

LITERATURÜBERBLICK

EINSTELLUNGEN GEGENÜBER

PSYCHISCH KRANKEN UND GEISTIG BEHINDERTEN

für

Bundeszentrale

für gesundheitliche und soziale Aufklärung

Köln

von

Ursula Scherer-Zündorf

Dipl.-Volksw. soz.wiss. Richtung

63 Giessen

Posener Str. 5

11 0602 G

LITERATURÜBERBLICK
EINSTELLUNGEN GEGENÜBER
PSYCHISCH KRANKEN UND GEISTIG BEHINDERTEN

für

Bundeszentrale
für gesundheitliche und soziale Aufklärung
Köln

von

Ursula Scherer-Zündorf
Dipl.-Volksw. soz.wiss. Richtung
63 Giessen
Posener Str. 5

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 110005

(11.2) Literaturüberblick

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.	Einleitung 1
2.	Historische Entwicklung der gegenwärtigen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten 4
3.	Die Untersuchung von Einstellungen und Einstellungsänderungen 8
4.	Die Untersuchung der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken 18
4.1.	Amerikanische Untersuchungen 19
4.1.1	Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken 19
4.1.1.1	Frühe Untersuchungen 19
4.1.1.2	Untersuchungen zur kognitiven Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken 24
4.1.1.3	Untersuchungen zur evaluativen Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken 34
4.1.1.4	Untersuchungen zur verhaltensgerichteten Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken 39
4.1.2	Die Einstellungen von psychiatrischem Personal 51
4.1.3	Die Einstellungen von psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen 59
4.1.4	Die Einstellungen von Arbeitgebern 62
4.1.5	Experimentelle Untersuchungen von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken 64
4.1.6	Einstellungen gegenüber geistig Behinderten 71
4.2	Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in Europa 75

		Seite
4.3	Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland	80
5.	Die Veränderung von Einstellungen gegen- über psychisch Kranken und geistig Behinderten	95
5.1	Die Modifizierung von Einstellungen durch Darbietung von Informationen, Schulungskursen und anderen Arten der formalen Unterweisung	99
5.2	Die Veränderung von Einstellungen durch Kontakt mit psychisch Kranken	103
5.3	Die Veränderung von Einstellungen durch Kontakt plus Information	108
6.	Zusammenfassung	116

1. Einleitung

In den vergangenen zwei Jahrzehnten und besonders in den letzten Jahren ist eine immer deutlicher werdende Zunahme in der Zahl psychisch kranker und geistig behinderter Personen zu registrieren. So schätzt man, daß zwischen 10% und 40% der Bevölkerung der Bundesrepublik psychisch krank sind (Ammon, 1973). Über die Ursachen dafür kann man allerdings nur Vermutungen anstellen. Auf der anderen Seite hat sich jedoch durch Veränderungen in der Psychiatrie selber und durch die Entwicklung wirksamer Psychopharmaka die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts eines Patienten in einer geschlossenen Anstalt sehr verringert. Ein immer größerer Anteil der Bevölkerung wird somit zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlaufe seines Lebens den immer noch fragwürdigen Status eines "ehemaligen psychiatrischen Patienten" einnehmen.

Ähnlich steht es beim Problem geistiger Behinderungen. Die Fortschritte der perinatalen und postnatalen Medizin können zwar auf der einen Seite das Auftreten von Behinderungen unterschiedlichster Art wirksam verhindern oder in ihren Auswirkungen erträglicher machen, haben auf der anderen Seite jedoch auch die Lebenserwartung einer großen Zahl geschädigter Kinder bedeutend verbessert. Hinzu kommt die zunehmende Anzahl von Hirnverletzungen durch Unfälle, die zum Teil im Straßenverkehr, zum Teil auch durch menschliches Versagen im Angesicht der weitentwickelten Technologie am Arbeitsplatz auftreten. Da das Ziel jeglicher Therapie, wie bei den sogenannten normalen Krankheiten, auch bei psychischen Krankheiten und geistigen Behinderungen die Rehabilitation des Individuums und seiner Eingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsprozeß ist, und andererseits das Recht des einzelnen auf volle Ent-

faltung seiner Fähigkeiten und auf Gleichberechtigung gesichert werden soll, wird in Zukunft ein zunehmend großer Teil der Gesellschaft diesen beiden Gruppen, die immer noch Randgruppen darstellen, zuzuordnen sein.

Das Problem, mit dem sich die Mehrheit der Bevölkerung somit konfrontiert sieht, besteht darin, daß auf der einen Seite eine große Gruppe von Mitmenschen existiert, deren Erfahrungen oder Eigenschaften von einer allgemein akzeptierten gesamtgesellschaftlichen Norm abweichen, der man jedoch durch seine persönliche Entwicklung oder durch einen unglücklichen Zufall jederzeit zugerechnet werden kann, und daß auf der anderen Seite Vorurteile und Diskriminierungstendenzen der Bevölkerung gegenüber diesen Randgruppen und eine weitverbreitete Unsicherheit, wie man sich den Angehörigen dieser Gruppe gegenüber verhalten soll, bestehen.

Es stellt sich somit die Frage, ob der Bevölkerung bei diesen notwendigen Anpassungsschwierigkeiten durch gezielte Maßnahmen psychologischer Art Hilfestellung gegeben werden kann. Solche Maßnahmen können jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn sie die für den Problem-bereich relevanten Untersuchungen, die in der Literatur berichtet werden, berücksichtigen und die Ergebnisse in die Projektierung der Maßnahmen einbeziehen. Um eine solche Grundlage für die Planung und Durchführung solcher Maßnahmen zu schaffen, wurde der vorliegende Literaturüberblick angefertigt.

Dieser Literaturüberblick, der den gegenwärtigen Stand der Forschung auf dem Gebiet von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten verdeutlichen soll, soll zusätzlich einige weitere Fragen klären. Es handelt sich dabei um

1. die verschiedenen Themen und Bereiche, die bisher schon einmal wissenschaftlich untersucht worden sind. Bei spezifischen Zielsetzungen kann man dabei ermitteln, mit welchem Erfolg sie angegangen worden sind und welche Fehler, die zu Mißerfolgen geführt haben, in zukünftigen Untersuchungen oder Maßnahmen vermieden werden sollten.
2. die besondere Forschungsproblematik, die sich zum einen in methodischen Überlegungen und zum anderen aber auch in der praktischen Verwendbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse, die unter relativ artifiziellen Voraussetzungen gewonnen worden sind, zeigt.
3. die Frage, ob die vorliegenden Ergebnisse tatsächlich so gesichert sind, daß man sie zur Grundlage von Maßnahmen psychologischer Art machen kann.

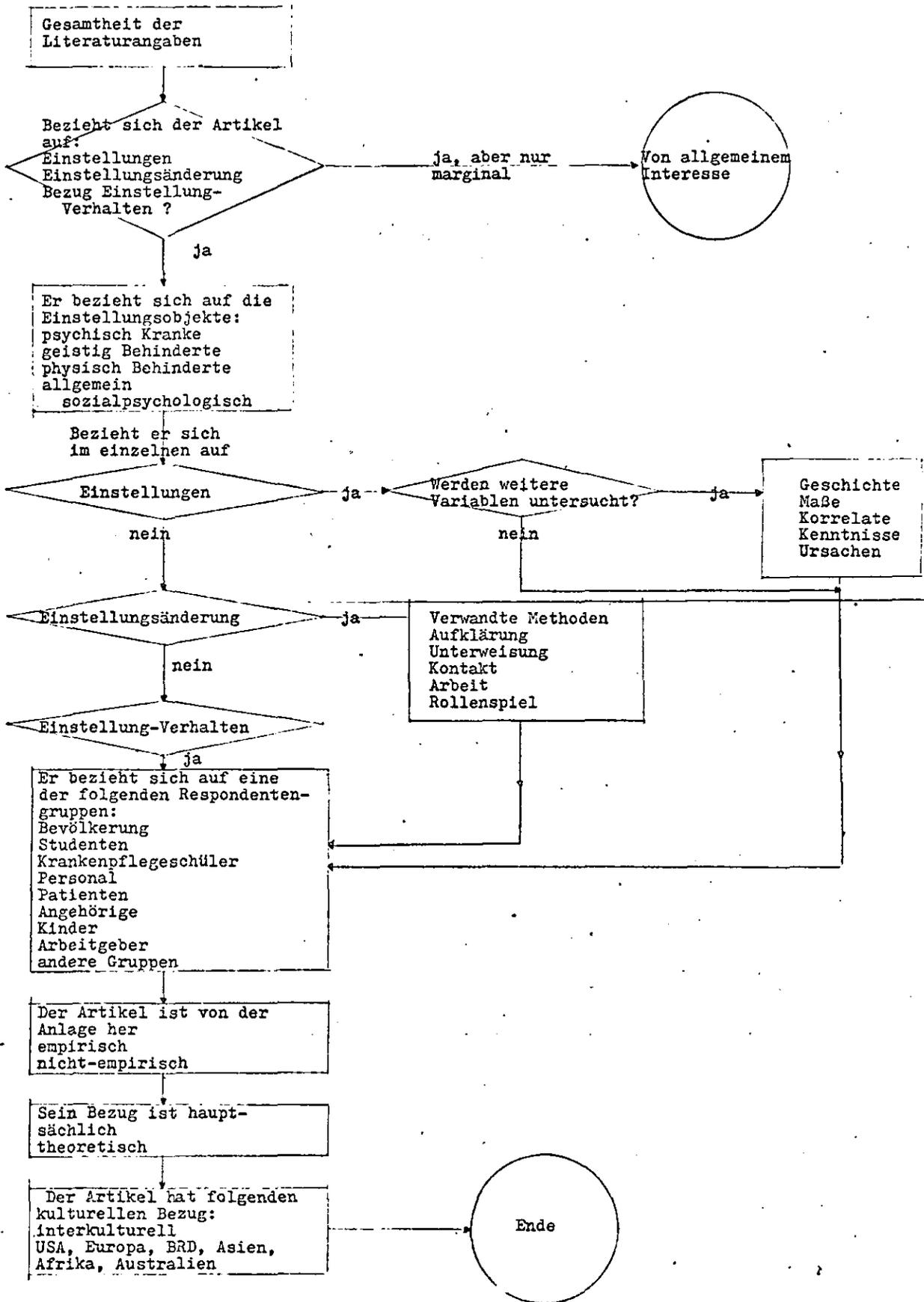
Es geht uns bei der Planung und Durchführung des vorliegenden Literaturberichts besonders darum, die neueren Ergebnisse und Diskussionen im Forschungsbereich "Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten" möglichst lückenlos zu erfassen. Aus diesem Grunde wurden zwei getrennte computergestützte Suchläufe der von der American Psychological Association und des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information katalogisierten Literatur angefertigt. Nach eingehender Durchsicht dieser Suchläufe stellte sich jedoch heraus, daß keiner von beiden umfassend genug war. Aus diesem Grunde wurden zusätzlich die Jahrgänge 1971 - 1975 der Psychological Abstracts, die gleichen Jahrgänge relevanter Zeitschriften, die nicht in dieses Indexsystem aufgenommen sind, und die Literaturverweisungen aller in Original- oder xerokopierter

Form vorliegender Bücher und Artikel auf wichtige Verweise hin durchgesehen. Es ergab sich somit eine umfangreiche Bibliographie von ungefähr 550 Referenzen, die auf Lochkarten übertragen wurde. Von den Veröffentlichungen, die entweder im Original oder als Kopie greifbar waren, wurden Zusammenfassungen angefertigt. Diese Zusammenfassungen sollten Aufschluß über die Anlage der Untersuchung, die verwandten Versuchspersonen, die Ergebnisse und bestimmte methodische Stärken oder Schwächen geben. Nachdem diese Zusammenfassungen größtenteils fertiggestellt worden waren, wurden sie mit Hilfe eines Stichwortsystems klassifiziert, und ebenfalls auf Lochkarten übertragen. Die gesamte Bibliographie samt Zusammenfassungen und Stichwörtern liegt somit in computerlesbarer Form vor, so daß Teilbibliographien zu bestimmten Themenbereichen durch Computersuchläufe erstellt werden können. Nach verschiedenen Versuchen wurde am Rechenzentrum der Universität Gießen ein Suchprogramm erstellt, mit Hilfe dessen es möglich ist, sowohl im Titel der einzelnen Literaturverweise als auch im Text der Zusammenfassungen und in den Stichworten nach bestimmten Begriffen zu suchen und separate, alphabetisch nach Autoren angelegte Teilbibliographien zu erstellen. Abbildung 1 zeigt das Stichwortsystem in Form eines Flußdiagramms.

2. Historische Entwicklung der gegenwärtigen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten

Da die meisten empirischen Untersuchungen, über die in diesem Literaturüberblick berichtet werden soll, die gegenwärtig in den europäischen und der nordamerikanischen Gesellschaft bestehenden Einstellungen ohne Bezug auf historische Entwicklungen darzustellen oder zu verändern suchen, soll zu Anfang dieses Literatur-

Systematik zur Klassifizierung
von Veröffentlichungen zum Themenbereich
"Einstellungen gegenüber psychisch Kranken
und geistig oder physisch Behinderten"



überblicks kurz auf die historischen Grundlagen für diese gegenwärtig bestehenden Einstellungen eingegangen werden. Eine Reihe von Publikationen (Ammon, 1973; Hes und Wollstein, 1964; Dörner, 1969; Lane, 1970; Mora, 1967; Schneck, 1960), die sich hauptsächlich mit der Geschichte von Psychiatrie und Sozialpsychiatrie beschäftigen, geben einen guten Überblick über die wechselnden Auffassungen über psychische Krankheiten im Verlauf der letzten 500 Jahre. Die Autoren kommen in ihren Analysen übereinstimmend zu der Ansicht, daß vorindustrielle Gesellschaften psychischen Krankheiten weitaus weniger ablehnend gegenüber standen als die modernen Industriegesellschaften. Die vorindustriellen Gesellschaften, sei es das antike Judentum (Hes und Wollstein, 1964) oder das mittelalterliche Europa (Ammon, 1973; Dörner, 1969) wiesen psychisch Kranken spezifische Rollen zu, wie Schamanen, Sybillen, Heilige und Hexen, und integrierten sie so in ihre festgefügte Gesellschaft. In dieser Zeit konnte es vorkommen, daß die Narren und Verrückten in Städten 10-30% der Bevölkerung ausmachten. Erst nach der Renaissance, in deren Literatur der Wahnsinn eine zentrale Rolle spielte, so z.B. in den Shakespeareschen Dramen und in philosophischen Abhandlungen, wie bei Erasmus von Rotterdam und bei Blaise Pasqual, trat ein Wandel ein. Mit Beginn der Aufklärung und des Merkantilismus, also mit der Entmythologisierung der Natur und den Beziehungen der Menschen untereinander und der Auflösung der mittelalterlichen ständischen Gesellschaft, verlieren die psychisch Kranken ihre Rolle im gesamtgesellschaftlichen Prozeß und die Verantwortung für psychisch Kranke wird der Gesellschaft oder bestimmten über die Großfamilie hinaus greifenden Verbänden übertragen. Aus der Akzeptierung psychisch Kranker als Träger mythischer Kräfte und damit als positivem Bestandteil der Gesell-

schaft wird die Ablehnung der gleichen Personengruppe, da ihr Verhalten mit der neuentdeckten "Vernunft" nicht mehr zu begreifen ist. Psychisch Kranke werden damit als Störung im Ablauf gesellschaftlicher Prozesse verstanden und mit Hilfe polizeilicher Zwangsmaßnahmen aus der Gesellschaft entfernt. Aus den mittelalterlichen Asylen, die mehr eine Pflegefunktion hatten, werden Zuchthäuser, in denen die "gemeingefährlichen Irren" unter unwürdigsten Zuständen gefangen gehalten werden, da sich in ihnen die tierische, gewalttätige Komponente der Natur des Menschen äußert. Wie Tiere wurden sie in ihren Käfigen besichtigt und den Bürgern zur Schau gestellt (Ammon, 1973).

Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts begann man, das abweichende Verhalten Wahnsinniger als Krankheit zu begreifen. Diese Krankheit wurde jedoch nicht den somatischen Erkrankungen gleichgestellt, da Angst und Mißtrauen vor dem unvorhersagbaren Verhalten solcher Kranker bestehen blieb. Auch die wechselnden psychiatrischen Anschauungen über die Grundlagen psychischer Krankheiten, wie z.B. Veränderungen des Gehirns, moralische Zerrüttung, fortschreitende Degeneration, die Freud'sche Auffassung der Soziogenese psychischer Krankheiten im frühen Kindesalter und die gegenwärtigen differenzierteren Anschauungen, die den unterschiedlichsten Faktoren bei der Entstehung psychischer Krankheiten eine Rolle einräumen, haben die grundlegende Basis für die weit verbreiteten Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten nicht ausräumen können, nämlich die Angst vor dem unvorhersagbaren Verhalten, das den regelhaften Ablauf jeder normalen Interaktion in Frage stellt, und die fehlenden Fertigkeiten, mit solchen Kranken auf adäquate Weise zu interagieren.

Diese Entwicklung fand mit einigen Abweichungen in fast allen europäischen Ländern statt. In den USA gab es allerdings noch eine interessante Variante, nämlich die Tatsache, daß zwischen 1800 und 1860 das sogenannte "moral treatment" bestimmte Entwicklungen des 20. Jahrhunderts schon vorwegnahm. Diese "moralische Behandlung" bestand darin, daß psychisch Kranke in in ländlicher Umgebung liegende Krankenhäuser eingewiesen wurden und dort ein Leben führen durften, daß für sie so angenehm wie möglich war. Man sprach mit ihnen eingehend, versuchte mit ihnen Freundschaft zu schließen, neue Interessen zu wecken, usw. Dieser Ansatzpunkt basierte auf dem Glauben, daß das abweichende Verhalten der psychisch Kranken durch Mißverständnis oder mangelnde Kenntnisse hervorgerufen werde und daß es durch die Manipulation geeigneter sozialer und psychologischer Faktoren verändert werden könne (Bockhoven, 1963).

Diese Bewegung fand ihr Ende, als die Vertreter des "moral treatment" starben und keine adäquaten Pläne für den Bau neuer Anstalten realisiert wurden. Die bestehenden wurden dann so überfüllt, zumal auch nach dem amerikanischen Bürgerkrieg die Zahl der psychisch Kranken sprunghaft zunahm, so daß wenig mehr als die reine Aufbewahrungsfunktion erfüllt werden konnte. Im übrigen gewann auch in den USA um diese Zeit die Auffassung überhand, daß psychische Krankheiten somatische Ursachen hätten, die nur noch nicht erforscht seien, womit die Versuche mit einer Therapie zunächst aufgegeben wurden.

3. Die Untersuchung von Einstellungen und von Einstellungsänderungen

Bevor auf die Darstellungen der einzelnen Untersuchungen selber eingegangen wird, erscheint es für den Aufbau des Berichts und für die Erleichterung und das Verständnis der Diskussion zweckmäßig, den sozialpsychologischen Terminus "Einstellung" kurz zu erläutern und einen Überblick über häufig verwandte Methoden und standardisierte Instrumente zu geben.

Die Sozialpsychologie versteht unter der Einstellung gegenüber Objekten, Begriffen, Personen oder sozialen Gruppen eine relativ stabile Tendenz eines Individuums, bestimmte Vorstellungen, Wertungen und Handlungsdispositionen dem Einstellungsobjekt gegenüber zu zeigen, denen im allgemeinen eine stark verhaltensprägende Wirkung zugeschrieben wird. Die Frage, ob Einstellungen wirklich als wichtige Determinanten konkreter Verhaltensweisen in sozialen Situationen anzusehen sind, ist jedoch noch weitgehend ungeklärt.

Häufig wird eine Unterscheidung zwischen kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Komponenten einer Einstellung getroffen, wobei die kognitive oder informationsbezogene Komponente das Wissen und die Vorstellungen über das Einstellungsobjekt, die affektive oder gefühlsmäßige Komponente eine Wertung desselben und die handlungsbezogene Komponente die Verhaltensdisposition gegenüber dem Einstellungsobjekt darstellen. Unter Stereotyp versteht man im allgemeinen eine kognitive Einstellungskomponente, die weniger auf tatsächlichen Informationen über das Einstellungsobjekt sondern auf ungeprüft übernommenen, zumeist stark vereinfachten und wenig differenzierten Vorstellungen diesem gegenüber beruht, die nichtselten

von nahezu allen Mitgliedern einer sozialen Gruppe geteilt und dementsprechend tradiert werden. Der Begriff des Vorurteils impliziert alle drei Einstellungskomponenten, wobei zu den stereotypen Vorstellungen eine negative gefühlsmäßige Wirkung, meist von Ablehnung begleitet, und eine auf Vermeiden oder Aggression gerichtete Verhaltenstendenz tritt. Der Begriff des Vorurteils ist in der Sozialpsychologie bislang nahezu ausschließlich für die negativen Einstellungen und Verhaltenstendenzen gegenüber Fremdgruppen, die durch eindeutige rassische, ethnische oder subkulturelle Unterschiede erkennbar sind, angewandt worden. Dies ist insofern sinnvoll, als die Bezeichnung "Vorurteil" impliziert, daß ein abwertendes Urteil über eine oder mehrere Personen schon allein aufgrund der Identifizierung ihrer Gruppenzugehörigkeit anhand entsprechender Hinweisreize erfolgt.

Alle drei Einstellungskomponenten werden normalerweise mit Hilfe von Einstellungsskalen untersucht. Einstellungsskalen sind ganz allgemein Instrumente zur Klassifizierung von Respondenten in bezug auf positive oder negative Ausprägungen ihrer Einstellungen gegenüber bestimmten Einstellungsobjekten, d.h. gegenüber Personen, Personengruppen, Ideologien, Meinungen usw. Im Laufe der Entwicklung der empirischen Sozialforschung haben sich bestimmte Techniken entwickelt, die in ihrer Vorgehensweise weitgehend standardisiert sind und so eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten gefunden haben. Wir werden an dieser Stelle nicht im einzelnen auf alle in der Sozialpsychologie entwickelten Techniken zur Einstellungsmessung eingehen, da dies in einer Literaturübersicht dieser Art zu weit führen würde, sondern die Techniken, die in den im nächsten Kapitel angeführten Untersuchungen immer wieder verwandt werden, kurz schildern.

Die einfachste Form eines Einstellungsmaßes ist das sogenannte Rangordnungsverfahren. Eine Reihe von Einstellungsobjekten müssen dabei vom Respondenten ihrer positiven Bewertung nach in eine Rangreihe gebracht werden. Durch den Vergleich unterschiedlicher Rangreihen oder durch den mittleren Rangplatz eines Einstellungsobjektes wird dann die positive oder negative Ausprägung der Einstellung des Respondenten gemessen.

Eines der ersten standardisierten Verfahren zur Einstellungsmessung ist die sogenannte "Skala der sozialen Distanz" von Bogardus (1925), die sich besonders zur Erforschung von Einstellungen gegenüber bestimmten Personengruppen eignet. Aus diesem Grunde wird sie bis heute in der Erforschung der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten häufig benutzt. Der Respondent muß dabei angeben, welche Art von sozialen Kontakten mit dem Einstellungsobjekt er für sich selbst als akzeptabel ansieht. Die Skala reicht in 7 bis 8 Stufen von Aussagen wie "aus dem Lande weisen" bis "in die Familie aufnehmen". Aufgrund der Kontextfreiheit dieser Aussagen ist die Skala der sozialen Distanz für die Erforschung von Einstellungen gegenüber einer Vielzahl von Personengruppen benutzbar. Darüberhinaus können die Aussagen jeweils auf das bestimmte Untersuchungsgebiet abgestimmt werden, jedoch stellt sich dann das Problem der Validierung erneut. Aufgrund der Interaktionsbezogenheit der in der Skala verwandten Aussagen nimmt man allgemein an, daß sie die Verhaltenskomponente von Einstellungen mißt. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß man von der verbal geäußerten Tolerierung eines bestimmten Grades sozialer Nähe noch nicht direkt auf tatsächliche Interaktionsbereitschaft schließen kann, wie es häufig geschieht. Bei der Verwendung eines Fragebogens dieser Art spielen natürlich eine Reihe von Faktoren

eine wichtige Rolle, von denen nicht zuletzt die sogenannte soziale Wünschbarkeit, die sich in diesem Falle als das Bewußtsein, daß man seine Ablehnung möglichst nicht direkt ausdrücken sollte, auswirken würde, die Antworten entscheidend beeinflussen dürfte.

Einstellungsskalen im eigentlichen Sinne werden nach relativ standardisierten Vorgehensweisen konstruiert. Mehrere dieser Vorgehensweisen tragen zwar unterschiedliche Namen, ähneln sich jedoch relativ stark in ihren wichtigsten Punkten, so daß auf die Unterschiede an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden braucht. Aus einer großen Sammlung von Aussagen, die sich alle auf ein bestimmtes Einstellungsobjekt beziehen und unterschiedlichen Ausprägungen dieser Einstellung Ausdruck geben sollen, werden mittels verschiedener Verfahren, die sich zum Teil auf inhaltliche Gesichtspunkte, zum Teil auf mathematische Kriterien oder auch auf den Konsensus unabhängiger Beurteiler stützen, die wichtigsten Aussagen ausgewählt, die die ganze Variationsbreite von Einstellungen gegenüber dem bestimmten Einstellungsobjekt abdecken sollen. In der eigentlichen Untersuchung der Einstellungen wird dann das so modifizierte Instrument verwandt, mit Hilfe dessen die Respondenten auf einem Kontinuum von positiv zu negativ eingestuft werden können.

Im Falle der Untersuchung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken werden diese Verfahren relativ häufig angewandt. Zum Teil sind sie, wie aus der Beschreibung der allgemeinen Prinzipien zu entnehmen war, relativ eng auf eine bestimmte Fragestellung zugeschnitten und werden dann meistens nur einmal benutzt. In anderen Fällen wird auf die Erstellung einer solchen Skala mehr Zeit und Aufwand verwandt, vor allem dann, wenn grundlegende Einstellungsdimensionen aufgedeckt werden sollen. Meist führt dann der große Arbeitsaufwand, der mit der

Erstellung einer solchen standardisierten Skala verbunden ist, dazu, daß diese Skala in einer ganzen Reihe von Untersuchungen unverändert weiterbenutzt wird, um über die zusätzliche Erforschung weiterer Variablen zu einem genaueren Bild der Einstellungskonstellation zu kommen. Die ersten Untersuchungen, die mittels sozialpsychologischer Kriterien erstellter Skalen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken untersuchten, waren die Untersuchungen von Cumming & Cumming (1957) und von Nunnally (1961). Diese Untersuchungen bezogen sich hauptsächlich auf den spezifischen Inhalt der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, also auf die kognitive Komponente (z.B. bei Nunnally: "Die Augen von Irren sind glasig"). In späteren Untersuchungen wurden dagegen Instrumente entwickelt, die relativ stabile interpersonale Ideologien in bezug auf psychisch Kranke ansprechen sollten.

Die erste dieser Skalen entstand in den Untersuchungen von Gilbert & Levinson (1957). Sie nannte sich "Custodial Mental Illness Ideology Scale" und bezog sich auf eine Einstellungsdimension, die am besten mit "Kustodialismus - Humanitarismus" beschrieben werden kann. Das eine Extrem dieser Dimension ist durch die Auffassung gekennzeichnet, daß psychisch Kranke fast oder gänzlich unheilbar seien und vor sich selbst und die Gesellschaft vor ihnen geschützt werden müssen. Das andere Extrem dieser Dimension stellt eine mehr egalitäre Auffassung dar, die die Rechte psychisch Kranker respektiert und auf Integration und Rehabilitation ausgerichtet ist.

Diese Skala war die erste, die sorgfältig nach Gesichtspunkten der Skalenkonstruktion aufgestellt wurde, jedoch erwies sich in der Folgezeit die Hypothese, daß

Einstellungen gegenüber psychisch Kranken auf nur eine zugrundeliegende Dimension zurückgeführt werden können, als irrig. Aus diesem Grunde entwickelten Cohen & Struening (1962) die "Opinions About Mental Illness Scale" (OMI), die bis heute die am weitesten verbreitete Skala zur Messung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ist und sowohl Aspekte der kognitiven als auch der evaluativen Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken abdeckt. Diese Skala soll die Meinungen von Personen über die Ursachen, die Beschreibung, die Behandlung und die Prognose schwerer psychischer Krankheiten messen. Die Einstellungen werden mit Hilfe von 51 Aussagen erhoben, die fünf unabhängige Dimensionen oder Orientationen gegenüber psychischer Krankheit abdecken. Diese Dimensionen sind:

1. Autoritarismus, in Anlehnung an die weitverbreitete California F-Skala, eine Einstellungsdimension, derzufolge psychisch Kranke eine minderwertige Klasse sind, die mit Zwangsmaßnahmen behandelt werden müssen.
2. Benevolenz, eine humanitäre Orientierung, die ihre Grundlagen mehr in religiösen Überzeugungen als in wissenschaftlichen Ansichten hat.
3. Die Ideologie der psychischen Hygiene, die beinhaltet, daß psychische Krankheiten wie alle anderen sind und individuelle Schwierigkeiten innerhalb eines medizinischen Modells definiert.
4. Soziale Restriktivität, die Überzeugung, daß psychisch Kranke gefährlich sind und in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden müssen.
5. Interpersonale Ätiologie, die Ansicht, daß psychische Krankheiten aus interpersonalen Erfahrungen entstehen, hauptsächlich durch Mangel an elterlicher Zuwendung in der Kindheit.

Die Respondenten beantworteten diese Skalenitems auf einer 6-Punkte-Skala. In mehreren Untersuchungen ist nachgewiesen worden, daß diese 5 Faktoren tatsächlich stabil sind und bei der Verwendung unterschiedlicher Stichproben immer wieder nachgewiesen werden können (Bohr & Hunt, 1967; Dielman, Stiefel & Cattell, 1973; Fraccia et al., 1972).

Eine ähnlich konstruierte Skala, die sich jedoch weniger auf die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken bezieht als auf eine spezielle Orientierung des psychiatrischen Personals, nämlich auf die Community Mental Health Ideology, im Deutschen auch Gemeindepsychiatrie genannt, wurde von Baker & Schulberg (1967) entwickelt. Sie wird hauptsächlich zu Forschungszwecken verwandt (z.B. zur Evaluation der Wirksamkeit spezialisierter Trainingsprogramme in Gemeindepsychiatrie bei der Modifizierung der theoretischen Überzeugungen der Teilnehmer). Die Skala enthält 38 Aussagen, zu denen die Antworten auf 6-Punkte-Skalen abgegeben werden, und deckt folgende fünf konzeptuelle Kategorien ab: Bevölkerungszentrierung, primäre Prävention, soziale Behandlung, umfassende Kontinuität der Behandlung und totale Teilnahme der Gemeinschaft. Es zeigt sich also, daß die gemeindepsychiatrische Bewegung eine Fortsetzung der in der Opinions-About-Mental-Illness-Skala angesprochenen Auffassung der interpersonalen Ätiologie ist.

Wie sich schon bei der Beschreibung der Opinions-About-Mental-Illness-Skala zeigte, ist eine große Schwäche der konventionellen Skalenkonstruktion die Annahme, daß die zugrundeliegende Einstellung nur von einer Dimension bestimmt wird. Viele Forscher versuchen, dieser Schwierigkeit aus dem Wege zu gehen und vermeiden die Konstruktion von Skalen insgesamt. Sie weichen auf sogenannte Rating-Verfahren aus, auf das Semantische Differential oder auf einfache Eigenschaftslisten. Eigenschaftslisten bestehen

aus einer großen Zahl von Adjektiven, die jeweils ad hoc zusammengestellt werden können. Die Respondenten müssen zu jedem Adjektiv auf einer 7- oder 9-Punkteskala angeben, inwieweit es auf das vorgegebene Einstellungsobjekt zutrifft. Diese Ratings werden dann Faktoranalysen unterzogen, um die diesen Einschätzungen zugrundeliegenden Einstellungsdimensionen zu extrahieren.

Das von Osgood, Suci & Tannenbaum (1957) entwickelte Semantische Differential oder Polaritätsprofil ist eine Weiterentwicklung dieser Methode. Aus einer großen Anzahl von Adjektivpaaren, die jeweils die entgegengesetzten Pole einer Eigenschaftsdimension bezeichnen, sind diejenigen ausgewählt worden, die sich als bedeutsam herausgestellt haben. Durch verfeinerte Techniken der Faktorenanalyse hat man erreicht, daß diese Adjektivpaare grundsätzliche Dimensionen darstellen, die zur Beurteilung einer großen Anzahl von Objekten benutzt werden. Diese Faktoren sind relativ abstrakte Konzepte, wie Stärke, Evaluation und Aktivität. Jedoch kann das Semantische Differential relativ leicht auf die Erfordernisse einer bestimmten Untersuchung zugeschnitten werden, so daß sich durch eine Faktorenanalyse weitere im Rahmen einer spezifischen Untersuchung wichtige Dimensionen ergeben. Aus diesem Grunde sind Polaritätsprofile bei der Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken relativ häufig benutzt worden. Wie sich aus dieser Beschreibung ergibt, sind das Semantische Differential und Eigenschaftslisten hauptsächlich dazu geeignet, die evaluative Komponente von Einstellungen zu untersuchen.

Als letzte Methode zur Untersuchung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken muß an dieser Stelle noch das Instrument von Star (1955) erwähnt werden, das leider nie veröffentlicht worden ist, trotzdem aber in vielen späteren Untersuchungen verwandt wurde. Es handelt sich dabei um

die Sonderform eines Fragebogens. Er besteht aus Fallbeschreibungen von sechs fiktiven Personen, von denen jede einen bestimmten Typ psychiatrischer Krankheit darstellt - einen paranoiden Schizophrenen, einen einfachen Schizophrenen, einen Angstneurotiker, einen Alkoholiker, eine Person mit zwanghaft phobischen Verhaltensstörungen und einen jugendlichen Verhaltensgestörten. Im Anschluß an diese Fallbeschreibungen werden die Respondenten um ihre Reaktionen auf diese Beschreibungen gebeten. Sie müssen z.B. angeben ob sie meinen, daß mit der beschriebenen Person etwas nicht stimme, daß die beschriebene Person psychisch krank sei, daß ihr Problem schwerwiegend sei und ob sie eventuell Hilfe bedürfe. Dieses Instrument ist ebenfalls recht variabel, da die Art der Fragen, die im Anschluß an die Fallbeschreibungen gestellt werden und die Interpretation der Antworten je nach Zielsetzung der Untersuchung verändert werden können. Der Fragebogen ist seitdem schon zu vielen Zwecken eingesetzt worden, zum Teil auch weiterentwickelt worden und hat sich als sehr hilfreich erwiesen, zumal er ein Problem vermeidet, daß sich bei der Verwendung anderer Beurteilungsverfahren stellt, nämlich die adäquate Beschreibung der Stimuluspersonen, die beurteilt werden sollen. Je nachdem, ob Wissensfragen gestellt, Einschätzungen verlangt oder Soziale Distanzen vorgegeben werden, können diese Fallbeschreibungen zur Erhebung aller drei Einstellungskomponenten verwandt werden; meistens werden sie jedoch zur Untersuchung der kognitiven Komponente benutzt, also der Frage, welche dieser "Fälle" als psychisch krank angesehen werden.

Die meisten der im folgenden Kapitel zu besprechenden Untersuchungen wenden die bisher beschriebenen Methoden oder entsprechende Varianten an. Nur einige wenige bedienen sich experimenteller Techniken anstatt Umfragen, jedoch stellt sich auch dabei das Problem der Erhebung der Einstellungen selber. Normalerweise werden bei Untersuchungen dieser Art zwei Personen zusammen in eine experimentelle Situation gebracht, in der sie z.B.

zusammen eine Aufgabe lösen. Eine dieser beiden Personen ist dabei ein Vertrauter des Versuchsleiters und wird der naiven Versuchsperson gegenüber als ehemaliger oder tatsächlicher psychiatrischer Patient ausgegeben. Aus dem Ablauf der Interaktion und aus den nachfolgenden Äußerungen der naiven Versuchsperson versucht man dann, Anzeichen für ihre Einstellungen gegenüber dem psychisch Kranken zu ermitteln. Auch in diesem Falle müssen dann Einstellungsfragebögen verwandt werden, wobei in einigen Fällen auch wieder auf die etablierten zurückgegriffen wird.

Ähnlich ist es in dem zweiten großen Gebiet unseres Literaturüberblicks, nämlich bei der Untersuchung der Einstellungsänderungen. Im allgemeinen wird dabei folgendermaßen vorgegangen: Die Einstellungen einer bestimmten Personengruppe werden zu einem bestimmten Zeitpunkt mit Hilfe etablierter Methoden oder ad hoc zusammengestellter spezieller Instrumente erhoben, dann wird innerhalb eines gewissen Zeitraums versucht, diese Einstellungen zu modifizieren, und danach werden zu einem zweiten Zeitpunkt die Einstellungen mittels des gleichen Instruments noch einmal festgestellt.

Die Maßnahmen zur Einstellungsänderung lassen sich in bestimmte Gruppierungen zusammenfassen. Es werden einmal Informationen angeboten, z.T. allgemeine psychologische und psychiatrische Kenntnisse vermittelt oder spezielle Informationen über psychisch Kranke dargeboten. Im weiteren wird der Faktor "Kontakt mit psychisch Kranken" eingesetzt, der häufig eng mit Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus verbunden ist. Als dritte Methode kann man "Kontakt plus Information" anführen, in der Komponenten der beiden erstgenannten zusammen eingesetzt werden. Als letzte Methode muß noch das Rollenspiel erwähnt werden, dessen Gebrauch zwar noch nicht sehr verbreitet

ist, das sich jedoch als sehr effizient herausgestellt hat, da die Übernahme der Rolle einer stigmatisierten Person das Verständnis für die Probleme einer solchen Personengruppe fördert.

Da diese Beeinflussungsmaßnahmen jedoch von Untersuchung zu Untersuchung verschieden sind, scheint es nicht zweckmäßig, sie an dieser Stelle genauer zu schildern. Dies muß bei der Interpretation der Einzelergebnisse von Beeinflussungsmaßnahmen geschehen, da ein eventueller unterschiedlicher Erfolg immer im Hinblick auf unterschiedliche Maßnahmen diskutiert werden muß.

4. Die Untersuchung der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

Die im vorangegangenen Kapitel vorgenommene Darstellung der hauptsächlich verwandten Einstellungsmaße und der immer wiederkehrenden Vorgehensweisen wird die folgende Darstellung der hauptsächlichsten Untersuchungen auf diesem Gebiet erheblich vereinfachen. Die Durchsicht der zur Verfügung stehenden Literatur zeigte, daß die meisten Untersuchungen aus den USA stammen. Da diese Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in der BRD übertragbar sind, müssen sie aus diesem Grunde separat dargestellt werden. Nach diesen Ausführungen sollen die vorhandenen Untersuchungen aus der BRD ausführlich referiert werden und es wird zu prüfen sein, ob amerikanische Erfahrungen in etwa durch deutsche Untersuchungen bestätigt werden können. Einige wenige Untersuchungen aus anderen Ländern konnten in der vorhandenen Literatur gefunden werden. Es ist jedoch nicht ersichtlich, ob diese für die Forschung in dem jeweiligen Sprachraum repräsentativ sind. Deshalb werden sie nur kurz angeführt und können nur Hinweise auf den Stand der Forschung in diesen Ländern geben.

4.1 Amerikanische Untersuchungen

4.1.1 Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken

4.1.1.1 Frühe Untersuchungen

Die Untersuchung der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken begann in den 40er Jahren nur sehr zögernd. Die bisher unveröffentlicht gebliebene Untersuchung von Star (1955) war der erste Versuch, die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken systematisch zu ermitteln. Zu diesem Zweck entwickelte Star ihre Fallbeschreibungen, die dann bei 3 500 Respondenten in einer Quotenstichprobe auf nationaler Basis administriert wurden. Zu jedem Fall mußten die Respondenten folgende Fragen beantworten:

Nehmen Sie an, daß mit der beschriebenen Person etwas nicht stimmt? Was stimmt nicht? Handelt es sich dabei um eine psychische Krankheit? Und ist sie schwerwiegend? Nur der paranoide Schizophrene wurde von einer Mehrheit der Befragten (75%) als psychisch krank angesehen. Auch das Wissen um und die Meinung von speziellen Einrichtungen für die Behandlung psychischer Krankheiten waren relativ schlecht. Obwohl die Befragten von solchen Einrichtungen wußten, waren sie hinsichtlich des Behandlungserfolges relativ pessimistisch.

Eine zweite sehr frühe Untersuchung, die relativ einflußreich wurde, war der Versuch des Ehepaares Cumming (1957), die Einstellungen der Bevölkerung einer kleinen kanadischen Stadt gegenüber psychischen Krankheiten zu verändern. Da sich diese Untersuchung jedoch hauptsächlich auf die Veränderung von Einstellungen bezieht, wird sie im nächsten Kapitel detaillierter dargestellt werden. Auch diese Untersuchung fand jedoch, daß die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken generell

negativ waren. Die Identifizierungsraten der sechs Fallbeschreibungen waren ähnlich wie bei Star.

Eine weitere frühe und relativ einflußreiche Untersuchung wurde von Nunnally (1961) in den 50er Jahren durchgeführt. Die Einstellungen einer leider nicht repräsentativen Stichprobe der amerikanischen Bevölkerung wurden mit Hilfe eines Semantischen Differentials, eines speziellen Fragebogens zur Ermittlung von Meinungen und Kenntnissen und der Star'schen Fallbeschreibungen erhoben. Sie erwiesen sich als relativ negativ, und wiederum wurde nur der paranoide Schizophrene von einer Mehrheit (69%) als psychisch krank angesehen. Die Bevölkerung war allerdings eher schlecht informiert als falsch informiert über psychische Krankheiten. Nunnally schloß daraus, daß "wie allgemein vermutet, psychisch Kranke von der Bevölkerung mit Angst, Mißtrauen und Abneigung betrachtet werden" (Nunnally, 1961, S. 46). In dieser Untersuchung wurde auch zum ersten Mal der Einfluß von bestimmten persönlichen Charakteristika der Befragten wie Alter, Schulbildung und ähnliches untersucht. Wider Erwarten fand Nunnally, daß sowohl alte wie junge Leute, Personen mit besserer Schulbildung sowie relativ Ungebildete die gleichen negativen Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten hatten. Ärzte bildeten dabei keine Ausnahme, ihre Einstellungen waren genauso negativ wie die der Bevölkerung. Allerdings zeigte sich bei der Untersuchung dieser Variablen, daß Alter und Schulbildung mit größerem Wissensstand über psychische Krankheiten zusammenhingen. Daß Kenntnisse über psychische Krankheiten nicht notwendigerweise mit weniger negativen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken einhergehen, zeigte sich auch noch in mehreren nachfolgenden Untersuchungen, die im nächsten Abschnitt dargestellt werden.

Nunnally beschränkte sich in dieser Untersuchung nicht nur auf die Erforschung der Einstellungen der Bevölkerung, sondern analysierte auch das Bild des Geisteskranken in den Massenmedien. In einer systematischen Inhaltsanalyse von Fernseh- und Radioprogrammen, Zeitungs- und Illustriertenartikeln aus einer Woche des Jahres 1955 zeigte sich, daß psychiatrische Patienten sehr stereotyp als gefährlich und in ihrem Verhalten unvorhersagbar dargestellt wurden. Dieses stereotype Bild war in manchen Fällen 100 mal öfter dargestellt worden als das medizinisch richtige. Nach einer Befragung von Psychiatern und Psychologen über ihre Ansichten in bezug auf Informationsprogramme zur Änderung der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, schlug Nunnally vor, pathologisches Verhalten der Öffentlichkeit in einer völlig neuen Sprache darzustellen, um bestehende negative Konnotationen zu vermeiden.

In einer Umfrage aus dem Jahre 1956, die von Whatley (1959) in Louisiana mit einer Stichprobe von 2 000 Personen durchgeführt und in der die Skala der sozialen Distanz verwandt wurde, zeigten sich etwas andere Beziehungen zwischen Faktoren, die auch von Nunnally untersucht worden waren, und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken. In dieser Untersuchung wurden die Antworten der Respondenten in Beziehung zu zwölf persönlichen Charakteristika gesetzt. Sechs von diesen, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, ländlich-städtischer Wohnort, Besitz des eigenen Hauses, Besuch eines psychiatrischen Krankenhauses und psychiatrische Krankheit in der Familie korrelierten nicht mit der Tendenz, soziale Beziehungen mit ehemals psychisch Kranken zu vermeiden. Bei weiteren sechs Variablen, Alter, Bildungsstand, Rasse, Einkommen, Beruf und Familienstand, zeigten sich signifikante Korrelationen. Relativ junge, gebildete, verheiratete weiße Personen mit gutbezahlten Verwaltungs- oder wissenschaftlichen Berufen hatten die positivsten Einstellungen. Alter war dabei die wichtigste

Variable. Durch verfeinerte statistische Analysen wurde gezeigt, daß die Korrelation dieser sechs Variablen auf einen gemeinsamen zugrundeliegenden Faktor zurückzuführen waren. Dieser Faktor wurde als genereller gesamtgesellschaftlicher Trend zu größerem Liberalismus bezeichnet. Nach der Analyse der einzelnen Items der Skala wurden die unterschiedlichen Muster von Zustimmung und Ablehnung mit Hilfe des theoretischen Konzepts Ich-Beteiligung (ego-involvement) erklärt. Je persönlicher ein Individuum vom Kontakt mit einem psychisch Kranken betroffen ist, desto eher wird es alles tun, um diesen Kontakt zu vermeiden. Unter diesem Aspekt wird der sich damals schon abzeichnende Trend zu vermehrter verbaler Akzeptierung von psychisch Kranken sehr pessimistisch beurteilt. Der Autor ist der Auffassung, daß diese Akzeptierung nur bis zu einem bestimmten Punkt geht, nämlich bis zur bedingten Aufnahme in Sekundärgruppen. Die Aufnahme in Primärgruppen würde jedoch nie erreicht. Diese Annahme wurde später von Aviram & Segal (1973) bei einer Durchsicht der vorhandenen Literatur bestätigt.

Eine weitere sehr frühe Untersuchung stammt von Freeman und Kassebaum (1960). Die Autoren analysieren die Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahre 1950, in der eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung des Staates Washington mit Hilfe eines speziell entwickelten Fragebogens über ihre Meinungen zu psychischen Krankheiten befragt wurden. Es zeigte sich, in Übereinstimmung mit Nunnally und im Gegensatz zu der Untersuchung von Whatley, daß Meinungen über Ursachen und Verhinderung psychischer Krankheiten nur sehr gering mit der Schulbildung der Respondenten und mit der richtigen Verwendung psychiatrischen Vokabulars korrelierten. Auf der anderen Seite bestand aber eine hohe Korrelation zwischen Schulbildung und Verfügbarkeit psychiatrischen Vokabulars, aber nur eine geringe Korrelation zwischen Schulbildung und Erkennen von neurotischen Symptomen. Die Autoren schließen

daraus, daß Programme, die der Bevölkerung Informationen über psychische Krankheiten und ihre Entstehung vermitteln, nicht notwendigerweise ihre Meinungen verändern müssen.

Aus dieser ersten losen Aneinanderreihung der frühesten uns bekannt gewordenen Untersuchungen wird ersichtlich, daß sich Ergebnisse einer Studie nicht direkt mit denen einer anderen vergleichen lassen. Da die Ziele jeder dieser Untersuchungen anders gelagert waren, wurden auch jeweils andere Methoden verwandt. So erhob Star mit den sechs Fallbeschreibungen hauptsächlich den Wissensstand der Befragten über psychische Krankheiten, da sich die Untersuchung hauptsächlich auf die kognitive Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken bezog, ebenso wie die Untersuchung von Freeman & Kassebaum, die diese allerdings mittels eines speziellen Fragebogens erhoben. Nunnally stellte seine Untersuchung zusätzlich mittels des Semantischen Differentials auf die evaluative Komponente ab, während Whatley mit Hilfe der Skala der sozialen Distanz hauptsächlich die verhaltensgerichtete Komponente zu erfassen suchte. Leider werden diese unterschiedlichen Auffassungen nur selten eindeutig dargelegt, so daß der Vergleich verschiedener Untersuchungen und Ergebnisse dadurch nicht unwesentlich erschwert wird. Aus diesem Grunde kann man aufgrund dieser ersten Untersuchungen nicht sagen, ob die Einstellungen im Zeitablauf positiver oder negativer geworden sind, und auch muß die Frage geprüft werden, ob die unterschiedlichen Ergebnisse in bezug auf Korrelationen zwischen persönlichen Charakteristika der Befragten und ihren Einstellungen gegenüber psychisch Kranken nicht auf methodische Artefakte oder Probleme des jeweils verwandten Einstellungsmaßes zurückgeführt werden können.

Um die Übersicht über die zahlreichen Untersuchungen, die die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken auf unterschiedliche Art und Weise ermitteln, zu vereinfachen, werden im Folgenden die verfügbaren Arbeiten jeweils getrennt nach den drei Komponenten der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken aufgeführt.

4.1.1.2 Untersuchungen zur kognitiven Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

Zur Untersuchung der kognitiven Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken wurden in den letzten fünfzehn Jahren die sechs ursprünglich von Star (1955) entwickelten Fallbeschreibungen hauptsächlich weiterverwandt und modifiziert. Im Jahre 1962 veröffentlichten Lemkau & Crocetti die Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung von Baltimore aus dem Jahre 1960, in der drei der sechs von Star entwickelten Fallbeschreibungen benutzt wurden, nämlich die des einfachen Schizophrenen, des paranoiden Schizophrenen und des Alkoholikers. Nach jeder Beschreibung wurde der Respondent gefragt: "Würden Sie sagen, daß diese Person eine Art von Geisteskrankheit hat oder nicht?", eine ähnliche Frage, wie sie von Star selber und den Cummings gestellt wurde. Im Gegensatz zu den bisherigen Ergebnissen von Star und Cumming & Cumming fanden die Autoren dieser Untersuchung, daß die überwiegende Mehrzahl der Befragten alle drei Fälle als psychisch krank einstufte. Die Identifikationsraten für diese und die folgenden Untersuchungen sind in einer Übersicht in Tabelle 1 aufgeführt.

Alter, Rasse, Familienstand und städtischer gegenüber ländlichem Geburtsort korrelierten nicht signifikant mit der Tendenz, psychische Krankheit richtig zu identi-

fizieren. Je besser jedoch die Schulbildung war und je höher das Einkommen der Familie, desto eher wurde eine beschriebene Person als psychisch krank angesehen. Darüberhinaus wurden noch Fragen über Genesungsaussichten und Fragen zur sozialen Distanz gestellt. Auch hier waren die Einstellungen überwiegend positiv.

Die Autoren zeigten sich in der Interpretation ihrer Daten besonders vorsichtig. Da ihre Ergebnisse stark von denen früherer Untersuchungen abweichen, die gleiche oder ähnliche Fragen ebenfalls bei repräsentativen Stichproben der Bevölkerung vorlegten, analysierten sie die Zusammensetzung ihres Samples genau und kamen zu dem Schluß, daß es nicht signifikant von den Samples anderer Untersuchungen abwich. Sie sind deshalb der Überzeugung, daß sich die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken tatsächlich im Wandel befinden und daß die Öffentlichkeit inzwischen gelernt hat, zwischen abweichendem Verhalten per se und abweichendem Verhalten aufgrund psychischer Krankheit zu unterscheiden. Wenn es tatsächlich zutrifft, daß die Öffentlichkeit psychisch Kranke auch als krank identifiziert, was bis zu diesem Zeitpunkt nicht angenommen wurde, dann können nach Ansicht der Autoren weitere Einstellungsänderungen nur durch Ärzte und medizinische Institutionen herbeigeführt werden können. Diese Untersuchung wurde zum Ausgangspunkt einer ausgedehnten Kontroverse innerhalb der Literatur zu dem vorliegenden Untersuchungsgegenstand, auf den im Laufe dieses Literaturüberblicks noch zurückzukommen sein wird. Weitere, ähnliche Ergebnisse führen Crocetti, Spiro & Siassi (1974) in ihrer Übersicht über die Arbeiten ihrer eigenen Forschergruppe an, die einerseits unveröffentlicht geblieben sind, andererseits von Deutschland aus nicht erreichbar waren (Lemkau, 1962, Meyer, 1964).

Die Auffassung, die in der Untersuchung von Lemkau und Crocetti implizit vorhanden ist, nämlich daß die Fähigkeit der Bevölkerung, psychische Krankheiten zu identifizieren, zu positiveren Einstellungen gegenüber psychisch Kranken führt, wurde in einem späteren Artikel von Phillips (1967) widerlegt. In einer Pilotstudie, die mit den Star'schen Fallbeschreibungen in einem kleinen Ort in Neu-England mit 86 Respondenten durchgeführt wurde, zeigte sich, daß die Fähigkeit, Verhalten als psychisch krank oder abweichend zu identifizieren, vielmehr mit der Ablehnung von psychisch Kranken einherging. Darüberhinaus ähnelten die Identifikationsraten mehr denen von Star als denen von Lemkau & Crocetti. Wie Rabkin (1972) in ihrer Literaturübersicht darstellt, wurde auch den Ergebnissen von Lemkau & Crocetti, denen zufolge die Bevölkerung psychisch Kranke als krank ansieht und nicht überwiegend ablehnt, ebenfalls von Manis, Hont, Brawerm & Kercher (1965) widersprochen. Sowohl Psychiater als auch die allgemeine Bevölkerung ließen sich, wie ihre Ergebnisse zeigten, die sie mit Hilfe von 20 deskriptiven Beschreibungen ermittelten, bei der Entscheidung, wer als psychisch krank bezeichnet wurde oder nicht, mehr von der sozialen Sichtbarkeit als von der Schwere der psychiatrischen Symptome leiten. Ähnliche Ergebnisse fand Phillips (1963). Personen, die auffälliges Verhalten zeigten, wurden eher als psychisch krank eingeordnet als relativ in-sich-gekehrte Personen.

Eine sehr interessante Untersuchung von Dohrenwend & Chin-Shong (1967) widmete sich der Frage, ob Unterschichtsangehörige tatsächlich psychischen Krankheiten und abweichendem Verhalten gegenüber toleranter sind als Mittel- und Oberschichtsangehörige, wie es so oft in vorwissenschaftlichen Ansichten dargelegt wird. Zu diesem Zweck wurde in einem Stadtteil von New York bei 91 führenden Vertretern (Opinion Leaders oder Meinungsführern) und

214 Einwohnern eine Umfrage mittels der sechs Fallbeschreibungen von Star durchgeführt, die zusätzlich zu den üblichen Fragen über die Einschätzung eines Verhaltens als psychisch krank oder nicht soziale Distanzen zu den hypothetischen Personen angeben und eine Reihe weiterer Fragen zu diesem Problem beantworten mußten. Es zeigte sich, daß die führenden Vertreter der Gemeinde weitaus mehr Verhaltensweisen als Symptome psychischer Krankheiten identifizierten als Unterschichtsangehörige, ein Ergebnis, das sich in ähnlicher Form auch schon bei Hollingshead & Redlich (1958) fand, daß jedoch Unterschichtsangehörige, wenn sie erst einmal eine bestimmte Verhaltensweise als psychisch krank klassifiziert hatten, weitaus härtere Maßnahmen, d.h. Isolation des Kranken in einem psychiatrischen Krankenhaus u.ä., empfahlen, als Mittel- und Oberschichtsangehörige. Der ausschlaggebende Faktor für Toleranz und Nicht-Toleranz war, unabhängig von Rasse, sozialer Schicht usw., die Schulbildung. Alle Respondenten schienen jedoch Verhaltensweisen nicht aufgrund psychiatrischer Überlegungen einzuschätzen, sondern eher aufgrund genereller Orientationen gegenüber Problemen verschiedenster Art. Dies zeigte sich bei Mittel- und Oberschichtsangehörigen als Liberalismus, während es sich bei Unterschichtsangehörigen als generelle Intoleranz gegenüber Verhaltensweisen, Sitten und Gebräuchen zeigte, die von den eigenen abwichen. Die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken sind nach der Ansicht der Autoren in diesem Falle nur eine weitere Manifestation der allgemeinen Feindseligkeit gegenüber Fremdgruppen. Die sogenannte Toleranz der Unterschichtsangehörigen gegenüber abweichendem Verhalten ist also nur aus der Sicht der Oberschichtsangehörigen zu verstehen. Sie tolerieren eine breitere Variationsbreite des Verhaltens, lehnen aber von einem gewissen Schnittpunkt an alle weiteren devianten Verhaltensweisen ab, während die Reaktionen der Mittel- und Oberschichtsangehörigen weitaus differenzierter sind.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie von Bentz & Edgerton (1970), die Einstellungen von 418 maßgeblichen Leuten in einer Kleinstadt mit denen der Bevölkerung (1 405 Respondenten) zu psychischen Krankheiten, ihrer Entstehung, ihrer Behandlung usw. mit Hilfe eines speziell konstruierten Fragebogens untersuchten. Im allgemeinen unterschieden sich die Einstellungen der sogenannten Meinungsführer nicht von denen der allgemeinen Bevölkerung. Die Kenntnisse der erstgenannten Gruppe über die Entstehung von psychischen Krankheiten waren jedoch weitaus korrekter, so nahmen z.B. die Befragten aus der Bevölkerung weitaus häufiger an, daß psychische Krankheiten auf fehlende moralische Stärke oder auf Vererbung zurückgeführt werden könnten. In bezug auf andere Aspekte, wie z.B. der Rolle psychiatrischer Krankenhäuser, die Erfolgchancen psychiatrischer Behandlung und die Einstellungen gegenüber Psychiatern unterschieden sich die Einstellungen der Meinungsführer und der Bevölkerung nicht wesentlich, obwohl die Einstellungen der Meinungsführer generell etwas realistischer waren. Die Autoren kommen zu der allgemeinen Schlußfolgerung, daß sich im Vergleich mit früheren Untersuchungen die Einstellungen zum positiven hin verändert hätten.

Diese Fallbeschreibungen eignen sich ganz offensichtlich besonders gut zur Einbeziehung weiterer Stimulusvariablen, auf die man bei Konstanthaltung aller übrigen Vorgaben dann leicht Veränderungen in den Urteilen der Respondenten zurückführen kann. So führte Fletcher (1969) in die einzelnen Fallbeschreibungen die Dimension Aggressivität - Zurückgezogenheit ein, und untersuchte deren Auswirkungen auf die Identifizierung psychischer Krankheiten und die Art der Hilfe, die seine Respondenten (50 Ehepaare aus der Mittel- und 50 Ehepaare aus der Unterschicht) für die verschiedenen Personen für angezeigt hielten. Alle anderen Variablen, die in den Fallbeschrei-

bungen angesprochen wurden, waren jeweils konstant. Die Befragten mußten angeben, ob die beschriebenen Personen abweichendes Verhalten zeigten, dafür verantwortlich waren und ob Hilfe von außerhalb der Familie, besonders psychiatrischer Art, nötig war. Im Gegensatz zu der Standardmethode von Star wurde hier nur eine Art psychischer Erkrankung, nämlich Schizophrenie mit paranoiden Tendenzen, verwandt. In 20% der Fälle sahen die Versuchspersonen psychiatrische Hilfe für nötig an. Die Dimension Aggressivität - Zurückgezogenheit wirkte sich generell nicht auf die Urteile aus. Nur wenn man die Antworten der weiblichen Respondenten separat betrachtete, zeigte sich, daß im aggressiven Fall bei männlichen Fallbeschreibungen weniger psychiatrische Hilfe empfohlen wurde. Der Autor führt dies auf die größere Akzeptierung aggressiven männlichen Verhaltens durch die amerikanische Gesellschaft zurück.

Bord (1971) variierte ebenfalls die Fallbeschreibung von Star und zwar im Hinblick auf die Variablen Status, Beruf und Inanspruchnahme von Hilfe verschiedener Art. 95% der Respondenten schätzten die Symptome des paranoiden Schizophrenen als schwerwiegend ein, 79% die des einfachen Schizophrenen, 43% die des depressiven Neurotikers und 22% die des Angstneurotikers. Die Ablehnung der einzelnen beschriebenen Personen, die mittels der Skala der sozialen Distanz erhoben wurde, folgte einem ähnlichen Muster. Die Auswirkungen der manipulierten Charakteristika Beruf und Inanspruchnahme von Hilfe sollen im Abschnitt über die verhaltensgerichtete Komponente detaillierter dargestellt werden.

Bentz & Edgerton (1971) führten die bisher letzte Untersuchung mit den klassischen Fallbeschreibungen von Star durch. Sie benutzten allerdings nur vier der sechs Fallbeschreibungen und zwar die Beschreibung des einfachen

Schizophrenen, eines Alkoholikers, eines Angstneurotikers und eines jugendlichen Verhaltensgestörten. Die Identifizierungsraten betragen jeweils 78%, 71%, 58% und 52%. Im Gegensatz zu einer früheren Untersuchung der Autoren (Bentz, Edgerton & Kherlopian, 1969) wirkten sich in dieser Untersuchung die Variablen sozioökonomischer Status und Schulbildung nicht auf die Fähigkeiten aus, einzelne Fallbeschreibungen als psychisch krank zu identifizieren.

Eine weitere Untersuchung, die sich mit kognitiven Aspekten von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken beschäftigt, aber durch die verwandte Methode relativ isoliert ist, ist die Untersuchung von Piedmont & Downey (1971). Die Autoren ließen 700 Großstadtbewohner die Wichtigkeit von 15 möglichen Ursachen für psychische Krankheiten und die Bedeutung von 15 möglichen Symptomen einschätzen. Die Faktorenanalyse der Ratings ergab jeweils 3 signifikante Faktoren, sowohl für Ursachen als auch für Symptome, die sich auf Störungen interpersoneller Beziehungen bezogen. Die Autoren schließen daraus, daß die Bevölkerung im allgemeinen Störungen in interpersonellen Beziehungen sowohl als Mittel zur Erklärung als auch als Mittel zur Entdeckung psychischer Krankheiten benutzt. Da moralische Überlegungen jedoch ebenfalls einen großen Raum einnehmen, sind die Autoren der Ansicht, daß das medizinische Modell psychischer Krankheiten noch nicht Eingang in die Öffentlichkeit gefunden hat und daß deshalb die Bewegung der Community Psychiatry sehr wahrscheinlich große Schwierigkeiten haben wird.

Zum Schluß dieses Abschnitts muß noch die Umfrage von Elinson, Padilla & Perkins (1967) angeführt werden, in der mittels eines speziell konstruierten Fragebogens die Ansichten einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung von fünf New Yorker Stadtteilen über psychische Krankheiten

ermittelt wurden. Besonders interessant ist das Ergebnis, daß 69% der Befragten der Meinung sind, psychische Krankheiten seien Krankheiten wie alle anderen, 77% jedoch sagen, daß psychische Krankheiten die meisten Leute abschreckten, und erstaunlicherweise 68% behaupten, daß sie selbst von psychischen Krankheiten nicht abgeschreckt würden. Ein beträchtlicher Teil der Stichprobe (zwischen 40% und 60%) drückt auf verschiedene Art und Weise sein Unbehagen an Interaktionen mit psychisch Kranken aus und äußert Zweifel an der Vorhersagbarkeit und Verlässlichkeit ihres Verhaltens. Bei Symptombeschreibungen zeigte sich, daß die Majorität der Befragten nur solche Verhaltensweisen als Anzeichen psychischer Krankheiten auffaßt, die tatsächlich krasse Beispiele für abweichende Verhaltensweisen darstellen.

Vergleicht man die Identifizierungsraten der einzelnen Untersuchungen, die die Fallbeschreibungen von Star verwandten, so zeigt sich, daß die Fähigkeit der Bevölkerung, aus Verhaltensbeschreibungen auf psychische Krankheiten zu schließen, im Laufe der Zeit gestiegen ist (vgl. Tab. 1). Zwar werden im Zeitablauf auch die weniger verhaltensauffälligen Symptome eher als Anzeichen psychischer Krankheiten aufgefaßt, ebenso wie Verhaltensweisen, die traditionell als moralisch verwerflich (Alkoholiker) oder fast kriminell (stehlender verhaltensgestörter Jugendlicher) angesehen wurden und werden, doch läßt sich aus den Identifikationsraten entnehmen, daß es doch meistens das aktive abweichende Verhalten der beschriebenen Personen ist, das zur Identifikation psychisch Kranker als krank führt. Apathisches passives Verhalten ist für die "normale" Bevölkerung weitaus weniger sichtbar, ist für die Allgemeinheit wenig bedrohlich und wird aus diesem Grunde weniger häufig als psychische Krankheit identifiziert. Bedenkt man, daß die Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser und generell die Inanspruchnahme ärztlicher,

Untersuchung	Stichprobe	Identifizierter Fall: (in % der Befragten)					
		Paranoider Schizo-phrener	Einfacher Schizo-phrener	Alkoholiker	Angst-neuroti-ker	Jugendli-cher Ver-haltensge-störter	Phobischer Zwangsneu-rotiker
Star, 1955	Nationales Sample	75%	34%	29%	18%	14%	7%
Cumming & Cumming, 1957	Bevölkerung einer kanad. Kleinstadt	69%	36%	25%	20%	4%	4%
Grocetti & Lemkau, 1962	Stichprobe der Bevölkerung von Baltimore	91%	78%	62%	-	-	-
Lemkau, 1962	ländliche Bevölkerung in Maryland	95%	-	-	-	-	-
Meyer, 1964	Kleinstadt in Maryland	89%	77%	63%	-	-	-
Phillips, 1967	Bevölkerung eines Ortes in Neu-England	66%	49%	-	59%	-	-
Dohrenwend & Chin-Shong, 1967	Bevölkerung eines Stadtteils von New York	90%	67%	41%	31%	41%	24%
Fletcher, 1969 (psychiatr. Hilfe nötig)	Ehepaare aus Unter- u. Mittelschicht	20%	-	-	-	-	-
Bord, 1971 (Sympt. zieml. schwerwiegend)	Collegestudenten	95%	79%	-	22%	-	-
Bentz & Edgerton, 1971	ländl. Bevölkerung Virginia und North Carolina	-	78%	71%	58%	52%	-

psychologischer und psychiatrischer Hilfe überwiegend auf Veranlassung der näheren Umgebung der Kranken geschieht und daß andererseits gerade die Zahl von Depressionen und akuten Angstzuständen ständig steigt, so werden die Aussichten dieser Personengruppen, als psychisch krank erkannt und einer entsprechenden Therapie zugeführt zu werden, von dieser Tendenz entscheidend beeinflußt.

Auf der anderen Seite besteht durch die Identifizierung psychischer Krankheiten aufgrund von abweichendem Verhalten die Gefahr, daß abweichendes Verhalten, das nicht auf psychischen Krankheiten beruht, sondern durch die Verletzung sozialer Normen das Wertsystem einer Gesellschaft gefährdet, fälschlich als "psychisch krank" angesehen wird und nicht entsprechenden sozialen Sanktionen zugeführt wird.

Ein weiteres Problem, das in diesem Abschnitt angesprochen wurde, kann an dieser Stelle noch nicht geklärt werden. Es muß noch dahingestellt bleiben, ob die sich in Tabelle 1 abzeichnende Tendenz zu verbesserter Identifizierung psychisch Kranker auch tatsächlich zu vermehrter Akzeptierung durch die Bevölkerung führt. Wenn in der Bevölkerung oder einer bestimmten Gruppe starke Vorurteile gegenüber psychisch Kranken bestehen und diesen Personen die Möglichkeit gegeben würde, mehr und mehr Verhaltensaspekte als psychisch krank zu identifizieren, so könnte dies zur Ablehnung einer immer größeren Personengruppe führen.

Diese Frage können nur Untersuchungen beantworten, die zusätzlich zur kognitiven auch die übrigen beiden Komponenten von Einstellungen einbeziehen. In den bisher dargestellten Untersuchungen ist auf dieses Problem, das im nächsten Abschnitt ausführlicher besprochen werden soll, noch nicht ausreichend eingegangen worden, jedoch

deuten einige Anzeichen darauf hin, daß es tatsächlich fraglich ist, ob vermehrte Informationen und Kenntnisse über psychische Krankheiten auch zu Einstellungsänderungen führen.

4.1.1.3 Untersuchungen zur evaluativen Komponente von Einstellungen

Die Bewertungskomponente von Einstellungen wird hauptsächlich mit dem Semantischen Differential gemessen. Hier ist es natürlich sehr viel schwieriger, Veränderungen im Zeitablauf herauszustellen, da das Semantische Differential kein standardisiertes Instrument ist, sondern von Fall zu Fall durch Hinzufügen oder Weglassen einzelner Adjektivpaare verändert werden kann. Auch hängt die Wertung sehr stark von der Vorgabe eines bestimmten Stimulus ab, wodurch eine Vergleichbarkeit noch zusätzlich erschwert wird. Letztere Einschränkung trifft auch dann zu, wenn die evaluative Komponente der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mit Hilfe der "Opinions-About-Mental-Illness-Skala" (OMI) oder einer ihrer Vorläufer erhoben werden.

Eisdorfer & Altrocchi (1961) verglichen die Einstellungen von Collegestudenten gegenüber alten Leuten und psychisch Kranken mit Hilfe des Semantischen Differentials. Sie gaben ihren Versuchspersonen die Konzepte "durchschnittlicher Mann - durchschnittliche Frau", "alter Mann - alte Frau", "neurotischer Mann - neurotische Frau" und "wahnsinniger Mann - wahnsinnige Frau" vor. Aufgrund einer Faktorenanalyse wurden 4 Faktoren gefunden, ein evaluativer Faktor, ein Potenzfaktor, ein Aktivitätsfaktor und ein Verständlichkeitsfaktor. Sowohl auf dem evaluativen als auch auf dem Verständlichkeitsfaktor waren die Konzepte "neurotisch" und "wahnsinnig" jeweils am

schlechtesten eingestuft. Bei den Potenz- und Aktivitätsfaktoren waren jeweils die Ratings für das Konzept "alt" am niedrigsten. Auf allen vier Faktoren erhielten die durchschnittlichen Personen die höchsten Bewertungen. Da die Autoren hauptsächlich an den Problemen alter Menschen interessiert waren, gingen sie auf die Bedeutung ihrer Ergebnisse für das Problem der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken nicht weiter ein. Man kann allerdings generell sagen, daß die Einstellungen der Respondenten gegenüber psychisch Kranken sehr negativ waren.

Bates führte 1968 eine postalische Umfrage bei der Bevölkerung des Staates Washington durch. Die Untersuchung ist allerdings aus methodischen Gründen etwas fragwürdig, da von 914 Angeschriebenen nur 200 antworteten. Die Einstellungen wurden mit Hilfe eines Vorläufers der OMI-Skala erhoben, der Skala von Gilbert & Levinson (1956), die die Dimension Kustodialismus - Humanitarismus anspricht. Die Ergebnisse wurden hauptsächlich in bezug auf das Alter der Respondenten untersucht, da aufgrund der geringen Rücklaufquote keine absoluten Aussagen über das Vorherrschen von positiven oder negativen Einstellungen gemacht werden konnten. Es zeigte sich, daß jüngere Respondenten durchgehend positivere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken hatten.

Kurtz, Kurtz & Hoffnung (1970) benutzten spezielle Fallbeschreibungen als Vorlagen für die Einschätzung mittels eines Semantischen Differentials. Fallbeschreibungen, die die gleichen psychiatrischen Symptome aufwiesen, sich in der Schichtzugehörigkeit der beschriebenen Personen jedoch unterschieden, wurden von 40 Studenten schlechter beurteilt, wenn die beschriebenen Personen als der Unterschicht angehörig dargestellt wurden. Als auslösende Variable wurde der Autoritarismus der Versuchspersonen, gemessen mit der sogenannten F-Skala, der Respondenten angesehen.

Ähnlich wie diese Autoren sah auch Lieberman (1970) den Autoritarismus der Respondenten als wichtigen Einflußfaktor an. Er maß die Einstellungen von 121 Studenten mittels der OMI-Skala und das Wissen der Studenten mit dem gleichen Fragebogen, den Nunnally (1961) benutzt hatte. Die Studenten, die psychisch Kranken gegenüber weniger autoritär eingestellt waren, waren besser informiert als diejenigen, die autoritärer waren. Beim Vergleich der Einstellungen einer zweiten Studentengruppe und ihrer Scores auf dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) zeigte sich, daß diejenigen, die nach der OMI-Skala weniger autoritär waren, auf dem MMPI atypischere Werte erzielten als autoritär eingestellte Versuchspersonen. Da der MMPI mit Hilfe einer großen Bevölkerungsstichprobe standardisiert wurde, deutet dieses Ergebnis an, daß Personen, die psychisch Kranken relativ aufgeschlossen gegenüberstehen, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ziemlich untypische Persönlichkeitsmerkmale besitzen. Falls dieses Ergebnis in mehreren anderen Untersuchungen repliziert werden könnte, würde es für Maßnahmen zur Veränderung von Einstellungen große Bedeutung haben.

Ein dem Autoritarismus eng verwandtes Persönlichkeitsmerkmal wurde von Hood (1973) untersucht. Er bezog in seiner Studie, in der ebenfalls das Semantische Differential verwandt wurde, den Einfluß von generellem Dogmatismus, einer Persönlichkeitsvariable, die durch starres Festhalten an den jeweiligen Überzeugungen gekennzeichnet ist, auf die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ein. Wie erwartet, waren dogmatische Personen negativer gegenüber psychisch Kranken eingestellt.

Jenkins (1972) untersuchte die Einstellungen von 4 Berufsgruppen, von Priestern, Ärzten, Polizisten und Lehrern gegenüber psychischen Krankheiten mit Hilfe der

OMI-Skala. Nur die Gruppe der Ärzte unterschied sich in positiver Hinsicht signifikant von den übrigen Gruppen, die sich in ihren Einstellungen relativ ähnlich waren. Insgesamt waren die 4 Gruppen weniger autoritär gegenüber psychisch Kranken eingestellt als die ursprüngliche Standardisierungsgruppe. Kontakt mit psychisch Kranken, eine Variable von der man angenommen hatte, daß sie, sei es in positiver oder negativer Weise, mit Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in Beziehung stand, korrelierte nicht signifikant mit den Einstellungen der Respondenten.

Die Anzahl der Untersuchungen, die sich hauptsächlich auf die evaluative Komponente von Einstellungen beziehen und das Semantische Differential oder die OMI-Skala benutzen, sind, wie dieser Abschnitt gezeigt hat, nicht sehr zahlreich. Das mag in bezug auf die Verwendung des Semantischen Differentials daran liegen, daß Aussagen über den positiven oder negativen Ausprägungsgrad einer Einstellung auf solch abstrakten Dimensionen wie den Faktoren des Semantischen Differentials relativ wenig aussagekräftig sind; in bezug auf die Verwendung der OMI-Skala wird die Tatsache eine entscheidende Rolle spielen, daß diese Skala hauptsächlich für die Befragung psychiatrischen Personals entwickelt wurde, und deshalb nicht ohne Schwierigkeiten bei der Befragung von Bevölkerungstichproben verwendbar ist.

Bei der Untersuchung der evaluativen Komponente von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken fehlt besonders eine Befragung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe, um festzustellen, wie ausgeprägt positiv oder negativ die Einstellungen wirklich sind und welche Eigenschaften psychisch Kranken allgemein zugeschrieben werden. Da solch eine Befragung in der amerikanischen Forschung bisher noch nicht existiert, sind die in diesem

Abschnitt dargestellten Untersuchungen ziemlich isoliert, da man ihre Ergebnisse weder auf die Ergebnisse einer qualitativ hochwertigen allgemeinverbindlichen Befragung, noch auf die Ergebnisse anderer Untersuchungen, die andere Methoden verwenden, beziehen kann. Es ist anzunehmen, daß viele Autoren wegen dieser Schwierigkeiten andere Maße verwendet haben als diejenigen, die in den Untersuchungen dieses Abschnitts beschrieben worden sind. Dies zeigt sich in der ungleich größeren Zahl von Untersuchungen, die die Skala der sozialen Distanz benutzen und die darüberhinaus von bedeutend besserer Qualität sind, wie im nächsten Abschnitt zu sehen sein wird.

4.1.1.4 Untersuchungen zur verhaltensgerichteten Komponente von Einstellungen

Im allgemeinen besteht in der Literatur zu dem Problem von Einstellungen und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken Übereinstimmung darüber, daß mit Hilfe der Skala der sozialen Distanz die verhaltensgerichtete Komponente von Einstellungen untersucht wird. Dies ist nun insofern problematisch, als es sich auch hier um rein verbale Aussagen über Verhaltensweisen handelt, die nicht notwendigerweise auch tatsächliche Verhaltensabsichten darstellen. Darüberhinaus wird dieses Problem noch dadurch aggraviert, daß generell die Beziehung zwischen verbalen Einstellungsmaßen und tatsächlichem Verhalten durch Forschungsergebnisse noch ungesichert ist.

In der einschlägigen Literatur gibt es eine Reihe von Untersuchungen zu diesem Problem, die von Wicker (1969) und Heinrich (1974) zusammengefaßt worden sind. Die Autoren konnten keine eindeutigen Belege dafür anführen, daß Einstellungen, die verbal ausgedrückt werden, in einer systematischen Beziehung zu tatsächlichem Verhalten stehen. In vielen Fällen zeigten sich große Diskrepanzen zwischen verbal geäußerten Einstellungen und dem entsprechenden Verhalten. Es scheint, daß andere Faktoren als Einstellungsaussagen eine Rolle bei der Beeinflussung des Verhaltens spielen, die wahrscheinlich durch persönliche und soziale Gegebenheiten bedingt sind.

Im Folgenden sollen allerdings in Übereinstimmung mit der hier abgehandelten Literatur die Untersuchungen, die sich der Skala der sozialen Distanz bedienen, als Untersuchungen zur verhaltensgerichteten Komponente von Einstellungen aufgefaßt werden. Nur muß man sich hier dieser Problematik bewußt bleiben und die angeführten Ergebnisse mit einiger Skepsis betrachten.

Faktische Auswirkungen des Problems des Unterschieds zwischen verbalen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten zeigten sich 1972, als der vom damaligen Präsidenten Nixon als Vizepräsidentenskandidat vorgeschlagene Senator Thomas Eagleton seine Kandidatur zurückziehen mußte, nachdem bekannt geworden war, daß er ungefähr 10 Jahre zuvor zweimal wegen akuter Depressionen mit Elektroschocks behandelt worden war. Dieser Vorfall fand in Form von nicht-empirischen Artikeln Eingang in die Fachliteratur (Anon. Out of mind . . ., 1972; Chase, 1973; Cousins, 1973). In diesen Artikeln wird die Tatsache beklagt, daß trotz des allgemeinen Lippenbekenntnisses, daß man sich psychischer Krankheiten nicht mehr schämen müsse als physischer Krankheiten, erstere jedoch immer noch mehr Angst als Sympathie auslösen. Dies geschähe in einem Land, das in Relation zur Bevölkerungszahl mehr Psychiater besitze als irgendein anderes. Darüberhinaus werden negative Auswirkungen dieses Vorfalls auf die Lage der psychisch Kranken angeführt. Aufgrund dieser allgemein sichtbar gewordenen Konsequenzen des Status "ehemaliger psychiatrischer Patient" ergäbe sich eine neue ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung psychischer Krankheiten. Es würden Tendenzen entstehen, psychiatrische Hilfe nicht in Anspruch zu nehmen, da man nie wissen könne, wie sich eine solche Tatsache einmal auf die eigene Karriere und den eigenen sozialen Status auswirken könne.

Diese in diesen Artikeln angesprochene verbale Akzeptierung zeigt sich besonders an den Ergebnissen der Untersuchungen, die die Einstellungen gegenüber ehemaligen psychiatrischen Patienten mit Hilfe der Skala der sozialen Distanz ermitteln. Sie werden am besten mit Hilfe einer tabellarischen Aufstellung verdeutlicht (Vgl. Tab. 2). Einige Eintragungen sind aus Crocetti, Spiro & Siassi (1974) übernommen worden, da diese Autoren wohl teilweise die Daten der angeführten Untersuchungen haben einsehen können,

Untersuchung	Stichprobe	Akzeptierung als: (in % der Befragten)					
		Gemeindeglied	Arbeitskollege	Nachbar	Wohnungsmitbewohner	jemanden, in den man sich verlieben könnte	Heiratspartner
Cumming & Cumming, 1957	Bevölkerung einer kanad. Kleinstadt	80%	71%	-	44%	32%	27%
Crocetti & Lemkau, 1963	Stichprobe der Bevölkerung von Baltimore	-	81%	-	51%	51%	50%
Meyer, 1964	Kleinstadt in Maryland	-	75%	-	55%	44%	45%
Phillips, 1967	Bevölkerung einer Stadt in Connecticut	-	87%	97%	40%	-	17%
Edgerton & Bentz, 1969	Stadt in North Carolina	-	88%	-	57%	-	44%
Elinson, Padilla & Perkins, 1967	Bevölkerung von 5 New Yorker Stadtteilen	-	73%	69%	23%	-	22%
Crocetti, Spiro & Siassi, 1973	Mitglieder der United Auto Worker Union	-	90%	-	79%	64%	-

denn die veröffentlichten Ergebnisse liegen häufig nicht in prozentualer Form, sondern in Form von durchschnittlichen Rangplätzen vor.

Diese Tabelle zeigt zwei Tatsachen sehr deutlich. Einmal hängt selbst die verbale Akzeptierung ehemaliger psychiatrischer Patienten sehr stark von der Art der Interaktion ab, die man mit ihnen aufzunehmen angeblich vorhat. Je enger die soziale Beziehung wird, desto weniger Personen sind bereit, eine solche Beziehung mit einer Person einzugehen, "die schon einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus war". Zum anderen zeigt sich in dieser Aufstellung die erstaunliche Tatsache, daß in den Untersuchungen, die von der Forschergruppe um Lemkau & Crocetti durchgeführt wurden, die Akzeptierungsraten für die engeren sozialen Beziehungen durchgängig höher sind. Aus diesem Grunde hat sich zwischen dieser Forschergruppe (Crocetti & Lemkau, 1963, 1964; Crocetti, Spiro & Siassi, 1971, 1974; Crocetti, Spiro, Lemkau & Siassi, 1972; Lemkau & Crocetti, 1962; Lemkau, 1968; Siassi, Spiro & Crocetti, 1973; Spiro, Siassi & Crocetti, 1972, 1973) und Sarbin und Mancuso (Sarbin, 1967, 1969; Sarbin & Mancuso, 1970, 1972) eine Kontroverse über die Entwicklung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken entwickelt. Diese Kontroverse geht von der in der Psychiatrie verbreiteten Diskussion um die Nützlichkeit des Krankheitsmodells psychiatrischer Symptome aus. So sind Sarbin und seine Vertreter der Ansicht, daß man abweichendes Verhalten möglichst nicht als psychisch krank identifizieren sollte, da, wie ein Literaturüberblick gezeigt habe, die Bemühungen, dieses Verhalten der Bevölkerung als psychisch krank darzustellen und somit die gleichen Verhaltensweisen hervorzurufen, wie gegenüber somatischen Krankheiten, fehlgeschlagen seien. Demgegenüber führt die Gruppe Lemkau - Crocetti ihre eigenen Untersuchungen in Baltimore an, denenzufolge die Einstellungen von Mittel- und Unterschichtsangehörigen sehr

positiv sind. Die Befragten identifizieren Verhaltensbeschreibungen weitaus häufiger als psychisch krank, als in anderen Untersuchungen und geben auf der Skala der sozialen Distanz weitaus häufiger an, daß sie mit ehemaligen psychiatrischen Patienten in engeren Kontakt treten würden. Die Kontroverse hat sich in der Zwischenzeit relativ aufgeschaukelt und geht soweit, daß die jeweiligen Forschergruppen einander unterstellen, wichtige Artikel mißdeutet oder mißachtet zu haben. Die Forschergruppe um Sarbin ist dabei in einer etwas schlechteren Position, da sie bisher keine eigenen Untersuchungen zum Problem "Einstellungen gegenüber psychisch Kranken" durchgeführt hat.

Crocetti, Spiro und Siassi haben 1974 die neueste und umfassendste Publikation auf dem Gebiet von Einstellungen über psychisch Kranke vorgelegt. Nach einer Analyse der bisher bekannten Literatur, die jedoch den Eindruck einer gewissen Einseitigkeit der Darstellung nicht vermeiden kann, kommen die Autoren zu dem Schluß, daß sich die herrschende Ablehnungstheorie, deren Attraktivität sie auf psychologische, standespolitische und wissenschaftssoziologische Faktoren zurückführen, empirisch nicht belegen läßt. Seit 1960 finde sich in der Literatur kein empirisches Forschungsergebnis, das die Ablehnungstheorie in ihrer krassen Form unterstütze. Vor allem wehren sich die Autoren dagegen, Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mit Vorurteilen gegenüber rassischen und ethnischen Minderheiten gleichzusetzen, da psychisch Kranke keine einheitliche Gruppe oder Schicht darstellen und nicht wie ethnische Fremdgruppen, sichtbar und sozial identifizierbar seien. Anhand eigener empirischer Befunde, die auf einer Umfrage bei einer großen Anzahl von Respondenten aus der Mittel- und Unterschicht von Baltimore basieren, versuchen sie nachzuweisen, daß wesentliche Teile der Bevölkerung bereit sind, Personen mit Symptomen psychischer Krankheit zumindest zeitweise die Krankenrolle mit allen ihren Implikationen zuzuweisen.

Diese Kontroverse konnte allerdings bisher noch nicht klären, warum es in den Befragungen der Gruppe Lemkau-Crocetti durchgängig zu höheren Prozentzahlen für die Akzeptierung ehemaliger psychiatrischer Patienten kommt. Da diese Forschergruppe ihrer Überzeugung, daß psychisch Kranke nicht abgelehnt, sondern eher akzeptiert werden, ziemlich stark Ausdruck gibt und viele andere Untersuchungen, wenn auch teilweise mit anderen Methoden, zu entgegengesetzten Ergebnissen kommen, hat man einigen Grund zu der Annahme, daß methodische Artefakte für diese Resultate verantwortlich gewesen sein können. In vielen Untersuchungen hat es sich herausgestellt, daß Interviewer, die vom Ziel der Untersuchung und ihrer Hypothesen wußten oder weitgehend überzeugt waren, unabsichtlich auf subtile Art und Weise die Antworten der Respondenten beeinflussen konnten. Dies mag eine Erklärungsmöglichkeit sein, ob sie allerdings tatsächlich zutrifft, läßt sich nach Abschluß der jeweiligen Untersuchungen kaum noch feststellen.

In den hier angeführten Untersuchungen werden die hypothetischen Verhaltenstendenzen in relativ artifizieller Weise untersucht. So wird von den Respondenten verlangt, daß sie angeben, ob sie mit einem ehemaligen psychisch Kranken, der nicht genauer definiert ist, interagieren wollen oder nicht. Es ist klar, daß man aus dieser sehr künstlichen Situation nicht ohne weiteres auf das tatsächliche Verhalten der Respondenten oder auf das tatsächliche Maß an Akzeptierung von psychisch Kranken in der amerikanischen Gesellschaft schließen kann. Siassi, Spiro & Crocetti (1973) haben dieses Problem untersucht und aus diesem Grunde Stimuli, die auf einer Skala der sozialen Distanz eingeordnet werden sollten, variiert. Es wurde einmal die Beschreibung einer normalen Person mit bestimmten Charakteristika vorgegeben, dann die gleiche Beschreibung einmal in männlicher und einmal in weiblicher Form mit dem Zusatz, daß sie schon einmal in einem psy-

chiatrischen Krankenhaus gewesen sei, letztlich "jemand, der einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen ist". Sowohl in unpersönlichen als auch in persönlichen sozialen Beziehungen, die die Items der Skala der sozialen Distanz ausmachen, waren Unterschiede zu erkennen, die wie erwartet in persönlicheren sozialen Beziehungen gravierender waren. "Jemand, der einmal psychisch krank war" wird häufiger abgelehnt als die übrigen drei beschriebenen Personen, der "männliche ehemalige Patient", der ausführlich beschrieben wird, wird im Vergleich zu seinem "weiblichen Pendant" und zu der normalen Person signifikant weniger häufig zu engeren sozialen Beziehungen zugelassen. Diese Untersuchung zeigt sehr gut, wie stark verbale Aussagen über Verhaltensabsichten von Eigenschaften der Stimulusperson abhängen. Wenn diese großen Unterschiede schon bei einfachen Befragungen auftreten, die ohne Konsequenzen für die befragten Personen sind, so kann man ermessen, wie stark die Reaktionen von Einzelpersonen im Kontakt mit psychisch Kranken von sichtbaren oder attribuierten Eigenschaften der betreffenden Person zusammenhängen müssen.

Durch das Aufeinanderbeziehen von Identifizierungsraten für die sechs Fallbeschreibungen von Star (1955) und Akzeptierungsraten auf der Skala der sozialen Distanz war es in zwei Untersuchungen möglich, die Frage, ob die vermehrte Identifizierung psychiatrischer Symptome zu vermehrter Akzeptierung führt, einer Klärung näher zu führen. Bentz & Edgerton (1971) und Spiro, Siassi & Crocetti (1973) konnten keine signifikante positive oder negative Korrelation zwischen diesen beiden Variablen finden, Phillips (1967) zeigte sogar eine geringe negative Beziehung. Die Frage ist jedoch noch immer nicht endgültig entschieden, da Lieberman (1970) bei Verwendung der OMI-Skala durch eine signifikante positive Korrelation fand. Wie die Diskussion der Maßnahmen zur Einstellungsveränderung noch zeigen wird,

besteht jedoch Grund zu der Annahme, daß es für die Akzeptierung oder Ablehnung psychisch Kranker unerheblich ist, ob der Respondent dazu in der Lage ist, ein bestimmtes Verhalten als psychisch krank zu identifizieren.

Eine Reihe von Untersuchungen befaßt sich mit den stigmatisierenden Auswirkungen der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe. Typischerweise werden in diesen Untersuchungen Fallbeschreibungen vorgegeben, denen die Information beigefügt ist, daß die betreffende Person schon einmal psychiatrische, ärztliche, seelsorgerische oder andere Hilfe in Anspruch genommen hat und dann soziale Distanzen erhoben. Die Ergebnisse sind allerdings bisher noch nicht eindeutig, da Phillips (1963) und Yamamoto & Dizney (1967) zeigen konnten, daß Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe im Vergleich zu allen anderen Arten stigmatisierend wirke, während Phillips (1968) in einer weiteren Untersuchung dieses Ergebnis nicht replizieren konnte.

Die Auswirkungen verschiedener Arten von Stigmata, hauptsächlich jedoch nicht-psychiatrischer Art, versucht Goffman (1967) konzeptionell zu fassen. Er betrachtet dieses Problem hauptsächlich vom Standpunkt des betroffenen Individuums selber und führt verschiedene Bewältigungsmechanismen an. Cumming & Cumming (1972) betonen die Bedeutung sozialer Beziehungen für die "Entstigmatisierung" eines ehemaligen psychiatrischen Patienten und die Wiedererlangung seiner sozialen Kompetenz. Besonders eine adäquate Arbeitssituation (hauptsächlich für Männer) und die Interaktion mit weiblichen Verwandten, die im Familienverband eine integrative Rolle spielten, seien von außerordentlicher Bedeutung.

Die Variablen "soziale Schicht" des Respondenten oder der beschriebenen Person wurden mittels der Skala der sozialen Distanz kaum untersucht. Phillips (1968)

fand, daß nur bei Krankheitsbildern, deren Symptome per se bedrohlich sind, Angehörige unterer Schichten signifikant häufiger abgelehnt wurden als Angehörige höherer Schichten. Dies wird damit erklärt, daß weit verbreitete Vorurteile gegenüber bedrohlichen Charakteristika Unterschichtsangehöriger bestehen, die durch solche Krankheiten noch verstärkt werden. Dementsprechend wird die Bedrohlichkeit und Unvorhersagbarkeit des Verhaltens von psychisch Kranken als ausschlaggebend für die Ablehnung gesehen. Bentz, Hollister & Kherlopian (1970) verglichen verbale Aussagen über Verhaltensabsichten von Lehrern mit denen der allgemeinen Bevölkerung. Die Lehrer lehnten psychisch Kranke signifikant häufiger ab und sahen die Verantwortung der Gesellschaft für die psychisch Kranken als geringer an.

Als Sonderfall soll hier noch die Untersuchung von Bagley (1972) angeführt werden, in der über eine Untersuchung berichtet wird, in der Teenager, College-Studenten und Erwachsene aus der Unter- und Mittelschicht während einer Routinebefragung auch über die Eignung von Epileptikern, Spastikern oder Behinderten als Arbeitskräfte befragt wurden. Es zeigte sich, daß Epileptiker häufiger abgelehnt wurden als Spastiker und daß Epileptiker zumindest genauso oft abgelehnt wurden wie farbige Einwanderer. Vorurteile gegenüber Epileptikern werden damit erklärt, daß ein Epileptiker besonders bedrohlich wirkt, weil er die Kontrolle über sich selbst verliert, ein Vorgang, den jeder einzelne für sich selbst fürchtet.

Interessante Überlegungen von direkter Relevanz für das Problem der bestehenden Einstellungen gegenüber psychisch Kranken werden von Aviram & Segal (1973) angestellt. Sie vertreten die Ansicht, daß der Übergang von großen psychiatrischen Landeskrankenhäusern in Kalifornien zu der Art von Einrichtungen, wie sie von der Community-Mental-Health-Bewegung empfohlen werden, nämlich kleinere

Einrichtungen auf Gemeindebasis mit großem Anteil an ambulanten Patienten, und Entlassungen, die so früh wie möglich ausgesprochen werden, nicht zur Integration psychisch Kranker in die Gesamtgesellschaft geführt haben. Dies zeige sich besonders an dem unverändert gebliebenen Schnittpunkt auf der Skala der Sozialen Distanz, der immer noch zwischen Akzeptierung "als Nachbar" und als "Mitbewohner einer Wohnung" liege. Die Gesellschaft isoliere trotz verbaler Akzeptierung psychisch Kranke weiterhin, z.B. durch Verurteilung psychisch Kranker wegen kleinerer krimineller Vergehen zu Freiheitsstrafen, nachdem die zwangsweise Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus in Kalifornien nicht mehr möglich ist, durch Segregation in Ghettos aufgrund ökonomischer Gegebenheiten usw. Die Autoren sind generell der Ansicht, daß die Ablehnung psychisch Kranker und ihre Segregation im gleichen Ausmaß besteht und weiter betrieben wird wie vor Abschaffung der großen psychiatrischen Krankenhäuser, nur daß sich die Mittel und Wege, mit denen dies geschieht, verändert haben.

Diese Abhandlung sollte man generell zum Ausgangspunkt der Kritik an den in diesen vier Abschnitten dargestellten Untersuchungen zu den Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken machen. Es reicht unseres Erachtens nicht aus, die Erforschung dieser Einstellungen individuellen Forschern zu überlassen, die nicht die nötigen Mittel und teilweise auch nicht die nötigen Fähigkeiten besitzen, autoritative Untersuchungen dieses Problemkreises durchzuführen. Notwendig wären unseres Erachtens von langer Hand geplante Untersuchungen, die alle drei Einstellungskomponenten umfassen und die in standardisierter Form in bestimmten Zeitabständen wiederholt durchgeführt werden, damit empirisch gesicherte Aussagen über Veränderungen der Einstellungen im Zeitablauf gemacht werden können. Nur so können auch gezielte Maßnahmen zur Veränderung der Einstellungen der Bevölke-

rung oder einer Bevölkerungsgruppe evaluiert werden. Von äußerster Wichtigkeit wäre darüberhinaus eine empirische Untersuchung über die Lage sowohl akut Kranker und auch ehemaliger psychisch Kranker, nicht nur in Beziehung auf ihre psychiatrische Betreuung und Versorgung, sondern auch im Hinblick auf ihre ökonomischen und sozialen Lebensumstände, da sich daraus mit Bestimmtheit aufschlußreiche Anhaltspunkte für das tatsächliche Verhalten der Gesellschaft psychisch Kranken gegenüber ergeben würden.

4.1.2 Die Einstellungen von psychiatrischem Personal

Die Untersuchung der Einstellungen von psychiatrischem Personal und Hilfspersonal beginnt im wesentlichen mit der schon besprochenen Untersuchung von Cohen & Struening (1962). Die Entwicklung einer neuen Skala zur Einstellungsmessung basierte hauptsächlich auf der Unzufriedenheit mit der dahin bestehenden Skala, die von Gilbert und Levinson (1956) entwickelt worden war und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken entlang nur einer Dimension von Kustodialismus zu Humanitarismus anordnete. Im Laufe der Jahre kam man jedoch zu der Überzeugung, daß Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mehr als eine inhaltliche Komponente besitzen und von mehr als einem Gesichtspunkt betrachtet werden müßten. Diese Ansicht wurde von Cohen und Struening aufgegriffen. Sie identifizierten in ihrer Untersuchung, die schon in Kapitel 3 besprochen worden ist, fünf Faktoren, die den Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zugrunde liegen. Diese Skala wurde an zwei Respondentengruppen aus zwei psychiatrischen Krankenhäusern getestet. Es zeigte sich, daß verschiedene demographische Variablen in Beziehung zu positiven oder negativen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken standen. Hauptsächlich waren dies Beruf und Schulbildung. So waren Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter generell den psychisch Kranken gegenüber positiver, weniger autoritär und dem medizinischen Modell psychiatrischer Krankheiten gegenüber offener eingestellt. Untergeordnete Angehörige des psychiatrischen Personals, wie Hilfspersonal und Küchenpersonal, zeigten jedoch entgegengesetzte Einstellungen. In dieser Untersuchung zeigte sich jedoch keine Beziehung zwischen Alter und Geschlecht des Respondenten zu seinen Werten auf der Skala.

Die Stabilität der Faktorstruktur dieser Skala wurde in mehreren Untersuchungen überprüft (Bohr und Hunt, 1967; Dielman, Stiefel & Cattell, 1973; Fracchia u.a., 1972). Alle diese Untersuchungen führten übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß mit der "Opinions-About-Mental-Illness-Skala" (OMI) ein Instrument vorhanden ist, daß tatsächlich grundlegende Faktoren und Strukturen von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mißt. Diese Skala wurde darüberhinaus noch verwandt, um die Strukturen von psychiatrischen Krankenhäusern und ihre allgemeine Atmosphäre zu untersuchen. Darüberhinaus wurde sie auch zur Stimulation der Diskussion im Unterricht verwandt (Lemay, 1968). Untersuchungen dieser Art in den vorliegenden Literaturüberblick einzubeziehen, ginge allerdings über den Bereich dieser Thematik hinaus.

Auf die Veröffentlichung von Cohen und Struening folgte eine Fülle von Untersuchungen, die die OMI-Skala aufgriffen und verschiedene Variablen und Faktoren, die die Einstellungen von psychiatrischem Personal gegenüber psychisch Kranken beeinflussen, untersuchen. Diese Arbeiten werden im Folgenden kurz dargestellt. Im allgemeinen kann man sagen, daß es sich in allen diesen Untersuchungen zeigte, daß unterschiedliche Gruppen des Personals in psychiatrischen Krankenhäusern auch unterschiedliche Ausprägungen von Einstellungen gegenüber ihren Patienten besitzen. So hatten z.B. Studenten, die sich in einem Kursus auf eine psychologische Berufstätigkeit vorbereiteten, relativ wohlwollende und humanitäre Einstellungen gegenüber psychisch Kranken. Allerdings ist in diesen Untersuchungen das Einstellungsobjekt, das es mittels der OMI-Skala zu bewerten galt, nicht immer konstant gehalten worden. Es handelte sich dabei um Einstellungen gegenüber dem psychiatrischen Milieu, gegenüber abweichenden Verhaltensweisen, die mit psychischen Krankheiten verbunden sind usw. Darüberhinaus gibt es einige Untersuchungen, die die Community-Mental-Health-Ideology-Scale

von Baker & Schulberg (1967) benutzen. Da es sich jedoch auch hier wieder nicht direkt um Einstellungen gegenüber psychisch Kranken handelt, sondern mehr um eine therapeutische Ausrichtung bei Psychiatern und psychiatrischem Personal, sollen diese Untersuchungen hier nicht abgehandelt werden.

Vernallis & St. Pierre (1964) verglichen die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken von 163 erfahrenen freiwilligen Helfern, 30 neuen freiwilligen Helfern und über 1 000 Krankenhausangestellten mittels der OMI-Skala. Auch hier zeigten sich Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Ähnlichkeiten zwischen den Einstellungen der freiwilligen Helfer und denen des Personals bestanden nur bei der Subskala "Benevolenz". Insgesamt waren die freiwilligen Helfer den Patienten gegenüber mehr sozialrestriktiv eingestellt. Relativ neue freiwillige Helfer unterschieden sich nicht signifikant von erfahreneren. Je älter die Befragten waren, desto mehr Autoritarismus und je höher ihre Schulbildung war, desto weniger Autoritarismus zeigten sie. Frauen waren insgesamt sozial restriktiver.

Nicht nur Berufsgruppen von unterschiedlichem Status, sondern auch Berufsgruppen von gleichem Status aber aus unterschiedlichem therapeutischen Milieu zeigten unterschiedliche Einstellungen. Nach Spiegel & Keith-Spiegel (1969) zeigten Krankenschwestern aus normalen psychiatrischen Stationen eine mehr humanitäre Orientation, und Krankenschwestern aus Stationen, in denen die psychiatrischen Probleme der Patienten zusätzlich durch andere Faktoren wie Alter, organische Verschlechterungen oder somatische Krankheiten verschlimmert wurden, zeigten mehr Kustodialismus. Gerade diese Untersuchung zeigt, daß man nicht generell für die Veränderung von Einstellungen in Richtung auf weniger Autoritarismus oder Kustodialismus

plädieren sollte, da in bestimmten Fällen bestimmte Einstellungsausprägungen den Erfordernissen einer bestimmten Situation angemessen sind.

Cassel, Carlton & Rothe (1970) verglichen Helfer in Krankenhäusern und Krankenpflegeschülerinnen. Die Helfer sahen Maßnahmen zur Verhinderung und Behandlung psychischer Krankheiten positiver an als Krankenpflegeschülerinnen, da sie wohl offensichtlich einen höheren Wissensstand über diese Probleme besaßen. Andere Unterschiede zeigten sich nicht, ein weiterer Fall, in dem bessere Information nicht mit generell positiveren Einstellungen verbunden sind.

Fracchia und seine Mitarbeiter (1972) untersuchten die Beziehung zwischen autoritärer Einstellung gegenüber psychisch Kranken und persönliche Angepaßtheit bei Angestellten eines psychiatrischen Krankenhauses. Unterschiedliche persönliche Angepaßtheit korrelierte nicht systematisch mit größerem oder geringerem Toleranzgrad gegenüber psychisch Kranken. Bei einem Teil der Respondenten (Fracchia Sheppard & Merlis, 1972), die auch den Emotions Profile Index (EPI) ausgefüllt hatten, zeigte sich, daß persönliche Angepaßtheit nicht systematisch in Verbindung mit Toleranz oder Angst vor psychisch Kranken stand. In einer weiteren Untersuchung (wobei es nicht klar ist, ob es sich dabei nicht um die Veröffentlichung der gleichen Daten handelt, Fracchia, Sheppard & Merlis, 1973) zeigte sich ebenfalls keine Beziehung zwischen diesen beiden Variablen.

In einer Untersuchung von Meyer (1973) zeigte sich, daß Krankenpflegeschüler positivere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken haben als ihre Altersgenossen, die in anderen Studienrichtungen studieren. Diese Gruppen unterschieden sich besonders in bezug auf die 2 Subskalen

des OMI, Autoritarismus und interpersonale Ätiologie.

Perry veröffentlichte 1974 eine interessante Studie über die Beziehung zwischen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und der Länge der Arbeit als psychiatrischer Pfleger oder Krankenschwester. Je länger die Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus, desto ausgeprägter waren Einstellungen wie Autoritarismus und soziale Restriktivität. Positive Einstellungen nahmen dagegen ab. Diese Ergebnisse können den Betrachter natürlich relativ pessimistisch stimmen in bezug auf die Bewertungen, denen sich psychiatrische Patienten in den Krankenhäusern ausgesetzt sehen. Es ist jedoch nicht eindeutig, wie eine solche Untersuchung interpretiert werden soll. So könnte man zum einen sagen, daß je länger die Erfahrung ist, desto negativer die Einstellungen sind. Auf der anderen Seite ist diese Variable jedoch stark altersabhängig, so daß man diese Aussage modifizieren könnte dahingehend, daß psychiatrisches Personal mit langer Erfahrung in seinen Einstellungen noch Überbleibsel früherer psychiatrischer Ausrichtungen hegt und noch nicht allgemein das Krankheitsmodell psychiatrischer Krankheiten so akzeptiert hat, wie es wünschenswert wäre.

Einige wenige Untersuchungen benutzen andere Instrumente als die OMI-Skala. Tucker & Reinhardt (1968) untersuchten die Einstellungen von 219 jungen Ärzten. Diese Gruppe meinte zwar, daß die Psychiatrie ein angesehener Zweig der Medizin sei und gab der Psychotherapie gute Erfolgchancen, sah jedoch insgesamt psychiatrische Patienten als angsteinflößend, unangenehm, unzuverlässig, behindert und grundsätzlich anders als normale Personen an. Die Respondenten mit etwas positiveren Einstellungen fühlten sich durch psychiatrische Patienten weniger verunsichert und hatten eine bessere Meinung von Interviewtechniken, von der Psychiatrie und den Psychiatern usw.

Eisenman (1972) untersuchte die Einstellungen von Krankenpflegeschülerinnen und setzte sie in Beziehung zu ihrer Kreativität. Diejenigen, die komplexe Figuren bevorzugten (ein Maß für Kreativität) zeigten positivere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und körperlich Behinderten auf der Skala für soziale Distanz.

Meltzer & Smothers (1967) brachten die Einstellungen von psychiatrischem Personal und ihre Auswirkungen auf die Einstellungen der Patienten in Beziehung. Aus diesem Grunde wurden die Einstellungen von Patienten und Mitgliedern des Personals mit Hilfe mehrerer Skalen gemessen. Die Einstellungen von wissenschaftlichem Personal waren am wenigsten auf Aufbewahrung (Kustodialismus) ausgerichtet, die der Patienten am meisten und nicht-wissenschaftliches Personal lag ungefähr in der Mitte. Das wissenschaftliche Personal war am wenigsten autoritär und die Patienten am meisten. Als wichtig wird herausgestellt, daß das Personal wenig effektiv ist, wenn die Einstellungen innerhalb der Therapiegruppen, also bei wissenschaftlichem und nicht-wissenschaftlichem Personal, zu stark variieren. Das Krankheitsbild der Patienten bessert sich dann am meisten, wenn sie sich einem eindeutigen Wertsystem der Therapeuten anpassen können.

Eine Untersuchung, die sich ausführlicher als die von Meltzer & Smothers mit den Auswirkungen von Einstellungen auf tatsächliches Verhalten bezieht, stammt von Ellsworth (1965). Nur zwei der fünf Dimensionen der OMI-Skala konnte mit spezifischen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden. Soziale Restriktivität äußerte sich in kontrollierendem, restriktiven Verhalten und Benevolenz in Distanz und Unaufrichtigkeit. Dieses letztere Ergebnis ist nicht so erstaunlich, wie es erscheinen könnte, da Benevolenz nach der Faktorendefinition der OMI-Skala nicht als echtes Interesse am Wohlergehen des Patienten, sondern eher als herablassendes Wohlwollen aufgefaßt werden muß.

Für den Patienten selber sind nicht nur Einstellungen, wie sie sich auf der OMI-Skala zeigen, wichtig, sondern auch die Einstellungen des psychiatrischen Personals zu seiner Arbeit. Besonders Einstellungen, die sich in emotionaler Distanz zu den Patienten äußern, können nach Caine & Smail (1967) für die Patienten recht schädlich sein. Wie das Personal seine Pflicht erfüllt, hängt nach der Untersuchung von Lawton (1965), die allerdings aufgrund methodologischer Schwächen nicht sehr aussagekräftig ist, relativ wenig von Persönlichkeitsmerkmalen ab. Nur Autoritarismus zeigte sich als eine Variable, die der Ausübung der Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht zuträglich ist.

Wie diese Übersicht zeigt, gibt es auch auf diesem überaus wichtigen Gebiet nur eine Reihe relativ kleiner und oft qualitativ minderwertiger Untersuchungen. Häufig hat man den Eindruck, daß es eher die Verfügbarkeit der OMI-Skala und der relativ leichte Zugang zu den jeweiligen Respondentengruppen ist, der einzelne Autoren dazu veranlaßt hat, eine bestimmte Untersuchung durchzuführen, als ein echtes Interesse am anstehenden Sachverhalt selber. Da es besonders in Deutschland an der Schulung psychiatrischen Personals noch sehr fehlt, ist es besonders bedauerlich, daß Untersuchungen, in denen Einstellungen von psychiatrischem Personal detailliert untersucht und mit Verhaltensbeobachtungen verknüpft werden, fehlen. Die Bedeutung solcher Untersuchungen zeigt sich besonders dann, wenn man bedenkt, daß die angeführten Untersuchungen übereinstimmend negative Einstellungen bei Personal mit niedrigem Status festgestellt haben, daß es aber gerade diese Personengruppen sind, mit denen die Patienten hauptsächlich zusammenkommen.

4.1.3 Die Einstellungen von psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen

Die allgemeinen Ergebnisse von Untersuchungen, in denen die Einstellungen von psychiatrischen Patienten mit denen von Nichtpatienten ähnlichen Alters, ähnlicher Schulbildung und ähnlicher sozialer Schicht verglichen werden, deuten an, daß ihre Einstellungen sich nicht signifikant unterscheiden. Giovannoni & Ullman (1963) untersuchten psychiatrische Patienten in Armeekrankenhäusern und berichteten, daß diese nicht besser über psychiatrische Krankheiten informiert waren als die allgemeine Öffentlichkeit und daß ihre Einstellungen gegenüber anderen psychisch Kranken genauso negativ waren wie die normaler Personen.

Crumpton, Weinstein, Acker & Annis (1967) berichten, daß psychiatrische Patienten die Konzepte "psychiatrischer Patient" und "kranke Person" auf einem Semantischen Differential zwar etwas positiver bewerteten als normale Personen, daß beide Personengruppen den psychiatrischen Patienten jedoch hauptsächlich negativ sahen.

Manis, Houts & Blake (1963) verglichen die Einstellungen psychiatrischer Patienten mit denen medizinischer Patienten und psychiatrischen Personals. Sie fanden keine systematischen Unterschiede zwischen den drei Personengruppen, jedoch zeigte sich auch hier der entscheidende Einfluß der Schulbildung. Je höher die Schulbildung der Befragten war, desto eher glaubten sie, daß psychisch Kranke so wie normale Personen aussahen und daß psychische Krankheiten heilbar seien.

Bentinck (1967) verglich die Reaktion auf der OMI-Skala von 50 Schizophrenen und ihren Angehörigen, 50 medizinischen Patienten und ihren Angehörigen und von Angehö-

rigen des Krankenhauspersonals mit niedrigem Status. Die Schizophrenen waren in ihren Einstellungen weniger benevolent und weitaus restriktiver als ihre Angehörigen oder das Krankenhauspersonal. Die Einstellungen der Angehörigen der Schizophrenen ähnelten denen des psychiatrischen Hilfspersonals, die wie in der Untersuchung von Cohen und Struening den psychiatrischen Patienten relativ negativ gegenüberstanden. Daraus wird geschlossen, daß Patienten, die während ihrer psychiatrischen Behandlung zu Hause leben, den gleichen Einstellungen ausgesetzt sind wie psychiatrische Patienten im Krankenhaus und daß diese Einstellungen leicht den Absichten der Therapeuten entgegenwirken können. Freeman (1961) untersuchte ebenfalls die Einstellungen von Angehörigen psychiatrischer Patienten. Wie allgemein korrelierten sogenannte aufgeklärte Einstellungen positiv mit Schulbildung und verbalen Fähigkeiten und negativ mit Alter. Hauptsächlich schienen jedoch die Einstellungen der Familienmitglieder vom Verhalten der Patienten selber sehr beeinflußt zu sein, und dies zeigte sich unabhängig von Schulbildung oder Alter der Befragten.

Angrist (1961) untersuchte direkt die Auswirkungen von toleranten Einstellungen der Familienmitglieder gegenüber abweichendem Verhalten des Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Das Verhalten der ehemaligen Patienten wurde anhand dreier Aspekte bewertet: Verhaltensaspekten, sozialer Partizipation und psychologischer Anpassung. Je höher die Toleranz der Familienmitglieder für abweichende Verhaltensweisen des Patienten war, desto niedriger war das allgemeine Niveau des Verhaltens.

Weinstein & Brill (1971a) analysierten in einer Sekundäruntersuchung die Vorstellungen von psychiatrischen Patienten und normalen Respondenten über die Ursachen für psychische Krankheiten, die in fünf verschiedenen Reprä-

sentativumfragen erhoben worden waren. Sowohl psychiatrische Patienten als auch normale Personen sahen die soziale Umgebung und die Persönlichkeit oder emotionale Probleme des Kranken als die Hauptursache für psychische Krankheiten an. Normale Personen schrieben jedoch Vererbung und organischen Faktoren eine größere Bedeutung zu als psychiatrische Patienten, die interpersonale Schwierigkeiten und Verhaltensschwierigkeiten häufiger anführten. Die persönliche Erfahrung der Patienten mit psychischen Krankheiten schienen diese Auffassungen beeinflusst zu haben. In einer zweiten Untersuchung von Weinstein & Brill (1971b) wurden die Beziehungen zwischen den Auffassungen der psychiatrischen Patienten und ihrer Schichtzugehörigkeit untersucht. Schwierigkeiten innerhalb der Familie wurden häufiger von Oberschichtsangehörigen angeführt. Dieser Einfluß der Schichtzugehörigkeit, der wahrscheinlich auf der intervenierenden Variable "Schulbildung" beruht, hatte sich, wie in den vorangegangenen Abschnitten gezeigt wurde, schon in Arbeiten mit anderen Respondentengruppen manifestiert.

Mayo, Havelock & Simpson (1971) verglichen die Einstellungen von psychiatrischen Patienten und ihren Ehefrauen gegenüber psychischen Krankheiten. Die Autoren sehen dabei einen generellen Autoritarismus als grundlegenden Faktor für die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken an. Bei Ehepaaren bestand im allgemeinen ein ähnlich hohes Autoritarismuskniveau, doch schätzten die Ehefrauen sich selber anhand der Eigenschaften des Semantischen Differentials höher ein als die Patienten.

Wie sehr die Vorgänge in der Gesamtgesellschaft auf die Einstellungen von psychiatrischen Patienten gegenüber ihrer eigenen Gruppe einwirken, zeigte die Affäre Eagleton, die schon im vergangenen Kapitel beschrieben worden ist. Nachdem dieser Vorfall den Jugendlichen in einem psychiat-

rischen Krankenhaus bekannt wurde, kam es zu schweren Ausbrüchen von Intragruppenvorurteilen (Rossman & Miller, 1973). Die Autoren weisen darauf hin, daß diese sozialen Vorurteile innerhalb eines Krankenhauses eine Quelle für Angstzustände und Verhaltensstörungen darstellen und Krankheitssymptome verschlimmern können. Die Bedeutung der Einstellungen, die psychisch Kranke sich selbst gegenüber hegen, sollten auf keinen Fall unterschätzt werden. Ein negatives Selbstbild, das unter Umständen von Schuldgefühlen und allgemeinen Gefühlen der Minderwertigkeit und Verabscheuungswürdigkeit begleitet ist, kann eine konstruktive Verarbeitung von internen Konflikten und interpersonalen Schwierigkeiten entscheidend verzögern. Ebenso wichtig sind, wie die wenigen Untersuchungen gezeigt haben, die hier aufgeführt werden konnten, die Einstellungen der unmittelbaren sozialen Umgebung. Leider haben sich diese Arbeiten, bis auf die von Angrist, noch nicht mit der wichtigen Frage beschäftigt, wie sich die Einstellungen der Familienmitglieder auf ihr eigenes Verhalten und das Verhalten der Patienten und somit seine Genesungschancen auswirken. Hier liegt ein weiterer, überaus wichtiger Ansatzpunkt für zukünftige Forschungsaufgaben.

4.1.4 Die Einstellungen von Arbeitgebern

Eine für die Rehabilitation des ehemaligen psychiatrischen Patienten entscheidene Bevölkerungsgruppe sind offensichtlich Arbeitgeber oder Personalchefs, die mit der Verweigerung eines Arbeitsplatzes die berufliche und soziale Wiedereingliederung des ehemaligen Kranken erschweren und in besonders krassen Fällen seinen sozialen Abstieg herbeiführen können. Man sollte annehmen, daß in diesem Problembereich ein zentrales Interesse derjenigen Forscher läge, die sich mit der Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und ihrer Modifizierung beschäftigen.

Die Literaturdurchsicht konnte diese berechtigten Erwartungen leider nicht bestätigen. Da einige Untersuchungen aufgrund ihrer Veröffentlichung in schwer zugänglichen Zeitschriften nicht eingesehen werden konnten (Landy & Griffith, 1958; Olshansky, Grab & Malamud, 1958; Whatley, 1964), können hier nur zwei Untersuchungen angeführt werden, die zudem von ihrer Anlage her methodisch unsauber und in ihren Schlußfolgerungen nicht besonders interessant sind. Dightman & Marks (1968) untersuchten die Einstellungen potentieller Arbeitgeber zur Beschäftigung ehemaliger psychiatrischer Patienten mittels eines postalischen Fragebogens. Die Entscheidung eines Arbeitgebers oder eines Personalchefs für oder gegen die Beschäftigung hing relativ wenig vom Aufenthalt in psychiatrischen Krankenhäusern oder von psychischen Krankheiten der fraglichen Bewerber ab. Der ehemalige Patient ist nach Ansicht der Autoren zwar bei der Suche nach Arbeit benachteiligt, jedoch hängt der Grad der Benachteiligung von seinen weiteren Qualifikationen ab. Firmen unterschiedlicher Größe zeigten unterschiedliche Einstellungen und Firmen, bei denen schon einmal ein Angestellter psychisch krank geworden ist, äußerten sich positiver zur Einstellung von Personen, die psychisch krank gewesen sind.

Colbert, Kalish & Chang (1973) untersuchten die Einstellungen von Arbeitgebern und Häusermaklern gegenüber 9 unterprivilegierten Gruppen (psychisch Kranke, Blinde, Alte, Verkrüppelte, Alkoholiker, geistig Behinderte, Drogenabhängige, auf Bewährung aus dem Gefängnis Entlassene und Sozialhilfeempfänger). Bei beiden Gruppen fand sich eine konsistente Rangordnung. Aus den Antworten der Arbeitgeber ging folgendes Kontinuum hervor: ethnischer Hintergrund, physische Behinderung, Gefängnisaufenthalt, psychische Instabilität. Für die Häusermakler waren die verschiedenen sozialen Stigmata weniger von direkter Relevanz. Sie klassifizierten die Gruppen mehr danach, ob sie für ihre jeweilige Lage selbst verantwortlich oder nicht verantwortlich waren.

Gerade die Themenbereiche dieser beiden letzten Abschnitte zeigen, auf welchem niedrigen Niveau sich die Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken noch weitgehend befindet. Nicht die Gebiete und die Fragestellungen werden untersucht, die für die Lage der psychisch Kranken wirklich wichtig sind und die ihre Rehabilitation und Reintegration fördern würden, sondern vielmehr bruchstückhaft die Probleme, zu denen mit geringem zeitlichen und geldlichen Aufwand kleine Befragungen schnell durchgeführt werden können und den Autoren zu einer weiteren Publikation verhelfen, die die Liste ihrer eigenen Publikationen zwar verlängert, zum allgemeinen Wissensstand aber wenig beiträgt. Diese Tendenz hat sich im Zeitverlauf zudem weitgehend verstärkt. Während die ersten Umfragen von Star (1955) und Nunnally (1961) noch sorgfältig geplante, groß angelegte Umfragen waren, sind die Befragungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen methodisch immer fragwürdiger, eine Tendenz, die in den zuletzt dargestellten Studien ihren zweifelhaften Höhepunkt erreicht hat.

4.1.5 Experimentelle Untersuchungen von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

Nur einige wenige Untersuchungen widmen sich dem Problem der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mit anderen Methoden als der Umfrageforschung oder der Administration von Einstellungsskalen bei ausgewählten Gruppen. Untersuchungen experimenteller Art bedienen sich, wie schon im Kapitel 3 beschrieben, meist eines Mitarbeiters des Versuchsleiters, der als ehemaliger oder tatsächlicher psychisch Kranker ausgegeben wird und zusammen mit der naiven Versuchsperson eine Aufgabe lösen muß.

Die erste Untersuchung dieser Art wurde von Gergen & Jones (1963) durchgeführt und stammt aus dem sozialpsychologischen Forschungsgebiet der Personenwahrnehmung. Nach der Auffassung dieser Autoren rufen psychisch kranke Personen bei normalen Beurteilern meist unterschiedliche Emotionen hervor, zum einen Ablehnung, zum anderen jedoch auch Mitleid und Bedauern. Diese letztere positive Komponente der Einstellung ist nach Gergen & Jones relativ stabil und wird durch die Unvorhersagbarkeit des Verhaltens des psychisch Kranken nur dann beeinträchtigt, wenn diese Unvorhersagbarkeit für den Beurteiler direkte Konsequenzen hat. Diese Hypothese wurde auf folgende Weise getestet. Eine Stimulusperson wurde entweder als normal oder als psychisch krank dargestellt. Das Verhalten wurde so manipuliert, daß es entweder vorhersagbar oder nicht vorhersagbar war. Die Vorhersagefehler der Versuchsperson wurden entweder durch ein unangenehmes, starkes Geräusch begleitet oder blieben ohne besondere Beachtung. Die evaluativen Urteile der Versuchspersonen anhand eines Semantischen Differentials zeigten, daß sich die Beurteilungen von psychisch kranken Stimuluspersonen nur dann veränderten, wenn die Unvorhersagbarkeit des Verhaltens auch mit unangenehmen Konsequenzen verbunden waren. Die Beurteilungen

normaler Personen variierten jedoch direkt mit der Vorhersagbarkeit des Verhaltens.

Die meisten Untersuchungen dieser Art wurden von einer Forschergruppe um A. Farina durchgeführt. In der ersten Untersuchung (Farina, Holland & Ring, 1966) wurde die Verantwortlichkeit der zu beurteilenden Person für ihren gegenwärtigen Zustand untersucht. In einer Lernsituation wurden die Charakteristika eines Mitarbeiters des Versuchsleiters, der den Lerner spielte, systematisch verändert. Er stellte sich einmal als normale Person mit normaler Kindheit, als normale Person mit pathogenischer Kindheit, als psychisch kranke Person mit normaler Kindheit und als psychisch kranke Person mit pathogenischer Kindheit dar. Die Administration von Elektroschocks innerhalb der Lernsituation zeigte, daß eine normale Person mit normaler Kindheit am wenigsten bestraft wurde, daß psychisch kranke Personen mit pathogenischer Kindheit eine mittlere Anzahl von Schocks von mittlerer Stärke erhielten und daß psychisch Kranke mit normaler Kindheit und Normale mit pathogenischer Kindheit am meisten bestraft wurde. Es zeigt sich also, daß nicht nur psychische Krankheit stigmatisierend wirkt, sondern daß auch eine relativ unglückliche Kindheit schon als deviant angesehen wird. Da die Untersuchung mit 10 Versuchspersonen pro experimenteller Gruppe durchgeführt worden ist, können über die Allgemeingültigkeit dieser Ergebnisse keine Aussagen gemacht werden. Es ist jedoch interessant, daß psychisch Kranke, deren Vorgeschichte verstanden werden kann, zwar weniger hart behandelt werden, jedoch in verbalen Äußerungen genauso abgelehnt werden wie die Gruppen, die härter bestraft wurden. Die Autoren werten dies als Anzeichen dafür, daß man Verhalten modifizieren könne, ohne die grundlegenden Einstellungen zu verändern.

In einer zweiten Untersuchung (Farina & Ring, 1965) wurde der Einfluß allgemeiner Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten auf zwei Aspekte zwischenmenschlicher Interaktion untersucht, nämlich die Leistung einer Versuchsperson in einer motorischen Aufgabe, die Kooperation erfordert (dem Labyrinthspiel) und die Perzeption des anderen nach der Interaktion, die durch diese Aufgabe erforderlich wurde. Die Versuchspersonen waren 60 männliche Collegestudenten, die entweder annahmen, daß ihre Mitarbeiter "normal" waren oder einmal psychisch krank gewesen waren. Die Ergebnisse deuten an, daß die Leistungen besser sind, wenn der Mitarbeiter als psychisch krank angesehen wird, vielleicht, weil ein normaler Partner eine größere Bedrohung darstellt als ein schlecht angepaßter psychisch kranker. Darüberhinaus wurde festgestellt, daß Versuchspersonen lieber alleine arbeiten würden als mit einem angeblich ehemaligen psychisch Kranken, und daß sie einen solchen Partner für viele Fehler und Unzulänglichkeiten der gemeinsamen Leistung verantwortlich machen, obwohl dies objektiv nicht stimmt.

In einer dritten Untersuchung widmeten sich Farina, Gliha, Boudreau, Allen & Sherman (1971) dem Problem, ob Unterschiede im Verhalten psychiatrischer Patienten existieren, je nachdem, ob sie annahmen, der Interaktionspartner wisse über ihren Status als Patient Bescheid. Die Autoren führten ein Experiment mit 29 männlichen ehemaligen psychiatrischen Patienten durch, die noch ambulant behandelt wurden. Diese Versuchspersonen arbeiteten ebenfalls im sogenannten Labyrinthspiel mit einem Vertrauten des Versuchsleiters zusammen, der in standardisierter Weise mit den Versuchspersonen interagierte und nicht wußte, zu welcher experimentellen Gruppe die jeweilige Versuchsperson gehörte. Versuchspersonen, die annahmen, daß der Interaktionspartner über ihren Status als psychiatrischer Patient Bescheid wußte, zeigten mehr Angst und

ihre Leistungen im Labyrinthspiel waren schlechter. In einer Befragung nach Ende des Experiments schätzten die Versuchspersonen dieser Gruppe die Schwierigkeit der Aufgabe höher ein und meinten signifikant weniger häufig, daß ihre Leistung von dem Interaktionspartner überschätzt worden sei. Der Vertraute des Versuchsleiters konnte die Gruppenzugehörigkeit der einzelnen Versuchspersonen nicht statistisch zuverlässig bestimmen, beurteilte die psychiatrischen Patienten jedoch als angespannt, ängstlicher und schlechter angepaßt.

In einer weiteren Veröffentlichung berichteten Farina, Felner und Boudreau (1973) über drei Experimente, in denen jeweils ein Mitarbeiter des Versuchsleiters als ehemaliger psychiatrischer Patient eingeführt wurde. In zwei Experimenten mit Verkäuferinnen und weiblichen Krankenhausangestellten wurde der Vertraute des Versuchsleiters abgelehnt, wenn er einen angespannten Eindruck machte, ob er jedoch als ehemaliger psychiatrischer Patient ausgegeben wurde oder nicht, machte keinen Unterschied. In einem Experiment mit männlichen Krankenhausangestellten wurde der Vertraute sowohl abgelehnt, wenn er einen angespannten Eindruck machte als auch wenn er ein ehemaliger psychiatrischer Patient war. Im Gegensatz zu Umfrageuntersuchungen, in denen das Geschlecht des Respondenten meistens keine wichtige Rolle spielte, nehmen die Autoren hier jedoch an, daß entweder das Geschlecht der Versuchsperson oder das Geschlecht des Patienten eine wichtige Variable ist, die die Akzeptierung ehemaliger psychiatrischer Patienten bestimmt.

Eine weitere Arbeit von Farina und seinen Mitarbeitern (Farina, Thaw, Lovern & Mangone, 1974) wird an dieser Stelle zusammen mit den anderen Untersuchungen dieser Forschergruppe dargestellt. 62 Personen wurde in ihren eigenen Wohnungen eine Tonbandaufnahme eines Gesprächs als Substitut für einen persönlichen Kontakt vorgespielt.

In diesem Gespräch beantworteten eine Person Fragen, wie sie die Respondenten selber einer neu zugezogenen Person in ihrer nächsten Umgebung gestellt hätten. Diese Person erschien in einer Version "normal", in einer anderen als "leicht abnormal" und wurde entweder als ehemaliger medizinischer oder ehemaliger psychiatrischer Patient ausgegeben. Die Respondenten mußten in Anschluß daran angeben, wie nett sie die betreffende Person fanden, wie emotional stabil sie sei und ob sie wohl in der Nachbarschaft akzeptiert werde. Da die Antwortrate leider nur 10,5% betrug (wegen extrem hoher Verweigerungs- und Abwesenheitsraten) kann man den Ergebnissen leider nicht allzuviel Bedeutung zumessen. Die Respondenten äußerten sowohl mehr positive als auch mehr negative Einstellungen als gegenüber dem ehemaligen medizinischen. Die Autoren kommen zu einer ähnlichen Interpretation wie Gergen & Jones. Die Reaktionen gegenüber psychisch Kranken seien nicht eindeutig, sie beständen sowohl aus Mitleid als auch als Abneigung. Von welchen Faktoren das Überwiegen der einen oder der anderen Komponente abhängt, ließ sich in dieser Untersuchung nicht feststellen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß diese wenigen experimentellen Untersuchungen gezeigt haben, daß es nicht ausreicht, die Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ausschließlich mit den Methoden der Umfrageforschung zu betreiben. Diese liefern zwar eine große Fülle deskriptiven Materials, die Identifizierung wichtiger Aspekte im Verhalten psychiatrischer Patienten und in den Perzeptionen der Beurteiler sowie die eindeutige Analyse von Ursache- Wirkungsbeziehungen zwischen solchen Variablen kann nur in kontrollierten Experimenten erfolgen. Eine umfassende Untersuchung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken würde diese beiden Forschungsansätze verbinden und so die Vorteile des einen Ansatzes und die des anderen optimal ausnutzen. Eine Repräsentativumfragung

der Art, wie sie schon in anderen Abschnitten geschildert worden ist, sollte spezifische Hypothesen für eine Serie von Experimenten und deren Replikationen liefern. Falls diese Experimente, die möglichst mit unterschiedlichen Gruppen von Versuchspersonen durchgeführt werden sollten, die aus der Befragung abgeleiteten Hypothesen verifizieren, sollte man versuchen, diese empirischen Ergebnisse, die allerdings notwendigerweise nur auf den Reaktionen relativ kleiner Gruppen von Versuchspersonen basieren, so umzuformulieren, daß ihre Ausprägung im Rahmen einer Umfrage bei einer großen Respondentenzahl zuverlässig nachgewiesen werden kann.

4.1.6 Einstellungen gegenüber geistig Behinderten

Obwohl es viele Untersuchungen zum Problemkreis von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken gibt, fanden sich bei der Durchsicht der relevanten Literatur nur wenige über Einstellungen gegenüber geistig Behinderten. Über die Ursachen für diesen Unterschied kann man allerdings nur spekulieren. So könnte man zum einen annehmen, daß es in der Erziehung, Ausbildung und Förderung geistig Behinderter genügend Probleme gibt, die vorrangig von der psychologischen Forschung angegangen werden müssen. Daß dies zumindest zum Teil zutrifft, zeigt sich an der großen Zahl von Veröffentlichungen, die gerade diese Problematik zum Thema haben. So gibt es zum Beispiel ganze Zeitschriften, z.B. Education and Training of the Mentally Retarded, Exceptional Children, Mental Retardation u.a.m., die sich diesem Themenbereich widmen. Zum anderen könnte man aber auch argumentieren, daß die Erforschung von Einstellungen gegenüber geistig Behinderten nicht so vordringlich erscheint wie die Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, da die erste Gruppe durch Unterbringung in Anstalten oder Arbeit in beschützenden Werkstätten weniger sichtbar ist als die zweite, und daß sich das Problem ihrer völligen Integrierung in die Arbeitswelt und in die gesellschaftlichen Prozesse naturgemäß weitaus weniger stellt. Dieses Problem ist im Gegensatz dazu bei der Erforschung von Einstellungen gegenüber physisch Behinderten weitaus relevanter, so daß die Zahl der Veröffentlichungen zu diesem Thema entsprechend größer ist. Eine Abhandlung auch dieses Problemkreises würde allerdings den Bereich dieses Literaturüberblicks überschreiten. In die kommentierte Bibliographie sind allerdings die Veröffentlichungen, die uns bekannt geworden sind, aufgenommen worden.

Eine dritte Erklärung wäre unter Umständen relativ einfach für diese Tatsache zu finden. Bei den speziellen Veröffentlichungen über Probleme der Bildung und Ausbildung geistig Behinderter handelt es sich nicht um psychologische Fachliteratur. Aus diesen Gründe finden sich Hinweise auf Veröffentlichungen dieser Art auch nicht in den Standardwerken, die zur Literatursuche normalerweise herangezogen werden. Die wenigen Untersuchungen, die in diesen Literaturüberblick aufgenommen werden konnten, wurden hauptsächlich bei der Durchsicht dieser speziellen Zeitschriften in den USA gefunden. In Deutschland sind solche Zeitschriften kaum oder überhaupt nicht erhältlich.

In einer Untersuchung von Harth (1971) zeigte sich, daß die gleichen Dimensionen, die bei der Untersuchung von Einstellungen gegenüber Negern gefunden worden waren, ebenfalls die Grundlage der Einstellungen gegenüber psychisch Behinderten darstellten. Leider war es nicht möglich, den Originalartikeleinzusehen, so daß über tatsächliche Ergebnisse keine Aussagen gemacht werden können. Einige der Aufsätze, die sich mit Einstellungen gegenüber geistig Behinderten befassen, sehen das Problem hauptsächlich in seinen praktischen Auswirkungen. In einer Untersuchung von Dailey, Allen, Chinsky & Veit (1974) wurden die Interaktionen von 37 geistig behinderten Kindern im Alter von 5 bis 15 Jahren mit 14 Angehörigen des psychiatrischen Hilfspersonals beobachtet. Aufgrund dieser Beobachtungen und aufgrund der nachfolgend erhobenen Ratings des Personals kommt diese Untersuchung zu dem Schluß, daß die behinderten Kinder, die vom Personal als attraktiv, liebenswert und relativ intelligent beurteilt wurden, auch mehr und positivere Zuwendungen vom Personal erhielten. Da man weiß, daß positivere Zuwendungen auch mit größerer Stimulation und damit mit verbesserter Lernfähigkeit einhergehen. sind die praktischen Implikationen eines solchen Ergebnisses direkt einsehbar.

Bruininks, Rynders & Gross (1974) untersuchten die soziale Akzeptierung von 65 leicht geistig behinderten Schulkindern durch 1 234 normale Schulkinder mittels soziometrischer Fragebögen. Die geistig behinderten Kinder nahmen am normalen Schulunterricht teil und hatten zusätzlich zwei Stunden pro Tag speziellen Unterricht. Es zeigte sich, daß behinderte Kinder in innerstädtischen Schulen höhere Wahlen erhielten als ihre nichtbehinderten Gefährten. Behinderte Kinder in den Vororten erhielten jedoch niedrigere Wahlen. Dies wird mit dem speziell amerikanischen Tatbestand erklärt, daß die Schüler in innerstädtischen Schulen meist aus der Unterschicht kommen, meist einen niedrigeren Intelligenzquotienten haben und daß in diesen Populationen weniger Wert auf Schulbesuch und Schulbildung gelegt wird. Aus diesem Grunde unterscheiden sich die behinderten Kinder in der Innenstadt weniger von ihren nichtbehinderten Gefährten als die behinderten Kinder in den Vororten. Die Bevorzugung der behinderten Kinder versucht man allerdings mit bestimmten Eigenschaften zu erklären, die diese für ihre Altersgenossen besonders attraktiv machen. Diese Untersuchung, die relativ isoliert dasteht, zeigt, wie schon die Untersuchungen von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, die die Schichtzugehörigkeit der Respondenten in ihre Untersuchung mit einbezogen, daß Vorurteile nicht in allen sozialen Schichten gleich ausgeprägt sind.

In der durchgesehenen Literatur fanden sich noch einige programmatische Artikel, die sich nicht auf empirische Untersuchungen stützen. Ensher (1973) vertritt die Ansicht, daß viele Programme zur besonderen Erziehung geistig Behinderter ihr Ziel nicht erreichen, weil die Einstellungen der Lehrer zu den Behinderten selber negativ und starr sind. Dies stimmt mit der Untersuchung von Dailey, Allen, Chinsky & Veit überein, die die direkten Auswirkungen von negativen Einstellungen gegenüber geistig Behinderten zei-

gen. Brolin & Kokaska (1974) widmen sich den Schwierigkeiten, die geistig Behinderte haben, einen Arbeitsplatz zu finden. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, den Ausdruck "geistig behindert" zu vermeiden, da er nur unnötigerweise negative Konnotationen hervorrufe. Es sei weitaus wichtiger, sich auf die Fähigkeiten der jeweiligen Person zu konzentrieren, anstatt nur ihre Unfähigkeit, bestimmte Aufgaben zu erledigen, zu betrachten, die oft in keinem Zusammenhang zu den Anforderungen der Arbeitsstelle stehe. In einem weiteren Artikel dieser Art vertritt Perske (1973) die Auffassung, daß nach veränderten und allgemein humanitäreren Einstellungen gegenüber geistig Behinderten sich auch die Einstellungen gegenüber der Sexualentwicklung von geistig Behinderten ändern müsse. Bisher seien geistig Behinderte immer als asexuelle Wesen aufgefaßt worden. Eine neue humanitäre Einstellung gegenüber geistig Behinderten müsse sich auch auf die Sexualentwicklung und -erziehung auswirken. Durch verständnisvolle Helfer müsse es jedem geistig Behinderten ermöglicht werden, das ihm gemäße Niveau sexueller Entwicklung zu erreichen. Konkrete Vorschläge, wie dies zu erreichen sei, macht der Autor jedoch nicht.

4.2 Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in Europa

Einige wenige Untersuchungen über die Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in verschiedenen Ländern Europas sind uns bekannt geworden. Diese Aufstellung kann natürlich keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, sondern nur verdeutlichen, daß in vielen anderen Ländern ein Bewußtsein für dieses Problem besteht. Arn (1971) untersuchte die Einstellungen von schwedischen Studenten mittels eines Fragebogens. Zwischen den einzelnen Disziplinen (Medizin, Zahnmedizin und Psychologie) gab es keine Unterschiede; Studentinnen zeigten im allgemeinen positivere Einstellungen als Studenten, ebenso Studenten, die in ihrer Familie einen Fall von psychischer Erkrankung hatten. Religions- und Stadt-Landunterschiede waren unerheblich. 59 Medizinstudenten füllten den Fragebogen auch nach einem Kursus in Grundbegriffen der Psychiatrie aus und zeigten dann eine Veränderung in positiver Richtung. Laine & Lehtinen (1973) untersuchten die Einstellungen von Bewohnern zweier ländlicher Gemeinden in Finnland. Eine Gemeinde war hauptsächlich ländlich, während die andere industrialisiert war. Die Hypothese, daß die Einstellungen in der ländlichen Gemeinde negativer seien als die in der industrialisierten Gemeinde, wurde nicht bestätigt. In der industrialisierten Gemeinde waren die Einstellungen der Männer signifikant positiver als die der Frauen. Eine positive Korrelation zwischen Schulbildung und Einstellungsausprägung wurde in beiden Gemeinden gefunden. Siemieniuk & Siemieniuk (1969) untersuchten die Einstellungen von 100 Personen aus ländlicher Umgebung in Polen gegenüber psychisch Kranken. Die Befragten fungierten als Vormund für chronisch kranke, psychiatrische Patienten, die unter Aufsicht des Krankenhauses in Familien lebten, und wurden über ihre Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und psychischen Krankheiten befragt und mit einer Kontrollgruppe von Personen verglichen, die die Funktion eines

Vormundes nicht innehatten. Erstaunlicherweise zeigte die Gruppe der Vormunde weniger positive Einstellungen als die Kontrollgruppe. Dies wird einem relativ einseitigen Wissen um das Problem zugeschrieben. Informationen, die nur auf dem Kontakt mit psychisch Kranken basieren, sind anscheinend ein größerer Nachteil als der allgemeine Mangel an Informationen in der Kontrollgruppe. In der Gruppe der Vormunde herrschte die Angst vor, selbst psychisch krank zu werden, während in der Kontrollgruppe Angst direkt gegen die psychisch Kranken selber gerichtet war. Eine zweite Untersuchung aus Polen stammt aus dem Jahre 1972. Falicki, Borowski, Kalinowski & Pilasiewicz befragten ebenfalls Personen aus einer ländlichen Bevölkerung zu ihren Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten. Die meisten Respondenten waren der Meinung, daß psychische Krankheiten schlimmer sind als andere Krankheiten, daß psychiatrische Patienten nicht heiraten, keine Kinder haben oder keine Kinder aufziehen sollten. 43% wollten alle psychisch Kranken von der Gesellschaft isolieren.

In England wurde 1957 von der B.B.C. eine Serie von Fernsehsendungen mit dem Titel "The Hurt Mind" ausgestrahlt, die sich mit verschiedenen Aspekten der Natur, Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten beschäftigte und von der Abteilung für Zuschauerforschung auf ihre Auswirkungen untersucht wurde (Belson, 1957). Wie Carstairs & Wing (1958) berichten, wurden vor und nach dieser Serie Interviews durchgeführt, um herauszufinden, welche Meinungen über psychische Krankheiten bestanden und ob sich diese eventuell aufgrund der Fernsehserie verändert hätten. Die Mehrzahl der Zuschauer, die befragt wurden, unterschieden zwar zwischen psychischer Krankheit und Wahnsinn, akzeptierten einen ehemaligen psychiatrischen Patienten aber nur in beruflichen, nicht aber in vielen sozialen Rollen. Die Akzeptierungsraten

auf einer modifizierten Skala der sozialen Distanz betragen für Arbeitspartner 92%, Nachbar 89% und Heiratspartner 27%. Darüberhinaus bestand die Tendenz, einen Fall psychischer Krankheit innerhalb der Familie geheimzuhalten. Diese Serie veränderte nur das Wissen der Zuschauer über Status und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten, veränderte aber sonst die Einstellungen nur unwesentlich.

Carstairs & Wing selber berichten über eine Vorstudie zu dieser Serie, während der eine Gruppe von Respondenten, die so ausgewählt worden waren, daß sie der Londoner Bevölkerung ungefähr entsprachen, und über eine Inhaltsanalyse von Briefen, die die Zuschauer nach Abschluß der Serie geschrieben hatten. Die spontanen Antworten der Respondenten auf die Frage: "Was verstehen Sie unter dem Ausdruck: Eine Person, die psychisch krank ist?" wurden ebenfalls einer Inhaltsanalyse unterzogen. Die Befragten dachten dabei hauptsächlich an den "Wahnsinnigen", der nicht logisch denken kann, unter Wahnvorstellungen leidet und unvorhersagbar ist. Depressionen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen wurden weitaus weniger häufig erwähnt. Die Ursachen wurden hauptsächlich in den Belastungen des täglichen Lebens gesehen, als Therapie wurde Ruhe und Freundlichkeit vorgeschlagen. Die Inhaltsanalyse der Zuschauerbriefe, in der die Zuschriften nach bestimmten Themen aufgeschlüsselt wurden, ist im Hinblick auf die zahlreichen methodologischen Probleme, die mit einer solchen Vorgehensweise verbunden sind, wenig aufschlußreich.

Aus Schottland stammen zwei Untersuchungen von Mac Lean. In einer ersten Untersuchung von 1968 werden die Meinungen einer Zufallsstichprobe von 371 Respondenten aus der Bevölkerung von Edinburgh mit den Meinungen von 12 schottischen Psychiatrieprofessoren verglichen. Die

Bevölkerung hatte mehr Angst, war weniger optimistisch und schrieb die Ursache für psychische Krankheiten mehr der Umwelt als Persönlichkeitsfaktoren zu als die Spezialisten. Jüngere Personen und Personen mit besserer Schulbildung zeigten Einstellungen, die denen der Psychiater ähnlicher waren. In einem zweiten Artikel (1969) werden die Ergebnisse einer Untersuchung referiert, die 1966 in Edinburgh mit 446 Respondenten aus der Mittel- und Unterschicht durchgeführt worden war. Die Befragten waren allgemein mit dem Thema vertraut und auch bereit, es offen zu besprechen. Die Krankheit selber erscheint weniger erschreckend als eine bösartige Krankheit. Jedoch finden sich noch die Überreste vieler alter Vorurteile, die weder durch zunehmende Schulbildung noch durch persönliche Erfahrung modifiziert werden konnten. Psychiatrische Patienten werden im allgemeinen als unvorhersagbar und potentiell gefährlich betrachtet, und zu enge Assoziationen mit ehemals psychisch Kranken werden abgelehnt. Alter und Schulbildung waren wiederum wichtige Einflußfaktoren auf die vorherrschenden Einstellungen gegenüber psychisch Kranken.

Aus der DDR kommen drei Aufsätze. Der Aufsatz von Feldes (1971) mit dem Titel "Untersuchungen zur sozialen Stellung ehemaliger psychiatrischer Patienten" ist ein sehr langer und ausführlicher Artikel über die Entwicklung einer Einstellungsskala mit Hilfe verschiedener Techniken zur Untersuchung von Einstellungen gegenüber ehemaligen psychiatrischen Patienten. Diese Skala, die sich hauptsächlich auf Aspekte der sozialen Distanz bezieht, wurde einer großen Zahl von Respondenten vorgelegt. Für die Datenanalyse wurden diese Stichproben nach verschiedenen Gesichtspunkten hin unterteilt, so nach der Zugehörigkeit zu einer Institution, nach Alter, Geschlecht, Beruf usw. Vier Variablen kristallisierten sich heraus, die die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken signifikant zu differenzieren schienen, diese waren Alter, Geschlecht,

Schulbildung und Zugehörigkeit zu einer Institution.

Suhrweier (1972) untersuchte die Ansichten der Bevölkerung über die Situation der Hilfsschüler. Der Fragebogen bezog sich auf drei Themenbereiche, das Wesen des Hilfsschülers, das Wesen der Hilfsschule und die Entwicklungsperspektiven des Hilfsschülers. Die meisten Befragten hatten durchaus realistische Auffassungen über die Hilfsschulbedürftigkeit und ihre Gründe, wenn auch die Rolle der Erblichkeit etwas überschätzt wurde. Leider bezog diese Untersuchung keine Bewertungen der fraglichen Personengruppe durch die Respondenten und keine Angaben zur sozialen Distanz ein, so daß über die Akzeptierung oder Ablehnung von Hilfsschülern und Hilfsschulabsolventen keine Angaben gemacht werden können.

Lange (1973) vertritt in einem nichtempirischen Aufsatz über die Stellung des psychisch Kranken in der sozialistischen Gesellschaft der DDR und ihre historischen Grundlagen die Auffassung, daß die Stellung der psychisch Kranken in der sozialistischen Gesellschaft der DDR weit- aus besser und humaner sei als die der psychisch Kranken im kapitalistischen System. Erst die sozialistische Gesellschaftsordnung, die nicht die Arbeitsfähigkeit des Menschen als solche, sondern immer bezogen auf das Wohl jedes einzelnen in den Mittelpunkt stelle, sei in der Lage, die humanitären Grundanliegen fortschrittlicher Psychiater zu erfüllen, nämlich die Gleichsetzung des psychisch kranken Menschen mit jedem anderen Staatsbürger, die daraus sich ableitende Gleichberechtigung des psychisch Kranken hinsichtlich seiner Forderung an die Gesellschaft in bezug auf Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

4.3 Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland

Wie bei vielen in den USA entstandenen Entwicklungen in Psychologie und Psychiatrie ist auch die Untersuchung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland nur mit erheblicher Verzögerung aufgenommen worden. Darüberhinaus ist die Anzahl der Untersuchungen ziemlich gering, da die deutsche Psychiatrie anscheinend mehr mit Problemen der Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie beschäftigt ist und die klinische Psychologie sich ebenfalls auf eine andere Problematik spezialisiert hat. Selbst ein Buch mit dem Titel "Bürger und Irre" (Dörner, 1969) widmet sich nicht dem Problem der Einstellungen der Bürger gegenüber den Irren, sondern vielmehr der "Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie".

Die Diskussion um die "unsichtbare Schranke zwischen dem seelisch Abnormen und der Gesellschaft" (von Bayer, 1951) hat in Deutschland allerdings schon lange begonnen. In Diskussionen, Tagungen und theoretischen Artikeln wird immer wieder auf die Bedeutung dieses Problems hingewiesen; in die psychiatrische, psychologische und sozialpsychologische Forschung ist dieser Ansatzpunkt trotzdem noch nicht seiner Bedeutung entsprechend eingegangen (von Baeyer, 1966; Häfner, 1970; Anders & Kulenkampff, 1969; Reimann, 1969; Irle, 1973). Die wenigen deutschen Untersuchungen, die allerdings von vergleichsweise hoher Qualität sind, werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Jaeckel & Wieser haben eine Reihe von Veröffentlichungen über die Problematik von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken vorgelegt. Im Jahre 1967 gaben die Autoren eine erste Übersicht über die Ergebnisse einiger empirischer Untersuchungen über das Image des Geisteskranken

heraus. Dieser Artikel ist ein Vorläufer der 1970 veröffentlichten empirischen Untersuchung über das Bild, das sich die Bremer Bevölkerung vom Geisteskranken macht. Die Autoren referieren in diesem frühen Artikel die Untersuchungen von Star (1955) und von Nunnally (1961). Aufgrund der Ergebnisse dieser beiden Studien kommen die beiden Autoren zu einigen rollentheoretischen Überlegungen über die Grundlagen für die Ablehnung der Geisteskranken durch die Öffentlichkeit. Eine grundlegende ablehnende Haltung gegenüber psychisch Kranken wird schon durch Erfahrungen in frühester Jugend wie Andeutungen, Kinderreime und Sagen über das Wesen des Geisteskranken bestimmt. Diese Grundhaltung macht es dem einzelnen später schwer, eine sachliche, unbefangene Einstellung gegenüber diesem Problemkreis zu entwickeln. Als wichtigsten Punkt sehen die Autoren jedoch die Aussage, daß Geisteskranke deswegen von ihren Mitmenschen als Bedrohung empfunden werden, weil ihre Existenz die Negierung bestimmter formaler Bedingungen des Miteinanderlebens und des Wirkens der Menschen darstellt. Da das Verhalten des Geisteskranken nicht vorhersehbar und seine Motive nicht einsehbar und nachvollziehbar sind, wird das Verhalten des Geisteskranken für sie uneinsichtig. Darüberhinaus ist er nicht in der Lage, an den komplizierten Wechselwirkungen der gegenseitigen Rollen in täglichen Interaktionen teilzunehmen (zu ähnlichen Überlegungen kommen auch Castets & Dumaine, 1974), da er einerseits nicht fähig ist, die Motive und Interessen seines Interaktionspartners zu erkennen und andererseits auch selber nicht in der Lage ist, verlässliche Hinweise und Anzeichen für sein Verhalten von sich zu geben. Der Geisteskranke verkörpert sozusagen die "Negierung der Möglichkeit von Handeln und Einverständnis überhaupt" und damit der Grundvoraussetzung des ganzen kompliziert aufgebauten Steuerungs- und Regelsystems des Verhaltens der Menschen untereinander. Dies vermindert auch die Möglichkeit seiner Teilnahme an komplizierten Formen organisierter

Tätigkeit. Besonders bedrohlich für die Gesellschaft ist, daß diesem abweichenden Verhalten nicht mit sozialen Sanktionen beizukommen ist, wie anderen Formen abweichenden Verhaltens, wie z.B. Delinquenz oder Asozialität. Die Geisteskranken werden somit wegen ihrer Unverständlichkeit, Unzuverlässigkeit und Unbeeinflußbarkeit sozial isoliert. Dieser Vorgang ist ein effizienter Steuerungsmechanismus, der zwar die Funktionsfähigkeit der menschlichen Gesellschaft als Ganzer garantiert, dessen Auswirkungen für den betroffenen Personenkreis jedoch außerordentlich nachteilig sind. Im Jahre 1970 veröffentlichten Jaeckel und Wieser dann die Ergebnisse ihrer Befragung von 150 Respondenten aus der Bremer Bevölkerung. Sie versuchten dabei, möglichst umfassend vorzugehen, und Daten über die kognitive, die emotionale und die Verhaltenskomponente von Einstellungen zu sammeln und zueinander in Beziehung zu setzen. Sie verwendeten deshalb die drei klassischen Methoden, diese drei Komponenten zu untersuchen, nämlich einen besonderen Fragebogen, um die Information der Befragten über psychische Krankheiten und das Verhalten von psychisch Kranken zu eruieren, das Semantische Differential, um die emotionalen Reaktionen ihrer Respondenten zu identifizieren und die Skala der Sozialen Distanz, um Hinweise auf Verhaltenstendenzen aufzeigen zu können.

Nach umfangreichen Ausführungen über die Ergebnisse einiger bisheriger Untersuchungen, der Struktur des Vorurteils und über das Stereotyp als Element sozialer Kontrolle stellen die Autoren ihre Ergebnisse ausführlich dar. Das Polaritätsprofil des Geisteskranken ergab fast durchweg negative Charakterisierungen. Die stärkste Ausprägung kommt offensichtlich dem Faktor "Unberechenbarkeit" zu, die nächststärkste dem Faktor "Unverständlichkeit" und darauf folgen bei breiter Streuung in den Rangplätzen, die Faktoren "Unsicherheit", "Wert", "Aktivität" und "Potential" (Jaeckel & Wieser, S. 18). Dieses Polari-

tätsprofil wird mit den Polaritätsprofilen für "der Bremer", "der Verbrecher" und "der Asoziale" verglichen. Wie erwartet zeigten sich dabei starke Unterschiede, die sich besonders in der Unberechenbarkeit, der Gefährlichkeit, der Unverständlichkeit und der sozialen Sanktionierbarkeit ausdrücken.

Die Ergebnisse der Antworten zu der Skala der Sozialen Distanz zeigen das auch bei den amerikanischen Untersuchungen typische Muster. Die Bereitschaft, solche Beziehungen anzuknüpfen, nimmt ganz allgemein mit dem sozialen Abstand zu. Der Bruch, bei dem überwiegende Akzeptierung in überwiegende Ablehnung überging, lag bei der Form der Skala, die hier verwandt wurde, zwischen den beiden Items "Würden Sie damit einverstanden sein, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in der Nervenklinik gewesen ist" und "Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in ihre Familie einheiratet, der in der Nervenklinik gewesen ist". Wenn man die Antworten zu diesen Items auf Antworten zu der vorangegangenen Frage "Würden Sie mit jemandem, der aus der Nervenklinik entlassen worden ist, etwas vorsichtiger umgehen oder nicht?" bezieht und die Gründe für eine solche Vorsicht eruiert, so stellt sich auch bei den Antworten zu den Fragen der Sozialen Distanz das Problem des "gesamten indirekten sozialen Störwerts" (Jaeckel & Wieser, S. 27). Qualifikationen solcher Art, wie Sorge um die Erblichkeit des Leidens, um Rückfälle und Unvorhersagbarkeit des Verhaltens, durchziehen auch die Antworten zu diesen Fragen.

Aus dem umfangreichen Fragebogen zu verschiedenen Komponenten der Information über das Verhalten psychisch Kranker und die Ursachen für psychische Krankheiten wurden mehrere Indizes gebildet, die in Beziehung zu bestimmten demographischen Variablen gesetzt wurden. Diese Indizes und thematischen Faktoren waren mangelnde Kontaktbereit-

schaft, Fehlinformiertheit, Moralisieren in der Schuldfrage, Gefährlichkeit des Geisteskranken, Unsicherheitsfaktor, Unverständlichkeit und Unberechenbarkeit. Diese Faktoren und Indizes korrelierten zwar untereinander sehr stark, bei der Korrelation mit verschiedenen demographischen Variablen, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Einkommen, Berufswechsel, Ortswechsel und Erfahrung mit Geistes- und Nervenkrankheiten zeigte sich jedoch keine durchgängig positive oder negative Assoziation, die statistisch signifikant war. Lediglich die Variable Schulbildung zeigte eine größere Anzahl signifikanter Korrelationen. Interessanterweise bestand jedoch kein Zusammenhang zwischen der Schulbildung eines Respondenten und seiner Kontaktbereitschaft oder seiner Einschätzung der Gefährlichkeit psychisch Kranker. Hiermit wird wiederum ein durchgängiges Ergebnis der amerikanischen Untersuchungen bestätigt, nämlich, daß der Besitz ausreichender Informationen über psychische Krankheiten nicht zwangsläufig zu positiveren Einstellungen gegenüber dieser Personengruppe führt. Weitere Informationen können Tabelle 3 entnommen werden.

Die Autoren geben dann noch eine umfassende Analyse der Antworten auf sogenannte offene Fragen, Fragen, bei denen keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. Ergebnis dieser qualitativen Analyse des Images im weiteren Sinne ist nach Jaeckel & Wieser (S. 75) die These, daß der Geisteskranke für seine Umwelt ein prinzipielles Kontrollproblem darstellt. Diese These stützt sich im wesentlichen auf folgende Teilergebnisse und Überlegungen:

1. auf die von einem Vergleich der abstrakten mit der pragmatischen Definition von Geisteskrankheit her begründbare Vermutung, daß das Publikum den Geisteskranken bei sich vor allem als praktisches Problem betrachtet;

Tabelle 3

Jaeckel & Wieser, 1970

Korrelationsmatrix der thematischen Faktoren und Indizes untereinander und mit demographischen Variablen

Variable	KB	FI	M	G	W	P	A	U	UV	UB
Kontaktbereitschaft (mangelnde)	x	+30	+33	+37	+45	+08	+19	+19	+31	+15
Fehlinformiertheit	+30	x	+64	+62	+54	+21	+40	+51	+39	+14
„Moralisieren“ in der Schuldfrage	+33	+64	x	+36	+40	+27	+24	+26	+28	+29
„Gefährlichkeit“ des Geisteskranken	+37	+62	+36	x	+51	+42	+51	+45	+42	+28
Wertschätzung (negative)	+45	+54	+40	+51	x	+35	+61	+60	+71	+71
Potential des Geisteskranken (mangelndes)	+08	+21	+27	+42	+35	x	+28	+37	+48	+35
Aktivität des Geisteskranken (mangelnde)	+19	+40	+24	+51	+61	+28	x	+60	+60	+38
„Unsicherheitsfaktor“	+19	+51	+26	+45	+60	+37	+60	x	+76	+68
Unverständlichkeit des Geisteskranken	+31	+39	+28	+42	+71	+48	+60	+76	x	+77
Unberechenbarkeit des Geisteskranken	+15	+14	+29	+28	+71	+35	+38	+68	+77	x
Geschlecht (m. - w.)	+20	+15	+12	+25	-02	+18	+12	+34	+16	+11
Alter	+36	+13	+12	+46	+14	+21	+05	+01	+27	-03
Stand (led. - verh.)	+32	+35	+02	+24	+13	+11	+07	+07	+18	-02
Schulbildung	-04	-36	-52	-07	-35	-29	+01	-34	-43	-57
Beruf (manuell - n.-man.)	-01	-18	-31	-11	-22	-04	-03	-23	-24	-26
Einkommen des Kostenträgers	-16	-23	-32	-09	-18	-04	-01	-24	-23	-17
Berufswechsel	-04	+13	+01	+10	-01	+22	+03	-06	-08	-14
Ortswechsel	+01	-05	-05	+10	-08	+16	+23	+19	-03	-05
„Erfahrung“ mit Geistes- u. Nervenkrank.	+07	-08	-26	-20	-10	-27	-14	+12	+08	+12

Korrelationskoeffizienten sind ohne Dezimalpunkt aufgeführt. Alle Korrelationskoeffizienten, die größer sind als 0.26, erreichen das Signifikanzniveau von 0,05.

2. auf seine Hervorhebung der sozialen als der schlimmsten Störwirkung von Geisteskrankheit ("Belastung für die Umwelt");
3. auf die Bestimmung der Dimension der sozialen Kontrolle als derjenigen Ebene, auf der sich das Problem, das der Geisteskranke für seine Umwelt darstellt, verschärft und zuspitzt. Als das spezifisch Störende am Geisteskranken gilt seine "Gefährlichkeit" nicht nur im Sinne prinzipieller und indirekter Verunsicherungen, sondern auch in dem Sinne, daß seine "Unvernünftigkeit" ihn unbeeinflussbar macht;
4. auf die Herausarbeitung der beim Geisteskranken als problematisch erscheinenden Sanktionierbarkeit als des zentralen Aspekts, um den herum sich die vorgeschlagenen Kontroll- und Verhandlungsmaßnahmen gruppieren;
5. auf den anhand vergleichender Überlegungen gewonnenen Schluß, daß ein erweiterter Rollenbegriff eher dazu geeignet erscheint, die entsprechenden Vorgänge begrifflich zusammenzufassen, als der engere und spezifischere Begriff der sozialen Rolle des Geisteskranken.

Insgesamt erscheint es problematisch, theoretische Überlegungen und weitreichende Analysen, wie sie in diesem Buch vorgenommen werden, auf eine Untersuchung dieser Art zu gründen. So ist zum einen die geringe Datenbasis angreifbar, da eine Respondentenzahl von 150 insgesamt zu gering ist, um statistisch gesicherte und auf die Gesamtbevölkerung generalisierbare Ergebnisse zuzulassen. Darüberhinaus ist die Art der Befragung selber relativ angreifbar, da als Stimulusperson zur Einordnung anhand des Semantischen Differentials und anhand der Skala der Sozialen Distanz immer nur ein anonymer "Geisteskranker" oder ein "ehemaliger Patient der Nervenklinik" vorgegeben wurde.

Auch im Fragebogen, der mit Hilfe von 60 unterschiedlichen Items die Komponenten der Vorstellungen von Geisteskranken und Geisteskrankheiten identifizieren sollte, werden ebenfalls immer nur die Ausdrücke Geisteskranker, Patient der Nervenklinik usw. benutzt. Letzteres ist zwar methodisch außerordentlich angreifbar, kann aber nicht nur den Autoren allein zum Vorwurf gemacht werden, sondern auch einer Vielzahl von amerikanischen Untersuchungen, die in vorangegangenen Abschnitten referiert wurden.

Erst Stumme (1970, 1972) befaßt sich zum ersten Mal systematisch mit den Begriffen, die Laien zur Beschreibung psychischer Störungen gebrauchen, nachdem dieses Problem in der amerikanischen Literatur schon wiederholt angeklungen war (Vgl. Abschnitt 4.1.1.4). Stumme geht davon aus, daß sich bei der Durchsicht der bisherigen Literatur ein schwer zu erklärender Gegensatz erkennen läßt. Zum einen sei die Toleranz der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken erstaunlich groß (Star, 1955; Cumming & Cumming, 1957; Dohrenwend, 1962), wenn die von Star erarbeiteten Fallschilderungen benutzt würden, auf der anderen Seite zeige sich in anderen Einstellungsuntersuchungen jedoch immer wieder, daß in der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken ein manifestes Vorurteil vorhanden sei: Geisteskranke sind unbeherrscht, unberechenbar, gemeingefährlich, gewalttätig, unzurechnungsfähig, Triebverbrecher, usw. (Stumme, 1970, S. 41). Er führt diesen Gegensatz auf die Tatsache zurück, daß hauptsächlich zur Erhebung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken der weitaus extremste Begriff, der auf abweichendes Verhalten oder auf unerklärbares Verhalten zutrefte, nämlich "geisteskrank" verwendet werde, daß bei der Interpretation der Daten diese Tatsache jedoch vergessen werde und als auf den ganzen Bereich psychischer Störungen von leichtem Neurotizismus bis hin zu schwersten Psychopathien zutreffend interpretiert werde. Bei einer kritischen Analyse der vor-

handenen Literatur zeige sich zwangsläufig, daß innerhalb der Bevölkerung weitaus differenziertere Vorstellungen zum Problemkreis psychischer Erkrankungen bestehen müßten, als man allgemein annehme.

Mit seiner Untersuchung will Stumme folgende drei Fragen klären:

1. Gibt es im allgemeinen Sprachgebrauch unterschiedliche Begriffe, mit Hilfe derer psychische Störungen beschrieben werden können?
2. Werden solche Begriffe synonym verwendet, oder gibt es für in der Schwere graduell unterschiedliche psychische Störungen entsprechende, klar diskriminierende Begriffe?
3. Kann mit dem Begriff "geisteskrank" der gesamte Bereich psychischer Störungen ausreichend gekennzeichnet werden, oder ist er nur geeignet, einen bestimmten Bereich abzudecken? (Stumme, 1970, S. 41)

In seiner Veröffentlichung von 1970 berichtet Stumme über einen Pretest mit einer Stichprobe von 350 Kölner Studenten. In seiner Dissertation aus dem Jahre 1972 berichtet er zusätzlich über eine Befragung bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Düsseldorf. Da die Methoden in beiden Fällen gleich waren und sich die Einstellungen der Studenten und der Bevölkerung, und innerhalb der Bevölkerung auch verschiedener Berufsgruppen, nicht wesentlich unterschieden, sollen die Ergebnisse hier zusammengefaßt dargestellt werden.

Mit vier verschiedenen Fragebögen wurden folgende Informationen erhoben:

1. Eine Rangordnung von Begriffen von normal bis geisteskrank;
2. die Skalierung von 34 Begriffen durch die Respondenten auf einer Skala von 1 bis 6;

3. die Begriffsbreite von Begriffen. Der Respondent mußte jedem Begriff alle die Skalenwerte zuordnen, die nach seiner Meinung auf einem gedachten Kontinuum von keine bis schwerste psychische Störungen für den betreffenden Begriff zutrafen;
4. eine Bewertung der sechs von Star entwickelten Fallschilderungen und von 22 Symptomschilderungen mit einem Semantischen Differential;
5. eine Zuordnung von Verhaltensweisen zu Krankheitsbildern. Den Fallbeschreibungen und den Symptomschilderungen mußten aus einer Reihe vorgegebener Begriffe je einer zugeordnet werden. Unter diesem befand sich auch der Begriff "geisteskrank";
6. eine Skalierung von Sanktionsmöglichkeiten. 14 vorgegebene Sanktionsmöglichkeiten mußten auf einer 6-Punkte-Skala so eingeordnet werden, daß die Maßnahme, die bei der geringsten psychischen Störung ergriffen werden sollte, den Skalenwert 1 und die Maßnahme, von der man bei einer sehr schwerwiegenden psychischen Störung Gebrauch machen sollte, den Skalenwert 6 erhielt;
7. eine Zuordnung von Sanktionen und Verhaltensweisen.

Wie sich an der Rangfolge von Begriffen zeigt, gibt es eine ganze Reihe von Bezeichnungen für psychische Störungen oder leicht abweichendes Verhalten, die von Laien als Bezeichnungen für unterschiedliche Ausprägungsgrade psychischer Störungen verwandt oder erkannt werden. Da diese zwölf Begriffe sehr gut über die zwölf unterschiedlichen Rangplätze verteilt sind, ist diese Aussage somit auch statistisch untermauert. Ähnliches ergibt sich auch bei der Skalierung von 34 Begriffen auf einer 6-Punkte-Skala, die von einer anderen Gruppe von Befragten vorgenommen wurde. Die Variationsbreite der gleichen 34 Begriffe, deren Einschätzung wiederum von einer anderen Gruppe von Befragten vorgenommen wurde, folgt im wesentlichen der im

Vorangegangenen beschriebenen Rangfolge, das heißt, je extremer die vorgegebenen Begriffe sind, desto spezifischer werden die Begriffe auch für bestimmte Störungen verwandt. Stumme schließt daraus, daß

1. der Begriff "geisteskrank" vollkommen ungeeignet ist, als operationale Definition für psychische Störungen verwendet zu werden, daß
2. beim Laienpublikum keine Begriffe als Synonyme für den gesamten Bereich der psychischen Störungen gebräuchlich sind und daß
3. in der Alltagssprache verwendete Begriffe sehr klar nach dem jeweiligen Ausmaß der psychischen Störungen diskriminieren (Stumme, 1970, S. 42).

Bei der Zuordnung von Begriffen zu Fallschilderungen und Symptombeschreibungen zeigt sich, daß nur 30% den Paranoiker als geisteskrank bezeichnen. Die übrigen fünf Fallbeschreibungen wurden ganz selten oder nie als geisteskrank bezeichnet. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei der Schilderung von 16 Einzelsymptomen. Stumme vermutet, daß bei den meisten Laien eine Vorstellung von Geisteskrankheit existiert, die kaum etwas mit psychischen Störungen, nicht einmal mit den schwerwiegendsten, zu tun hat. Die Ergebnisse des Semantischen Differentials stützen diese Vermutung zusätzlich. Bei der Skalierung von 14 Sanktionsmöglichkeiten ergab sich ebenfalls, daß bei Laien sehr klare Vorstellungen darüber existieren, wie im Ausmaß unterschiedliche psychische Störungen sanktioniert werden sollten. Bei einer umgekehrten Vorgehensweise, von vorgegebenen Begriffen sollte je einer Personen in bestimmten Institutionen zugeordnet werden, ergab sich ein ähnliches Bild, wengleich hier die Assoziation zwischen "nervenkrank" einerseits und "Nervenfacharzt" und "Nervenklinik" andererseits noch deutlicher wurde. Stumme nimmt deshalb an, daß bei Laien "Geisteskranke" weitgehend

identisch sind mit Personen in einer Heilanstalt - ganz unabhängig vom jeweiligen Grad der psychischen Störung. Sollte das zutreffen, dann müßten die meisten Ergebnisse bisheriger Einstellungsuntersuchungen gegenüber "Geisteskranken" neu interpretiert werden. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ganz allgemein wären somit in diesen Untersuchungen kaum gemessen worden, eher schon das Image von Menschen in einer Heilanstalt bzw. das Image dieser Institution selbst.

Die Auffassung von "Geisteskrankheit", wie sie bei Laien vorherrscht, findet Unterstützung auch in den Massenmedien, wie Schneider & Wieser (1972) in einer systematischen Inhaltsanalyse zeigten, in die alles Material mit Hinweisen auf psychische Krankheiten aus Zeitungen, Illustrierten, Radio- und Fernsehprogrammen einbezogen wurde, das in einer Periode von drei Wochen anfiel. In der Mehrzahl aller Fälle bestand dieses Material aus Bericht-erstattungen über tatsächliche Vorkommnisse, in denen abnormales Verhalten in Verbindung mit Verbrechen, deren Motivation unklar war, stand. Die Verweise auf psychische Krankheiten wurden in objektive Informationen, z.B. Informationen über Ursache und Verbreitung psychischer Krankheiten und spezifische Informationen, z.B. ein von einem Geistesgestörten begangenes Verbrechen, unterteilt. Objektive Informationen waren außerordentlich selten. In vielen Fällen wurde der Hinweis auf einen psychisch gestörten Verbrecher dazu benutzt, die Sensation des Verbrechens aufzubauschen, ein Vorgang, der keineswegs dazu beiträgt, die Informationen und Einstellungen der Leser der Realität anzunähern.

Die einzige in Deutschland durchgeführte Untersuchung über die Einstellungen von psychiatrischem Personal, die bei der Durchsicht der relevanten Literatur aufgefunden

wurde, wurde 1971 von Carbajal de Carozzo in der psychiatrischen und neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin durchgeführt. Das Hauptinteresse der Untersuchung richtete sich auf die Differenzen zwischen den verschiedenen Beschäftigungsgruppen. Untersucht wurden 163 Angehörige der Klinik, die in 12 Untergruppen unterteilt wurden. Als Klassifikationsgesichtspunkt dienten Beschäftigungsart, Beruf und Bildungsniveau. Die Einstellungen wurden mit Hilfe des Polaritätsprofils, der Skala der Sozialen Distanz und der Custodial-Mental-Illness-Ideology-Skala von Gilbert & Levinson (1956) erhoben. Es zeigte sich, daß Mitarbeiter mit geringerem Bildungsstand und unqualifizierteren Beschäftigungen (Stationshilfen, Küchen- und Reinigungspersonal) weniger positive Einstellungen zeigten als Medizinalassistenten und Psychologen. Diese Untersuchung stellt somit die deutsche Replikation der Ergebnisse von Cohen & Struening (1962) und Bohr & Hunt (1967) dar. Über absolute Ergebnisse, mit Hilfe derer die Ergebnisse der Skala der Sozialen Distanz mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen werden könnten, werden leider keine Angaben gemacht.

Darüberhinaus gibt es noch einige wenige andere Untersuchungen, die sich zwar nicht direkt mit Einstellungen gegenüber psychisch Kranken beschäftigen, die jedoch einige interessante Gesichtspunkte aufzeigen. Jonas, Oberdalhoff & Schulze (1969) untersuchten die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankenhäusern, ein wichtiger Verhaltensaspekt, von dem man auf zugrundeliegende Einstellungen schließen kann. Wie erwartet war die Besuchsfrequenz im Universitätskrankenhaus für allgemeine Medizin am höchsten und im psychiatrischen Landeskrankenhaus am geringsten. Die Universitätskliniken für Neurologie und Psychiatrie lagen jeweils dazwischen. Je länger die Patienten im Krankenhaus verblieben, desto geringer war ihr Kontakt mit der Außenwelt.

Hauck (1968) und Renschmidt (1972) untersuchten Einstellungen gegenüber Epileptikern, einer Gruppe von Personen, die nicht eindeutig den psychisch Kranken zuzuordnen ist, da Epilepsie keine psychische Krankheit darstellt. Trotzdem werden Epileptiker von einem großen Teil der Bevölkerung als psychisch krank angesehen und sehen sich dementsprechenden negativen Einstellungen ausgesetzt. Hauck berichtet über eine Umfrage des Emnid-Instituts aus dem Jahr 1967 und vergleicht die Antworten der Deutschen mit denen von Amerikanern, denen die gleichen Fragen in drei Umfragen des Gallup-Instituts 1949, 1954 und 1959 gestellt worden waren. Sowohl der Informationsstand als auch die Einstellungen der amerikanischen Stichprobe von 1959 waren wesentlich besser bzw. positiver als die der deutschen Stichprobe von 1967.

Renschmidt untersuchte die Einstellungen einer nicht-repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung mit Hilfe einer Eigenschaftsliste und legte diese ebenfalls 55 Epileptikern vor. Obwohl die meisten Befragten noch nie mit einem Epileptiker interagiert hatten, wurden diese als pedantisch, jähzornig, ängstlich, mißtrauisch, sensibel, unsicher, traurig, egoistisch, als Einzelgänger, als gefährlich, reizbar, aggressiv und launisch angesehen. Die Epileptiker selber schätzten sich jedoch durchweg positiv ein. Da jedoch eine Vergleichsgruppe "normaler" Personen nicht befragt wurde, kann man nicht sagen, ob diese positive Selbsteinschätzung nur Ausdruck eines "normalen" Selbstbilds ist oder eine Überschätzung.

Der Vergleich der Einstellungen der Bevölkerung der USA und der BRD gegenüber Epileptikern läßt die Vermutung zu, daß auch die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in der BRD vergleichsweise negativer sind. Leider sind die Sozialen Distanzen bei Jaeckel & Wieser nicht in Form von Prozentzahlen, sondern in Form von durchschnittlichen

Ablehnungen auf einer 3-Punkte-Skala angegeben. Ein Vergleich der Ablehnungsraten ist aus diesem Grunde unmöglich. Levine (1972) hat die bisher einzige Untersuchung über Unterschiede in den Einstellungen gegenüber psychisch Kranken in verschiedenen Ländern durchgeführt. Er maß die Einstellungen bei Studenten, Ärzten, Krankenschwestern und Polizisten in England, der Tschechoslowakei und Deutschland mit der OMI-Skala. Die Einstellungen waren im allgemeinen Teil einer generellen gesellschaftlichen Orientierung der Befragten, deren Unterschiede sich sowohl zwischen den einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Länder als auch zwischen den einzelnen Ländern zeigte. Als auslösender Faktor wurde die Bedeutung und Verbreitung des Autoritarismus in den einzelnen Berufsgruppen und Gesellschaftsordnungen angesehen. Allgemein kann man sagen, daß die Einstellung der Deutschen denen der Briten ähnlicher waren als denen der Tschechoslowaken. Nur die deutschen Ärzte und die Polizisten allgemein zeigten Einstellungen, die den tschechoslowakischen ähnlicher waren als den britischen. Dies wird mit dem höheren Alter der Ärzte, die noch intensivem autoritärem Einfluß ausgesetzt waren und den allgemeinen autoritären Persönlichkeiten der Polizisten erklärt.

Die Übersicht über die in Deutschland erstellten Untersuchungen zeigt deutlich die kleine Zahl von Arbeiten, die bisher erstellt worden sind. Trotzdem ist die Situation ungefähr die gleiche wie in den USA. Man weiß, daß die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten negativ sind, welche Faktoren dafür jedoch ausschlaggebend sind und wie ausgeprägt die Einstellungen selber sind, läßt sich hier wie dort nicht mit Sicherheit sagen. Zwar hat die große Anzahl kleiner und kleinster amerikanischer Untersuchungen die Beziehungen zwischen einigen Variablen verdeutlichen können, auf die allgemeine Bevölkerung übertragbar sind diese Ergebnisse jedoch kaum.

5. Die Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten

Im Verlaufe von Untersuchungen über Einstellungen wird zwar häufig bei der Diskussion von Ergebnissen, die eine Veränderung im Zeitablauf erkennen lassen, auf Informationskampagnen verwiesen, jedoch hat sich bei der Durchsicht der Literatur außer der schon oft erwähnten Untersuchung von Cumming & Cumming (1957) weder ein Hinweis auf eine systematisch durchgeführte Kampagne zur Veränderung von Einstellungen, noch eine systematische Evaluation einer solchen Maßnahme gefunden. Auch unsere Versuche bei verschiedenen amerikanischen Organisationen, die sich mit der Vertretung der Interessen psychisch Kranker, geistig Behinderter oder physisch Behinderter befassen, in Erfahrung zu bringen, ob es in den letzten 10 bis 20 Jahren Kampagnen gegeben hat, um die Einstellungen der Bevölkerung zu verändern, schlugen leider fehl. Die große der amerikanischen Vereinigungen, das National Institute for Mental Health, konnte uns darüber ebenfalls keine Auskunft geben. Verschiedene Versuche, die entsprechenden Abteilungen anzuschreiben, anzutelefonieren oder über Kontaktpersonen anzugehen, führten zu keinem Erfolg.

So bleibt neben der Untersuchung von Belson in England (1957) und einem impressionistischen Erfahrungsbericht über ein Fernsehprogramm in Tennessee (Bohleber & Kenner, 1972) lediglich die schon mehrfach angeführte Untersuchung von Cumming & Cumming übrig, über die nun an dieser Stelle ausführlich berichtet werden soll.

Die Cummings untersuchten im Jahre 1951 die Einstellungen der Bevölkerung einer kleinen Stadt in Kanada von 1 500 Einwohnern namens Blackfoot mit Hilfe der sechs Fallbeschreibungen von Star, der Skala der Sozialen Distanz

und eines speziell entwickelten Fragebogens. Eine Kontrollgruppe bestand aus 100 Personen aus der ähnlichen Stadt Deerville. Von den sechs Fallbeschreibungen wurde nur der paranoide Schizophrene von der Mehrzahl der Befragten als psychisch krank eingestuft (69%). Von diesen 69% der Befragten sahen jedoch nur 45% die Krankheit als schwerwiegend an. Was die Skala der Sozialen Distanz anbetrifft, so lag wie bei den meisten anderen Untersuchungen, die diese Skala benutzen, der Bruch, bei dem sich der Übergang von Akzeptierung zu Ablehnung vollzog, beim Übergang in die Privatsphäre, also zwischen "mit einem ehemaligen psychisch Kranken zusammen wohnen" und "einen ehemaligen psychisch Kranken in die Familie aufnehmen". Die zweite Dimension war nach sozialer Distanz soziale Verantwortlichkeit für psychisch Kranke. In einer sechs Monate langen Aufklärungskampagne mit Filmen, Gruppendiskussionen usw. versuchten die Autoren die Einstellungen der Einwohner dieser Kleinstadt zu verändern. In diesen Aufklärungsmaßnahmen wurden drei verschiedene Themenbereiche angeschnitten. Die erste Überzeugung, die vermittelt werden sollte, war, daß die Variationsbreite des normalen Verhaltens größer ist als meistens angenommen wird, die zweite, daß abweichendes Verhalten nicht zufällig oder unerklärlich ist, sondern verstanden und modifiziert werden kann (als Mittel wurden hier die gängigen psychologischen und psychiatrischen Theorien angeführt) und drittens, daß normales und abnormales Verhalten sich nicht grundsätzlich qualitativ unterscheiden, sondern eher Abstufungen auf einem Kontinuum sind.

Die erste Überzeugung brauchte, wie die Ergebnisse zeigten, die mit Hilfe der Starschen Fallbeschreibungen erhoben wurden, eigentlich der Bevölkerung nicht nahegebracht zu werden, da sie sowieso schon eine große Variationsbreite des Verhaltens als relativ normal akzeptierte. Die zweite Überzeugung wurde von der Bevölkerung eben-

falls ohne Schwierigkeiten akzeptiert, da diese Ansicht ohnehin weit verbreitet war, wenn für die Ursachen des abweichenden Verhaltens auch nicht psychologische oder psychiatrische Argumente ins Feld geführt wurden, sondern eher konkretere, naheliegendere Erklärungen des gesunden Menschenverstandes. Die dritte Überzeugung stieß jedoch auf ein solches Maß an Ablehnung, daß die Gemeinde die gesamte Aufklärungskampagne ablehnte. Diese negative Einstellung war so vehement, daß das Forscherteam kaum seine Untersuchung zu Ende führen konnte. In nachträglichen Analysen von Cumming & Cumming selber und von anderen Autoren wurden diese Ergebnisse folgendermaßen interpretiert: Die Bevölkerung der kanadischen Kleinstadt hatte massive Angst vor psychischer Krankheit und versuchte Anzeichen dafür so lange wie möglich zu ignorieren. Aus diesem Grunde wurde die erste Überzeugung ohne weiteres akzeptiert. Wenn das Verhalten eines Individuums jedoch zu abweichend wurde, dann wurde die zweite Überzeugung zur Rechtfertigung der sozialen Segregation einer Person in einem psychiatrischen Krankenhaus genommen. Die dritte Überzeugung bedeutete jedoch in ihren praktischen Auswirkungen, daß jedermann unter bestimmten Voraussetzungen "psychisch krank" werden könne. Diese Ansicht lief jedoch den grundlegenden Überzeugungen der Menschen in dieser Stadt zuwider und wurde abgelehnt, da sie sonst festgefügte Wertsysteme in ihrer Funktionsfähigkeit bedroht hätte. Wie eine zweite Bestandsaufnahme nach Abschluß der Aufklärungskampagne zeigte, hatten sich die Einstellungen der Bewohner fast überhaupt nicht, in Einzelfällen sogar zum Negativen hin verändert.

Diese Untersuchung ist ein gutes Beispiel dafür, wie Aufklärungskampagnen, die bestehende Einstellungen ändern sollen, die Teil eines übergreifenden Wertsystems sind und innerhalb dessen eine wichtige Funktion ausüben, in ihr Gegenteil umschlagen können. Obwohl diese

Untersuchung einige schwerwiegende methodische Mängel aufweist, die hauptsächlich in der Auswahl der Respondenten und ihrer Kontrollgruppe begründet sind (so lag die Antwortrate des Samples in Blackfoot nur zwischen 60 und 50%, wobei keine Angaben über Eigenschaften der Personen, die Antworten verweigerten, gemacht wurden, und es wurde auch nicht gewährleistet, daß die Kontrollgruppe aus Deerville in ihren Eigenschaften der experimentellen Gruppe vergleichbar war), zeigt diese Untersuchung doch deutlich, daß man bei der Planung und Durchführung globaler Maßnahmen der Einstellungsänderung bestehende Einstellungen und ihre Funktionen außerordentlich gründlich untersuchen muß, um nicht unabsichtlich einen sogenannten Bumerangeffekt zu erzeugen.

5.1 Die Modifizierung von Einstellungen durch Darbietung von Informationen, Schulungskursen und andere Arten der formalen Unterweisung

Obwohl es wenig oder fast überhaupt keine Aufklärungsmaßnahmen gibt, die auf die gesamte Bevölkerung abzielen, gibt es doch eine ganze Reihe von Untersuchungen, die sich mit der Veränderung von Einstellungen verschiedener Personengruppen befassen, hauptsächlich jedoch mit der Veränderung von Einstellungen des psychiatrischen Personals. Dies ist aus zwei Gründen sehr leicht zu verstehen. Auf der einen Seite verlangen solche Untersuchungen nicht die immensen Summen, die nötig sind, um umfassende Aufklärungskampagnen und darüberhinaus noch zwei Repräsentativumfragen durchzuführen. Zum anderen sind die Einstellungen des psychiatrischen Personals für die Therapie psychisch Kranker in psychiatrischen Krankenhäusern außerordentlich ausschlaggebend, wie im vergangenen Kapitel dargestellt wurde. Auch ist die Wahrscheinlichkeit, Einstellungen solcher relativ homogener Gruppen mit spezifischen, praxisbezogenen Methoden zu verändern, weitaus größer und Erfolg versprechender, als es generelle Aufklärungskampagnen für die Gesamtbevölkerung jemals sein können.

Die Methoden, die in den im Folgenden darzustellenden Untersuchungen zur Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, geistig Behinderten und physisch Behinderten verwandt worden sind, lassen sich unter die drei Oberbegriffe Information, Kontakt, und Information plus Kontakt fassen. Einstellungen gegenüber geistig Behinderten werden im Folgenden zusammen mit Einstellungen gegenüber psychisch Kranken abgehandelt, da es hierbei nicht so sehr auf die Struktur und die Komponenten von Einstellungen ankommt, sondern eher auf die Methoden zur Einstellungsänderung und ihren Erfolg. Das gleiche gilt auch für die Veränderung von Einstellungen gegenüber

physisch Behinderten, die in die Darstellung einbezogen worden ist, soweit uns Untersuchungen dieser Art bekannt wurden. Die Einteilung der vorliegenden Untersuchungen nach diesen drei Gliederungsgesichtspunkten geht hauptsächlich auf eine Untersuchung von Altrocchi & Eisdorfer (1961) zurück. Nachdem Altrocchi und Eisdorfer in einem ersten Experiment, über das sie in dieser Untersuchung berichten, aufgrund der Darbietung von reinen Informationen in einer Vorlesung in klinischer Psychologie bei einer Gruppe von Studenten keine Einstellungsänderungen erzielen konnten, untersuchten sie Einstellungsveränderungen bei Krankenpflegeschülerinnen, aus intensiven Kursen in psychiatrischer Krankenpflege, die 12 Wochen gedauert und Kontakt mit psychiatrischen Patienten einbezogen hatten. Die Einstellungen wurden in zwei Untersuchungen mit zwei verschiedenen Methoden erhoben, einmal mit Hilfe eines Semantischen Differentials, mit Vorgaben einfacher Konzepte wie neurotischer Mann, wahnsinniger Mann usw. und von sieben Fallbeschreibungen. In beiden Untersuchungen konnten positive Veränderungen festgestellt werden. Diese Veränderungen zeigten sich hauptsächlich auf dem evaluativen und dem Verständlichkeitsfaktor. Die Autoren schließen daraus, daß Einstellungen gegenüber psychisch Kranken nicht allein durch Informationen verändert werden können, vor allem dann, wenn schon ein relativ hoher Wissensstand über das Einstellungsobjekt vorliegt.

Leider wurde in dieser Untersuchung noch nicht zwischen Information und Kontakt sauber getrennt. In der darauf folgenden Zeit erschienen jedoch eine Reihe von Untersuchungen, die sich hauptsächlich auf psychiatrisches Personal bezogen und die die Auswirkungen von Kursen, in denen das Wissen dieses Personals um psychiatrische Probleme und Krankheiten gesteigert werden sollte, untersuchten. Die erste dieser Untersuchungen von Vaughn, Teitelbaum & Kumpan (1962) konnte keine Einstellungsveränderung mit

Hilfe eines Trainingsprogramms für psychiatrisches Hilfspersonal, das aus intensiven Interaktionen mit professionellem Personal und Gruppendiskussionen bestand und 4 Monate lang dauerte, erzielten. Das Programm stieß bei dem Hilfspersonal auf starke Widerstände und der stark ausgeprägte Kustodialismus blieb unverändert. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Costin & Kerr (1962) mit einer Gruppe von Studenten, die an einem Kursus in klinischer Psychologie teilnahmen. Die Einstellungen wurden vor und nach diesem Kurs mit Hilfe der OMI-Skala erhoben. Veränderungen zeigten sich nur auf dem Faktor interpersonale Ätiologie, ein Anzeichen dafür, daß tatsächlich nur Informationen vermittelt worden waren. Graham (1968) kam in einer ähnlichen Untersuchung zu den gleichen Schlußfolgerungen. Dixon (1967) führte ebenfalls eine ähnliche Untersuchung durch, in denen Studenten aus verschiedenen Fachrichtungen durch Psychologievorlesungen in ihren Einstellungen gegenüber psychisch Kranken beeinflußt werden sollten. Es zeigten sich zwar Auswirkungen, jedoch waren diese je nach dem Herkunftsfach der Studenten verschieden, so daß keine allgemeinen Aussagen über den Erfolg dieser Maßnahme gemacht werden konnten. Auch zeigte sich bei einem nachfolgenden Interview mit den Lehrern, daß der Einstellungswandel mehr von der Position des Lehrers abhing als von dem Material, das in der Vorlesung behandelt wurde. Der Autor kommt deshalb sogar selbst zu dem Schluß, daß hier ein methodisches Artefakt vorliegen könnte und die Einstellungen durch die Psychologievorlesungen unbeeinflußt geblieben seien. Auch Rozan & Holmes (1968) konnten keine Auswirkungen eines Kurses in Psychiatrie für Ärzte finden. Pryer, Distefano & Marr (1969) versuchten die Einstellungen von psychiatrischen Hilfskräften mit unterschiedlicher Erfahrung und Ausbildung ebenfalls durch die Darbietung von Informationen zu verändern. Die Ergebnisse waren wiederum relativ wenig aufschlußreich. Yerxa (1971) entwickelte ein dyadisches Programm zur Selbstadministra-

tion, mit dem die Einstellungen von weiblichen Collegestudenten gegenüber physisch behinderten Personen verändert werden sollten. Zu diesem Programm mußten sich die Versuchspersonen 8 Wochen lang für jeweils eine Stunde treffen. Die Einstellungen wurden in den experimentellen Bedingungen im Vergleich zu den Kontrollbedingungen positiv verändert. Dies bleibt jedoch die einzige Untersuchung, die Veränderungen in den Einstellungen der Befragten aufgrund von Informationsdarbietungen erzielen konnte, denn auch die letzte Untersuchung in dieser Serie (Jaffe, 1972), die über den Einfluß von sechs dreitägigen Konferenzen über Probleme geistiger Behinderung auf die Einstellungen von professionellem psychiatrischen Personal berichtet, konnte keine Veränderung nachweisen. Eine Arbeit, in der die Einstellungen von Oberschülern gegenüber physischen Behinderungen durch Informationen verändert werden sollte (Forader, 1970) zeigte ebenfalls keine Auswirkungen.

5.2 Die Veränderung von Einstellungen durch Kontakt mit psychisch Kranken

Wie sich bei der Darstellung der Variablen, die mit Einstellungen gegenüber psychisch Kranken korrelieren, gezeigt hat, war keine durchgängig positive oder negative Assoziation zwischen der Variable Kontakt mit psychisch Kranken und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu finden. In vielen Fällen waren die Einstellungen von Personen, die häufig oder manchmal Kontakt mit psychisch Kranken hatten, negativer als die Einstellungen von Personen, die keinen Kontakt mit psychisch Kranken hatten. Natürlich ist die Einbeziehung von Variablen, die auf den eigenen Angaben der Respondenten beruhen, methodisch relativ unsauber. So weiß man nicht, was die Respondenten unter Kontakt mit psychisch Kranken verstehen, zumal diese Variable wahrscheinlich auch von Untersuchung zu Untersuchung anders definiert wird. (Die Variationsbreite kann von einem gelegentlichen Besuch in einem psychiatrischen Krankenhaus bis zur tag-täglichen Interaktion mit einem psychisch kranken Familienmitglied reichen.) Trotz dieser uneinheitlichen Ergebnisse wurde die Variable Kontakt mit psychisch Kranken als Methode gewählt, um die Einstellungen von speziellen Personengruppen gegenüber psychisch Kranken zu verändern. Unter Kontakt mit psychisch Kranken werden dabei hauptsächlich die sogenannten freiwilligen Hilfsprogramme in psychiatrischen Krankenhäusern angesehen, aufgrund derer meistens Collegestudenten für einen bestimmten Zeitraum in psychiatrischen Krankenhäusern Kontakt mit Patienten aufnehmen und diesen aufgrund ihrer persönlichen Anteilnahme zu helfen versuchen. Dabei ist häufig absichtlich keine Unterweisung in Problemen psychiatrischer Krankenpflege oder psychiatrischer Therapie geplant.

Anthony (1972) kam bei seiner Literaturübersicht zwar zu der Auffassung, daß die bisherigen Untersuchungen über die Modifizierung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken durch Kontakt eindeutige Aufschlüsse über den mangelnden Erfolg solcher Maßnahmen geben. Da Aussagen wie diese jedoch sehr von der Zahl der in die Untersuchung einbezogenen Veröffentlichungen abhängt, müssen wir in diesem Literaturüberblick zu etwas anderen Ergebnissen kommen. Darüberhinaus ist die Zuordnung einzelner Untersuchungen zu dem Oberbegriff Kontakt relativ schwierig, da zum einen nur wenige Angaben über den Inhalt eines solchen freiwilligen Programms gemacht werden, zum anderen aber auch häufig Studenten aus Psychologievorlesungen als Versuchspersonen für solche Untersuchungen benutzt werden und die Auswirkungen der Informationen, die in solchen Vorlesungen vermittelt werden, und des Kontaktprogramms nicht sauber voneinander getrennt werden können. Aus diesem Grunde sollen im Folgenden nur über solche Untersuchungen berichtet werden, die sich eindeutig nur auf die einzige Variable "Kontakt" beziehen.

In der amerikanischen Literatur kommt diesen freiwilligen Programmen nicht nur eine Bedeutung für die Therapie der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern zu, sondern es wird auch darauf verwiesen, daß diese freiwilligen Helfer bei ihren Interaktionen mit Freunden und Bekannten die Einstellungen dieser Personengruppen durch ihre Erzählungen nachhaltig beeinflussen können (Anderson & Leinbach, 1963). Einige der Veröffentlichungen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, untersuchen die Modifizierung der Einstellungen durch solche Programme leider nicht auf systematische Art und Weise. So ist das Buch von Umbarger, Dalsimer, Morrison & Breggin (1962) ein Erfahrungsbericht, den die Studenten, die aufgrund eines Programms der Harvard Universität in psychiatrischen Krankenhäusern therapeutische Beziehungen zu Kranken

eingingen, selber geschrieben haben. Zwar wird darin die Bedeutung dieses Programms für die Veränderung der Einstellungen der beteiligten Studenten hervorgehoben, jedoch gibt es keine systematischen, quantitativen Ergebnisse, die eine solche Behauptung stützen würden. Ähnlich ist es mit der Veröffentlichung von Levine (1966), einem Englischprofessor, der über die Auswirkungen eines solchen freiwilligen Programms für die persönlichen Erfahrungen der Studenten schreibt. Er geht dabei zwar auch auf Einstellungsveränderungen ein, jedoch fehlen auch hier wieder Ergebnisse, die eine solche Veränderung belegen würden.

Die Resultate experimenteller Untersuchungen, die Kontakt als einzige Variable zur Modifizierung von Einstellungen verwandten, lassen unterschiedliche Schlußfolgerungen zu. Wie schon im vergangenen Kapitel besprochen, wirkte sich die Variable Kontakt mit psychisch Kranken, die von den Befragten in Einstellungsuntersuchungen angegeben wurde, nicht durchgängig positiv oder negativ auf die Einstellungen selber aus. Ähnlich ist es auch bei abzuhandelnden experimentellen Untersuchungen. Holmes (1968) berichtet über eine Untersuchung, in der die Einstellungen des Personals und der Mitglieder von Gemeindezentren des Jüdischen Vereins Junger Männer und Frauen, eines Pendantes zum CVJM, die sich um Kontakt zu psychiatrischen Patienten bemühten, mit denen des Personals und der Mitglieder solcher Zentren verglichen wurde, in denen kein Kontakt zu psychiatrischen Patienten bestand. Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden befragten Gruppen. Die regelmäßige Teilnahme an Programmen, in die auch psychiatrische Patienten einbezogen wurden, hatte weder eine positive noch eine negative Wirkung auf die Einstellungen der Befragten. Spiegel, Keith-Spiegel, Zirgulis & Wine (1971) konnten in ihrer Untersuchung, bei denen die Auswirkungen von Besuchen

in psychiatrischen Krankenhäusern, die ein bis drei Stunden pro Woche betragen, auf die Einstellungen von Collegestudenten untersucht wurden, ebenfalls keine Einstellungsänderung in positiver Richtung feststellen. Nach Beendigung dieses Programms, also nach einem Semester, sahen die Studenten den typischen psychiatrischen Patienten als depressiver und reizbarer, weniger ordentlich und weniger an sozialem Kontakt interessiert an als vor Beginn des Programms. Wie ihre Antworten auf der OMI-Skala zeigten, wurden sie zwar psychisch Kranken gegenüber weniger autoritär eingestellt, jedoch nahm ihre Benevolenz auch ab. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Hall (1970), in dessen Untersuchung die Auswirkung von Kontakt unterschiedlichen Ausmaßes auf die Einstellungen von Collegestudenten gegenüber geistig Behinderten untersucht wurden. Der Kontakt variierte von einfachen Führungen durch ein psychiatrisches Krankenhaus bis hin zu intensiver individueller Gruppenarbeit mit geistig Behinderten. Einstellungsveränderungen zeigten sich in allen vier experimentellen Gruppen. Je größer der Kontakt mit geistig Behinderten war, desto negativer waren die Einstellungen der Studenten.

Neben der Untersuchung von Einstellungsveränderungen gegenüber psychisch Kranken durch einfachen Kontakt gibt es noch eine Reihe von Aufsätzen, die sich mit der Veränderung von Einstellungen gegenüber geistig Behinderten beschäftigen. Diese Untersuchungen folgen meistens einem bestimmten Muster. Geistig behinderte Kinder werden zusammen mit normalen Kindern unterrichtet, und die Einstellungen der normalen Kinder werden vor Beginn dieses Programms und nach einer gewissen Zeitspanne getestet. Auch die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind leider nicht eindeutig. So kommen Lapp (1957) Rucker, Howe & Snider (1969) und Strauch (1970) zu der Überzeugung, daß die Einstellungen der Schulkinder auf diese Art und Weise nicht verändert werden können. Dagegen fand Sheare (1974),

daß die Schüler in solchen Gruppen den geistig behinderten Mitschülern signifikant positivere Ratings gaben als Kontrollgruppen, in denen keine solche Integration stattgefunden hatte. Rapier, Adelson, Carey & Croke (1972) kommen zu gleichen Ergebnissen mit verschiedenen Grundschulklassen, in die physisch Behinderte aufgenommen worden waren und Lazar, Gensley & Orpet (1971) bei besonders intelligenten Kindern. In Deutschland werden Ergebnisse dieser Art von Kluge (1970) zum Teil repliziert. Er berichtet über einen Versuch der katholischen Sankt-Georgs-Pfadfinder, körperlich Behinderte und Nichtbehinderte in Gruppen zu integrieren. Es handelt sich bei dieser Veröffentlichung jedoch nicht um eine systematische Untersuchung. Der Autor kommt nur aufgrund der Aussagen der Teilnehmer selber zu der Überzeugung, daß der Versuch ein Erfolg gewesen sei und die Einstellungen der nichtbehinderten Kinder gegenüber den behinderten Kindern verändert habe.

5.3 Die Veränderung von Einstellungen durch Kontakt plus Information

Wie schon im vergangenen Abschnitt beschrieben, wird bei der Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken von Studenten oder Krankenschwestern, Krankenpflegeschülern usw. häufig nicht zwischen Kontakt und Information unterschieden, sondern einfach das normale psychiatrische Training oder das Freiwilligen-Programm in einem psychiatrischen Krankenhaus als Maßnahme zur Einstellungsänderung angesehen. Aus diesem Grunde werden in diesem Kapitel eine ganze Reihe von Untersuchungen beschrieben, die nur unter diesem Gesichtspunkt zusammengefaßt werden können, obwohl sie selber die Kombination beider Variablen nicht explizit in ihren Untersuchungsplan aufgenommen haben.

Es handelt sich dabei zunächst um die Veränderung von Einstellungen von Krankenschwestern oder Krankenpflegeschülerinnen gegenüber ihren gegenwärtigen oder zukünftigen Patienten. Alle acht Untersuchungen, die uns bekannt geworden sind, gehen auf ungefähr die gleiche Art und Weise vor (Canter & Shoemaker, 1960; Gelfand & Ullman, 1961; Hall & Mueller, 1968; Hicks & Spaner, 1962; Johannsen, Redel & Engel, 1964; Lewis & Cleveland, 1966; Smith, 1969; Smyth & Thomas, 1971). Die Einstellungen einer Gruppe von Krankenschwestern, psychiatrischem Hilfspersonal, Krankenpflegeschülerinnen usw. werden vor und nach einem speziellen Kurs in psychiatrischer Krankenpflege, die meistens formale Unterweisung und direkten Kontakt mit den Patienten umfassen, mit Hilfe der Opinions-About-Mental-Illness-Skala oder der Custodial-Mental-Illness-Ideology-Skala getestet. In allen Fällen konnte auf diese Art und Weise eine positive Einstellungsänderung erzielt werden. Allerdings müssen hier einige Einschränkungen angeführt werden, da die Personengruppen, die in diesen Untersuchungen als

Respondenten dienten, aufgrund ihrer Berufswahl schon eine Gruppe mit relativ positiven Einstellungen darstellen. Aus diesem Grunde war es in einigen Untersuchungen nur möglich, die Einstellungen der Respondentengruppen in den jeweiligen Experimenten zu verändern, die ihren Patienten vergleichsweise autoritärer oder ablehnender gegenüberstand. Bei anderen Gruppen konnte zwar der Informationsstand noch weitgehend verbessert werden, die evaluative Komponente der Einstellungen blieb jedoch gleich. In solchen Fällen zeigt sich ein sogenannter "Ceiling-Effect", ein in der Einstellungsforschung häufig beobachtetes Phänomen, das immer dann auftritt, wenn die Einstellungen eines Teils der Respondenten einen solch positiven oder negativen Ausprägungsgrad erreicht haben, daß sie in der gleichen Richtung nicht weiter veränderbar sind.

Eine einzige Untersuchung (Swain, 1973) benutzt eine andere Vorgehensweise, um die Einstellung ihrer Respondenten zu testen, nämlich das schon häufiger verwandte Labyrinthspiel. Einer der Mitspieler ist dabei ein Vertrauter des Versuchsleiters und wird als ehemaliger psychiatrischer Patient ausgegeben. Nach einem Kursus in psychiatrischer Krankenpflege werden die Urteile der Versuchspersonen insgesamt positiver. Einige Versuchspersonen weigerten sich danach jedoch auch, überhaupt evaluative Urteile über ihren Mitspieler abzugeben.

In zwei Untersuchungen, die die Einstellungen von Krankenpflegeschülerinnen auf die im vorangegangenen beschriebene Art und Weise zu verändern suchten, zeigte sich kein eindeutiger Erfolg. Schildhaus (1972) konnte keinen Unterschied zwischen einer experimentellen Gruppe, die an einem psychiatrischen Trainingsprogramm teilgenommen hatte und einer gleichartigen Kontrollgruppe feststellen. Über die Ursachen für dieses Ergebnis können leider keine Überlegungen angestellt werden, da die Ver-

öffentlichung nur als Zusammenfassung einsehbar ist. Meyer (1973) verglich die Einstellungen von Krankenpflegeschülerinnen und fünf anderen Studentengruppen gegenüber psychisch Kranken mit Hilfe der OMI-Skala. Die erste Gruppe hatte weitaus positivere Einstellungen als die anderen fünf Gruppen, besonders in bezug auf zwei Subskalen der OMI-Skala, nämlich Autoritarismus und interpersonale Ätiologie. Einstellungsveränderungen aufgrund eines Kurses in psychiatrischer Krankenpflege konnten nur auf der Skala für interpersonale Ätiologie festgestellt werden, ein Anzeichen dafür, daß auch hier ein sogenannter Ceiling oder Plafond der emotionalen Komponente erreicht war.

Ähnlich erfolgreich sind die Untersuchungen, die sich mit der Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken von Collegestudenten mit Hilfe psychiatrischer Trainingsprogramme oder Freiwilligen-Programme, die eine gewisse Menge psychiatrischer Unterweisung beinhalten, beschäftigen. Gelfand & Ullman (1961a) veränderten die Einstellungen von Medizinstudenten mit Hilfe eines dreiwöchigen Kurses in einer psychiatrischen Klinik. Zwar zeigten sich signifikante Veränderungen nicht auf allen fünf Skalen der OMI-Skala, doch zeigten sich signifikante Verbesserungen in Benevolenz und Auffassungen von psychischer Hygiene. Nach Beendigung des Kurses hielten die Studenten ihre Einstellungen mit größerer Überzeugung als zu Beginn des Kurses. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Holtzberg & Gewirtz (1963) und Ralph (1968) ebenso wie Kulik, Martin & Scheibe (1969), die alle die Auffassungen von Collegestudenten vor und nach ihrer Teilnahme an einem Freiwilligen-Programm in psychiatrischen Krankenhäusern untersuchten. Eine Nebenwirkung dieser Freiwilligen-Hilfsprogramme ist jedoch, daß zwar die psychiatrischen Patienten positiver gesehen werden, die Einstellungen gegenüber psychiatrischen Krankenhäusern jedoch meist signifi-

kant negativer werden (Kulik et al, 1969; Chinsky & Rappaport, 1970; Keith-Spiegel & Spiegel, 1970). Man kann sich vielleicht der Auffassung von Kish & Hood (1972) anschließen, daß Collegestudenten nach ihren Erfahrungen mit psychiatrischen Patienten in Krankenhäusern in ihren Auffassungen realistischer werden, als sie es vorher waren. Diese Autoren bemerken, daß vor dem Kontakt mit tatsächlichen Patienten psychisch Kranke als weniger kompetent in sozialen Interaktionen, als reizbarer und als gefährlicher angesehen wurden. Die Auffassungen der bisher referierten Untersuchungen werden auch von Meltzer & Gregorian (1972) geteilt. In ihrer Untersuchung, während der Medizinstudenten ein vierwöchiges Praktikum ableisten mußten, zeigte sich, daß die Respondenten nach Beendigung des Praktikums gegenüber psychiatrischen Patienten weniger autoritär und weniger restriktiv waren. Auch nahm ihre Auffassung zu, daß psychische Krankheiten auf interpersonalem Schwierigkeiten beruhen. Wie schon beim Vergleich von Krankenpflegeschülerinnen mit anderen Studenten, waren Studenten, die vorhatten, sich auf Psychiatrie zu spezialisieren, weniger autoritär und weniger restriktiv, also in ihren allgemeinen Einstellungen positiver.

Ähnliche Einstellungsveränderungen zeigen auch die Untersuchungen von Fishler, Koch & Sands (1968) und von Brooks & Brandsford (1971), die Veränderungen in den Einstellungen ihrer Befragten gegenüber geistig behinderten Kindern feststellen konnten.

Zum Schluß sollen in diesem Kapitel noch zwei Untersuchungen angeführt werden, in denen sich die Autoren darum bemühen, die Einstellungen der Befragten gegenüber blinden oder taub-blinden Personen zu verändern. Rusalem (1967) untersuchte die Veränderung von Einstellungen gegenüber taubblinden Mitschülern bei Gruppen von Schülern, die entweder sehr hohe oder sehr niedrige Werte auf einer Ein-

stellungsskala erzielt hatten. Diese beiden Gruppen nahmen an einem dreiwöchigen Programm teil, während dessen sie in die Probleme von Taubblinden eingeführt wurden, das Fingeralphabet erlernten und tatsächlichen Kontakt mit taubblinden Personen hatten. Unsystematische Verhaltensbeobachtungen und eine weitere Administration des Fragebogens zeigten folgende Ergebnisse: Die Schülerinnen mit relativ negativen Einstellungen verloren im Laufe der Zeit ihre Abneigung und ihre Scheu gegenüber taubblinden Personengruppen und zeigten verhältnismäßig große Einstellungsveränderungen auf der Einstellungsskala. Die Einstellungen der Schülerinnen mit sehr hohen Werten blieben jedoch ungefähr gleich, ein weiterer Fall des sogenannten Ceiling-Effects, der im vorangegangenen Abschnitt schon einmal besprochen wurde. Marsh & Friedman (1972) berichten über den Versuch, die Einstellungen der sehenden Schüler einer Oberschule in Kalifornien, in die blinde Mitschüler aufgenommen waren, zu verändern. Das Programm bestand aus Gruppendiskussionen über Einstellungen, aus Untersuchungen und Übungen mit Hilfsgeräten für Blinde usw. Mit Hilfe dieser Übungen sollte die Erfahrung vermittelt werden, daß sich blinde Personen unabhängig in ihrer Umgebung zurechtfinden können, daß sie mit den entsprechenden Hilfsgeräten an normalen Schulklassen teilnehmen können und daß sie normale Personen sind und auch als solche behandelt werden wollen. Da gleichzeitig in den Klassen Kontakt mit blinden Personen bestand, können die Auswirkungen dieses Programms nicht vom Kontakt selber getrennt werden. Leider wurden die Einstellungsveränderungen nicht systematisch untersucht. Die Reaktion der Administration und der Lehrer der Schule waren jedoch positiv, und auch die blinden Mitschüler merkten Veränderungen in den Einstellungen ihrer sehenden Gefährten.

5.4 Die Veränderung von Einstellungen durch Rollenspiele

In den letzten Jahren ist dem sogenannten Rollenspiel eine zentrale Bedeutung bei der Vermittlung von sozialen Fertigkeiten zugekommen. Gerade beim Training von Interaktionskompetenz wird es mehr und mehr verwandt, da es sich in zahlreichen Untersuchungen als relativ flexibel und erfolgversprechend herausgestellt hat. Dabei übernimmt der Mitspieler, dessen Verhalten oder dessen Einstellungen geändert werden sollen, die Rolle des Einstellungsobjekts. Durch das Spielen der Rolle der vorher abgelehnten oder unverstandenen Person kommt er zu neuen Einsichten, die langfristig sein Verhalten oder seine Einstellung verändern. Da diese Methode jedoch relativ zeitaufwendig ist, ist sie zur Veränderung von Einstellungen großer Personengruppen nicht geeignet. Aus diesem Grunde gibt es bisher nur wenige Arbeiten, die diese Methode verwenden, um die Einstellungen von bestimmten Personengruppen gegenüber psychisch Kranken zu verändern. Es handelt sich dabei zunächst um die Untersuchung von Clore & Jeffery (1972), die eine Gruppe von Collegestudenten im Rollstuhl über den Campus fahren ließen und danach die Einstellungen dieser Gruppe mit denen zweier anderer Gruppen verglichen. Das Rollenspiel führte bei der fraglichen Gruppe zu positiveren Reaktionen gegenüber einer spezifischen behinderten Person (dem Versuchsleiter), außerdem zu einer Reihe von Themen, die behinderte Studenten im allgemeinen betrafen und zu einem Einstellungsmaß, das 4 Monate später per Telefon administriert wurde. Die Autoren führen diese Ergebnisse auf die vergrößerte Empathie für die Probleme behinderter Personen zurück. Twomey & Kiefer (1972) benutzten das Rollenspiel als eine Maßnahme unter anderen zur Veränderung der Einstellungen von Wärtern in einem Krankenhaus für kriminelle Geisteskranke gegenüber ihren Patienten. Ausgenommen auf der Autoritarismus-Skala zeigten sich auf allen anderen Subskalen der OMI-Skala Unterschiede

in den Einstellungen gegenüber den Antworten, die vor Beginn des 20-wöchigen Kurses abgegeben worden waren.

Natürlich können aufgrund dieser beiden Untersuchungen noch keine gesicherten Aussagen über die Erfolgchancen des Rollenspiels bei der Modifizierung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken gemacht werden. Da sich jedoch Rollenspiele auch in der allgemeinen sozialpsychologischen Literatur bei der Modifizierung von Einstellungen als sehr hilfreich erwiesen haben, kann man diese Methode wie auch die Methode "Kontakt plus Information" als geeignetes Mittel zur Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ansehen.

Als Sonderfälle müssen hier noch drei Berichte angeführt werden, die Einstellungsveränderungen auf unterschiedliche Art und Weise herbeizuführen suchten. Inwieweit diese Untersuchungen ernst zu nehmen sind, muß dahingestellt bleiben, da die Methoden und die Aussagen teilweise nicht generell akzeptiert sind. So berichten Cautela, Walsh & Wish (1971) über die experimentelle Veränderung von Einstellungen von Collegestudenten gegenüber geistig Behinderten mittels der Technik des "Covert Reinforcement". Die experimentelle Gruppe von 21 Studenten mußte sich zuerst eine Szene mit einem geistig Behinderten so lebensecht wie möglich vorstellen, dies einmal wiederholen, sich dann eine sehr angenehme Szene vorstellen und dies wiederholen, und dann die beiden vorgestellten Szenen dadurch miteinander in Verbindung zu bringen, daß sofort von der einen auf die andere übergegangen wurde. Nach mehrfacher Wiederholung im Laboratorium sollten die Versuchspersonen in den folgenden drei Wochen diesen Vorgang täglich zweimal wiederholen. Die Kontrollgruppe von 21 Studenten stellte sich nur den geistig Behinderten vor und mußte ebenfalls zweimal pro Tag zu Hause üben. Obwohl in der experimentellen Gruppe die täg-

liche Wiederholung von jeder Versuchsperson im Durchschnitt nur viermal vorgenommen wurde, zeigte sich erstaunlicherweise eine signifikante positive Veränderung der Einstellungen, die allerdings wahrscheinlich nur mit methodischen Artefakten zu erklären ist.

Wie in all den bisher angeführten Untersuchungen, mit Ausnahme der Untersuchung von Holmes (1968) wußten die Respondenten immer, daß mit Hilfe der verwandten Methoden und der zweiten Administration einer Einstellungsskala ihre Einstellungsveränderungen im Hinblick auf psychisch Kranke oder geistig Behinderte untersucht werden sollten. Es gibt nun innerhalb der sozialpsychologischen Literatur eine ganze Serie von Veröffentlichungen über den Aufforderungscharakter von Experimenten, über bereitwillige Versuchspersonen, die ihre Antworten auf die Erwartungen des Versuchsleiters abstimmen usw. Inwieweit solche Faktoren bei den meisten der bisher referierten Untersuchungen zum Zuge kommen, ist ungeklärt, daß sie in der Untersuchung von Cautela u.a. einen erheblichen Einfluß gehabt haben, ist mit Sicherheit zu erwarten.

Zum Abschluß dieses Kapitels muß noch die Untersuchung von English (1971) angeführt werden. Er versuchte die Einstellungen von Studenten gegenüber Blinden in negativer Richtung zu verändern. Die Versuchspersonen hörten Bandaufnahmen einer Interaktion zwischen einem Gesprächstherapeuten und einem Schauspieler, der einen Blinden so spielte, daß ein negatives Image entstand. Die Einstellungen gegenüber dieser Behinderung waren jedoch extrem stabil und änderten sich durch diese aversiven Stimuli jedoch nicht. Man schließt daraus, daß im tatsächlichen Leben kurze negative Interaktionen zwischen behinderten und nichtbehinderten Personen keinen meßbaren Effekt auf die Einstellungen gegenüber Behinderungen haben.

Die Ergebnisse, die sich aus dieser Diskussion der Maßnahmen zur Einstellungsveränderung ableiten lassen, lassen sich mit einiger Sicherheit folgendermaßen zusammenfassen. Weder Informationen über das Wesen psychischer Krankheiten und die Gründe für das Verhalten psychisch Kranker noch Kontakt mit psychisch Kranken reichen allein aus, um Einstellungsänderungen wesentlichen Ausmaßes herbeizuführen. Wenn jedoch neue Einsichten gleichzeitig im Kontakt mit psychisch Kranken bestätigt werden oder wenn sich die Angemessenheit empfohlener Verhaltensweisen auf diese Art und Weise zeigt, dann werden sich gleichzeitig die Einstellungen der Personen, die diese neuen Erfahrungen machen, verändern.

Allerdings fehlen in diesem Problembereich weiterführende Untersuchungen, die über die einfache Aussage, "Kontakt plus Information führt zur Einstellungsänderung", hinausgehen und die spezifischen Aspekte dieser beiden Maßnahmen aufzeigen, die für die Veränderung von Einstellungen ausschlaggebend sind. So ist es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ungeklärt, ob solche Maßnahmen das Verhalten psychisch Kranker verständlicher machen, Verhaltensunsicherheit im Umgang mit psychisch Kranken verringern, Ängste abbauen usw. Wenn es durch Forschungen in dieser Richtung möglich wäre, die spezifischen Faktoren für Einstellungsänderungen zu identifizieren, so wäre auch die Veränderung von Einstellungen größerer Bevölkerungsgruppen leichter zu bewerkstelligen, da man sich dann auf solche Maßnahmen konzentrieren könnte, die sich in kleineren Experimenten als erfolgversprechend erwiesen haben.

Es ist jedoch sehr fraglich, ob in absehbarer Zeit Untersuchungen dieser Art durchgeführt werden. Bei den in diesem Kapitel angeführten amerikanischen Untersuchungen handelt es sich, wie schon bei der Diskussion der Untersuchungen zur Identifizierung von Einstellungen und ihrer Komponenten, zum größten Teil um Veröffentlichungen,

die weniger von einem echten Anliegen des Forschers, als vielmehr durch die Verfügbarkeit von Respondenten, die ohnehin an Schulungskursen und -programmen teilnehmen mußten, und einer geeigneten Skala stimuliert erscheinen. Der ungeheure Publikationsdruck, dem sich amerikanische Forscher ausgesetzt sehen, wird zu der Inangriffnahme von Untersuchungen dieser Art entscheidend beigetragen haben.

6. Zusammenfassung

Der vorliegende Literaturüberblick zum Thema "Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten" bezieht sich auf die Veröffentlichungen, die während des Zeitraumes, der zur Erstellung des Berichts zur Verfügung stand, beschafft werden konnten. Wie die beiliegende kommentierte Bibliographie zeigt, ist der überwiegende Teil der relevanten Literatur in diesen Bericht eingegangen. Er zeigt deshalb deutlich den gegenwärtigen Stand der Forschung auf diesem Gebiet. Es herrscht bis auf wenige Ausnahmen Einverständnis darüber, daß die Einstellungen der Bevölkerung, sei es in den USA oder in anderen Ländern, von falschen Vorstellungen über die Natur psychischer Krankheiten, von der negativen Bewertung psychisch Kranker und von weitgehender Vermeidung der Kontaktaufnahme geprägt sind.

Wie ablehnend die Haltung der Bevölkerung genau ist, und was getan werden kann, um die immer größer werdende Gruppe psychisch Kranker oder ehemaliger psychiatrischer Patienten aus ihrer sozialen Isolation zu befreien und einer adäquaten sozialen Rolle zuzuführen, ist bisher noch nicht festgestellt worden. Zum einen fehlen in allen Ländern maßgebliche Untersuchungen über die Verbreitung der gegenwärtigen Einstellungen und ihrer Inhalte, zum anderen gibt es Anhaltspunkte dafür, daß Einstellungen mit bestimmten Methoden nachhaltig verändert werden können, ohne daß diese Methoden allerdings bei einer größeren Gruppe von Respondenten Anwendung gefunden hätten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann über den Inhalt solcher Änderungsmaßnahmen über die Forderung hinaus, daß sie sowohl Informationen vermitteln als auch Kontakt ermöglichen sollten, wenig ausgesagt werden. So ist die Kontroverse zwischen dem Krankheitsmodell und dem Devianz-

modell psychischer Krankheiten einer Lösung nicht näher gekommen, da die Implikationen dieser Auffassungen für die Einstellungen der Bevölkerung noch nie untersucht worden sind.

Es bestehen aufgrund theoretischer Überlegungen und aufgrund von Umfrageergebnissen Anzeichen dafür, daß die Verhaltensunsicherheit der Bevölkerung und die Unvorhersagbarkeit des Verhaltens der psychisch Kranken wichtige Determinanten ablehnender Einstellungen sind. Ob aber die Vermittlung von Informationen über adäquate Verhaltensweisen und deren Einübung der richtige Weg ist, Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu verändern, muß dahingestellt bleiben, da Antworten auf solche spezifischen Fragen bisher noch nicht vorliegen.

Abschließend kann man sagen, daß dieser Literaturüberblick wichtige Hinweise auf die Komplexität von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, auf die Bedeutung einiger weniger persönlicher Faktoren wie Alter, Schulbildung usw. auf die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung gegeben hat, daß er andererseits jedoch zu spezifischen Fragen geführt hat, die in Zukunft einer Klärung noch dringend bedürfen.