

Aus dem Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie des
Bundeswehrkrankenhauses Berlin, Akademisches Lehrkrankenhaus
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Selbststigmatisierung bei Soldaten mit einer Alkoholerkrankung im
Vergleich mit einer zivilen Stichprobe

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Christian Kahn
aus Bernau

Datum der Promotion: 02.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	0
Abstrakt	4
Abstract	5
Einleitung	6
Hintergrund	6
Prädiktoren der Alkoholerkrankung	8
Stigmatisierung	9
Der Begriff Stigma und der Prozess der Stigmatisierung	9
Formen der Stigmatisierung / Diskriminierung	10
Vergleich der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen	12
Folgen der Stigmatisierung	13
Stigmatisierung in den Streitkräften	14
Herleitung einer Aufgabenstellung	16
Methodik	18
Stichprobe und Untersuchungsdurchführung	18
Ein- und Ausschlusskriterien	19
Einschlusskriterien	19
Ausschlusskriterien	19
Messinstrumente	20
Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)	20
Stigmatisierung (SSAD)	21
Aktuelle psychische Befindlichkeit (BSI-18)	22
Abstinenzzuversicht (KAZ)	23
Statistik	24
Ergebnisse	25
Stichprobenbeschreibung	25
Stichprobenbeschreibung der militärischen Stichprobe	25
Stichprobenbeschreibung der zivilen Stichprobe	28
Soziodemographische Unterschiede zwischen militärischer und ziviler Stichprobe	28

Vergleich Symptomschwere.....	32
Vergleich der Skala zur Selbststigmatisierung	33
Vergleich der Abstinenzzuversicht	34
Einflussfaktoren auf die Selbststigmatisierung	35
Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht	36
Diskussion	37
Bewertung der Ergebnisse.....	37
Ziel der Studie	37
Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Selbststigmatisierung.....	39
Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht.....	43
Limitationen	45
Schlussfolgerungen	46
Zusammenfassung.....	49
Literaturverzeichnis	51
Anhang.....	58
Tabellenverzeichnis	58
Abbildungsverzeichnis	59
Lebenslauf	60
Publikationsliste.....	61
Eidesstattliche Versicherung	62
Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen.....	63
Danksagung.....	64

Vorwort

Teilergebnisse und Inhalte der vorliegenden Arbeit wurden in der folgenden Publikation veröffentlicht und werden in der Monographie nicht an jeder Stelle kenntlich gemacht:

Kahn, Christian, Wesemann, Ulrich; Zimmermann, Peter Lutz; Willmund, Gerd Dieter; Schomerus, Georg (2017): Self-stigma in military personnel with alcohol dependence. Comparison with a civilian sample before qualified withdrawal treatment. In: *Drugs and Alcohol Today* 17 (1), S. 60–67.

Christian Kahn und Dr. Ulrich Wesemann sind in gleichberechtigten Anteilen Erstautoren.

Das Einverständnis zur Verwendung von Ergebnissen wurde vom Herausgeber der Zeitschrift *Drugs and Alcohol today* eingeholt.

Abstrakt

Einleitung: Die vorliegende Studie hat das Ziel Unterschiede der Selbststigmatisierung zwischen einer militärischen und einer zivilen Stichprobe herauszuarbeiten.

Methode: Vor der Teilnahme an einem 3-wöchigen „Qualifizierten Entzug“ (QE) wurden 55 Soldaten hinsichtlich Selbststigmatisierung, Abstinenzzuversicht, der Schwere der Alkoholabhängigkeit, aktueller psychischer Beschwerden, Trinkdauer und Alter untersucht. Anschließend wurden sie mit einer zivilen Stichprobe von 173 alkoholabhängigen Probanden vor einem QE verglichen.

Ergebnisse: Während die wahrgenommene Stigmatisierung durch das soziale Umfeld bei den Soldaten signifikant größer ist als bei der zivilen Vergleichsgruppe [$t(171) = 3.83, p < .01$] ist die Skala Zustimmung [$t(170) = -3.20, p < .01$] signifikant geringer ausgeprägt.

Für die Gesamtgruppe zeigte sich mit $F(2, 147) = 25.6$ ($p < .001$; $R^2_{\text{korr}} = .25$) ein signifikanter Einfluss von Selbstwertverlust und Trinkdauer auf die Abstinenzzuversicht.

Limitationen: In beiden Stichproben wurden ausschließlich männliche Probanden eingeschlossen die sich freiwillig in eine Behandlung begeben haben.

Schlussfolgerung: Soldaten nehmen die öffentliche Stigmatisierung stärker wahr, als dies in der zivilen Gruppe der Fall ist. Dies könnte eine Barriere zum Aufsuchen von Hilfe darstellen. Andererseits ist die Zustimmung zum öffentlichen Stigma und den damit verbundenen Selbstwertverlust in der militärischen Probe geringer ausgeprägt, was als prognostisch günstige Therapievariable angesehen werden könnte. Vor diesem Hintergrund scheint eine Ausweitung der Untersuchungen zum Einfluss von Selbststigmatisierung z.B. auf das Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe sinnvoll.

Abstract

Purpose: The present study aims to highlight the differences in self-stigma between a military and a civilian sample in order to infer military-specific aspects of the self-stigmatization process.

Methods: Before undergoing a three week course of qualified withdrawal treatment, 55 German military personnel were examined in terms of self-stigma, abstinence Self-efficacy, duration of alcohol abuse, severity of alcohol dependence, and current mental disorders. Afterwards, the participants were compared with a non-military sample of 173 subjects with alcohol dependence in a civilian psychiatric clinic that had not yet undergone qualified withdrawal treatment.

Results: The awareness of stigmatization in military personell is significantly greater than in the civilian comparison group [$t(171) = 3.83, p < .01$], there is far less agreement with such stigmatization [$t(170) = 3.20, p < .01$]. More severe mental disorders have a significant influence on self-esteem decrement for the entire group. By $F(2, 147)=25.6$ ($p < .001$; $R^2_{\text{kor}}=.25$), the combined sample showed a significant negative influence of low self-esteem decrement and duration of alcohol abuse on abstinence Self-efficacy.

Limitations: Both samples only consisted of male participants who wanted to receive treatment.

Conclusion: The study indicates that military personnel are more aware of public stigmatization than is the case among civilian patients. This could be a significant obstacle when it comes to seeking professional help. On the other side, there is less agreement with public stigma. Possibly it has positive influence on the therapy. More studies about the influence of stigmatization for example on help seeking behavior are necessary.

Einleitung

Hintergrund

Die Alkoholabhängigkeit gehört zu den häufigsten und schwersten psychischen Erkrankungen in Deutschland und auf der Welt. Eine aktuelle Studie zur 12-Monatsprävalenz der Alkoholerkrankung in der primärärztlichen Versorgung zeigt eine Prävalenz alkoholassoziierter Erkrankungen von 17 % bei Männern und 6,4 % bei Frauen (Trautmann et al. 2016b). Trotz dieser hohen Prävalenz befindet sich nur ein geringer Teil der Erkrankten in ambulanter oder stationärer Behandlung. So liegt die Behandlungsquote bei Personen, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden, für Männer bei 22,3 % und für Frauen bei 6,7%. Dies scheint insbesondere vor dem Hintergrund der Schwere der Erkrankung alarmierend.

Neben der Allgemeinbevölkerung nimmt die Alkoholerkrankung auch im militärischen Kontext eine wichtige Rolle ein. Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in militärischen Populationen zeigen höhere Raten psychischer Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Goodwin et al. 2015). Insbesondere Suchterkrankungen sind in internationalen Studien beim Militär häufiger vertreten als bei zivilen Vergleichsgruppen (Sirratt et al. 2012). Dabei zeigen aktuelle Daten zu Bundeswehrsoldaten ein abweichendes Bild.

Auch die Bundeswehr ist durch ihr Engagement im In- und Ausland mit wachsenden Herausforderungen konfrontiert. Verglichen mit anderen Armeen sind die Prävalenzen psychischer Erkrankungen mit denen der Allgemeinbevölkerung jedoch vergleichbar. Die 12 – Monatsprävalenz alkoholassoziierter Erkrankungen bei deutschen Soldaten mit oder ohne einen Auslandseinsatz liegt bei 3,1%. Die Teilnahme an einem Auslandseinsatz zeigte keine signifikanten Unterschiede in der 12 - Monatsprävalenz (Trautmann et al. 2014).

Weitergehende Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten von Therapien bei behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen zeigen, ebenso wie im zivilen Sektor, eine deutliche Diskrepanz. Viele der betroffenen Soldaten suchen keine professionelle Hilfe auf. So zeigen Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten professioneller Hilfe bei deutschen Soldaten nach einem Auslandseinsatz, dass nur 10,3 % aller Soldaten mit manifesten psychischen Störungen professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben (Wittchen et al. 2013).

Diese Ergebnisse rücken die Untersuchung der Bedeutung subjektiver „Barriers to care“, die einer Inanspruchnahme entgegenwirken, in den Vordergrund.

Neben der Erforschung der Ursachen und Prädiktoren psychischer Erkrankungen sind Untersuchungen zur Prognose sowie Einflussfaktoren für das Therapie Outcome von großem Interesse.

Prädiktoren der Alkoholerkrankung

Verschiedene Studien weisen auf hohe Raten alkoholassoziierter Erkrankungen bei Angehörigen internationaler Streitkräfte hin. Die Prävalenz der Alkoholerkrankung in den deutschen Streitkräften ist vergleichbar gering. Dennoch stellt die Alkoholerkrankung insbesondere aufgrund der Schwere der Erkrankung sowie der niedrigen Behandlungsquote eine relevante Problematik dar. Die Untersuchung von Prädiktoren sowie die Verbesserung der Behandlungsquoten und des Behandlungserfolges bilden einen Schwerpunkt zukünftiger Forschungsansätze.

Ätiopathologisch ist bei der Alkoholerkrankung von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell auszugehen. Neben neurobiologischen, soziokulturellen (u.a. Verfügbarkeit, Religion etc.) sowie genetischen Faktoren spielen vor allem psychologische Faktoren, wie Komorbiditäten, eine wichtige Rolle. Insbesondere das Vorliegen einer physischen Erkrankung geht mit einem erhöhten Risiko einer Alkoholerkrankung einher. Studien im militärischen Kontext zeigen ebenfalls ein gesteigertes Risiko beim Vorliegen von psychischen Erkrankungen wie posttraumatischen Belastungsstörungen, Schlafstörungen und anderer psychischen Erkrankungen (Trautmann et al. 2015b; Trautmann et al. 2015a). Eine späte Aufnahme der Behandlung erhöht zudem das Risiko einer Chronifizierung der Erkrankung. Letzteres wird durch bestehende „subjektive Barrieren“ verstärkt.

Doch nicht nur die Aufnahme einer Behandlung sondern auch das Therapie Outcome werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst (Williams et al. 2015; Mehrzmay et al. 2015).

Neben Komorbiditäten, einem geringen Selbstwertgefühl sowie geringer sozialer Aktivität hat sich die Abstinenzzuversicht als ein wichtiger Prädiktor einer langfristigen Veränderung der Trinkgewohnheiten bewährt (Oei et al. 2007; Al Abeiat et al. 2016). Dies rückt die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Selbststigmatisierung und Abstinenzzuversicht in den Fokus psychotherapeutischer Interventionen. Gelingt es, im Rahmen des therapeutischen Prozesses, die Identifikation mit bestehenden Stigmata zu reduzieren, könnte auch eine Steigerung des Selbstwertgefühls und damit der Abstinenzzuversicht erreicht werden. Dies kann zu einer Steigerung der Therapiewirksamkeit führen. Gleichzeitig könnte ein Abbau von Stigmatisierungsängsten zu einer erhöhten Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Behandlung beitragen.

Stigmatisierung

Für das Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe und die Durch- u. Fortführung von Behandlungsmaßnahmen nehmen, neben strukturellen Problemen, offenkundig auch Stigmatisierungsängste eine wichtige Rolle ein.

Die Ausgrenzung und soziale Distanz von Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, sind häufige Konsequenzen von Stigmatisierungsprozessen.

Der Begriff Stigma und der Prozess der Stigmatisierung

Im ursprünglichen Sinn bedeutet Stigma „Zeichen“, „Brandmal“ bzw. „Stich“ und entstammt der griechischen Sprache. Nach Auffassung des amerikanischen Soziologen Erwin Goffmann bezeichnet der Begriff Stigma ein Merkmal, das den Betroffenen von anderen unterscheidet, ihn herabwürdigt und ausgrenzt (Goffman 1967).

Hohmeier sieht das Stigma als „...Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden (Brusten und Hohmeier 1975)...“.

Während Stigmata wie Vorurteile auf der Einstellungsebene wirken, ist die Stigmatisierung auf die Verhaltensebene bezogen und kann dabei als Prozess verstanden werden, bei der die stigmatisierte Person aufgrund bestimmter Attribute und Eigenschaften von anderen als negativ wahrgenommen wird. Im Rahmen der Zuschreibung des Betroffenen zu einem negativen Stereotyp wird dieser von der Gesellschaft abgelehnt oder gemieden.

Den Stereotypen werden weitere negative Merkmale wie z.B. Unheilbarkeit, Gefährlichkeit oder Eigenverantwortung zugeschrieben. Diese haben mit dem ursprünglichen Merkmal wenig zu tun. Bei diesem „Prozess der Stigmatisierung“ kommt es zu Diskriminierung, welche den Betroffenen die Eingliederung und Integration in das gesellschaftliche Leben erschwert (Link et al. 2001).

Die Stigmatisierung ist dabei auch gegen Angehörige und Freunde sowie psychiatrische Einrichtungen und Angestellte solcher Einrichtungen gerichtet.

Folglich kann die Stigmatisierung die Situation für betroffene Patienten, die ohnehin schon durch die Erkrankung beeinträchtigt sind, deutlich erschweren. Es kommt zu einer Doppelbelastung, bei der der Patient sowohl die Belastung der Erkrankung als auch die des anlastenden Stigmas zu ertragen hat.

So schreibt Finzen als Vertreter der Sozialpsychiatrie: *„Die sozialen Folgen der Stigmatisierung müssen als zweite Krankheit verstanden werden, die Folgen der Schuldzuweisung und die unmittelbaren Stigmatisierungsfolgen für die Angehörigen gleichsam als Dritte (Finzen 2001)“*.

Demnach bestehen neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung negative psychosoziale Konsequenzen, die nicht nur als unmittelbare Folge der Erkrankung selbst, sondern vielmehr als Ergebnis gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse angesehen werden können.

Formen der Stigmatisierung / Diskriminierung

Bei der Stigmatisierung muss eine differenzierte Betrachtung einerseits der öffentlichen Stigmatisierung durch Vorurteile, Diskriminierung und Ablehnung, andererseits der strukturellen Diskriminierung sowie der Selbststigmatisierung erfolgen (Corrigan 2004).

In der *öffentlichen Stigmatisierung* erfolgt die Verknüpfung der betroffenen Gruppe (z.B. Menschen mit psychischen Erkrankungen) mit negativen Stereotypen wie z.B. „Menschen mit psychischen Krankheiten sind gefährlich“. Die daraus entstehenden Vorurteile können negative Emotionen hervorrufen (z.B. „Menschen mit psychischen Erkrankungen machen mir Angst“).

Letzteres kann auf der Verhaltensebene zu Reaktionen führen. Beispielhaft sei das Vermeiden von sozialen Interaktionen oder feindseliges Verhalten gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen genannt.

Die Folge dieser öffentlichen Stigmatisierung ist wie im *„Prozess der Stigmatisierung“* dargestellt nicht selten eine Diskriminierung.

Bei der *strukturellen Diskriminierung* werden die Betroffenen durch Regeln und Abläufe strukturell benachteiligt, ohne dass sich dabei einzelne Personen diskriminierend verhalten. Beispielhaft sei der Ausschluss von bestimmten Tätigkeiten nach einer psychiatrischen Behandlung benannt.

Im Falle des Soldaten mit einer Alkoholerkrankung gehört hierzu zum Beispiel der Ausschluss von bestimmten Tätigkeiten, wie das Führen von Dienstfahrzeugen oder das Tragen von Waffen.

Die *Selbststigmatisierung* ist durch einen emotionalen und kognitiven Prozess gekennzeichnet, bei dem Betroffene im Rahmen der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung eigene Vorurteile sowie ablehnende Haltungen auf sich selbst anwenden. Selbststigmatisierung nimmt seinen Anfang bereits in der Kindheit. Hier werden gesellschaftliche und kulturelle Vorurteile und Stereotypen internalisiert (Wahrnehmung).

Die Zustimmung zu diesen Vorurteilen stellt gleichzeitig den zweiten Schritt der Selbststigmatisierung dar (Zustimmung). Im Falle einer psychischen Erkrankung kommt es zum „Labeling“ mit dem Etikett des „psychisch Kranken“ und den damit verbundenen Vorurteilen. In der Phase der Anwendung wird nun geprüft, inwieweit bestimmte Stereotypen auf einen selbst zutreffen. Die Anwendung negativer Attribute wie z.B. „...Ich bin unfähig für mich selbst zu sorgen, weil ich psychisch krank bin...“ hat eine Verminderung des Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeitserwartung zur Folge (Corrigan et al. 2006).

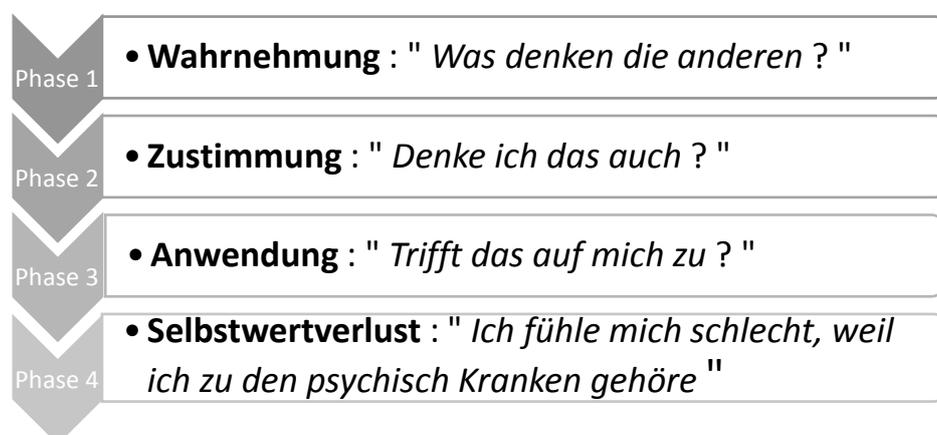


Abb. 1: Prozess der Selbststigmatisierung nach Corrigan et al. (2006)

Vergleich der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen

Zu den häufig genannten Vorurteilen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gehören unter anderem Gefährlichkeit, schlechte Behandelbarkeit / schlechte Prognose sowie die Eigenverantwortlichkeit für die Erkrankung. Hayward und Bright benennen in der Studie „Stigma and mental illness“ vier zentrale Merkmale (Hayward and Bright 2009).

1. Personen mit psychischen Erkrankungen sind gefährlich
2. Personen mit psychischen Erkrankungen sind selbst verantwortlich für ihre Erkrankung
3. Personen mit psychischen Erkrankungen sind schwer zu behandeln; die Erkrankungen verlaufen meist chronisch und haben eine schlechte Prognose
4. Personen mit psychischen Erkrankungen gefährden soziale Interaktionen

Nach Schomerus et al. (2011) gehört die Alkoholabhängigkeit zu den am stärksten stigmatisierten Erkrankungen. Verglichen mit anderen psychischen Erkrankungen rufen Alkoholerkrankte eine größere Ablehnung sowie negative Emotionen hervor. So besteht bei 78 % das Bedürfnis nach sozialer Distanz. Vergleichsweise gering ist das Bedürfnis nach sozialer Distanz bei Depressionen (42%) (Schomerus et al. 2006). 86% der Personen, die an einer Alkoholerkrankung leiden, wird die Verantwortung an ihrer Situation zugesprochen. Dagegen wird lediglich 18% der an einer Depression erkrankten und 8 % der an einer Schizophrenie erkrankten eine Schuld an der Erkrankung zugeschrieben (Schomerus et al. 2011b).

Auch die Akzeptanz der Alkoholerkrankung (49%) als psychische Erkrankung ist im Vergleich zur Depression (68%) und Schizophrenie (88%) gering ausgeprägt (Link et al. 1999). In einer britischen Studie hielten 65 % der Befragten Menschen, die an einer Alkoholerkrankung leiden, für gefährlich (Crisp et al. 2005). Alkoholerkrankte Menschen, werden also mit besonders starken Vorurteilen konfrontiert.

Folgen der Stigmatisierung

Die Entscheidung einer Person Hilfe aufgrund einer psychischen Erkrankung aufzusuchen geht häufig mit der Konfrontation negativer Stereotype und Vorurteile einher. Betroffene versuchen in Erwartung einer Diskriminierung und Benachteiligung dieser Etikettierung entgegenzuwirken.

Es kommen Strategien wie Verheimlichung oder Rückzugsverhalten zum Einsatz. Als Folgewirkung kann dieses Verhalten zu einem Verlust sozialer Beziehungen sowie der Verminderung des Selbstwertgefühls führen. Durch den Verzicht auf die Behandlung versuchen Betroffene somit einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Ähnliches zeigt sich auch in der Aufrechterhaltung ambulanter Behandlungen. So kann ein vorzeitiger Abbruch der Psychotherapie das Resultat des Versuchs darstellen, eine negative Etikettierung zu verhindern oder zu beenden. Vor diesem Hintergrund lässt der Prozess der Stigmatisierung negative Auswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Therapien, der Therapiewirksamkeit aber auch für die Prognose der Erkrankung erwarten.

Die meisten Studien untersuchen das Inanspruchnahmeverhalten von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden im Zusammenhang mit der Befürchtung öffentlicher Diskriminierung. Diese stellt eine relevante Barriere für die Inanspruchnahme medizinischer und psychiatrischer Versorgungsangebote dar (Clement et al. 2015). Es konnte zudem gezeigt werden, dass Personen, die an einer Alkoholkrankung leiden, die Inanspruchnahme medizinischer Hilfeleistungen und Therapieangebote vermeiden. Sie befürchten eine Assoziation mit dem negativen Stereotyp des „Alkoholikers“. Dadurch könnten Betroffene einen Statusverlust aber auch Diskriminierungserscheinungen ausgesetzt werden (Corrigan 2004; Schomerus und Angermeyer 2008).

Neben der Erwartung von Stigmatisierung durch die Gesellschaft stellt auch die strukturelle Diskriminierung, zum Beispiel durch lange Wartezeiten oder Mangel an Therapieplätzen (Kluge et al. 2007), eine Barriere für die Inanspruchnahme dar.

Nicht zuletzt kann auch die Selbststigmatisierung zu einer Barriere für die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfeleistung werden (Cheang und Davis 2014; Vogel et al. 2006).

Selbststigmatisierung führt zu einer Reduktion der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls (Corrigan et al. 2006). Eine verminderte Selbstwirksamkeit geht häufig mit einer Verminderung sozialer Interaktionen einher (Perlick et al. 2001). Letzteres kann eine Integration ins soziale Umfeld wie zum Beispiel den Arbeitsplatz erschweren. Gleichzeitig wirkt sich die durch die Selbststigmatisierung verursachte Selbstwertproblematik erschwerend auf den Therapieverlauf aus und unterscheidet sich von Selbstwertproblematiken, die im Rahmen z.B. eines depressiven Syndroms oder anderer affektiver Störungen auftreten. Sie ist somit ein zusätzlicher Faktor, der die Prognose einer Erkrankung verschlechtern kann. Letztlich kann ein geringes Selbstwertgefühl den Glauben an einen Therapieerfolg derartig beeinflussen, dass die Entscheidung zur Aufnahme einer Behandlung negativ ausfällt.

In Hinblick auf subjektive Barrieren zur Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungsangeboten wirken also öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung parallel. Während die öffentliche Stigmatisierung als gesellschaftliche und kulturelle Erscheinungen hingenommen werden müssen bietet das Konzept der Selbststigmatisierung auch therapeutische Ansatzpunkte.

Gelingt es im Prozess der Selbststigmatisierung die Identifizierung betroffener Personen mit negativen Attributen zu reduzieren z.B. „...Ich leide an einer Alkoholerkrankung, aber ich bin stark genug den Konsum einzustellen...“, könnte dies mit einer Steigerung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit einhergehen.

Stigmatisierung in den Streitkräften

Die Mehrheit der Studien bezieht sich auf den zivilen Sektor. Dabei sind besonders in den Streitkräften Untersuchungen zum Einfluss von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen von Interesse. Zahlreiche Untersuchungen an Soldaten zeigen eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen.

Eine beispielhafte Studie an Soldaten der „UK armed forces“ zeigt eine Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen und anderer psychischer Erkrankungen wie Angst und Depression von 4,7 % bzw. 27,2%. Mit 18% gehörte der Alkoholmissbrauch in dieser Untersuchung zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Iversen et al. 2009).

Ähnliche Raten finden sich auch bei Untersuchungen der kanadischen sowie US-amerikanischen Streitkräfte. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Soldaten der Bundeswehr mit Einsatzerfahrungen sind vergleichbar gering.

So liegt die Prävalenz posttraumatischer Störungen bei 2,8 %, affektiver Störungen bei 4,4 % und Angststörungen bei 12,1 %. Alkoholassoziierte Erkrankungen haben eine Prävalenz von 3,4 %. Somit liegt die Prävalenz der Alkoholerkrankung in der Allgemeinbevölkerung mit 7,6% deutlich über der Prävalenz der Bundeswehrsoldaten mit Einsatzerfahrungen (Trautmann et al. 2016a).

Weiterführende Untersuchungen an Bundeswehrsoldaten zeigen jedoch alarmierende Behandlungsquoten. Ein Großteil der betroffenen Soldaten sucht demnach keine Hilfe auf. So nehmen nur 10,3 % der Soldaten mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung eine Behandlung auf (Wittchen 2013). Die Behandlungsquoten der Soldaten liegen somit unterhalb der Behandlungsquoten der Allgemeinbevölkerung. Das Bild niedriger Behandlungsquoten zeigt sich auch bei anderen Streitkräften (Hoge et al. 2004; Iversen et al. 2011).

Zahlreiche Studien zum Inanspruchnahmeverhalten beim Militär haben verschiedene Barrieren identifiziert. Neben praktischen und logistischen Barrieren (Iversen et al. 2011; Brown et al. 2011), negativen Meinungen über psychiatrische Behandlungen (Kim et al. 2011) und dem fehlenden Erkennen der Notwendigkeit von Behandlung (Britt et al. 2012) wird auch die Stigmatisierung als eine Barriere diskutiert. Demnach sind Soldaten besonders starken Stigmatisierungsprozessen ausgesetzt (Britt et al. 2015; Ben-Zeev et al. 2012). Im Vordergrund steht dabei die Befürchtung, dass ein Bekanntwerden der Erkrankung negative Auswirkungen auf den weiteren Karriereverlauf aber auch auf das Ansehen gegenüber den Kameraden haben könnte. Dies rückt die Untersuchung subjektiver Barrieren in den Vordergrund.

Herleitung einer Aufgabenstellung

Stigmatisierung spielt in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten von Behandlungsangeboten eine wichtige Rolle. Die meisten Studien beziehen sich dabei auf den Einfluss öffentlicher Stigmatisierung.

Studien die den negativen Einfluss von Selbststigmatisierung in den Streitkräften untersuchen sind rar (Blais und Renshaw 2013). Zudem finden sich keine Studien zum Thema des Einflusses von Stigmatisierung bei den deutschen Streitkräften.

Im Vergleich zu psychischen Erkrankungen insgesamt gibt es deutlich weniger Studien, welche die negativen Folgen der Selbststigmatisierung auf den Verlauf und die Behandlung von Suchterkrankungen, insbesondere in den Streitkräften, untersuchen. Während die öffentliche und die strukturelle Diskriminierung als „von außen“ gegeben kaum einen therapeutischen Angriffspunkt bietet, lässt die Selbststigmatisierung mit der einhergehenden Verminderung der Selbstwirksamkeitserwartung einen möglichen therapeutischen Ansatz zu.

Im Rahmen einer Studie zur Selbststigmatisierung bei Patienten, die an einer Alkoholerkrankung leiden, konnte bereits gezeigt werden, dass das Ausmaß der Selbststigmatisierung negativ mit der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Abstinenzsicherheit korreliert (Schomerus et al. 2011a). Darüber hinaus ist offenbar die Rückfallrate bei höherer Selbstwirksamkeit niedriger (Ilgen et al. 2005; Moos und Moos 2006); dies vor allem nach stationärer Kurzzeittherapie (Zingg et al. 2009). Somit rückt die Untersuchung des Einflusses von Selbststigmatisierung auf die alkoholspezifische Selbstwirksamkeit als wichtiger Prädiktor für den späteren Alkoholkonsum in den Vordergrund. Hinzu kommt, dass Soldaten aufgrund der stabilisierenden militärischen Strukturen möglicherweise eine höhere Abstinenzsicherheit haben.

Die hier vorliegende Studie soll im ersten Schritt Unterschiede im Prozess der Selbststigmatisierung zwischen einer militärischen und einer zivilen Stichprobe herausarbeiten, um daraus militärspezifische Besonderheiten im Stigmatisierungsprozess abzuleiten.

Im zweiten Schritt dieser Untersuchung soll geprüft werden, ob sich der Einfluss der Selbststigmatisierung auf die Abstinenzzuversicht auch in einer militärischen Stichprobe darstellen lässt. Zudem soll geprüft werden, ob Soldaten eine höhere Abstinenzzuversicht haben.

Da sich die zivile und militärische Stichprobe hinsichtlich der soziodemographischen Daten sowie der Symptomschwere unterscheiden, wird bei der Untersuchung des Einflusses der Gruppenzugehörigkeit auf die Selbststigmatisierung bzw. der Selbststigmatisierung auf die Abstinenzzuversicht zudem der Einfluss der Symptomschwere, der Trinkdauer, der aktuellen psychischen Beschwerden sowie des Alters kontrolliert.

Ziel der Studie ist es:

1. Aufzeigen der Unterschiede der Selbststigmatisierung zwischen einer militärischen und zivilen Stichprobe
2. Untersuchung des Einflusses der Selbststigmatisierung auf die Abstinenzzuversicht unter Einbeziehung der militärischen Stichprobe
3. Kontrolle weiterer Einflussgrößen wie die Trinkdauer, Symptomschwere, psychische Symptomatik und das Alter

Hypothesen

1. Die Selbststigmatisierung in einer militärischen Stichprobe ist im Vergleich zu einer zivilen Stichprobe stärker ausgeprägt.
2. Die Selbststigmatisierung hat einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht.

Nebenhypothese

- 1.) Soldaten haben eine höhere Abstinenzzuversicht als die zivile Gruppe.
- 2.) Trinkdauer, psychische Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit sowie das Alter haben einen Einfluss auf die Selbststigmatisierung.
- 3.) Trinkdauer, psychische Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit sowie Alter haben einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht.

Methodik

Stichprobe und Untersuchungsdurchführung

Nach schriftlichem informed consent wurden alle männlichen Soldaten im Alter von 18-65 Jahren, die im Zeitraum 2012 bis 2013 im Bundeswehrkrankenhaus Berlin wegen einer Alkoholabhängigkeit zur Durchführung eines Qualifizierten Entzugs (QE) stationär aufgenommen wurden, auf freiwilliger Basis in die Untersuchung eingeschlossen. Die Zuweisung erfolgte über die behandelnden Truppenärzte, der Fachambulanz Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Die Diagnostik erfolgte im fachärztlichen Interview nach ICD-10 und wurde durch die Studienärzte vor Einschluss in die Studie verifiziert.

Im Rahmen des zivil-militärischen Gruppenvergleichs wurde eine zivile Stichprobe aus dem Universitätsklinikum Greifswald herangezogen.

Die Rekrutierung dieser Stichprobe erfolgte aus Teilnehmern einer zwei Wochen andauernden qualifizierten Entgiftung, die sich in der Klinik für Suchtmedizin der Hansestadt Stralsund im Zeitraum von 2009 bis 2010 vorstellten.

Insgesamt wurden $N = 55$ Soldaten und $N = 173$ nichtmilitärische Teilnehmer in die Studie eingeschlossen. Bei allen Teilnehmern wurden die Selbststigmatisierung, Abstinenzzuversicht, Schwere der Alkoholabhängigkeit und aktuelle psychische Beschwerden gemessen. Dafür füllten die Teilnehmer nachfolgend beschriebene Fragebögen aus.

Ein- und Ausschlusskriterien

Sowohl für die militärischen Probanden des Bundeswehrkrankenhauses Berlin als auch für die zivile Vergleichsgruppe des Universitätsklinikums Greifswald wurden unten beschriebene Ein – und Ausschlusskriterien angewendet.

Da im Untersuchungszeitraum der militärischen Gruppe ausschließlich männliche Patienten an einer Entwöhnungsbehandlung teilnahmen, konnten hier nur männliche Probanden eingeschlossen werden. Daher wurden für den Gruppenvergleich nur männliche Probanden eingeschlossen.

Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden männliche volljährige Probanden mit einem Lebensalter unter 65 Jahren. Die Probanden mussten dazu in der Lage sein, Fragen zu beantworten und Fragebögen bzw. Skalen richtig auszufüllen.

Ausschlusskriterien

Diagnostische Ausschlusskriterien waren akute Entzugssyndrome, manische Störungen sowie schizophrene und wahnhaftige Störungen. Ebenfalls waren bestehende Eigen- oder Fremdgefährdung Ausschlusskriterien.

Messinstrumente

Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)

Die Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J. 2001) ist eine Selbstbeurteilungsskala und dient der Bestimmung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. Sie umfasst 28 Items, die in 7 Subskalen und einen Gesamtscore eingeteilt werden. Hierdurch können Aussagen zum Ausprägungsgrad unten genannter Kernsymptome getroffen werden.

Fünf weitere Items dienen der Erfassung des Wiederauftretens des Syndroms nach Abstinenz. Die Auswertung erfolgt schließlich auf Subskalenebene sowie durch Ermittlung des Gesamtscores. Die Inneren Konsistenzen der Skalen betragen $\alpha = .71$ bis $\alpha = .95$. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 5 – 10 Minuten. Für den Gruppenvergleich wurde der Gesamtscore herangezogen.

Subskala	Items
Einengung des Trinkverhaltens	z.B. schwierig die Gedanken an Alkohol loszuwerden
Körperliche Entzugssymptome	z.B. morgens Körperzittern, morgens Händezittern, verschwitz aufstehen
Vermeidung von Entzugssymptomen	z.B. trinken um Zittern loszuwerden, ich brauchte morgens Alkohol um in Gang zu kommen
Verlangen	z.B. Drang Alkohol zu trinken war sehr stark, Alkohol zog mich wie magisch an
Toleranzsteigerung	z.B. vertrug immer mehr Alkohol, trank zuletzt mehr für die gleiche Wirkung
Extreme Toleranzsteigerung	z.B. vertrug die zehnfache Trinkmenge im Vergleich zu früher
Toleranzumkehr	z.B. erst mehr Alkohol vertragen und dann weniger, trank weniger Alkohol für gleich Wirkung

Abb.2: Subskalen der Skala zur Erfassung der Alkoholabhängigkeit

Stigmatisierung (SSAD)

Die Skala „*Self-stigma of Alcohol Dependence*“ (SSAD, Schomerus et al. 2011a) ist eine Adaptation der „*Self-Stigma of Mental Illness Scale*“ (SSMI, Corrigan et al. 2006). Wie die *Self-Stigma of Mental Illness Scale* gliedert sich auch die „*Self-stigma of Alcohol Dependence Scale*“ in vier Abschnitte und erfragt dabei die vier Ebenen der Selbststigmatisierung. Dazu gehören die Ebene der „Wahrnehmung“, „Zustimmung“, „Anwendung“ und „Selbstwertverlust“. Während sich die SSMI Skala auf Stigmata von Menschen mit seelischen Erkrankungen im Allgemeinen bezieht, werden bei der SSAD Skala Stigmata von Menschen, die an einer Alkoholerkrankung leiden, verwendet.

Es werden nacheinander jeweils in 10 Fragen in vier Subskalen der Stigmatisierung erhoben. Im ersten Abschnitt wird nach negativen Stereotypen von psychisch Erkrankten durch andere gefragt, deren sich der Proband bewusst ist (Wahrnehmung).

Der folgende Abschnitt erfasst inwieweit der Proband diesen negativen Stereotypen zustimmt (Zustimmung). Der dritte Abschnitt misst, welche dieser negativen Stereotypen auf ihn zutreffen (Anwendung).

Im letzten Abschnitt wird schließlich erfragt, wie sehr die Selbstachtung unter der Anwendung der negativen Stereotype auf das Selbst des Probanden leidet (Selbstwertverlust). Die Inneren Konsistenzen der Skalen betragen $\alpha = .87$ bis $\alpha = .93$.

In der folgenden Tabelle sollen die Unterschiede der Subskalen verdeutlicht werden.

Subskala	Items
Wahrnehmung	„Ich denke die Öffentlichkeit glaubt...“
Zustimmung	„Ich denke...“
Anwendung	„Weil ich ein Alkoholproblem habe...“
Selbstwertverlust	„Ich achte mich im Moment weniger, weil ich...“

Abb. 3: Subskalen der Skala „*Self-stigma of Alcohol Dependence*“ (SSAD)

Aktuelle psychische Befindlichkeit (BSI-18)

Das Brief Symptom Inventory -18 (Derogatis 1993, 2001; Deutsche Übersetzung. Franke 2000) basiert auf dem Brief Symptom Inventory - 53, welches selbst als Kurzform aus der Symptomcheckliste (SCL-90-R) entwickelt wurde. Es dient der Erfassung aktueller psychischer Belastungen insbesondere der letzten 7 Tage. Es werden jeweils 6 Items in drei Subskalen eingeteilt, welche die Themenkomplexe Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung abbilden. Die anschließende Tabelle soll dies beispielhaft verdeutlichen. Die vollständigen Items können dem Anhang entnommen werden. Neben den Subskalen kann ein Gesamtscore gebildet werden. Die Inneren Konsistenzen der Skalen betragen $\alpha = .63$ bis $\alpha = .92$.

Subskala	Items
	„Wie sehr litten sie an den Vergangenen 7 Tagen unter...“
Depressivität	z.B. Gefühl wertlos zu sein, Schwermut, Einsamkeitsgefühlen
Ängstlichkeit	z.B. Nervosität oder innerem Zittern, Schreck- oder Panikanfälle
Somatisierung	z.B. Herz- und Brustschmerzen, Schwierigkeiten beim atmen

Abb. 4: Subskalen des Brief Symptom Inventory – 18 (BSI-18)

Abstinenzzuversicht (KAZ)

Der Kurzfragebogen zur Abstinenzübersicht (KAZ; Körkel und Schindler 1996) dient der Erfassung der Zuversicht einer Person, die an einer Alkoholerkrankung leidet, eine Risikosituation abstinent bewältigen zu können. Sie umfasst 35 Items, die in 4 Subskalen und eine Gesamtskala eingeteilt werden. Die Selbsteinschätzung erfolgt in einer 6 stufigen Skala. Die vier Subskalen werden in die Themenbereiche „unangenehme Gefühle“, „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“, „sozialer Druck“ und „Angenehme Gefühle“ eingeteilt. Bei der Auswertung kann ein Zuversichtsprofil in Bezug auf die vier Subskalen erstellt werden. Zudem besteht die Möglichkeit der Auswertung einer Gesamtskala. Die inneren Konsistenzen der Skalen betragen $\alpha = .95$ bis $\alpha = .97$. Folgende Übersicht soll anhand beispielhafter Items die Unterschiede der einzelnen Subskalen verdeutlichen.

Subskala	Items
	„Ich bin zuversichtlich dem Trinken widerstehen zu können...“
Unangenehme Gefühle	z.B. wenn ich mich von Freunden abgelehnt fühle
Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten	z.B. wenn mir alles gut gelingt
Sozialer Druck	z.B. wenn ich Probleme am Arbeitsplatz habe
Angenehme Gefühle	z.B. wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle

Abb. 5: Subskalen des Kurzfragebogens zur Abstinenzzuversicht (KAZ - 35)

Statistik

Zur Prüfung, ob sich die zivile und militärische Stichprobe in den soziodemographischen und klinischen Variablen unterscheiden, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Der gleiche Test wurde für den Gruppenvergleich der Stigmatisierung und Abstinenzzuversicht angewandt. Die Alpha-Fehler-Adjustierung erfolgte mittels Bonferroni-Holm-Prozedur.

Primäre Zielvariablen für die Fragestellungen waren die Subskalen der Selbststigmatisierung (SSAD) sowie der Fragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ).

Da sich beide Gruppen in vielen Variablen unterscheiden, wurde untersucht, ob die Gruppenzugehörigkeit (zivil / militärisch) tatsächlich einen direkten Einfluss auf die Subskalen des SSAD hat. In einer schrittweisen linearen Regressionsanalyse für die Subskalen des SSAD wurden daher die Einflussfaktoren Gruppenzugehörigkeit, die Schwere der Alkoholabhängigkeit (Gesamtwert SESA), die aktuellen psychischen Beschwerden (Gesamtwert BSI), die Trinkdauer und das Alter untersucht.

Zur Prüfung Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht (KAZ) wurden in einer schrittweisen Regressionsanalyse der Einfluss der Subskalen im SSAD, die Gruppenzugehörigkeit, die Schwere der Alkoholabhängigkeit (Gesamtwert SESA), die aktuellen psychischen Beschwerden (Gesamtwert BSI), die Trinkdauer und das Alter untersucht.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Stichprobenbeschreibung der militärischen Stichprobe

Die Stichprobe der Soldaten umfasst Probanden aller Dienstgradgruppen. Mit 34,5 % stellt die Gruppe der Unteroffiziere mit Portepee (Feldwebel) den größten Anteil dar. 29,1% werden von Mannschaftsdienstgraden gebildet. Lediglich 18,2 % der Teilnehmer waren Offiziere. Die kleinste Gruppe bildeten die Unteroffiziere ohne Portepee mit 16,4%.

Die Studienteilnehmer der militärischen Stichprobe waren im Durchschnitt 32,6 Jahre (SD = 10,9) alt. Der jüngste Teilnehmer war 20 Jahre alt, während der älteste Teilnehmer 56 Jahre alt war. Der Median lag bei 28 Jahren.

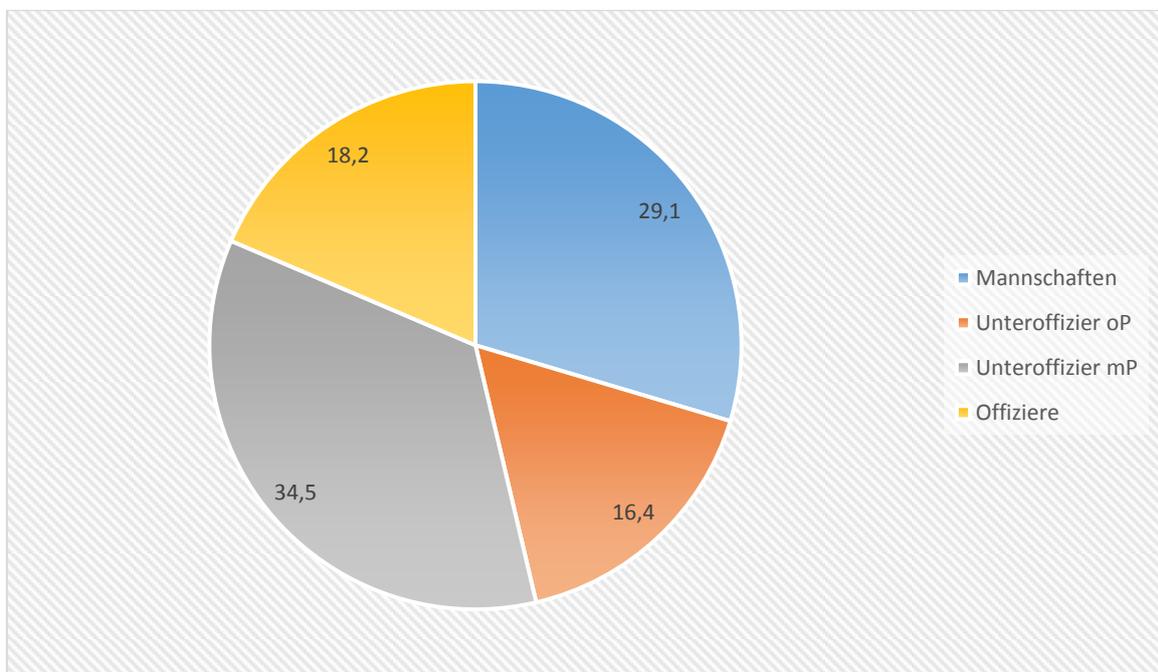


Abb. 6: Aufteilung der Dienstgradgruppen

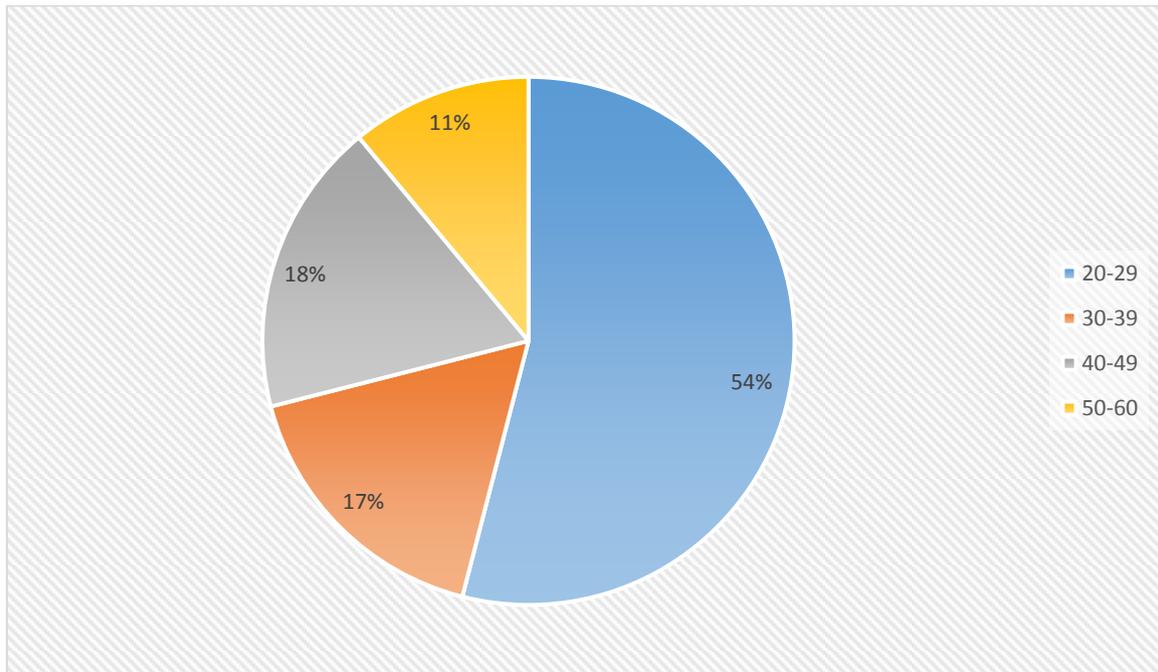


Abb. 7: Verteilung der Altersgruppen in der militärischen Stichprobe

Am qualifizierten Entzug im Bundeswehrkrankenhaus Berlin nehmen sowohl Soldaten mit Alkoholabhängigkeits- (F10.2) sowie Alkoholmissbrauchsdiagnose (F10.1) teil. In der untersuchten Stichprobe wurde eine Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose bei 50,9 % der teilnehmenden Probanden diagnostiziert. Bei 49,1 % wurde Alkoholmissbrauch als Hauptdiagnose vergeben.

29,1 % der Soldaten gaben an bisher noch keine stationäre Entgiftung durchgeführt zu haben. 47,3 % der Probanden haben bereits eine stationäre Entgiftung vor dem aktuellen Aufenthalt absolviert. 14,5 % haben bereits an drei vorausgehenden stationären Entgiftungen teilgenommen. 9 % der Probanden waren bereits mehr als drei Mal in einer stationären Entgiftung.

Die Befragung nach der Selbsteinschätzung zur Dauer des bestehenden Alkoholproblems ergab eine durchschnittliche Dauer von 6 Jahren. Der Median lag bei 4 Jahren Dauer des Alkoholproblems.

60% der eingeschlossenen Soldaten waren ledig. 33 % der Soldaten waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft während 7 % geschieden angaben. Insgesamt gaben 56 % der Teilnehmer an in einer Partnerschaft zu leben, während 40 % der Probanden alleinstehend waren.

Eine Übersicht der Schulabschlüsse zeigt bei einer Mehrheit (60%) der Probanden einen Abschluss der 10. Klasse (mittlere Reife). 27 % der teilnehmenden Soldaten hatten Abitur, 13 % einen Hauptschulabschluss.

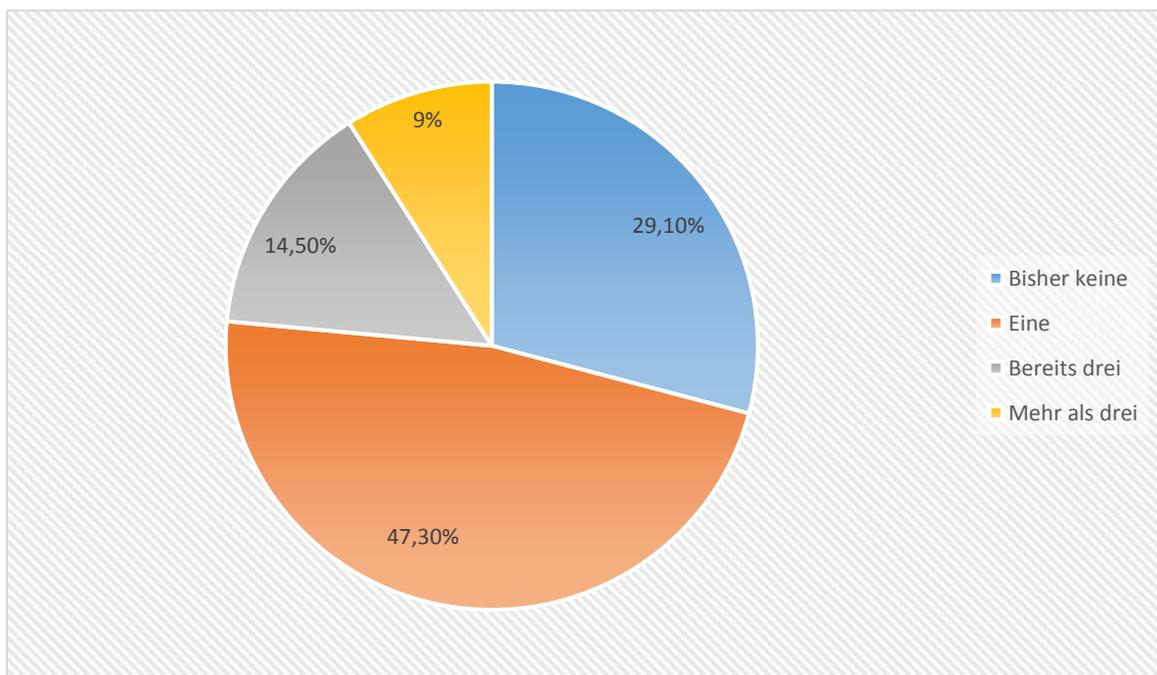


Abb. 8: Anzahl stationärer Entgiftungen in der militärischen Stichprobe

Stichprobenbeschreibung der zivilen Stichprobe

Für den Gruppenvergleich wurden alle männlichen Probanden im von 18-65 Jahren berücksichtigt. Insgesamt konnten $N = 173$ Studienteilnehmer für den Gruppenvergleich eingeschlossen werden. Sie waren im Durchschnitt 46,1 (SD = 8,9) Jahre alt.

Die durchschnittliche Trinkdauer betrug 13,6 Jahre (SD = 9,1). 9 % der zivilen Probanden gaben an bisher noch keine stationäre Entgiftung durchgeführt zu haben. 22 % der Probanden hatten bereits eine stationäre Entgiftung absolviert. 14,5 % haben bereits an drei vorausgehenden stationären Entgiftungen teilgenommen. 49 % der Probanden waren bereits mehr als drei mal in einer stationären Entgiftung. Lediglich 20 % der Probanden gaben an in einem Berufsverhältnis zu stehen, während 58,2 % der Befragten angaben arbeitslos gemeldet zu sein.

Soziodemographische Unterschiede zwischen militärischer und ziviler Stichprobe

Trotz der Verwendung gleicher Ein- und Ausschlusskriterien werden bei der vergleichenden Betrachtung beider Stichproben Unterschiede sichtbar. Diese sollen anhand der Beispiele Alter, Trinkdauer, Anzahl der Entgiftungen und Berufsstand in nachfolgenden Übersichten verdeutlicht werden.

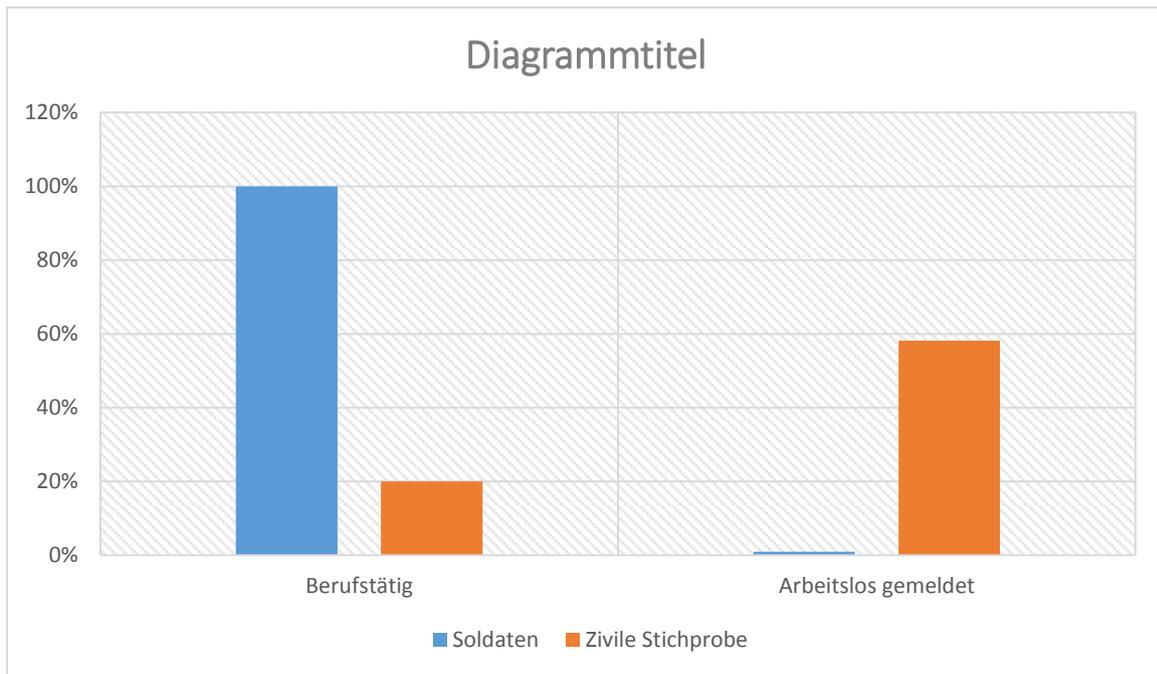


Abb. 9: Vergleich Berufstand von militärischer und ziviler Vergleichsgruppe

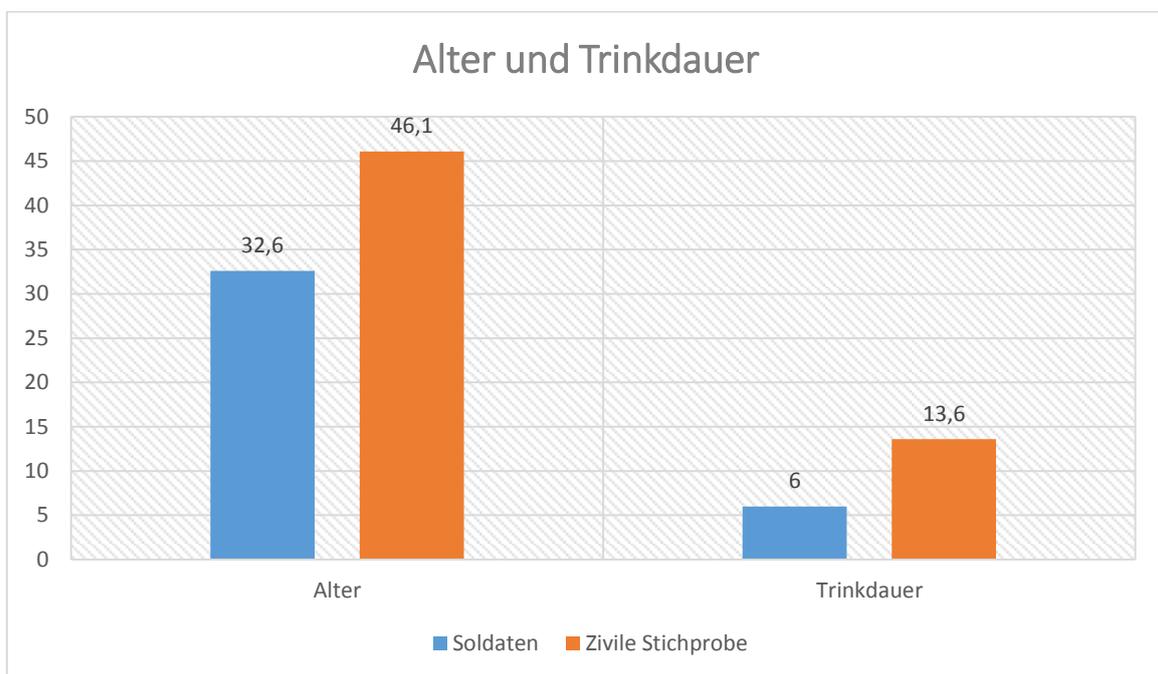


Abb. 10: Vergleich Alter und durchschnittliche Trinkdauer von militärischer und ziviler Vergleichsgruppe

Der Mittelwert des Alters liegt bei den Soldaten mit 32,9 (SD = 10,9) unter dem Mittelwert der zivilen Gruppe. Dieser liegt bei 46,1 (SD = 8,9). Auch die durchschnittliche Trinkdauer bei den Soldaten liegt unter der zivilen Vergleichsgruppe. Bei Anwendung des t-test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der Mittelwertunterschiede findet sich ein signifikanter Unterschied des Alters sowie der Trinkdauer.

	Zivil			Soldaten			t	df	Sig.
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD			
Alter	173	46.07	8.90	54	32.87	10.94	-8.25	76.2	<.001*
Trinkdauer	102	13.67	9.09	52	6.04	5.65	-6.40	146.1	<.001*
*p < .01 mit Bonferroni-Holm-Prozedur									

Tab.1: t-test für unabhängige Stichproben Mittelwertunterschiede der Soziodemographischen Variablen zwischen ziviler und militärischer Stichprobe (Kahn et al. 2017)

Passend hierzu ist eine deutlich höhere Anzahl an stationären Entgiftungen bei der zivilen Stichprobe erkennbar.

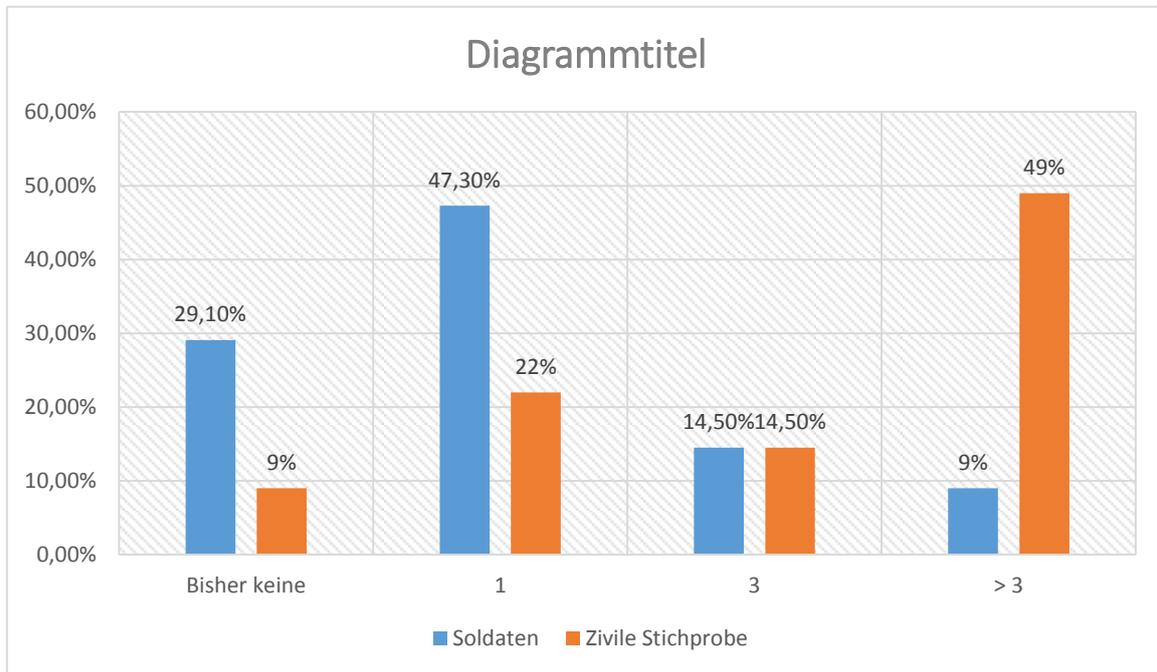


Abb. 10: Vergleich Anzahl stationärer Entgiftungen von militärischer und ziviler Vergleichsgruppe

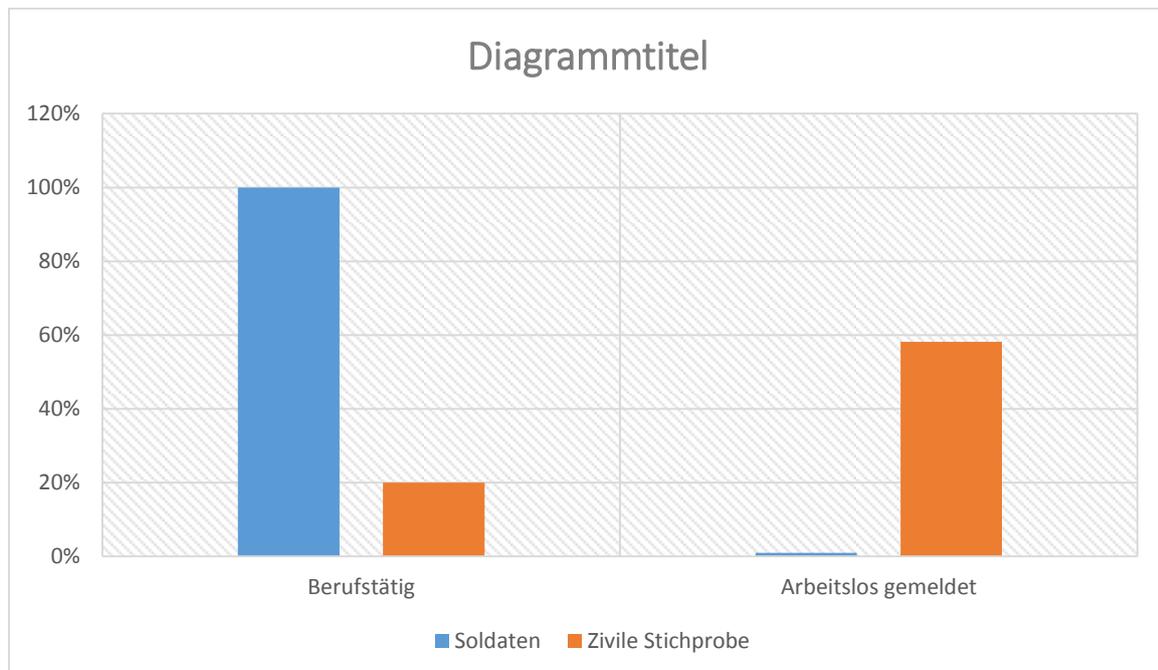


Abb. 11: Vergleich Berufstand von militärischer und ziviler Vergleichsgruppe

Vergleich Symptomschwere

Die militärische und zivile Gruppe unterscheiden sich in den klinischen Skalen SESA und BSI-18: Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit (SESA) ist in der zivilen Stichprobe signifikant stärker ausgeprägt. Die allgemeine psychische Befindlichkeit (GSI des BSI-18) ist in der zivilen Stichprobe signifikant schlechter (siehe Tabelle 2).

	Zivil			Soldaten			t	df	Sig.
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD			
SESA (Schw.)	111	51,46	19,98	55	35,57	19,33	-4,87	164	<.001
BSI-18	112	18,47	14,71	55	9,56	11,18	-4,35	136,8	<.001
*p < .01 mit Bonferroni-Holm-Prozedur									

Tab.2: t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung auf Mittelwertunterschiede der klinischen Variablen zwischen ziviler und militärischer Stichprobe (Kahn et al. 2017)

Vergleich der Skala zur Selbststigmatisierung

Der Mittelwert der Skala Wahrnehmung des SSAD [$t(171) = 3,83, p < .01$] ist in der militärischen Gruppe signifikant größer als in der zivilen Gruppe. Dagegen sind die Mittelwerte in den Skalen Zustimmung [$t(170) = -3,20, p < .01$], Anwendung [$t(165) = -2,77, p < .01$] und Selbstwertverlust [$t(132,94) = -3,09, p < .01$] bei der militärischen Stichprobe signifikant kleiner.

	Zivil			Soldaten			t	df	Sig.
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD			
Wahrnehmung	118	45,75	14.46	55	54,78	14.41	3,83	171	<.001*
Zustimmung	117	39,78	12.41	55	33,81	8.87	-3,20	170	.002*
Anwendung	113	30,88	9.26	54	26,80	8.20	-2,77	165	.006*
Selbstwertverl.	111	28,74	9.24	54	24,70	7.09	-3,09	132,9	.002*
*p < .01 mit Bonferroni-Holm-Prozedur									

Tab.3: t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung auf Mittelwertunterschiede im SSAD zwischen ziviler und militärischer Stichprobe (Kahn et al. 2017)

Vergleich der Abstinenzzuversicht

Der Mittelwert der Abstinenzzuversicht des KAZ [$t(138,9) = 2,89, p < .01$] ist in der militärischen Gruppe signifikant größer als in der zivilen Gruppe.

	Zivil			Soldaten			t	df	Sig.
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD			
KAZ - Gesamt	111	69,07	24,51	55	78,86	18,29	2,89	138,9	.005*
*p < .01 mit Bonferroni-Holm-Prozedur									

Tab.4: t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung auf Mittelwertunterschiede der Abstinenzzuversicht zwischen ziviler und militärischer Stichprobe (Kahn et al. 2017)

Einflussfaktoren auf die Selbststigmatisierung

Da sich beide Gruppen in vielen Variablen unterscheiden, wurde untersucht, ob die Unterschiede in der Selbststigmatisierung tatsächlich auf einen Einfluss der Gruppenzugehörigkeit (zivil / militärisch) zurückzuführen ist.

In der schrittweisen linearen Regressionsanalyse für die Subskalen des SSAD findet sich ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit und des Alters auf die Skala Wahrnehmung [$F(2, 150) = 11.43, p < .01, R^2_{\text{korr}} = .12$]. Auf Zustimmung hat die Gruppe [$F(1, 151) = 8.09, p < .01, R^2_{\text{korr}} = .05$] einen signifikanten Einfluss, auf Anwendung gibt es einen signifikanten Einfluss der aktuellen psychischen Beschwerden (BSI-18 Gesamt) [$F(1, 148) = 39.41, p < .01, R^2_{\text{korr}} = .21$], und auf die Subskala Selbstwertverlust findet sich ebenfalls ein signifikanter Einfluss der aktuellen psychischen Beschwerden (BSI-18 Gesamt) [$F(1, 147) = 54.32, p < .01, R^2_{\text{korr}} = .25$]. Zur besseren Übersicht, welche Variablen betrachtet wurden, wird die lineare Regressionsanalyse abgebildet.

	SSAD Subskalen							
	Wahrnehmung		Zustimmung		Anwendung		Selbstwertverlust	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Gruppe	,266	,007	-,437	,000	,035	,677	-,092	,135
Akt. psych. Beschw.	-,025	,764	,064	,405	,375	,000	,181	,001
Trinkdauer	,159	,082	-,040	,631	,128	,087	-,032	,555
SESA	,067	,427	-,019	,808	,099	,158	-,050	,329
Alter	-,252	,012	-,063	,492	-,103	,212	-,075	,222
*p < .05 mit Bonferroni-Holm-Prozedur								

Tab.5: Lineare Regressionsanalyse zur Prüfung des Einflusses von Gruppe, aktuellen psychischen Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit, Alter und Trinkdauer auf die Subskalen des SSAD

Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht

In einer schrittweisen linearen Regressionsanalyse wird die Skala Abstinenzzuversicht im KAZ signifikant [$F(3, 143) = 17,8$; $p < .001$; $R^2_{\text{korr}} = .25$] durch die Skalen Selbstwertverlust (SSAD), BSI-18 Gesamt sowie der Trinkdauer beeinflusst. Ein gruppenspezifischer Effekt auf die Skala der Abstinenzzuversicht ist nicht nachweisbar. Nach einer Bonferroni-Adjustierung bleiben Selbstwertverlust und Trinkdauer mit $F(2, 147) = 25,6$ ($p < .001$; $R^2_{\text{korr}} = .25$) signifikant (Tab. 6).

$R^2_{\text{korr}} = .25$	Beta	p
Wahrnehmung	-,075	,404
Zustimmung	,084	,386
Anwendung	,105	,456
Selbstwertverlust	-,397	,003*
Gruppe	-,106	,313
BSI-18	-,195	,029
Trinkdauer	-,263	,003*
SESA	-,068	,399
Alter	,134	,168

*Bonferroni-adjustiert $p < .005$

Tab.6: Lineare Regressionsanalyse zur Prüfung des Einflusses von Selbststigmatisierung, Gruppe, aktuellen psychischen Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit, Alter und Trinkdauer auf die Abstinenzzuversicht

Diskussion

Bewertung der Ergebnisse

Ziel der Studie

Bei der Studie handelt es sich um den erstmaligen direkten Vergleich der Selbststigmatisierung zwischen einer zivilen und einer militärischen Stichprobe alkoholerkrankter Patienten in stationärer Behandlung.

Die Untersuchung hatte das Ziel, Unterschiede in der Selbststigmatisierung zwischen militärischen und zivilen Patienten mit einer diagnostizierten Alkoholerkrankungen darzustellen. In einem zweiten Schritt wurde der Einfluss der Selbststigmatisierung auf die Abstinenzzuversicht untersucht.

Zudem wurden bei beiden Untersuchungen zusätzliche Einflussgrößen wie Alter, Trinkdauer, Schwere des Alkoholkonsums sowie Symptomschwere im BSI kontrolliert.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte im t-test signifikante Unterschiede der Mittelwerte bei den Skalen der Selbststigmatisierung zwischen militärischer und ziviler Gruppe auf.

Während die Skala Wahrnehmung bei den untersuchten Soldaten größer ist als in der zivilen Vergleichsgruppe, sind die Skalen Zustimmung, Anwendung sowie Selbstwertverlust im SSAD bei der militärischen Gruppe geringer ausgeprägt (vgl. Tab 3.). In der sich anschließenden Untersuchung der Einflussfaktoren konnte nur für die Skalen Wahrnehmung und Zustimmung ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit gezeigt werden.

Somit zeigt die Untersuchung ein divergentes Ergebnis. Die Skala Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung war in der militärischen Stichprobe stärker ausgeprägt. Die Skala Zustimmung dagegen zeigte eine geringere Ausprägung. Für die übrigen Skalen konnte kein gruppenspezifischer Effekt nachgewiesen werden.

Die Mittelwertunterschiede in den Skalen Anwendung und Selbstwertverlust können daher nicht durch den Einfluss der Gruppenzugehörigkeit erklärt werden. Vielmehr zeigt sich hier ein signifikanter Einfluss der Symptomschwere im BSI.

Die Hypothese, dass Soldaten eine höhere Abstinenzzuversicht haben, als die zivile Gruppe, konnte dagegen bestätigt werden.

Allerdings kann dieser Mittelwertunterschied nicht auf die Gruppenzugehörigkeit zurückgeführt werden, da kein gruppenspezifischer Einfluss auf die Abstinenzzuversicht festgestellt werden konnte. Dagegen fand sich ein signifikanter Einfluss der Trinkdauer sowie der Skala Selbstwertverlust im SSAD, die somit offenbar den Gruppenunterschied erklären.

Dies weist darauf hin, dass die Trinkdauer sowie die Selbststigmatisierung einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht haben. Ein Einfluss der Symptomschwere im BSI oder SESA fand sich nicht.

Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Selbststigmatisierung

In der Erhebung fand sich in den Skalen Wahrnehmung und Zustimmung ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Selbststigmatisierung.

Der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Skalen „Anwendung“ und „Selbstwertverlust“ verschwand nach Einführung der aktuellen psychischen Beschwerden (BSI-18) in das Regressionsmodell. Offenbar liegt für diese Skalen kein gruppenspezifischer Effekt vor. Vielmehr scheint sowohl bei militärischen als auch zivilen Patienten die psychische Symptombelastung mit diesen Aspekten von Selbststigmatisierung in Verbindung zu stehen.

In der Skala Wahrnehmung wird nach negativen Stereotypen von alkoholkranken Menschen durch Andere gefragt, deren sich der Proband bewusst ist.

In der untersuchten Stichprobe ist der Mittelwert der Skala Wahrnehmung im SSAD in der militärischen Gruppe signifikant größer als in der zivilen Vergleichsgruppe. Zudem findet sich in der Regressionsanalyse ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit sowie des Alters.

Die Wahrnehmung negativer Stereotypen des „Alkoholikers“ ist in der militärischen Gruppe ausgeprägter als in der zivilen Vergleichsgruppe. Demnach schätzen die untersuchten Soldaten die Vorurteile der Öffentlichkeit gegenüber alkoholkranken Menschen ausgeprägter ein, als es in der zivilen Vergleichsgruppe der Fall ist. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass Soldaten aufgrund der militärischen Sozialisation und Beurteilungsstrukturen eine Alkoholkrankung stärker als persönliche Schwäche empfinden und dies auch entsprechend mehr mit Scham assoziiert ist.

Dementsprechend ist hier die Gefahr der „Geheimhaltung“ durch die Betroffenen hoch.

Einen Hinweis hierfür könnte auch eine umfangreiche Untersuchung an Bundeswehrsoldaten liefern.

So wurden im Rahmen der Studie zur „*Prävalenz, Inzidenz und Determinanten von traumatischen Ereignissen, PTBS und anderen psychischen Störungen bei Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz* (Wittchen 2013)“

621 Bundeswehrsoldaten im Rahmen einer längsschnittlichen Befragung vor und zwölf Monate nach einem Einsatz zur Versorgung, Inanspruchnahme und Behandlung bei psychischen Erkrankungen befragt.

Hier konnte gezeigt werden, dass lediglich 10,3 % der psychisch erkrankten Bundeswehrsoldaten ein Behandlungsangebot annahmen. Bei der weiterführenden Befragung zu den Barrieren gaben schließlich 73,7 % der befragten Soldaten an, mit dem „Problem“ alleine fertig werden zu wollen. 26,3 % gaben die Sorge um den Verlust von Ansehen im Kameradenkreis an. Die Sorge darüber, was andere Leute denken würden, wenn sie herausbekämen, dass man in Behandlung ist, wurde von 21,1% der Soldaten benannt. Objektive Gründe, wie Verfügbarkeit von Behandlern (5,3 %) sowie Anfahrt und Zeitplanung, gaben 15,8 % der Erkrankten an.

Auch in anderen Streitkräften wurden ähnliche Barrieren identifiziert. Hier befürchteten 44,2 % der Soldaten eine „Andersbehandlung“ durch den Vorgesetzten. Weitere 42,9 % befürchteten mit Bekanntwerden der Erkrankung als Schwach wahrgenommen zu werden (Sharp et al. 2015).

Erklärend könnten die Besonderheiten von Streitkräften herangezogen werden. So ist das Militär geprägt durch Kameradschaft und gegenseitige Abhängigkeiten, Männlichkeit und Selbstversorgung aber auch durch Vorurteile gegenüber der Behandlung psychischer Erkrankungen, wie z.B. der Alkoholerkrankung (Langston et al. 2007; Gibbs et al. 2011). Hinzu kommt, dass sich in medizinischer Behandlung befindliche Soldaten in Ihrer Verwendungsfähigkeit herabgestuft werden können. Folgen können der Ausschluss vom Dienst an der Waffe oder Verbot von Führen von Kraftfahrzeugen sein. Dies würde im o.g. Kontext als Kompetenzverlust und Ausgrenzung erlebt.

Neben der Gruppenzugehörigkeit hat ein jüngeres Alter in der linearen Regressionsanalyse den größten Einfluss auf die Wahrnehmung von Stigmatisierung.

Mit 32,6 Jahren ist die Gruppe der Soldaten jünger als die zivile Vergleichsgruppe (46,1 Jahre).

Es ist zu vermuten, dass die Wahrnehmung negativer Stereotypen von Patienten mit einer Alkoholerkrankung wesentlich durch das Alter und damit verbunden persönlichen Erfahrungen beeinflusst werden. In den Skalen Zustimmung, Anwendung und Selbstwertverlust zeigte sich dagegen kein signifikanter Einfluss des Alters.

In der Skala Zustimmung wird erfragt, inwieweit der Proband negativen Stereotypen zustimmt. Der Mittelwert der Skala Zustimmung ist in der militärischen Gruppe signifikant niedriger als in der zivilen Gruppe. In der linearen Regressionsanalyse zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit.

Soldaten haben also im Vergleich zur öffentlichen Wahrnehmung ein differenzierendes Bild von Personen, die an einer Alkoholerkrankung leiden. Demnach stimmen sie dem negativen Vorurteil weniger zu, als es in der zivilen Vergleichsgruppe der Fall ist.

Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass Soldaten mit Alkoholproblemen aufgrund der höheren sozialen und verwendungsbedingten Kontrollen in militärischen Strukturen, früher von Kameraden oder Vorgesetzten aber auch Truppenärzten aufgefangen und im therapeutischen Prozess unterstützt werden.

Auch die Implementierung des psychosozialen Netzwerkes unter Einbezug des Sozialdienstes, der Militärseelsorger, der Truppenärzte und Fachärzte stellt ein breites Hilfsangebot für Soldaten der Bundeswehr zur Verfügung und trägt damit zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen bei.

Denkbar erscheint auch, dass der geringere Grad der Zustimmung zu negativen Vorurteilen bereits einen positiven Effekt erfolgter Aufklärung und Entstigmatisierungsbemühungen im Rahmen von z.B. Vor- und Nachbereitungsseminaren darstellt (Rusch et al. 2011). Eine geringere Zustimmung könnte darüber hinaus den Effekt der Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung als subjektive Barriere zur Inanspruchnahme von Hilfe relativieren.

Hinweise hierfür finden sich bei einer Anzahl an Studien, bei denen sich kein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung und Inanspruchnahmeverhalten zeigte (Sharp et al. 2015).

Die Mittelwerte der Skala Anwendung und Selbstwertverlust sind in der militärischen Gruppe signifikant niedriger als in der zivilen Gruppe. In der linearen Regressionsanalyse zeigte sich jedoch kein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit. Dafür findet sich ein signifikanter Einfluss der Symptomschwere im BSI-18.

In der Skala Anwendung wird erfragt, ob der Proband die wahrgenommenen Stereotypen und Vorurteile auf sich selbst anwendet. In der sich anschließenden Skala Selbstwertverlust wird ermittelt, ob die Anwendung negativer Stereotype auf sich selbst zu einer Minderung des Selbstwertes führt.

Ein Zusammenhang von „psychischen Beschwerden“ und den Skalen „Anwendung“ sowie „Selbstwertverlust“ fand sich auch in vorausgegangenen Studien (Corrigan et al. 2006). Auch hier wurde bereits eine Assoziation depressiver Symptome, die durch die Alkoholerkrankung ausgelöst wurden, und der Stigmatisierung gesehen (Schomerus et al. 2011a).

Demnach wird die Skala Anwendung und Selbstwertverlust durch die Symptomschwere beeinflusst, nicht aber durch die Gruppenzugehörigkeit.

Die Symptomschwere im BSI ist bei der Gruppe der Soldaten signifikant geringer ausgeprägt und kann damit zur Erklärung der Mittelwertunterschiede in den Skalen Anwendung und Selbstwertverlust in der Gruppe der Soldaten beitragen.

Gleichzeitig bestätigt das Ergebnis damit, dass der durch den Prozess der Stigmatisierung „alkoholbedingte“ Selbstwertverlust unabhängig vom Status des Soldaten zu betrachten ist. Das Ergebnis stellt somit eine Gemeinsamkeit beim Stigmatisierungsprozess dar.

Einflussfaktoren auf die Abstinenzzuversicht

Es zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Skala Selbstwertverlust des SSAD sowie der Trinkdauer auf die Abstinenzzuversicht (KAZ-35). Hier konnten 25 % der Varianz aufgeklärt werden. Ein Einfluss der Gruppenzugehörigkeit konnte nicht aufgezeigt werden.

So liegt die durchschnittliche Trinkdauer in der Gruppe der Soldaten mit 6 Jahren deutlich unter der zivilen Vergleichsgruppe mit 13,6 Jahren. Auch die Skala Selbstwertverlust im SSAD ist in der Gruppe der Soldaten niedriger als in der zivilen Vergleichsgruppe.

Sowohl die geringere Trinkdauer als auch die geringere Ausprägung des Selbstwertverlustes durch Selbststigmatisierung in der Gruppe der Soldaten wirken sich hier positiv auf die Abstinenzzuversicht in der Gruppe der Soldaten aus. Ein gruppenspezifischer Effekt kann nicht zur Erklärung des Unterschiedes beitragen.

Auch in vorausgegangenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Abstinenzzuversicht durch die alkoholspezifische Selbstwirksamkeit im Rahmen des Selbststigmatisierungsprozesses sowie der Trinkdauer negativ beeinflusst wird (Schomerus et al. 2011a). Somit konnte die Studie die gefundenen Ergebnisse reproduzieren.

Neben dem Selbstwertverlust zeigte sich ein negativer Einfluss der Trinkdauer auf die Abstinenzzuversicht. Eine lange „Trinkkarriere“ steht demnach in einem Zusammenhang mit einer verminderten Abstinenzzuversicht. Anzunehmen ist, dass durch eine lange Trinkdauer die Trinkgewohnheiten derartig gefestigt werden, dass eine Änderung dieser kaum noch vorstellbar erscheint (Vielva und Iraurgi 2001).

Gleichzeitig führt eine lange Trinkdauer zu einer Chronifizierung der Erkrankung. Das Auftreten von Entzugerscheinungen sowie Craving, insbesondere im Zuge des Auftretens unangenehmer Gefühle, erschweren schließlich die Zuversicht auf Abstinenz (Greenfield et al. 2012).

Eine frühzeitige Therapie könnte mit einer höheren Abstinenzzuversicht und damit höheren Veränderungsmotivation einhergehen. Gleichzeitig könnte eine Verminderung des Prozesses der Selbststigmatisierung im Rahmen therapeutischen Arbeitens, eine Identifikation mit bestehenden Stigmata reduzieren, um so eine Steigerung des Selbstwertgefühls und damit der Abstinenzzuversicht zu erreichen.

Insgesamt lässt sich der signifikante Unterschied des Mittelwertes der Abstinenzzuversicht zwischen der militärischen und der zivilen Gruppe also durch die unterschiedliche Trinkdauer und die geringe Ausprägung der alkoholspezifischen Selbstwirksamkeit erklären.

Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie müssen vor dem Hintergrund bestehender Limitationen betrachtet werden. So wird die Studie in ihrer Aussagekraft durch die geringen Fallzahlen limitiert. Zudem wurden sowohl in der militärischen als auch in der zivilen Stichprobe ausschließlich männliche Probanden eingeschlossen.

Die Stichprobe umfasst, insbesondere vor dem Hintergrund der geringen Behandlungsquoten (Wittchen 2013), nur den Teil der behandlungswilligen Soldaten und zivilen Patienten mit einer Alkoholerkrankung und ist damit nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Bevölkerung, die an einer Alkoholerkrankung leiden.

Auch muss die Vergleichbarkeit der Stichproben kritisch diskutiert werden. Die Stichproben unterscheiden sich deutlich hinsichtlich Alter, Symptomschwere sowie der psychosozialen Faktoren, wie Berufstand und Bildung. Diese jedoch stellen wichtige Einflussfaktoren für die Abstinenzsicherheit dar (Ilgen et al. 2005). Weiterhin wurden in die militärische Stichprobe deutlich weniger Probanden als die zivile Stichprobe eingeschlossen.

Ob die gefundenen Gruppenunterschiede ausschließlich auf den Status „Soldat“ zurückzuführen sind, oder sich die gefundenen Unterschiede auch bei vergleichbaren Einsatzkräften wie Polizei oder Feuerwehr finden, bleibt offen und bietet einen Ausblick auf weiterführende vergleichende Studien.

Insgesamt entspricht die Studie daher noch einer explorativen Pilotstudie.

Schlussfolgerungen

Trotz der beschriebenen Limitationen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich der Stigmatisierungsprozess bei einer militärischen Stichprobe von einer zivilen Stichprobe unterscheidet. Während die Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung bei Soldaten deutlich ausgeprägter ist, ist die Zustimmung zu diesen gesellschaftlichen Stigmata deutlich schwächer ausgeprägt. Der signifikante Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Skalen Wahrnehmung und Zustimmung in einem Regressionsmodell unterstützt die These, dass es sich hierbei um einen spezifischen Gruppeneffekt handeln könnte.

Insofern es sich bei diesem Ergebnis nicht um ein Abwehrverhalten im Sinne einer Verleugnung handelt, könnte es sich bei der geringeren Werten in den Skala Zustimmung um einen Resilienzfaktor bei Soldaten handeln.

Durch Stärkung der therapeutischen Bindung sowie des Selbstwertgefühls könnte dieser positive Effekt in der Psychotherapie für eine Steigerung der Abstinenzzuversicht genutzt werden.

Bei der Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Zuversicht zur Abstinenz konnten keine gruppenspezifischen Effekte nachgewiesen werden. Vielmehr wurden bereits bekannte Zusammenhänge zum Einfluss des Selbstwertgefühls sowie der Dauer des Konsums auf die Abstinenzzuversicht bekräftigt. Hier kann das Konzept der Selbststigmatisierung helfen zu verstehen, welche Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung öffentlicher Stigmata und einer Verminderung der Abstinenzzuversicht bestehen. So könnte das Stigma der Alkoholerkrankung als eine „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ verstanden werden, bei der die Zustimmung und Identifikation mit negativen Attributen zu einer Verminderung der Selbstwirksamkeit und damit der Zuversicht zur Abstinenz führt.

Insgesamt können die gewonnenen Erkenntnisse als Grundlage weiterer Forschungsbestrebungen innerhalb der deutschen Streitkräfte dienen.

So zeigen die Ergebnisse eine ausgeprägte Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung bei Soldaten, jedoch fehlen Studien, die den Zusammenhang von Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung und dem Inanspruchnahmeverhalten untersuchen.

Weiterhin bleibt offen, ob es sich bei dem Unterschied zwischen Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung und Zustimmung tatsächlich um einen Resilienzfaktor handelt, oder ob die untersuchten Soldaten entsprechend ihrer Sozialisation innerhalb militärspezifischer Strukturen sowie aufgrund ihrer Wertevorstellungen sozial erwünscht und damit „verzerrt“ geantwortet haben. Eine Ausweitung der Untersuchung auf nicht in Behandlung befindliche Soldaten wäre daher sinnvoll.

In diesem Zusammenhang könnte in zukünftigen vergleichenden Studien geprüft werden, inwieweit es sich bei den gewonnenen Erkenntnissen ausschließlich um militärspezifische Unterschiede handelt. Denkbar wären auch ähnliche Effekte bei anderen Einsatzkräften wie Polizei und Feuerwehr. Diese Einsatzkräfte sind gleichermaßen durch hierarchischen Strukturen sowie eine Überzahl männlicher Arbeitnehmer gekennzeichnet. Bisher liegen hierzu kaum Studien vor.

Letztlich könnten in weiterführenden Untersuchungen Unterschiede der Stigmatisierung verschiedener psychischer Erkrankungen in der Bundeswehr untersucht werden.

Die Implementierung von Entstigmatisierungsprogrammen in den militärischen Kontext bei der Gestaltung von Präventions- oder Therapieansätzen könnte der erste Schritt sein die wahrgenommene Stigmatisierung zu vermindern. Zudem könnten gezielte Maßnahmen der Information, wie sie bereits bei der Einsatzvor- und Nachbereitung stattfinden, durch Schulungen oder Kommunikations- und Skilltrainings insbesondere der Vorgesetzten Soldaten weiter ausgebaut werden.

„...Natürlich kann man solche Versuche, die Öffentlichkeit zu beeinflussen, auch differenzierter und theoretisch fundierter planen und umsetzen. Dennoch sei daran erinnert, das Stigma und Stigmatisierung eine gesellschaftliche Funktion haben und der Versuch, sie zu mildern oder gar aufzuheben, nicht mehr und nicht weniger bedeutet als zu versuchen, die Gesellschaft als Ganzes zu verändern....“ (Finzen 2001, S. 191).

Arbeit an Entstigmatisierung hat daher immer auch eine gesellschaftspolitische Dimension, deren Herausforderung, auch in einem hierarchisch gegliederten System wie der Bundeswehr, in dem soziokulturellen Pluralismus seiner Mitglieder besteht, was die Entwicklung einheitlicher Konzeptionen erschwert.

Zudem könnte die Einführung eines systematischen Gesundheitsscreenings dabei helfen die „psychische Fitness“ aller aktiven Soldaten zu ermitteln. Das Ziel ist, möglichst frühzeitig Belastungen zu identifizieren sowie einen zügigen Zugang zum „psychosozialen Netzwerk“ zu eröffnen und einer möglichen Exazerbation bzw. Chronifizierung von seelischen Erkrankungen entgegenzuwirken.

Zusammenfassung

Die negativen Auswirkungen von öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung auf das Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe, der Therapiewirksamkeit sowie der Prognose sind in zahlreichen Studien belegt. Auch spiegeln Untersuchungen im militärischen Kontext eine besondere Bedeutung von Stigmatisierung beim Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe wider. Die meisten Studien untersuchen hierbei den Einfluss von Stigmatisierung im Zusammenhang sogenannter „Barriers to care“. Betrachtungen zur Selbststigmatisierung, im speziellen bei Suchterkrankungen fehlen im militärischen Kontext.

Die Studie hatte das Ziel erste Hinweise zu Unterschieden der Selbststigmatisierung zwischen einer militärischen und einer zivilen Vergleichsgruppe in Hinblick auf militärspezifische Besonderheiten der Stigmatisierung zu untersuchen. Außerdem wurde untersucht ob Selbststigmatisierung auch bei einer militärischen Klientel einen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht hat.

Hierfür wurden 55 Angehörige der Bundeswehr vor der Teilnahme an einem 3-wöchigen Qualifizierten Entzug (QE) mittels Fragebogen hinsichtlich Selbststigmatisierung (SSAD), Abstinenzzuversicht (KAZ-35), Trinkdauer, der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) und aktueller psychischer Beschwerden (BSI-18) getestet. Anschließend wurden sie mit einer zivilen Stichprobe von 173 alkoholabhängigen Probanden aus dem Hanseklinikum Stralsund verglichen.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die wahrgenommene Stigmatisierung durch die Öffentlichkeit bei den Soldaten signifikant größer war als in der zivilen Vergleichsgruppe. Gleichzeitig waren die Skalen Zustimmung, Anwendung und Selbstwertverlust signifikant geringer ausgeprägt. Lediglich für die Skalen Wahrnehmung und Zustimmung konnte ein gruppenspezifischer Effekt gezeigt werden werden. In den Skalen Anwendung und Selbstwertverlust fand sich kein Einfluss der Gruppenzugehörigkeit, dafür jedoch ein signifikanter Einfluss der Symptomschwere im BSI. Für die Gesamtgruppe zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Skala Selbstwertverlust im SSAD sowie der Trinkdauer auf die Abstinenzzuversicht. Ein gruppenspezifischer Effekt auf die Abstinenzzuversicht zeigte sich nicht.

Die Untersuchung ergab erste Hinweise darauf, dass Stigmatisierungsprozesse im militärischen Kontext im Vergleich zur zivilen Vergleichsgruppe divergent verlaufen. So scheint die Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung bei den Soldaten ausgeprägter als in der zivilen Vergleichsgruppe.

Dies stellt möglicher weise gleichzeitig ein wichtiges Hindernis zum Aufsuchen von Behandlungsangeboten und professioneller Hilfe dar. Dagegen verläuft die Zustimmung zu öffentlichen Stigmata im militärischen Kontext in einer abgeschwächten Form. Dies könnte als Hinweis einer höheren Resilienz bei Soldaten gedeutet werden.

Die Ausweitung von Entstigmatisierungsprogrammen im militärischen Kontext bei der Gestaltung von Präventions- oder Therapieansätzen könnte der erste Schritt sein, die wahrgenommene Stigmatisierung durch andere zu vermindern. Weiterführende Studien zum Thema „Barriers to care“ scheinen sinnvoll. Auch die Ausweitung vergleichender Studien mit Institutionen mit ähnlichen Strukturansätzen, wie Polizei und Feuerwehr, scheinen sinnvoll. Zudem könnte eine Bearbeitung von Stigmatisierungsängsten in ambulanten Einzel- und Gruppentherapien zu einer Steigerung der abstinenzbezogenen Selbstwirksamkeit führen.

Literaturverzeichnis

- 1 Al Abeiat, Dana D.; Hamdan-Mansour, Ayman M.; Hanouneh, Salah I.; Ghannam, Bushra M. (2016): Psychosocial Predictors of Relapse Among Patients with Alcohol Problems. In: *Current drug abuse reviews* 9 (1), S. 19–25.
- 2 Ben-Zeev, Dror; Corrigan, Patrick W.; Britt, Thomas W.; Langford, Linda (2012): Stigma of mental illness and service use in the military. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)* 21 (3), S. 264–273.
- 3 Blais, Rebecca K.; Renshaw, Keith D. (2013): Stigma and demographic correlates of help-seeking intentions in returning service members. In: *Journal of traumatic stress* 26 (1), S. 77–85.
- 4 Britt, Thomas W.; Jennings, Kristen S.; Cheung, Janelle H.; Pury, Cynthia L. S.; Zinzow, Heidi M. (2015): "The role of different stigma perceptions in treatment seeking and dropout among active duty military personnel": Correction to Britt et al. (2015). In: *Psychiatric rehabilitation journal* 38 (4), S. 379.
- 5 Britt, Thomas W.; Wright, Kathleen M.; Moore, Dewayne (2012): Leadership as a predictor of stigma and practical barriers toward receiving mental health treatment: a multilevel approach. In: *Psychological services* 9 (1), S. 26–37.
- 6 Brown, Mark C.; Creel, Alisha H.; Engel, Charles C.; Herrell, Richard K.; Hoge, Charles W. (2011): Factors associated with interest in receiving help for mental health problems in combat veterans returning from deployment to Iraq. In: *The Journal of nervous and mental disease* 199 (10), S. 797–801.
- 7 Brusten, Manfred; Hohmeier, Jürgen (Hg.) (1975): Stigmatisierung. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Neuwied: Luchterhand (Kritische Texte Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziale Probleme).
- 8 Cheang, Sut Ieng; Davis, J. Mark (2014): Influences of face, stigma, and psychological symptoms on help-seeking attitudes in Macao. In: *PsyCh journal* 3 (3), S. 222–230.
- 9 Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; Maggioni, F.; Evans-Lacko, S.; Bezborodovs, N. et al. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychological medicine* 45 (1), S. 11–27.

- 10 Corrigan, Patrick (2004): How stigma interferes with mental health care. In: *The American psychologist* 59 (7), S. 614–625.
- 11 Corrigan, Patrick W.; Watson, Amy C.; Barr, Leah (2006): The Self–Stigma of Mental Illness. Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 25 (8), S. 875–884.
- 12 Crisp, Arthur; Gelder, Michael; Goddard, Eileen; Meltzer, Howard (2005): Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 4 (2), S. 106–113.
- 13 Dilling, Horst; Freyberger, Harald J.; Cooper, J. E. (Hg.) (2014): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR. Weltgesundheitsorganisation. 7., überarb. Aufl. unter Berücks. der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2014. Bern: Huber.
- 14 Finzen, Asmus (2001): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. 2., korr. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Ratschlag).
- 15 Gaebel, Wolfgang; Baumann, Anja (Hg.) (2005): Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- 16 Gibbs, Deborah A.; Rae Olmsted, Kristine L.; Brown, Janice M.; Clinton-Sherrod, A. Monique (2011): Dynamics of stigma for alcohol and mental health treatment among army soldiers. In: *Military Psychology* 23 (1), S. 36–51.
- 17 Goffman, Erving; Haug, Frigga (2014): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 22. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 140).
- 18 Goodwin, L.; Wessely, S.; Hotopf, M.; Jones, M.; Greenberg, N.; Rona, R. J. et al. (2015): Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population? In: *Psychological medicine* 45 (9), S. 1881–1891.

- 19 Greenfield, Brenna L.; Venner, Kamilla L.; Kelly, John F.; Slaymaker, Valerie; Bryan, Angela D. (2012): The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. In: *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 26 (2), S. 246–254.
- 20 HAYWARD & JENIFER A. BRIGHT, PETER (2009): Stigma and mental illness. A review and critique. In: *Journal of Mental Health* 6 (4), S. 345–354.
- 21 Hoge, Charles W.; Castro, Carl A.; Messer, Stephen C.; McGurk, Dennis; Cotting, Dave I.; Koffman, Robert L. (2004): Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. In: *The New England journal of medicine* 351 (1), S. 13–22.
- 22 Ilgen, Mark; McKellar, John; Tiet, Quyen (2005): Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 73 (6), S. 1175–1180.
- 23 Iversen, Amy C.; van Staden, Lauren; Hughes, Jamie Hacker; Browne, Tess; Hull, Lisa; Hall, John et al. (2009): The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. In: *BMC psychiatry* 9, S. 68.
- 24 Iversen, Amy C.; van Staden, Lauren; Hughes, Jamie Hacker; Greenberg, Neil; Hotopf, Matthew; Rona, Roberto J. et al. (2011): The stigma of mental health problems and other barriers to care in the UK Armed Forces. In: *BMC health services research* 11, S. 31.
- 25 John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J. (2001): SESA. Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. Manual. In: *Hogrefe, Göttingen*.
- 26 Kim, Paul Y.; Britt, Thomas W.; Klocko, Robert P.; Riviere, Lyndon A.; Adler, Amy B. (2011): Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. In: *Military Psychology* 23 (1), S. 65–81.
- 27 Kluge, Hendrik; Becker, Thomas; Kallert, Thomas W.; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C. (2007): Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste--eine Mehrebenenanalyse. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (1), S. 20–25.

- 28 Langston, Victoria; Gould, Matthew; Greenberg, Neil (2007): Culture: what is its effect on stress in the military? In: *Military medicine* 172 (9), S. 931–935.
- 29 Link, B. G.; Phelan, J. C.; Bresnahan, M.; Stueve, A.; Pescosolido, B. A. (1999): Public conceptions of mental illness. Labels, causes, dangerousness, and social distance. In: *Am J Public Health* 89 (9), S. 1328–1333.
- 30 Link, B. G.; Struening, E. L.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; Phelan, J. C. (2001): Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 52 (12), S. 1621–1626.
- 31 Mehrazmay, Alireza; Karambakhsh, Alireza; Salesi, Mahmood; Heydari, Mostafa; Ahmadi, Khodabakhsh (2015): Predictors of Change in Substance Abuse Status in Soldiers. In: *Iranian Red Crescent medical journal* 17 (9), e16305.
- 32 Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno; Braun-Scharm, Hellmuth (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 241 Tabellen ; [mit Patientengesprächen auf Video-CD-ROM]. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. mit Video-CD-ROM. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).
- 33 Moos, Rudolf H.; Moos, Bernice S. (2006): Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. In: *Addiction (Abingdon, England)* 101 (2), S. 212–222.
- 34 Oei, Tian P. S.; Hasking, Penelope; Phillips, Louise (2007): A comparison of general self-efficacy and drinking refusal self-efficacy in predicting drinking behavior. In: *The American journal of drug and alcohol abuse* 33 (6), S. 833–841.
- 35 Pabst, Alexander; Kraus, Ludwig; Matos, Elena Gomes de; Piontek, Daniela (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: *SUCHT* 59 (6), S. 321–331.
- 36 Perlick, D. A.; Rosenheck, R. A.; Clarkin, J. F.; Sirey, J. A.; Salahi, J.; Struening, E. L.; Link, B. G. (2001): Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 52 (12), S. 1627–1632.

- 37 Rusch, Nicolas; Evans-Lacko, Sara E.; Henderson, Claire; Flach, Clare; Thornicroft, Graham (2011): Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 62 (6), S. 675–678.
- 38 Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C. (2006): Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. In: *Drug and alcohol dependence* 82 (3), S. 204–210.
- 39 Schomerus, Georg; Angermeyer, Matthias C. (2008): Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? In: *Epidemiologia e psichiatria sociale* 17 (1), S. 31–37.
- 40 Schomerus, Georg; Corrigan, Patrick W.; Klauer, Thomas; Kuwert, Philipp; Freyberger, Harald J.; Lucht, Michael (2011a): Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. In: *Drug and alcohol dependence* 114 (1), S. 12–17.
- 41 Schomerus, Georg; Holzinger, Anita; Matschinger, Herbert; Lucht, Michael; Angermeyer, Matthias C. (2010): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. In: *Psychiatrische Praxis* 37 (3), S. 111–118.
- 42 Schomerus, Georg; Lucht, Michael; Holzinger, Anita; Matschinger, Herbert; Carta, Mauro G.; Angermeyer, Matthias C. (2011b): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. In: *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 46 (2), S. 105–112.
- 43 Sharp, Marie-Louise; Fear, Nicola T.; Rona, Roberto J.; Wessely, Simon; Greenberg, Neil; Jones, Norman; Goodwin, Laura (2015): Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. In: *Epidemiologic reviews* 37, S. 144–162. DOI: 10.1093/epirev/mxu012
- 44 Sirratt, Deborah; Ozanian, Alfred; Traenkner, Barbara (2012): Epidemiology and prevention of substance use disorders in the military. In: *Military medicine* 177 (8 Suppl), S. 21–28.
- 45 Trautmann, S.; Goodwin, L.; Hofler, M.; Jacobi, F.; Strehle, J.; Zimmermann, P.; Wittchen, H-U (2016a): Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: a standardised comparison with civilians. In: *Epidemiology and psychiatric sciences*, S. 1–10.

- 46 Trautmann, S.; Schonfeld, S.; Behrendt, S.; Hofler, M.; Zimmermann, P.; Wittchen, H. U. (2014): Substance use and substance use disorders in recently deployed and never deployed soldiers. In: *Drug and alcohol dependence* 134, S. 128–135.
- 47 Trautmann, S.; Schonfeld, S.; Behrendt, S.; Schafer, J.; Hofler, M.; Zimmermann, P.; Wittchen, H-U (2015a): Associations between lifetime PTSD symptoms and current substance use disorders using a five-factor model of PTSD. In: *Journal of anxiety disorders* 29, S. 93–100.
- 48 Trautmann, Sebastian; Pieper, Lars; Kuitunen-Paul, Sören; Manthey, Jakob; Wittchen, Hans-Ulrich; Bühringer, Gerhard; Rehm, Jürgen (2016b): Prävalenz und Behandlungsraten von Störungen durch Alkoholkonsum in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland. In: *SUCHT* 62 (4), S. 233–243.
- 49 Trautmann, Sebastian; Schonfeld, Sabine; Behrendt, Silke; Heinrich, Anke; Hofler, Michael; Siegel, Stefan et al. (2015b): Stress exposure and the risk for the onset of alcohol use disorders and nicotine dependence in deployed military personnel: the role of prior internalizing disorders. In: *Addictive behaviors* 43, S. 89–96.
- 50 Vielva, I.; Iraurgi, I. (2001): Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. In: *Addiction (Abingdon, England)* 96 (2), S. 297–303.
- 51 Vogel, David L.; Wade, Nathaniel G.; Haake, Shawn (2006): Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. In: *Journal of Counseling Psychology* 53 (3), S. 325–337.
- 52 Wesemann, Ulrich; Kahn, Christian; Zimmermann, Peter Lutz; Willmund, Gerd Dieter; Schomerus, Georg (2017): Self-stigma in military personnel with alcohol dependence. Comparison with a civilian sample before qualified withdrawal treatment. In: *Drugs and Alcohol Today* 17 (1), S. 60–67.
- 53 Williams, Emily C.; Frasco, Melissa A.; Jacobson, Isabel G.; Maynard, Charles; Littman, Alyson J.; Seelig, Amber D. et al. (2015): Risk factors for relapse to problem drinking among current and former US military personnel: a prospective study of the Millennium Cohort. In: *Drug and alcohol dependence* 148, S. 93–101.

54 Wittchen, Hans-Ulrich (2013): Rates of Mental Disorders Among German Soldiers Deployed to Afghanistan. Increased Risk of PTSD or of Mental Disorders In General? In: *J Depress Anxiety* 02 (02).

55 Zingg, Christina; Schmidt, Peggy; Kufner, Heinrich; Kolb, Werner; Zemlin, Uwe; Soyka, Michael (2009): Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 59 (8), S. 307–313.

Anhang

Tabellenverzeichnis

- Tab.1:** t-test für unabhängige Stichproben zur Prüfung der Mittelwertunterschiede der soziodemographischen Variablen zwischen ziviler und militärischer Stichprobe
- Tab.2:** t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung der Mittelwertunterschiede der klinischen Variablen zwischen ziviler und militärischer Stichprobe
- Tab.3:** t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung auf Mittelwertunterschiede der Skalen der Selbststigmatisierung zwischen ziviler und militärischer Stichprobe
- Tab.4:** t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung auf Mittelwertunterschiede der Abstinenzzuversicht zwischen ziviler und militärischer Stichprobe
- Tab.5:** Lineare Regressionsanalyse mit zur Prüfung des Einflusses von Gruppe, aktuellen psychischen Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit und Alter auf die Subskalen des SSAD
- Tab.6:** Lineare Regressionsanalyse mit zur Prüfung des Einflusses von Selbststigmatisierung, Gruppe, aktuellen psychischen Beschwerden, Schwere der Abhängigkeit und Alter auf die Abstinenzzuversicht

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1:** Prozess der Selbststigmatisierung nach Corrigan et al. (2006)
- Abb. 2:** Subskalen der Skala zur Erfassung der Alkoholabhängigkeit (SESA)
- Abb. 3:** Subskalen der Skala „Self-stigma of Alcohol Dependence“ (SSAD)
- Abb. 4:** Subskalen des Brief Symptom Inventory – 18 (BSI-18)
- Abb. 5:** Subskalen des Kurzfragebogens zur Abstinenzsicherheit (KAZ - 35)
- Abb. 6:** Aufteilung der Dienstgradgruppen
- Abb. 7:** Verteilung der Altersgruppen in der militärischen Stichprobe
- Abb. 8:** Anzahl stationärer Entgiftungen in der militärischen Stichprobe
- Abb. 9:** Vergleich Berufstand von militärischer und ziviler Gruppe
- Abb. 10:** Vergleich Alter und durchschnittliche Trinkdauer von militärischer und ziviler Gruppe
- Abb. 11:** Vergleich Anzahl stationärer Entgiftungen von militärischer und ziviler Gruppe

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Publikationsliste

Christian Kahn, Ulrich Wesemann, Peter Lutz Zimmermann, Gerd Dieter Willmund, Georg Schomerus, (2017) "Self-stigma in military personnel with alcohol dependence: comparison with a civilian sample before qualified withdrawal treatment", *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 17 Issue: 1, pp.60-67.

P. Zimmermann, Peter; C. Kahn, C. Alliger-Horn, G. Willmund, A. Hellenthal, R. Jaeckel, G. Schomerus, U. Wesemann, (2015) Assoziation von Werteorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit bei Soldaten in qualifizierter Entzugsbehandlung; *Nervenheilkunde*; Heft 10 2015 (749-844).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Christian Kahn, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Selbststigmatisierung bei Soldaten mit einer Alkoholerkrankung im Vergleich zu einer zivilen Stichprobe“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

24.05.2017

Christian Kahn

Anteilserklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Christian Kahn hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Kahn, C., Wesemann, U.; Zimmermann, P.; Willmund, G.; Schomerus, G. (2017): Self-stigma in military personnel with alcohol dependence. Comparison with a civilian sample before qualified withdrawal treatment. In: *Drugs and Alcohol Today* 17 (1), S. 60–67]

Beitrag im Einzelnen: Datenerhebung, Datenauswertung, Erarbeitung von Textelementen

Publikation 2:

Zimmermann, P.; Kahn, C.; Alliger-Horn, C.; Willmund, G.; Hellenthal, A.; Jaeckel, R.; Schomerus, G.; Wesemann, U. (2015): Assoziation von Werteorientierungen mit der Schwere einer Alkoholabhängigkeit bei Soldaten in qualifizierter Entzugsbehandlung. *Nervenheilkunde*, 2015, 34 (10), 803-808

Beitrag im Einzelnen: Datenerhebung, Datenauswertung, Erarbeitung von Textelementen

Betreuenden Hochschullehrers

OTA PD Dr. med. P. Zimmermann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitender Arzt Abt. VIB,
Bundeswehrkrankenhaus Berlin

.....

Datum

.....

Unterschrift des Doktoranden

Danksagung

Herrn Oberstarzt Priv.-Doz. Dr. Zimmermann danke ich ganz herzlich für die geduldige Begleitung und die Unterstützung auf dem Weg zur Dissertation.

Dem Team der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Bundeswehrkrankenhaus Berlin für die Unterstützung bei der Umsetzung der Studie sowie Durchführung des „Qualifizierten Entzugs“.

Herrn Priv.-Doz. Dr. Schomerus für die Bereitstellung von Expertenwissen bei speziellen Stigmafragestellungen sowie die Bereitstellung seiner Forschungsergebnisse.

Meinen Kollegen und Freund Dr. Wesemann.

Besonderen Dank geht an meine Ehefrau Jenny Kahn, die mir stets den Rücken freigehalten hat und deren Geduld ich nicht selten während meiner Ausflüge ins Arbeitszimmer bis aufs letzte auf die Probe gestellt habe.