhaben besondere Vorteile:

- Große Bedeutung beider Serien innerhalb der deutschen Fernsehkultur (siehe Kap. 1.7.)
- Vorzug der möglichen Untersuchung sozialer Trends und Entwicklungen über einen großen Zeitraum, da beide Serien nach Start in den 70er Jahren bis heute ohne Unterbrechung weiterliefen

Als Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit wurden die 70er Jahre festgelegt. Zur Untersuchung ausgewählt wurden alle Filme der Serie *Tatort*, die zwischen dem 1.1.1970 und dem 31.12.1979 im Fernsehen der Bundesrepublik gesendet wurden sowie alle Filme der Serie *Polizeiruf 110*, die in demselben Zeitraum durch das staatliche Fernsehen der DDR ausgestrahlt wurden. Einen guten Überblick über das Untersuchungsmaterial bietet die Website der ARD; dort sind alle gesendeten Folgen des „Tatort“ (171) sowie des „Polizeiruf 110“ (172) gelistet; neben einer kurzen Inhaltsangabe sind dort viele weitere Informationen wie Drehbuchautor, Regisseur, Produzent und Besetzung zu finden.

Im festgelegten Untersuchungszeitraum wurden 107 Folgen der Serie *Tatort* ausgestrahlt, welche sämtlich im Original gesichtet werden konnten. Von den 62 in den 70er Jahren gesendeten Folgen der Reihe *Polizeiruf 110* sind 58 unbeschädigt überliefert. Im Deutschen Rundfunkarchiv Berlin konnte der Inhalt der verbleibenden vier Folgen, von denen zwei fragmentarisch erhalten waren, anhand der Original-Drehbücher rekonstruiert werden. Somit konnten alle im Untersuchungszeitraum gesendeten Folgen der Serien *Tatort* und *Polizeiruf 110* in die Datenanalyse aufgenommen werden. Das Material der Untersuchung umfasst insgesamt 169 Filme, insgesamt wurden 200 Stunden 48 Minuten Filmmaterial gesichtet. Die Reihen des *Tatort* variieren in der Länge zwischen minimal 69 und maximal 119 Minuten, die des *Polizeiruf 110* dauern minimal 44, maximal 88 Minuten an.

3.2.2. Festlegung der Analyseeinheit

Sämtliche Filmeinstellungen, die sich thematisch auf eine als psychisch krank dargestellte Person beziehen, wurden als Analyseeinheiten festgelegt. Somit sind also nicht nur die Filmszenen, in denen eine solche Person zu sehen ist, sondern alle Szenen, die direkte und indirekte Informationen über einen als psychisch krank dargestellten Filmcharakter enthalten, Bestandteil der Analyse.

3.2.3. Konstruktion des Kategoriensystems

Die systematische Untersuchung der Analyseeinheiten auf bestimmte Charakteristika, die Zuordnung verschiedener Merkmale zu bestimmten Kategorien, ist nur mithilfe eines auf das Forschungsvorhaben zugeschnittenen Kategoriensystems möglich. Mayring schlägt die Übertragung der Methodik der quantitativen Inhaltsanalyse auf qualitativ-interpretative Auswertungsschritte vor und nennt zur Kategorienbildung hierfür zwei Verfahren. Einerseits sei, abgeleitet von der Fragestellung, das Material nach bestimmten Aspekten zu untersuchen mit dem Ziel, Kategorien zu definieren (induktive Kategorienentwicklung). Andererseits seien schon vorher festgelegte, theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Material heranzutragen (deduktive Kategorienanwendung) (173). Folgendermaßen wurde in vorliegender Arbeit vorgegangen:

In einer vorab durchgeführten Literaturrecherche wurden Studien zur Darstellung psychisch kranker Menschen in Film und Fernsehen ermittelt und deren Methodik untersucht. Ein von Wahl et al. (2007) für eine Untersuchung der Darstellung von psychisch kranken Charakteren im Kinderfernsehprogramm entwickeltes Kategoriensystem (162) wurde übernommen, anhand verschiedener Folgen des *Tatort* und *Polizeiruf 110* validiert und um zusätzliche Kategorien erweitert. Insgesamt wurden 10 Hauptkategorien mit 49 Unterkategorien angewendet (siehe Kategoriensystem im Anhang).

3.2.4. Kodierbogen und Kodieranweisungen

Kernstück der Inhaltsanalyse ist die genaue Definition der Kategorien und die Festlegung von inhaltsanalytischen Regeln, wann und inwiefern eine Textstelle diesen zuzuordnen ist (173). Hierzu wurde ein etwa 30 Seiten umfassender Kodierleitfaden mit detaillierter Ausformulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Haupt- und Unterkategorien entwickelt (siehe hierzu auch 3.2.5. und 3.2.6.). In Tab. 1 soll nur ein kleiner Auszug daraus aufgezeigt werden, um Anhand der Kategorie „Psychische Störung im Film“ die Prinzipien des Kodierleitfadens zu veranschaulichen:

Definition	Das Drehbuch / die Inszenierung vermittelt dem Durchschnittszuschauer, dass die dargestellte Person psychisch krank ist
Kodierregeln	Entscheidend ist hierbei, was in den 70er Jahren der Drehbuchautor dem damaligen Zuschauer für ein Bild vermitteln wollte. Zu Vermeiden ist, die Perspektive der jetzigen Zeit bzw. die Perspektive eines Psychologen / Psychiaters einzunehmen
Ankerbeispiele	<p>Positivbeispiele (wird als psychisch krank definiert)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Zeuge berichtet dem Kommissar: „Fr. Tüllmann, tragikomische Figur ... die eifersüchtigste Frau, die mir in meiner Laufbahn untergekommen ist ... hatte den grotesken Einfall, ihren Mann zu bespitzeln ... Hat den Privatdetektiv vollkommen verrückt gemacht. Junge, hat der zu mir gesagt, wenn du mal wieder so ‘ne Verrückte auf Lager hast, schick sie nicht zu mir, sondern zum Psychiater“, „die Frau war wahnsinnig“. Fr. Tüllmann wollte ihren Mann mit kompromittierenden Fotos erpressen, die sie einem Verbrecher abkaufen wollte. Doch als der diese nicht zum vereinbarten Preis hergeben wollte, „ist sie dann hysterisch geworden. Dann hat er sie erschlagen“, wie der Kommissar feststellt (F 22) - Hr. Schmitt ist ein völlig skrupelloser Oberkellner. Seine Verlobte Marion scheint er nur zu haben, weil sie für ihn arbeiten kann – deshalb verbietet er ihr auch, zu studieren. Seiner Ex-Verlobten Gina schuldet er 12.000 M; Marion geht zu ihrem Onkel, um dem Herrn Schmitt das Geld zu beschaffen. Als sie zurückkommt, erwischt sie ihren Verlobten mit Gina in flagranti und rennt entsetzt und verwirrt in den Wald. Hr. Schmitt folgt ihr; Marion wirft ihm vor, es ginge ihm nur ums Geld, er liebe sie nicht wirklich. Da erwürgt Hr. Schmitt Marion im Affekt (F 6) - Hr. Sander hat in die reiche Familie seiner Frau, die ein Weingut besitzt, eingeheiratet und ist als Vertreter für den Wein viel unterwegs. Bei einer Familienfeier tritt er betrunken auf und beschimpft lauthals die Verwandten und den „Ramschladen“; die

	<p>Schwiegereltern sind schwer entsetzt (F 10)</p> <p>Negativbeispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der halbstarke Rolle trinkt 6 Bier am Abend, will seiner besorgten Mutter die Zündschlüssel fürs Mofa nicht hergeben: „Frauen und Zündschlüssel soll man nie aus der Hand geben“, und fährt seine Freundin nach Hause - Mrs. Vivien Hamilton, Agentin und Amerikanerin, verfolgt ihren Mann, der im Rahmen eines Zeugenschutzprogramms in Deutschland untergetaucht ist. Sie bringt zwei andere Agenten um und lässt die Tarnung ihres Mannes auffliegen, um ihn zu zwingen, mit ihr zurück nach Amerika zu kommen. Angesichts der Morde fragt er entsetzt: „Bist du wahnsinnig?“ Sie, kokett-machtbewußt: „Vielleicht ...“ - Die Mutter eines ermordeten Mädchens erleidet einen Schock und muss ins Krankenhaus gebracht werden; sonst erfährt man nichts näheres
--	---

Tabelle 1 – Auszug aus dem verwendeten Kodierleitfaden, Kategorie „Psychische Störung im Film“

3.2.5. Kodierschulung und Pretest

Im Rahmen der Kodierschulung wurden das Kategoriensystem und der dazugehörige Kodierleitfaden auf seine Praktikabilität geprüft und weiterentwickelt. Hierzu wurden aktuelle Folgen der Serie *Tatort* durch die 3 Kodiererinnen der Arbeitsgruppe gemeinsam mit einem Experten (Psychiater) gesichtet, wobei jeder Teilnehmer anhand des Leitfadens das Material kodierte. Die Ergebnisse wurden verglichen, Kategorien sowie Kodierregeln wurden diskutiert, hinterfragt und weiter ausdifferenziert. Auch während der Haupterhebung fanden mehrfach Treffen der Arbeitsgruppe statt, um Grenzfälle zu diskutieren und weitere Ankerbeispiele für den Kodierleitfaden herauszuarbeiten.

3.2.6. Prüfung der Reliabilität

Für die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung wurden 10 % des Materials durch Zweitkodierer ausgewertet und mit den Ergebnissen des Hauptkodierers verglichen, um die Reliabilität des entwickelten Kategoriensystems zu überprüfen.

Die Zweitkodierer waren Mitglieder der Arbeitsgruppe, wodurch sich deren Kenntnis der theoretischen Grundlagen sowie Vertrautheit mit dem Kategoriensystem nicht von dem des Hauptkodierers unterschieden. Der Anteil der zweitkodierte Filme entsprach dem relativen Anteil der beiden Serien am Gesamtmaterial: Von 107 Folgen des *Tatort* wurden 11, von den 62 Folgen des *Polizeiruf 110* wurden 6 Filme durch die Zweitkodierer untersucht.

Für jede Variable wurden die Beurteilungen von Erst- und Zweitkodierer in einer Kontingenztafel zusammengefasst und verglichen. Die Übereinstimmung zwischen den Beurteilungen wurde mit Hilfe des κ -Koeffizienten nach Cohen berechnet. Dieser basiert auf der prozentualen Übereinstimmung (PÜ) und hat gegenüber dieser den Vorteil, dass er das Verhältnis der beobachteten zu der im Zufall erwarteten Übereinstimmung berücksichtigt.

Die Berechnung von Cohens κ erfolgte folgendermaßen (174, S. 55-6):

$$\kappa = P_o - P_e / 1 - P_e$$

hierbei gilt:

P_o = Relativer Anteil der Fälle, in denen die Rater identische Urteile abgegeben haben

P_e = Relativer Anteil der Übereinstimmungen bei zufälligem Rateverhalten

Der Wert von κ liegt zwischen 1,0 (perfekte Übereinstimmung) und -1,0 (völlig unterschiedliche Einschätzungen durch die beiden Rater). Allgemein wird in der Literatur die Faustregel angegeben, dass ein $\kappa > 0,75$ als Indikator für eine sehr gute, ein κ zwischen 0,6 und 0,75 als Indikator für eine gute Übereinstimmung angesehen werden kann. Liegt κ zwischen 0,4 und 0,6, so kann dies je nach Interesse und vor dem Hintergrund der Zuverlässigkeit alternativer Messverfahren als akzeptable Übereinstimmung toleriert werden (174, S. 59).

Die PÜ bzw. Cohens κ verliert stark an Aussagekraft bei schiefen Randverteilungen, also wenn sich die Häufigkeiten deutlich unterscheiden, in denen das interessierende Verhalten als vorhanden bzw. nicht vorhanden registriert wurde. Wirtz und Caspar (2002) empfehlen daher unbedingt, für dichotome Merkmale, die sehr häufig oder sehr selten vorkommen ($p < 0,2$ oder $p > 0,8$; hierbei gilt $p = P\ddot{U}/100\%$) auch die kategorienspezifische PÜ+ (Anteil der Fälle, in denen das zu beurteilende Merkmal als vorhanden registriert wurde) und PÜ- (Anteil der Fälle, in denen das zu beurteilende Merkmal als nicht vorhanden registriert wurde) zu bestimmen und anschließend mit der entsprechenden Zufallserwartung zu vergleichen. Siehe hierzu Tab. 2 und 3:

Tabelle 2 – Notation der Daten in 2x2 Kontingenztabelle

	0	1	Σ
0	a	b	n1.
1	c	d	n2.
Σ	n.1	n.2	N

Tabelle 3 – Notation der erwarteten Werte in 2x2 Kontingenztabelle

	0	1
0	$e11 = n1. \times n1./N$	$e12 = n1. \times n2./N$
1	$e21 = n.1 \times n2./N$	$E22 = n.2 \times n2./N$

$$P\ddot{U}+ = \frac{a}{a+b+c} \times 100 \%$$

$$P\ddot{U}- = \frac{d}{d+b+c} \times 100 \%$$

$$P\ddot{U}+\text{Zufall} = \frac{e11}{e11 + e12 + e22} \times 100 \%$$

$$P\ddot{U}-\text{Zufall} = \frac{e22}{e22 + e12 + e22} \times 100 \%$$

Wenn beide Koeffizienten PÜ+ und PÜ- deutlich höher ausgeprägt sind als die entsprechende Zufallserwartung, so kann von einer systematischen Übereinstimmung von den Ratern ausgegangen werden.

In Tabelle 4 ist für jede Variable zur Beurteilerübereinstimmung neben der PÜ bei ausgewogener Randverteilung Cohens κ , bei schiefer Randverteilung die PÜ+ / PÜ- mit entsprechender Zufallserwartung angegeben. Auf diese Weise kann die in der letzten Spalte für jede Variable angegebene Beurteilung der Güte der Interreliabilität nachvollzogen werden. Hierbei steht ein ‚+‘ für gute bis sehr gute, ein ‚/‘ für akzeptable und ein ‚-‘ für negative Beurteilerübereinstimmung.

Allgemeines zum Film			
P.S. grundsätzlich vorhanden	PÜ = 0,59	$\kappa = 0,14$	-
Vorkommen an P.S. insg.	PÜ = 0,69	$\kappa = 0,52$	/
P.S. Ursache des Verbrechens	PÜ = 0,71	$\kappa = 0$	-
Vorkommen eines Mords	PÜ = 0,82	PÜ+ = 25 % PÜ+ Z = 3 % PÜ- = 81 % PÜ- Z = 45 %	+
Täterführung	PÜ = 0,94	PÜ+ = 92 % PÜ+ Z = 69 % PÜ- = 80 % PÜ- Z = 23 %	+
Angaben zur dargestellten psychischen Störung			
Beobachtet	PÜ = 1	$\kappa = 1$	+
Verbal geäußert	PÜ = 0,62	$\kappa = 0,14$	-
Durch Experten geäußert	PÜ = 0,87	PÜ+ = 0 PÜ+ Z = 0 PÜ- = 87 % PÜ- Z = 47 %	/
Diagnose nach ICD-10 (175)	PÜ = 0,85	$\kappa = 0,5385$	/
Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
Geschlecht	PÜ = 1	$\kappa = 1$	+
Alter	PÜ = 0,75	$\kappa = 0,67$	+
Familienstand	PÜ = 0,87	PÜ+ = 71 % PÜ+ Z = 59 % PÜ- = 33 % PÜ- Z = 11 %	+
Randfigur	PÜ = 0,87	PÜ+ = 0 PÜ+ Z = 0 PÜ- = 12 % PÜ- Z = 11 %	-

Psychiatrische / psychologische Behandlung			
Vorhanden	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,33$	-
In der Klinik	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}_+ = 0$ $P\ddot{U}_+ Z = 0$ $P\ddot{U}_- = 12 \%$ $P\ddot{U}_- Z = 11 \%$	/
Ambulant	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,33$	-
Aussichtsreich	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0$	-
Nicht aussichtsreich	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}_+ = 12 \%$ $P\ddot{U}_+ Z = 50 \%$ $P\ddot{U}_- = 0$ $P\ddot{U}_- Z = 0$	/
Positive Merkmale			
Einsichtig bzgl. Regeln	$P\ddot{U} = 0,5$	$\kappa = 0$	-
Zuverlässig	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,25$	-
Sensibel / emotional	$P\ddot{U} = 0,25$	$\kappa = 0$	-
Liebevoll	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,5$	/
Kreativ / ideenreich	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}_+ = 12 \%$ $P\ddot{U}_+ Z = 50 \%$ $P\ddot{U}_- = 0$ $P\ddot{U}_- Z = 0$	-
Gepflegt	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0$	-
Gesellschaftlich integriert	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,38$	-
Insgesamt positiv	$P\ddot{U} = 0,5$	$\kappa = 0$	-
Negative Merkmale			
Unzuverlässig	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,14$	-
Rücksichtslos / egoistisch	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,33$	-
Gefährlich	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}_+ = 80 \%$ $P\ddot{U}_+ Z = 45 \%$ $P\ddot{U}_- = 75 \%$ $P\ddot{U}_- Z = 33 \%$	+
Unberechenbar	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0$	-
Ungepflegt	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,38$	-
Einzelgänger / Außenseiter	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}_+ = 80 \%$ $P\ddot{U}_+ Z = 38 \%$ $P\ddot{U}_- = 75 \%$ $P\ddot{U}_- Z = 27 \%$	+
Last für andere	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,5$	/

Insgesamt negativ	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,53$	/
Rolle im Film			
Täter	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}+ = 83\%$ $P\ddot{U}+ Z = 55\%$ $P\ddot{U}- = 66\%$ $P\ddot{U}- Z = 20\%$	+
Mörder / Totschläger	$P\ddot{U} = 1$	$\kappa = 1$	+
Opfer	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,38$	-
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen			
Kriminell	$P\ddot{U} = 0,5$	$\kappa = 0$	-
Verbal aggressiv	$P\ddot{U} = 0,87$		+
Fremdgefährdend	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,25$	-
Sexueller Missbrauch	$P\ddot{U} = 0,87$	$\kappa = 0,6$	+
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
Suizidabsicht	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,47$	/
Suizid	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,33$	-
Selbstschädigendes Verhalten	$P\ddot{U} = 0,87$	$P\ddot{U}+ = 83\%$ $P\ddot{U}+ Z = 65\%$ $P\ddot{U}- = 66\%$ $P\ddot{U}- Z = 25\%$	+
Verhaltensreaktionen des Umfelds			
Angst	$P\ddot{U} = 0,75$	$\kappa = 0,5$	/
Gewalttätigkeit	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,33$	-
Hilflosigkeit	$P\ddot{U} = 0,5$	$\kappa = 0$	-
Verständnis	$P\ddot{U} = 0,5$	$\kappa = 0,16$	-
Kooperation	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0$	-
Hilfsbereitschaft	$P\ddot{U} = 0,62$	$\kappa = 0,14$	-

Tabelle 4 – Darlegung der Interrater-Reliabilität aller Kategorien

Deutlich ist eine in vielen Fällen negative Beurteilerübereinstimmung zu erkennen. Dieses Problem konnte durch die intensive Arbeit der Gruppe an der stetigen Verbesserung des Kodier-

leitfadens nicht gelöst werden. Wirtz und Caspar (2002) schreiben hierzu: „Ob ein κ -Wert als ‚ausreichend‘ oder ‚gut‘ gelten kann, ist immer in Abhängigkeit von den zu ratenden Objekten und Merkmalen zu bestimmen. Als maßgebend gilt jeweils entweder, welche Ergebnisse in dem jeweiligen Forschungsbereich gefunden wurden und ob alternative Methoden existieren, die eine höhere Zuverlässigkeit besitzen. Für sehr schwer zu erfassende Merkmale, die eine sehr komplexe Informationsintegration erfordern (z.B. Therapieresistenz) ist man unter Umständen zufrieden, wenn man überhaupt eine verwertbare Information durch die Rater erhält“ (174, S. 59).

3.2.7. Haupterhebung

Die im Rahmen der Inhaltsanalyse entstandenen Daten wurden in einer Microsoft Excel-Datei angelegt. Die Merkmale wurden als Variablen in 49 Spalten organisiert, die Zeilen repräsentierten die Fälle.

3.2.8. Datenübertragung und Datenauswertung

Die in der Microsoft Excel-Datei organisierten Daten wurden in ein Datenfile des Statistikprogramms PASW Statistics 18 (Predictive Analytics Software) übertragen (176). Nach einer Fehlerkontrolle erfolgte die computergestützte statistische Auswertung.

Zunächst wurde eine Häufigkeitsauszählung durchgeführt. Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Variablen bzw. Merkmale für alle bearbeiteten Fälle wird in Kapitel 4.1. vorgestellt. Anschließend wurden die Fälle in Gruppen eingeordnet und anhand von Kreuztabellen untersucht, inwiefern psychisch Kranke, die einer bestimmten Gruppe angehören, sich in ihren Darstellungsmerkmalen von psychisch Kranken, die dieser Gruppe nicht angehören, unterscheiden. Die einzige ordinalskalierte Variable, das Alter, wurde zwecks besserer Übersichtlichkeit nicht in die analytische Statistik aufgenommen; hier wurde allein für jede spezifische Gruppe der Median berechnet. So konnte bei der analytischen Statistik ausschließlich mit dichotomen Daten gearbeitet werden. Verglichen wurden zwischen den beiden Fernsehserien *Tatort* und *Polizeiruf*

110 (vgl. 4.2.), zwischen den beiden Geschlechtern männlich und weiblich (vgl. 4.3.) sowie insbesondere zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Hierzu wurde immer je eine Diagnosegruppe mit allen anderen als psychisch krank registrierten Personen verglichen (vgl. 4.4 – 4.9).

Unterschiede wurden mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson auf ihre Signifikanz hin geprüft; war dies aufgrund geringer Fallzahlen nicht möglich, wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) angewandt (177, S. 152-66).

Als Signifikanzniveau wurden folgende Einstellungen gewählt:

$p \leq 0,05$ signifikant * / $p \leq 0,005$ sehr signifikant ** / $p \leq 0,001$ höchst signifikant ***

3.3. Einordnung der Ergebnisse im Kontext

Nach Mayring (2001) besteht bei einer mit Kategoriensystem arbeitenden Inhaltsanalyse der erste Schritt aus einer qualitativen Analysen der Daten (vgl. 3.2.2. – 3.2.7.), der zweite Schritt aus quantitativen Prozeduren (vgl. 3.2.8). Im dritten und letzten Schritt wiederum müssen die ermittelten Ergebnisse qualitativ interpretiert werden (178). Denn wesentliches Ziel der Inhaltsanalyse ist die Formulierung von Schlussfolgerungen („Inferenzen“) über Meinungen und Mitteilungabsichten des Produzenten sowie Verstehensweisen und Reaktionen des Rezipienten. Da die im Rahmen der Inhaltsanalyse gewonnenen Daten hierzu nicht ausreichen, müssen die aus der Inhaltsanalyse abgeleiteten Inferenzen mit Hilfe externer Zusatzinformationen ergänzt und überprüft werden (170, S. 48). Dieser Arbeitsschritt soll im Diskussionsteil erfolgen.

4. Ergebnisse

4.1. Häufigkeitsauszählung insgesamt

4.1.1. Allgemeines zu den Filmen

169 Filme wurden im Rahmen vorliegender Arbeit untersucht, davon gehörten 107 der Serie *Tatort*, 62 der Serie *Polizeiruf 110* an.

In 97 der 169 Filme wurde mindestens ein als psychisch krank dargestellter Filmcharakter registriert (57,4 %). In etwa der Hälfte dieser 97 Filme kamen mehrere psychisch kranke Personen vor, so dass insgesamt 155 psychisch kranke Filmcharaktere zur genaueren Untersuchung der Darstellungsmerkmale in die Datenbank aufgenommen wurden. In den Besetzungslisten wurden pro Film im Mittel 17,2 Personen geführt, daher wurden insgesamt 2.907 Filmcharaktere untersucht, von denen 5,3 % an einer psychischen Störung litten.

In 72,8 % der Filme geschah ein Mord bzw. kam eine Leiche vor. Die Täterführung war in 68,6 % der Filme verdeckt (der Zuschauer erkennt den Täter erst am Schluss des Films) in 31,4 % offen (hier nimmt der Zuschauer Anteil an der Aufklärung des Falls, wobei er den Täter schon zu einem frühen Zeitpunkt kennt). Das Vorliegen einer psychischen Störung war in 12,4 % der Filme die Hauptursache dafür, dass ein Verbrechen geschah.

4.1.2. Angaben zu den dargestellten psychischen Störungen

Zur Registrierung eines Filmcharakters als psychisch krank musste mindestens eines der folgenden Merkmale in der Darstellung zutreffen: Das Verhalten der Person machte unmissverständlich das Vorhandensein einer psychischen Störung deutlich (traf in 74,2 % der registrierten Fälle zu) und/oder verbale Äußerungen von Laien oder der betroffenen Person selbst zeigten dieses auf (traf in 69 % der Fälle zu) und/oder Experten wie Ärzte oder Polizeibeamte stellten das Vorhandensein einer psychischen Störung fest (traf in 48,4 % der Fälle zu). Insgesamt beruhten

nur 12,3 % der registrierten Fälle allein auf Beobachtung, während in 87,7 % der Fälle die psychische Erkrankung durch verbale Äußerungen festgestellt werden konnte. Beim Vergleich durch Kreuztabellierung von allein durch Beobachtung mit allein durch verbale Äußerung registrierten Fällen konnten bezüglich keines einzigen Merkmals signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Den als psychisch krank klassifizierten Personen wurden Diagnosen nach ICD-10 (175) zugeordnet. Bei der Häufigkeitsauszählung wurde eine charakteristische Verteilung deutlich.

Sehr häufiges Vorkommen:

- F 10 – Störungen durch Alkohol (43,9 %, N= 68)
- F 43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (22,6 %, N=35)

Seltener kamen vor:

- F 60 – spezifische Persönlichkeitsstörungen (6,5 %, N=10)
- F 11 - Störungen durch Opioide (5,8 %, N=9)
- F 65 - Störungen der Sexualpräferenz (5,8 %, N=9)
- F X – in diesen Fällen ließ die Filmdarstellung keine diagnostische Einordnung nach ICD-10 zu (2,6 %, N=4)

Vereinzelt kamen vor (alle je 1,3 %, N=2):

F 12 – Störungen durch Cannabinoide; F 22 – anhaltende wahnhaftige Störungen; F 30 – manische Episode; F 44 - dissoziative Störungen

Einmalig kamen vor (alle je 0,6 %, N=1):

F 03 – Demenz; F 13 – Störungen durch Sedativa oder Hypnotika; F 15 – Störungen durch sonstige Stimulanzien; F 31 - bipolare affektive Störung, F 32 - depressive Episode, F 33 – rezidivierende depressive Störung, F 42 - Zwangsstörung, F 52 -sexuelle Funktionsstörung, F 62 – andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, F 66 - Psychische/Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, F 91 - Störung des Sozialverhaltens, F 92 - kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Für eine bessere Übersichtlichkeit der Daten wurden Gruppen gebildet und insbesondere sehr selten vorkommende Störungen auf diese Weise sinnvoll zusammengefasst. Die Kategorien „Alkohol“ (F 10) und „Persönlichkeitsstörung“ (F 60) verblieben in ihrer ursprünglichen Form. Zur Kategorie „Anpassungsstörung“ (F 43) wurde „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Ex-

trembelastung“ (F 62) hinzugenommen. F 11, F 12, F 13 und F 15 wurden zur Gruppe „andere Drogen“ (neben Alkohol) zusammengefasst. F 30 – 33 bildeten die Gruppe „affektive Störung“. Die verbleibenden Kategorien (F 03, F 22, F 42, F 44, F 91, F 92 sowie F X) wurden zur Gruppe „andere / FX“ zusammengefasst. In Folge dessen ergab sich die in Abb. 3 dargestellte Häufigkeitsverteilung der einzelnen Diagnosegruppen.

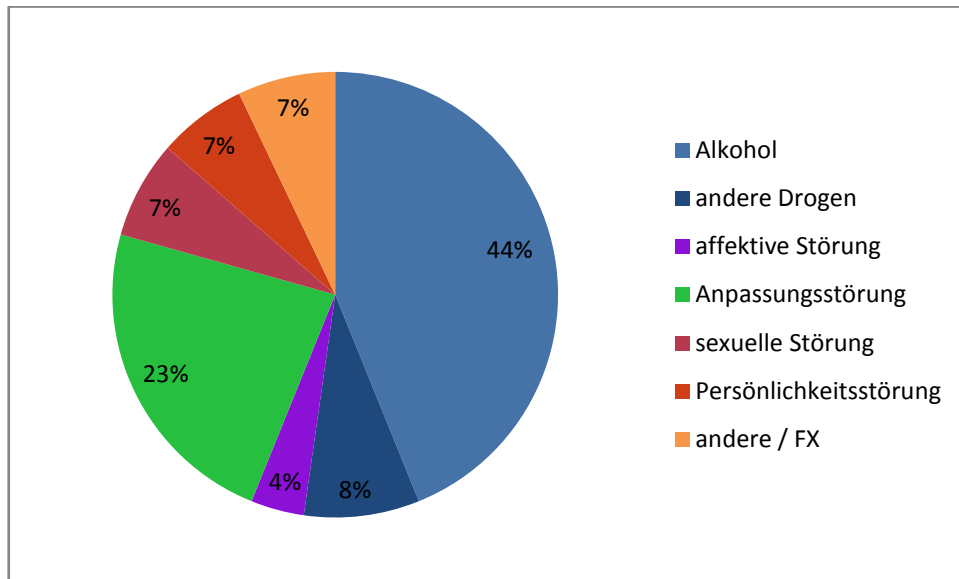


Abbildung 3 – Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen

4.1.3. Angaben zu den psychisch kranken Filmcharakteren

Unter den als psychisch krank dargestellten Personen fanden sich deutlich mehr Männer (69 %; 31 % Frauen). Zum Alter wurde ermittelt, dass die untersuchten Personen sich minimal in der 2., maximal in der 8. Lebensdekade befanden, wobei es sich im Mittel um Personen in der 4. Lebensdekade (also zwischen 30 und 40) handelte.

Mit 55,5 % (N=86) waren die meisten psychisch kranken Filmcharaktere ledig oder hatten keinen spezifizierbaren Familienstand; 27,7 % (N=43) waren verheiratet, 5,2 % (N=8) geschieden, 4,5 % (N=7) verlobt sowie 7,1 % (N=11) verwitwet.

In 10,3 % der Fälle handelte es sich um Randfiguren, die nur für einen kurzen Moment im Film auftraten bzw. nur wenige Worte sprachen und somit wenig genaue Information boten.

4.1.4. Psychiatrische / Psychologische Behandlung insgesamt

Nur 7,1 % (N=11) der als psychisch krank dargestellten Filmcharaktere waren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung. Wenn, dann erfolgte die Behandlung am ehesten stationär (N=8), seltener ambulant (N=4). In 3 der 11 Fälle (24 %) wurden die therapeutischen Maßnahmen als aussichtsreich registriert, in 6 von 11 Fällen (55 %) erschien die Behandlung hingegen nicht aussichtsreich. In 3 der 11 Fälle konnte keine Aussage bzgl. der Prognose im Rahmen der Behandlung getroffen werden.

4.1.5. Positive und negative Merkmale

Die Darstellung der 155 als psychisch krank gezeigten Filmcharaktere wurde auch dahingehend untersucht, inwiefern diese mit bestimmten positiven bzw. negativen Persönlichkeitsmerkmalen ausgestattet seien.

Etwa die Hälfte der 155 registrierten Personen wurde als insgesamt positiv (N=75), als einseitig bzgl. sozialer Regeln und Grenzen (N=79) sowie als zuverlässig (N=82) dargestellt. Die deutliche Mehrheit wurde als gepflegt (N=135) und gesellschaftlich integriert (N=111) eingestuft. Jedoch wurde nur etwa ein Viertel als sensibel/emotional (N=42), liebevoll (N=38) oder kreativ/ideenreich (N=34) dargestellt, vgl. Abb. 4.

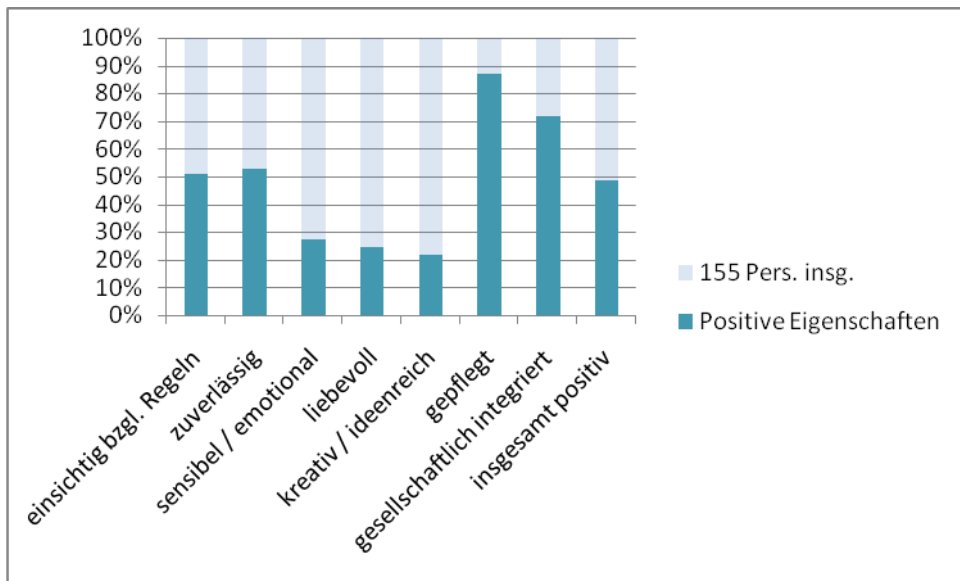


Abbildung 4 – Häufigkeit positiver Eigenschaften

43,9 % (N=68) der 155 psychisch kranken Filmcharaktere wurden insgesamt negativ dargestellt. Um die 40 % wurden als rücksichtslos / egoistisch (N=64) und gefährlich (N=63) gezeigt; um die 30 % waren Einzelgänger / Außenseiter (N=50) und unzuverlässig (N=43). 24,5 % (N=38) galten als Last für andere; nur 20 % (N=31) wurden als unberechenbar, 12,9 % (N=20) als ungepflegt dargestellt, vgl. Abbildung 5.

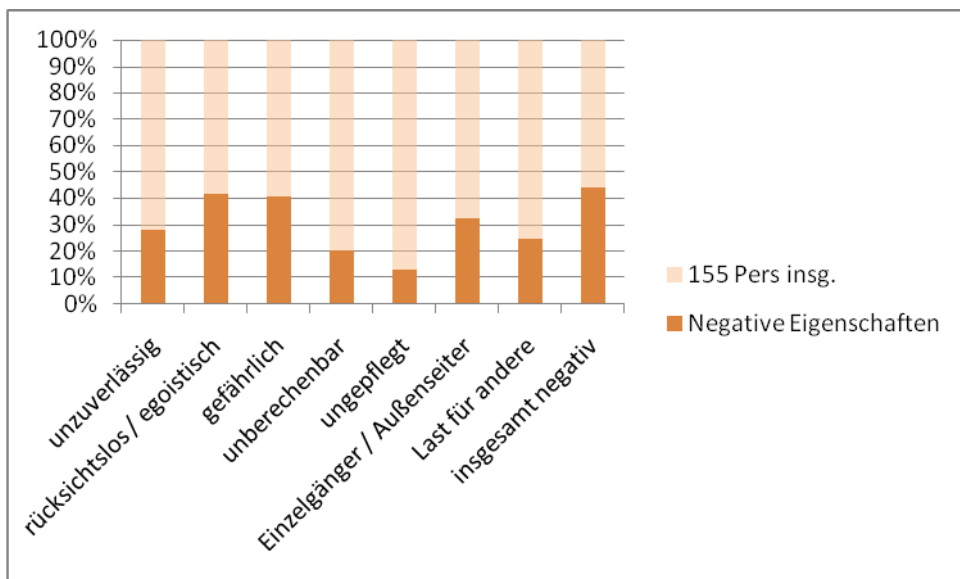


Abbildung 5 – Häufigkeit negativer Eigenschaften

4.1.6. Rolle im Film

In 43,2 % der Fälle (N=67) war die psychisch kranke Person als Täter dargestellt, Von diesen 67 Tätern wurden 28 als Mörder oder Totschläger gezeigt, also 41,8 % der Täter bzw. 18,6 % der Charaktere. In 37,4 % (N=58) waren psychisch kranke Filmcharaktere als Opfer dargestellt, vgl. Abb. 6.

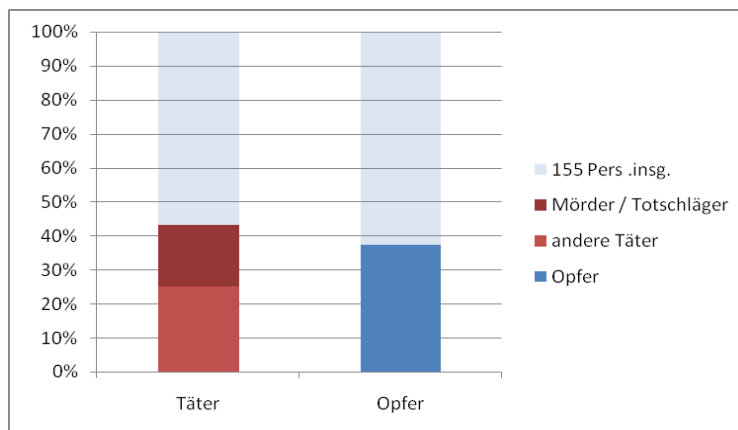


Abbildung 6 – Häufigkeit der Darstellung als Täter (Mörder) oder Opfer

4.1.7. Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen

56,1 % (N=87) der registrierten Personen waren kriminell, 41,3 % (N=64) fremdgefährdend, 32,3 % (N=50) verbal aggressiv. Sexuellen Missbrauch begingen 8,4 % (N=13), vgl. Abb. 7.

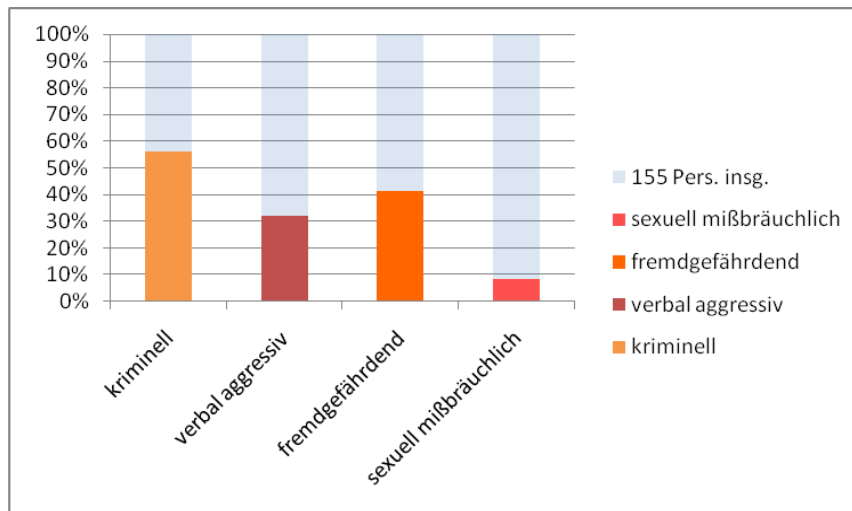


Abbildung 7 – Häufigkeit der Darstellung kriminellen / gewalttätigen Verhaltens

4.1.8. Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst

9,7 % (N=15) der psychisch kranken Filmcharaktere zeigten Suizidabsichten, ebensoviele begingen tatsächlich Suizid. Selbstschädigendes Verhalten kam in 32,8 % der Fälle (N=54) vor, vgl. Abb. 8.

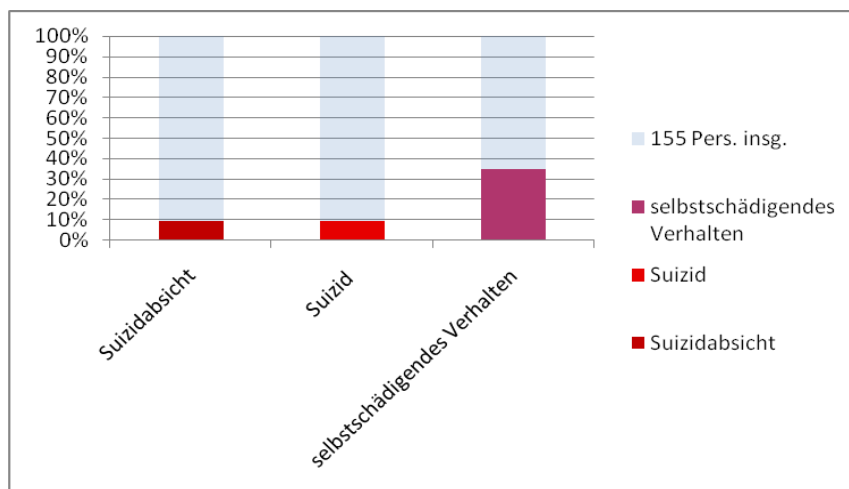


Abbildung 8 – Häufigkeit der Darstellung von Suiziden / selbstschädigendem Verhalten

4.1.9. Verhaltensreaktionen des Umfelds auf den psychisch kranken Filmcharakter

Das Umfeld zeigte sich gegenüber Betroffenen sehr häufig kooperativ (N=131), oft auch hilfsbereit (N=78) und verständnisvoll (N=79). In etwa 45 % verhielt sich die Umgebung hilflos (N=67) und gewalttätig (N=66); mit Angst wurde in 36,1 % der Fälle (N=56) reagiert, vgl. Abb. 9.

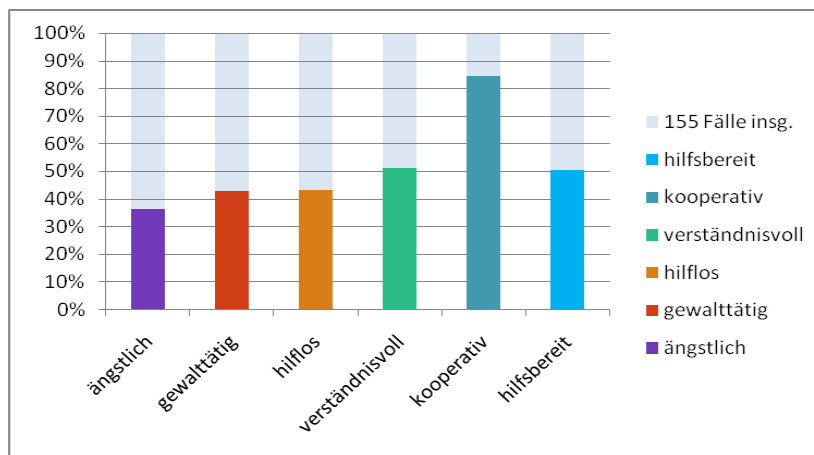


Abbildung 9 – Häufigkeit verschiedener Verhaltensreaktionen des Umfelds

4.2. Unterschiede zwischen den beiden Kriminalfernsehserien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“

Beim Vergleich der im Rahmen der Inhaltsanalyse erhobenen Daten zeigte vor allem Übereinstimmung, aber auch einige Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Kriminalfernsehserien, dem westdeutschen *Tatort* und dem ostdeutschen *Polizeiruf 110*, siehe hierzu auch Tab. 5 und 6.

In beiden Serien kamen psychische Störungen etwa gleich häufig vor. Der Anteil an psychisch kranken Charakteren war mit 5,8 % deckungsgleich. Als diagnostische Kategorien kamen „andere Drogen“ sowie „andere psychische Störungen / FX“ sehr viel häufiger im „Tatort“ vor (*), während Störungen im Zusammenhang mit Alkohol sowie Persönlichkeitsstörungen im

„Polizeiruf 110“ öfter vorkamen. Psychiatrische / psychologische Behandlung wurde nur im Rahmen der westdeutschen Serie gezeigt (*). Die registrierten Charaktere waren im „Tatort“ sehr viel häufiger ledig bzw. seltener verheiratet (*). Während sich das Vorkommen positiver Merkmale der psychisch Kranken zwischen den beiden Krimireihen nicht signifikant unterschied, wurden die Charaktere in der ostdeutschen Serie öfter als „unzuverlässig“ (*) und als „Last für andere“ (**) dargestellt. Bezüglich des Merkmals der Gefährlichkeit und der Wahrscheinlichkeit der Täterschaft wurden keine größeren Unterschiede zwischen Ost und West festgestellt. Allerdings kamen verschiedene, mit Selbst- und Fremdgefährdung verknüpfte Merkmale im „Tatort“ etwas häufiger vor. Weiterhin kamen im „Tatort“ allgemein sehr viel mehr Morde vor (***), und psychisch Kranke wurden deutlich häufiger zu Mördern (**). Bei der Verrechnung dieser Unterschiede ergibt sich, dass im „Tatort“ 24,3 % der psychisch Kranken, im „Polizeiruf 110“ hingegen nur 6,45 % der psychisch Kranken als Mörder dargestellt wurden (Schnitt: 18,6 %). Das Umfeld der psychisch kranken Personen zeigte sich im „Polizeiruf 110“ deutlich hilfloser (*), aber auch hilfsbereiter (**) und verständnisvoller als im „Tatort“, wo eher mit Gewalt reagiert wurde.

169 Filme insg.	Tatort (N=107)	Polizeiruf 110 (N=62)	Unterschied
Anteil am untersuchten Material	63,3 %	36,7 %	
Anteil an Filmen mit P.S.	58,9 %	54,8 %	n.s.
Vorkommen an P.S. insg.	103	52	n.s.
Untersuchte Charaktere insg.	1.831	1.076	
Anteil an Charakteren mit P.S.	5,84 %	5,76 %	n.s.
<i>Vorkommen eines Mords</i>	89,7 %	43,5 %	<i>p = 0,000 ***</i>
Täterführung offen	36,4 %	22,6 %	n.s.
P.S. Hauptursache des Verbrechens	14,0 %	9,7 %	n.s.

Tabelle 5 – Vergleich von Merkmalen der Reihen „Tatort“ und „Polizeiruf 110“

155 Pers. mit P.S. insg.	Tatort (N=103)	Polizeiruf 110 (N=52)	Unterschied
Angaben zur dargestellten psychischen Störung			
Beobachtet	73,8 %	75,0 %	n.s.
Verbal geäußert	64,1 %	78,8 %	n.s.
Durch Experten geäußert	51,5 %	42,3 %	n.s.
Diagnose			
- Alkohol	39,8 %	51,9 %	n.s.
- Anpassungsstörung	22,3 %	25,0 %	n.s.
- Andere Drogen	11,7 %	1,9 %	p = 0,023 *
- Sexuelle Störung	6,8 %	7,7 %	n.s.
- Persönlichkeitsstörung	4,9 %	9,6 %	n.s.
- Affektive Störung	3,9 %	3,8 %	n.s.
- Andere / FX	10,7 %	-	p = 0,012 *
Allgemeine Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
Geschlecht	66 % männl 34 % weibl	75 % männl 25 % weibl	n.s.
Alter	Median 4. Lebensdekade (zwischen 30 und 40)		n.s.
Familienstand	64,1 % ledig 22,3 % verh. 3,9 % gesch. 2,9 % verlobt 6,8 % verwitw.	34,5 % ledig 34,5 % verh. 7,7 % gesch. 7,7 % verlobt 7,7 % verwitw.	p = 0,039 *
Randfigur	11,7 %	7,7 %	n.s.
Psychiatrische / psychologische Behandlung			
Vorhanden	10,7 %	0	p = 0,014 *
Stationär	7,8 %	0	p = 0,039 *
Ambulant	3,9 %	0	n.s.
Aussichtsreich	2,9 %	0	n.s.
Nicht aussichtsreich	4,9 %	0	n.s.

155 Pers. mit P.S. insg.	Tatort (N=103)	Polizeiruf 110 (N=52)	Unterschied
Positive Merkmale			
Einsichtig bzgl. Regeln	47,6 %	57,7 %	n.s.
Zuverlässig	51,5 %	55,8 %	n.s.
Sensibel / emotional	25,2 %	30,8 %	n.s.
Liebevoll	20,4 %	32,7 %	n.s.
Kreativ / ideenreich	21,4 %	23,1 %	n.s.
Gepflegt	86,4 %	88,5 %	n.s.
Gesellschaftlich integriert	68,0 %	78,8 %	n.s.
Insgesamt positiv	45,6 %	53,8 %	n.s.
Negative Merkmale			
<i>Unzuverlässig</i>	22,3 %	38,5 %	$p = 0,034$ *
Rücksichtslos / egoistisch	38,8 %	46,2 %	n.s.
Gefährlich	41,7 %	38,5 %	n.s.
Unberechenbar	22,3 %	15,4 %	n.s.
Ungepflegt	12,6 %	13,5 %	n.s.
Einzelgänger / Außenseiter	34,0 %	28,8 %	n.s.
<i>Last für andere</i>	17,5 %	38,5 %	$p = 0,004$ **
Insgesamt negativ	46,6 %	38,5 %	n.s.
Rolle im Film			
Täter	44,7 %	40,4 %	n.s.
<i>hiervon Mörder / Totschläger</i>	54,3 %	14,3 %	$p = 0,002$ **
Opfer	37,9 %	36,5 %	n.s.
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen			
Kriminell	59,2 %	50,0 %	n.s.
Verbal aggressiv	30,1 %	36,5 %	n.s.
Fremdgefährdend	44,7 %	34,6 %	n.s.
Sexueller Missbrauch	9,7 %	5,8 %	n.s.
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
Suizidabsicht	12,6 %	3,8 %	n.s.
Suizid	12,6 %	3,8 %	n.s.
Selbstschädigendes Verhalten	32,0 %	40,4 %	n.s.
Verhaltensreaktionen des Umfelds			
Angst	36,9 %	34,6 %	n.s.

155 Pers. mit P.S. insg.	Tatort (N=103)	Polizeiruf 110 (N=52)	Unterschied
Gewalttätigkeit	45,6 %	36,5 %	n.s.
<i>Hilflosigkeit</i>	36,9 %	55,8 %	<i>p = 0,025 *</i>
Verständnis	46,6 %	59,4 %	n.s.
Kooperation	83,5 %	86,5 %	n.s.
<i>Hilfsbereitschaft</i>	41,7 %	67,3 %	<i>p = 0,003 **</i>

Tabelle 6 – Vergleich der Darstellungsmerkmale psychisch Kranker in den Reihen „Tatort“ und „Polizeiruf 110“

4.3. Unterschiede zwischen den Geschlechtern

Allgemein waren in den untersuchten Krimiserien über zwei Drittel der psychisch kranken Personen männlich – im ostdeutschen „Polizeiruf 110“ waren es sogar drei Viertel. Was die festgestellten Diagnosen betraf, so waren Männer deutlich häufiger von Störungen durch Alkohol (*), Frauen sehr viel häufiger von Anpassungsstörungen (**) betroffen. Die Diagnosegruppen „andere Drogen“ und „sexuelle Störung“ kamen bei Männern etwa doppelt so häufig, Persönlichkeitsstörungen viermal so oft vor, während Frauen viermal so häufig an Affektiver Störung litten und doppelt so häufig in die Diagnosegruppe „Andere / FX“ eingeordnet wurden.

Psychisch kranke Filmcharaktere weiblichen Geschlechts waren etwa zweimal so oft in psychiatrischer / psychologischer Behandlung. Weiterhin wurden sie im Vergleich zu Männern insgesamt positiver (*), gepflegter (*) sowie sensibler / emotionaler (*) gezeigt. Männer wurden als kreativer / ideenreicher (**), jedoch insgesamt negativer (**) charakterisiert: als gefährlicher (**) sowie zweimal so häufig als unberechenbar und Last für andere. Sie traten deutlich öfter als Täter (*) auf und wurden im Vergleich zu Frauen häufiger als kriminell (*), verbal aggressiv (**), fremdgefährdend (**) und sexuell missbräuchlich (*) dargestellt. Dementsprechend reagierte das Umfeld Männern gegenüber sehr viel eher mit Angst (***), vgl. Tab. 7.

155 Pers. insg.	Männer (N=107)	Frauen (N=48)	Unterschied
100 %	69 %	31 %	
Tatort	66,0 %	34,0 %	n.s.
Polizeiruf 110	75,0 %	25,0 %	n.s.
Angaben zur dargestellten psychischen Störung			
Beobachtet	77,6 %	66,7 %	n.s.
Verbal geäußert	68,2 %	70,8 %	n.s.
Durch Experten geäußert	51,4 %	41,7 %	n.s.
Diagnose			
- <i>Alkohol</i>	50,5 %	29,2 %	<i>p = 0,013 *</i>
- <i>Anpassungsstörung</i>	16,8 %	37,5 %	<i>p = 0,005 **</i>
- Andere Drogen	10,3 %	6,3 %	n.s.
- Sexuelle Störung	8,4 %	4,2 %	n.s.
- Persönlichkeitsstörung	8,4 %	2,1 %	n.s.
- Affektive Störung	1,9 %	8,3 %	n.s.
- Andere / FX	4,7 %	12,5 %	n.s.
Allgemeine Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
Alter	Median 4. Lebensdekade (zwischen 30 und 40)		
Familienstand	58,9 % ledig 29,0 % verh. 3,7 % gesch. 3,7 % verlobt 4,7 % verwitw.	47,9 % ledig 25,0 % verh. 8,3 % gesch. 6,3 % verlobt 12,5 % verwitw.	n.s.
Randfigur	11,2 %	8,3 %	n.s.
Psychiatrische / psychologische Behandlung			
Vorhanden	5,6 %	10,4 %	n.s.
Stationär	3,7 %	8,3 %	n.s.
Ambulant	1,9 %	4,2 %	n.s.
Aussichtsreich	1,9 %	2,1 %	n.s.
Nicht aussichtsreich	2,8 %	6,3 %	n.s.

155 Pers. insg.	Männer (N=107)	Frauen (N=48)	Unterschied
Positive Merkmale			
Einsichtig bzgl. Regeln	49,5 %	54,2 %	n.s.
Zuverlässig	52,3 %	54,2 %	n.s.
<i>Sensibel / emotional</i>	20,6 %	41,7 %	<i>p = 0,006 **</i>
Liebevoll	22,4 %	29,2 %	n.s.
<i>Kreativ / ideenreich</i>	27,1 %	10,4 %	<i>p = 0,02 *</i>
<i>Gepflegt</i>	83,2 %	95,8 %	<i>p = 0,03 *</i>
Gesellschaftlich integriert	72,9 %	68,8 %	n.s.
<i>Insgesamt positiv</i>	43,0 %	60,4 %	<i>p = 0,045 *</i>
Negative Merkmale			
Unzuverlässig	29,9 %	22,9 %	n.s.
Rücksichtslos / egoistisch	43,9 %	35,4 %	n.s.
Gefährlich	47,7 %	25,0 %	<i>p = 0,008 **</i>
Unberechenbar	23,4 %	12,5 %	n.s.
Ungepflegt	15,9 %	6,3 %	n.s.
Einzelgänger / Außenseiter	35,5 %	25,0 %	n.s.
Last für andere	29,0 %	14,6 %	n.s.
<i>Insgesamt negativ</i>	49,5 %	31,3 %	<i>p = 0,034 *</i>
Rolle im Film			
<i>Täter</i>	49,5 %	29,2 %	<i>p = 0,018 *</i>
<i>hiervon Mörder / Totschläger</i>	43,4 %	35,7 %	n.s.
Opfer	36,4 %	39,6 %	n.s.
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen			
<i>Kriminell</i>	62,6 %	41,7 %	<i>p = 0,015 *</i>
<i>Verbal aggressiv</i>	40,2 %	14,6 %	<i>p = 0,002 **</i>
<i>Fremdgefährdend</i>	48,6 %	25,0 %	<i>p = 0,006 **</i>
<i>Sexueller Missbrauch</i>	12,1 %	0 %	<i>p = 0,012 *</i>
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
Suizidabsicht	8,4 %	12,5 %	n.s.
Suizid	8,4 %	12,5 %	n.s.
Selbstschädigendes Verhalten	35,5 %	33,3 %	n.s.

155 Pers. insg.	Männer (N=107)	Frauen (N=48)	Unterschied
Verhaltensreaktionen des Umfelds			
<i>Angst</i>	45,8 %	14,6 %	$p = 0,000$ ***
Gewalttätigkeit	39,3 %	50,0 %	n.s.
Hilflosigkeit	43,9 %	41,7 %	n.s.
Verständnis	48,6 %	56,3 %	n.s.
Kooperation	83,2 %	87,5 %	n.s.
Hilfsbereitschaft	45,8 %	60,4 %	n.s.

Tabelle 7 – Vergleich der Darstellungsmerkmale männlicher und weiblicher psychisch Kranker

4.4. Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosen

4.4.1. Störungen durch Alkohol verglichen mit anderen Diagnosen

Personen der Diagnosegruppe „Störungen durch Alkohol“ wurden dieser weniger durch Beobachtung (*), sondern eher durch verbale Äußerungen von Mitmenschen zugeordnet. Die Betroffenen waren im Vergleich zu Filmcharakteren mit anderen psychischen Störungen häufiger männlich (*), Randfiguren (*) und ohne psychiatrische oder psychologische Behandlung (*). Die Betroffenen wurden sehr viel seltener als sensibel / emotional (**), dafür häufiger als unzuverlässig (**) und ungepflegt (**) dargestellt. Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen waren Personen mit Alkoholproblem seltener unberechenbar (*), Einzelgänger / Außenseiter (*), eine Last für andere oder wurden negativ dargestellt. Auch waren sie deutlich seltener Täter (*) oder kriminell (*) – wenn sie doch zu Tätern wurden, so kam es seltener zu Mord und Totschlag. Deutlich seltener als Personen anderer Diagnosegruppen zeigten sie Suizidabsichten (**), während selbstschädigendes Verhalten (**) häufiger vorkam. Das Umfeld trat Personen mit Alkoholproblem mit vergleichsweise weniger Angst gegenüber, das Verständnis und insbesondere die Hilfsbereitschaft (**) waren sehr viel geringer, vgl. Tab. 9.

155 Pers. insg.	Störungen durch Alkohol (N=68)	Alle anderen Störungen (N=87)	Unterschied
100 %	43,9 %	56,1 %	
Angaben zur dargestellten psychischen Störung			
<i>Beobachtet</i>	64,7 %	81,6 %	$p = 0,017 *$
Allgemeine Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
<i>Geschlecht</i>	79,4 % männl. 20,6 % weibl.	60,9 % männl. 39,1 % weibl.	$p = 0,013 *$
<i>Alter</i>	Median 4. Lebensdekade (zwischen 30 und 40)		
<i>Randfigur</i>	19,1 %	3,4 %	$p = 0,001 ***$
Psychiatrische / psychologische Behandlung			
<i>Vorhanden</i>	1,5 %	11,5 %	$p = 0,016 *$
Positive Merkmale			
<i>Sensibel / emotional</i>	14,7 %	36,8 %	$p = 0,002 **$
<i>Gepflegt</i>	77,9 %	94,3 %	$p = 0,003 **$
Negative Merkmale			
<i>Unzuverlässig</i>	38,2 %	19,5 %	$p = 0,01 **$
<i>Unberechenbar</i>	11,8 %	26,4 %	$p = 0,023 *$
<i>Ungepflegt</i>	22,1 %	5,7 %	$p = 0,003 **$
<i>Einzelgänger / Außenseiter</i>	23,5 %	39,1 %	$p = 0,04 *$
Rolle im Film			
<i>Täter</i>	32,4 %	51,7 %	$p = 0,016 *$
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen			
<i>Kriminell</i>	45,6 %	64,4 %	$p = 0,019 *$
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
<i>Suizidabsicht</i>	1,5 %	16,1 %	$p = 0,002 **$
<i>Selbstschädigung</i>	51,5 %	21,8 %	$p = 0,000 ***$

155 Pers. insg.	Störungen durch Alkohol (N=68)	Alle anderen Störungen (N=87)	Unterschied
Verhaltensreaktionen des Umfelds			
<i>Hilfsbereitschaft</i>	38,2 %	59,8 %	$p = 0,008$ **

Tabelle 8 – Signifikante Unterschiede der Darstellungsmerkmale von Personen mit Störungen durch Alkohol im Vergleich zu anderen psychisch Kranken

4.4.2. Anpassungsstörungen verglichen mit anderen Diagnosen

Personen mit Anpassungsstörungen waren sehr viel häufiger weiblich (**), seltener ledig und öfter verheiratet. In keinem Fall handelte es sich um Randfiguren (*). Geringfügig häufiger waren die Betroffenen in psychiatrischer / psychologischer Therapie, die allerdings sehr häufig ambulant (*) durchgeführt werden konnte. Alle positiven Eigenschaften (außer kreativ / ideenreich) waren bei Personen mit Anpassungsstörung deutlich häufiger zu finden, insbesondere Merkmale wie einsichtig bzgl. sozialer Regeln und Grenzen (***), zuverlässig (***), sensibel / emotional (***), gesellschaftlich integriert (***), und insgesamt positiv (***). Negative Merkmale kamen insgesamt deutlich seltener vor (***). Interessanterweise wurden die Betroffenen genauso häufig wie Personen mit anderen Störungen zu Tätern, sogar noch etwas häufiger zu Mördern. Gewalt gegen Mitmenschen allgemein kam vergleichsweise etwas seltener vor. Personen mit Anpassungsstörung wurden häufiger zu Opfern (*); autodestruktive Gewalt in Form von Suizidabsicht (***), und Suizid (**) kam deutlich häufiger vor, während selbstschädigendes Verhalten (**) sehr viel seltener zu beobachten war. Das Umfeld reagierte auf die betroffenen Charaktere mit deutlich weniger Angst (*) und sehr viel mehr Verständnis (***), und Hilfsbereitschaft (**), vgl. Tab. 9.

155 Pers. insg.	Anpassungsstörungen (N=36)	Alle anderen Störungen (N=119)	Unterschied
100 %	23,2 %	76,8 %	
Allgemeine Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
<i>Geschlecht</i>	50 % männl.	74,8 % männl.	$p = 0,005$ **

155 Pers. insg.	Anpassungsstörungen (N=36)	Alle anderen Störungen (N=119)	Unterschied
	50 % weibl.	25,2 % weibl.	
Alter	Median 4. Lebensdekade (zwischen 30 und 40)		n.s.
Randfigur	0 %	13,4 %	$p = 0,024^*$
Psychiatrische / psychologische Behandlung			
Ambulant	8,3 %	0,8 %	$p = 0,039^*$
Positive Merkmale			
Einsichtig bzgl. Regeln	80,6 %	42,0 %	$p = 0,000^{***}$
Zuverlässig	77,8 %	45,4 %	$p = 0,001^{***}$
Sensibel / emotional	52,8 %	19,3 %	$p = 0,000^{***}$
Gesellschaftlich	91,7 %	65,5 %	$p = 0,001^{***}$
Insgesamt positiv	75,0 %	40,3 %	$p = 0,000^{***}$
Negative Merkmale			
Unzuverlässig	13,9 %	31,9 %	$p = 0,034^*$
Insgesamt negativ	16,7 %	52,1 %	$p = 0,000^{***}$
Rolle im Film			
Opfer	52,8 %	32,8 %	$p = 0,03^*$
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
Suizidabsicht	25,0 %	5,0 %	$p = 0,001^{***}$
Suizid	22,2 %	5,9 %	$p = 0,008^{**}$
Selbstschädigung	13,9 %	41,2 %	$p = 0,003^{**}$
Verhaltensreaktionen des Umfelds			
Angst	22,2 %	40,3 %	$p = 0,047^*$
Verständnis	77,8 %	42,9 %	$p = 0,000^{***}$
Hilfsbereitschaft	69,4 %	44,5 %	$p = 0,009^{**}$

Tabelle 9 - Signifikante Unterschiede der Darstellungsmerkmale von Personen mit Anpassungsstörung im Vergleich zu anderen psychisch Kranken

4.4.3. Störungen durch Drogen, Alkohol ausgenommen, verglichen mit anderen Diagnosen

Von den 155 als psychisch krank registrierten Filmcharakteren wurden 13 Personen der Gruppe „Andere Drogen“ zugeordnet – hierbei handelte es sich hauptsächlich um Heroin und Marihuana. Als einzige Diagnosegruppe liegt der Altersdurchschnitt hier nicht in der 4., sondern in der 3. Lebensdekade, also zwischen 20 und 30. Meist sind die Personen ledig, und treten in keinem Fall als Randfiguren auf. Eher liebevoll und kreativ / ideenreich, sind die Betroffenen seltener gesellschaftlich integriert, nur halb so häufig einsichtig bzgl. sozialer Regeln und Grenzen und sehr selten zuverlässig (*). Manche negative Merkmale kommen etwas häufiger – (unzuverlässig, rücksichtslos / egoistisch, Last für andere) andere seltener vor (gefährlich, unberechenbar, ungepflegt). Kaum Unterschiede gibt es im Vergleich zu anderen psychisch kranken Filmcharakteren, was die Wahrscheinlichkeit betrifft, zum Täter oder Opfer zu werden. Allerdings werden Personen der Diagnosegruppe „Andere Drogen“ sehr viel häufiger kriminell (*) und verhalten sich verbal aggressiv (*). Selbstschädigendes Verhalten kommt häufiger vor (*). Das Verhalten des Umfelds unterscheidet sich kaum im Vergleich zu anderen Störungen, vgl. Tab. 10.

155 Pers. insg.	Störungen durch andere Drogen (N=13)	Alle anderen Störungen (N=142)	Unterschied
100 %	8,4 %	91,6 %	
Allgemeine Angaben zum psychisch kranken Filmcharakter			
Alter	Median 3. Lebensdekade (zwischen 20 und 30)		
Positive Merkmale			
<i>Zuverlässig</i>	21,4 %	56,0 %	$p = 0,013 *$
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen Mitmenschen			
<i>Kriminell</i>	85,7 %	53,2 %	$p = 0,019 *$
<i>Verbal aggressiv</i>	57,1 %	29,8 %	$p = 0,037 *$

155 Pers. insg.	Störungen durch andere Drogen (N=13)	Alle anderen Störungen (N=142)	Unterschied
Gewaltdarstellung – der psychisch kranke Filmcharakter gegen sich selbst			
<i>Selbstschädigung</i>	64,3 %	31,9 %	$p = 0,02 *$

Tabelle 10 - Signifikante Unterschiede der Darstellungsmerkmale von Personen mit Störungen durch andere Drogen als Alkohol im Vergleich zu anderen psychisch Kranken

4.4.4. Sexuelle Störungen verglichen mit anderen Diagnosen

11 der 155 registrierten Personen wurden aufgrund einer sexuellen Störung als psychisch krank eingestuft. Diese waren etwas häufiger männlich; im Vergleich zu anderen psychischen Störungen war mehr als doppelt so häufig eine psychiatrische / psychologische Behandlung vorhanden. Nur 18,2 % der Betroffenen wurden als insgesamt positiv eingestuft; keiner der Charaktere war als liebevoll oder kreativ / ideenreich dargestellt. Die negativen Merkmale überwogen deutlich, so waren die Charaktere fast doppelt so häufig rücksichtslos / egoistisch, deutlich häufiger unberechenbar (*), Einzelgänger / Außenseiter (**), sowie insgesamt negativ (*) dargestellt. Sie wurden häufiger als Personen mit anderen psychischen Störungen als gefährlich, fremdgefährdend sowie als Täter dargestellt; sexueller Missbrauch kam deutlich häufiger vor (***). Das Umfeld reagierte vermehrt mit Angst (**) und mit weniger Verständnis (*) und Hilfsbereitschaft.

4.4.5. Persönlichkeitsstörungen verglichen mit anderen Diagnosen

Unter den 155 psychisch kranken Filmcharakteren fanden sich 10 Personen mit Persönlichkeitsstörung. 9 davon waren männlich, in psychiatrischer / psychologischer Behandlung war niemand. An positiven Merkmalen wurde sehr häufig kreativ / ideenreich (**) vermerkt, allerdings wurde kein einziger Charakter als insgesamt positiv (**) oder als sensibel / emotional ein-

geordnet; nur 2 der 10 Betroffenen waren einsichtig bzgl. sozialer Regeln und Grenzen. Negative Merkmale überwogen ganz klar – alle Betroffenen wurden als insgesamt negativ eingeordnet (***) und im Vergleich zu psychisch Kranken anderer Diagnosegruppen waren Charaktere mit Persönlichkeitsstörung viel häufiger unzuverlässig (*), rücksichtslos / egoistisch (**), unberechenbar (*) und eine Last für andere (**). Sie waren sehr viel häufiger gefährlich (***), Täter (*) und kriminell (*). Das Umfeld reagierte verstärkt mit Angst (**) und zeigte sich in 7 der 10 Fälle hilflos, dabei jedoch hilfsbereit.

4.4.6. Affektive Störungen verglichen mit anderen Diagnosen

6 der 155 psychisch kranken Filmcharaktere wurden in die Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ eingeordnet. Weibliche Personen überwogen hier deutlich, auch waren zwei der sechs Personen in psychiatrischer / psychologischer Behandlung – stationär (*), allerdings ohne Aussicht auf Erfolg der Behandlung (*). Die Betroffenen waren in keinem Fall ungepflegt oder Einzelgänger / Außenseiter, im Vergleich zum Durchschnitt der psychisch Kranken waren sie nur halb so häufig als gefährlich, fremdgefährdend oder verbal aggressiv dargestellt; zu Tätern wurden sie ähnlich häufig, allerdings kam es in keinem Fall zu Mord / Totschlag. Interessanterweise zeigte keiner der Charaktere selbstschädigendes Verhalten, Suizidabsichten oder beging Suizid.

4.4.7. Andere Störungen / FX verglichen mit anderen Diagnosen

In dieser Kategorie, die für 11 der 155 psychisch kranken Charaktere zutraf, fanden sich im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen zu keinem Merkmal signifikante Unterschiede. Allerdings waren die Betroffenen meist weiblich, mehr als doppelt so häufig in psychiatrischer / psychologischer Behandlung sowie als unberechenbar, Opfer und mit Suizidabsichten dargestellt. Weniger als halb so häufig waren sie als liebevoll oder unzuverlässig gezeigt.

5. Diskussion

5.1. Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Inhaltsanalysen und Studien zum Thema

Stout (2004) bemerkt in ihrer Übersichtsarbeit zur Darstellung psychisch Kranker in den Medien, es würden so unterschiedliche Kriterien zur Einordnung in die Kategorie „psychisch krank“ verwendet, dass die Daten verschiedener Studien zum Thema kaum vergleichbar seien (130). Einige Inhaltsanalysen zum Thema definieren „psychisch krank“ anhand der Kriterien der DSM IV (156; 157), andere durch typische Verhaltensweisen oder die Implikation, medizinische Hilfe sei nötig (134; 160), wieder andere durch die explizite verbale Äußerung des Vorhandenseins einer psychiatrischen Erkrankung (154; 155; 159; 161; 162). In vorliegender Arbeit wurde eine weitere Definition verwendet: Personen wurden dann als „psychisch krank“ kodiert, wenn die Art der Darstellung dem Durchschnittszuschauer vermittelte, die Person leide an einer psychischen Erkrankung. Diese Begriffsbestimmung wurde aufgrund der Überlegung gewählt, dass die Darstellungsmerkmale aller Fernsehcharaktere, die vom Publikum als psychisch krank verstanden werden müssen, allgemein existierende Stereotype beeinflussen, ergänzen und prägen. Da Ziel der Arbeit die genauere Erforschung der Mechanismen der Stigmatisierung ist und die Ausformung von Stereotypen als dafür wesentlich gelten muss, wurde diese Art von Definition als am geeignetsten befunden. In 87,7 % der in den Krimiserien registrierten Fälle beruhte die Klassifizierung als „psychisch krank“ auf einer eindeutigen verbalen Äußerung. Nur 12,3 % der Fälle wurden allein aufgrund der Beobachtung, das Verhalten der Person sei durch das Vorhandensein einer psychischen Störung geprägt, registriert. – Beim Vergleich der allein durch Beobachtung mit den allein durch verbale Äußerung erkannten Fällen durch Kreuztabellierung konnte bezüglich keines einzigen Merkmals ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Ergebnisse durchaus mit denen der anderen Studien vergleichbar sind.

5.1.1. Zur Häufigkeit psychisch kranker Fernsehcharaktere in verschiedenen Sendeformaten

In den untersuchten Krimiserien war die Konzentration an psychisch kranken Charakteren relativ hoch: Während in 57,4 % der gesichteten Krimisendungen mindestens ein psychisch kranker

ker Charakter vorkam, waren es in Studien, die das zur Hauptsendezeit gezeigte Fernsehprogramm amerikanischer und eines britischen Senders untersuchten, nur 9 % (154), 20 % (155) oder 32 % (156) der Sendungen. Während sowohl im „Tatort“ als auch im „Polizeiruf 110“ 5,8 % der Filmcharaktere psychisch krank waren, litten in Sendungen zur Hauptsendezeit allgemein nur 3 % (155) oder 2,9 % (156) daran. Dass in den untersuchten Krimiserien im Vergleich zum allgemeinen Programm etwa doppelt so viele psychisch Kranke vorkamen, verwundert wiederum weniger bei einem Blick auf die Studien, die das Programm nach verschiedenen Genres aufschlüsselten: Signorielli (1989) fand in 30,9 % der Dramen, hingegen in nur 4,9 % der Komödien psychisch kranke Charaktere (155); Diefenbach (1997) untersuchte als Einziger Krimiserien gesondert und fand dort in 64 % der Sendungen psychisch kranke Charaktere; häufig auch in Filmen (74 %) und Nachrichtenmagazinen (55 %). In Seifenopern und Sportnachrichten konnte hingegen keine einzige solche Person registriert werden (156). Das häufige Vorkommen psychisch Kranker in Krimiserien, die durch ihren Realitätsanspruch einerseits eine gewisse Nähe zu Nachrichtensendungen (vgl. 1.7.), andererseits eine Nähe zum Drama haben, scheint also genretypisch zu sein.

5.1.2. Vergleich der Darstellung psychisch Kranker als gefährlich

Vom Genre scheint nicht nur abzuhängen, wie häufig, sondern auch, auf welche Art und Weise psychisch Kranke dargestellt werden: Rose (1997) fand als Merkmale solcher Personen in Seifenopern vor allem Sonderbarkeit und Hilfsbedürftigkeit, in Nachrichtensendungen Gefahr und Krankheit, in TV-Dramen Gefahr und komische Elemente (134). Es hätte also nicht verwundert, wenn das von Dramatik und Realitätsbezogenheit geprägte Krimigenre psychisch Kranke überdurchschnittlich oft als gefährlich charakterisiert hätte. Jedoch zeigte sich: In den untersuchten Krimiserien wurden 40,6 % der betroffenen Personen als gefährlich (aktiv andere bedrohend / verletzend) und 41,6 % als fremdgefährdend (allgemein eine Gefahr darstellend) eingestuft. Inhaltsanalysen des allgemeinen Programms identifizierten unter psychisch kranken Personen je 40 % (154), 72,1 % (155), 44,1 % (156) bzw. 37 % (157) als gefährlich oder gewalttätig. In zwei Untersuchungen von TV-Serien wurden je 75 % der identifizierten Charaktere gefährlich-aggressiv gezeigt (159; 160), in zwei Untersuchungen zum Kinderfernsehprogramm waren 50 % (161) bzw. 62 % (162) der psychisch kranken Personen gefährlich. Damit lag die Gefährlichkeitsrate

psychisch Kranker in den untersuchten Krimiserien der 70er Jahre etwa ebenso hoch wie im allgemeinen Programm und deutlich niedriger als die von psychisch kranken Filmcharakteren in TV-Serien oder im Kinderfernsehprogramm. - Die Rate an Mördern unter den psychisch Kranken betrug 18,6 % in den untersuchten Krimiserien und glich somit den 21,6 %, die Signorielli (1989) in ihrer Untersuchung des allgemeinen Fernsehprogramms ermittelte (155).

Inwiefern ist diese Darstellung psychisch Kranker als gefährlich realistisch? – Die wirklichen Verhältnisse in Deutschland der 70er Jahre spiegeln sich in der Arbeit „Gewalttaten Geistesgestörter“ von Böker und Häfner (1973) wieder, die über 10 Jahre (1955 – 1964) den Anteil psychisch Kranker unter den ermittelten Gewalttätern in der BRD untersuchten. An dieser Stelle muss von vergleichbaren Gegebenheiten in der DDR ausgegangen werden; auch sind die Daten insofern nur eingeschränkt vergleichbar, als dass eher ein nervenärztliches denn ein psychiatrisches Diagnoseschema bei der Beurteilung des Vorhandenseins von psychischer Erkrankung zum Tragen kam: Oligophrenie und Epilepsie wurden als eigene Kategorien geführt, die Alkoholkrankheit hingegen nicht. - Über die untersuchte Dekade entwickelte sich die Gesamtkriminalität weitgehend kontinuierlich und ohne wesentliche qualitative Veränderungen (68, S. 231). Von den in der Bundesverurteiltenstatistik erfassten 18.142 Gewalttätern / Mördern wurden 533, also 2,93 %, als geisteskrank eingestuft. Weiterhin kamen die Autoren zu dem Schluss, dass von den im Untersuchungszeitraum verübten Morden etwa 3 % durch psychisch Kranke begangen worden seien (68, S. 92-3). Zum Risiko psychisch Kranker, gewalttätig bzw. zum Mörder zu werden, wurden keine Angaben gemacht. Daher ist eine direkte Vergleichbarkeit der Daten nicht gegeben, jedoch zeigt die Arbeit, dass psychisch Kranke auch in den 70er Jahren in der Kriminalitätsstatistik eine vergleichsweise geringe Rolle spielten.

Allein Diefenbach (1997, 2003) untersuchte in zwei aufeinanderfolgenden amerikanischen Studien die Realitätsnähe der Darstellung psychisch Kranker als gefährlich. 34 % (156) bzw. 37 % (157) der betroffenen Fernsehcharaktere wurden in seinen Stichproben als gewalttätige Verbrecher dargestellt. Der Vergleich dieser Rate mit der tatsächlichen Wahrscheinlichkeit psychisch Kranker, nach amerikanischen Statistiken gewalttätig zu werden, die im optimistischsten Falle bei 1,5 %, im pessimistischsten Falle bei 4 % lag (156), führte zu der Schlussfolgerung, psychisch Kranke würden im Fernsehen 10- bis 20 mal gefährlicher dargestellt, als es der Realität entsprechen würde. - In den untersuchten Krimiserien wurden ganze 40 % der psychisch

Kranken als gefährlich bzw. fremdgefährdend, 43 % als Täter und 56 % als kriminell dargestellt. Da diese Zahlen sogar noch etwas über denen von Diefenbach liegen, kann davon ausgegangen werden, dass die Gefährlichkeitsrate der psychisch kranken Filmcharaktere im „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ der 70er Jahre mindestens ebenso überzogen ist wie in den jüngeren Untersuchungen von Diefenbach zum allgemeinen Fernsehprogramm.

5.1.3. Vergleich weiterer Darstellungsmerkmale

Insgesamt positiv wurden 48,4 % der psychisch Kranken in den untersuchten Krimiserien dargestellt; in einer Studie zum allgemeinen Fernsehprogramm waren es 22,5 % (155), im Kinderfernsehprogramm 62 % (162). Weiterhin wurden 21,9 % als kreativ / ideenreich und 27,1 % als sensibel / emotional dargestellt – in einer Studie zum allgemeinen Fernsehprogramm waren diese beiden Merkmale bei psychisch Kranken mit je 34,2 % geringfügig häufiger vorhanden (154). Zu weiteren positiven Merkmalen lagen keine Vergleichsdaten anderer Studien vor. Mit 43,9 % wurden psychisch Kranke in den Krimireihen der 70er Jahre relativ häufig insgesamt negativ dargestellt: in einer Studie zum allgemeinen Programm waren es 27,0 % (155), im Kinderfernsehprogramm 38 % (162). Jedoch wurden die Charaktere in Krimis mit nur 20 % vergleichsweise selten als unberechenbar dargestellt - in einer Studie zum allgemeinen Programm waren es 40 % (154), im Kinderfernsehprogramm 81 % (162). Zu den weiteren negativen Eigenschaften lagen keine Vergleichsdaten vor. Als Opfer wurden 37,4 % der Betroffenen in den Krimisendungen dargestellt – hier ermittelte Signorielli (1989) mit 75,7 % deutlich häufiger (155), Diefenbach (1997) mit 10,4 % deutlich seltener (156) psychisch kranke Opfer im allgemeinen Fernsehprogramm.

Was die Reaktionen des Umfelds betraf, so fanden sich einige vergleichbare Daten in einer Studie zum Kinderfernsehprogramm (156). Dort reagierte das Umfeld etwas eher mit Angst (48 % ggü. 36,1 % in den Krimiserien) und war weniger verständnisvoll (38 % ggü. 51 %) und hilfsbereit (38 % ggü. 50,3 %). Die Häufigkeit, mit der das Umfeld gewalttätig reagierte, war mit 43 bzw. 42,6 % annähernd deckungsgleich (162).

5.1.4. Vergleich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern

Studien zum allgemeinen Programm fanden mal 70,1 % der psychisch Kranken männlich (156), mal war das Geschlechterverhältnis etwa gleich (155); in einer Studie zu TV-Serien waren hingegen sechs von acht psychisch kranken Personen weiblich (160). Somit ist der Anteil an männlichen Filmcharakteren mit psychischer Störung in den untersuchten Krimiserien der 70er Jahre mit über zwei Dritteln vergleichsweise hoch.

Bezüglich des Geschlechterunterschieds ist das Element der Gefährlichkeit besonders auffällig und wurde auch in anderen Studien untersucht. 47,7 % der Männer wurden in vorliegender Arbeit als gefährlich, 48,6 % als fremdgefährdend dargestellt, fast doppelt so häufig wie die Frauen (je 25,0 %). Im Vergleich dazu begingen in Studien zum allgemeinen Programm mal 36 % der Männer und 17 % der Frauen (156), mal ganze 75 % der Männer und 60 % der Frauen (155) Gewaltverbrechen.

5.1.5. Vergleich der ermittelten Diagnosen und der damit verknüpften Merkmale

Nur Diefenbach (1997, 2007) klassifizierte in seinen Untersuchungen zum Fernsehprogramm der Hauptsendezeit die identifizierten psychisch kranken Charaktere nach DSM IV-Kriterien. 1997 dominierten in absteigender Reihenfolge Diagnosen im Zusammenhang mit Psychose, Paraphilie, Drogen, Alkohol und Persönlichkeitsstörungen (156), während 2007 Alkohol, Drogen, Schizophrenie/Psychose, Persönlichkeitsstörungen und Affektive Störungen im Vordergrund standen (157). Es wird ein interessanter Unterschied zu den Diagnosen, die die Krimiserien der 70er Jahre prägen, deutlich. Alkohol nimmt mit 44 % eine viel beherrschendere Rolle ein, Psychose / Schizophrenie kommt kein einziges Mal vor. Dafür werden Anpassungsstörungen, die bei Diefenbach nicht auftauchen, mit 23 % häufig identifiziert. Drogen kommen mit 8 %, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Störungen je mit 7 % ähnlich häufig bzw. seltener vor, während affektive Störungen mit 4 % sehr viel seltener vorkommen.

5.1.6. Vergleich der Häufigkeit und Darstellung psychiatrischer / psychologischer Behandlung und Therapie

Nur 7,1 % der psychisch kranken Filmcharaktere in den untersuchten Krimiserien befanden sich in einer Form von Therapie. In Arbeiten, die verschiedene Serien sowie das Kinderfernsehprogramm untersuchten, waren es mit je etwa 38 % deutlich mehr (160; 162): Fruth und Padderud (1985) identifizierten in ihrer Stichprobe von Fernsehserien 8 psychisch kranke Personen, von denen 3, sämtlich weiblich, in Behandlung waren (160). Auch in den untersuchten Krimiserien sind es deutlich öfter Frauen, die therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant. – Wahl (2007) fand in seiner Untersuchung des Kinderfernsehprogramms 8 von 21 psychisch kranken Charakteren in Behandlung, wobei diese nur in einem Fall als erfolgversprechend, in zwei Fällen als schädlich dargestellt wurde (162). In den Krimisendungen der 70er Jahre wurde die psychiatrische / psychologische Therapie ebenfalls eher negativ beurteilt; nur in 24 % der Fälle erschien die Therapie aussichtsreich. Somit bleibt festzuhalten, dass psychiatrische / psychologische Behandlung in den Krimiserien vergleichsweise selten vor-kam, aber auf ähnliche Art und Weise charakterisiert wurde, wie auch in anderen Sendungen und im Kino (vgl. 1.6.3.4.) üblich.

5.1.7. Fazit des Vergleichs der Ergebnisse mit denen anderer Studien

Abschließend kann festgehalten werden, dass psychisch Kranke in den untersuchten Krimiserien der 70er Jahre etwa doppelt so häufig vorkamen wie in Inhaltsanalysen des allgemeinen Fernsehprogramms. Weiterhin unterschieden sich die den Betroffenen zugeschriebenen Eigenschaften und Merkmale, insbesondere bezüglich der Gefährlichkeit, kaum von denen, die in anderen Studien ermittelt wurden. Auffällig ist, dass neuere Studien die Darstellung von Psychose und Schizophrenie relativ häufig registrierten. Diese Störungen kamen in den untersuchten Krimiserien der 70er Jahre nicht vor. Weiterhin waren die psychisch kranke Filmcharaktere, die in vorliegender Arbeit ermittelt wurden, vergleichsweise selten in psychiatrischer / psychologischer Behandlung.

5.2. Interpretation der unterschiedlichen Darstellungsweise psychisch Kranker im „Tatort“ sowie im „Polizeiruf 110“

In den untersuchten Krimisendungen der 70er Jahre kommen etwa gleich häufig, in 58,9 % der „Tatort“ - bzw. 54,8 % der „Polizeiruf 110“ – Reihen, psychisch Kranke vor. Von der Gesamtzahl der Filmcharaktere sind in beiden Serien 5,8 % von einer psychischen Störung betroffen.

Die meisten Unterschiede in der Darstellung psychisch Kranker beim Vergleich der beiden Serien miteinander können vor dem Hintergrund der Charakteristika des sozialistischen Kriminalgenres verstanden werden. Dass im „Tatort“ mit höchster Signifikanz häufiger Morde vorkommen, verwundert weniger angesichts der Tatsache, dass die offizielle Kriminalitätsstatistik der DDR Richtschnur der „Polizeiruf 110“ - Drehbuchautoren darstellte (164, S. 74). Allerdings wurden psychisch kranke Filmcharaktere im „Tatort“ noch zusätzlich sehr viel häufiger als Mörder dargestellt – daraus ergibt sich letztendlich, dass im „Tatort“ ganze 24,3 %, im „Polizeiruf 110“ nur 6,5 % der psychisch Kranken als Mörder dargestellt wurden. Es wird hier womöglich der Anspruch des sozialistischen Kriminalgenres deutlich, nicht in erster Linie der Spannung und Unterhaltung, sondern dem gesellschaftlichen Nutzen zu dienen (164, S. 69). Hierfür spricht, dass ebendieser Anspruch auch in der amerikanischen Fernsehzensur der 50er Jahre zum Tragen kam: Gerbner (1959) zeigt auf, dass 27 % aller Produktionen zwischen 1951 und 1958, die die Darstellung psychischer Erkrankungen beinhalteten, umgeschnitten werden mussten oder ganz abgelehnt wurden, da sie das Thema im Zusammenhang mit Horror, Verbrechen und Gewalt darstellten, worauf die Zensoren sehr empfindlich reagierten. Dennoch beklagt der Autor, die Mittel der Zensur würden kaum ausreichen, „*the obvious amount of gore*“ in der Darstellung psychisch Kranker einzugrenzen (179). Im freiheitlichen amerikanischen System war diese Tendenz, die im staatlich kontrollierten „Polizeiruf 110“ effektiv eingegrenzt werden konnte, nach Lockerung der Fernsehzensur nicht mehr aufzuhalten und spitzte sich weiter zu, bis hin zum Psychopathen mit der Motorsäge, der im amerikanischen Kino der 70er Jahre in Erscheinung trat. Der „Tatort“ zeigt sich deutlich durch die Darstellung psychisch Kranker im amerikanischen Kulturbetrieb beeinflusst. Unbeeindruckt davon betonten die Produzenten der westdeutschen Serie gern, wie wohltuend sich die Krimireihe von ausländischen, insbesondere US-Fernsehserien durch ihren

Realismus abgrenze (166, S. 101; 167, S. 103); auch wird der dauerhafte Quotenerfolg des „Tatort“ durch seine besondere Realitätsnähe begründet (165, S. 135).

Dass die Diagnosegruppe „andere Drogen“ signifikant seltener im „Polizeiruf 110“ auftaucht, mag einerseits durch die vergleichsweise geringe Verbreitung anderer Drogen als Alkohol in der DDR erklärt werden, andererseits war es womöglich nicht Wunsch der Partei- und Staatsführung, den Gebrauch anderer Drogen zu thematisieren. Störungen durch Alkohol hingegen werden, der aufklärenden Funktion des Gegenwartskriminalfilms entsprechend (164, S. 77), mit 51,9 % der psychischen Störungen im „Polizeiruf 110“ mit Abstand am häufigsten thematisiert. Im „Tatort“ sind im Vergleich dazu nur 39,8 % der Personen mit psychischer Störung davon betroffen, wobei der Unterschied nicht signifikant ist. Die Diagnosegruppe „Andere / FX“ kommt nur im „Tatort“ vor – in dieser Kategorie finden sich meist exotische Störungen mit hohem Unterhaltungswert, deren didaktischer Nutzen womöglich so gering ist, dass sie sich für den „Gegenwartskriminalfilm“ nicht eignen. Persönlichkeitsstörungen wiederum kommen im „Polizeiruf 110“ mit 9,6 % fast doppelt so häufig vor wie im „Tatort“ mit 4,9 % – die Problematik der sich nicht in die Gesellschaft integrierenden Persönlichkeit hatte womöglich im Rahmen des sozialistischen Kriminalgenres dramaturgische Vorteile. Viele Unterschiede in der Darstellung von psychisch Kranken im „Tatort“ bzw. im „Polizeiruf 110“ machen ein großes Thema im sozialistischen Kriminalgenre offenbar: Die Bemühung um die Wiedereingliederung von Personen, die aus der Gesellschaft herausgefallen sind bzw. sich der Integration in die Gemeinschaft widersetzen. So sind psychisch kranke Filmcharaktere im „Polizeiruf 110“ eher in ein familiäres Netzwerk eingebunden (nur 34,5 % sind ledig, im „Tatort“ sind es 64,1 % - zum Teil mag dies auch den realen demographischen Verhältnissen geschuldet sein, vgl. (180)), das Umfeld zeigt sich sehr viel hilfsbereiter, wird aber auch stärker mit Gefühlen der Hilflosigkeit konfrontiert, und die Betroffenen, die in ein so offensichtlich bemühtes Umfeld eingebunden sind, werden viel häufiger als unzuverlässig sowie als Last für andere empfunden.

10,7 % der psychisch kranken Personen sind im „Tatort“ in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung – im „Polizeiruf 110“ ist dies kein einziger Charakter. Ein Erklärungsansatz eröffnet sich bei der Betrachtung der Tatsache, dass die im „Tatort“ vorkommenden Psychiater, drei an der Zahl, sämtlich etwas schmierige, nicht ernst zu nehmende Charaktere sind, die alle sexuelle Beziehungen mit Patientinnen haben. Diese Darstellungsweise entspricht einer in ame-

rikanischen Filmen weitverbreiteten Praxis (181; 182). Ärzte, die im gewissen Sinne als staatliche Autoritätspersonen verstanden werden können, so zu inszenieren, war möglicherweise im ost-deutschen Fernsehen nicht erwünscht, so dass auf die Darstellung von Psychiatern / Psychologen ganz verzichtet wurde.

5.3. Interpretation der Häufigkeit und Darstellungsweise verschiedener psychischer Störungen

Wie Weber (1992) darlegt, spielen Kriminalfernsehserien im Milieu der mittelständischen Familie und Arbeitswelt. Vorherrschende Themen sind menschliche Schwächen, ungezügelte Leidenschaften, Liebe, Hass, Eifersucht und Neid, auch übertriebene Moralvorstellungen. Das in der Krimiserie behandelte Drama ist die Bedrohung des Mittelstandes durch sich selbst – die Stabilität des gesellschaftlichen Zusammenhalts, der sozialen Gemeinschaft wird von innen heraus gefährdet – durch Personen, die sich nicht an die Regeln halten (165, S. 149-58). Alle Aspekte der Krimiserie sind dem Ziel, dieses Drama darzulegen, untergeordnet. So kommen einerseits von psychischen Störungen betroffene Filmcharaktere im Krimi sehr häufig vor, da sie sich als typische Normabweichler ideal zur Vorantreibung der Handlung eignen. Andererseits werden nur ganz bestimmte psychische Störungen dargestellt – bei 75 % der Betroffenen handelt es sich um eine psychische Erkrankung im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen oder um eine Anpassungsstörung, weiterhin zeichnen sich diese Personen durch spezifische Merkmale aus:

- Der Alkoholiker ist ein eher unpräziser, zurückhaltender Typ. Seine Krankheit lässt ihn unzuverlässig und ungepflegt werden, und doch belästigt er sein Umfeld vergleichsweise wenig, ist kein unberechenbarer Einzelgänger und hält sich mit kriminellen Taten eher zurück. Das Umfeld reagiert gleichgültig und wenig hilfsbereit (vgl. 4.4.1.)
- Der oftmals weiblichen Person mit der Anpassungsstörung wurde vom Leben übel mitgespielt. Sie ist eine gut integrierte Mitbürgerin, die sich eigentlich an die Regeln hält und zuverlässig ist. Allerdings ist sie eher sensibel und emotional, die Nerven sind mit ihr

durchgegangen, sie kann sich aus ihrer Opferrolle nicht befreien und hängt Suizidgedanken nach, oft nimmt sie sich dann tatsächlich das Leben. Vor so einer Person fürchtet sich das Umfeld deutlich weniger, sondern reagiert mit viel Verständnis und Hilfsbereitschaft (vgl. 4.4.2.)

- Der Drogenkonsument will rebellisch sein junges Leben auskosten, unabhängig sein; Regeln scheren ihn weniger. Auf sein eigenes Vergnügen fixiert, lässt er sich nicht als nützliches Mitglied der Gesellschaft einbinden, reagiert verbal aggressiv und schreckt vor kriminellen Handlungen nicht zurück, um sein selbstschädigendes Verhalten zu kultivieren (vgl. 4.4.3.)

Es wird deutlich, dass die dargestellten Störungen ganz der Funktion der Krimiserie untergeordnet sind, „*die Bedrohung des Mittelstandes durch sich selbst*“ (165, S. 151) abzubilden. Die Personen stammen aus der Mitte der Gesellschaft, sind an sich normal – es sind äußerliche Einflüsse, die Konfrontation mit dem Suchtmittel bzw. die Traumatisierung, die die Betroffenen in Kombination mit ihrer eigenen Schwäche zu dem gemacht haben, was sie sind: Aufgrund ihrer laxen Moral und fehlenden Verantwortung leiden sie an einer Sucht oder geben sich in mangelnder Haltung und Selbstdisziplin ihren schwachen Nerven in Form einer Anpassungsstörung hin. Die halt gebenden Konventionen des Fernsehkrimis – das Muster Normverletzung / Aufklärung / Wiederherstellung der Norm, die Figur des Verbrechen sicher aufklärenden Kommissars (165, S. 77-8; 183) – betreffen also auch die Darstellung psychischer Störungen: Nur wenn diese als Zeichen persönlicher Schwäche und Disziplinlosigkeit verstanden werden können, der Aspekt der Selbstkontrolle und Selbstverantwortlichkeit stark im Vordergrund steht, eignen sie sich als Protagonisten des Mittelstandsdrasmas (165, S. 151). Scheinbar von innen heraus entstehende Erkrankungen, die sich der Kontrolle des Betroffenen, so der Anschein, eher entziehen, wurden entweder ganz ausgeklammert (Psychose, Schizophrenie) oder kommen nur selten vor (Persönlichkeitsstörungen, sexuelle und affektive Störungen), worin sich der Krimi deutlich vom allgemeinen Fernsehprogramm, wo psychisch Kranke relativ häufig an einer Psychose leiden (156; 157), deutlich unterscheidet.

Die Darstellung psychischer Störungen in den untersuchten Krimiserien der 70er Jahre ist also 1.) durch die allgemeine Funktion der Medien bestimmt, das kulturell erarbeitete, Angst abwehrende Erklärungsmodell des gefährlichen psychisch Kranken zu verbreiten (vgl. 1.5.),

2.) geprägt durch die spezifische Funktion des Fernsehkrimis, die Bedrohung des Mittelstandes durch sich selbst, durch die eigenen Leidenschaften und Schwächen, abzubilden.

5.4. Die Bedürfnisse des Zuschauers und deren Befriedigung durch den Fernsehkrimi sowie durch die spezifische Darstellung psychisch Kranker

Das Kriminalgenre erzählt wahre Geschichten – schon Friedrich Schillers Erzählung „Der Verbrecher aus verlorener Ehre“ (1786), ein Gründungspfeiler der deutschsprachigen Kriminalliteratur, wird im Nebentitel als solche beworben (166, S. 13). Der Realitätsbezug ist für das Genre absolut entscheidend, Thema sind schließlich Gesetze und Normen, die in der Realität aktuell und wirksam sind – die Proteste der Fernsehzuschauer sind massiv, wenn Sachverhalte im Fernsehkrimi „falsch“, weil „unrealistisch“ dargestellt werden (100; 166, S. 46). Und doch – um welche Realität handelt es sich hier, was soll abgebildet werden? Doelker (1973) fragt provokant: *„Welche Geschichte ist wahrer: diejenige, welche sich tatsächlich zugetragen hat, oder diejenige, welche die Wahrheiten des Lebens am treffendsten wiedergibt?“* (184, S. 12). Im Krimi gehe es nur scheinbar um die naturgetreue Nachbildung der äußeren Wirklichkeit, vielmehr sei das Ziel, die fremde, chaotische, unfassbare Realität in eine begreifliche, wahrnehmbare Form zu bringen; die Wirklichkeit werde so gespiegelt, dass deren Aufnahme, deren Einverwandlung in die eigene, subjektive, innere Wirklichkeit überhaupt erst möglich werde (125; 184, S. 40). Lacan (1949) spricht in diesem Zusammenhang von einem Bruch des Kreises von der Innenwelt zur Umwelt, die jedem Menschen nach dem Durchlaufen des Spiegelstadiums zu Eigen sei. Die unerträgliche organische Unzulänglichkeit des eigenen Körpers, dessen Sinneseindrücke nur ein zerstückeltes, inkongruentes Bild des Selbst zu vermitteln imstande seien, würde beim wenige Monate alten Kind ausgeglichen durch die Installierung eines vorweggenommenen, in sich fest abgeschlossenen Selbstbildes, dem Ego. Dieses versetze erstmals in die Lage, eine Beziehung zwischen dem Organismus und seiner Realität, der Innenwelt und der Umwelt herzustellen – allerdings zu dem Preis, von nun an den Maßgaben des an sich künstlichen, realitätsfernen Selbstbildes unterworfen zu sein und sich von der eigenen, ursprünglichen Realität zu entfremden, nicht über die Freiheit und Flexibilität zu

verfügen, sich außerhalb der Koordinaten des Egos zu bewegen. Lacan beschreibt dieses Selbst- bzw. Spiegelbild als „*die Schwelle der sichtbaren Welt*“ (185, S. 64-8). Nur, was zur Stabilisierung des Egos verwendet werden kann, wird als bedeutsam und interessant wahrgenommen, aufgenommen und integriert. Der Wahrheitsgehalt der „wahren Geschichte“ wird nicht weiter hinterfragt, der Gewinn an Angstabwehr ist einfach zu groß, als dass ein Interesse bestehen könnte, dieses Konstrukt ins Wanken zu bringen (184, S. 98, 123-4; 186, S. 27). Medieninhalte, die sich im Wettbewerb durchsetzen wollen, sind passgenau zugeschnitten als Stützen und Bausteine dieses künstlichen Realitätskonzepts, das Angst abwehrt und ein Empfinden von Absicherung und Stabilisierung erzeugt. Weil solche Medieninhalte sich flüssig und mühelos in das innere Konzept von Wirklichkeit der Zuschauer einfügen, werden sie stark bevorzugt und wirken meinungsbildend. Was dem künstlichen Realitätskonzept zuwiderläuft, wirkt weniger attraktiv und gelang nicht in den Fokus der Aufmerksamkeit. So konnten in einer Studie von Philo et al. (1994) einige Probanden, die persönlichen Kontakt zu psychisch Kranken gehabt hatten, zwar von deren Harmlosigkeit berichten, hielten die Betroffenen aufgrund von Medienberichten aber dennoch für gefährlich (136). Die in den Medien und insbesondere im Kriminalgenre beständige Darstellungsweise psychisch Kranker als unberechenbar, gewalttätig und gefährlich (129; 130), vgl. 1.8.1., entspricht dem starken menschlichen Bedürfnis, die subjektive Auffassung von Realität zu stabilisieren und ein Empfinden von Ordnung, Orientierung und Struktur herzustellen. Die in Kap. 1.5. referierten Beweggründe der Stigmatisierung - Behauptung der eigenen Rolle in der sozialen Gemeinschaft, Abgrenzung und Schutz der eigenen Person vor Krankheit und Verlust der sozialen Identität, Erhalt der gegebenen Strukturen (Machtverhältnisse, Glaubenssätze, Werte), Festhalten an gelernten Mustern – zeigen dies auf.

Oftmals wird bei der Ansage von Krimiserien im Fernsehen „*spannende Unterhaltung*“ gewünscht – sonderbar angesichts der Tatsache, dass der Kommissar zum Schluss mit absoluter Verlässlichkeit den Fall aufgeklärt und die gesellschaftliche Ordnung wiederhergestellt haben wird. Nicht Spannung, eher Beruhigung; nicht Unheimlichkeit, eher Wohligkeit zeichnet die Wirkung der Kriminalfernsehserie aus (165, S. 106-10). Diese eigentümliche Gleichzeitigkeit von Spannung und Entspannung lässt an die Arbeit von Freud (1919) über „Das Unheimliche“ denken: Demnach trägt das Wort „heimlich“ einerseits die Bedeutung „heimelig, zum Haus gehörig, vertraut“, andererseits die Bedeutung „versteckt, verborgen gehalten, geheim“ und fällt

mit dem Wort „unheimlich“ zusammen, mit dem es schließlich in untrennbarer Gleichzeitigkeit verknüpft ist (187, S. 245-6). Unheimlichen Motiven, wie dem der prompten Wunscherfüllung oder der Wiederkehr der Toten, lägen Wünsche nach Allmacht und Unsterblichkeit zu Grunde, die jedoch im Konflikt zur Realität stünden und daher verdrängt und dem Bewusstsein entzogen würden. Diese Wünsche seien aber weiterhin tief verwurzelt und lauerten auf Bestätigung. Unheimlichen Motiven werde in der Kultur so viel Platz eingeräumt, da diese die Allmachts- und Unsterblichkeitsphantasien wohligh bekräftigen würden; der schauderhafte Aspekt im Zusammenhang mit dem Unheimlichen entstünde durch die Tatsache, dass hierbei verdrängte Inhalte (die Wünsche) ins Bewusstsein vorzudringen drohten (187, S. 263-71).

Womöglich liegt dem Mechanismus von Spannung und Entspannung in Krimiserien ein ähnlicher Prozess zu Grunde. Allmacht und Unsterblichkeit sind seit jeher drängendes menschliches Bedürfnis; unheimliche und schauderhafte Elemente finden sich in vielen Kulturen selbst in den Schöpfungsmythen. Das Kriminalgenre hingegen, das sich, unabhängig vom politischen System, in Ost- und Westdeutschland der 70er Jahre so großer Beliebtheit erfreute und in der heutigen bundesdeutschen Fernsehkultur weiterhin eine stark dominierende Rolle einnimmt, ist auf die spezifischen Herausforderungen der Neuzeit zugeschnitten – es existiert erst seit dem 18. Jahrhundert (vgl. 1.7.). Auch der von moralischer Verfehlung, Kriminalität, Aufstand und Gewalt geprägte Kulturbegriff des Wahnsinns entstand in dieser Zeit, da sich die Mittelschicht ihrer tragenden Rolle der neuen marktwirtschaftlichen, von individueller Freiheit und Bürgerrechten geprägten Gesellschaft bewusst wurde (vgl. 1.5.2.). Wenn nach Freud Wünsche nach Allmacht und Unsterblichkeit der heimeligen Unheimlichkeit zu Grunde liegen, worauf fußt die entspannend wirkende Spannung im Krimi? – Womöglich wirkt hier Wunsch, völlige Kontrolle über den eigenen seelischen Zustand sowie die eigene moralisch-rechtliche Position auszuüben. Die schmerzliche Unmöglichkeit dieser völligen Kontrolle könnte die Verdrängung des Wunsches zur Folge haben, der unbewusst weiterhin wirksam bleibt und durch die Kriminalgeschichte effektiv aufgegriffen wird. Diese führt vor, wie durch die Macht des Verstandes sowie durch Moral, Disziplin und Konsequenz Ordnung geschaffen und Stabilität hergestellt werden kann. Dies wirkt auf den Menschen der Neuzeit, der sich kaum noch an Gott und König, eher an seinen funktionierenden Verstand wenden kann, beruhigend und entspannend. Doch ist der seelische Zustand sowie die moralisch-rechtliche Position nur begrenzt der Kontrollierbarkeit durch Geisteskraft und Willen unterworfen, gebrochen und verdrängt ist der Wunsch, Spannung resultiert.

5.5. Stärken und Schwächen

Der Laiendefinition nach, die Jaeckel und Wieser (1970) ermittelten, machen psychische Störungen die Betroffenen krankheitsbedingt unvernünftig, unberechenbar und unbeeinflussbar, sowohl im Rahmen persönlicher Beziehungen als auch im gesellschaftlichen Gesamtkontext. Dies sei der wesentliche Grund für die Gefährlichkeit solcher Personen und bedinge, dass diese gesellschaftlich untragbar und außergewöhnlicher Kontrollmaßnahmen wie der Unterbringung in einer Anstalt bedürftig seien (18, S. 74-7). Keiner der Filmcharaktere, die im Rahmen vorliegender Arbeit als „psychisch krank“ klassifiziert wurde, entsprach in Reinform dieser Laiendefinition. Diese scheint jedoch bis heute in der Allgemeinbevölkerung wesentliche Richtschnur zum Erkennen psychiatrischer Erkrankungen zu sein. Link et al. (1999) wiederholte die Untersuchung mit in Fallvignetten beschriebenen Verhaltensmerkmalen von Personen mit verschiedenen psychischen Störungen, die Shirley Star 1951 erstmals durchgeführt hatte. Immer noch erkannten beispielsweise nur knapp 50 % (früher: 29 %) der amerikanischen Studienteilnehmer die in den Fallbeispielen beschriebene Alkoholkrankheit als solche (31). Sind die 155 registrierten psychisch kranken Filmcharaktere, von denen 44 % an einer Störung durch Alkohol leiden, womöglich ein Artefakt, und „echte“ Laien würden diese Personen gar nicht als psychisch krank einordnen? – Die Frage kann verneint werden: Die sehr genauen Kriterien, anhand derer die Registrierung der Filmcharaktere als psychisch krank erfolgte (vgl. 3.2.4., Tab.2) machen es äußerst unwahrscheinlich, dass die Fernsehzuschauer die in die Datenbank aufgenommenen Charaktere bezüglich ihres psychischen Zustandes als unauffällig eingeordnet hätten. Zwar ist nicht-unauffällig ungleich mit dem Label „psychisch krank“, dessen Vergabe von der Bevölkerung nur mit größter Zurückhaltung erfolgt und mit sehr viel schärferer Ablehnung verknüpft ist (13). Andererseits stellten Jaeckel und Wieser (1970) in ihrer Arbeit „Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit“ fest, dass die Bevölkerung die Begriffe „verrückt“ und „nicht normal“ gleichermaßen als „sehr auffälliges Verhalten“ definiert, wobei letzteres eine mildere Form von ersterem sei (18, S. 51). Es kann also davon ausgegangen werden, dass im Rahmen vorliegender Arbeit als psychisch krank registrierten Filmcharaktere der 70er Jahre als „nicht normal“/„psychisch krank“ von den Autoren konzipiert und von den Zuschauern verstanden wurden.

Dieses Beispiel macht typische Problematiken der Inhaltsanalyse deutlich, mit der die der Arbeit zugrundeliegenden Daten erhoben wurden (vgl. 3.): Eine Bedeutungsstruktur, auf Sprache und Bilder beruhende Zeichenkomplexe, müssen in ein Datenmodell übertragen werden, wobei notwendigerweise stark abstrahiert und selektiert wird. Auch nach der Festlegung klarer inhaltsanalytischer Regeln, wann und wie eine Textstelle zuzuordnen sei, kann die Interpretation von Zeichenkomplexen keine völlige Objektivität erreichen. Die Beurteilerübereinstimmung war, obwohl der Kodierleitfaden mehrmals überarbeitet wurde, in vielen Fällen nicht gegeben. Weiterhin reichen die im Rahmen einer Inhaltsanalyse gewonnenen Daten grundsätzlich nicht aus, deren wesentliches Ziel zu erreichen: die Formulierung von Schlussfolgerungen über Meinungen und Mitteilungsabsichten des Produzenten sowie Verstehensweisen und Reaktionen des Rezipienten. Für dieses Ziel müssen externe Zusatzinformationen herangezogen und mit den Ergebnissen in Beziehung gesetzt werden (170, S. 48). Dieser Schritt erfolge in vorliegender Arbeit im Diskussionsteil (vgl. 5.1.-5.4., 5.6.). Das für die Inhaltsanalyse entwickelte Kategoriensystem war so ausführlich, dass beim Vergleich mit anderen Studien zur Darstellung psychisch Kranker im Fernsehen alle dort verwendeten Kategorien verglichen werden konnten (vgl. 5.1.). Allein die Frage, ob der psychisch kranke Filmcharakter einer Arbeit nachgehe, ein wichtiger Aspekt der sozialen Integration, der in anderen Studien untersucht wurde (154; 155; 160) wurde nicht erfasst und konnte darum nicht abgeglichen werden.

Auch wenn man der Methode der Inhaltsanalyse kritisch gegenüberstehen mag, so ist doch zur Erforschung so komplexer Zeichensysteme wie beispielsweise Film keine andere Methode als Alternative verfügbar. Empirische Verfahren zur Untersuchung stigmatisierender Ansichten in der Bevölkerung sind in großer Zahl bereits durchgeführt worden, ebenso sind die negativen Konsequenzen der Stigmatisierung hinlänglich erforscht. Da Anti-Stigma-Kampagnen dennoch bis heute kaum positive Auswirkungen zeigen, ist ein neuer Forschungsansatz notwendig. Die Vorgehensweise, die kulturellen Grundlagen der Stigmatisierung zu erforschen, um Rückschlüsse auf deren Mechanismen zu ziehen und schließlich eine Methode zu entwickeln, diese gezielt positiv zu beeinflussen, wird in vorliegender Arbeit als wesentliche Möglichkeit verfolgt. Zwar ist dieser Ansatz nicht neu, findet aber in der bisherigen Konzeption von Anti-Stigma-Kampagnen keinerlei Beachtung. Warum solche Initiativen oftmals scheitern müssen und mit welchem Verständnis eine erfolgreichere Erarbeitung wirksamer Anti-Stigma-Kampagnen möglich sein könnte, wird in vorliegender Arbeit dargelegt.

5.6. Fazit und Ausblick

Als das Ehepaar Cummings (1957) in einer kanadischen Kleinstadt eine der ersten Anti-Stigma-Kampagnen durchführen wollte, geschah Eindrucksvolles: die Bevölkerung complimentierte die Forscher aus der Stadt hinaus und ließ verlauten, man wünsche keine Auseinandersetzung mit dem Thema, sehe es als irrelevant an (13). Angesichts der deutlichen, vielfachen Spuren, die das Sujet der psychischen Erkrankung in den Kulturprodukten unserer Zeit hinterlässt, wirkt diese Behauptung hölzern und vorgeschoben. Vielmehr scheint ein starker Wunsch nach Auseinandersetzung mit dem Thema zu bestehen. Das Ziel ist jedoch, wie in Kap. 1.5. dargelegt, ein Angst abwehrendes Erklärungsmodell zu installieren und zu festigen; das damit verknüpfte Konzept von Wirklichkeit legitimiert und fördert stigmatisierende Ansichten und Verhaltensweisen. Diesen Mechanismus zogen die Cummings bei ihrer Kampagne nicht in Betracht. Unbehagen und Stress wurde bei ihren Studienteilnehmern ausgelöst insbesondere mit der Aussage, psychische Gesundheit und psychische Krankheit seien nicht dichotom einander entgegengesetzt, sondern stellten ein Kontinuum dar. Die Probanden sahen ihre innere Stabilität ins Wanken gebracht, reagierten wütend und lehnten weitere Kontakte mit den Forschern ab.

Stigmatisierendes Verhalten als Umsetzung der Notwendigkeiten, die sich aus dem kulturgeschichtlich erarbeiteten, Angst abwehrenden Erklärungsmodell ergeben, ist mit subjektiver Entlastung und Stabilisierung verknüpft. Personen, die Andere stigmatisieren, profitieren von diesen Vorteilen. Eine Abkehr von stigmatisierenden Ansichten und Verhaltensweisen wirkt sich auf Wohlbefinden und Stabilität eher negativ aus und ist darum durch herkömmliche Anti-Stigma-Kampagnen kaum zu erwirken. Diese beruhen im Wesentlichen auf den beiden Ansätzen „Kontakt mit psychisch Kranken“ sowie „Bildung“ (vgl. 1.4.). Bildungskampagnen zeigen schon seit über 50 Jahren kaum oder keinerlei Wirkung, trotzdem wird, die komplexe Intelligenz der menschlichen Kultur außer Acht lassend, dieser Ansatz weiter verfolgt und somit davon ausgegangen, mangelnde Information sei das Problem. Dies ist sehr verwunderlich. Es mag zwar sein, dass stigmatisierende Ansichten mit mangelndem Wissen über psychische Erkrankungen verknüpft sind. Zurückzuführen ist dies aber nicht auf die Tatsache, dass zu wenig Möglichkeiten geboten würden, sich eines Besseren zu belehren, sondern dass kein Interesse bestehen kann,

sich Wissen, das nur Nachteile mit sich bringt, wichtige Selbst- und Gesellschaftskonzepte in Frage stellt und destabilisiert, anzueignen.

Eine Modifizierung des Stigmatisierung fördernden Erklärungsmodells bzw. Realitätskonzepts erscheint nur unter der Voraussetzung möglich, dass bezüglich seiner offensichtlichen Vorteile (Entlastung von Ängsten, Rechtfertigung des eigenen Empfindens und Verhaltens) keine Einbußen entstehen. Aufgabe wäre also, eine Anti-Stigma-Kampagne zu entwickeln, deren Inhalte mit so viel Angstabwehr und Lustgewinn bei den Teilnehmern verknüpft sind, dass diese aufgenommen und in das Erklärungsmodell, in das subjektive Empfinden von Wirklichkeit, integriert werden können.

6. Zusammenfassung

Psychisch kranke Menschen sind in unserer Gesellschaft in besonderem Maße von Stigmatisierung betroffen, was deutlich negative Auswirkungen auf Heilungschancen und Lebensqualität hat. Die Notwendigkeit, diesen Prozess einzugrenzen, ist offiziell durch WHO und WPA anerkannt. Die Evaluierung nationaler und internationaler Anti-Stigma-Programme zeigt jedoch ernüchternde Ergebnisse. Um wirksame, effiziente Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker entwickeln zu können, ist Grundlagenforschung in diesem Bereich notwendig. Vorliegende Arbeit, die sich mit der Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien beschäftigt, leistet dazu einen Beitrag.

Es wurden alle in den 70er Jahren ausgestrahlten Folgen der populären Krimiserien „Tatort“ (BRD) und „Polizeiruf 110“ (DDR) mit der Methode der Inhaltsanalyse untersucht. In 57,4 % der Sendungen wurde mindestens ein Charakter als psychisch krank dargestellt, von den Filmcharakteren insgesamt litten 5,8 % an einer psychischen Störung. Somit kamen psychisch kranke Personen in den untersuchten Krimiserien doppelt so häufig vor wie in vergleichbaren Studien zum allgemeinen Fernsehprogramm. Etwa 40 % der registrierten Charaktere waren als gefährlich sowie in der Rolle des Täters dargestellt, über die Hälfte war kriminell, im „Tatort“ wurde jeder Vierte zum Mörder. Diese Rate entspricht dem, was andere Studien zur Mediendarstellung psychisch Kranker ermitteln konnten. Genrespezifisch scheint der Mangel an Willen, Disziplin und Selbstkontrolle zu sein, der psychisch kranke Charaktere in den Krimiserien der 70er Jahre zu 75 % an einer Anpassungsstörung, Alkohol- oder Drogensucht leiden ließ. Vermeintlich weniger kontrollierbare Störungen wie Psychose oder Schizophrenie kamen – im deutlichen Unterschied zu vergleichbaren Studien, die das allgemeine Fernsehprogramm untersuchten – nicht vor.

In der heutigen Zeit trägt Standeszugehörigkeit und Religion weniger, Produktivität und Geisteskraft mehr zu Identität und Selbstwert des Individuums bei. Damit sind bestimmte Herausforderungen verknüpft – so muss etwa der Verstand verlässlich funktionieren, um soziale Einbindung und wirtschaftliches Überleben zu gewährleisten. Diese Erfordernisse drängen auf das Individuum in der Gesellschaft ein, das notwendig darauf angewiesen ist, die eigene Rolle in der Gemeinschaft zu behaupten, die eigene Person vor Krankheit und Verlust der sozialen Identität zu schützen. Welche Themen die Gesellschaft so in Atem halten, dass Formen und Modelle zur Hil-

feststellung erarbeitet werden müssen, wird an den Kulturprodukten der jeweiligen Zeit ersichtlich. – Das Kriminalgenre existiert seit dem 18. Jahrhundert und hat die Kontrollierbarkeit menschlicher Schwächen und Leidenschaften durch Verstand, Willen und Disziplin sowie die Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Ordnung und Stabilität durch Gesetze, Konventionen und Moral zum Thema. Seit dieser Zeit ist auch der Kulturbegriff des Wahnsinns von Verbrechen, Gewalt und moralischer Verfehlung geprägt. Stigmatisierende Mediendarstellungen, die ein dem entsprechendes Bild von psychisch Kranken zeichnen, sind weit verbreitet und wirken meinungsbildend. Ansichten und Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken sind gekennzeichnet von sozialer Distanz, Furcht und Ablehnung und kulturell so tief verwurzelt, dass sie nur schwer zu beeinflussen sind.

Die untersuchten Krimiserien gelten als besonders realitätsnah; von Fakten berichtet die Tagespresse, die auf der Titelseite vom mordenden Wahnsinnigen erzählt. Und doch ist der Anteil gewalttätiger psychisch Kranker in der Realität sehr gering. Nur scheint die Wirklichkeit wenig attraktiv und interessant, auf Ansichten und Einstellungen der Allgemeinheit wirkt sie sich kaum aus. Ein aus der Kultur heraus erarbeitetes, alternatives Realitätskonzept, das durch die Medien stets gefestigt und erneuert wird, ist sehr viel beliebter und wird allgemein zur Strukturierung und Bewältigung der Wirklichkeit genutzt. Dieses Realitätskonzept festigt stigmatisierende Ansichten und lässt diskriminierendes Verhalten zweckmäßig erscheinen. Es bietet den Vorteil, als bedrohlich erlebte, mit psychischer Erkrankung verknüpfte Elemente effektiv auszugrenzen und somit ein Empfinden von Klarheit und Kontrollierbarkeit herzustellen. Dieser wertvolle Nutzen, den das mit Stigmatisierung verknüpfte Realitätskonzept der Gemeinschaft bietet, wird bisher bei der Konzeption von Anti-Stigma-Kampagnen völlig ignoriert. Darum müssen solche Initiativen zwingend scheitern: Sie mögen den Interessen von psychisch Kranken, ihren Angehörigen, Psychiatern und Psychologen dienen, widersprechen jedoch den Bedürfnissen der Allgemeinheit. Bisherige Kampagnen bedrohen wichtige Selbst- und Gesellschaftskonzepte, die zur Stabilisierung von Identität und Selbstwert des Individuums notwendig sind, und können deshalb nicht angenommen werden. Auf Erfolg angelegte Anti-Stigma-Programme müssten berücksichtigen, dass die Gesellschaft auf das mit Stigmatisierung einhergehende Wirklichkeitsmodell nicht grundsätzlich verzichten kann. Die zu vermittelnden Inhalte müssten mit so viel Angstabwehr und Lustgewinn einhergehen, dass deren Aufnahme und Integration in das kulturell etablierte Realitätskonzept möglich sein würde.

7. Literaturverzeichnis

1. Möller, HJ, Laux, G, Deister, A, editors. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme; 2005.
2. Murray, CJL, Lopez, ADE. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability of diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Globalization and Health*. 1996;1(5).
3. Kessler, RC, Angermeyer, M, Anthony, J, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
4. Kessler, D, Lloyd, K, Lewis, G, Gray, DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *Bmj*. 1999;318(7181):436-9.
5. Rosenfield, S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev*. 1997;62:660-72.
6. Link, BG, Struening, EL, Rahav, M, Phelan, J, Nuttbrock, L. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. 1997;38:177-90.
7. Mechanic, D, McAlpine, D, Rosenfield, S, Davis, D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med*. 1994;39(2):155-64.
8. Wells, JE, Robins, LN, Bushnell, JA, Jarosz, D, Oakley-Browne, MA. Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994;29(4):155-64.
9. Meltzer, H, Bebbington, P, Brugha, T, Farrell, M, Jenkins, R, Lewis, G. The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1-2):123-8.
10. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614-25.
11. Schomerus, G, Angermeyer, MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(1):31-7.
12. Sirey, JA, Bruce, ML, Alexopoulos, G, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(3):479-81.

13. Rabkin, J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophr Bull.* 1974;10:9-33.
14. Rossler, W, Salize, HJ. [Community management needs a community that cares--the attitude of the population to psychiatric management and psychiatric patients]. *Psychiatr Prax.* 1995;22(2):58-63.
15. Phillips, DL. Public identification and acceptance of the mentally ill. *Am J Public Health Nations Health.* 1966;56(5):755-63.
16. Stuart, H. Fighting stigma and discrimination. Is fighting for mental health. *Canadian Public Policy.* 2005;XXXI:21-8.
17. Bhugra, D. Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80(1):1-12.
18. Jaeckel, M, Wieser, S. *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit.* Scheid W, Weitbrecht HJ, Wieck HH, editors. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1970.
19. Arboleda-Florez, J. Considerations on the Stigma of Mental Illness. *Can J Psychiatry.* 2003;48(10):645-50.
20. Weiner, B, Perry, RP, Magnusson, J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Psychology.* 1988;55:738-48.
21. Stuart, H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry.* 2008;7(3):185-8.
22. Phelan, J, Link, BG, Dovidio, JF. Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine.* 2008;67:358-67.
23. Farina, A, Feliner, RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J Abnorm Psychol.* 1973;82(2):268-72.
24. Halpert, HP. Public acceptance of the mentally ill: an exploration of attitudes. *Public Health Rep.* 1969;84(1):59-64.
25. Cohen, J, Struening, EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol.* 1962;64:349-60.
26. Rosenhan, DL. On being sane in insane places. *Science.* 1973;179(70):250-8.
27. Crocetti, G, Spiro, H, Siassi, I. Are the Ranks Closed? Attitudinal Social Distance and Mental Illness. *Am J Psychiatry.* 1971;127(9):1121-7.
28. Roman, PM, Floyd, HH. Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry.* 1981;16:21-9.
29. D'Arcy, C, Brockman, J. Changing public recognition of psychiatric symptoms? Blackfoot revisited. *J Health Soc Behav.* 1976;17(3):302-10.

30. Green, DE, McCormick, IA, Walkey, FH, Taylor, AJ. Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Soc Sci Med.* 1987;24(5):417-22.
31. Link, BG, Phelan, JC, Bresnahan, M, Stueve, A, Pescosolido, BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1328-33.
32. Angermeyer, MC, Dietrich, S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):163-79.
33. Wolff, G, Pathare, S, Craig, T, Leff, J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry.* 1996;168(2):183-90.
34. van 't Veer, JT, Kraan, HF, Drosseart, SH, Modde, JM. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill: a Dutch public study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(4):310-7.
35. Corrigan, PW, Edwards, AB, Green, A, Diwan, SL, Penn, DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):219-25.
36. Brockington, IF, Hall, P, Levings, J, Murphy, C. The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry.* 1993;162:93-9.
37. Pescosolido, BA, Monahan, J, Link, BG, Stueve, A, Kikuzawa, S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1339-45.
38. Borinstein, AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff.* 1992;11(3):186-96.
39. Corrigan, PW, Rowan, D, Green, A et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull.* 2002;28(2):293-309.
40. Crisp, AH, Gelder, MG, Rix, S, Meltzer, HI, Rowlands, OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000;177:4-7.
41. Angermeyer, MC, Matschinger, H. Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(5):275-81.
42. Angermeyer, MC, Matschinger, H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry.* 2005;186:331-4.
43. Stip, E, Caron, J, Lane, CJ. Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association.* 2001;164(9):1299-300.
44. Stuart, H, Arboleda-Florez, J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2001;46(3):245-52.

45. Angermeyer, MC, Matschinger, H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):1049-61.
46. Gaebel, W, Baumann, A, Witte, AM, Zaeske, H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252(6):278-87.
47. Angermeyer, MC, Beck, M, Matschinger, H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2003;48(10):663-8.
48. Griffiths, KM, Nakane, Y, Christensen, H, Yoshioka, K, Jorm, AF, Nakane, H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry.* 2006;6:21.
49. Schomerus, G, Matschinger, H, Kenzin, D, Breier, P, Angermeyer, MC. Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *Eur Psychiatry.* 2006;21(7):436-41.
50. Gureje, O, Lasebikan, VO, Ephraim-Oluwanuga, O, Olley, BO, Kola, L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry.* 2005;186:436-41.
51. Taskin, EO, Sen, FS, Aydemir, O, Demet, MM, Ozmen, E, Icelli, I. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(10):586-92.
52. Kermode, M, Bowen, K, Arole, S, Pathare, S, Jorm, AF. Attitudes to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(12):1087-96.
53. Kirmayer, LJ, Fletcher, CM, Boothroyd, LJ. Inuit attitudes toward deviant behavior: a vignette study. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(2):78-86.
54. Adewuya, AO, Makanjuola, RO. Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(5):389-95.
55. Nakane, Y, Jorm, AF, Yoshioka, K, Christensen, H, Nakane, H, Griffiths, KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry.* 2005;5:33.
56. Gureje, O, Olley, BO, Olusola, EO, Kola, L. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry.* 2006;5(2):104-7.
57. Corrigan, PW, Watson, AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J.* 2007;43(5):439-58.
58. Angermeyer, MC, Matschinger, H, Holzinger, A. Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44(2):107-16.

59. Jorm, AF, Korten, AE, Jacomb, PA, Christensen, H, Rodgers, B, Pollitt, P. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32(3):143-8.
60. Hall, P, Brockington, IF, Levings, J, Murphy, C. A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *Br J Psychiatry.* 1993;162:99-108.
61. Wolff, G, Pathare, S, Craig, T, Leff, J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry.* 1996;168(2):191-8.
62. Angermeyer, MC, Holzinger, A, Matschinger, H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry.* 2009;24(4):225-32.
63. Jorm, AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;177:396-401.
64. Angermeyer, MC, Matschinger, H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(4):304-9.
65. Angermeyer, MC, Matschinger, H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(5):326-36.
66. Priest, RG, Vize, C, Roberts, A, Roberts, M, Tylee, A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal.* 1996;313:858-9.
67. Arboleda-Florez, J, Holley, H, Crisanti, A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S38-46.
68. Böker, W, Häfner, H. *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin - Heidelberg - New York: Springer-Verlag; 1973.
69. Steadman, HJ. Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill. *J Health Soc Behav.* 1981;22(3):310-6.
70. Link, BG, Andrews, H, Cullen, FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev.* 1992;57:275-92.
71. Torrey, EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45(7):653-62.
72. Marzuk, PM. Violence, crime, and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(6):481-6.
73. Hodgins, S. Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S29-37.

74. Eronen, M, Angermeyer, MC, Schulze, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S13-23.
75. Taylor, PJ, Gunn, J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry.* 1999;174:9-14.
76. Angermeyer, M, Cooper, B, Link, BG. Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S1-S6.
77. Stuart, HL, Arboleda-Florez, JE. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001;52(5):654-9.
78. Phelan, JC, Link, BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S7-12.
79. Large, MM, Ryan, CJ, Niessen, OB, Hayes, RA. The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts. *J Med Ethics.* 2008;34(12):877-81.
80. Angermeyer, MC. [Stigmatization of mentally ill patients by the society]. *Psychiatr Prax.* 2004;31(2):S246-50.
81. Link, BG, Phelan, J. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363-85.
82. Wahl, OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):467-78.
83. Dickerson, FB, Sommerville, J, Origoni, AE, Ringel, NB, Parente, F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002;28(1):143-55.
84. Berzins, KM, Petch, A, Atkinson, JM. Prevalence and experience of harassment of people with mental health problems living in the community. *Br J Psychiatry.* 2003;183:526-33.
85. Beck, M, Dietrich, S, Matschinger, H, Angermeyer, MC. Alcoholism: low standing with the public? Attitudes towards spending financial resources on medical care and research on alcoholism. *Alcohol Alcohol.* 2003;38(6):602-5.
86. Weiner, B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychol Rev.* 1985;92(4):548-73.
87. Angermeyer, MC. From intuition- to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry.* 2002;1(1):21-2.
88. Corrigan, PW, Watson, AC, Heyrman, MLet al. Structural stigma in state legislation. *Psychiatr Serv.* 2005;56(5):557-63.

89. Thornicroft, G, Brohan, E, Rose, D, Sartorius, N, Leese, M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408-15.
90. Wright, ER, Gronfein, WP, Owens, TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav*. 2000;41(1):68-90.
91. Farina, A, Gliha, D, Boudreau, LA, Allen, JG, Sherman, M. Mental illness and the impact of believing others know about it. *J Abnorm Psychol*. 1971;77(1):1-5.
92. Mangili, E, Ponteri, M, Buizza, C, Rossi, G. [Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: a review]. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2004;13(1):29-46.
93. Page, S. Effects of the mental illness label in 1993: acceptance and rejection in the community. *J Health Soc Policy*. 1995;7(2):61-8.
94. Perlick, DA, Rosenheck, RA, Clarkin, JF et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1627-32.
95. Link, BG, Struening, EL, Neese-Todd, S, Asmussen, S, Phelan, JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1621-6.
96. Link, BG, Cullen, FT, Struening, E. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54:100-23.
97. Struening, E, Perlick, DA, Link, BG, Hellmann, F, Herman, D, Sirey, JA. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2001;52(12):1633-8.
98. Phelan, JC, Bromet, EJ, Link, BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull*. 1998;24(1):115-26.
99. Wahl, OF, Harman, CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull*. 1989;15(1):131-9.
100. Sartorius, N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*. 1998;352(9133):1058-9.
101. Kadri, N, Sartorius, N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(7):26.
102. Corrigan, PW, Penn, DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76.
103. Jorm, AF, Oh, E. Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(3):183-200.

104. Penn, DL, Guynan, K, Daily, T, Spaulding, WD, Garbin, CP, Sullivan, M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull.* 1994;20(3):567-78.
105. Penn, DL, Chamberlin, C, Mueser, KT. The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophr Bull.* 2003;29(2):383-91.
106. Watson, AC, Otey, E, Westbrook, A Let al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):563-72.
107. Penn, DL, Kommana, S, Mansfield, M, Link, BG. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):437-46.
108. Corrigan, P, Gelb, B. Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2006;57(3):393-8.
109. Crisp, A, Gelder, M, Goddard, E, Meltzer, H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry.* 2005;4(2):106-13.
110. Haghigat, R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry.* 2001;178:207-15.
111. Winkler, I, Richter-Werling, M, Angermeyer, MC. [Strategies against the stigmatisation of mentally ill subjects and their practical realisation in the example of *Irrsinnig Menschlich e. V.*]. *Gesundheitswesen.* 2006;68(11):708-13.
112. Gaebel, W, Baumann, A. Interventions to Reduce the Stigma Associated With Severe Mental Illness: Experiences From the Open the Doors Program in Germany. *Can J Psychiatry.* 2003;48(10):657-62.
113. Blascovich, J, Mendes, WB, Hunter, SB, Lickel, B, Kowai-Bell, N. Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *J Pers Soc Psychol.* 2001;80(2):253-67.
114. Porter, R. Can the stigma of mental illness be changed? *Lancet.* 1998;352(26):1049-50.
115. Scambler, G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet.* 1998;352(9133):1054-5.
116. Fabrega, H, Jr. Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature. *Compr Psychiatry.* 1990;31(4):289-306.
117. Simon, B. Shame, stigma, and mental illness in ancient Greece. In: Fink PJ, Tasman A, editors. *Stigma and mental illness.* Washington (DC): American Psychiatric Press; 1992.
118. Fabrega, H, Jr. The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature. *Compr Psychiatry.* 1991;32(2):97-119.

119. Hoffmann-Richter, U. *Psychiatrie in der Zeitung*: Psychiatrie-Verlag; 2000.
120. Angermeyer, M, Schulze, B. Reinforcing Stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes toward the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24(4-5):469-86.
121. Corrigan, PW, Watson, AC, Ottati, V. From whence comes mental illness stigma? *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49(2):142-57.
122. James, A. Stigma of mental illness. Foreword. *Lancet*. 1998;352(9133).
123. Crisp, A. The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry*. 2001;178:197-9.
124. Corrigan, PW, Watson, AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16-20.
125. Gray, AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med*. 2002;95(2):72-6.
126. Rusch, N, Angermeyer, MC, Corrigan, PW. [The stigma of mental illness: concepts, forms, and consequences]. *Psychiatr Prax*. 2005;32(5):221-32.
127. Byrne, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *J R Soc Med*. 1997;90(11):618-21.
128. Straub, E. Diskriminierung der psychisch Kranken in Fernsehfilmen. *Psychiatr Prax*. 1997;24(213-214).
129. Wahl, OF. Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*. 1992;20:343-52.
130. Stout, PA, Villegas, J, Jennings, NA. Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):543-61.
131. Anderson, M. 'One flew over the psychiatric unit': mental illness and the media. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(3):297-306.
132. Marcos, LR. Media power and public mental health policy. *Am J Psychiatry*. 1989;146(9):1185-9.
133. Paterson, B. Newspaper representations of mental illness and the impact of the reporting of "events" on social policy: the "framing" of Isabel Schwarz and Jonathan Zito. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(3):294-300.
134. Rose, D. Television, madness and community care. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 1998;8:213-28.
135. Angermeyer, MC, Matschinger, H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med*. 1996;43(12):1721-8.

136. Philo, G, Secker, J, Platt, S, Henderson, L, McLaughlin, G, Burnside, J. The impact of mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*. 1994;53:271-81.
137. Oostdyk, AM. *Portrayal of Mental illness on Television: A Review of the Literature*: University of Pittsburgh; 2005.
138. Gerbner, G, Gross, L, Morgan, M, Signorielli, S. Health and Medicine on Television. *New England Journal of Medicine*. 1981;305:901-4.
139. Gerbner, G, Gross, L, Morgan, M, Signorielli, N, Shanahan, J. Growing up with television: Cultivation processes. In: Bryant J, Zillmann D, editors. *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2002. p. 43-68.
140. Angermeyer, MC, Dietrich, S, Pott, D, Matschinger, H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2005;20(3):246-50.
141. Granello, DH, Pauley, PS. Television viewing habits and their relationship to tolerance toward people with mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*. 2000;22(2):165-75.
142. Wahl, OF, Lefkowitz, JY. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *Am J Community Psychol*. 1989;17:521-8.
143. Dietrich, S, Heider, D, Matschinger, H, Angermeyer, MC. Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(4):318-22.
144. Scott, J. What the papers say. *Psychiatric Bulletin*. 1994;18(8):489-91.
145. Corrigan, PW, Watson, AC, Gracia, G, Slopen, N, Rasinski, K, Hall, LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv*. 2005;56(5):551-6.
146. Barnes, RC, Earnshaw, S. Mental illness in British newspapers: (or My Girlfriend is a Rover Metro). *Psychiatric Bulletin*. 1993;17(11):673-4.
147. Meagher, D, Newman, A, Fee, M, Casey, PR. The coverage of psychiatry in the Irish print media. *Psychiatric Bulletin*. 1995;19(10):642-4.
148. Schneider, U, Wieser, S. [The psychiatric patient in mass media. Results of a systematic subject analysis]. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb*. 1972;40(3):136-63.
149. Schneider, I. Images of the mind: psychiatry in the commercial film. *Am J Psychiatry*. 1977;134(6):613-20.
150. Schneider, I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1987;144(8):996-1002.

151. Beveridge, A. Images of madness in the films of Walt Disney. *Psychiatric Bulletin*. 1996;20(10):618-20.
152. Hyler, SE, Gabbard, GO, Schneider, I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):1044-8.
153. Hyler, SE. DSM-III at the cinema: madness in the movies. *Compr Psychiatry*. 1988;29(2):195-206.
154. Wahl, OF, Roth, R. Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *Journal of Broadcasting*. 1982;26(2):599-605.
155. Signorielli, N. The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*. 1989;33:325-31.
156. Diefenbach, DL. The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*. 1997;25:289-302.
157. Diefenbach, DL, West, DM. Television and Attitudes toward Mental Health Issues: Cultivation Analysis and the Third-Person Effect. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(2):181-95.
158. Condren, RM, Byrne, P. The psychokiller strikes again. *Bmj*. 2000;320(7244).
159. Wilson, C, Nairn, R, Coverdale, J, Panapa, A. Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(2):232-9.
160. Fruth, L, Padderud, A. Portrayals of mental illness in daytime television series. *Journalism Quarterly*. 1985;62:384-7.
161. Wilson, C, Nairn, R, Coverdale, J, Panapa, A. How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. *Br J Psychiatry*. 2000;176:440-3.
162. Wahl, OF, Hanrahan, E, Karl, K, Lasher, E, Swaye, J. The Depiction of Mental Illnesses in Children's Television Programs. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(1):121-33.
163. Viehoff, R. Stahlnetz, Tatort, Polizeiruf 110: Transitions in German Police Series. Halle: 1998; 8: (Accessed September 1, 2010, at http://www.medienkomm.uni-halle.de/publikationen/halma/hallische_medienarbeiten_8/.)
164. Brück, I, Guder, A, Viehoff, R, Wehn, K. *Der deutsche Fernsehkrimi. Eine Programm- und Produktionsgeschichte von den Anfängen bis heute*. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler; 2003.
165. Weber, T. *Die unterhaltsame Aufklärung - Ideologiekritische Interpretation von Kriminalfernsehserien des westdeutschen Fernsehens*. Bielefeld: Aisthesis Verlag; 1992.

166. Bauer, L. Authentizität, Mimesis, Fiktion - Fernsehunterhaltung und Integration von Realität am Beispiel des Kriminalsujets. München: Verlegergemeinschaft Schaudig/Bauer/Ledig; 1992.
167. Radewagen, T. Ein deutscher Fernsehbulle: Trimmel - der "Tatort"-Star und seine Mediengenese. Eine vergleichende Untersuchung von Werremeiers Kriminal-Romanen und "Tatort"-Drehbüchern. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess; 1985.
168. Guder, A. Das Kriminalgenre im Fernsehen der DDR: Aktueller Forschungsstand und Auswahlbibliographie. HALMA. Hallische Medienarbeiten 1996; 3: (Accessed September 1, 2010, at http://www.medienkomm.uni-halle.de/publikationen/halma/hallische_medienarbeiten_3/.)
169. Diekmann, A. Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2009.
170. Früh, W. Inhaltsanalyse. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; 2007.
171. DasErste.de. Tatort - Archiv nach Datum sortiert München: Bayerischer Rundfunk, Anstalt des öffentlichen Rechts, 2010. (Accessed September 1, 2010, at <http://www.daserste.de/tatort/faelle.asp>.)
172. DasErste.de. Polizeiruf 110 - Die Fälle. München: Bayerischer Rundfunk, Anstalt des öffentlichen Rechts, 2010. (Accessed September 1, 2010, at <http://www.daserste.de/polruf/archiv.asp>.)
173. Mayring, P. Qualitative Inhaltsanalyse. Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2000; 1: 2, Art. 20 (Accessed July 24, 2010, at <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384>.)
174. Wirtz, M, Caspar, F. Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen. Göttingen: Hogrefe; 2002.
175. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, editors. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG; 2008.
176. SPSSinc. PASW Statistics 18 / IBM SPSS Statistics 18. Chicago, Illinois: 2010. (Accessed September 1, 2010, at <http://www.spss.com/software/statistics/>.)
177. Zöfel, P. Statistik verstehen - Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung. München: Addison-Wesley Verlag; 2002.
178. Mayring, P. Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research 2001; 2: 1, Art. 6 (Accessed July 24, 2010, at <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967>.)

179. Gerbner, G. Mental illness on television: A study of censorship. *Journal of Broadcasting* 1959;3:293-303.
180. Bundesamt, BfBB-S. Zusammengefasste Erstheiratsziffer der Frauen in Deutschland, Westdeutschland (ohne Berlin) und Ostdeutschland (einschließlich Berlin), 1960 bis 2008. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) - Statistisches Bundesamt, 2009. (Accessed September 1, 2010, at http://www.bib-demografie.de/cln_090/mn_1758206/DE/DatenundBefunde/04/Abbildungen/a_04_04_zu_s_erstheiratsziffer_d_wob_oeb_1960_2008.html.)
181. Flores, G. Mad scientists, compassionate healers, and greedy egotists: the portrayal of physicians in the movies. *J Natl Med Assoc.* 2002;94(7):635-58.
182. Atkinson, JM. The psychiatrist, the patient, their relationship and the movies. *Psychiatric Bulletin.* 1997;21(6):369-70.
183. Grossman, LS, Haywood, TW, Cavanaugh, JL, Davis, JM, Lewis, DA. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv.* 1995;46(8):790-5.
184. Doelker, C. "Wirklichkeit" in den Medien. Zug: Klett & Balmer Verlag; 1979.
185. Lacan, J. Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion. *Schriften I.* Freiburg im Breisgau: Walter Verlag; 1973.
186. Pupato, K. Die Darstellung psychischer Störungen im Film. Bern: Peter Lang; 2002.
187. Freud, S. Das Unheimliche (1919). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J, editors. Studienausgabe Band IV, *Psychologische Schriften.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag; 2000.

8. Anhang

8.1. Kategoriensystem

Hauptkategorien	Unterkategorien
Grundsätzliche Angaben zum Film	Vorkommen eines Mordes bzw. einer getöteten Person
	Täterführung offen/verdeckt
	Vorkommen einer oder mehrerer als psychisch krank dargestellter Personen
Identifizierungsmerkmale des als psychisch krank dargestellten Filmcharakters	In der Darstellung zu beobachten
	Von Filmcharakteren allgemein verbal geäußert
	Von Experten im Film verbal geäußert
Grundsätzliche Angaben zum als psychisch krank identifizierten Filmcharakter	Diagnose nach ICD-10
	Männlich
	Weiblich
	Alter
	Familienstand
	Randfigur
	Vorhandensein der psychischen Störung ist Hauptursache dafür, dass Verbrechen geschieht
Angaben zur Therapie	Stationäre Therapie
	Ambulante Therapie
	Erscheint aussichtsreich
	Erscheint nicht aussichtsreich
Positive Charaktermerkmale	Einsichtig bzgl. gesellschaftlicher Regeln und Grenzen
	Zuverlässig
	Sensibel /emotional
	Liebevoll
	Kreativ / ideenreich
	Gepflegt
	Gesellschaftlich integriert
Insgesamt positiv	

Negative Charaktermerkmale	Unzuverlässig
	Rücksichtslos
	Gefährlich
	Unberechenbar
	Ungepflegt
	Einzelgänger
	Last für andere
	Insgesamt negativ
Täter- bzw. Opferrolle	Täter
	Mörder
	Opfer
Kriminalität und Fremdgefährdung	Kriminell
	Verbal aggressiv
	Fremdgefährdend
	Sexuell missbräuchlich
Eigengefährdung	Suizidversuch
	Vollendeter Suizid
	Selbstschädigendes Verhalten
Reaktion des Umfelds	Angst
	Gewalttätigkeit
	Hilflosigkeit
	Verständnis
	Kooperation
	Hilfsbereitschaft

8.2. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

8.3. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich auf vielfältige Weise in meiner Arbeit unterstützt haben.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Andreas Heinz danke ich für die Überlassung des spannenden Themas, die günstigen Arbeitsbedingungen sowie die stetige Unterstützung bei der Durchführung meiner wissenschaftlichen Arbeit. Insbesondere bin ich dankbar für die tatkräftige Förderung und Ermunterung, das Thema weiter zu entwickeln.

Besonders herzlich möchte ich meinem wissenschaftlichen Betreuer Dr. med. Jakob Hein danken, der das Projekt initiierte, mir Sicherheit und Selbstvertrauen vermittelte, durch seine stete Präsenz und Erreichbarkeit lückenlos zur Seite stand und auf jede Frage mit wertvollen Ratschlägen antwortete. Der Halt, den er so vermittelte, gab mir den Raum, das Projekt selbstbestimmt anzugehen und zu entwickeln auf eine Art und Weise, die ich zuvor nicht in Betracht gezogen hätte.

Maria Halle, die als Erste in unserer Arbeitsgruppe mit der Analyse der Serien „Tatort“ und „Polizieruf 110“ der 80er Jahre begann und so die eigentliche Methodik entwickelte, danke ich für die wertvolle Vorarbeit. In zahlreichen Treffen mit ihr sowie Juliane Pfarr, die die Kriminalfernsehserien der 90er Jahre bearbeitete, erfolgte die gemeinsame konstruktive Ausarbeitung und Verfeinerung des Kategoriensystems. Hierfür und für die Unterstützung bei der Ermittlung der Interrater-Reliabilität bedanke ich mich sehr.

Ich danke Thilo Heinzmann, der für mich da war, mir zuhörte, sich mit mir über Neuentdeckungen und Fortschritte freute und mich aufs Schönste ablenkte.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, Dr. med. Isabel Maria Heinz und Dr. med. Peter Heinz, für das große Vertrauen und die liebevolle Unterstützung.

8.4. Eidesstaatliche Erklärung

„Ich, Leonor Heinz, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien – Eine Analyse der Serien ‚Tatort‘ und ‚Polizeiruf 110‘ der 70er Jahre“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

04.01.2012

Datum

Unterschrift