

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

DISSERTATION

Unterschiedliche Erklärungsmodelle für Schizophrenie in der deutschen und in
der polnischen Gesellschaft und ihre Bedeutung für die Bekämpfung von
Diskriminierung und Stigmatisierung schizophrener Menschen.

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Emilia Małecka (geb. Maćkowiak)
aus Bydgoszcz

Gutachter/in:

1. Prof. Dr. med. A. Heinz
2. Prof. Dr. med. G. Juckel
3. Prof. Dr. med. W. Machleidt

Datum der Promotion: 18.11.2011

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Problemstellung	5
1.1. Transkulturelle Psychiatrie	5
1.2. Das Konzept der „Erklärungsmodelle“ von Arthur Kleinman	6
1.3. Schizophrenie	7
1.4. Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophreniekranken	10
1.5. Kultur und Schizophrenie	11
2. Herleitung und Aufgabenstellung	13
3. Erster Teil der Untersuchung : Free Listing und Pile Sort Verfahren	14
3.1. Methodik	14
4. Ergebnisbeschreibung erster Teil der Untersuchung	21
4.1. Ergebnisse der Befragung in Deutschland	21
4.1.1. Teilnehmer mit Abitur	21
4.1.2. Teilnehmer ohne Abitur	24
4.2. Ergebnisse der Befragung in Polen	27
4.2.1. Teilnehmer mit Abitur	27
4.2.2. Teilnehmer ohne Abitur	29
4.3. Aussortierte Begriffe	32
4.4. Vergleich der Ergebnisse aller Gruppen	34
4.5. Interpretation der im Pile Sort Verfahren gewonnenen Ergebnisse	37
5. Zweiter Teil der Untersuchung : Leitfadeninterviews	39
5.1. Methodik	39
5.1.1. Durchführung	39
5.2. Teilnehmer	42
5.2.1. Kurzcharakteristik : Experten aus Deutschland und Polen	42
5.2.1.a. Experten aus Deutschland	42
5.2.1.b. Experten aus Polen	43
5.2.2. Kurzcharakteristik : Patienten aus Deutschland und Polen	44
5.2.2.a. Patienten aus Deutschland	44
5.2.2.b. Patienten aus Polen	45

6. Ergebnisbeschreibung der Leitfadeninterviews	46
6.1. Versorgung der Schizophreniekranken in den beiden Ländern	46
6.1.a. Zur Situation in Polen	46
6.2. Medizinische Versorgung	48
6.2.a. in Deutschland	48
6.2.b. in Polen	49
6.3. Soziale Versorgung	50
6.3.a. in Deutschland	50
6.3.b. in Polen	52
6.4. Verbesserungsvorschläge	54
6.4.a. in Deutschland	54
6.4.b. in Polen	55
6.5. Zu Erklärungsmodellen für Schizophrenie in Deutschland und Polen	55
6.6. Stigmatisierung	61
6.6.1. Rolle der Ausbildung für die Stigmatisierung der Schizophreniekranken	66
6.6.2. Selbststigmatisierung	67
6.7. Verbesserungsvorschläge	69
7. Diskussion	71
7.1. Methodenkritik	71
7.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den wissenschaftlichen Forschungsstand	76
7.2. Forschungsausblick	86
7.3. Schlussfolgerungen für die Praxis	87
8. Zusammenfassung	90
9. Literaturverzeichnis	95
10. Anhang	106
10.1. Liste der im Pile Sort Verfahren verwendeten Begriffe	106
10.2. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	109
11. Danksagung	110
12. Lebenslauf	111

1. Einleitung und Problemstellung

1.1. Transkulturelle Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie wurde Anfang des 20. Jahrhunderts von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin begründet. Zunächst beschäftigte sich diese mit sog. Naturvölkern, weil sie als evolutionäre Vorstufe der eigenen Stammesgeschichte gesehen wurden. Psychische Krankheit selbst wurde damals als evolutionärer Rückschritt verstanden. Mit der Zeit erlaubten genaue Beobachtungen sowie Untersuchungen über die Kulturen kolonisierter Völker, diese als alternative Entwürfe menschlichen Zusammenlebens anzusehen. Zum anderen ermöglichte erst ein Verständnis der jeweiligen kulturellen Handlungsmuster und Normen eine differenzierte Beschreibung seelischen Leidens und der damit verbundenen Symptome. Heutzutage konzentriert sich die transkulturelle Psychiatrie auf die Untersuchung kulturspezifischer Einflüsse auf Krankheitsbilder und Verläufe, die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Professionellen sowie auf die Reflexion kulturgebundener Sichtweisen und Klassifikationsschemata (Heise 2001).

Die Schlüsselfragen, auf die die transkulturelle Psychiatrie eine Antwort zu finden versucht, sind: ob und mit welcher Häufigkeit die bis jetzt im westlichen Kulturraum bekannten psychiatrischen Krankheiten in anderen Kulturen auftreten, welche psychopathologischen Symptome in den anderen Kulturkreisen als pathologisch gelten und welchen Einfluss einzelne Kulturen auf die Art der Genesung und auf den Verlauf der psychischen Krankheiten haben (Möller 2005). Im Zeitalter der verstärkten Migration und Globalisierung sind diese Untersuchungen von besonderer Bedeutung und werden sowohl in der Praxis der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung als auch im Prozess der Integration von Migranten, Flüchtlingen und anderen Minderheiten genutzt. Informationen über den Bedarf an interkulturellen Untersuchungen findet man ebenfalls in den Arbeiten von Psychiatern, die sich mit den Vorurteilen und Stereotypen psychisch Kranken gegenüber beschäftigen (Angermeyer MC 2004).

Als untersuchende und vergleichende Lehre vom „sozial abweichenden“ Verhalten der Individuen in verschiedenen Kulturen ist sie untrennbar mit sozialer Anthropologie und Ethnologie verbunden. Transkulturelle Psychiatrie verwendet somit sowohl Wissensbestände als auch Methoden dieser Nachbardisziplinen.

1.2. Das Konzept der „Erklärungsmodelle“ von Arthur Kleinman

Arthur Kleinman, amerikanischer Psychiater und Professor für medizinische Anthropologie und transkulturelle Psychiatrie an der Harvard Universität, wurde dank seiner in China und Ostasien durchgeführten Untersuchungen zu psychischen Störungen berühmt.

Auf der Grundlage seiner Beobachtungen erschuf Kleinman das Konzept der „Erklärungsmodelle“ seelischer und körperlicher Krankheit (Kleinman 1988). Er stellte fest, dass das Erleben und das Verständnis einer Erkrankung von dem Kulturkreis abhängen, in dem der Patient lebt. Einige Symptome werden, je nach kulturbedingtem Kontext, von einer kranken Person besonders deutlich oder gar nicht wahrgenommen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen kommen vor allem durch vorhandene oder nicht vorhandene gesellschaftliche Akzeptanz der Symptome zustande. So wird durch das jeweilige kulturelle Verständnis der Entstehungsbedingungen, der Symptome, der Pathophysiologie, der erwarteten Verläufe und der anerkannten Behandlungsmöglichkeiten ein „Erklärungsmodell“ für die jeweilige Krankheit gebildet (Kleinman 1988 vgl. auch Heimann 2007, Penka 2003).

Kleinman spricht in seinen Arbeiten über die individuellen, familiären und sozialen Reaktionen auf eine psychische Krankheit. Er signalisiert, dass die Therapie und die Vorbeugung mehr als nur fachliche oder rein pharmakologische Interventionen sind. Er führt ein breites Bezugssystem ein, in dem nationale, religiöse und lokale Differenzen hervorgehoben werden.

Diejenigen Anthropologen, die sich mit dieser Problematik in Bezug auf Schizophrenien auseinandersetzen, tragen zur Schaffung eines bedeutenden und vielseitigen Diskussions-

forums bezüglich Psychosen bei. Sie heben das hervor, was der Erfahrung in der Krankheitsphänomenologie und der Erfahrung mit der Heilung am nächsten liegt. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit von Untersuchungen über die komplizierten Abhängigkeiten zwischen Kultur, Gruppen, subjektiver Erfahrung und Schizophrenie (Kleinman 1999: 378f). In der anthropologischen Erfassung der Krankheit nehmen wir Schizophrenien nicht als biomedizinische Einheit, sondern als Geflecht mehrerer medizinischer, moralischer, ökonomischer und politischer Elemente wahr (Jenkins 2004).

1.3. Schizophrenie

Der Erste, der Symptome der Schizophrenien als „Syndrom eines bösartigen intellektuellen Abbaus“ unter dem Namen „*démence précoce*“ klassifizierte, war der belgische Psychiater Bénédict Morel (1852). Im Jahre 1896 verwendete Emil Kraepelin diesen Begriff, um eine Gruppe von Krankheiten zu beschreiben, die im Jugendalter beginnen und zu vorzeitiger „Demenz“ führen können. Erst im Jahre 1911 führte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler den Begriff der „Gruppe der Schizophrenien“ ein (Shorter 2005).

Die Schizophrenien sind durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet. Bezeichnend sind einerseits episodisch auftretende akute psychotische Zustände und andererseits chronische Beeinträchtigungen mit persistierenden positiven (z.B. Wahn, Halluzinationen) und/oder negativen Symptomen (z.B. Affektverflachung, Antriebsminderung, sozialer Rückzug). Zumeist gehen chronische Krankheitsverläufe mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen einher. Diese Einschränkungen können jedoch auch schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden sein oder den ersten positiven Symptomen vorausgehen (DGPPN 2005).

Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 0,5 und 1,6 %. Die Erkrankung tritt bevorzugt zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr auf. Männer erkranken durchschnittlich etwa

3 - 4 Jahre früher als Frauen, aber das Lebenszeitrisko ist bei beiden Geschlechtern insgesamt gleich.

Bei etwa 20% der Erkrankten erfolgt eine volle Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Bei den übrigen 80% kommt es zu einer Remission von unterschiedlicher Qualität: von Symptomfreiheit einerseits bis hin zu einem erheblichen Maß kognitiver und sozialer Behinderung andererseits. Prognostische Faktoren, die den Verlauf der Schizophrenie ungünstig beeinflussen, sind u.a. eine schlechte prämorbid soziale Anpassung und eine fehlende stabile Partnerschaft, psychosozialer Stress und ein belastendes familiäres Klima (Leff 1982) sowie ethnischer Minderheitenstatus oder -ursprung (Jenkins 2004: 48f).

Schizophrenie bleibt eine Krankheit mit ungeklärter Ätiologie. Das Vulnerabilitäts - Stress - Coping - Modell ist das zurzeit am besten akzeptierte ätiopathogenetische Modell der Schizophrenie. Es berücksichtigt sowohl neurobiologische als auch psychologische und soziale Faktoren (DGPPN 2005).

Die evidenzbasierte Behandlungs-Leitlinie zur Schizophrenie von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2005) erläutert allgemeine Behandlungsprinzipien und Therapieziele in der Akut- sowie der postakuten Stabilisierungs- und Remissionsphase. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen – DSMIV (APA 1994) und ICD-10 (WHO 2008) - vor.

Erklärungsmodelle und Behandlungsmethoden entwickelten sich in einem Zeitraum von Jahrhunderten. In unserem Zeitalter moderner Psychopharmakologie entstand unter den Forschern die These, dass die Schizophrenie infolge der Selektion und immer besserer therapeutischer Methoden sukzessiv zu einer weniger schweren Erkrankung wird (McGlashan 2006). Trotz dieser optimistischen Hypothesen gehören Schizophrenien zu den schwersten psychiatrischen Störungen. Sie sind eine therapeutische Herausforderung, und dies nicht nur

in der Akutphase, sondern auch in der Remissionsphase, wo u.a. die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung, die Förderung sozialer Integration und die Verbesserung der Lebensqualität als Therapieziele gelten.

Von Schizophrenien sind alle sozialen Klassen betroffen, dennoch ist das Risiko ihres Auftretens in niedrigeren sozioökonomischen Schichten höher (Cohen 1993). Es besteht hierbei kein Konsens darüber, ob dieser Umstand als Konsequenz sogn. sozialer Ursachen oder des „downward drifts“ anzusehen ist, der als durch die Krankheit verursachter sozialer Abstieg verstanden wird. Die Beziehung zwischen Schizophrenien und sozialer Schicht ist eines der konstantesten epidemiologischen Untersuchungsergebnisse in der Psychiatrie (Fox 1990).

Ein Schizophreniekranker kann während der akuten Phase seiner Krankheit freiwillig zur Therapie in eine offene oder geschlossenen Einrichtung kommen. Zwingen dürfte man ihn dazu nur, wenn er selbst oder fremd gefährdend wäre. Unter Selbstgefährdung werden beispielsweise Suizidendenzen und die Gesundheit gefährdende Symptome der Hygienevernachlässigung verstanden, welche aus der Desorganisation resultieren.

Seit den siebziger Jahren legt man besonderen Wert auf die Deinstitutionalisierung bei der Heilung von Schizophreniekranken. Bis vor wenigen Jahrzehnten hatten die Psychiater oft Angst vor Autoaggression und Aggression ihrer Patienten. Sie bemühten sich darum, die Patienten vor Autoaggression und die Umgebung vor der Aggression dieser Patienten und deren Fluchtversuchen zu schützen. Die Freiheit der Erkrankten war bis auf ein Minimum reduziert. Eine grundlegende Einstellungsveränderung in Bezug auf die Patienten rief die Einführung von Neuroleptika und eine Psychiatrie - kritische soziale Bewegung hervor. Das Modell des psychiatrischen Krankenhauses veränderte sich von abgeschiedenen Einrichtungen hin zu Kliniken mit „offenen Türen“. Es wird eine Lastübertragung von der geschlossenen auf die offene Genesung angestrebt (Kepiński 2001).

Schon während des Krankenhausaufenthaltes werden bei den Betroffenen die sozialen Fähigkeiten, die mit alltäglicher Aktivität verbunden sind, unterstützt und entwickelt. Es werden Defizite im Bereich der sozialen Fähigkeiten, wie Augenkontakt, Empathie sowie die richtige Wahrnehmung anderer, verbessert. Es wird angestrebt, die nichtadäquaten sozialen Verhaltensweisen bei gleichzeitiger Verhinderung sozialer Isolation zu eliminieren. Die ideale Lösung wäre die Rückkehr des Erkrankten in seine bisherige Umwelt und somit die Ermöglichung einer völligen sozialen Reintegration. Als Hindernis stellt sich wiederholt nicht nur der Gesundheitszustand des Erkrankten dar, sondern auch die Stigmatisierung und Diskriminierung seitens seiner engsten Umgebung (Baumann 2004).

1.4. Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophreniekranken

Das Wort „Stigma“ stammt aus dem Griechischen. In wortwörtlicher Übertragung beschreibt es ein auf dem Körper sichtbares Brandmahl. In früheren Zeiten informierte es über den moralischen Status der dieses Brandmahl tragenden Person. Dabei signalisierte es etwas Außergewöhnliches und gleichzeitig Schlechtes, und markierte beispielsweise einen Sklaven, Verräter oder Verbrecher (Goffman 1963).

Dieser Begriff, der heutzutage sehr oft in den Arbeiten von Sozialpsychologen, Soziologen, Anthropologen oder Politologen zu finden ist, wurde in den zeitgenössischen Diskurs von Goffman eingeführt, einem Pionier auf dem Gebiet der Untersuchungen zur Stigmatisierung. Das Stigma selbst definierte er als „ein spürbar diskreditierendes Attribut“, welches dazu führt, dass diejenige Person, die es besitzt, von der Gesellschaft abgewiesen oder anders behandelt wird (Goffman 1963). Zusätzlich betonte er, dass die Verstärkung der Stigmatisierung von der Erkennung der Eigenschaft durch die Gesellschaft abhängig ist. Goffman nannte drei Gruppen des Stigmas: Gruppenzugehörigkeit („Volk“, „Religion“), körperliche Eigenschaften (z.B.: „physische Missbildungen“) und Persönlichkeitseigenschaften, wobei er zu der letzten die psychisch Kranken zählte.

Für den Begriff „Stigma“ selbst wurden in den letzten 30 Jahren verschiedene Definitionen entwickelt. Eine davon ist die von Jones und seinen Mitarbeitern (1984) erarbeitete Konzeption, die die Beobachtungen Goffmans zur häufigen Verbindung des Stigmaattributs mit Vorurteilen gegenüber Menschen, die dieses aufwiesen, mit einbezog. In weiteren Überlegungen fügten Link und Phelan (1999) zu Jones Definitionen den Aspekt der Diskriminierung als unvermeidliche Folge dieser Phänomene (sowohl im individuellen als auch strukturellen Verständnis) hinzu.

Als Begriff, welcher im Kontext der psychisch Kranken, darunter auch Schizophreniekranken, angewendet wird, gewann das Phänomen der Stigmatisierung in den letzten zwanzig Jahren immer mehr an Bedeutung (Link 2001). In den neuesten Untersuchungen werden sowohl Ursachen als auch Folgen der Stigmatisierung einer Analyse unterzogen. Eine negative Einstellung gegenüber schizophrener Menschen ist keine vereinzelte Haltung in der Gesellschaft (Lauber 2004, Angermeyer 2006). Es scheint, dass diese Diagnose wenig Empathie hervorruft und Vorurteile mit noch negativerer, emotionaler Aussage auslöst (Crisp 2000, Angermeyer 2003). Die Stigmatisierung und die Diskriminierung von Schizophreniekranken sind im Lichte der letzten Untersuchungen einer der Hauptfaktoren, die sowohl die Heilung als auch die Rückkehr in ein normales soziales Leben erschweren (Rüsch 2005, Corrigan 2002a).

1.5. Kultur und Schizophrenie

Zurzeit – Anfang des XXI. Jahrhunderts – erkennen wir bezüglich des Zusammenhangs zwischen Kultur und Schizophrenie, dass die Kultur der Schlüsselfaktor in beinahe jedem Aspekt des Umgangs mit der Schizophrenie und in beinahe jeder Phase der Krankheitserfahrung ist. Sie ist an der Identifizierung, der Definition und der Krankheitsbedeutung in der Anfangs-, der akuten und der residualen Phase beteiligt. Sie hat eine Bedeutung für die Entstehung der Symptome, deren Inhalt, Form und Konstellation sowie für die klinische Diagnose. Die Kultur bedingt auch die soziale Aufnahme der Krankheit, die gewollte Unterstützung bzw. soziale Last, die diese Krankheit begleitet, sowie die Möglichkeit der Rückkehr eines Schizophreniekranken in das Leben einer bestimmten Gesellschaft (Jenkins 2004).

Der derzeitige anthropologische Konsensus betont, dass sich die Kultur in einzelnen Interaktionen, Prozessen und inneren Welten unterschiedlich auswirkt. Dies führt zu differenten Konzeptionen bezüglich der Art und Weise, in der die Kultur die Psychosen beeinflusst.

In Analysen dieser Art der Abhängigkeit sollte die Kultur nicht als „Nationalität“, „nationaler Staat“ oder allgemein: „Gesellschaft“ überprüft werden, was anfangs in vielen internationalen Untersuchungen angestrebt wurde. Der Zusammenhang von Kultur und Krankheitsbild erschließt sich vor allem dann, wenn die individuelle Identität als vermittelnde Variable berücksichtigt wird, wenn über die unmittelbaren Krankheitsparameter hinaus Aspekte der Krankheitsbewältigung, des Krankheitsdiskurses und Krankheitsbewusstseins einbezogen werden. Die Bedeutung der Kultur zeigt sich umso deutlicher, je konkreter der Einzelfall untersucht wird (Jenkins 2004: 5f). Deshalb ist es wichtig, solche spezifischen Bereiche wie familiäre Interaktionen, Religion oder Konzeption des Selbst genauer zu betrachten.

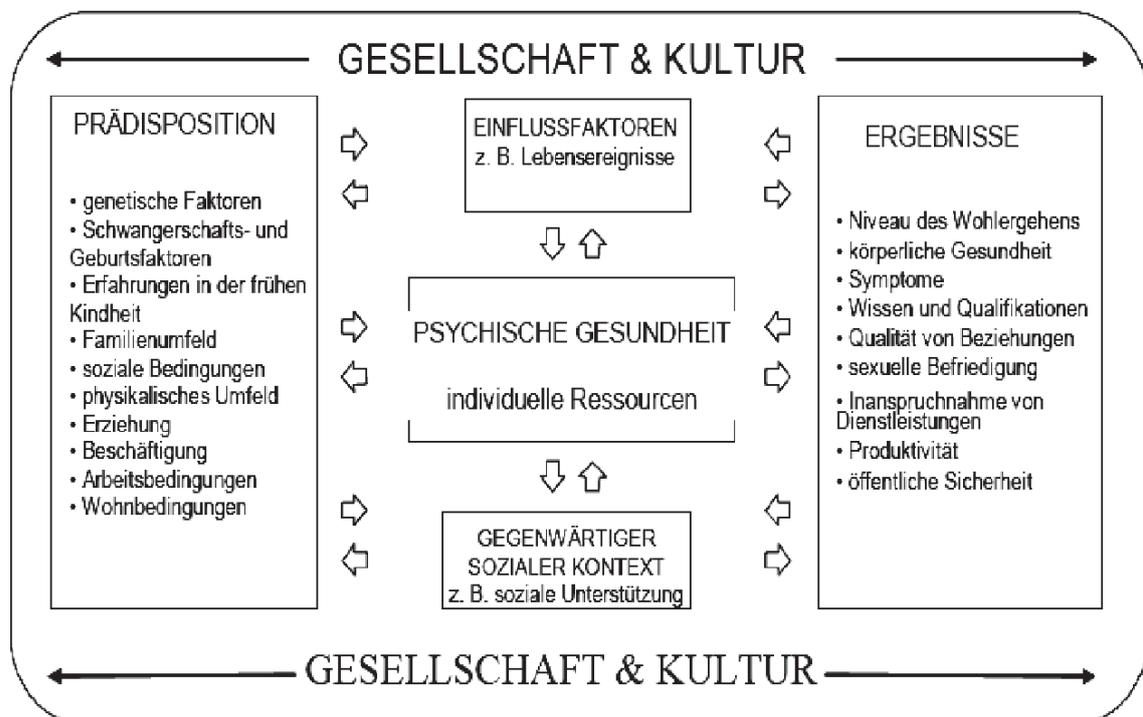


Abbildung 1 Funktionsmodell psychische Gesundheit; Quelle: Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J, (eds.): Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999

Unabhängig davon, wie wir die an einer Psychose leidenden Menschen gegenüber der Kultur definieren, sollte man im Prozess der Reintegration und Genesung dieser Menschen die Rolle der Kultur selbst nicht übersehen. Insbesondere in der Schizophrenie zeichnet sich die Grenze zwischen psychisch Gesunden und Kranken stark ab. Die Kultur die in eine gegebene Gesellschaft integriert, hat eine besondere Bedeutung für das Funktionieren der von einer Psychose betroffenen Menschen in ihrer engsten Umgebung (Lahtinen 1999).

2. Herleitung und Aufgabenstellung

Trotz der beobachteten Unterschiede zwischen einzelnen Ländern sowie zwischen lokalen Gebieten (Kirkbride JB 2006, Kirkbride JB 2007) erkrankt schätzungsweise 1% der Allgemeinpopulation (0,55-1,6% - je nachdem, wo die Untersuchungen durchgeführt wurden (Goldner 2002)) in verschiedenen Gesellschaften an Schizophrenie – Frauen und Männer zu gleichen Anteilen. Diese Krankheit wird als eine der häufigsten Ursachen der Behinderung aufgezählt (Üstün 1999).

Das Stigma, welches auf den an Schizophrenie erkrankten Menschen lastet, stellt eine der Hauptbarrieren wirksamer Therapie und Integration dar. Es determiniert das Funktionieren in der Gesellschaft, zerstört das Selbstwertgefühl und beeinflusst die Einstellung zur Notwendigkeit der systematischen Behandlung negativ (Corrigan 2002b, Schulze 2003a, Kolebacz 2005).

Aus Gründen des Mehrfaktoreneinflusses der Stigmatisierung und der Diskriminierung auf das Leben der Schizophreniekranken erfreut sich das Thema eines nicht nachlassenden Interesses (Gäbel 2002b). Die Komplexität des Phänomens ist der Grund für die Notwendigkeit weiterer, noch detaillierterer Analysen.

Die Schlussfolgerungen der bisherigen Untersuchungen über den potentiellen Einfluss des Bildungsgrades auf die Vorurteile und diskriminierendes Verhalten Schizophreniekranken gegenüber sind nicht eindeutig (Angermeyer 2006). Gleichzeitig kann ein zumindest indi-

rekter Einfluss dieser Variable nicht ausgeschlossen werden (Angermeyer 2005b). In aller Regel, je deutlicher die Zielgruppe definiert und erkannt wurde, desto bessere Ergebnisse sind von den Anti-Stigma Initiativen zu erwarten (Pinfold 2003 vgl. auch Schulze 2003b).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Einschätzung der Einflüsse der Kultur und der Ausbildung auf die Stigmatisierung und Diskriminierung der an Schizophrenie erkrankten Menschen am Beispiel Polens und Deutschlands. Sie soll dazu beitragen, die Erklärungsmodelle für Schizophrenie in der polnischen und in der deutschen Gesellschaft zu erforschen, und zwar sowohl in Gruppen mit einem höheren wie auch in solchen mit einem niedrigeren Bildungsgrad. Darüber hinaus wird der Einfluss dieser potentiellen Unterschiede auf den Verlauf der Behandlung und das Funktionieren der Kranken in der jeweiligen Gesellschaft diskutiert.

3. Erster Teil der Untersuchung : Free Listing und Pile Sort Verfahren

3.1. Methodik

Die Arbeit „Erklärungsmodelle für Schizophrenie in Deutschland und Polen sowie ihre Bedeutung für die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung schizophrener Menschen“ verwendet qualitative Methoden der Sozialforschung auf Grundlage der Textanalyse.

Zur Analyse stehen zwei unterschiedliche Textsorten zur Verfügung: Zum einen handelt es sich um Wortgruppen bzw. Gruppen von Ausdrücken, die schizophrene Psychosen beschreiben und durch die Anwendung entsprechender Methoden (wie z.B. Free Listing oder Pile Sort) erfragt werden, zum anderen können Niederschriften von Erzählungen, Vorträgen oder Interviews zum gegebenen Thema herangezogen werden (z.B. Leitfadeninterviews) (Denzin 2000: 769f).

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Texte beider Sorten.

Free Listing: Diese Methode ermöglicht es, verschiedene Elemente (Wörter, Ausdrücke) zu ermitteln, die den zu erforschenden Bereich umgrenzen (Borgatti 1996: 1f). Man geht dabei

so vor, dass die Befragten eine möglichst große Zahl von Assoziationen zu dem gegebenen Forschungsgegenstand nennen und aufschreiben.

Im ersten Arbeitsschritt der Forschung kam ein Fragebogen mit 5 offenen Fragen zum Einsatz (Penka 2003). Ziel des Fragebogens war es, Begriffe zu sammeln, die das Erklärungsmodelle für Schizophrenien charakterisieren. Er umfasste folgende Fragen:

- Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?
- Was meinen Sie/meinst Du, welche Ursachen gibt es für Schizophrenie?
- Woran würden Sie/würdest Du einen Schizophreniekranken erkennen?
- Was meinen Sie/meinst Du, auf welche Probleme stoßen Schizophreniekranken in ihrem Alltag?
- Was meinen Sie/meinst Du, wie kann man einem Schizophreniekranken helfen?

Die Befragten wurden aufgefordert, möglichst viele Antworten auf diese Fragen zu finden. Dabei wurden sie vor Beginn darüber informiert, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und dass die Arbeit das Ziel verfolgt, subjektive Empfindungen zum Thema Schizophrenie zu sammeln und dass die Antworten anonym bleiben.

Zusätzlich wurden die Teilnehmer gebeten, Angaben zu Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort und Grad der Ausbildung zu machen. Außerdem wurden sie zu ihrem bisherigen Kontakt mit dem Thema Schizophrenie befragt.

An der Umfrage nahmen Personen zwischen 18 und 71 Jahren teil. Die Antworten wurden in dem Zeitraum von April bis August 2007 gesammelt, wobei jeweils 50 Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und 50 Personen mit polnischer Staatsangehörigkeit teilnahmen. Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip an öffentlichen Orten (öffentlichen Plätzen, Bars, Bahnhöfen, Einkaufspassagen) ausgewählt.

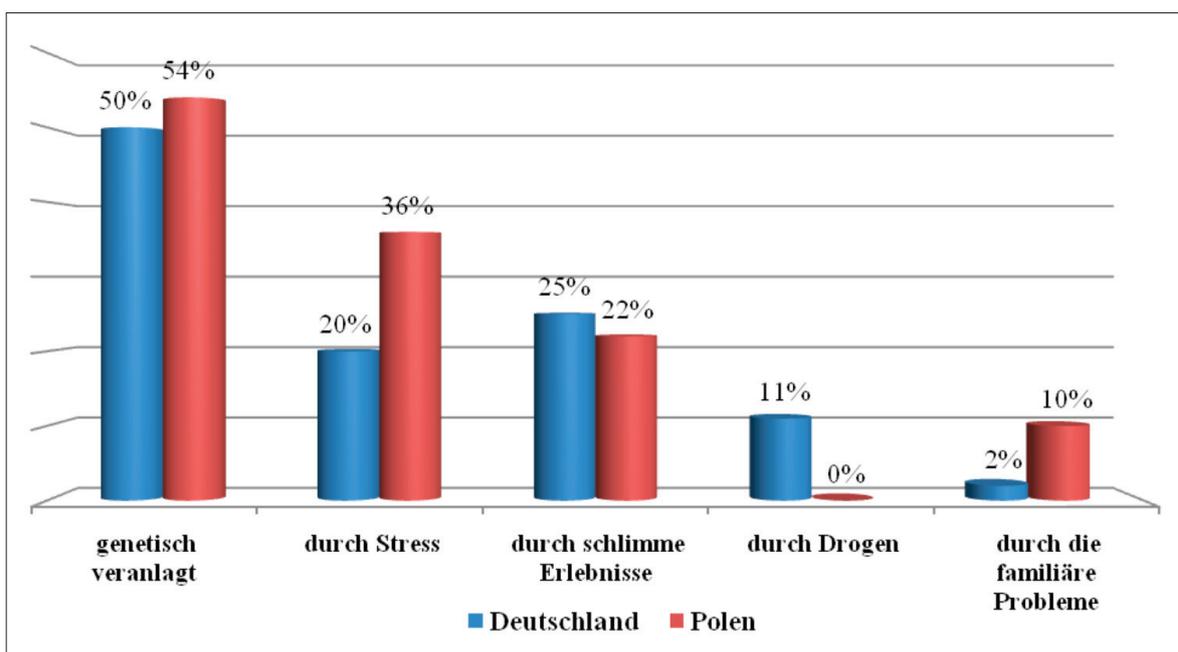
Die dabei gesammelten Begriffe wurden analysiert. Bedeutungsähnliche Ausdrücke wurden in fünf Gruppen geordnet, denen anschließend ein Überbegriff zugeordnet wurde. Bei-

spielsweise wurden die Ausdrücke „verschiedene Persönlichkeiten“, „zwei Persönlichkeiten in einem“ oder „mehrere Seelen in einer Brust“ unter dem Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ zusammengefasst.

Auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ antworteten die Befragten aus Deutschland ganz klar mehrheitlich mit dem Wort „Persönlichkeitsspaltung“ oder mit einem synonymen Begriff (62%), während die Befragten aus Polen sich für die Bezeichnung „schwere psychische Krankheit“ (70%) bzw. einen synonymen Begriff entschieden. Prozentual große Unterschiede lassen sich bei der Frage nach der Ätiologie der Krankheit feststellen: 11% der Befragten aus Deutschland nannten Drogen als Ursache, während 0% der Befragten aus Polen diese Antwort wählten. Im familiären Umfeld dagegen sahen nur 2% der Befragten aus Deutschland einen Krankheitsgrund, in Polen waren es 10%. Während 12% der Befragten aus Deutschland keine Angaben dazu machen konnten, welche Probleme Schizophreniekranken im Alltag haben können, so lag der entsprechende Wert in Polen bei 0%.

Die häufigsten Antworten werden auf Abbildung 2 präsentiert.

Abbildung 2 Die häufigsten Antworten bei der Frage nach der Ätiologie der Krankheit.



Pile Sort: Methode dient zur weiteren Analyse der gesammelten Begriffe¹, indem diese von Respondenten nach Ähnlichkeiten, die zwischen diesen bestehen, gruppiert werden (Borgatti 1996: 7f).

Die im Free Listing am häufigsten genannte Begriffe (nach einem Abgleich mit weiteren relevant erscheinenden Begriffen aus den geführten Interviews, siehe Seite 41 und 73) wurden einzeln auf Karteikarten notiert. Die Karteikarten wurden in fünf Gruppen geteilt (Gruppe eins mit den Antworten auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“², Gruppe zwei mit den Antworten auf die Frage: „Woran würden Sie/würdest Du einen Schizophreniekranken erkennen?“³, Gruppe drei⁴: „Was meinen Sie/meinst Du, welche Ursachen gibt es für Schizophrenie?“⁴. Gruppe vier⁵ und fünf⁶ enthielten (entsprechend) die Antworten auf die Fragen: „Was meinen Sie/meinst Du, auf welche Probleme stoßen Schizophreniekranken in ihrem Alltag?“ und „Was meinen Sie/meinst Du, wie kann man einem Schizophreniekranken helfen?“.

Dem jeweiligen Probanden wurde zunächst die erste Kartengruppe (Gruppe 1 mit den Antworten auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein“) gegeben, mit der Bitte, diese nach Zusammengehörigkeit in maximal 6 Stapel („piles“) zu sortieren. Im Anschluss wurden die zweite (Gruppe 2 mit den Antworten auf die Frage: „Woran würden Sie/würdest Du einen Schizophreniekranken erkennen?“) und dann die dritte Gruppe (Gruppe 4 mit den Antworten auf die Fragen: „Was meinen Sie/meinst Du, auf welche Probleme stoßen Schizophreniekranken in ihrem Alltag?“) mit der Aufforderung ausgehändigt, diese Begriffe den vorher gebildeten Stapeln zuzuordnen. Danach wurde dieses Procedere ebenso mit den letzten Kartengruppen (Gruppe 3 mit den Antworten auf die Frage: „Was meinen Sie/meinst Du, welche Ursachen gibt es für Schizophrenie?“ und Gruppe 5 „Was meinen Sie/meinst Du, wie kann man einem Schizophreniekranken helfen?“) wiederholt. Anschließend wurden die Probanden gebeten, den entstandenen Stapeln Oberbegriffe zuzuordnen.

1. eine Liste der Begriffe (Tabelle 1) befindet sich im Anhang
2. Gruppe eins umfasste Begriffe vom 1. bis 15.
3. Gruppe zwei umfasste Begriffe vom 16. bis 31.
4. Gruppe drei umfasste Begriffe vom 32. bis 47.
5. Gruppe vier umfasste Begriffe vom 48. bis 61.
6. Gruppe fünf umfasste Begriffe vom 48. bis 61.

Auf diese Weise wurden die Begriffe, aufgrund von Assoziationen und Ähnlichkeiten in inhaltlich zusammengehörige Stapel geordnet.

Die Vorgabe der Zahl der Assoziationsgruppen, die bei dem Versuch entstanden sind, war für die vergleichende Analyse der vier Ergebnisgruppen hilfreich. Eine entsprechende Vorgehensweise wird von den Autoren, die die Methode formuliert haben, für die vergleichende Untersuchung der individuellen Unterschiede im „Pile Sort“ verschiedener Teilnehmer empfohlen (Borgatti 1996).

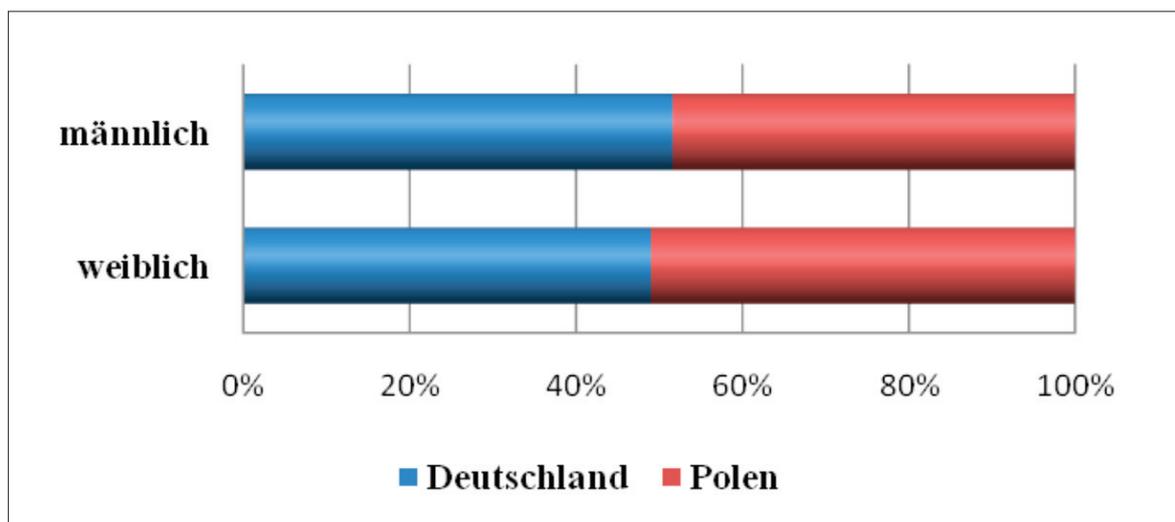
Die Reihenfolge, in der die Begriffsgruppen ausgehändigt wurden, wurde durch die Erfahrungen aus der Probephase der Untersuchung bestimmt. Diese sollte die Zuordnung solcher Begriffe wie z.B.: „Psychologe“, „Psychiater“ oder „Therapiegruppen“ (Begriffe aus der Gruppe 5) auf einen Stapel verhindern. Als die Begriffsgruppen in der Probephase der Untersuchung in einer anderen Reihenfolge angegeben wurden, formten die Teilnehmer häufig einen solchen Stapel und gaben ihm den Oberbegriff „Hilfsmöglichkeiten“ (siehe auch Seite 74).

Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und dass die persönliche Meinung des Teilnehmers gefragt ist. Begriffe, die als „nicht passend“ oder „irrelevant“ empfunden wurden, konnten aussortiert werden. Die Karten sollten möglichst schnell und intuitiv zugeordnet werden. Ursprünglich wurde angenommen, dass die in Free Listing gesammelten Ausdrücke von den Teilnehmern beim Pile Sort explizit in die Assoziationsgruppen zum Thema „Schizophrenie“ sortiert werden. Allerdings beeinflussten die Erfahrungen der Probephase die Modifizierung des Projekts (siehe Methodenkritik f.74). Die Teilnehmer wurden letztendlich darum gebeten, die vorbereiteten 78 Ausdrücke in Gruppen einzuteilen, und zwar nach irgendeiner, dem Teilnehmer einfallenden Ähnlichkeit mit psychischen Krankheiten. Um den „Wünschbarkeitseffekt“ zu umgehen, wurden die Teilnehmer nicht darüber informiert, dass die Arbeit das Ziel hat, die Stigmatisierung und Diskriminierung Schizophreniekranker zu untersuchen.

Zusätzlich wurden die Teilnehmer gebeten, einen Fragebogen mit demographischen Angaben (Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort und Ausbildung) auszufüllen.

Das Verfahren des „Pile sorts“ wurde mit 40 deutschen und 40 polnischen Staatsbürgern (jeweils 20 mit Abitur und 20 ohne Abitur) durchgeführt, und zwar in dem Zeitraum zwischen Dezember 2007 und Januar 2008 (polnische Teilnehmer) bzw. Februar 2008 und März 2008 (deutsche Teilnehmer). An der Umfrage haben Personen zwischen 20 und 64 Jahren teilgenommen. Die Teilnehmer wurden durch Anzeigen im Internet sowie an öffentlichen Orten (wie z.B. Bibliotheken, VHS) gewonnen. Weitere Teilnehmer wurden auf „Empfehlung“ der Personen, die bereits teilgenommen hatten, gefunden. Die prozentuale Verteilung nach Geschlecht und Wohnort der Teilnehmer ist den Abbildungen 3, 4a und 4b zu entnehmen.

Abbildung 3 Geschlecht der Teilnehmer am Pile Sort Verfahren.



Zur weiteren Analyse der im zweiten Teil der Forschungsarbeit erhaltenen Ergebnisse wurde die Methode des Hierarchical Clustering und Multidimensional Scaling (Borgatti 1996) angewandt, woraus sich „Mental Maps“ für die einzelnen Gruppen ergaben. Die vorgestellten „Mental Maps“ sind als Visualisierung der Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Elementen zu verstehen, die die jeweilige Mental Map bilden. Je mehr Menschen die jeweiligen Ausdrücke in dieselben Assoziationsgruppen eingeordnet haben, desto geringer ist der Abstand zwischen den beiden Ausdrücken in der Mental Map (Denzin 2000: 773f).

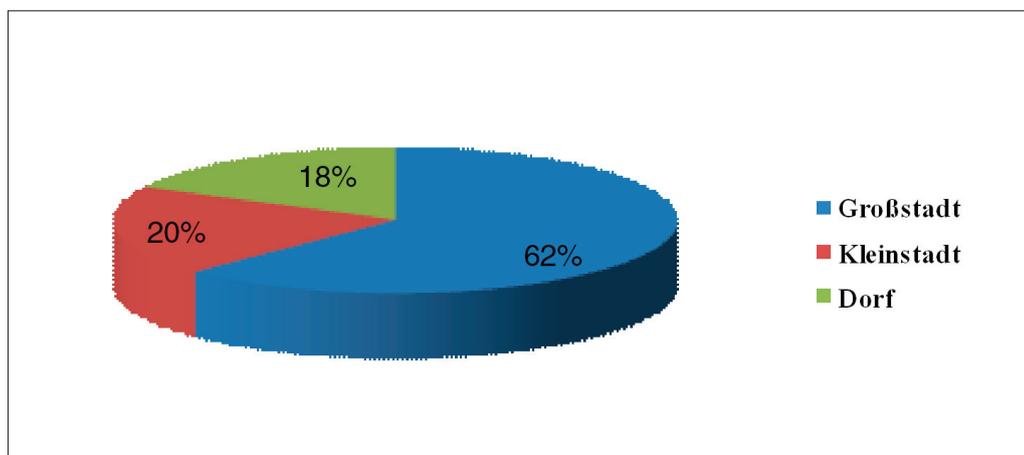


Abbildung 4a Verteilung der befragten Deutschen nach Wohnort.

Als ein zusätzliches Element der durchgeführten Studie war es vorgesehen, einen Fragebogen zum Wissen über die Schizophrenie, soziale Distanz oder zum persönlichen Kontakt mit Schizophreniekranken auszugeben. Dieser Fragebogen wurde am Ende der Befragung an die Teilnehmer ausgeteilt. Eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer (67%) lehnte aber das Ausfüllen dieses Fragebogens mit dem Argument ab, gar nichts oder zu wenig über das Thema zu wissen, daher ist eine Analyse der Antworten hier nicht möglich.

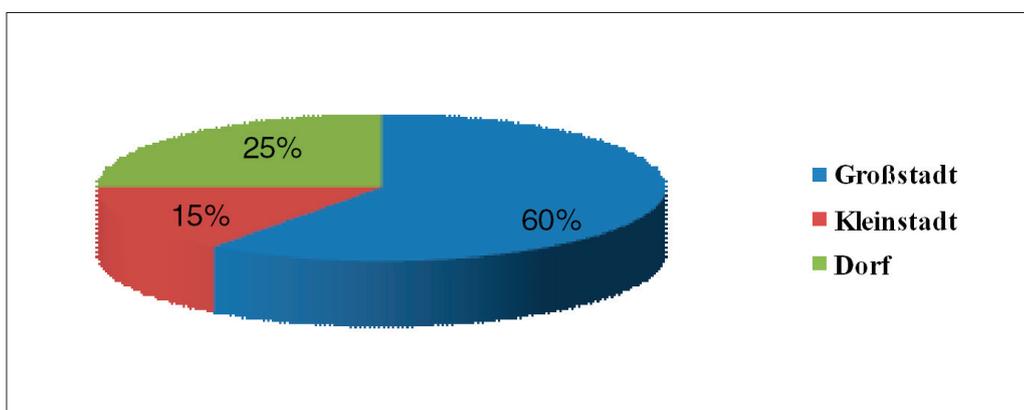


Abbildung 4b Verteilung der befragten Polen nach Wohnort.

4. Ergebnisbeschreibung, erster Teil der Untersuchung

Hier sollen nun nacheinander die Ergebnisse des Pile Sort für die einzelnen Gruppen dargestellt werden: zunächst für die Teilnehmer aus Deutschland mit Abitur, danach für die ohne Abitur und anschließend in gleicher Reihenfolge die Ergebnisse für die polnischen Teilnehmergruppen. Im nächsten Schritt sollen die einzelnen Begriffe identifiziert werden, die von den jeweiligen Gruppen am häufigsten als „unpassend“ empfunden und daher keiner der Assoziationsgruppen zugeordnet wurden. In einem letzten Analyseschritt sollen die Ergebnisse verglichen werden.

4.1. Ergebnisse der Befragung in Deutschland

4.1.1. Teilnehmer mit Abitur

Die deutschen Teilnehmer mit Abitur gruppieren die Begriffe in fünf Hauptcluster⁷.

Auf der linken Seite der Abbildung 5. ist der Hauptcluster I zu sehen, dem die Teilnehmer häufig den Oberbegriff „schwere psychische Krankheit“ zuordneten. Er umfasst die Subcluster Ia mit dem Oberbegriff: „Substanzmissbrauch“. Folgende Begriffe wurden hier eingruppiert: Hauptcluster I - „eine schwere Erkrankung“, „psychische Krankheit“, „Persönlichkeitspaltung“, „Halluzinationen“, „Wahn“, „Realitätsverlust“, „durch Hirnschädigung“, „durch Hirnstoffwechselstörung“, „genetisch veranlagt“, „ein Psychiater“, „ein Neurologe“, „Hirnforschung“, „Medikamente“, „eine Klinik für psychisch Kranke“, „Krankenhaus“. Subcluster Ia - „durch Drogen“, „durch schlimme Erlebnisse“, „merkwürdige Dinge erzählen“, „merkwürdiges Verhalten“, „gefährlich sein“, „Angst erregen“.

Oben befindet sich der Hauptcluster II, der meistens mit Suizidalität und den damit verbundenen Problemen assoziiert wurde (in Abbildung 5. „Suizidgefahr“). Der Cluster umfasst folgende Begriffe: „Suizidgefahr“, „Beziehungsprobleme“, „Betreuung brauchen“, „im All-

7. Die im Pile Sort benutzte Begriffe sowie die verwendeten Nummern sind im Anhang unter 10.1 aufgeführt.

tag nicht zurecht kommen“, „Mangel an Fachhilfe“, „ein Psychologe“, „Kirche / religiöser Vertreter“.

Weiter unten, im Mittelteil sieht man den Hauptcluster III. Er wurde meist mit den Oberbegriffen: „vorübergehend, bei jedem“ bezeichnet. In dieser Assoziationsgruppe befinden sich folgende Begriffe: „durch hohe Ansprüche an sich selbst“, „durch Stress“, „durch familiäre Probleme“, „durch mangelnde emotionale Unterstützung“, „durch psychische Empfindlichkeit“, „durch Depression“, und als Hilfsmöglichkeiten: „Therapiegruppen“, „Psychotherapie“.

Ganz unten in Abbildung 5. befindet sich der Hauptcluster IV, der Assoziationen zum Thema „Gedächtnisprobleme“ beinhaltet, die auch als: „Probleme, die eine ambulante Behandlung erfordern“ bezeichnet wurden. Hier finden sich folgende Begriffe: „Denkstörung“, „Gedächtnisprobleme“, „Verlangsamung“, „Nervosität“, „Angst haben“, „Stimmungsschwankung“, „Verwirrtheit“, „Selbstgespräche führen“, und als Hilfsmöglichkeiten: „Familie“, „Freunde“.

Der fünfte Hauptcluster wurde meistens mit dem Oberbegriff: „niedriger Sozialstatus“ belegt. Folgende Begriffe wurden zugeordnet: „niedriger sozialer Status“, „ungepflegt“, „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“, „keine Arbeit finden können“, „durch sozialen Druck“, „von der Gesellschaft abgelehnt werden“, „soziales Stigma“, „Eingliederung“, „Sozialdienst“.

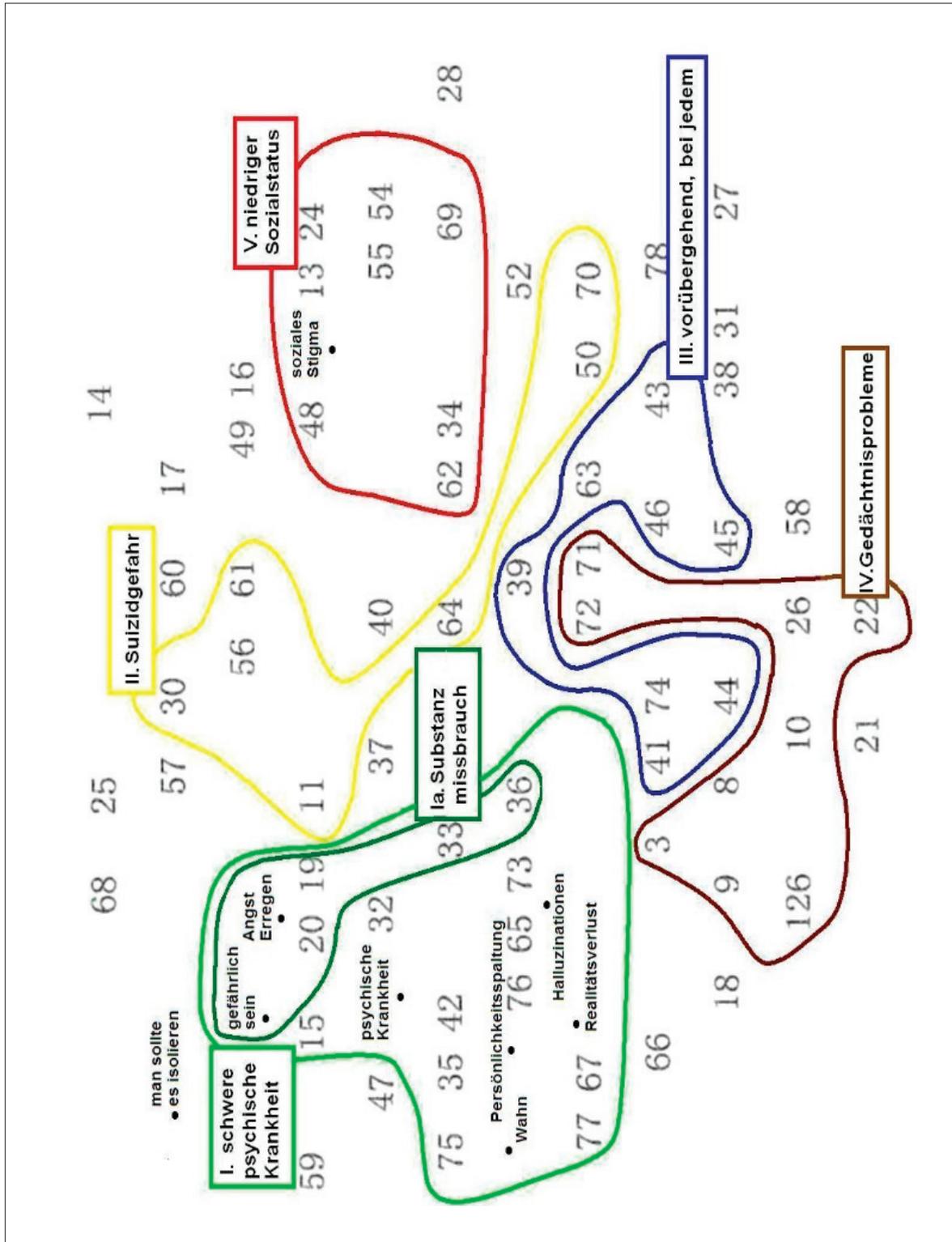


Abbildung 5 Pile Sort - die deutschen Teilnehmer mit Abitur⁸.

8. Die im Pile Sort benutzte Begriffe sowie die verwendeten Nummern sind im Anhang unter 10.1 aufgeführt

4.1.2. Teilnehmer ohne Abitur

Die deutschen Teilnehmer ohne Abitur gruppieren die Begriffe in vier Hauptcluster.

Hauptcluster I befindet sich links unten in Abbildung 6. Er umfasst die Begriffe: „psychische Krankheit“, „eine schwere Erkrankung“, „Halluzinationen“, „Wahn“, „Verwirrtheit“, „mit der Krankheit nicht zurecht kommen“, „genetisch veranlagt“, „durch Unwissenheit hinsichtlich der Erkrankung“, „durch Hirnschädigung“, „durch Hirnstoffwechselstörung“, „ein Psychiater“, „ein Psychologe“, „ein Neurologe“, „Medikamente“, „Hirnforschung“, „Therapiegruppen“, „Krankenhaus“, „eine Klinik für psychisch Kranke“ von den Teilnehmern mit einer „schweren psychischen Krankheit“ assoziiert wurden.

Oben in der Abbildung 6. befindet sich der Hauptcluster II, der als „Persönlichkeitsspaltung“ bezeichnet wurde. Unter diesem Oberbegriff wurden meist folgende Begriffe gruppiert: „Persönlichkeitsspaltung“, „Unkontrolliertheit“, „merkwürdiger Gesichtsausdruck“, „merkwürdiges Verhalten“, „merkwürdige Dinge erzählen“, „Selbstgespräche führen“, „gefährlich sein“, „Angst erregen“.

Darunter befindet sich der umfangreiche Hauptcluster III unter dem Oberbegriff „leichte psychische Krankheit“. Innerhalb dieses Clusters wurden drei Subcluster identifiziert:

Subcluster IIIa – mit dem Oberbegriff: „Suizidgefahr“ – ihm wurden die Begriffe: „Angst haben“, „Suizidgefahr“, „durch mangelnde emotionale Unterstützung“, „durch psychische Empfindlichkeit“, „Sozialdienst“ zugeordnet. Subcluster IIIb, der als „Substanzmissbrauch“ bezeichnet wurde und die Begriffe: „durch Drogen“, „durch Alkohol“, „Realitätsverlust“, „Unverständnis“, „Misstrauen“ und „Betreuung brauchen“ umfasst. Subcluster IIIc – „mit der Umwelt nicht zurechtkommen“ - mit den Begriffen: „Beziehungsprobleme“, „Nervosität“, „Stimmungsschwankung“, „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“, „durch sozialen Druck“, „durch familiäre Probleme“, „durch schlimme Erlebnisse“, „durch Probleme aus der Kindheit“, „durch Depression“, „Psychotherapie“.

Ganz rechts befindet sich der Hauptcluster IV mit den Begriffen, die zu „niedriger Sozialstatus“ assoziiert wurden. Er umfasst folgende Begriffe: „niedriger sozialer Status“, „ungepflegt“, „Kommunikationsprobleme“, „keine Arbeit finden können“, „von der Gesellschaft abgelehnt werden“, „mangelnde Akzeptanz“, „nimmt niemand ernst“, „sich zurückziehen“, „soziales Stigma“, „Eingliederung“, „Familie“, „Freunde“.

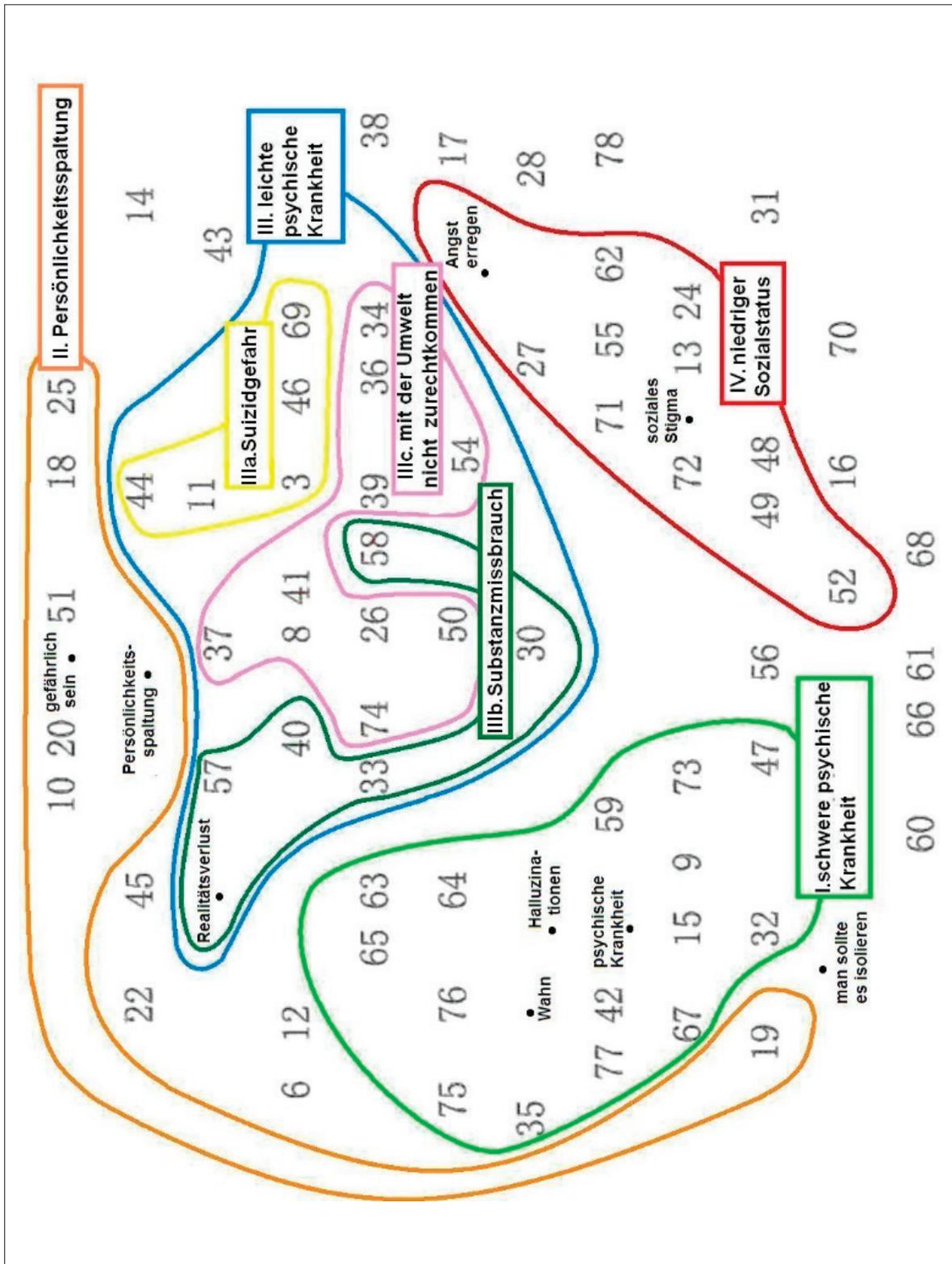


Abbildung 6 Pile Sort - die deutschen Teilnehmer ohne Abitur⁹.

9. Die im Pile Sort benutzte Begriffe sowie die verwendeten Nummern sind im Anhang unter 10.1. aufgeführt

4.2. Ergebnisse der Befragung in Polen

4.2.1. Teilnehmer mit Abitur

Die polnischen Teilnehmer mit Abitur bildeten vier Hauptcluster.

Der Hauptcluster I (in Abbildung 7. links) umfasst Begriffe, die mit einer „schweren psychischen Krankheit“ assoziiert wurden. Er umfasst die Subcluster Ia, die am häufigsten als „Persönlichkeitsspaltung“ genannt wurden. In diesen Subclustern befinden sich folgende Begriffe:

Hauptcluster I - „man sollte es isolieren“, „Gedächtnisprobleme“, „Suizidgefahr“, „Unberechenbarkeit“, „Angst erregen“, „Betreuung brauchen“, „genetisch veranlagt“, „durch Hirnschädigung“, „eine Klinik für psychisch Kranke“;

Subcluster Ia – „Persönlichkeitsspaltung“, „Wahn“, „Halluzinationen“, „Verwirrtheit“, „Denkstörung“, „durch schlimme Erlebnisse“, „durch Hirnstoffwechselstörung“, „gefährlich sein“, „ein Psychiater“, „ein Neurologe“, „Hirnforschung“, „psychische Krankheit“;

Den oberen Teil der Karte nimmt der Hauptcluster II ein, der meist als „leichte psychische Krankheit“ beschrieben wurde. Innerhalb dieses Hauptclusters gruppieren sich die Begriffe um drei Oberbegriffe: „vorübergehend, bei jedem“ (Subcluster IIa), „Depression“ (Subcluster IIb) und „Angst“ (Subcluster IIc). Im Folgenden nun die Ausdrücke, die den einzelnen Subclustern zugeordnet wurden. Subcluster IIa – „Realitätsverlust“, „Stimmungsschwankung“, „durch Depression“, „durch Stress“; Subcluster IIb - „Unverständnis“, „Kommunikationsprobleme“, „Beziehungsprobleme“, „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“, „mangelnde Akzeptanz“, „im Alltag nicht zurecht kommen“, „durch sozialen Druck“, „durch psychische Empfindlichkeit“, „durch mangelnde emotionale Unterstützung“, „durch hohe Ansprüche an sich selbst“, „durch Probleme in der Kindheit“, „Eingliederung“, „Freunde“, „ein Psychologe“, „Therapiegruppen“; Subcluster IIc – „Misstrauen“, „Angst haben“, „Nervosität“, „merkwürdiges Verhalten“, „durch familiäre Probleme“, „Familie“ und „Psychotherapie“;

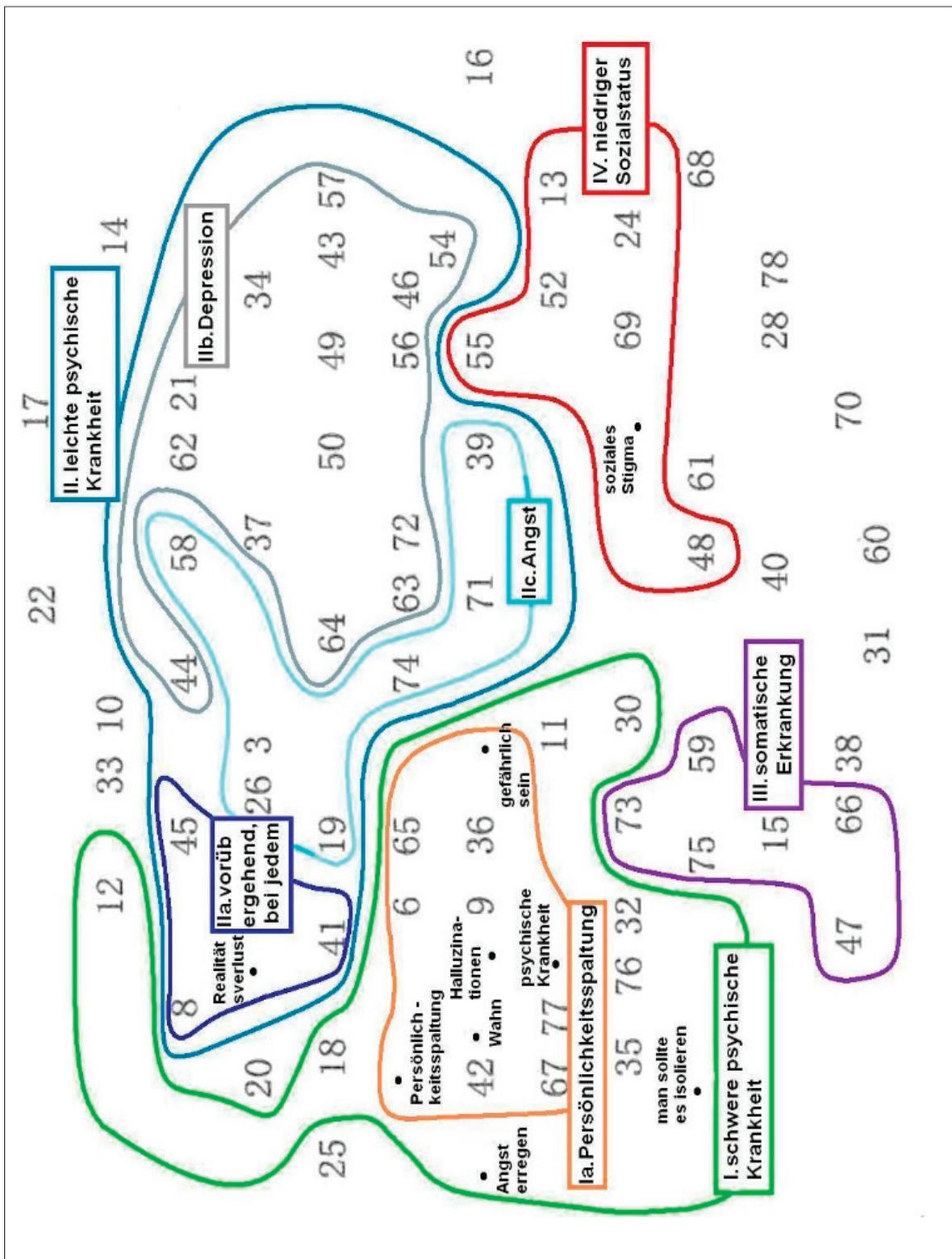


Abbildung 7 - Pile Sort - die polnischen Teilnehmer mit Abitur¹⁰.

10. Die im Pile Sort benutzte Begriffe sowie die verwendeten Nummern sind im Anhang unter 9.1. aufgeführt

In der linken unteren Ecke von Abbildung 7. befinden sich die Begriffe, die einer „somatischen Erkrankung“ zugeordnet wurden. Hier befinden sich folgende Begriffe: „eine schwere Erkrankung“, „mit der Krankheit nicht zurechtkommen“, „durch Unwissenheit über die Erkrankung“, „ein Hausarzt“, „Medikamente“, „Krankenhaus“.

In der rechten unteren Ecke der Abbildung bildete sich eine Gruppe von Begriffen heraus, die mit „niedriger Sozialstatus“ assoziiert wurden. Sie umfasst: „niedriger sozialer Status“, „ungepflegt“, „nimmt niemand ernst“, „keine Arbeit finden können“, „in der Gesellschaft abgelehnt werden“, „soziales Stigma“ und „Sozialdienst“.

4.2.2. Teilnehmer ohne Abitur

Die polnischen Teilnehmer ohne Abitur bildeten aus den Begriffen vier Hauptcluster.

Im linken unteren Teil von Abbildung 8. befindet sich der Hauptcluster I, der mit dem Oberbegriff „leichte psychische Krankheit“ überschrieben wurde. Er umfasst die Subcluster Ia, die von den Teilnehmern als „schwere psychische Krankheit“ beschrieben wurden. In diesen Clustern befinden sich folgende Begriffe:

Hauptcluster I – „Denkstörung“, „Gedächtnisprobleme“, „Stimmungsschwankungen“, „Angst haben“, „Nervosität“, „durch schlimme Erlebnisse“, „durch Depression“, „ein Psychologe“, „Psychotherapie“, „Medikamente“;

Subcluster Ia – „Halluzinationen“, „Wahn“, „Suizidgefahr“, „Verwirrtheit“, „merkwürdige Dinge erzählen“, „Angst erregen“, „gefährlich sein“, „man sollte es isolieren“, „durch Hirnstoffwechselstörung“, „durch psychische Empfindlichkeit“, „durch eine Hirnschädigung“, „ein Psychiater“, „psychische Krankheit“, „eine Klinik für psychisch Kranke“;

Unten in Abbildung 8. befindet sich der Hauptcluster II mit den Begriffen: „Persönlichkeitspaltung“, „Unkontrolliertheit“, „mangelnde Akzeptanz“ und „Unverständnis“. Meist wurde er mit dem Oberbegriff: „Persönlichkeitsspaltung“ bezeichnet.

Oben befindet sich der Hauptcluster III mit dem Oberbegriff: „somatische Erkrankung“. Hier wurden die Begriffe: „Übergewicht“, „merkwürdiger Gesichtsausdruck“, „ungepflegt“, „merkwürdiges Verhalten“, „Verlangsamung“, „mit der Krankheit nicht zurechtkommen“, „durch Unwissenheit über Erkrankung“, „genetisch veranlagt“, „ein Neurologe“, „ein Hausarzt“ und „Krankenhaus“ assoziiert.

Über den mittleren und rechten Bereich von Abbildung 8. erstreckt sich der Hauptcluster IV, der mit dem Oberbegriff: „niedriger sozialer Status“ belegt wurde. Er unterteilt sich in: Subcluster IVa – mit dem Oberbegriff: „finanzielle Probleme“ – und folgenden Unterbegriffen: „Beziehungsprobleme“, „nimmt niemand ernst“, „in der Gesellschaft abgelehnt werden“, „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“, „soziales Stigma“, „niedriger sozialer Status“, „keine Arbeit finden können“, „durch sozialen Druck“ und „Sozialdienst“; Subcluster IVb wurde folgendermaßen benannt: „mit der Umwelt nicht zurechtkommen“. Er umfasst die Begriffe: „Realitätsverlust“, „Kommunikationsprobleme“, „durch hohe Ansprüche an sich selbst“, „durch Drogen“, „durch familiäre Probleme“, „Familie“ und „Freunde“.

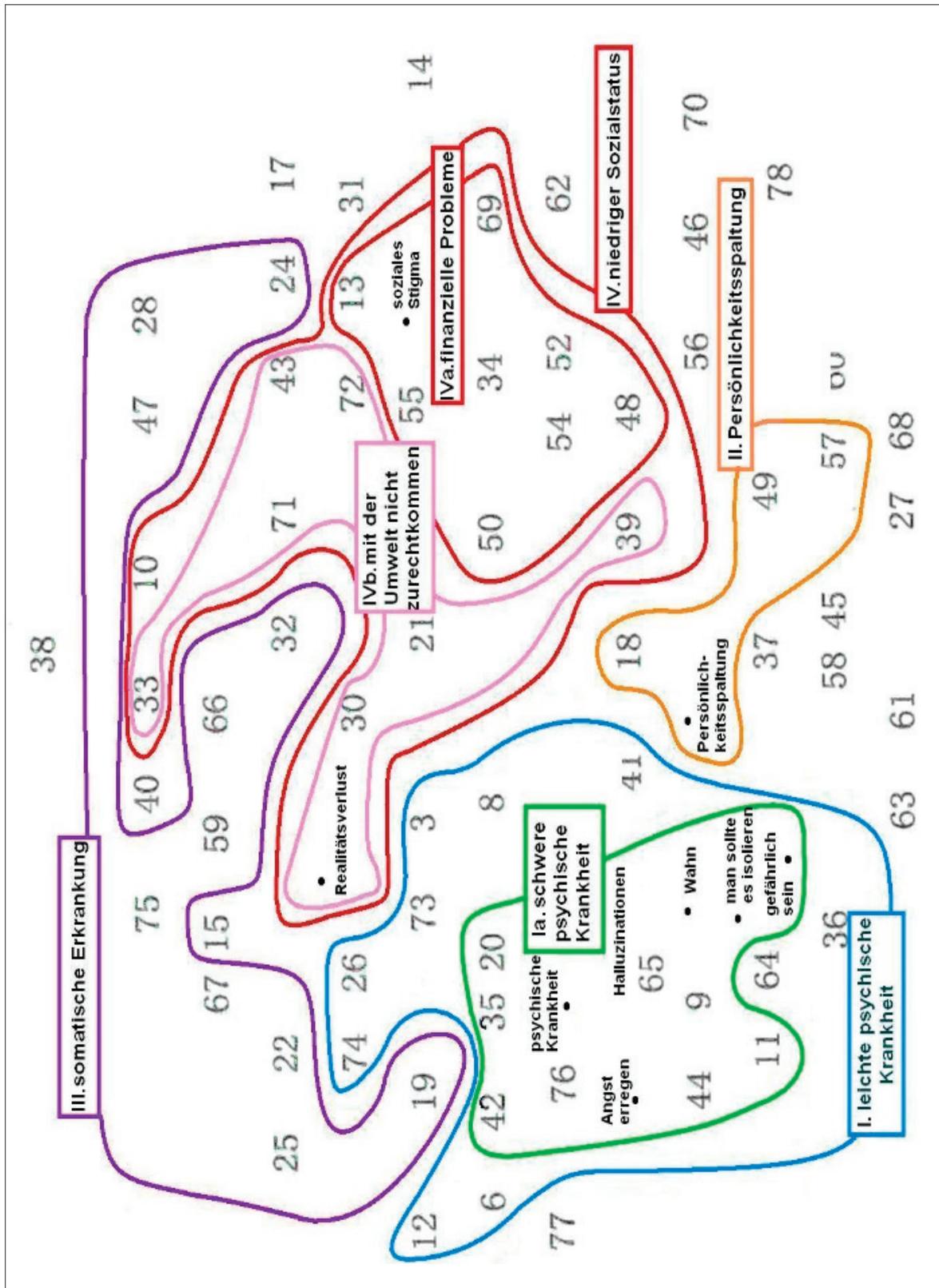


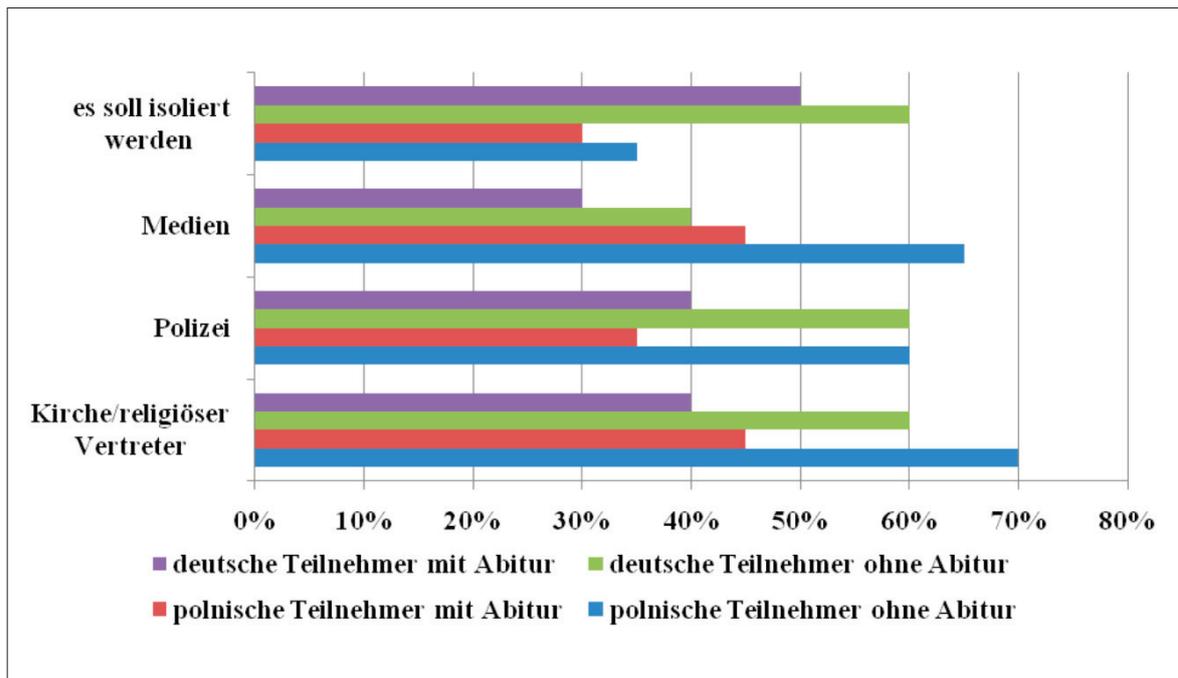
Abbildung 8 - Pile Sort - die polnischen Teilnehmer ohne Abitur¹¹.

11. Die im Pile Sort benutzte Begriffe sowie die verwendeten Nummern sind im Anhang unter 9.1. aufgeführt

4.3. Aussortierte Begriffe

Jeder der Teilnehmer konnte im Verlauf des Versuchs diejenigen von den 78 Begriffen aussortieren, die seiner Meinung nach nicht zu den abgebildeten Assoziationsgruppen passten.

Abbildung 9 Die am häufigsten aussortierten Begriffe.



Die Analyse der am häufigsten als „irrelevant“ beiseite gelegten Begriffe ergab:

In der Gruppe der deutschen Teilnehmer mit Abitur wurden am häufigsten, d.h. von 50% der Teilnehmer, die Begriffe: „man sollte es isolieren“¹² und „unsichtbar für die Umgebung“ aussortiert. 45% der Teilnehmer sortierten „Übergewicht“, „Polizei“ und „Kirche / religiöser Vertreter“ aus. Die deutschen Teilnehmer ohne Abitur hingegen sahen die Begriffe „Mangel an Fachhilfe“ (61%) sowie: „man sollte es isolieren“, „Polizei“ sowie „Kirche / religiöser Vertreter“ (jeweils 60%) als irrelevant an.

12. ein Begriff, der eine Abneigung für gemeinsame Behandlung der Schizophreniekranken und anderen Patienten (z.B. in einem allgemeinen Krankenhaus) und eine Bereitschaft zur Diskriminierung signalisiert

In der Gruppe polnischer Teilnehmer mit Abitur legten 45% die Begriffe „Kirche / religiöser Vertreter“ und „Medien“ zur Seite sowie 40% den Begriff „Polizei“. Dieselben Begriffe wurden auch von den polnischen Teilnehmern ohne Abitur aussortiert, und zwar zu folgenden Anteilen: 70%: „Kirche / religiöser Vertreter“, 65%: „Medien“ und 60%: „Polizei“.

Abbildung 9 zeigt eine Zusammenstellung der Begriffe mit dem Prozentsatz der Teilnehmer, die diese Begriffe in der jeweiligen Gruppe für irrelevant erachteten.

Abbildung 10 Prozentsatz der Teilnehmer, die die Bewertungen „Mangel an Fachhilfe“, „ungepflegt“, „Gestaltungspotenzial“ und „Übergewicht“ als unpassend für die gebildeten Assoziationsgruppen ablehnten.

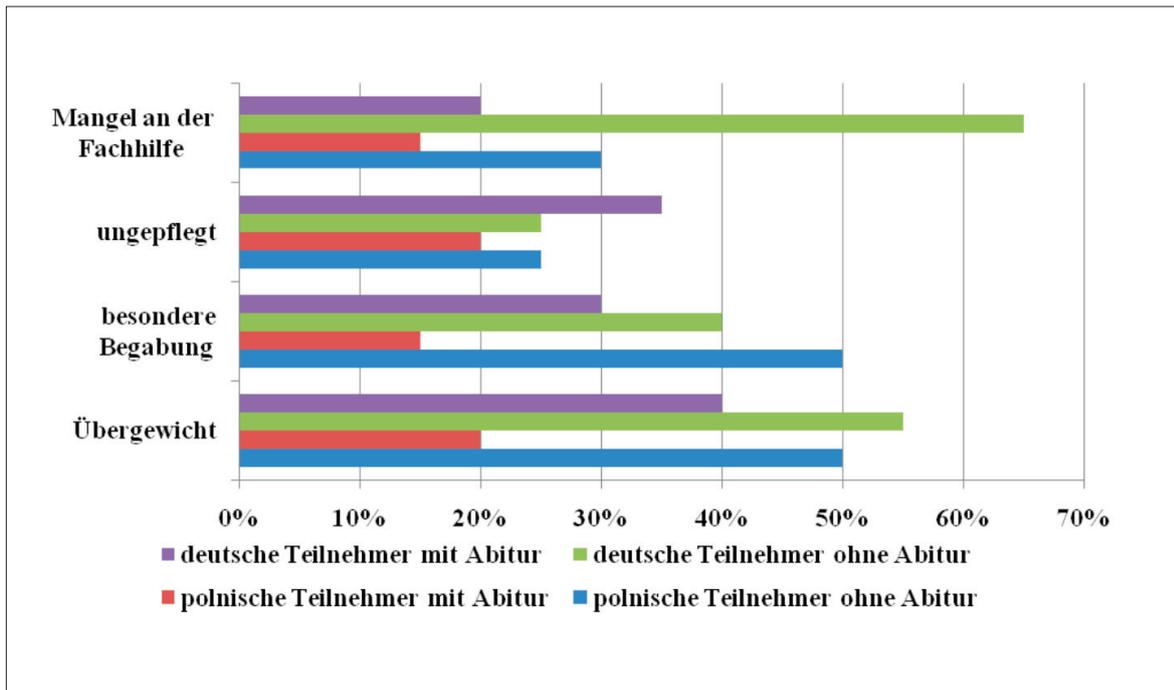


Abbildung 10 zeigt eine zusätzliche Zusammenstellung der Begriffe: „Mangel an Fachhilfe“, „ungepflegt“, „Gestaltungspotenzial“ und „Übergewicht“ sowie den Prozentsatz der Teilnehmer, die diese Begriffe in den jeweiligen Gruppen als unpassend für die gebildeten Assoziationsgruppen ablehnten.

4.4. Vergleich der Ergebnisse aller Gruppen

In der Vorbereitung auf diese Arbeit war geplant, dass die im Free Listing gesammelten Ausdrücke von den Teilnehmern im Pile Sort in Assoziationsgruppen zum Thema „Schizophrenie“ sortiert werden (siehe Seite 18).

Diese Aufgabenstellung verursachte bei einigen potenziellen Teilnehmern jedoch offenbar Unbehagen. Mehrere Personen verzichteten unter dem Hinweis auf mangelndes Wissen bezüglich des Themenbereichs „Schizophrenie“ auf die Teilnahme an der Untersuchung. Eine besonders starke Abneigung wurde unter den Teilnehmern ohne Abitur beobachtet. Im Endeffekt wurden die Teilnehmer lediglich darum gebeten, die vorbereiteten 78 Ausdrücke nach Ähnlichkeit in Gruppen einzuteilen (siehe Methodenkritik f: 74). Aus diesem Grund sollten als jegliche Erklärungsmodelle der Schizophrenien vornehmlich die Untergruppen wahrgenommen werden, die mit den Oberbegriffen „Persönlichkeitsspaltung“ und „schwere psychische Krankheit“ versehen wurden. Zusätzliche Subcluster können als Erklärungsmodelle für weitere mit psychischer Krankheit assoziierten Phänomene betrachtet und interpretiert werden.¹³

Unter den Assoziationsgruppen, die zu Mental Maps gruppiert wurden, gestalteten sich fünf Hauptkategorien heraus:

- schwere psychische Krankheit,
- Persönlichkeitsspaltung,
- andere („leichte“) psychische Störungen (vorübergehende Störungen, Gedächtnisprobleme, Angst, Depression, Suizidgefahr, Substanzmissbrauch, Kommunikationsprobleme)
- somatische Krankheit (nur in den polnischen Gruppen)
- niedriger Sozialstatus

13. Im ersten Teil der Untersuchung wurde auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ am häufigsten geantwortet: „Persönlichkeitsspaltung“ (62% der deutschen Respondenten und 16% der polnischen) und „schwere psychische Krankheit“ (14% der deutschen und 70% polnischen Respondenten).

In fast allen Fällen wurden in die Gruppe „schwere psychische Krankheit“ folgende Begriffe eingeordnet: „Halluzinationen“, „Wahn“ und „Verwirrtheit“ (letzteren Begriff ordneten die deutschen Teilnehmer mit Abitur einer eigenen Gruppe mit dem Titel „Demenz“ zu). Beide deutschen Gruppen ordneten dieser Gruppe auch den Begriff „eine schwere Erkrankung“ zu. Als Ursachen wurden hier in allen Fällen zugeordnet: „durch Hirnschädigung“, „Hirnstoffwechselstörung“ und „genetisch veranlagt“ (letzteren Ausdruck verortete die Gruppe der polnischen Teilnehmer ohne Abitur in dem Hauptcluster „somatische Erkrankung“). Als Hilfsmöglichkeiten wurden hier angegeben: „ein Psychiater“, „eine Klinik für psychisch Kranke“, „ein Neurologe“ und „Hirnforschung“ (die Gruppe der polnischen Teilnehmer ohne Abitur wählte nur die ersten beiden Ausdrücke). Zusätzlich wurden in den polnischen Gruppen die folgenden Ausdrücke gewählt: „man sollte es isolieren“, „Angst erregen“ und „gefährlich sein“. Diese Formulierungen sind nicht in den Hauptclustern „schwere psychische Krankheit“ auf den Mental Maps der deutschen Teilnehmer enthalten.

Den Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ ordneten sowohl die deutschen als auch die polnischen Teilnehmer mit Abitur der Kategorie „schwere psychische Krankheit“ zu, während die Teilnehmer ohne Abitur einen eigenen Hauptcluster mit diesem Ausdruck als Oberbegriff bildeten.

„Suizidgefahr“ befindet sich bei den deutschen Teilnehmern ohne Abitur innerhalb der großen Gruppe „leichte psychische Störung“ (Subcluster „Suizidgefahr“), wobei der Begriff: „Sozialdienst“ als Hilfsmöglichkeit ausgewählt wurde. Bei beiden polnischen Gruppen befindet sich der Begriff innerhalb des Hauptclusters „schwere psychische Krankheit“. Die deutschen Teilnehmer mit Abitur bildeten einen eigenen Hauptcluster „Suizidgefahr“, in dem neben Begriffen wie „Beziehungsprobleme“, „im Alltag nicht zurechtkommen“, „Mangel an Fachhilfe“ auch Ausdrücke wie „ein Psychologe“ und „Kirche / religiöser Vertreter“ als Hilfsmöglichkeiten auftauchen.

Ähnlich separierte die Gruppe der deutschen Teilnehmer mit Abitur die Punkte, die mit Gedächtnisstörungen zusammenhängen. Als Hilfsmöglichkeiten wurden hier angegeben: „Familie“ und

„Freunde“. Unter den Oberbegriffen für diese Assoziationsgruppe tauchte auch folgender Begriff auf: „erfordert ambulante Behandlung“. Die Teilnehmer beider polnischer Gruppen ordneten „Gedächtnisprobleme“ in die Kategorie „psychische Krankheit“ ein, die der Teilnehmer mit Abitur als „schwere“ und die ohne Abitur als „leichte“ Störung. Die deutschen Teilnehmer ohne Abitur ordneten den Begriff „Gedächtnisprobleme“ keinem der Hauptcluster zu, in der Mental Map befindet er sich aber im näherem Umfeld der Assoziationsgruppe: „schwere Krankheit“.

Für die untersuchten Begriffen bildeten die deutschen und die polnischen Teilnehmergruppen mit Abitur eine Gruppe unter dem Titel: „vorübergehend, bei jedem“. Die deutsche Gruppe bildete dabei einen großen Hauptcluster, der unter anderem folgende Begriffe enthält: „durch hohe Ansprüche an sich selbst“, „durch Stress“, „durch mangelnde emotionale Unterstützung“ und „durch Depression“. Als Hilfsmöglichkeiten wurden angegeben: „Therapiegruppen“ und „Psychotherapie“. Die polnischen Teilnehmer bildeten eine bedeutend kleinere Gruppe, die lediglich die Begriffe: „Realitätsverlust“, „Stimmungsschwankung“, „durch Depression“ und „durch Stress“ umfasste, keiner der vorgeschlagenen Begriffe wurde als Hilfsangebot angenommen.

Die Begriffe: „Realitätsverlust“, „durch Drogen“, „durch sozialen Druck“, „durch familiäre Probleme“, „Beziehungsprobleme“, „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“ und „Sozialdienst“ wurden von den deutschen wie von den polnischen Teilnehmern ohne Abitur zu einem gruppiert. Im Fall der polnischen Teilnehmer ist das allerdings der Hauptcluster „niedriger Sozialstatus“ mit den Hilfsmöglichkeiten „Familie“ und „Freunde“, während die Mental Map der deutschen Teilnehmer diesen Problembereich dem der „leichten psychischen Krankheit“ zuordnet und „Psychotherapie“ als Hilfsmöglichkeit angibt.

Nur die polnischen Teilnehmer nahmen bei den zur Analyse vorgelegten Begriffen eine Unterscheidung in somatische und psychische Krankheiten vor. Beide polnischen Gruppen

ordneten hier folgende Beschreibung ein: „mit der Krankheit nicht zurechtkommen“, die Gruppe der Teilnehmer ohne Abitur gab außerdem noch an: „Übergewicht“, „merkwürdiger Gesichtsausdruck“, „merkwürdiges Verhalten“, „ungepflegt“ und „Verlangsamung“. Als Hilfsmöglichkeiten schlugen beide Gruppen vor: „ein Hausarzt“ und „Krankenhaus“. Diese Assoziationsgruppen entstanden auf den Mental Maps der deutschen Teilnehmer nicht.

Alle Teilnehmergruppen bildeten einen Hauptcluster unter dem Titel „niedriger Sozialstatus“. In aller Regel wurden hier folgende Begriffe verortet: „von der Gesellschaft abgelehnt werden“, „keine Arbeit finden können“ und „soziales Stigma“. Außerdem ordneten beide deutschen Gruppen hier die Begriffe „ungepflegt“ und „Eingliederung“ zu. Als Hilfsmöglichkeit schlugen die deutschen Teilnehmer mit Abitur „Sozialdienst“ vor, während die ohne Abitur „Familie“ und „Freunde“ angaben. Beide polnischen Gruppen ordneten dieser Gruppe auch die Aussage: „nimmt niemand ernst“ zu und gaben „Sozialdienst“ als am ehesten geeignete Hilfsmöglichkeit an. Die Teilnehmer ohne Abitur gaben ähnlich wie die deutsche Parallelgruppe „Familie“ und „Freunde“ als Hilfsmöglichkeiten an.

4.5. Interpretation der im Pile Sort Verfahren gewonnenen Ergebnisse

Hier sollen die Gruppen von Ausdrücken, die sich um die beiden am häufigsten mit der Schizophrenie assoziierten Begriffe anlagern („Persönlichkeitsspaltung“ und „schwere psychische Krankheit“)¹⁴, einer genaueren Analyse unterzogen werden. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Stigmatisierung und Diskriminierung, daher sollen hier diejenigen Begriffe analysiert werden, die eine Offensichtlichkeit der vorliegenden Qualität beschreiben, sowie die Frage, ob diese kontrollierbar sind und ob sie Angst hervorrufen. Diese Faktoren bestimmen nämlich, wie stark eine Person stigmatisiert wird, der man diese Eigenschaft zuschreibt (Arboleda-Flórez 2003).

14. Im ersten Teil der Untersuchung wurde auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ am häufigsten geantwortet: „Persönlichkeitsspaltung“ (62% der deutschen Respondenten und 16% der polnischen) und „schwere psychische Krankheit“ (14% der deutschen und 70% polnischen Respondenten).

Auf allen vier Mental Maps entstanden assoziative Begriffgruppen mit dem Thema „psychische Krankheit“. Die Teilnehmer unterschieden dabei in der Regel zwischen „schwerer“ und „leichter“ Form.

Die Gruppe deutscher Teilnehmer mit Abitur separierte den Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ nicht von dem der „psychischen Krankheit“. Beide befinden sich in dem Hauptcluster „schwere psychische Krankheit“. Hier finden sich in der Regel keine unmittelbar stigmatisierenden Begriffe. Zwar befinden sich Begriffe wie „gefährlich sein“ und „Angst erregen“ in dem Hauptcluster „schwere psychische Erkrankung“, aber sie wurden in einen speziellen Subcluster unter dem Titel „Substanzenmissbrauch“ eingeordnet, wohingegen die Begriffe „Unkontrolliertheit“ und „man sollte es isolieren“ keiner Gruppe zugeordnet wurden.

Auf der Mental Map der deutschen Teilnehmer ohne Abitur befinden sich die Begriffe „Persönlichkeitsspaltung“ und „psychische Krankheit“ in unterschiedlichen Hauptclustern, was auf unterschiedliche Erklärungsmodelle für beide Phänomene hinweist. Der erste Begriff befindet sich neben vielen Eigenschaften, die das Aussehen und das Verhalten betreffen („merkwürdiger Gesichtsausdruck“, „merkwürdiges Verhalten“, „Selbstgespräche führen“, „merkwürdige Dinge erzählen“), was die Wahrnehmbarkeit und die negativen Assoziationen zu dieser Krankheit unterstreicht. Außerdem wurden hier Begriffe zugeordnet, die man als Ausdruck der Vorurteile gegenüber Schizophreniekranken und der damit verbundenen negativen emotionalen Reaktionen interpretieren kann („Unkontrolliertheit“, „gefährlich sein“, und „Angst erregen“).

Der Hauptcluster: „schwere psychische Krankheit“, der unter anderem die Begriffe „Halluzinationen“, „Wahn“ und „Verwirrtheit“ umfasst, beinhaltet keine deutlich stigmatisierenden oder negativen Eigenschaften.

Die Mental Map der polnischen Teilnehmer mit Abitur weist eine Hauptgruppe mit dem Titel „schwere psychische Krankheit“ auf, die den Subcluster „Persönlichkeitsspaltung“ umfasst.

Die Begriffe „Persönlichkeitsspaltung“ und „psychische Krankheit“ wurden zusammen mit dem Begriff „gefährlich sein“, „Angst erregen“ und „es soll isoliert werden“ hier eingeordnet.

Die polnischen Teilnehmer ohne Abitur bildeten einen eigenen Hauptcluster unter dem Titel „Persönlichkeitsspaltung“. Der Ausdruck: „Unkontrolliertheit“ signalisiert die Voreingenommenheit gegenüber den Schizophreniekranken, wohingegen die Begriffe „mangelnde Akzeptanz“ und „Unverständnis“ wiedergeben, wie man sich die Probleme vorstellt, denen sich die Erkrankten gegenübersehen (interessanterweise ist dies die einzige Teilnehmergruppe, die diese Ausdrücke in dem Hauptcluster zur psychischen Krankheit verortete). Bereits im Subcluster „schwere psychische Krankheit“ (Hauptcluster: „leichte psychische Krankheit“) finden wir die Begriffe: „gefährlich sein“, „es soll isoliert werden“ und „Angst erregen“.

Alle Begriffe, die auf eine Stigmatisierung oder Diskriminierung hinweisen („es soll isoliert werden“, „Angst erregen“ und „Unberechenbarkeit“) befinden sich auf der Mental Map der polnischen Teilnehmer in unmittelbarer Nähe der Begriffe „schwere psychische Krankheit“ oder „Persönlichkeitsspaltung“.

5. Zweiter Teil der Untersuchung : Leitfadeninterviews

5.1. Methodik

5.1.1. Durchführung

Zu den Gesprächen des zweiten Untersuchungsteils wurden jeweils acht Experten eingeladen (fünf aus Deutschland und drei aus Polen) sowie acht Patienten (auch fünf aus Deutschland und drei aus Polen). Als Untersuchungsmethode wurde ein Leitfadeninterview angewendet. Charakteristisch für dieses sind offene Fragen ohne Ausgangshypothesen, die den Inhalt der Antworten beeinflussen könnten. Besonderer Nachdruck wurde auf die Interaktion und den Dialog mit dem Respondenten gelegt, indem es erlaubt wurde, Meinungen zu äußern, die

die eigenen Erlebnisse und Erfahrungen in dem zu untersuchenden Thema widerspiegeln (Denzin 2000 vgl. auch Penka 2003).

Ins Gespräch wurden Gesprächsthemen aufgenommen, welche die alltäglichen Schwierigkeiten betrafen. Solche Probleme sind in der Praxis von besonderer Bedeutung.

Das Interview mit den Experten bestand aus vier offenen Fragen, die folgende Aspekte betrafen:

- Angaben zur Person (gefragt wurde nach: Wohnort, Nationalität, Ausbildung, beruflicher Tätigkeit und Erfahrungen im Bereich der Arbeit mit Schizophreniekranken)
- Persönliche Beobachtungen und Reflexionen in Hinblick auf die Krankheit und ihren Verlauf (angestrebt wurden insbesondere Informationen betreffend Faktoren, die die größte Rolle in der Ätiologie von Schizophrenie spielen, Bewältigungsstrategien, die die Patienten anwenden sowie Beispiele von Symptomen)
- Persönliche Beobachtungen und Reflexionen in Hinblick auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Krankheit (Auftreten von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung sowie Einfluss des Bildungsgrades oder der wirtschaftlichen Situation des sozialen Umfelds in diesem Bereich)
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Bereich der psychischen Gesundheit

Den Gesprächsverlauf mit Patienten skizzierten folgende Leitfragen:

- Fragen zur Person: der Patient wurde gebeten Angaben zu Alter, Wohnort, Nationalität und Bildungsgrad zu machen
- Fragen zum Alltag des Befragten (Fragen nach seiner Familie, seinem Freundeskreis, seinem Kollegenkreis sowie nach persönlichen Erfahrungen mit negativen Einstellungen oder ablehnendem Verhalten)
- Individuelles Erklärungsmodell der Schizophrenien und Krankheitsvorgeschichte (seit wann besteht die Krankheit, wann wurde die Diagnose gestellt, persönliche Meinung über Krankheitsursachen, welche Bewältigungsstrategien werden angewandt und welche

werden als besonders effektiv beurteilt)

- Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Gesundheitssystem in diesem Bereich

Jedes Interview wurde nach vorheriger Absprache und Erlaubnis von Seiten des Patienten aufgenommen. Lediglich im Falle einer polnischen Patientin, die in der Untersuchung mit Pat-PII bezeichnet wurde, wurde auf Grund der fehlenden Erlaubnis zur Tonbandaufnahme das Gespräch nur protokolliert. Die aufgenommenen Interviews wurden schriftlich transkribiert, ohne den Inhalt zu verändern. Anschließend wurde der Inhalt jedes Interviews in fünf thematische Kategorien aufgeteilt:

1. Ausdrücke oder Wendungen, welche oft in Verbindung mit Schizophrenie oder in ihrem Kontext angewendet werden
2. Bekannte Ursachen für die Erkrankung,
3. Eigenschaften, die von den Patienten selber und deren Umgebung den Kranken zugeschrieben werden
4. Häufige Probleme, auf die die kranken Personen in ihrem alltäglichen Leben stoßen
5. die geeignetsten Hilfsformen

Das Computerprogramm MAXqda unterstützte die Textanalyse der Interviewaussagen (Kuckartz 2007). Die relevanten Begriffe wurden anhand der Leitfragen und der aufgegriffenen Themen bestimmt (das sogenannte „Codieren“). Zum Beispiel kann das Codewort „Stigmatisierung“ in „Einfluss auf die Behandlung“, „Rolle der Medien“ und „Einfluss auf die Arbeitsmöglichkeiten“ untergliedert werden. Alle Interviews wurden im nächsten Schritt sorgfältig gelesen und die entsprechenden Textfragmente den einzelnen Codewörtern zugeordnet (das sogenannte „Sortieren“).

Die Interviews wurden mit Abkürzungen wie „Ex“ und „Pat“ gekennzeichnet, „Experten“ und „Patienten“ entsprechend. Die deutschen Respondenten erhielten zusätzlich die Abkürzung „De“ und die polnischen „Pl“. Auf diese Weise entstanden vier Abkürzungen: „Ex-De“,

„Ex-Pl“, „Pat-De“, „Pat-Pl“, denen Ordnungszahlen zugefügt wurden, und zwar entsprechend der Reihenfolge der durchgeführten Interviews.

5.2. Teilnehmer

Die Patienten wurden mit dem Projekt durch ihre Psychiater, Psychologen, Therapeuten sowie Sozialarbeiter in psychiatrischen Kliniken in Cottbus, Berlin, Bydgoszcz und Świecie bekannt gemacht. Diejenigen Personen, die an dem Projekt Interesse zeigten, empfahlen dieses oft weiter und versuchten andere von der Teilnahme an diesem zu überzeugen. Besondere Hilfe kam von Seiten der Ärzte aus Cottbus und der psychiatrischen Klinik „Charité Mitte“ in Berlin, da diese als Teilnehmer die Patienten ihrer Abteilungen rekrutierten. Die polnischen Patienten sind Mitglieder des Klubs für Schizophreniekranken der Stadt Bydgoszcz. Alle Patienten nahmen freiwillig teil, nachdem sie über das Ziel der Interviews aufgeklärt worden waren.

5.2.1. Kurzcharakteristik : Experten aus Deutschland und Polen

5.2.1.a. Experten aus Deutschland

Experte Nr. 1 (Ex-De1): ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Er besitzt außerdem eine Zusatzausbildung als Verhaltenstherapeut. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit seit 1987 liegt im Bereich Psychotherapie (Behandlung, Fortbildungen für Patienten und Angehörige, Seminare für Öffentlichkeitsarbeit). Aktuell tritt er leitende Stelle in der Klinik der Psychiatrie und Psychotherapie an, wobei der Anteil der Arbeit mit Schizophreniekranken bei 25% liegt.

Expertin Nr. 2 (Ex-De2): ist promovierte Psychiaterin und Psychotherapeutin. Ihre Berufserfahrung sammelte sie in der Landesklinik, auf einer Station für langfristigen Behandlung chronisch psychisch Kranker, auf der Tagesstation sowie auf der geschlossenen Station. Sie verfügt über mehrjährige Erfahrung als Oberärztin in einer Klinik für Abhängige und ist Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Experte Nr. 3 (Ex-De3): ist promovierter Psychiater, Neurologe und Psychotherapeut. Seit 23 Jahren ist er in ständigem beruflichen Kontakt mit Schizophreniekranken. Seit einigen Jahren ist er in seiner eigenen Praxis tätig.

Experte Nr. 4 (Ex-De4): ist ein Kunsttherapeut. Er absolvierte die Kunstakademie. Vor einigen Jahren begann er mit seiner Arbeit in der Klinik der Psychiatrie und Psychotherapie. Dort arbeitet er seitdem als Ergotherapeut. Bei seinen Therapien arbeitet er unter anderem mit schizophreniekranken Patienten.

Expertin Nr. 5 (Ex-De5): In ihrem Beruf arbeitete sie in der Altenpflege und im psychosomatischen Bereich. Seit mehreren Jahren ist sie als Sozialarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie tätig. In vielen ihrer Tätigkeitsbereiche kommt sie mit Schizophreniekranken in Kontakt. Die berufliche und soziale Wiedereingliederung der Patienten nach einer akuten Phase einer Schizophrenie stehen im Mittelpunkt ihrer Arbeit.

5.2.1.b. Experten aus Polen

Die drei polnischen Experten arbeiten in der Landeslinik- einem Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Trägerschaft der Woiwodschaft Kujawsko-Pomorskie.

Expertin Nr. 1 (Ex-Pl1): ist Psychiaterin und ehemalige Mitarbeiterin der psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses in Bydgoszcz. Seit 2005 ist sie als Ärztin in der Landeslinik tätig. Dort konzentriert sie sich beruflich auf die Behandlung von Schizophreniekranken, die überwiegend an einer chronischen Form der Krankheit leiden.

Experte Nr. 2 (Ex-Pl2): arbeitet in der Landeslinik. Er ist Diplompsychologe. Seine Berufserfahrung sammelte er während seiner Arbeit mit Menschen, die an einer Psychose leiden, und die er seit mehreren Jahren therapiert. Derzeit liegen die Schwerpunkte seiner praktischen Arbeit in der Psychoedukation für Patienten und Angehörige.

Expertin Nr. 3 (Ex-Pl3): Im Jahre 1992 absolvierte sie das Medizinstudium in Bydgoszcz. Seit 15 Jahren arbeitet sie in der Landesklinik, seit vielen Jahren als Chefärztin. Auf ihrer Station werden überwiegend Patienten mit einer chronischen Form der Erkrankung behandelt. Außerdem ist sie in ihrer eigenen Praxis in einer kleinen Stadt in der Nähe der Klinik tätig.

5.2.2. Kurzcharakteristik : Patienten aus Deutschland und Polen

5.2.2.a. Patienten aus Deutschland

Patientin Nr. 1 (Pat-De1): Frau P. ist 59 alt und studierte Sozialpädagogik sowie Psychologie an der Universität in Lübeck. Die erste Krankheitsepisode im 1972 hinderte sie daran zu promovieren. Trotz der Krankheit war sie bis 1986 als Lehrerin tätig. Sie ist Rentnerin, arbeitet nebenbei aber in der schulischen Administration.

Patient Nr. 2 (Pat-De2): Herr T. ist 36 Jahre alt und Absolvent der TU Berlin. Er kommt aus Thüringen, wohin er nach Abschluss seines Studiums zurückkehrte. Die erste Krankheitsepisode trat in Thüringen auf, wo er anfangs behandelt wurde. Nach Absetzen der Medikamente kam es zum Rezidiv, während dessen er nach Berlin kam. Momentan wird er in der psychiatrischen Klinik behandelt.

Patientin Nr. 3 (Pat-De3): Frau R. ist 35 Jahre alt und kommt aus Bayern. Ihre erste Krankheitsepisode trat vor 14 Jahren in Gießen auf, wo sie auch in der dortigen Klinik behandelt wurde. Sie brach die Therapie wegen einer subjektiv schlechten Beziehung zu ihrem Arzt ab. Momentan befindet sie sich in der Psychiatrischen Klinik.

Patient Nr. 4 (Pat-De4): Herr T. ist 46 alt, schloss die Hauptschule ab und ist gelernter Verkäufer. Seit 2003 wurde er drei Mal aufgrund von psychotischen Episoden stationär psychiatrisch behandelt. Seit 2003 ist er in Rente. Er stammt aus der Nähe von Stuttgart, von wo er vor einigen Wochen zusammen mit seiner Lebensgefährtin nach Berlin zog.

Patientin Nr. 5 (Pat-De5): Frau L. ist 53 alt. Zurzeit arbeitet sie nicht. Sie hat 2 Kinder, die sich in einem Heim befinden. Ihre Krankheit besteht seit 8 Jahren, momentan wird sie stationär behandelt.

5.2.2.b. Patienten aus Polen

Patientin Nr. 1 (Pat-Pl 1): Frau X ist 32 alt, kommt aus einer Großstadt, stimmt einer Bandaufnahme des Gesprächs nicht zu und lehnt die Angabe ihrer Initialen ab, sie möchte anonym bleiben. Nach dem Studienabschluss nahm sie keine Arbeit auf. Sie hat ein 1,5 jähriges Kind. Vor 13 Jahren wurde bei ihr Schizophrenie diagnostiziert. Sie nimmt keine Medikamente und konsultiert auch keinen Arzt.

Patient Nr. 2 (Pat-Pl 2) : Herr Z. kommt aus einer Kleinstadt. Er hat ohne Abitur eine Berufsausbildung abgeschlossen. Die Schizophrenie begann bei ihm während des Militärdienstes. Er wurde bereits mehrere Male hospitalisiert. Derzeit lebt er in einer eigenen Wohnung und seit einigen Jahren arbeitet er daran, seine Erfahrungen zu beschreiben, die er anschließend im Internet veröffentlichen möchte.

Patientin Nr. 3 (Pat-Pl 3) : Frau N. ist 37 Jahre alt. Nach dem Abitur schloss sie eine Berufsausbildung als Physiotherapeutin ab sowie eine weitere in der Touristikbranche. Die Krankheit begann vor 8 Jahren, die zweite Episode kam nach der Geburt ihres Sohnes, bei dem die Ärzte das Down-Syndrom diagnostizierten. Derzeit bleibt sie in ambulanter Behandlung.

6. Ergebnisbeschreibung der Leitfadeninterviews

6.1. Versorgung der Schizophreniekranken in den beiden Ländern

Mangelnde Einsicht hinsichtlich des Vorliegens einer Erkrankung und der Notwendigkeit einer Therapieaufnahme stellen sicherlich das größte Hindernis im Zugang zu den Hilfsangeboten dar: *„Generell ist natürlich eine Erkrankung uneinsichtiger Patienten, egal welche tollen Systeme es gibt, schwierig aufzufangen. Und da kann man auch schlecht sagen: der Grund liegt im schlechten Gesundheitssystem“* (Ex-De2: 232-234)¹⁵. In den akuten Phasen der Erkrankung verfolgen die Aktivitäten der Patienten eher das Ziel, einer medizinischen Intervention aus dem Wege zu gehen als diese zu suchen. Dies bestätigt die Analyse der Patientenaussagen: *„Ich bin am liebsten zu Hause. Diese Therapien ...das kann mir auch nicht viel helfen“* (Pat-De5: 47), *„Ich war damals in meiner Welt gefangen, die Worte des Arztes hinsichtlich der Medikamente und ähnliches.....ich wollte es alles nicht wahrhaben. Ich war den Gesprächen mit dem Psychologen nicht zugänglich...ich wollte nur entlassen werden“* (Pat-Pl3: 124-126). Einer der Patienten sah in den Symptomen der fortschreitenden Krankheit sogar eine Folge der Therapie, der er sich unterzog (Pat-Pl2: 128-130).

6.1.a. Zur Situation in Polen

Aufgrund der Transformation des polnischen politischen Systems samt der ökonomisch-sozialen Veränderungen verstärkten sich soziale Gefährdungen und zwar nicht nur in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Migration der weniger leistungsfähigen Menschen, sondern es kam auch zur Vermehrung der bisherigen gesundheitlichen Gefahren – insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit (Sawińska 2004).

Ein schlecht funktionierendes Gesundheits- sowie Sozialhilfesystem ist den neuen Herausforderungen nicht gewachsen. Objektiv bewertet „stellt das polnische System zurzeit eine

15. Im Folgenden wird auf die Interviews in abgekürzter Form verwiesen, z.B. Interview mit deutschem Experten Nr1, Zeile 345 = Ex-De1: 345.

seltene Mischung aus zentralistischen und dezentralistischen, legalen, semilegalen und völlig inoffiziellen Lösungen dar. Der polnische Gesundheitssektor steht vor der dringenden Notwendigkeit einer Umstrukturierung“ (Sowada 2004).

Im Hintergrund des „allgemeinen Chaos“, welches im polnischen Gesundheitssystem herrscht, stellt sich die Situation der Fürsorge im Bereich der psychischen Gesundheit besonders dramatisch dar. In der letzten Bewertung der Obersten Rechnungsprüfungsbehörde (NIK 2008) wurde kein System komplexer Fürsorge für Kranke mit psychischer Behinderung geschaffen. Es wurden auch keine Regelungen zugunsten der Integration und des Wiedereintritts von psychisch Kranken in das soziale Leben beschlossen, welche die Anpassung an Organisationsformen der psychischen Behandlung berücksichtigen, die in der EU gefördert werden. Hier sind zusätzliche Daten über die Auflagen des NFZ¹⁶ für die psychische Fürsorge im Jahre 2006, die von struktureller Diskriminierung der Patienten mit psychischen Behinderungen zeugen: Im Jahr 2006 betragen die Kosten ungefähr 1 169 877 Zloty, was 3,2% aller Ausgaben des NFZ für Gesundheitsleistungen ausmacht, während in der Indikator in den alten EU-Ländern in einem Bereich um ca. 10% liegt.

Ungünstig fällt auch die Bewertung des Zugangs zur psychiatrischen Beratung aus: 2006 wurde in Polen in psychiatrischen Beratungsstellen ungefähr 1,5 Millionen Menschen geholfen, was 4% der Population entspricht. In den alten EU-Ländern wurde in derselben Zeit 11% der Population im Bereich der psychischen Fürsorge geholfen.

Im Krankenhauswesen spielen die ungleichmäßig verteilten, großen psychiatrischen Krankenhäuser, die im Allgemeinen über sehr bescheidene Aufenthaltsbedingungen verfügen und die in der Regel sehr große Regionen des Landes versorgen, eine allzu große Rolle. Immer noch ist die Zahl der psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern sehr klein. Sehr gering ist überdies der Anteil der häuslichen Pflege (nur ungefähr 22 Nieder-

16. In Polen wird das Gesundheitssystem durch Versicherungsbeiträge des Nationalen Gesundheitsfonds (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ) finanziert.

lassungen im ganzen Land), die eine intensivere Betreuung und Behandlung von Kranken unter häuslichen Bedingungen ermöglicht (Wciórka 2004)¹⁷.

Es existieren praktisch keine Einrichtungen der geschützten Unterbringung in Wohnheimen. Dürftig und undifferenziert ist auch das Angebot im Bereich der Berufsrehabilitation (Wciórka 2004). Die letzten Jahre der chaotischen Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens führten zu vielen schlecht kontrollierten und schwach koordinierten Veränderungen in diesem System (Myślińska 2008).

Am besorgniserregendsten sind die Desorganisierung im Bereich der ambulanten Betreuung sowie der Belastungsanstieg der Krankenhäuser, die in dieser Situation den Mangel anderer, in der Regel billigerer Organisationsformen kompensieren (Wciórka 2004).

Momentan führt der eingeschränkte Zugang zur psychiatrischen Beratung sowie die Einstellung psychischen Krankheiten gegenüber zu einer eingeschränkten Bereitschaft der Gesellschaft, Beratungen solcher Art in Anspruch zu nehmen (Sawińska 2004).

6.2. Medizinische Versorgung

6.2.a. in Deutschland

In den Aussagen der deutschen Fachleute tauchen kritische Anmerkungen hinsichtlich des Systems zum Schutz der psychischen Gesundheit relativ selten auf. Die Grundversorgung der Patienten ist durch die Behandlung im Krankenhaus und ambulante Versorgung gewährleistet. Moderne Medikamente sind allen Patienten zugänglich (Ex-De1: 189-190). Die Schizophreniekranken in medizinischer Behandlung bestätigen die Beobachtungen der Fachleute (Pat-De4: 56-57, Pat-De1: 185-186).

17. Momentan verfügt die psychiatrische Betreuung in Polen (38.000.000 Bewohner) über ein Netz von über 1300 unterschiedlich spezialisierten Beratungsstellen, darunter etwas mehr als 160 unterschiedliche Tagesabteilungen. Es gibt ungefähr 120 psychiatrische Abteilungen, die sich in allgemeinen Krankenhäusern befinden (ungefähr 500 Betten) und 53 große psychiatrische Krankenhäuser (ungefähr 22000 Betten). Für chronisch Kranke sind lediglich Niederlassungen der Sozialhilfe sowie Häuser der Sozialhilfe vorgesehen.

6.2.b. in Polen

Die Aussagen der polnischen Fachleute enthalten viele kritische Anmerkungen, sie empfinden vor allem die Finanzierung als unzureichend und bemängeln die mangelhafte Organisation der Einrichtungen, in denen psychiatrische Behandlungen vorgenommen werden, was im Übrigen der allgemeinen Situation des polnischen Gesundheitswesens entspricht (Sowada 2004): *„Wenn man die ganze Sache in Zusammenhang mit dem Fortschritt der Zivilisation betrachtet, so wird es bei uns immer schlimmer. (...) das Veränderungstempo in der Psychiatrie ist langsamer als in anderen Bereichen, auch als in anderen medizinischen Bereichen. Wenn man die jetzige Situation mit der in den 70er Jahren vergleichen würde (also mit der Zeit, wo sich die politischen Veränderungen in der Psychiatrie widergespiegelt haben), könnte man sagen, dass die Veränderungen damals deutlich waren. Die Veränderungen in der Psychiatrie kommen heutzutage den Folgen des Lebenstempos und der alltäglichen Probleme nicht hinterher“* (Ex-PI2: 140-146 vgl. auch: Lisowska 2003).

Die Organisation der stationären Behandlung wird als sehr schlecht beurteilt. Oftmals werden in den Krankenhäusern aufgrund fehlender geeigneter Räumlichkeiten und mangelnder Finanzierung keine weiteren Behandlungen durchgeführt (Ex-PI2:151-153). Trotz dieser Einschränkungen bleiben die Krankenhäuser angesichts mangelnder Tagesbetreuungseinrichtungen und der schwach entwickelten ambulanten Behandlung oftmals die einzige Anlaufstelle, vor allem für chronisch Kranke. Die psychiatrische Abteilung wird nicht nur als ein Ort verstanden, an dem medizinische Probleme im Zusammenhang mit der Behandlung der Krankheit gelöst werden sondern auch als *„eine Entlastung für die Familie, wenn sie mit der Betreuung überfordert ist“* oder als *„ein Ort, wo die Schizophreniekranken andere Kranke treffen, wo sie auch verstanden und angehört werden“* (Ex-PI3: 161-165).

Jeder Versicherte hat das Recht einen Psychiater ungefähr ein mal in drei Monaten zu konsultieren, für einen solchen Besuch sind vom nationalen Gesundheitsfonds NFZ¹⁸ etwa 9

18. In Polen wird das Gesundheitssystem durch Versicherungsbeiträge des Nationalen Gesundheitsfonds (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ) finanziert.

PLN (ca. 3 Euro) und ein Zeitrahmen von 10 Minuten vorgesehen. *„Wenn sich ein Schizophreniepatient eine private Betreuung leisten kann, dann sieht es ganz anders aus...es sind aber nur wenige, die sich das leisten können...“* (Ex-PI3: 140-142). Die Ärzte versuchen, die Mängel im Versorgungssystem durch persönlichen Einsatz zu lindern: *„Auch wenn es lange Wartezeiten gibt und der Schizophreniepatient sich dabei vielleicht unwohl fühlt, so findet er einen Psychiater, zu dem er Vertrauen haben kann. Er kann sicher sein, dass der Psychiater ihm nie absagen wird, nur weil er an diesem Tag zu viele Patienten hat“* (Ex-PI1: 173-178).

Ähnliche Beobachtungen finden sich in den Patientenaussagen: *„Ich bleibe in der Behandlung bei der Frau Doktor, die ich im Krankenhaus kennen lernte. Ich schätze Sie sehr, obwohl es nicht einfach ist, einen Termin bei ihr zu bekommen (...) ich rufe sie an, dann ruft sie mich zurück und sagt, ob ich jetzt kommen darf oder nicht. Sie hat viele Patienten“* (Pat- PI3: 112-114).

In den Aussagen der polnischen Fachleute tauchen durchgehend Beispiele für den Mangel an effektiver sozialer und finanzieller Hilfe auf. Dieses Problem hat Auswirkungen auf die Verfügbarkeit moderner Medikamente, die in der Krankenhaustherapie nicht zur Verfügung stehen. Beim Ausstellen des Rezeptes muss der Arzt mit berücksichtigen, ob die finanziellen Möglichkeiten des Patienten diesem eine Einlösung des Rezeptes auch ermöglichen (Ex-PI1: 195-197).

6.3. Soziale Versorgung

6.3.a. in Deutschland

Die Fachleute in Deutschland beurteilen die außermedizinische Versorgung positiv. Vor allem in den großen Städten haben Hilfe suchende Patienten gute Chancen, professionelle Unterstützung zu erhalten (Ex-De5: 125-128). Zwar beschränken sich die staatlichen Finanzhilfen oftmals auf ein Minimum, doch bleibt kein Patient ohne Mittel zum Lebensunterhalt (Ex-De1: 187-189).

Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, ein eigenständiges Leben in der Gesellschaft zu führen, kann nach entsprechender Antragstellung auf rechtlicher Grund-

lage ein Beistand (Betreuer) zugewiesen werden, der ihnen bei amtlichen und Verwaltungsformalitäten behilflich ist. Der Beistand wird teilweise aus den dem Patienten zur Verfügung stehenden Mitteln bezahlt (Ex-De5: 95-104).

Vom therapeutischen Standpunkt aus erscheinen die Alternativen zum eigenen Zuhause wie „betreute Wohnung“, „betreute Wohnstätte“ oder „eine eigene Wohnung mit einer ambulanten Betreuung“ wertvoll. Dies gilt insbesondere für jüngere Patienten, bei denen das Verlassen der bisherigen Umgebung unmittelbaren Einfluss auf die Therapie hat (Ex-De1: 37-40).

Die Entscheidung darüber, welche Unterstützungen im Bereich des Wohnens jeweils angebracht sind, wird von Fall zu Fall individuell getroffen. Verlauf und Schwere der Erkrankung sind ausschlaggebend dafür, welche Chancen auf eine Rückkehr ins Berufsleben bestehen. „Viele versuchen auch ihre Ausbildung fortzusetzen oder ins Studium zurückzukehren (...) Das Problem ist eher halt, dass die Belastungen zu groß sind und dass diese Belastungen häufig auch zum Rezidiv führen. (...) wenn dass entsprechende Potential auch da war, dass zum Teil auch Möglichkeiten gefunden worden sind, für z. B eine Umschulung, oder übers Berufsförderungswerk“ (Ex-De1: 66-67 und 72-76).

Die alternativen Formen der Tagesbetreuung sind für diejenigen Personen vorgesehen, die nicht im Stande sind, eine unterbrochene Ausbildung bzw. die Ausübung ihres Berufes wieder aufzunehmen: „Dazu gibt's Tagesstätten, viele Möglichkeiten der Tagesstrukturierung oder eben auch Behindertenwerkstätten“ (Ex-De5: 47-48).

Ähnlich wie im Fall der stationären Behandlung stellt mangelnde Einsicht in das Vorliegen einer Erkrankung eine Barriere dar, die den Kranken den Zugang zu den entsprechenden Hilfsangeboten erschwert: „ (...) das liegt noch daran, dass die Patienten sich gar nicht helfen lassen wollen. Und dann, wenn sie noch an diesem Punkt sind, dass sie gar kein Verständnis für ihre Krankheit haben, warum sollen die Hilfe annehmen“ (Ex-De5: 33-35).

6.3.b. in Polen

Nach Einschätzung der Fachleute in Polen ist eine ausreichende außermedizinische Versorgung von Schizophreniekranken, die diesen eine Rückkehr ins gesellschaftliche Leben ermöglichen würde, nicht gewährleistet.

Die Einschätzung der Lebensbedingungen von Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, ist ernüchternd: *„Also meine Patienten, mit chronischer Schizophrenieform haben so gut wie keine Bewältigungsstrategien, weil ihnen auch keine Chance dazu gegeben wurde. Sie bekommen keine Hilfe. Sie haben keine Chance auf ein normales Leben“* (Ex-PI3: 25-27).

Finanziell wird der Lebensunterhalt meist von einer Rente bestritten. Bedingung für die Zahlung einer Rente ist die Einschätzung, dass der Status einer Behinderung vorliegt. Dieser schließt wiederum die Aufnahme einer legalen Arbeitsaufnahme aus: *„Unsere schizophrenen Patienten müssen gründlich begutachtet werden, um gutes Geld zu bekommen und als arbeitsunfähig zu gelten (...). Sie bekommen ihre Rente und müssen damit zufrieden sein. In der Realität könnten viele Arbeit aufnehmen, weil die Remissionszeiten zwischen den Krankheitsepisoden sehr lang sind“* (Ex- PI3: 77-83).

Das vor dem Umbruch in Polen bestehende System der sozialen Psychiatrie wurde abgebaut (Skarbek 2004). Gegenwärtig gibt es keine befriedigenden Lösungen im Bereich der sozialen Betreuung psychisch Kranker. Da das bestehende System keine Lösungen bietet, ist das Engagement der Familie für das Schicksal der Patienten entscheidend. Alternativen zur Unterbringung in der Familie, wie z.B. „Hostels“ oder „betreute Wohnungen“, befinden sich noch in der Anfangsphase. Daher kehren die Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zumeist in ihr häusliches Umfeld zurück, was oftmals zum Fehlschlagen der Therapie beiträgt. Die Fachleute betonen, dass eine effektiv organisierte Unterstützung der Patienten nach Verlassen des Krankenhauses die Häufigkeit und Zahl der stationären Aufenthalte wesentlich verringern würde (Ex-PI3: 70-72).

Das Gesetz sieht vor, dass der Arzt einen Betreuer für den Patienten beantragen kann. Das System funktioniert jedoch nicht effektiv, da auf die einzelnen Betreuer eine zu große Zahl von zu Betreuenden fällt (Ex-PL3: 63-64). In der Praxis kommt es auch vor, dass Personen, die sich zur Übernahme der Betreuerfunktion bereit erklären, nicht hinreichend überprüft werden. So bringt die Zuweisung eines Betreuers nicht immer eine wesentliche Verbesserung der Situation des Patienten, in Extremfällen kann sie sogar eine Verschlechterung der Situation bedeuten: *„Wir hatten auch einen untergebrachten Patienten, dessen Betreuerin, das muss man so sagen, Alkoholikerin war. Er war bei uns auf der Station, er bekam keine Rente, seine Betreuerin erhielt diese. Sie besuchte ihn über 6 Monate hinweg überhaupt nicht, und er hatte kein Geld. Wir versuchten das zu klären, das Amt, das das Geld auszahlte, wusste von der ganzen Sache gar nichts“* (Ex-P11: 90-95).

Die Hilfen von staatlicher Seite bei der Einrichtung von Arbeitsplätzen für Schizophrenie- kranke sind nicht ausreichend: *„Das, was gemacht worden ist: es ist alles zu wenig. Die geschützten Arbeitsplätze, die Arbeit für Schizophreniekranken, die existiert einfach nicht. In bestimmten Zentren, z.B. im Süden: Krakau oder so, da macht man was, aber das ist alles zu wenig“* (Ex-P12: 147-150, vgl. auch: Ex-P13: 74-77).

Ein Ausschnitt aus dem Bericht eines Patienten, der von seinen eigenen Erfahrungen als Arbeiter in einem Betrieb mit geschützten Arbeitsplätzen erzählt, bestätigt die schwierige Situation auf dem Markt für geschützte Arbeitsplätze und die unlautere Herangehensweise der Arbeitgeber an dieses Problem: *„Dadurch, dass diese Arbeitsplätze entstanden sind, konnten die privaten Unternehmen eigene Geschäfte entwickeln. Ihnen wurden damals große Geldsummen für die Gründung der geschützten Arbeitsplätze zugesagt. Ich war ein Augenzeuge dessen, dass ein Arbeitgeber gesunde Arbeitnehmer zum Vorstellen einer gefälschten Gesundheitsbescheinigung gezwungen hat, um für diese gesunden Menschen auch eine Rückzahlung des Einkommens zu bekommen.“* (Pat-P12: 21-27).

Es gibt zu wenige Formen der Tagesbetreuung für Patienten, die nicht in der Lage sind, eine Arbeit aufzunehmen. Abteilungen mit Tagesbetreuung sind auch in den großen Städten nach wie vor eine große Seltenheit. In den wenigen bestehenden Einrichtungen beträgt die Wartezeit auf einen Platz bis zu drei Monate (Ex-PL3: 194-195). Die Mängel in der Betreuung außerhalb des Krankenhauses schmälern die Chancen auf eine Rückkehr ins gesellschaftliche Leben jenseits des Familienkreises: „*Üblicherweise bleiben sie (die Schizophreniepatienten) zu Hause und beschäftigen sich mit dem Haushalt, das ist auch eine Therapieform, vielleicht...*“ (Ex-Pl1: 109-110).

6.4. Verbesserungsvorschläge

6.4.a. in Deutschland

Zu verbessern sei die Akutversorgung der psychisch Kranken in Deutschland (Ex-De1: 214-227). Das Wesen der Erkrankung bringt es mit sich, dass nicht alle Patienten in der Lage sind, sich selbständig entsprechende Hilfe zu suchen oder überhaupt zu der Einschätzung zu kommen, dass sie eine solche Hilfe in der gegebenen Situation benötigen. Die positiven Symptome und das Verhalten in der akuten Krankheitsphase verursachen im Umfeld Angst und Ablehnung. Mehrfach wurde hervorgehoben, dass die Handlungsunfähigkeit in solchen Fällen zur Verstärkung des negativen Images der Krankheit in der Einschätzung der Öffentlichkeit beiträgt (Ex-De2: 287-289 vgl. auch Ex-Pl3: 176-183). Wenn sich der Zustand eines Patienten verschlechtert, ohne dass es dabei zu offensichtlicher Selbst- oder Fremdgefährdung kommt, sind Familie und Betreuer oftmals ratlos (Ex-De1: 215-226).

Weiteren Verbesserungsbedarf sehen die Fachleute bei der Einstellung, die Ärzte anderer Fachgebiete gegenüber psychisch Kranken haben (Ex-De2: 241-245) und bei der Zusammenarbeit zwischen Sozialbetreuung und Arbeitsämtern bei der Lösung der Probleme der Betreuungsbedürftigen: „*Ich hätte gern mehr Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Behörden, das ist manchmal so schwierig. Wie rufen dann an, und wir bekommen keine Auskunft; sie berufen sich dann immer auf den Datenschutz. (...) die Schwierigkeiten sind dann*

mit dem Jobcenter, Krankenkassen, Versicherungsträgern (...) Da würde ich mir wirklich mehr Kooperation und Zusammenarbeit wünschen“ (De-Ex5: 82-89).

6.4.b. in Polen

Die Fachleute in Polen erwarten Veränderungen in der Struktur und in der Finanzierung des gesamten polnischen Systems zum Schutz der psychischen Gesundheit.

Als vorrangig wird hier das Problem einer ambulanten Betreuung gesehen, die es den an Schizophrenie erkrankten Patienten ermöglichen würde, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Diesem Problem wird mehr Bedeutung zugemessen als dem der Finanzierung moderner Medikamente, die nach Ansicht der Fachleute *„nicht alle Ängste des Patienten bewältigen“*, *„dem Patienten kein soziales Umfeld erschaffen“* und auch *„die Beziehungen des Patienten in der Familie nicht heilen“* werden. Die Fachleute würden daher die wenigen vorhandenen Geldmittel lieber für *„die ambulante Behandlung, für die ambulanten Therapieformen, Therapiezentren, für die ambulante Versorgung“* verwenden (Ex-Pl3: 144-152). Bei Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus keine organisierte Unterstützung im Alltagsleben haben, ist ein Fehlschlagen oft vorprogrammiert (Ex-Pl1: 181-187).

6.5. Zu Erklärungsmodellen für Schizophrenie in Deutschland und Polen

Die meisten Fachleute sind davon überzeugt, dass die Schizophrenie einen genetischen Hintergrund hat, der Störungen im neuronalen Transmittersystem bedingt. Gleichzeitig weisen sie jedoch auf die Bedeutung von Begleitfaktoren hin, die ebenfalls Voraussetzung für das Auftreten der Krankheit sind: *„Bei (...) der Schizophrenie kann man über Faktoren sprechen, die durch die Umwelt getriggert werden, wenn die Genetik sich erst realisieren kann“* (Ex-De3:12-14), *„(...) diese Prädisposition selbst kann aber die Erkrankung nicht verursachen. Es kommen immer entsprechende soziale, familiäre und interpersonale Faktoren dazu“* (Ex-Pl2: 13-14).

Das „Vulnerabilität-Stress-Modell“, das beide Aspekte berücksichtigt, bietet eine Möglichkeit, den Patienten bewusst zu machen, dass ihr Verhalten und die Art, wie sie versuchen, die Interaktion mit ihrer direkten Umgebung zu gestalten, dazu beitragen können, ein erneutes Auftreten der Krankheit zu verhindern (Ex-De2: 159-163).

Die Fachleute in Polen stellen deutlicher als ihre Kollegen in Deutschland die Rolle der Familie bei der Ätiologie der Schizophrenie in den Vordergrund. Sie unterstreichen immer wieder den Einfluss der Familie auf das Entstehen und den Verlauf der Krankheit (Ex-Pl2: 14-18 vgl. auch Ex-Pl3: 11-14 und 66-68).

Die Patienten und ihre Familienangehörigen neigen nach Ansicht der Fachleute dazu, die Ursachen für die Erkrankung in äußeren Faktoren zu suchen: *„(...) die Ursachen, die von Patienten am ehesten genutzt werden (für die Erklärungsmodelle), sind in der Regel persönliche oder soziale Probleme oder Krisensituationen“* (Ex-De2: 83-84). *„Dann versuchen die Angehörigen eben diese Umweltfaktoren zu finden: hätte er dies und jenes nicht gemacht“* (Ex-Pl2: 31-32).

Die Antworten der Patienten auf die Frage nach den Ursachen ihrer Erkrankung stützen diese Einschätzung. Die Kranken sehen diese meist in äußeren Bedingungen: *„Bei mir vielleicht Stress...“* (Pat-De2:50), *„das fing mit der Sanierung des Hauses an...“* (Pat-De3: 33), *„Ich hatte damals eine neue Arbeit (...) Ich habe zu viel gelernt (...) Ich habe in der Nacht nicht geschlafen, weil ich unbedingt alles lernen wollte (...),“* (Pat-De4: 34-36).

Bei den polnischen Patienten wird häufiger die Familie als mögliche Ursache der Krankheit genannt: *„Bei mir lag es an meiner familiären Situation“* (Pat-Pl1: 28), *„...es begann alles so plötzlich...alles kumulierte sich.....mein Vater starb, als ich 17 Jahre alt war.....“* (Pat-Pl3: 73-74).

Insgesamt stellen sich die Patienten eher selten die Frage nach der Ätiologie der Schizophrenie: *„Ich habe mir noch keine Gedanken darüber gemacht...“* (Pat-De2: 55), *„Ich weiß es nicht“* (Pat-De5: 37).

Sofern die Patienten über die Möglichkeit einer genetischen Bedingtheit der Schizophrenie Bescheid wissen, akzeptieren sie diese im eigenen Fall eher ungern als Ursache: *„Es wird auch über Genetik gesprochen.....aber bei mir z.B. gab es keinen in der Familie, der solche Erkrankung hatte. Meine Tante hatte eine Depression...aber...jede zweite Person hat eigentlich eine Depression daher...also ich weiß nicht genau. Ich denke, dass Stress...irgendwelche Erlebnisse... die Erkrankung auch beeinflusst haben könnte“* (Pat-PI3: 89-92).

Die Fachleute stellen gleichzeitig fest, dass die Zuweisung einer Ursache im organischen Bereich, ähnlich wie im Fall somatischer Krankheiten, wie z.B. einer Hirnstoffwechselstörung, die Krankheit im Verständnis der Patienten gewissermaßen *„nobilisiert“* (Ex-PI3: 21-23).

Grundlage für den Heilungsprozess ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Fachleute unterstreichen häufig die Spezifik des Kontakts mit an Schizophrenie erkrankten Patienten: *„Viele Patienten schildern schon ihre Geschichte so, dass das doch wirklich wahr sei...und dann verlangen die von mir, dass sie nicht für verrückt, sondern für normal erklärt werden sollten“* (Ex-De3: 40-41).

Die Patienten sprechen von den hohen Erwartungen an die Therapeuten und von der Bedeutung, die Vertrauen und Verständnis im Therapieprozess haben (Pat-De2: 94-99). Sie erwarten vom Therapeuten nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern auch Empathie, die Fähigkeit, sie zu verstehen und sich in das, was sie erleben, hineinzusetzen (Pat-De1: 187-189, Pat-PI2: 74-75). Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, so brechen die Patienten häufig die Therapie ab (Pat-De3: 55-56). Der erste Kontakt mit dem Therapeuten ist oftmals entscheidend dafür, ob das Vertrauen des Patienten gewonnen werden kann, und darüber, welches Bild sich der Patient vom Krankenhaus und den behandelnden Ärzten macht (Ex-PI2: 45-53).

Im Allgemeinen informieren die Patienten den Therapeuten darüber, was sie im Zusammenhang mit der Krankheit erleben. Oftmals sind sie erleichtert, wenn sie darüber mit jemandem

sprechen können, der von sich aus danach fragt, mit jemandem, der weiß, dass derartige Symptome auftreten können (vgl.: Ex-De2: 141-143, Ex-P11: 44-46 , Ex-P12: 75-77). Ob die Patienten von ihren Erfahrungen berichten, ist oftmals eine Frage des Vertrauens und hängt davon ab, ob der Patient den Wunsch hat, das, was ihn in der vorliegenden Situation beunruhigt, anderen mitzuteilen (Ex-P12: 70-73).

Zu diskutieren bleibt, inwieweit die Patienten sich schämen, wenn sie das Auftreten von Symptomen einer Psychose bei sich selbst beobachten. Ex-P12 bemerkt hierzu treffend, dass das Empfinden von Scham Kritikfähigkeit voraussetzt (Ex-P12: 68), die der Schizophrenie- kranke, insbesondere wenn die Krankheit zum ersten Mal auftritt, oft nicht hat. Dennoch verheimlichen die Patienten oftmals ihre Krankheitserfahrungen vor ihrer unmittelbaren Umgebung: *„Ich kenne ein Beispiel, wo die Familie einem Patienten jahrelang geholfen hat. Sie wussten, dass er eine Schizophrenie hat. Sie hatten aber überhaupt keine Ahnung, was diese Erkrankung bedeutet. Der Patient schämte sich, ihnen zu erzählen, dass er Stimmen hört“* (Ex-P11: 48-50).

Die durch die Krankheit hervorgerufenen Emotionen und Vorstellungen sind so stark, dass es den Patienten schwer fällt, Distanz zu ihnen zu gewinnen. Der Patient glaubt nicht, dass das, was er erlebt hat, eine Krankheit ist (Ex-P11: 33-34, De3: 40-41).

Die Wahnvorstellungen der Patienten in Deutschland unterscheiden sich häufig von denen der polnischen Patienten: *„Dieser Verfolgungswahn ist sehr häufig, Verfolgungs- und Beziehungswahn. Religiöse Wahninhalte: selten, vor allem Größenideen, Größenwahn und Größenideen, im wissenschaftlichen Bereich: ein großer Wissenschaftler zu sein, Künstler, und kreative Menschen, die Weltformel erfunden haben...so was kommt vor, bei jungen Leuten vor allem. Entdecker zu werden, ja“* (Ex-De3: 32-35). In Polen tauchen religiöse Themen häufig auf: *„(...) ihre Wahnideen...sind: dass sie Christusse seien und eine Mission erfüllen müssten, oder dass ein Heiliger sich ihnen offenbart hat und behauptete, dass sie gekreuzigt*

werden“ (Ex-Pl2: 80-81). Die Kultur und die Ereignisse, die die Patienten umgeben, werden für sie zur Möglichkeit, das, was sie aufgrund ihrer Erkrankung durchleben, für sich selbst und gegenüber der Umwelt auszudrücken und zu erklären. So erklärt eine deutsche Patientin ihre Ängste dadurch, dass sie von der Stasi verfolgt werde, während ein polnischer Patient sich für den ungeborenen Sohn eines polnischen, an seinem gegenwärtigen Wohnort geborenen Dichters hält (Pat-De1: 95-97, Pat-Pl2: 78-83).

Der Therapeut versucht im Einklang mit dem gängigen Erklärungsmodell, demzufolge die Ursache für die Erkrankung in einer Störung des neuronalen Transmittersystems liegt, die Patienten zu regelmäßiger Einnahme der Medikamente zu bewegen. Nicht alle an Schizophrenie erkrankten Patienten fühlen sich jedoch ohne die krankheitsbedingt auftretenden intensiven und klaren Emotionen wohl: *„(...) ich würde lieber ohne Medikamente leben, meine Psychose ausleben...(...)... mit den Medikamenten kann man seine Umwelt nicht richtig wahrnehmen, man kann nichts fühlen. (...) Man fühlt eigene Emotionen überhaupt nicht mehr... das gefällt mir überhaupt nicht. Also ich komme damit nicht zurecht ...Ich möchte das am liebsten überhaupt nicht mehr haben. Ich bin gegen die Medikamente. Ich habe keine Gefühle mehr“* (Pat-De2: 65-71). *„Ich weiß es nicht, ob das durch die Medikamente oder durch die Psychose ist (...) ich nahm die Medikamente, und dann war die Leere. Ich fühle mich nicht besser...“* (Pat-De5: 27-28).

Oftmals empfinden Patienten, wenn sie aus der durch die Krankheit erschaffenen „Wirklichkeit“ herausgerissen wurden, die Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente besonders stark: *„Mit Medikamenten ist es bei mir unterschiedlich. Meistens habe ich jedoch Brechreiz. Also nehme ich keine“* (Pat- Pl1: 22-23).

Die Patienten sehen in den Neuroleptika kein Allheilmittel für ihre Probleme: *„(...) ich habe unter den Medikamenten bessere Stimmung, also daher ist es schon ganz gut. Nur die Stimmung war schon nach dem Tavor besserund das andere..... man kann dagegen nicht so viel tun....,“* (Pat-De3: 59-61).

Die Fachleute bestätigen einhellig, dass Personen, die an einer Psychose erkrankt sind, leichter zur Einnahme von Medikamenten zu bewegen sind, wenn man an somatische Symptome anknüpft (Ex-De2: 131-133, Pl3: 29-32).

Denjenigen Patienten, die sich ihrer Erkrankung bewusst sind, gelingt es, die Medikamente in ihre Strategie auf dem Weg zur Gesundheit mit einzubeziehen: *„Ich habe viele Medikamente. Ich nehme die regelmäßig ein. Ich weiß, dass sie „das A und O“ sind. Ich weiß, dass sie diese psychotische Gedanken unterkriegen“* (Pat-De1: 175-176).

Diese Patienten stellen jedoch einen relativ geringen Prozentsatz dar, die Mehrheit versucht früher oder später, die vom Arzt verschriebenen Medikamente abzusetzen. Die Gesellschaft muss in diesen Fällen für die Kosten einer erneuten, oftmals langwierigen Behandlung im Krankenhaus aufkommen. Daher erklärt sich eine zunächst revolutionär anmutende Idee, wie sie Ex-De3 formuliert: *„Im Rahmen der Schizophrenie würde ich die Gesellschaft dazu ermuntern, die Medikamente für Schizophrenieerkrankte fast zuzahlungsfrei zu machen. (...) Ich würde sogar sagen: wenn einer die Medikamente einnehmen will, müsste die Gesellschaft dann sogar eine Prämie geben“* (Ex-De3: 185-192).

Wenn man die Patienten nach der optimalen Therapieform befragt, weisen sie vor allem auf den Gesprächsbedarf hin: *„In der Klinik in Thüringen hat man mir die Medikamente gegeben, aber keine Gespräche mit mir geführt...immer nur die Medikamente, Medikamente, Medikamente....darauf wird viel Wert gelegt... Gespräche sind zweitrangig... dabei finde ich, dass Medikamente nicht das Wichtigste sind...“* (Pat-De2: 97-99), *„...hier, auf der Station, fehlen mir die Gespräche mit den Therapeuten ...in Gießen war es so, dass man jeden Tag `ne halbe Stunde ein Gruppengespräch hatte“* (Pat-De3: 69-71), *„Ich denke, dass die Leute häufiger miteinander reden müssten.....auch mit dem Psychologen, mit dem Psychiater reden“* (Pat-De4: 64-65).

6.6. Stigmatisierung

Die Aussagen der Fachleute und Patienten enthalten sowohl in Deutschland als auch in Polen viele negative Eigenschaften, die Schizophreniekranken in beiden Gesellschaften zugeschrieben werden.

Diese Situation beruht teils auf fehlendem Verständnis für psychische Erkrankungen und zu wenig differenzierter Herangehensweise an diese (Arboleda-Flórez 2003). Nach wie vor unterscheiden sich die Psychiatrie und die Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von anderen Abteilungen und Kliniken, in denen somatische Krankheiten behandelt werden. *„(...) die Leute denken, dass, wenn man schon in der Psychiatrie war, dann wird er nie wie früher. Und sie wollen dann keinen Kontakt zu dem haben oder haben den Kontakt abgebrochen. Das kommt schon vor“* (Pat-De4: 25-27). *„ (...) in Allgemeinen habe ich (...) das Gefühl, dass die Leute sich von den psychisch Kranken zurückhalten wollen..... Weil man die nicht genau definieren kann, man weiß nicht, was sie wollen.....Es ist irgendwie so was Mystisches, Ängstliches, weil die einfach nicht Bescheid wissen. Die Leute haben Angst vor psychisch Kranken (...)“* (Pat-De1: 51-54).

Auch die Patienten sind sich dessen bewusst und informieren ihre Angehörigen nicht immer darüber, dass sie in der psychiatrischen Abteilung behandelt wurden: *“(...) sie möchten nicht, dass sie von manchen Freunden in ihrer Klinik besucht werden, weil sie gar nicht möchten, dass die wissen, dass sie in der Psychiatrie behandelt werden“* (Ex-De5: 73-75). *„Sie erzählen, dass sie z.B. in der Praxis bei einem niedergelassenen Psychiater waren, aber den Aufenthalt im Świecie halten sie lieber geheim. Es wird manchmal auch in der Familie nicht berichtet, um zu vermeiden, dass sie z.B. ausgelacht werden“* (Ex-P11: 160-162).

In Deutschland tragen das System zum Schutz der psychischen Gesundheit und der Zugang zu Spezialisten zu einer positiven Veränderung der Einstellung bei: *„Ich finde, dass die Kollegen oft darüber sprechen, dass sie selbst zum Psychiater gehen (...) Sie gehen zum Psychiater, weil sie mit den Kindern nicht klarkommen, wegen der Scheidung oder weil sie die Arbeit nicht bewältigt*

haben, wegen drohender Arbeitslosigkeit.... Es ist jetzt in dieser Hinsicht anders geworden“ (Pat-De1: 47-50). Die Fachleute in Polen sprechen eher von einer vorgefassten negativen Haltung und von mangelnder Bereitschaft, etwas an dieser Einstellung zu verändern. Sie führen Beispiele aus ihrem Umfeld an: „Ich habe diese Ablehnung auch in meinem Bekanntenkreis bemerkt (...) Ich behaupte, dass es besser wäre, in jedem Krankenhaus psychiatrische Abteilungen zu haben (...) wenn die Krankenhauspatienten auch wüssten, dass die Schizophreniepatienten nebenan behandelt werden. (...) Mir wurde häufig geantwortet: „nehmt diese Narren so weit weg wie möglich, am besten sollten die irgendwo weit weg bleiben, nicht dass die uns was antun“ (Ex-Pl1: 131-138).

Negativ wird auch das Verständnis des Wortes „Schizophrenie“ im allgemeinen Sprachgebrauch eingeschätzt. Es gibt das Wesen der Krankheit und die Probleme der von ihr betroffenen Menschen nicht wirklich wieder: *„Inwiefern die Leute Bescheid wissen...Die wissen sehr wenig über die Erkrankung...Was sie über Schizophrenie wissen, ist, dass es eine gesplante Persönlichkeit ist, dass es zwei Personen oder mehr pro Zeit sind, und dass man mal hoch und mal tief ist.....Also das, was in meinem Fall überhaupt nicht stimmt“ (Pat-De2: 18-20).*

Dies bestätigen die Antworten der deutschen und polnischen Interviewteilnehmer: *„Also, manchmal denke ich, dass wir noch ganz nah an Kraepelin und seinem Begriff der Dementia praecox sind. Der, der einmal schizophren ist, der wird auch ewig in den Psychiatrien versinken.“ (Ex-De2: 283-284). „(...)Ungünstig ist es auch, wenn das Wort Schizophrenie in der Umgangssprache missbraucht wird. Man benutzt das Wort um Sachen, die unverständlich oder gar unlogisch sind, zu bezeichnen (...) somit gewinnt das Wort in der Umgangssprache eine Bedeutung, die negativer ist als die Erkrankung selbst“ (Ex-Pl2: 134-137).*

Schon die Tatsache, dass man die Krankheitssymptome notwendigerweise als „Schizophrenie“ bezeichnen muss, wird als Stigma empfunden: *„Ich möchte das im Prinzip auch überhaupt nicht wissen, welche Krankheit sie haben. Für mich ist eine solche Frage selbst stigmatisierend. Für mich kommen die Leute als Maler hierher. Hier sitzt jemand in einer Krise, in Not, und macht es“ (Ex-De4: 14-16). „Ich weiß immer noch nicht, ob ich Schi-*

zophrenie habe oder nicht..... Ich habe darüber mit meiner Psychiaterin gesprochen. Sie fragte: „und was wäre falls Sie doch Schizophrenie hätten? Wäre es dann viel schlimmer für Sie?“ Und ich bejahte. Ich denke es wäre schwieriger, falls eine solche Diagnose gestellt werden würde”(Pat-P13: 65-67, vgl. auch: Ex-P12: 130-133).

Die Interviewteilnehmer bestätigen, dass der Schizophrenie mit Unsicherheit und Angst begegnet wird: *„Schizophrenie ist mit Sicherheit eine Erkrankung, die wenige Menschen kennen, und die sowohl den Betroffenen als auch den Angehörigen Angst macht, also sowohl dem inneren Kreis als auch den Menschen am Rande“* (Ex-De2: 275-277). Die Ursachen dafür sehen sie allerdings nicht nur in mangelndem Wissen über die Krankheit: *„Ich glaube, dass eine Angst vor psychisch Kranken atavistisch ist.....ähnlich, wie man ein krankes Tier heraus jagt, werden heutzutage die Schizophreniekranken abgeschoben. Und ich glaube auch, dass es in jeder Nationalität vorkommt...“* (Ex-P13: 124-126). *„Ich weiß nicht, warum die Menschen so sind. Das leitet sich vielleicht aus der Evolution ab, dass ein kranker Hund von allen anderen angegriffen wird....“* (Pat-De1: 82-84).

Die Therapeuten sind nicht verwundert darüber, dass eine solche Masse negativer Emotionen mit der Schizophrenie in Verbindung gebracht wird und dass die Gesellschaft wenig Verständnis aufbringt *„(..) gerade bei Schizophreniepatienten, die oftmals eine positive Symptomatik haben und sehr auffällig sind, vielleicht auch mal bedrohlich werden“* (Ex-De2: 225-226). Wenn sie über die Krankheit sprechen, betonen sie, dass nur diejenigen Patienten, die ihre Medikamente nicht einnehmen, eine Bedrohung darstellen. Sie sehen gleichzeitig einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Stigmatisierung durch die Diagnose Schizophrenie, Fehlschlägen in der Therapie und dem Absetzen der Medikamente: *„... manchmal wird die Erkrankung gefährlich. Aber häufiger kommt es vor, dass die Straftaten, die die Patienten in einer Akutphase der Erkrankung begehen, eine Folge der Tatsache sind, dass sie sich nicht behandeln lassen wollen. Ohne Stigmatisierung wäre es für die Patienten einfacher, sich behandeln zu lassen“* (Ex-P11: 153-156 vgl. auch: Arboleda-Flórez 1998). Sie

weisen auch darauf hin, dass der Prozentsatz der Schizophreniekranken, die Straftaten begehen, vergleichsweise niedrig ist: „...es gibt auch Fälle, dass Schizophreniekranken straffällig werden und grobe Straftaten begehen. Aber trotzdem ist der Fakt übertrieben...“ (Ex-De3: 148-149). Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass dieser Prozentsatz unter dem von Gesetzesübertretungen bei psychisch Gesunden liegt (Angermeyer 2000).

Die Fachleute betonen die negative Rolle der Medien, die ein negatives Bild der Kranken verbreiten, indem sie entsprechende Vorfälle aufgreifen und so zur Verfestigung einer negativen Einstellung bei den Mediennutzern beitragen: „Die 70 % der Bildzeitungsleser, die interessiert nur, wenn ein Schizophreniepatient seine Eltern umgebracht hat. Oder wenn man reißerische Fernsehberichte zeigt. Die Journalisten berichten unfair über die Krankheit“ (Ex-De3: 109-111). „Dass einige aus einer psychiatrischen Klinik geflohen sind und dann jemanden umgebracht haben – so was wird auch publiziert..... Es gibt natürlich so was auch, aber das ist nur ein kleiner Teil“ (Pat-De1: 55-56 vgl. auch: Stuart 2003).

Das Problem der Stigmatisierung verstärkt noch den niedrigen sozialen Status der Schizophreniekranken. Tritt die Krankheit in jungen Jahren auf, so haben die Patienten oftmals keine ausreichende materielle Absicherung. „Ich würde eher denken, dass das niedrige Level eben die soziale Folge der Erkrankung ist, weil es junge Leute trifft, die nicht abgesichert sind. Sie haben auch noch keine Reserven, und dann sind sie schnell sehr, sehr niedrig im Sozialstatus“ (Ex-De2: 75-77). Häufige kognitive Defizite und fehlende Stressresistenz verhindern bei der gegenwärtigen Situation auf dem Arbeitsmarkt zusätzlich eine Verbesserung der gesellschaftlichen Absicherung. In Polen kommt noch hinzu, dass die schlechtere materielle Situation sich in einer schlechteren Verfügbarkeit von Spezialisten und modernen Medikamenten niederschlägt (Ex-Pl3: 140-142 und 106-107 vgl. auch Ex-Pl1: 192-197).

Patienten, die wegen Schizophrenie in Behandlung stehen, werden auch von Ärzten anderer Fachgebiete anders als andere Patienten behandelt (Ex-De2: 241-244, vgl. auch Ex-De3 130-

140). Wenn bei einem Patienten der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht oder bei ihm eine Schizophrenie diagnostiziert wurde, werden seine somatischen Beschwerden oftmals nicht behandelt. Stattdessen wird der Patient in die Psychiatrie verwiesen. *„Im Großen und Ganzen muss man sagen, das Gesundheitssystem stößt die schizophreniekranken Patienten in die Psychiatrie. Es gibt Ablehnung, Angst, Vorurteile unendlicher Größe“* (Ex-De3: 177-178 vgl. auch Ex-De2: 259-263). Hingewiesen wird auch auf die zu niedrigen Sätze für die Leistungen, die die Ärzte im Zusammenhang mit der Behandlung psychisch Kranker erbringen. In dieser Situation fehlt den Ärzten die Motivation, den an Schizophrenie erkrankten Patienten ihre Zeit und ihre Geduld zu widmen (Ex-De2: 247-252).

Das Stigma der Schizophrenie führt dazu, dass der Patient nicht in den Genuss aller Rechte und Privilegien kommt, die kranken Menschen zustehen. Dies gilt für die im Gesundheitssystem Beschäftigten genauso wie für Personen im Umfeld des Erkrankten. Die „Rolle des Kranken“ (Giddens 2007) tritt hier nicht in Kraft. Jegliches als ungebührlich empfundene Verhalten wird gegen die erkrankte Person gewandt. Die Therapeuten weisen ihre Patienten auf diese Tatsache hin: *„Ich sage meinen Patienten immer wieder: mit dieser Diagnose müsst ihr eben dreifach auf eure Emotionen aufpassen....es wird alles als Krankheitssymptom interpretiert...“* (Ex-Pl3: 110-111).

Der Impuls der Stigmatisierung von Schizophreniepatienten wird langsam schwächer. Die Fachleute in Deutschland sehen Fortschritte, die sie jedoch als unzureichend beurteilen: *„Die gesellschaftliche Wahrnehmung der Schizophrenie ist für einen solch reichen Staat wie Deutschland eine Schande, das muss ich einfach so sagen. Punkt.“* (Ex-De3: 104-105).

Auch in Polen finden nach Ansicht der Fachleute positive Veränderungen statt: *„(...) heutzutage beschwerten sich die Patienten nicht mehr über eine enorme Stigmatisierung, dass sie irgendwo abgelehnt wären (...“* (Ex-Pl2: 110-111). Verstärkt ist das Phänomen noch in kleineren Ortschaften zu beobachten: *„Wenn sie diskriminiert werden, dann eher in Klein-*

städten, in Dörfern. (...) in kleineren Wohnorten werden die Konflikte übertrieben, bei jedem Problem wird die Polizei angerufen, um denjenigen ins Krankenhaus zu bringen. Manchmal werden sie in den kleinen Wohnorten als Dummkopf beschimpft“ (Ex-PI1: 115-119).

6.6.1. Rolle der Ausbildung für die Stigmatisierung der Schizophreniekranken

Die Beobachtungen zum Einfluss des Bildungshintergrunds der Patienten und seiner unmittelbaren Umgebung auf die Therapie und die Integration ergeben kein eindeutiges Bild.

Der Bildungsgrad hängt einerseits mit einer gewissen Sensibilität und der Fähigkeit, angemessen auf die krankheitsbedingten Veränderungen eines Familienmitglieds zu reagieren, zusammen: *„Also, Virginia Woolf war auch eine Schizophrene. Und ihr Ehemann hat eine wunderbare Sozialtherapie für sie gemacht. Und das hatte sicherlich was mit seinem Bildungsgrad und mit seiner Menschlichkeit zu tun. Ich kenne aus meinem persönlichen Bekanntenkreis auch ein Künstler-Ehepaar, wo sie schizophren ist, und wo er mit großer Geduld und Spucke, großem Sich-Widmen und großer Toleranz so was Ähnliches für sie tut. Hier funktioniert das Miteinander sicherlich gut, und es gelingt auch eine Form von sozialer Integration“ (Ex-De2: 323-329).*

Andererseits kann die Ausbildung einer Therapie auch im Wege stehen: *„Ich arbeite lieber mit einfachen Leuten, mit Nichtakademikern. Die kommen hierher, fragen, hören zu, arbeiten einfach mit. Und die Leute, die ausgebildet sind, wissen alles besser. Sie haben schon alles im Internet gelesen und die stellen Forderungen auf. Sie hören nicht zu. Sie haben eine Heil- Erwartung, die erfüllt werden soll“ (Ex-PL3: 102-105).*

In solchen Fällen werden Familienmitglieder des Patienten, die eine geringere Bildung haben, als der Integration und der Gesundheit förderlicher wahrgenommen (Ex-De1: 130-137).

Menschen mit geringerem Bildungsgrad, die aus direktem Kontakt keine Schizophreniekranken kennen, neigen, laut des Interviews, dazu, das, was sie aus den Medien zu dem Thema erfahren, kritiklos zu übernehmen. Sie versuchen meist nicht, selbst differenziertere

Informationen über die Krankheit und die Erkrankten einzuholen. *„Ich würde sagen, dass viele Teile der Bevölkerung, oder vielleicht die einfachen Menschen in der Bevölkerung, oder die Arbeiterklasse, ohne das jetzt abwertend zu sagen, oft auch kein Verständnis für psychische Erkrankungen haben. Und dass sie überhaupt keine Unterschiede machen zwischen den einzelnen Krankheiten und Schizophrenie. (...) das (...) was von psychisch Kranken im Fernsehen zu sehen ist, und das ist ja auch ein Bildungsmedium für diese Bevölkerungsschicht, ist oft falsch. Die werden da als Kriminelle präsentiert(...)“* (Ex-De5: 51-57). *„ (...) etwa 70 % der Bevölkerung haben einen so niedrigen Bildungsgrad, dass sie eben dieses Krankheitsbild nicht einschätzen können und Vorurteile haben“* (Ex-De3: 106-108).

Die Interviewteilnehmer sind allerdings der Meinung, dass ein höherer Bildungsgrad allein nicht automatisch eine differenziertere Einstellung gegenüber Schizophreniekranken bedeutet (Pat-De1: 84-86 vgl. auch Pat-Pl2: 38-39).

6.6.2. Selbststigmatisierung

Lediglich eine Patientin konnte in ihrem Umfeld keine negativen Reaktionen auf ihre Krankheit feststellen (Pat-De5:16-17). Den übrigen Patienten ist bewusst, dass sie anders als andere wahrgenommen werden: *„Ja, ich weiß, dass die Einstellung zur Schizophrenie in unserer Gesellschaft mehr oder weniger so formuliert werden kann: „das ist ein Narr. Man sollte den geschlossen halten und nicht frei lassen“* (Pat-Pl3: 51-52). *„In der Berufsschule, wo ich am Anfang gearbeitet habe, wo ich krank geworden bin (...) können sie sich das vorstellen, wie schwer es für mich war (...) wie die Kollegen mich angesehen hatten, welche Bemerkungen gefallen sind...“*(Pat-De1: 36-37).

Auch die Fachleute sehen dies so, was sich in ihren Aussagen bestätigt: *„Die meisten Patienten wissen halt schon, dass sie irgendwie gehandicapt sind. Und dass sie nicht voll im Leben der Gesellschaft stehen“* (Ex-De1: 146-147). *„(...) Der Patient, der in seine frühere Umgebung zurückkommt, fühlt sich als jemand, der anders ist. Er nimmt es so wahr, als ob die Leute ihn*

anders betrachten würden, weil er jetzt derjenige ist, der in Świecie war“ (Ex-P12: 126-128). „Jeder kann doch merken, wie er von der Umgebung wahrgenommen wird, ob jemand vor denen Angst hat oder nicht, die Patienten können das bestimmt merken“ (Ex-P11: 141-142).

Die Antworten der Patienten zeigen die ganze Bandbreite möglicher Reaktionen auf die Stigmatisierung (Corrigan 2002b), wobei ein direkter Zusammenhang mit der Nationalität eher als gering gesehen wird. Die Patienten identifizieren sich entweder nicht mit dem Bild der Andersartigkeit, die Ablehnung durch die Gesellschaft sehen sie als ungerechtfertigt an: *„Es ist eine Krankheit, wie alle anderen: man hat sich das Bein gebrochen und braucht auch Hilfe. Wenn jemand im Kopf verwirrt ist, wenn die Verbindungen nicht mehr funktionieren, dann braucht man ebenso Therapie“ (Pat-P13: 57-59)* oder sie akzeptieren ein solches Verhalten als gerechtfertigt, obwohl sie sich selbst nicht als schlechtere Menschen fühlen: *„Ich nehme das als legitim. Aber ich fühle mich gleich wie alle anderen: nicht schlimmer und nicht besser“ (Pat-De4: 28).*

Andere wiederum halten sich selbst für andersartig, daher verwundert sie die Reaktion ihrer Umgebung nicht: *“Das Leben mit der Erkrankung ist schwer, weil ich ein gewisses Aussehen damit verbinde, weil ich denke, dass ich in der Gesellschaft auffalle....durch diese Medikamente, durch diesen Blick, Gesicht... Meine Eltern sagen zwar, dass sie das nicht finden würden. Aber ich denke, dass ich irgendwie so einen Blick habe....Ich fühle mich irgendwie schon auffällig in der Gesellschaft ...” (Pat-De2: 23-26).* Die Reaktion auf die mit der Krankheit verbundenen Stigma ist in aller Regel mit der Schwere der Erkrankung verbunden.

Die mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz der Krankheit führt dazu, dass Patienten, die sich gerne integrieren wollen, aus Angst vor dem Urteil ihrer Umgebung erst gar keine Therapie antreten (Ex-De5: 75-76) bzw. diese abbrechen, um bloß keinen Kontakt mit irgendetwas zu haben, was darauf hinweisen könnte, dass sie krank sind (Ex-De1: 148-159 und 163-172 vgl. auch Corrigan 2002a und Rüsç 2005).

Wenn andererseits die Stigmatisierung aufgrund der Krankheit akzeptiert und legitimiert wird, führt dies zu gesellschaftlicher Isolation. Wenn den Patienten der Mut fehlt, sich den gängigen Vorurteilen zu stellen, führt dies dazu, dass die Patienten sich aus ambulanten Therapieformen lieber zurückziehen und ihre sozialen Kontakte auf den Kreis der Familie beschränken (Ex-Pl1: 138-141 vgl. auch Ex-De1: 160-162).

6.7. Verbesserungsvorschläge

Die Möglichkeit einer Änderung der Einstellung der Gesellschaft gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, wird skeptisch beurteilt: *„Ich habe diesbezüglich keine große Hoffnung...ich glaube nicht daran, dass man es verbessern könnte...Vielleicht bei der jungen Generation, dass man eben von vornherein, schon in der Schule, die Kinder daran gewöhnen könnte, dass jemand, der anders, der vielleicht krank ist, auch neben uns lebt“* (Ex-Pl3: 126-129).

„ (...) ich bin da eher ein Skeptiker. Ich denke nicht, dass man auf der gesellschaftlichen Ebene Großes vollbringen kann. Ich denke, der Weg besteht darin, eine gute Behandlung zu erreichen und den Patienten zu befähigen, im Alltag im Großen und Ganzen gut zurechtzukommen“ (Ex-De1:114-117).

Hervorgehoben wird die Rolle einer individuell gestalteten Hilfe für Schizophrenieerkrankte: *„Wichtig ist in jedem Fall, so individuell wie möglich vorzugehen, und das sowohl hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen als auch der sozialen Betreuung. Man muss gucken, wie man dem Einzelnen individuell die bestmöglichen Bedingungen schaffen kann und darf nicht pauschalisieren“* (Ex-De1: 120-122).

Nach Ansicht der Experten haben die großen Massenaktionen, die auf das Problem der Schizophrenie aufmerksam machen sollten, keinen Widerhall gefunden. Sie sind nicht effektiv, da sie nur diejenigen erreichen, die sich ohnehin für das Problem interessieren. Sie bringen

eher denjenigen, die sie organisieren, Aufmerksamkeit, als dass sie den Kranken etwas nützen. „ (...) man muss immer darauf achten, die Patienten nicht für die eigenen Bedürfnisse zu missbrauchen. Damit man nichts tut, was den Patienten gar nicht hilft bzw. diese gar nicht wollen“ (Ex-De1: 122-124).

Das Arbeitsleben ist vor allem in den Augen der Fachleute ein wichtiger Integrationsfaktor: „ (...) unsere Gesellschaft, die definiert sich nun mal über die Arbeit, und wenn jemand aus Krankheitsgrund den Sprung nicht schafft, dann steht er mal am Rande der Gesellschaft und nicht mehr mitten in ihr“ (Ex-De1: 93-95). Darüber aber, ob Arbeitsplätze zur Verfügung stehen und wenn ja welche, entscheiden die ökonomischen und wirtschaftlichen Bedingungen. Diese Bedingungen zu verändern liegt nicht in der Macht derer, die sich darum bemühen, das Schicksal der Schizophreniekranken zu verbessern (Ex-De1: 95).

Es bleibt zu wünschen, dass die Medien anders als bisher über die Krankheit berichten (Ex-De5: 61-63). Wenn man in Artikeln und Programmen sachlicher und weniger sensationslüstern über Schizophrenie informieren würde, wäre es für die Betroffenen in gewisser Weise leichter „an Schizophrenie erkrankt zu sein“: „Wenn so etwas gesellschaftlich besser aufgenommen und ertragen würde und auch kognitiv besser eingeordnet wäre, dann kann ich als Erkrankter auch besser damit umgehen, denn ich bin ja auch ein Teil dieser Gesellschaft“ (Ex-De2: 310-312 vgl. auch Philo 1997).

Die Patienten aus beiden Ländern sehen in der Verbreitung von Informationen über die Krankheit eine große Chance für sich: „ (...) Und das müsste mehr publiziert werden. Die Leute haben einfach Angst“ (Pat-De1: 58). „Also, über die Krankheit zu erzählen...die Leute aufzuklären, das macht Sinn. Das wäre eine Vorbeugung... den Gesunden darüber zu erzählen... die mit den Schizophreniekranken in Kontakt bringen, denn es kann jeden treffen, man weiß nie, wie und wann....ich „funktionierte“ mal normal...“ (Pat-Pl3: 133-135).

Um die emotionale Einstellung zu verändern, wäre ein direkter, persönlicher Kontakt mit Personen, die an Schizophrenie leiden, notwendig. Ein derartiger Kontakt wäre leichter herzustellen, wenn es Orte gäbe, an denen sich Patienten und Menschen, die nicht an Schizophrenie leiden, begegnen könnten: *„Es wäre mein Zukunftswunsch, dass sie eben Möglichkeiten haben, gesunde Menschen zu treffen. Denn das ist ein großes Defizit“* (Ex-P11: 187-189). In der gegenwärtigen Situation, in der die Patienten stigmatisiert werden, haben sie, sowohl in Deutschland als auch in Polen, Angst davor, sich in der Öffentlichkeit zu ihrer Krankheit zu bekennen: *„Ich (habe) schlechte Erfahrungen gemacht. Ich weiß, dass es notwendig ist und eigentlich schäme ich mich dafür, dass ich das nicht mache, weil ich mir und anderen dadurch schade. Man könnte einen ganz anderen Stand bekommen, wenn sie merken, dass das eine Erkrankung ist, die vorüber geht, zeitweise auftritt...“* (Pat-De1: 199-202).

7. Diskussion

7.1. Methodenkritik

Vorurteile und die damit verbundenen Verhaltensweisen sind eines der am weitesten verbreiteten gesellschaftlichen Probleme (Aronson 1994). Bei der Analyse von Forschungsergebnissen über Vorurteile muss man berücksichtigen, dass die bei der Untersuchung geäußerten Einstellungen nicht unbedingt repräsentativ sein müssen (Shaugnessy 2000). Dies stellt bei der Aufgabe, objektive und verlässliche Daten zu sammeln, eine Hürde dar. Daher ist es besonders wichtig, Methoden anzuwenden, die die tiefer liegenden, verborgenen Beweggründe der Zielgruppe zu erkennen suchen. Durch die Anwendung qualitativer Verfahren, die es ermöglichen, die Fragen indirekt zu stellen, wurden die Teilnehmer zur Übertragung ihrer eigenen verborgenen oder unbewussten Überzeugungen, Einstellungen und Gefühle aufgefordert. Die Vorteile einer derartigen Vorgehensweise wurden im Kontext transkultureller Projekte vielfach hervorgehoben (Üstün 2001, Heimann 2007).

In der vorliegenden Untersuchung wurde dank der Anwendung qualitativer Methoden explorativ Wissen über die emotionalen Einstellungen und Beurteilungen der untersuchten

Zielgruppe gewonnen. Allerdings muss man auch die Einschränkungen sehen, die diese Methoden mit sich bringen.

Im ersten Abschnitt der Untersuchung wurden mittels eines Free Listing Begriffe gesammelt, die Mitglieder verschiedener gesellschaftlicher Gruppen mit Schizophrenie assoziieren. Dabei kamen Fragebögen zum Einsatz. Die Teilnehmer waren aufgefordert, in schriftlicher Form zu antworten, das heißt, es sollten möglichst viele Assoziationen zu den vorgelegten Fragen aufgeschrieben werden. Die Analyse der Ergebnisse wurde von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit in einem späteren Schritt vorgenommen, wobei es nicht möglich war, eventuelle Unklarheiten in den Antworten durch Nachfragen zu klären. Bei der vergleichenden Analyse der von den Teilnehmern am häufigsten genannten Begriffe wurde die Reihenfolge der Nennung nicht berücksichtigt, obwohl diese für die individuellen Erklärungsmodelle von Bedeutung sein kann. Die Befragung wurde in einem neutralen Rahmen vorgenommen und die Befragten konnten sich für das Ausfüllen des Fragebogens so viel Zeit nehmen, wie sie brauchten. Zur Umgehung des Wünschbarkeitseffekts wurden die Teilnehmer erst nach Beantwortung der Fragen über die Zielsetzung der Forschungsarbeit informiert.

Die Anonymität wurde in allen Fällen zugesichert. Dennoch war eine große Unsicherheit bei den Teilnehmern festzustellen. Manche äußerten die Befürchtung, es handle sich um eine diagnostische Untersuchung. Viele Menschen verweigerten die Teilnahme oder gaben die ausweichende Antwort, nichts über das Thema zu wissen. Die Teilnehmer waren oft unsicher, ob sie die richtigen Antworten gegeben hatten. Personen, die sich bereiterklärten, an dem Free Listing teilzunehmen, hatten oftmals im privaten oder beruflichen Bereich bereits Kontakt mit Schizophreniepatienten. Unter den Teilnehmern überwogen Frauen. Diese Tendenz zu größerer Offenheit gegenüber Schizophreniepatienten bestätigt die Untersuchung von Baumann (2007). Man muss also davon ausgehen, dass das gesammelte Material nicht die Ansichten und Erklärungsmodelle derjenigen Personen repräsentiert, die nicht bereit waren, sich zum Thema Schizophrenie zu äußern.

Bei den Leitfadeninterviews wurde besonders darauf geachtet, die Kommunikationsbarrieren möglichst niedrig zu halten (entsprechender Gesprächsraum, eine für den Teilnehmer gewohnte Umgebung, wie z.B. Sprechzimmer, Arbeitszimmer oder Patiententreff im Fall der polnischen Patienten). Im Falle der deutschen Patienten, zu denen der Kontakt freundlicherweise über die deutschen Ärzte hergestellt wurde, war es leider nicht möglich, die Interviews außerhalb des Krankenhauses durchzuführen. Der Anteil des Interviewers wurde so weit als möglich reduziert, indem kurze, offene, lediglich initiierende Fragen gestellt wurden. Die Befragten hatten die Möglichkeit, von ihnen aufgegriffene thematische Stränge zu Ende zu führen, denn es wurde darauf geachtet, ein möglichst vollständiges Bild der Meinung zum Thema zu bekommen. Dadurch ergaben sich realitätsnahe und spontane Gesprächsinhalte, die nicht jene theoretischen Ansichten wiedergeben, die in den wissenschaftlichen Abhandlungen über das Thema vertreten werden. Im Fall der Patientengespräche musste der Gesprächsrahmen noch flexibler gehandhabt werden, da nur so ein guter Kontakt zu den Patienten hergestellt werden konnte. Das führte dazu, dass das Gespräch in vielen Fällen sehr lange dauerte und weit über den eigentlichen Gesprächsrahmen hinausging. Nach der Transkription wurden diejenigen Fragmente ausgewählt, die in Bezug zu dem vorher festgelegten Leitfaden standen. Diese wurden dann in eine Reihenfolge gebracht, die den weiteren Vergleich ermöglichte. Das Computerprogramm MAXqda (vgl. auch Seite 41) unterstützte die Textanalyse der Interviewaussagen (Kuckartz 2007). Das Programm diente der Strukturierung der Analyse und zur Erleichterung der Handhabung der großen Datenmenge, jedoch nicht als Instrument zur Interpretation.

Bei der Auswahl der Begriffe für das Pile Sort wurden die in Free Listing am häufigsten genannten Begriffe ausgezählt und konnten, nach einem Abgleich mit weiteren relevant erscheinenden Begriffen aus den geführten Interviews, für das Pile Sort Verfahren verwendet werden.

In der Vorbereitung auf die Arbeit war geplant, dass die in der ersten Phase gesammelten Ausdrücke von den Teilnehmern in einem zweiten Schritt in Assoziationsgruppen explizit

zum Thema „Schizophrenie“ sortiert werden. Allerdings veranlassten die Erfahrungen der Probephase die Modifizierung des Projekts. Die entscheidende Mehrheit der zu der Pilotuntersuchung eingeladenen Personen verweigerte ihre Teilnahme, indem sie auf das dürftige Wissen über Schizophrenie verwies. Es wurde also eine freiwillige Atmosphäre der Untersuchung eingeführt und im Endeffekt wurden die Teilnehmer lediglich darum gebeten, die vorbereiteten 78 Ausdrücke nach Ähnlichkeit in selbstgewählte Gruppen einzuteilen. Aus diesem Grund sollten als eigentliche Erklärungsmodelle der Schizophrenien lediglich die Untergruppen wahrgenommen werden, die mit dem Oberbegriff „Persönlichkeitsspaltung“ und „schwere psychische Krankheit“¹⁹ versehen wurden (siehe auch Seite 18 und 34). Zusätzliche Subcluster sollten als Erklärungsmodelle für mit psychischer Krankheit assoziierte Phänomene betrachtet und interpretiert werden. Dank der eingeführten Modifizierung ist es gelungen, die Mehrheit der Teilnehmer von der Teilnahme an der Untersuchung zu überzeugen.

Es wäre irreführend, wenn man glauben wollte, eine einmalige Gruppierung und assoziative Zuordnung der Begriffe durch den Teilnehmer stellte die endgültige und einzig mögliche Variante für diesen Teilnehmer dar. Aufgrund des Zeitfaktors wurde jedoch auf ein mehrfach wiederholtes Anwenden der Methode für die einzelnen Teilnehmer (multiple pile sorts) verzichtet.

Einen großen Einfluss auf die Art der entstehenden Assoziationsgruppen hatte die Reihenfolge, in der die einzelnen Stapel mit Begriffen vorgelegt wurden (diese Erfahrung ergab sich aus eigenen Probeversuchen mit dem Pile Sort). Die Begriffe 31 bis 47 (Kategorie: Ursachen) sowie 61 bis 78 (Kategorie: Hilfsmöglichkeiten) wurden am Ende mit der Aufforderung vorgelegt, sie den bereits gebildeten Gruppen zuzuordnen. Dadurch wurde die Möglichkeit, eine Gruppe etwa mit dem Oberbegriff „Hilfsmöglichkeiten“ zu bilden, verhindert. Viele Teilnehmer ordneten die Begriffe gemäß den Vorgaben mehr als einer Assoziationsgruppe

19. Im ersten Teil der Untersuchung wurde auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ am häufigsten geantwortet: „Persönlichkeitsspaltung“ (62% der deutschen Respondenten und 16% der polnischen) und „schwere psychische Krankheit“ (14% der deutschen und 70% polnischen Respondenten).

zu. Die erwähnten Faktoren schränkten die Spontaneität der Teilnehmer bei der Gruppierung der Begriffe ein.

Die vorgestellten Besonderheiten der Methode bestätigen die Brauchbarkeit der Hypothese, die in den Arbeiten über Erklärungsmodelle immer wieder auftaucht (Heimann 2007). Der Begriff „explanatory map“ gegenüber dem Begriff „explanatory model“ deutet darauf hin, dass es sich bei dem Konzept, das das Erleben der von der Krankheit betroffenen Personen direkt (durch die Patienten) und indirekt (aus ihrem Umfeld) darstellen möchte, nicht um ein starres Konzept handelt. Die „Landkarte“, die mit Hilfe der beschriebenen Methoden gewonnen wird, soll lediglich die Interpretation der gesammelten Elemente sowie die Orientierung zwischen diesen Elementen erleichtern, die ihrerseits jedoch stetiger Weiterentwicklung unterliegen können. Man darf nicht vergessen, dass sie sich durch neue Erfahrungen der Menschen aus der Zielgruppe verändern (Williams 2001).

Die einzelnen Schritte der Untersuchung wurden jeweils in polnischer und deutscher Sprache durchgeführt. Die im Pile Sort verwendeten Begriffe wurden parallel im Deutschen und im Polnischen ermittelt. Nach der Analyse der beiden Begriffssammlungen, wurden semantisch identische Gruppen gebildet (Hunt 1986). Bei der Ausarbeitung der endgültigen Version der Fragen und der Ausdrücke kam das in der interkulturellen Forschung allgemein anerkannte Verfahren zur Anwendung (Sartorius 1996), welches die Einbeziehung der polnischen und deutschen Muttersprachler als auch Personen die beide Sprachen kannten berücksichtigte. In der Untersuchung benutzte Fragen und Begriffe wurden von diesen Experten auf verschiedenen Arbeitsetappen überprüft. Die verwendeten Formulierungen stammten aus der polnischen und der deutschen Sprache und entsprachen sich konzeptionell und semantisch, vor ihrer Verwendung im Rahmen des Forschungsprojektes wurden sie auf ihre Verständlichkeit hin überprüft, unter Hinzuziehung von Linguisten, professionellen Psychiatern sowie Laien. Anschließend wurden entsprechende Korrekturen vorgenommen, so dass Begriffe, die den Laien nicht verständlich waren, ersetzt wurden (Hunt 1991).

Die Anwendung quantitativer Methoden in der Endphase der Analyse trug zur Objektivierung der Ergebnisse bei. Durch die Verwendung der Möglichkeit eines statistischen Programms (Borgatti 1996 Anthropac 4,0: Hierarchical Clustering und Multidimensional Scaling), das für Forschungen im kulturübergreifenden Bereich entwickelt wurde, erhielt man eine Visualisierung der Ähnlichkeitsmuster, die zwischen den einzelnen untersuchten Begriffen bestehen.

7.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den wissenschaftlichen Forschungsstand

Die Untersuchung, die mit Abiturienten und Nicht-Abiturienten innerhalb der deutschen und der polnischen Gesellschaft durchgeführt wurde, zeigte Unterschiede in den Erklärungsmodellen für Schizophrenien sowohl zwischen polnischen und deutschen Gruppen als auch zwischen Abiturienten und nicht-Abiturienten. Zu den Begriffen, die polnische Teilnehmer direkt mit der schweren psychischen Erkrankung assoziiert haben gehörten: “man sollte es isolieren”, “Angst erregen” und “gefährlich sein”. Diese hatten weitaus negativer Charakter als diejenigen, die von deutschen Gruppen in diesem Zusammenhang konnotiert wurden. Gleichzeitig ordneten die deutsche nicht- Abiturienten: “Unkontrolliertheit”, “gefährlich sein” und “Angst erregen” dem Begriff “Persönlichkeitsspaltung” zu.

Solche Konnotationen können sich auf die Stigmatisierung und Diskriminierung erkrankter Personen auswirken. Angesichts des zunehmenden Interesses an der Fragestellung, wie man das negative Bild psychischer Erkrankungen, u.a. der Schizophrenie, verändern kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer eingehenderen Analyse dieses Phänomens. Diese Notwendigkeit wird auch deutlich angesichts der einsetzenden Skepsis und der Zweifel am Erfolg und Nutzen verschiedener Aktionen und Initiativen, die unter dem Begriff „Anti-Stigma“ laufen, zumal einige Informationen darauf hinzuweisen scheinen, dass solche Aktionen das Gegenteil von dem bewirken, was sie eigentlich anstreben (Baumann 2003). Die vorliegende Forschungsarbeit möchte diese Fragestellung näher beleuchten und konzentriert sich auf zwei benachbarte europäische Länder. Die Teilnehmer der Untersuchung unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Nationalität und ihres Bildungsgrades.

In Deutschland gibt es schon seit vielen Jahren Anti-Stigmatisierungs-Kampagnen. Mit Handlungen zugunsten der Verbesserung des sozialen Bildes der Schizophreniekranken sowie zur Verbesserung der Bedingungen und der Wirksamkeit deren Behandlung beschäftigen sich die dazu ausgewählten Universitätszentren, die mit einem Netz lokaler Krankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen in Verbindung stehen (Wölwer 2003). In den letzten zwanzig Jahren wurden einige groß angelegte Aktionen durchgeführt, einige davon in internationaler Zusammenarbeit. Die Ergebnisse dieser Aktionen wurden in umfangreichen Resümees publiziert (Baumann et al. 2004, Gäbel 2002a, Gäbel 2003, Gäbel 2004). In Polen gewinnt das Problem der Stigmatisierung, der Wiedereingliederung psychisch Kranker in das gesellschaftliche Leben und der Notwendigkeit einer Umstrukturierung der psychischen Gesundheitsfürsorge seit dem Umbruch in den 80er Jahren langsam an Bedeutung (Wciórka 2004). Die vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten beschränken sich jedoch hauptsächlich darauf, die Meinungsforschungen zum Thema der Rezeption der Krankheit in der Gesellschaft zusammenzufassen (Kolebacz 2005). Sowohl Polen als auch Deutschland nehmen an der internationalen Kampagne „Open the Door“ teil, deren Ziel es ist, das Image von Schizophreniekranken innerhalb der Gesellschaften, in denen sie leben, zu verbessern. Gegenwärtig gibt es noch keine klare Differenzierung in der Formulierung der Zielsetzungen durch die Koordinatoren des Projektes in den beiden Ländern. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Anpassungen hier hilfreich sein können. Info-Aktionen oder Veranstaltungen mit Happening-Charakter sind möglicherweise nicht dazu geeignet, die Einstellung der Bevölkerung in den ehemaligen Ostblockstaaten zu verändern. In diesen Ländern haben die letzten Jahrzehnte kaum Veränderungen in der Versorgung von psychisch Kranken gebracht (Meder 2008). Der langjährige Verbleib in psychiatrischen Anstalten ist nach wie vor Schicksal der vielen chronisch Schizophreniekranken. Es fehlen die Möglichkeiten eines sozial gut integrierten Lebens. Die schlechte Lebenssituation der Betroffenen bleibt nicht ohne Bedeutung für ihren schlechten Ruf in der Gesellschaft (Meder 2008).

Zu dieser Einstellung den Schizophreniekranken gegenüber und dem negativen Bild der Psychiatrie, das in der Zeit des Realsozialismus geprägt wurde, kommt belastend die katastro-

phale Unterfinanzierung des Systems der psychischen Gesundheitsfürsorge hinzu (Ex-Pl2: 151-153, vgl. auch Ex-Pl1: 195-197). Da sich diese Elemente grundlegend auf die Einstellung gegenüber Schizophreniekranken auswirken, sollte man möglicherweise mit der Veränderung der sozialen, medizinischen und institutionellen Versorgung die Stigma-Bekämpfung beginnen.

Diese Thesen ergeben sich aus der durchgeführten Untersuchung wie folgt:

In allen untersuchten Gruppen werden psychisch Kranke als solche erkannt. Dies ist allerdings auch ein möglicher Schritt zur Entstehung von Vorurteilen (Aronson 1994). In allen Fällen wurde aus vorgegebenen Begriffen eine Gruppe unter dem Titel „schwere psychische Krankheit“ gebildet. In der Untersuchung erwies sich die Einteilung der Begriffe in Assoziationsgruppen, die nur mit Schizophrenie zu tun haben, als unmöglich (siehe Seite 34 und 74), da sich die interviewten zu diesem Spezialbegriff nicht äußern wollten. Aus diesem Grund sollten als Erklärungsmodelle für Schizophrenien die Untergruppen der Ausdrücke wahrgenommen werden, die mit den Begriffen „Persönlichkeitsspaltung“ und „schwere psychische Krankheit“ in Verbindung stehen²⁰. Die Analyse des Kontextes, in den diese Begriffe eingeordnet wurden, erlaubt eine Interpretation der Art und Weise, wie Schizophreniekranken wahrgenommen werden. In der Mental Map der deutschen Personen mit Abitur wurden beide Begriffe in eine Gruppe eingeordnet, die positivste Assoziationen beinhaltet. Negativ assoziiert mit Begriffen wie: „gefährlich sein“ und „Angst erregen“ werden lediglich Suchterkrankungen. Weitaus negativer fällt die Analyse der Untergruppe auf, in der die deutschen Nicht-Abiturienten den Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ verorteten. Auffällig ist eine eher stereotype Sichtweise auf dieses Phänomen, welches von der Gruppe „schwere psychische Krankheit“ abgegrenzt wurde und mit Begriffen wie „gefährlich sein“ verbunden wurde. Beide polnischen Teilnehmergruppen sehen in einer psychischen Erkrankung ein Phänomen, das Furcht erregt und das man isolieren

²⁰ Im ersten Teil der Untersuchung wurde auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ am häufigsten geantwortet: „Persönlichkeitsspaltung“ (62% der deutschen Respondenten und 16% der polnischen) und „schwere psychische Krankheit“ (14% der deutschen und 70% polnischen Respondenten).

sollte. Dies kann nicht nur eine Stigmatisierung sondern auch eine Diskriminierung der Schizophreniekranken andeuten. Die polnischen Nicht-Abiturienten sonderten außerdem den Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ von der Kategorie „schwere psychische Krankheit“ ab, wobei sie diesen Begriff mit weniger negativ konnotierten Ausdrücken in Verbindung brachten.

Die Interviews mit Schizophreniekranken und mit Personen, die beruflich mit Schizophreniekranken zu tun haben, bestätigen die Schlussfolgerungen, die sich aus der Analyse der Mental Maps ergeben. Da die Schizophreniekranken sehen, dass sie in der Gesellschaft anders wahrgenommen werden (Ex-De1: 146-147 vgl. auch Pat-P13: 51-52 und Pat-De1: 36-37) verheimlichen sie ihre Erkrankung (Ex-De5: 73-75 vgl. auch Ex-P11: 160-162), informieren nicht einmal ihr unmittelbares Umfeld über Aufenthalte in der Klinik oder, was noch schlimmer ist, entscheiden sich gegen eine Behandlung (Ex-De5 75-76 vgl. auch Ex-De1: 141-159) oder ziehen sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurück (Ex-P11: 138-141 vgl. auch Ex-De1: 160-162).

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass die Stigmatisierung von Kranken sich nicht nur negativ auf den Behandlungsverlauf auswirkt (Link 2001, Corrigan 2004), sondern auch auf die Selbsteinschätzung, die das Leben der Erkrankten in der Gesellschaft bedingt.

Wenn man die Begriffe, die unter den Oberbegriffen „schwere psychische Krankheit“ und „Persönlichkeitsspaltung“ zusammengefasst wurden mit denen, die sich in der Gruppe „finanzielle Probleme“ befinden, vergleicht, kommt man zu interessanten Ergebnissen. Nota bene wurden die Begriffe, die im Rahmen des Pile Sort verwendet wurden, mit Hilfe von Fragen gesammelt, die sich ursprünglich ganz und gar auf Phänomene beschränkten, die im Zusammenhang mit der Schizophrenie stehen. Keine der Pile Sort Teilnehmergruppen assoziierte allerdings die Begriffe wie: „von der Gesellschaft abgelehnt werden“, „soziales Stigma“ und „keine Arbeit finden können“ mit psychischer Krankheit, auch die

Begriffe: „Eingliederung“, „Freunde“, „Familie“ wurden hier nicht verortet. Obwohl die Assoziationsgruppen der deutschen Teilnehmer keine so eindeutig stigmatisierenden Begriffe enthalten, wie wir sie bei den polnischen Teilnehmern im Zusammenhang mit schwerer psychischer Erkrankung finden, fehlen doch auch hier Begriffe, die auf ein Bewusstsein dafür hinweisen, welchen Problemen Schizophreniekranken sich im Alltagsleben gegenüber sehen. Nach wie vor ist offenbar ein erheblicher Abstand zu dieser gesellschaftlichen Gruppe erwünscht. Die Übereinstimmung zwischen den Erklärungsmodellen für Schizophrenien und dem theoretischen Wissen über die Schizophrenie bewirken offenbar keine verstärkte Offenheit gegenüber den Problemen dieser Personengruppen. Nur in der „Mental Map“ der polnischen Teilnehmer ohne Abitur, deren Zugang zum Thema der psychischen Erkrankungen eher wenig differenziert war, finden sich Begriffe wie „mangelnde Akzeptanz“ und „Unverständnis“ im Umfeld des Begriffes „Persönlichkeitsspaltung“.

Die Analyse des Hauptclusters „niedriger Sozialstatus“ in den jeweiligen Gruppen zeigt, dass die Begriffe: „von der Gesellschaft abgelehnt werden“, „soziales Stigma“, „keine Arbeit finden können“ hier verortet wurden. Die Gruppen der Teilnehmer ohne Abitur ordneten hier außerdem die Begriffe „Familie“ und „Freunde“ zu, während beide deutschen Gruppen den Begriff „Eingliederung“ verwendeten, was diese gesellschaftliche Gruppe hinsichtlich der sozialen Distanz weit näher an der „gesunden“ und „normalen“ Gesellschaft verortet. Es scheint so, dass die Stigmatisierung im Kontext von Personen, die von Armut betroffen sind, eher mit mehr Verständnis gesehen wird, nämlich als Folge einer sozialen Ungerechtigkeit, die den Willen zur Integration und zur Hilfe weckt.

Wie bereits erwähnt, finden sich die negativsten Assoziationen zum Thema „Persönlichkeitsspaltung“ und „schwere psychische Erkrankung“ in den Mental Maps der Gruppen aus Polen. Stereotype Überzeugungen, die mit negativen emotionalen Reaktionen verbunden sind („Angst erregen“, „gefährlich sein“) können zu einer Behandlung führen, die sich gegen die Erkrankten richtet: „man sollte es isolieren“. Aufgabe des Krankenhauses ist es dann

eher, die Gesunden vor den Folgen des Verhaltens von psychisch Kranken zu schützen, als die Betroffenen zu behandeln.

Die Analyse der Interviews mit Experten und Patienten weist auch deutlich auf die möglichen Ursachen dieser Situation in Polen hin. Der Zugang zu Fachärzten ist durch die medizinische Grundversorgung nicht abgedeckt (Ex-P13 140-142 vgl. auch Pat-P13 112-114), moderne Medikamente sind für die Patienten zu teuer (Ex-P11 195-197), die Struktur der klinischen Psychiatrie ist schlecht organisiert und veraltet (Ex-P12 140-146 und 151-153). Dies alles bleibt nicht ohne Einfluss auf den Stand der Dinge und die sich daraus ergebende gesellschaftliche Wahrnehmung der Schizophreniekranken. Dazu kommen noch weitere Faktoren: Finanzielle Hilfen existieren praktisch nicht (Ex-P13 25-27 und 70-72, Ex-P11 90-95), es fehlen geeignete Wohnformen und Berufsangebote für die Kranken (Ex-P12 147-150, Pat-P12 18-33), und es fehlt an Angeboten der Tagesbetreuung, die den Patienten die Möglichkeit bieten, wieder zu lernen, wie sie ihr Alltagsleben strukturieren können und nach und nach wieder in eine selbständige Existenz in der Gesellschaft zurückzukehren (Ex-P13 194-195). Diese Analyse der Ergebnisse der polnischen Gruppen bestätigt die pessimistischen Beurteilungen und Ergebnisse der Analyse der öffentlichen Meinung gegenüber psychisch Kranken (Szewerniak-Milewska 2004, Wciórka 2002).

Die oben angedeuteten Probleme der psychischen Gesundheitsfürsorge können die Erklärungsmodelle beeinflussen, die bei den Fragstellungen im Bereich psychischer Erkrankung und deren Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen. Verglichen mit den polnischen Gruppen bildeten die deutschen Gruppen aus den identischen vorgegebenen Begriffen differenziertere Modelle psychischer Erkrankung und wiesen ihnen entsprechende Hilfsangebote zu.

Die Tatsache, dass die polnischen Teilnehmer ohne Abitur Probleme wie „Realitätsverlust“, „durch Drogen“, „durch sozialen Druck“, „durch familiäre Probleme“, „Beziehungsprobleme“ und „sich als ein schlechterer Mensch fühlen“ mit Geldmangel in Verbindung brachten

und nicht, wie die deutsche Parallelgruppe, in Verbindung mit psychischen Erkrankungen diese Probleme verorteten, zeugt vielleicht davon, dass in beiden Gesellschaften ein Unterschied besteht, was die Vertrautheit mit der Problematik und den Zugang zu Hilfsangeboten im Rahmen der psychischen Gesundheitsfürsorge angeht. Die polnischen Teilnehmer sehen hier „Familie“ und „Freunde“ als Hilfsmöglichkeiten, während die deutschen Teilnehmer „Psychotherapie“ nennen. Ähnliche Folgerungen ergeben sich aus der Analyse der Gruppen mit höherer Bildung. Die deutsche Gruppe ordnet dem Hauptcluster „vorübergehend, bei jedem“ die Begriffe „Psychotherapie“ und „Therapiegruppen“ als geeignete Hilfsmöglichkeiten zu, während die polnische Gruppe dem Subcluster unter demselben Titel (er enthält die Begriffe: „Realitätsverlust“, „Stimmungsschwankung“, „durch Depression“ und „durch Stress“) keinerlei professionelle Hilfsmöglichkeit zuzuordnen wusste.

Auch die Tatsache, dass in beiden polnischen Mental Maps die Kategorie „somatische Krankheit“ isoliert wurde, für die „Medikamente“ und „Krankenhaus“ als Hilfsmöglichkeiten vorgeschlagen wurden, zeugt von einer eher pessimistischen Einschätzung psychischer Krankheiten und ihrer Behandlungsmethoden. Die zusätzlichen Privilegien, die sich aus der „Krankenrolle“ (Giddens 2007) ergeben (wie z.B.: das Recht, sich weniger freundlich zu verhalten, die Pflicht, an seiner Gesundheit zu arbeiten, indem man einen Arzt aufsucht und Medikamente einnimmt, das Übernehmen von Verantwortung für die eigene Krankheit) sind nicht gleichmäßig verteilt. So finden wir in der Gruppe „somatische Erkrankung“ auf den Mental Maps unter anderem: „eine schwere Erkrankung“ (Teilnehmer mit Abitur), „mit der Krankheit nicht zurechtkommen“, „ein Hausarzt“, „Krankenhaus“ sowie „Medikamente“ (beide Gruppen). Wenn man dazu die Gruppe „schwere psychische Krankheit“ vergleicht, findet man: „man sollte es isolieren“, „Angst erregen“, „ein Psychiater“ und „eine Klinik für psychisch Kranke“. Kranken, die an einer psychischen Krankheit leiden, an einer Krankheit, die in der Gesellschaft stigmatisiert wird, werden also jene Privilegien, die anderen chronisch Kranken zugestanden werden, eher nicht zugeordnet.

Beide deutschen Gruppen bildeten überhaupt keine eigene Kategorie der somatischen Krankheit und verorteten den Großteil dieser Begriffe in Kategorien, die sie mit psychischer Erkrankung in Verbindung brachten. Es scheint demnach so zu sein, dass Phänomene wie „Halluzinationen“ und „Wahn“ in der Gesellschaft akzeptiert sind und eine Behandlung in allgemeinen Kliniken gesellschaftliche Zustimmung findet. Psychische und somatische Erkrankungen werden gleichermaßen mit medikamentösen Therapien assoziiert.

In den Interviews finden sich Beispiele für den positiven Wandel in der Einstellung zur psychiatrischen Behandlung innerhalb der deutschen Gesellschaft (Pat-De1: 47-50). Allerdings geht dieser Wandel in der Einschätzung der deutschen Experten immer noch nicht weit genug (Ex-De3: 104-105).

Wie die neuesten Forschungen zeigen, in denen die Meinungen von Patienten in traditionellen Kliniken, die ausschließlich psychisch Kranke behandeln, mit denen von Patienten verglichen werden, die in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern untergebracht sind, hat die letztere Gruppe weniger Angst vor Stigmatisierung und Ablehnung (Verhäghe 2007). Die Zuordnung von „Krankenhaus“ nahe dem Begriff „eine Klinik für psychisch Kranke“ in der Kategorie der geeigneten Hilfs- und Behandlungsangebote für die Kranken ist dennoch positiv zu werten. Sie zeugt von einer positiven Veränderung in der Krankenhausbehandlung für psychisch Kranke, die sich offenbar auch im Erklärungsmodell der deutschen Gesellschaft niederschlägt. Zwar fehlt nach wie vor laut Expertenaussagen (Ex-De2: 222-228, Ex-De3: 66-67) der offensichtliche Wille zur Integration, doch ist die Absonderung der Erkrankten nicht so weitgehend wie in der polnischen Gesellschaft. Offenbar haben die Struktur der Gesundheitsversorgung und der Zugang zu Behandlungsangeboten bei psychischer Erkrankung in Deutschland einen positiven Einfluss darauf, wie Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, wahrgenommen werden (Baumann 2007).

Eine eindeutige Interpretation der Unterschiede zwischen den Begriffen, die mit „Persönlichkeitsspaltung“ unter dem gleich lautenden Oberbegriff in die Untergruppen der Mental Maps von den polnischen und deutschen Teilnehmer ohne Abitur gruppiert wurden, gestaltet sich schwierig. In beiden Fällen wurde dieser Begriff aus der Kategorie „schwere psychische Krankheit“ ausgegliedert.

Insbesondere was die polnische Teilnehmergruppe angeht, lässt sich schwer nachvollziehen, warum der Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ von der Gruppe der übrigen psychischen Erkrankungen abge sondert wurde. Dabei sind die Begriffe, die mit der Persönlichkeitsspaltung assoziiert wurden, entschieden weniger negativ als die, die der Kategorie „schwere psychische Krankheit“ zugeordnet wurden.

Ganz im Gegensatz dazu zeigt sich bei der Analyse der Mental Map der deutschen Gruppe, dass die Begriffe, die mit dem Wort „Persönlichkeitsspaltung“ assoziiert wurden, viel negativer sind als die Formulierungen, die mit anderen psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht wurden. Gleichzeitig erscheint die Begriffszuordnung für die übrigen psychischen Erkrankungen im Mental Map der deutschen Gruppe ohne Abitur weitaus positiver als das in beiden polnischen Vergleichsgruppen der Fall ist.

In Anbetracht der Ergebnisse unserer Untersuchung kann man sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, dass all die Kampagnen nicht dazu geführt haben, dass sich das negative Bild, das zum Beispiel die deutschen Nicht-Abiturienten von den Schizophreniekranken haben, grundsätzlich verändert hätte. Diese Sachlage wird von den deutschen Fachleuten in ihren Interviews bestätigt (Ex-De5: 51-57 vgl. auch Ex-De3: 106-108), wobei sie als wichtigste Problemquelle auf das durch die Medien vermittelte Bild der Krankheit und dessen unkritische Übernahme durch die Rezipienten hinweisen. Eine Erklärung für dieses Phänomen findet sich in den Arbeiten über Vorurteile (Bodenhausen 1988, O'Sullivan 1984). Gerade Personen, die eine bestimmte Meinung über Schizophreniekranken haben, neigen

zu einer spezifischen Art der Verarbeitung von Informationen über diese Patientengruppe. Jenen Informationen, die ihre Vorstellungen bestätigen (wie z.B. sensationsmäßig aufgemachte Zeitungsmeldungen), widmen sie oft mehr Aufmerksamkeit. An diese Informationen erinnern sie sich häufiger, und sie wiederholen sie häufiger als andere Informationen, die im Widerspruch zu ihren eigenen Vorstellungen stehen. Die Kampagnen von Anti-Stigma, insbesondere da sie sich hauptsächlich auf die Vermittlung theoretischer Informationen zum Thema Schizophrenie konzentrieren, vermögen diese negativen Einstellungen derjenigen, die nach diesen Informationen nie gezielt suchen werden oder auch im für sich gewöhnlichen Milieu nie finden würden, nicht zu verändern.

Ein weiterer Aspekt, der den möglicherweise sogar schädlichen Einfluss von Informationskampagnen auf die Gesamtwahrnehmung von Schizophreniekranken untermauert, ist die Tatsache, dass beide Gruppen deutscher Teilnehmer die Begriffe: „eine schwere Erkrankung“ und „genetisch veranlagt“ in dem Cluster: „schwere psychische Krankheit“ verorteten. Eine derartige Beurteilung der psychischen Krankheit kann dazu führen, dass die gesellschaftliche Distanzierung und Stigmatisierung zunimmt (Dietrich 2004, Lauber 2004, Read 2006). Dies macht deutlich, dass man den Charakter der Informationsaktionen möglicherweise verändern muss, indem man den Schwerpunkt von den reinen Informationen hin zum effektiven Kontakt mit der ausgegrenzten Betroffenenengruppe verlagert (Aronson 1994).

Zusätzlich ist zu beobachten, dass jeweils die Begriffe: „ein Psychiater“ und „eine Klinik für psychisch Kranke“ in der Gruppe „schwere psychische Krankheit“ eingeordnet wurden. Für als „leicht“ eingestufte psychische Erkrankungen wurden andere Hilfsmöglichkeiten gewählt, wie z.B.: „ein Psychologe“, „Psychotherapie“ und „Therapiegruppen“. Dies belegt die komplexen Beziehungen, die zwischen denjenigen, die sich professionell mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen befassen und der Stigmatisierung ihrer Patienten bestehen. (Schulze 2007).

7.2. Forschungsausblick

Die Untersuchung Pile Sort mit der Aufforderung zur Sortierung der angesammelten Begriffe gemäß der eigenen Vorstellung zum Thema Schizophrenie könnte auch unter den Personen durchgeführt werden, die mit Behandlung, Betreuung und Therapie der Schizophrenie beruflich zu tun haben. Ihr Wissen zum Thema Schizophrenie würde einen viel leichteren Umgang mit den Begriffen des Free Listing ermöglichen. Die Erarbeitung der Erklärungsmodelle der Schizophrenie in diesen Berufsgruppen sowie ihre Interpretation unter dem Aspekt einer eventuellen Stigmatisierung und Diskriminierung könnte die Konfrontation mit nicht immer aufgeklärten Vorurteilen ermöglichen.

Die hier präsentierten Ergebnisse können aufgrund der methodischen Voraussetzungen nicht ohne weiteres auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden. Zur weiteren Illustrierung der Unterschiede in den Erklärungsmodellen zur Schizophrenie, auf deren Existenz die vorliegende Arbeit hinweist, könnte ein strukturierter Fragebogen beantwortet werden, der bei den Antwortmöglichkeiten weniger Spielraum lässt. Aufgrund der Erfahrungen im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit könnte man (z.B. indem man einen finanziellen Anreiz bietet) auch jene Personen erfassen, die die Teilnahme an der vorliegenden Studie verweigerten.

Erfassung von Erklärungsmodellen zu psychischen Erkrankungen in anderen gesellschaftlichen Gruppen, wie z.B. bei Politikern, Journalisten, potentiellen Arbeitgebern, Mitarbeitern von Arbeitsämtern bzw. Mitarbeitern der öffentlichen Verwaltung würden es ermöglichen, deren Erklärungsmodelle für Schizophrenien darzustellen. Da diese Personengruppen realen Einfluss auf die Gesamtsituation der Erkrankten haben, könnte eine kritische Auseinandersetzung mit den Einstellungen, die sich aufgrund einer solchen Untersuchung ergeben, zu Veränderungen in der Herangehensweise an das Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung der Erkrankten führen.

Man müsste auch Versuche durchführen, um festzustellen, ob sich die Hypothese, dass der persönliche Kontakt mit Schizophreniekranken zu einer Verminderung von Vorurteilen ge-

genüber den Kranken führt, belegen lässt. In diesem Kontext wäre es auch interessant, das Pile-Sort-Verfahren auf Patienten auszuweiten, die in allgemeinen Krankenhäusern (mit psychiatrischen Abteilungen) in den nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelt werden.

Weitergehender Klärung bedürfen einige Punkte, die sich aus der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergeben, so vor allem die Tatsache, dass die deutschen Teilnehmer ohne Abitur der Persönlichkeitsspaltung häufiger negative Eigenschaften zuordneten als die polnische Vergleichsgruppe. Zwar scheint das allgemeine Wissen über psychische Erkrankungen in der letzteren Gruppe geringer zu sein, dennoch waren die Assoziationen, die dem Begriff „Persönlichkeitsspaltung“ zugeordnet wurden, nicht von derartig negativen Begriffen geprägt. Zu klären wäre, ob dieses Ergebnis sich auf kulturelle Unterschiede oder aber auf eine höhere Zahl negativer Medienberichte zurückführen lässt oder vielleicht auch eine negative Folge der Aufklärungskampagnen ist.

7.3. Schlussfolgerungen für die Praxis

Die Analyse der Erklärungsmodelle für Schizophrenie der deutschen und polnischen Teilnehmer mit unterschiedlichem Bildungsgrad erlaubt es, einige wichtige Beobachtungen zu formulieren. Zunächst zeigt sich, dass die Vorstellungen, die die Menschen in Deutschland und Polen über die Krankheit haben, wesentliche Unterschiede aufweisen, obwohl sie ja geographisch gesehen Nachbarn sind. Unterschiede bestehen aber auch innerhalb der jeweiligen Gesellschaften, obwohl alle Menschen dort gleichermaßen Zugang zu den Massenmedien haben und von Informationsaktionen in ihrem Umfeld erreicht werden.

Die Ergebnisse verstärken die Zweifel daran, ob die bisherigen Aktivitäten, die zur Verminderung der Stigmatisierung dieser Patientengruppe führen sollen, sinnvoll sind. Sie legen eine Modifizierung der bisherigen Methoden, die zu diesem Zweck verwandt wurden, nahe, sowie eine Analyse der bisher bestehenden Hilfsangebote. Die deutlichen Unterschiede zwischen den Mental Maps der deutschen und polnischen Teilnehmer, die darauf hinweisen,

dass die Kranken von der letzteren Gruppe stärker diskriminiert und stigmatisiert werden, lenken die Aufmerksamkeit auf ökonomische und strukturelle Faktoren. Eine Umgestaltung des Systems der psychischen Gesundheitsfürsorge mit einer entsprechenden Aufstockung der Finanzierung ist für die Position der Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, von entscheidender Bedeutung, da diese mit dem System in unmittelbarem Zusammenhang steht. Das wurde vor allem in den Experteninterviews deutlich. Diese Schlussfolgerung kann ein Ausgangspunkt für weitere Schritte sein, die in der jeweiligen Gesellschaft unternommen werden. Dabei erscheint es besonders wichtig, die Bildung derjenigen Personen, die direkten Einfluss auf die bestehende Situation und die realen Probleme der psychischen Kranken haben, effektiv zu gestalten (z.B. Politiker, Journalisten und Beamten).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt sind die Berufsgruppen, mit denen die Schizophreniekranken in einer akuten Phase ihrer Erkrankung in Kontakt treten (z.B. Polizisten und Verwaltungsbeamte, siehe: Ex-De2). Wenn diese Personen besser auf den Kontakt mit Schizophreniekranken vorbereitet wären und ihnen infolgedessen mit weniger Angst begegneten, könnte sich dadurch der Weg zum Spezialisten verkürzen. Somit könnte eine angemessene Behandlung schneller eingeleitet bzw. könnten entsprechende Hilfsangebote gemacht werden. Die Untersuchungen zeigen, dass die Ereignisse, die zu einem negativen Bild der Schizophreniekranken führen, in die akuten Phasen der Erkrankung fallen und sich offenbar oft ereignen, bevor der Patient professionelle Hilfe bekommt.

Wenn der Dialog im Rahmen der Anti-Stigma-Kampagnen, die zu einer Verminderung der Stigmatisierung und Diskriminierung der Kranken beitragen sollen, erfolgreich sein soll, so scheint sinnvoll, diese nicht in großem Rahmen zu veranstalten, sondern vielmehr gezielte, gut vorbereitete Aktionen kleineren Umfangs durchzuführen. Nützlich wäre es beispielsweise, die Teilnehmer im Nachhinein mit ihren eigenen Meinungen zu konfrontieren und diese mit den Meinungen zu vergleichen, die in anderen Gruppen geäußert wurden. Eine derartige kontrastive Betrachtung der eigenen Überzeugungen und Vorurteile im Vergleich zu denen anderer Personen erlaubt es, die eigene Einstellung besser zu verstehen und die

eigenen Denkgewohnheiten zu relativieren (Benedict 1999). Experten vertreten außerdem die Überzeugung, dass derartige Aktionen bei Gruppen mit jüngeren Teilnehmern bessere Aussichten auf Erfolg haben (Schulze 2003b).

Da, wie die Ergebnisse zeigen, emotionale Voreinstellungen gegenüber den Schizophreniekranken dazu führen, dass einzelne Personen sich logischen Argumenten verschließen, könnte man den Ansatz entsprechend verändern und auf einen emotionalen Zugang in Form des direkten Kontakts mit den Erkrankten setzen (Aronson 1994). Die Patienten selbst weisen intuitiv darauf hin, dass ein direkter Kontakt mit der Gesellschaft dazu geeignet wäre, Vorurteile und Distanz gegenüber den Erkrankten abzubauen (Pat-De1: 58, vgl. auch Pat-Pl3:133-135). Dabei äußern sie die Angst vor öffentlichen ablehnenden Äußerungen. Folgende Maßnahmen erscheinen Erfolg versprechend zu sein: man kann den Kranken eine Möglichkeit geben, sich nach außen hin zu zeigen, sie sollten in Remissionsphasen eine Arbeit bekommen, die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sollte, insbesondere in Polen, erhöht werden.

Eine große Hilfe könnten dabei Einrichtungen zur Krisenhilfe sein sowie spezielle Beratungsstellen für die Angehörigen der Patienten. Dies gilt für die deutsche Gesellschaft ebenso wie für die polnische. Auf das Fehlen entsprechender Angebote weisen die deutschen Fachleute hin (De-Ex1: 214-227). Die polnischen Psychiater und Psychologen weisen auf die große Verantwortung hin, die auf den Angehörigen der Patienten lastet. Sie gehen sogar soweit zu sagen, dass nur diejenigen Kranken, deren jeweilige Familie bereit ist, sie zu unterstützen und ihnen zu helfen, eine Chance auf ein Leben außerhalb der Klinik haben (Ex-Pl3: 70-72). Auch viele Publikationen weisen auf dieses Missverhältnis hin: die Familie des Patienten muss viele Aufgaben bewältigen, bekommt aber nur sehr wenig Hilfe von Seiten des Gesundheitswesens (Unger 2005, Magliano 2000, Solomon 1996).

8. Zusammenfassung

Das äußerst vielseitige Erscheinungsbild der Schizophrenie umfasst Störungen in den Bereichen Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis sowie emotionale Störungen. Dieses breite Spektrum an Symptomen wirkt sich in einer oft ausgeprägten sozialen Dysfunktion der Kranken aus. Auch ihre Fähigkeit, eigenständig einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, ist dadurch stark eingeschränkt (Goffman 1963 vgl auch Penn 2000). Der Arzt hat daher die Aufgabe, möglichst alles daran zu setzen, um die Patienten nicht nur pharmakologisch, sondern auch im psychosozialen Bereich zu behandeln (Kępiński 2001). Dazu kann es hilfreich sein das Krankheitsverständnis und die Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen (die Erklärungsmodellen) der Gesellschaft zu erfassen (Kleinmann 1980).

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Erklärungsmodelle für Schizophrenie in der deutschen bzw. polnischen Gesellschaft zu definieren und ihren Einfluss auf Stigmatisierung und Diskriminierung der Kranken aufzuzeigen. Ausgangspunkt war die Hypothese, dass sich die Wahrnehmung der Krankheit in der jeweiligen Gesellschaft in Abhängigkeit vom Bildungsgrad unterscheidet und, dass diese Unterschiede zu unterschiedlichen Reaktionen auf die Krankheit führen.

Für die Untersuchung derartiger Abhängigkeiten und Interaktionen sind lokal begrenzte Untersuchungen qualitativer Art hilfreich, da sie zur Hypothesebildung geeignet sind und es ermöglichen, eine kleinere Anzahl von Fällen gründlich zu analysieren. Anhand der Berichte von Erkrankten sowie von Personen, die mit den Kranken zu tun haben, kann man so versuchen, zu einem tieferen Verständnis der Lebenswirklichkeit der Kranken zu gelangen. Im Ersten Schritt der Forschungsarbeit wurden mittels Free Listing Ausdrücke gesammelt, die von den Teilnehmern, die am zweiten Schritt der Untersuchung beteiligt waren, aufgrund von Assoziationen und Ähnlichkeiten in inhaltlich zusammengehörige Stapel geordnet wur-

den. Die so erhaltenen Daten wurden mit Hilfe eines Computer-Statistikprogramms bearbeitet (Borgatti 1996).²¹ Zusätzlich wurden Leitfadeninterviews mit Schizophreniekranken sowie mit Personen, die beruflich mit Problemen der Schizophreniekranken zu tun haben, geführt. Diese wurden dazu genutzt, die Begriffe aus dem Pile Sort zu ergänzen sowie gesonderte Erklärungsmodelle zu finden.

Ein erstes Ergebnis zeigte sich bereits in den Reaktionen der zur Teilnahme an der Untersuchung aufgeforderten Personen. Hier bestätigten sich die Ängste und die Verunsicherung, die der Begriff „Schizophrenie“ auslöst. Die negative Reaktion war derart stark, dass sie die Durchführung der Studie in der ursprünglich geplanten Form, einzig eine spezielle Befragung in Bezug auf „Schizophrenie“, unmöglich machte. In eine ähnliche Richtung gehen auch die Aussagen der Patienten und Fachleute, die an der Studie teilgenommen haben (Ex-De2: 283-284, Ex-Pl2: 134-137, Ex-De4: 14-16, Pat-Pl3: 65-67). Deshalb wurde die Aufgabe im Pile Sort geändert und eine freie Gruppierung ohne Verweis auf die „Schizophrenie“ erfragt. Durch die erwähnte Änderung der Aufgabenstellung im zweiten Arbeitsschritt wurden Informationen gewonnen, die die Grundlage für weitere Ergebnisse hinsichtlich der ganzheitlichen Wahrnehmung psychischer Störungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der vier untersuchten Teilnehmergruppen waren. So wurde schwere psychische Erkrankung und der Begriff der Persönlichkeitsspaltung oft in unterschiedlichen Kontext sortiert, obwohl beide Begriffe auf Schizophrenie verweisen.²²

Die zu diesem Begriff sortierten Eigenschaftsworte geben Hinweise auf eine starke Diskriminierung und Stigmatisierung in der polnischen Gesellschaft, die nicht nur die Schizophrenie, sondern auch andere psychische Störungen betrifft. Das Wissen über Ursachen,

21. Dieses Programm wurde speziell für die Auswertung von Ergebnissen qualitativer anthropologischer Studien entwickelt.

22. Im ersten Teil der Untersuchung wurde auf die Frage: „Was fällt Ihnen/ Dir zum Thema Schizophrenie ein?“ am häufigsten geantwortet: „Persönlichkeitsspaltung“ (62% der deutschen Respondenten und 16% der polnischen) und „schwere psychische Krankheit“ (14% der deutschen und 70% polnischen Respondenten).

Erkrankungsarten sowie über Methoden und Möglichkeiten der Behandlung ist auch laut der Interviewerpartner eher gering. Einige der Attribute, die mit Krankheit in Verbindung gebracht werden („mit der Krankheit nicht zurechtkommen“, „ein Hausarzt“, „Medikamente“, „Krankenhaus“) werden in Pile Sort nur auf den Bereich der somatischen Erkrankungen bezogen. Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse der Meinungsforschung in Polen (Wciórka 2002). Die Ursache dafür ist u.a. in der dramatischen Situation der psychischen Gesundheitsfürsorge in Polen zu sehen. Entscheidend für die Wahrnehmung der Kranken in der Gesellschaft ist deshalb möglicherweise nicht die Menge und die Qualität der Öffentlichkeitskampagnen, die die jeweilige Gesellschaft erreichen, sondern vielmehr die Qualität der Betreuung der Kranken. Theoretische Untermauerung findet diese Einschätzung in den Ergebnissen von Link u.a. (2001): „In the absence of fundamental changes, interventions targeted at only one mechanism at a time will ultimately fail, because their effectiveness will be undermined by contextual factors that are left untouched by such a narrowly conceived intervention“. Es sind offenbar gerade Verbesserungen im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, die entscheidenden Einfluss auf die Einstellung der Gesellschaft gegenüber der Psychiatrie und somit auch gegenüber deren Patienten haben (Angermeyer 2005a). Diese Ergebnisse können ein Hinweis darauf sein, in welche Richtung Aktionen gehen sollten, die in Ländern durchgeführt werden, die ein ähnliches System der psychischen Gesundheitsfürsorge haben wie Polen.

Der Stigmatisierung unterliegen nicht nur die erkrankten Personen, sondern auch die Psychiatrie und der Beruf des Psychiaters. Vor allem in der Wahrnehmung der polnischen Gesellschaft verschweigt man es lieber, nach Aussagen der Patienten und Experten, wenn man psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen muss. Solange sich dieses Image nicht ändert, kann man kaum Erfolge in der Behandlung erwarten, denn der erfolgreiche Arztkontakt und eine schnelle Einleitung der Therapie sind für die Behandlungsaussichten einer Schizophrenie von entscheidender Bedeutung (Häfner 2004).

Ein wichtiges Ergebnis unserer Untersuchung sind die Unterschiede bei deutschen und polnischen Teilnehmern, die die Ursachen der Schizophrenie in den jeweiligen Erklärungsmodellen betreffen. Beispielweise wird der Drogenkonsum als die wichtigste Ursache für die Schizophrenie in Deutschland und familiäre Probleme in Polen gesehen. Dies wurde sowohl bei der Begriffssammlung im Rahmen des Pile Sort als auch bei den Patienteninterviews deutlich. Solche Unterschiede sind ein wichtiges Argument dafür, dass wichtig ist, Anti-Stigma-Initiativen kultursensibel zu gestalten: die Kultur der umgebenden Gesellschaft ist ein Schlüsselfaktor bei nahezu allen Aspekten der Schizophrenien, bei dem, was der Kranke erlebt und bei der Wahrnehmung der Krankheit durch seine Mitmenschen; wenn man der Ausgrenzung aufgrund der Erkrankung erfolgreich entgegenwirken und die in der jeweiligen Gesellschaft geltenden Stereotype verändern möchte, so muss man so ansetzen, dass diese in den Kampagnen berücksichtigt werden. Aktionen, die sich an eine bestimmte, lokal begrenzte Zielgruppe oder an bestimmte Berufsgruppen wenden, sind sicherlich arbeitsaufwändiger, doch haben sie auch bessere Aussichten auf Erfolg (Pinfold 2003).

Aus den weiteren Ergebnissen der Studie kann man eine Warnung vor unspezifischen Informationskampagnen ableiten. Verbreitung der Informationen, dass es sich bei der Schizophrenie um eine schwere Erkrankung mit geringen Heilungschancen und genetischen Ursachen handelt, kann nämlich dazu führen, dass sich die gesellschaftliche Distanz gegenüber Schizophreniekranken vergrößert (Dietrich 2004 vgl. auch Lauber 2004). Die Analyse der Begriffe, die dem Wort „Persönlichkeitsspaltung“ von der Gruppe der deutschen bzw. der polnischen Teilnehmer ohne Abitur zugeordnet wurden, zeigt, dass die deutsche Gruppe in ihrem Bild von der Krankheit de facto eben jenen negativen Stereotyp reproduziert, der eben in den Anti-Stigma-Kampagnen bekämpft werden soll. Die polnische Gruppe hat zwar weit weniger differenzierte Vorstellungen zu dem Thema, allerdings wurden hier dem Wort „Persönlichkeitsspaltung“ Begriffe zugeordnet, die eher auf das Vorhandensein von Empathie hinweisen. Gleichzeitig zeigt die Tatsache, dass Personen mit höherem Bildungsgrad aus den vorgelegten Begriffen die Untergruppe „psychische Störungen, die bei jedem auftreten“

bildeten und positiv konnotierte Eigenschaften zuordneten, dass positive Einstellungen gegenüber psychischen Störungen möglich sind (Phelan 2000).

Die Unterschiede in der Einstellung gegenüber der Krankheit in beiden Ländern, die Nachbarn in Europa sind, zeigen auch die Relativität dieser Einstellungen. Diese Erkenntnis hilft es zu verstehen, dass wir als menschliche Wesen selbst unsere Gesellschaft gestalten und nicht an fest umrissene, vorgegebene Verhaltensmuster gebunden sind. Das Bewusstsein, dass verschiedene Faktoren unsere Überzeugungen ständig modifizieren, kann dazu beitragen, innerhalb der von uns gestalteten Kultur Lösungen zu schaffen, die es ermöglichen, das vermeintlich „Andersartige“ zu integrieren. Vielleicht werden wir dann in der Lage sein der „Schizophrenie in ihrer Positivität und als Positivität Rechnung zu tragen und sie nicht auf die Merkmale des Defizits oder der Zerstörung zu reduzieren, die sie in der Person erzeugt, oder auf die Lücken und Spaltungen, die sie in einer mutmaßlichen Struktur verursacht“ (Deleuze 2005).

9. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington DC.

Angermeyer MC (2000): Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102: 63-67.

Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV (2004): Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109: 420-425.

Angermeyer MC, Dietrich S (2006): Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 163-179.

Angermeyer MC, Matschinger H (2003): Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 38: 526-534.

Angermeyer MC, Matschinger H (2005a): Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 68-73.

Angermeyer MC, Dietrich S, Pott D, Matschinger H (2005b): Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 20(3): 246-250.

Arboleda-Florez J (1998): Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry* 43: 989-996.

Arboleda-Florez J (2003): Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry* 48(10): 645-650.

Aronson E, Timothy D, Wilson, Akert RM (1994): *Social Psychology: The heart and the mind*. New York: Harpercollins College Div

Baumann A, et al. (2004): Entstigmatisierung schizophrener Erkrankungen. *PsychoNeuro* 30 (11).

Baumann A, Zäske H, Decker P, Klosterkötter J, Maier W, Möller HJ, Gäbel W (2007): Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in 6 deutschen Großstädten. Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung 2001 und 2004. *Nervenarzt* 78: 787–795.

Baumann A, Zäske H, Gäbel W (2003): Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm: Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen“. *Psychiarische Praxis* 30: 372-378.

Benedict R (1999): *Patterns of culture*. Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA S.A.: Warszawa.

Bodenhausen GV (1988): Stereotypic biases in social decision making and memory: Testing process models of stereotype use. *Journal of Personality and Social Psychology* 55: 726-737.

Borgatti SP (1996): *Anthropac 4.0. Methods Guide*. Analytic Technologies, Natick.

Cohen Carl I (1993): Poverty and the course of schizophrenia: Implications for Research and Policy. *Hosp Community Psychiatry-American Psychiatric Association* 44: 951-958.

Corrigan PW (2004): How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 59(7): 614-625.

Corrigan PW, Rüsch N (2002a): Mental illness stereotypes and clinical care: do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6: 312–334.

Corrigan PW, Watson AC (2002b): The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice* 9 (1): 35-53.

Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H, Rowlands O (2000): Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177: 4-7.

Deleuze G (2005): *Schizophrenie und Gesellschaft – Texte und Gespräche 1975- 1995*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Denzin NK, Lincoln YS (2000): *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, Inc.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2005): *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.

Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC (2004): The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 348–354.

Fox JW (1990): Social Class, Mental Illness, and Social Mobility: The social selection-drift hypothesis for serious mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 344-353.

Gäbel W, et al. (2002a): WPA Antistigma-Programm. *ZNS Journal* 21.

Gäbel W, Baumann A, Witte M (2002b): Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizo-
phren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. *Nervenarzt* 73: 665-670.

Gäbel W, Baumann A, Phil MA (2003): Interventions to reduce the stigma associated with
severe mental illness: Experiences From the Open the Doors Program in Germany. *The
Canadian Journal of Psychiatry* 48(10): 657-662.

Gäbel W, et al. (2004): German Research Network on Schizophrenia: Public education pro-
grammes in Düsseldorf and Cologne, Germany. WFMH/WHO.

Giddens A (2007) *Socjologia*. Warszawa:Wydawnictwo Naukowe PWN.

Goffman E (1963): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon
& Schuster.

Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM (2002): Prevalence and incidence studies of
schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychia-
try*. 47: 833-43.

Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, Maier W, Bot-
tlender R, Möller HJ, Gäbel W, Wölwer W (2004): Early detection and secondary prevention
of psychosis: facts and visions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*
254: 117–128.

Heimann HM (2007): *Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern
aus der ehemaligen Sowjetunion und einheimischen Deutschen - Dissertation zur Erlangung
des doctor medicinae der Medizinischen Fakultät der Charité Berlin.*

Heinz A (2002): Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Schizophrenieforschung. In: Das transkulturelle Psychoforum 9.

Heise T, PfeffererWolf H, Leferink K (2001): Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 72: 231-233.

Hunt SM (1986): Cross-cultural issues in the use of socio-medical indicators. Health Policy 6: 149-158.

Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund L, McKenna S (1991): Cross-cultural adaptation of health measures European Group for Health Measurement and Quality of Life Assessment. Health Policy 19: 33-44.

Jenkins JH, Barrett RJ (2004): Schizophrenia, culture, and subjectivity. The edge of experience. Cambridge: Cambridge University Press.

Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, Scott R (1984): Social Stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman.

Kępiński A (2001): Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. (2006): Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings From the 3-center AESOP study. Archives of General Psychiatry 63: 250-258.

Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Murray RM, Jones PB (2007): Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 46(6).

Kleinman (1980): Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. University of California Press, Berkley.

Kleinman A (1988): Rethinking psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience. New York: The Free Press.

Kleinman A (1999): Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder. In G. B. Peterson, The Tanner lectures on human values (pp. 357–420). Salt Lake City: University of Utah Press.

Kolebacz A (2005): Pressemitteilung vom 10.11.2005, „Zaburzenia schizofreniczne w oczach polskiego społeczeństwa”.

Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C (2007): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (1999): Framework for promoting mental health in Europe. Hamina.

Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W (2004): Factors influencing social distance toward people with mental illness. Community Mental Health Journal 40 (3).

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D (1982): A controlled clinical trial of intervention in families with schizophrenia patients. British Journal of Psychiatry 141: 121-134.

Link BG, Bruce, Phelan JC (2001): Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 27: 363-385.

Link BG, Phelan JC (1999) Labeling and stigma. New York: Plenum.

Lisowska B (2003): Psychiatria jest jedną z najbardziej niedofinansowanych dziedzin ochrony zdrowia. Puls Medycyny 13.

Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, Malangone C, Marasco C, Maj M (2000): Family burden and coping strategies in schizophrenia:1-year follow-up data from the BIOMED-1 study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 35: 109-115.

McGlashan TH (2006): Is Natural selection rendering schizophrenia less Severe? Schizophrenia Bulletin. 32(3): 428-429.

Meder J, Jarema M, Araszkiwicz A (2008): Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce - raport. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Warszawa

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (2005): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Myślińska Olga (2008): Pressemitteilung vom 09.10.2008 „Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce”

Najwyższa Izba Kontroli (2008): Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. Expertise Nr. 8/2008/PO7165/LWR. Wrocław.

O’Sullivan C, Durso F (1984): Effect of schema-incongruent information on memory for stereotypical attributes. Journal of Personality and Social Psychology 47: 55-70.

Penka S, Krieg S, Hunner Ch, Heinz A (2003): Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. *Nervenarzt* 74: 581-586.

Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW (2000): Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research* 45: 37–45.

Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA (2000): Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior* 41(2): 188-207.

Philo G (1997): Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin* 21: 171-172.

Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T (2003): Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38: 337–344.

Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E (2006): Prejudice and schizophrenia: a review of the „mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114 (5): 303-318.

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen *Psychiatrische Praxis* 32: 221-232.

Sartorius N (1996): Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31: 55-69.

Sawińska M (2004): Pressemitteilung vom 30.03.2004 "Badanie dotyczące postaw Polaków wobec leczenia psychiatrycznego." TNS OBOP.

Schulze B (2007) Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry* 19 (2): 137-155.

Schulze B, Angermeyer MC (2003a): Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 56: 299–312.

Schulze B, Richter-Werling R, Matschinger H, Angermeyer MC (2003b): Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 107: 142–150.

Shaughnessy JJ, Zechmeister EB, Zechmeister JS (1999): *Research methods in psychology*. McGraw-Hill Humanities/Social Sc.

Shorter E ed (2005): *A history of psychiatry. from the era of the asylum to the age of prozac*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne S.A.

Skarbek M (2004): Pressemitteilung vom 28.10.2004 "Psychiatria ma wiele wymiarów". Puls.

Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M (1996): Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia. Bulletin* 22: 41-50.

Sowada Ch (2004): Zusammenfassung des Beitrags zum Seminar 2004 „Europas kommende Generationen der Europäischen Beobachtungsstelle zur sozialen Situation, Demographie und Familie.“ Brüssel, Belgien.

Stuart H (2003): Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention. . The Canadian Journal of Psychiatry 48: 651-656.

Szewerniak-Milewska E (2004): Jak poprawić społeczny wizerunek psychiatrii. Puls Medycyny 11 (82).

Unger A, Krautgartner M, Freidl M, StelzigSchöler M, Rittmannsberger H, Simhandl C, Grill W, Doby D, Wancata J (2005): Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker Neuro-psychiatrie 19: 141–147.

Üstün TB, Chatterji S, Trotter R, Saxena S (2001): Cross-Cultural Applicability Research Methods in Addictions, Mental Health and Disabilities. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher - Rössler: A cultural psychiatry: euro-international perspectives. Basel: Karger, S. 49-67.

Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, J B, WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999): Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. The Lancet 354(9173).

Verhäghe MP, Bracke P, Bruynooghe K (2007): Stigmatization in different mental health services: a comparison of psychiatric and general hospitals. The Journal Of Behavioral Health Services & Research 34 (2): 186-197.

Wciórka B, Wciórka J (2002): Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię. CBOS, Warszawa.

Wciórka J (2004): Opieka psychiatryczna w Polsce Trudne dziś, lepsze jutro? Nasze Zdrowie 140 (6823).

Williams B, Healy D (2001): Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health: “explanatory model” or “explanatory map”? *Social Science & Medicine* 53 465-476.

World Health Organization (2008): *International statistical classification of diseases, Tenth Revision*, Geneva.

Wölwer W, Buchkremer G, Häfner H, Klosterkötter J, Maier W, Möller H-J, Gaebel W (2003): German research network on schizophrenia. Bridging the gap between research and care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253: 321–329.

10. Anhang

10.1. Liste der im Pile Sort Verfahren verwendeten Begriffe

Tabelle 1.

1.	Persönlichkeitsspaltung
2.	psychische Krankheit
3.	Angst haben
4.	Halluzinationen
5.	Wahn
6.	Denkstörung
7.	Realitätsverlust
8.	Stimmungsschwankungen
9.	Verwirrtheit
10.	Selbstgespräche führen
11.	Suizidgefahr
12.	Gedächtnisprobleme
13.	niedriger sozialer Status
14.	Gestaltungspotenzial
15.	eine schwere Erkrankung
16.	anders aussehen
17.	unsichtbar für die Umgebung
18.	Unkontrolliertheit
19.	merkwürdiges Verhalten
20.	merkwürdige Dinge erzählen
21.	Kommunikationsprobleme
22.	Verlangsamung
23.	gefährlich sein
24.	ungepflegt
25.	merkwürdiger Gesichtsausdruck
26.	Nervosität
27.	sich zurückziehen
28.	Übergewicht
29.	man sollte es isolieren
30.	Betreuung brauchen
31.	normal leben können
32.	genetisch veranlagt
33.	durch Drogen

34. durch sozialen Druck
35. durch eine Hirnschädigung
36. durch schlimme Erlebnisse
37. durch Probleme aus der Kindheit
38. durch Umweltfaktoren
39. durch familiäre Probleme
40. durch Alkohol
41. durch Depression
42. durch die Hirnstoffwechselstörung
43. durch hohe Ansprüche an sich selbst
44. durch die psychische Empfindlichkeit
45. durch Stress
46. durch mangelnde emotionale Unterstützung
47. durch Unwissenheit hinsichtlich der Erkrankung
48. von der Gesellschaft abgelehnt werden
49. mangelnde Akzeptanz
50. Beziehungsprobleme
51. Angst erregen
52. nimmt niemand ernst
53. soziales Stigma
54. sich als ein schlechterer Mensch fühlen
55. keine Arbeit finden können
56. im Alltag nicht zurecht kommen
57. Unverständnis
58. Misstrauen
59. mit der Krankheit nicht zurecht kommen
60. niemand darf es wissen
61. Mangel an Fachhilfe
62. Eingliederung
63. Therapiegruppen
64. ein Psychologe
65. ein Psychiater
66. ein Hausarzt
67. ein Neurologe
68. Polizei
69. Sozialdienst
70. Kirche / religiöser Vertreter
71. Familie
72. Freunde
73. Medikamente

74.	Psychotherapie	<hr/>
75.	Krankenhaus	<hr/>
76.	eine Klinik für psychisch Kranke	<hr/>
77.	Hirnforschung	<hr/>
78.	Medien	<hr/>

10.2. Abbildungs - und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Funktionsmodell psychische Gesundheit; Quelle: Lahtinen E, Lehtinen V, Rii-
konen E, Ahonen J, (eds.): Framework for promoting mental health in Europe,
Hamina 1999

Abbildung 2: Die häufigsten Antworten bei der Frage nach der Ätiologie der Krankheit.

Abbildung 3: Geschlecht der Teilnehmer am Pile Sort Verfahren.

Abbildung 4a: Verteilung der befragten Deutschen nach Wohnort.

Abbildung 4b: Verteilung der befragten Polen nach Wohnort.

Abbildung 5: Pile Sort- die deutschen Teilnehmer mit Abitur

Abbildung 6: Pile Sort- die deutschen Teilnehmer ohne Abitur

Abbildung 7: Pile Sort- die polnischen Teilnehmer mit Abitur

Abbildung 8: Pile Sort- die polnischen Teilnehmer ohne Abitur

Abbildung 9: Die am häufigsten aussortierten Begriffe

Abbildung 10: Prozentsatz der Teilnehmer, die die Begriffe: „Mangel an der Fachhilfe“,
„ungepflegt“, „Gestaltungspotenzial“ und „Übergewicht“ als unpassend für
die gebildeten Assoziationsgruppen ablehnten.

Tabelle 1: Liste der im Pile Sort Verfahren verwendeten Begriffe.

11. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Andreas Heinz danke ich herzlichst für die Überlassung des Themas dieser Arbeit, für die Möglichkeit, dieses Projekt an seiner Klinik verwirklichen zu dürfen und für zahlreiche wertvolle Anregungen im Verlauf der Arbeit.

Besonderer Dank gebührt Frau Hannah Heimann für die Durchsicht meiner Arbeit und die vielen Hinweise, die zur Vollendung derselben notwendig waren.

Frau Simone Penka danke ich für die Hilfsbereitschaft und die Geduld, die sie mir, trotz ihrer Belastung in Klinik und Forschung, entgegenbrachte.

Danke auch an alle nicht namentlich genannten Mitarbeiter, Patienten und Probanden.

Nicht zuletzt vielen Dank an meine Familie und Freunde. Diese Arbeit wäre ohne ihre stetige Ermutigung nicht möglich gewesen.

12. Lebenslauf

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

Erklärung

„Ich, Emilia Małecka (geb.Maćkowiak), erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **„Unterschiedliche Erklärungsmodelle für Schizophrenie in der deutschen und in der polnischen Gesellschaft und ihre Bedeutung für die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung schizophrener Menschen“** 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.“