

Stigmatisierung von Schizophreniepatienten

Pflegeinterventionen für eine erfolgreiche Stigmabewältigung:
eine systematische Literaturübersicht

Bachelorarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

Caroline Piller

Bachelor 06-09

Erstgutachter: Stefan Kunz

Hochschule für Gesundheit
Studiengang Pflege

6. Juli 2009

Zusammenfassung

Die Stigmatisierung von Schizophreniepatienten stellt für Betroffene und die Gesellschaft ein grosses Problem dar und zieht schwerwiegende Folgen mit sich. Die Bewältigung dieser Auswirkungen ist für die ohnehin schon vulnerable Patientenpopulation eine grosse Herausforderung. Zur Geheimhaltung der Diagnose, und daher Beeinflussung der Stigmatisierung, entwickeln die Schizophreniekranken meist maladaptive Bewältigungsmechanismen, welche den Verlauf der Krankheit schwer beeinträchtigen. Auf Grund dessen ist es von grosser Bedeutung, der Stigmatisierung den Kampf anzusagen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Auf der einen Seite kann diesem soziologischen Phänomen durch Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit, mit dem Ziel einer Entstigmatisierung, entgegen gewirkt werden. Die zweite, und in der vorliegenden Arbeit untersuchte Strategie, befasst sich mit der Befähigung des Patienten, die Stigmatisierung und dessen Auswirkungen bewältigen zu können. Das Ziel dieser systematischen Literaturübersicht ist es, effiziente und praxisrelevante Pflegeinterventionen diesbezüglich zu finden.

Auf anerkannten Datenbanken wurden mit verschiedenen Suchbegriffen und –kombinationen 14 Studien unterschiedlichen Designs gefunden, die analysiert und überprüft wurden in Bezug auf deren wissenschaftlichen Qualität und Evidenz. Die beweiskräftigsten Ergebnisse sind in der Schlussfolgerung dargestellt. Dabei handelt es sich um Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie mit psychoedukativem Schwerpunkt.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
1.1 PROBLEMBESCHREIBUNG	5
1.1.2 STIGMA – AUSWIRKUNG AUF DEN VERLAUF DER KRANKHEIT	6
1.1.3 RÜCKFALLRATEN	7
1.1.4 SICHT DER PATIENTEN	7
2. FRAGESTELLUNG	9
2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG	9
2.1.1 SCHIZOPHRENIE	9
2.1.2 STIGMA/STIGMATISIERUNG	10
3. ZIELE UND ABSICHTEN	11
4. THEORETISCHER RAHMEN	12
4.1 STIGMAPROZESS	12
4.2 EMPOWERMENT	13
5. METHODOLOGIE	15
5.1 SYSTEMATISCHE LITERATURÜBERSICHT	15
5.2 SCHRITTE EINER SYSTEMATISCHEN LITERATURÜBERSICHT	16
5.2.1 BESTIMMUNG DES FORSCHUNGSGEGENSTANDES	16
5.2.3 AUSWAHL DER STUDIEN	19
5.2.4 BEURTEILUNG UND BEWERTUNG DER STUDIEN	19
5.3 GÜTEKRITERIEN	20
5.3.1 RELIABILITÄT	20
5.3.2 VALIDITÄT	20
5.4 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	21
6. ERGEBNISSE	22
6.1 INTRAPERSONELLE EBENE	22
6.1.1 EMPOWERMENT	22
6.1.2 KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE	22
6.1.3 PSYCHOEDUKATION	25
6.1.4 PSYCHOSOZIALE GRUPPENINTERVENTION/SELBSTHILFEGRUPPEN/GRUPPENIDENTIFIKATION	26
6.2 INTERPERSONELLE EBENE	28
6.2.1 INTERPERSONELLER KONTAKT	28
6.2.2 UMGANG MIT DER OFFENBARUNG DER KRANKHEIT	30

7. DISKUSSION	32
7.1 EMPOWERMENT	32
7.2 KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE	33
7.3 PSYCHOEDUKATION.....	34
7.4 PSYCHOSOZIALE GRUPPENINTERVENTION/SELBSTHILFEGRUPPEN/GRUPPENIDENTIFIKATION	35
7.5 INTERPERSONELLE KONTAKTE	36
7.6 UMGANG MIT DER OFFENBARUNG DER KRANKHEIT	37
8. SCHLUSSFOLGERUNG.....	38
8.1 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG.....	38
8.1.1 RELEVANZ UND BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE	39
8.1.2 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNGSARBEITEN	41
8.2 LIMITEN DER ARBEIT	42
8.3 LERNPROZESS	42
9. LITERATURVERZEICHNIS	44
ANHANG.....	48
ANHANG A	48
DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER SCHIZOPHRENIE NACH DSM-IV.....	48
ANHANG B	50
SUCHSTRATEGIE.....	50
ANHANG C	53
ÜBERBLICK DER AUSGEWÄHLTEN STUDIEN	53
ANHANG D	54
BEURTEILUNGSKRITERIEN DER STUDIEN FÜR DEN EIN- ODER AUSSCHLUSS	54
ANHANG E	55
ERSTE BEURTEILUNG DER STUDIEN.....	55
ANHANG F.....	77
RICHTLINIEN FÜR DIE KRITISCHE BEWERTUNG VON SYSTEMATISCHEN ÜBERSICHTSARBEITEN UND METAANALYSEN	77
ANHANG G	78
KRITISCHE BEWERTUNG DER LITERATURÜBERSICHTEN.....	78
ANHANG H	93
RICHTLINIEN FÜR DIE KRITISCHE BEWERTUNG VON QUANTITATIVEN STUDIEN	93
ANHANG I.....	97
KRITISCHE BEWERTUNG DER QUANTITATIVEN STUDIE	97
ANHANG K	106
RICHTLINIEN FÜR DIE KRITISCHE BEWERTUNG VON INTERVENTIONSSTUDIEN	106
ANHANG L.....	107
KRITISCHE BEWERTUNG DER INTERVENTIONSSTUDIEN	107
ANHANG M.....	120
DER FORSCHUNGSPROZESS IM ÜBERBLICK	120
ANHANG N	121
HIERARCHIE DER FORSCHUNGSEVIDENZ	121
ANHANG O	122
SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	122

1. Einleitung

Die psychische Krankheit, Schizophrenie, stellt in unserer Gesellschaft ein mysteriöses Phänomen dar. Es herrscht viel Unwissen darüber und die Menschen haben bezüglich den betroffenen Personen unwirkliche Vorstellungen. Auf Grund dessen entstehen Vorurteile, welche sich festfahren. Die so genannte *Stigmatisierung* (siehe Kap. 4.1) wirkt sich auf die Patienten¹ und den Verlauf derer Krankheit negativ aus.

Im Rahmen einer Bachelorarbeit werden zu obgenannter Thematik Interventionen für Pflegende gesucht, welche den schizophreniebetreffenen Patienten auf Psychiatrieabteilungen helfen sollen, mit der Stigmatisierung ihrer Krankheit umzugehen.

1.1 Problembeschreibung

Schizophrenie ist laut Bundesamt für Statistik (2006) mit 11,5% die häufigste Diagnose bei Patienten zwischen 15-39 Jahren, welche in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert werden. Es handelt sich also um eine Erkrankung, welche in vielen Fällen eine stationäre Aufnahme erfordert. Die Pflege ist durch ihre Kontinuität und die Präsenz während der Hospitalisation an der Quelle des Problems. Pflegefachpersonen ist es möglich, akut psychotische Phasen von schizophreniekranken Patienten zu verhindern, indem sie frühe Warnzeichen wahrnehmen (Meijel, Gaag, Kahn & Grypdonck, 2004). Sie können Patienten befähigen, ihre Medikation besser zu managen und tragen aktiv zur Compliance² der Betroffenen bei (Gray, Wykes & Gournay, 2002).

Jeder Hundertste wird an Schizophrenie erkranken. Die Möglichkeit, dass in eigener Umgebung jemand an dieser Krankheit leidet, ist gross; gleich gross wie die, jemanden mit der Krankheit Diabetes mellitus zu kennen. Die Schizophrenie ist sehr vielfältig und deren Symptomatik für die Umwelt nur schwer nachvollziehbar (siehe Kapitel 2.1.1). Man spricht von „Wahnideen“, „Verfolgungswahn“ und „Missachtung von sozialen Gesetzen“, was eine gewisse Faszination in sich birgt und den Vorstellungen Raum gibt, Fantasien weit auszubauen (Finzen, 2000). „Der Begriff [Schizophrenie] hat ein Eigenleben entwickelt, das der heutigen Realität der Krankheit in keiner Weise entspricht“ (Finzen, 2000, zitiert nach Katsching, 1989, S. 16). Die Diagnose Schizophrenie hebt die Betroffenen aus der Allgemeinheit heraus und wird mit negativen

¹ Die Autorin verwendet zur Erleichterung des Leseflusses in der gesamten Arbeit für sämtliche personenbezogenen Begriffe ausschliesslich die männliche Form. Natürlich ist dabei auch stets die weibliche Form gemeint.

² Compliance: „Bereitschaft eines Patienten zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen“ (Psyhyrembel, 2004, S. 339).

Eigenschaften in Verbindung gebracht. Man hält Schizophreniekranken für aggressiv, gefährlich, unvernünftig, beängstigend, weniger intelligent als den Durchschnitt der Bevölkerung und sieht in der Krankheit den Ausdruck mangelnder Disziplin und Selbstkontrolle (Schulze & Angermeyer, 2002). Nicht nur der Missbrauch des Wortes, sondern auch die verfälschende Darstellung in den Medien stellt die Krankheit in ein unwahres, negatives Licht (Finzen, 2000). Angermeyer, Beck, Dietrich und Holzinger (2004) haben mittels einer Befragung von 210 schizophreniekranken und depressiven Patienten herausgefunden, dass erstere öfters Stigmatisierung erfahren als letztere. Schulze und Angermeyer (2002) zählen die Schizophrenie sogar als zu den am meisten stigmatisierten Erkrankungen.

Für die Betroffenen ist der Leidensdruck, der auf Grund der Stigmatisierung entsteht, gross. Finzen (2000) spricht dabei von einer *zweiten Krankheit*.

1.1.2 Stigma – Auswirkung auf den Verlauf der Krankheit

Negative Folgen der Stigmatisierung finden sich bereits im Hilfesuchverhalten der schizophreniebetreffenden Menschen (Angermeyer, 2003). Dies korreliert eng mit der niedrigen Compliance. Einer Veröffentlichung der Weltgesundheitsorganisation ist zu entnehmen, dass 50% aller Schizophreniekranken keine adäquate Behandlung in Anspruch nehmen (World Health Organisation, 2007). Oft scheinen die Patienten ihre Behandlungen abzusetzen oder die Krankheit zu verbergen, um einer Ablehnung durch die Umwelt zu entgehen (Freidl, Lang & Scherer, 2003). Mit der Benennung eines Unterschieds, hier der psychiatrischen Diagnose, wird die Stereotypisierung³ begründbar gemacht und der Stigmaprozess in Gang gesetzt. Dieses Phänomen wird als *Labelling-Ansatz* bezeichnet (Rössler, 2004) (siehe Kap. 4.1).

Die Auswirkungen dieses Phänomens zeigen sich besonders stark in der sozialen Interaktion zwischen psychisch Kranken und deren Umfeld. Die Durchschnittsgesellschaft zeigt laut Untersuchungen nur wenig Bereitschaft, in engeren Kontakt zu psychisch Kranken zu treten (Finzen, 2000). Nicht nur das Umfeld löst sich von psychisch Kranken ab, sondern auch die Betroffenen selbst isolieren sich. Von *antizipierter Stigmatisierung* ist dann die Rede, wenn sich psychisch Kranke aus Angst vor Ablehnung zurückziehen (Rössler, 2004). Dies hat einen negativen Einfluss auf das gesamte öffentliche Leben der Betroffenen. Die Arbeitslosenrate von Schizophreniekranken ist sehr hoch. Goffman (1994) schreibt: „Biografie, die an dokumentierter Identität festgemacht ist, kann dem Weg, den ein Individuum für seine Selbstdarstellung wählt, deutliche Grenzen setzen.“ (Goffman, 1994, S.79)

³ Stereotyp: „Bezeichnung für vereinfachende, häufig verzerrte und zu Konformität neigende Beurteilung von gesellschaftlichen Gruppen“ (Pschyrembel, 2004, S. 1731).

Schlussendlich hat die Stigmatisierung der Schizophreniekranken Auswirkungen auf die Identität der Betroffenen, deren Selbstwertgefühl und die Lebensqualität. 46% der depressiven Symptome und 58% der Verminderung von Lebensqualität sind auf niedriges Empowerment (siehe Kap. 4.2) zurückzuführen, wobei wahrscheinlich bis zu 51% des verminderten Empowerments durch die Stigmatisierung der Schizophrenie verursacht werden (Vauth, Kleim, Wirtz & Corrigan, 2007). Das Risiko, einen Suizid zu begehen, ist bei Schizophreniekranken fünf- bis zehnmals höher als bei der Durchschnittsbevölkerung (Finzen, 2000). Vielfach scheint es nicht die Krankheit selbst zu sein, die den Lebenswillen der Betroffenen vermindert, sondern die Einstellung der Bevölkerung zur Schizophrenie, also die Stigmatisierung (Finzen, 2000). Diese Auswirkungen der Stigmatisierung können mitverantwortlich dafür sein, dass der Verlauf dieser Krankheit meist sehr instabil ist.

1.1.3 Rückfallraten

Die Schizophrenie zeigt im Vergleich zu anderen Psychosen einen weniger günstigen Verlauf (Feicht, 2007). Die Rückfallrate ist hoch, und dabei abhängig von verschiedenen Faktoren. Den Ergebnissen einer Studie ist zu entnehmen, dass 81,9% der behandelten Patienten nach mindestens fünf Jahren rückfällig wurden. Diese hohe Rückfallrate ist eng korreliert mit der Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Robinson et al., 1999) und anderen Faktoren des Krankheitsverlaufs, wie etwa der subjektiv empfundenen niedrigen Lebensqualität (Feicht, 2007). Genaue Zahlen über den Zusammenhang der Rückfallraten und der Stigmatisierung der psychischen Krankheit sind nicht bekannt. Ergebnisse aus verschiedenen Studien lassen es jedoch zu, eine interpretative Verbindung zu erahnen. Die Angst, diskreditiert zu werden (siehe Kap. 4.1), beeinflusst das Hilfesuchverhalten der Schizophreniepatienten (Freidl, Lang & Scherer, 2003). Ausserdem verursacht die Stigmatisierung eine schlechtere Früherkennung der Krankheit und einen zu späten Behandlungsbeginn (Angermeyer, 2000; Gaebel, Zäske & Baumann, 2004). Die massiven Rückfallraten der Schizophreniepatienten tragen zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten bei. Auch deshalb ist die gesamte Gesellschaft von dieser Thematik betroffen.

1.1.4 Sicht der Patienten

Um das Problem der Stigmatisierung noch genauer betrachten zu können, scheint es wichtig, zusätzlich die Sicht der Patienten näher zu beschreiben. Dafür wird eine Forschungsarbeit von

Schulze und Angermeyer (2002) hinzugezogen, die diese subjektive Wahrnehmung des Stigmas durch Gruppeninterviews mit Schizophreniekranken untersucht hat. Aus der Analyse dieser Interviews haben die Forscher vier Dimensionen des mit der Schizophrenie verbundenen Stigmas aufgestellt: interpersonelle Interaktion, strukturelle Diskriminierung, das Bild der psychisch Erkrankten in der Öffentlichkeit und der erschwerte Zugang zu sozialen Rollen.

48 % aller Stigmatisierungserfahrungen werden in direkter Interaktion mit anderen gemacht. Bei den meisten führte die Bekanntmachung ihrer Krankheit zu einer Reduzierung sozialer Kontakte, so dass mehreren Betroffenen ausserhalb der „Psychiatrieszene“ keine anderen Kontakte mehr blieben. Es wurde berichtet, dass das Umfeld der Krankheit wenig Verständnis entgegenbringt. Ausserdem erwähnten die Befragten spezifische Beispiele der Diskriminierung. So erlebten die Schizophreniekranken Schwierigkeiten mit Vermietern bis hin zur Kündigung des Mietverhältnisses, sobald die Krankheit ans Licht kam.

21% aller Stigmatisierungserfahrungen waren auf Ungerechtigkeiten und Ungleichgewichte in gesellschaftlichen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen zurückzuführen. Dabei wurde vor allem der Mangel an psychiatrischer, vor allem ambulanter, Versorgung und Präventionsprojekten genannt. Ein weiteres Feld der wahrgenommenen Stigmatisierung bezieht sich auf das Bild der psychischen Erkrankung in der Öffentlichkeit (20%). Die Vorstellungen und Stereotype innerhalb der Bevölkerung wurden nicht nur als Ursache der Stigmatisierung empfunden, sondern als direkt verletzend und diskriminierend. Die letzten 11% der Stigmaerfahrungen werden der Dimension „Behinderung des Zugangs zu sozialen Rollen“ zugeteilt. Dieser Ausschluss bezog sich vor allem auf Rollen in der Familie, der Partnerschaft und dem Beruf. In den Augen der befragten Patienten waren die Ursachen der Stigmatisierung auf den Wissensmangel, die Unsicherheit und die Ängste der Gesellschaft bezüglich der Schizophrenie zurückzuführen (Schulze & Angermeyer, 2002).

2. Fragestellung

Um der Stigmatisierung und deren fatalen Folgen entgegenzuwirken, gibt es zwei Bekämpfungsansätze. Auf der einen Seite kann durch Öffentlichkeitsarbeit, das heisst durch Bekanntmachung der Schizophrenie, der Gesellschaft das Krankheitsbild näher gebracht werden, wodurch eine Entstigmatisierung erzielt werden kann. Auf der anderen Seite kann der an Schizophrenie leidende Patient befähigt werden, mit der Stigmatisierung umzugehen (Goffman, 1994). In der vorliegenden Arbeit soll nur letztere Strategie untersucht werden. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen der Pflege und des Patienten bietet die Grundlage dafür. Anzeichen der Stigmatisierungsauswirkungen können von Pflegenden durch ihre Nähe zum Patienten wirksam erfasst werden, denn sie sind in bester Position, psychotische Symptome und damit zusammenhängende Probleme zu erfassen, zu ordnen und zu managen (Chan & Leung, 2002). Anhand des Wissens über die Risikogruppe dieses Phänomens sollen Pflegefachpersonen befähigt sein, Patienten gezielt zu unterstützen. Aus dieser Problematik stellt sich daher folgende Forschungsfrage:

Welche Interventionen sind in der Pflege erfolgreich, um schizophrenerkrankten Patienten auf Psychiatrieabteilungen zu befähigen, mit der Stigmatisierung ihrer Krankheit umzugehen?

Die systematische Literaturübersicht soll ausschliesslich Interventionen darstellen, die in Zusammenarbeit mit dem Patienten durchgeführt werden können und schliesst daher die Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit aus.

2.1 Begriffserklärung

Die in der Fragestellung vorhandenen Begriffe werden zur Vermeidung von Missverständnissen und Ungenauigkeiten näher definiert. Die sogenannten *operationalen Definitionen* werden beschrieben, damit jeder Leser von einem identischen Verständnis in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand ausgehen kann.

2.1.1 Schizophrenie

Die Definition von Schizophrenie bezieht sich in der Arbeit auf die diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) (Sass, Wittchen,

Zaudig & Houben, 2003). Das DSM-IV ist ein weltweit angewandtes Klassifikationssystem der psychischen Störungen und findet in einem breiten klinischen Gebiet Anwendung. Die recherchierten Studien beziehen sich, falls die Schizophrenie definiert wurde, auf dieses Manual. Die charakteristischen Symptome der Schizophrenie sind Wahn, Halluzinationen und desorganisierte/s Sprachweise oder Verhalten. Ausserdem besteht als Gegenpol meist eine Negativ-Symptomatik, die sich in abgeflachtem Affekt, Alogie⁴ oder Willensschwäche zeigt. Die Krankheit kann verschiedene Verlaufsformen und unterschiedliche Ausmasse annehmen (Sass et al., 2003).

Diese Kriterien können in detaillierter Auflage im **Anhang A** näher betrachtet werden.

2.1.2 Stigma/Stigmatisierung

Der Begriff „Stigma“ leitet sich etymologisch aus dem Griechischen ab und heisst übersetzt „Brandmal“. Im antiken Griechenland wurde dieser Begriff als Verweis auf körperliche Zeichen, die auf etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes einer Person hinwiesen, verwendet (Goffman, 1994). Bei der Stigmatisierung handelt es sich um die Situation, in der ein Individuum infolge eines mit negativen Eigenschaften verbundenen Makels von sozialer Akzeptanz ausgeschlossen, und daher diskriminiert wird (Goffman, 1994).

Der Stigmaprozess wird im theoretischen Rahmen (Kap. 4.1) ausführlicher beschrieben und erklärt.

⁴ Alogie: „Unvermögen, grammatikalisch richtige und in sich logische Sätze zu bilden“ (Psyhyrembel, 2004, S.49).

3. Ziele und Absichten

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, für die im Kapitel 2 gestellte Frage gezielte Antworten zu finden. Die Interventionen, die der Stigmatisierung von Schizophreniepatienten und deren Folgen entgegenwirken, sollen eine Relevanz für die Praxis haben und den Pflegefachpersonen helfen, eine wissenschaftlich begründete Auswahl von Massnahmen zu treffen.

Um für die Fragestellung bestmögliche, objektive Antworten zu finden, wird eine systematische Literaturübersicht vorgenommen. Dieses Forschungsdesign wird im Methodologie-Teil (siehe Kap. 5) noch näher erläutert.

Die Theorie der Stigmatisierung, begründet von Erving Goffman, und das Konzept des „Empowerment“ verleihen der Arbeit die nötige Grundlage. Letzteres wird in der Schlussfolgerung wieder aufgegriffen, um eine Aussage machen zu können, in wie fern die gelieferten Ergebnisse Empowerment-Ansätze beinhalten.

4. Theoretischer Rahmen

4.1 Stigmaprozess

Der Begriff *Stigma* stammt aus dem antiken Griechenland und war damals ein in den Körper gebranntes Zeichen; ein Verweis, um etwas Ungewöhnliches, Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers offen kund zu machen, um diesen auf öffentlichen Plätzen aus dem Weg gehen zu können (Goffman, 1994).

Die Gesellschaft bildet für jeden Menschen eine „soziale Identität“, welche die Personen durch bestimmte wahrgenommene Merkmale wie Charaktereigenschaften, körperlich sichtbare Zeichen und sozialer Status, in Kategorien einteilt. Von der Aussenwelt werden verschiedene Anforderungen an die Menschen gestellt. Es sind Vorstellungen, wie der Mensch sein sollte, was von ihm erwartet wird. Dies nennt Goffman die „virtuelle soziale Identität“. Nun entspricht nicht jedermann diesen Erwartungen der Gesellschaft. Die tatsächliche Erscheinung von bestimmten Merkmalen nennt er „aktuelle soziale Identität“. Ist die Diskrepanz zwischen der virtuellen und der aktuellen sozialen Identität ersichtlich, bildet sich für die betroffene Person und für bestimmte Merkmale (Attribute) ein Stigma. Das Ausmass der Stigmatisierung hängt von der Offenheit des Attributs ab. Die Auswirkungen auf das Verhalten des stigmatisierten Individuums sind dabei abhängig davon, ob dieses annimmt, dass man über sein Anderssein schon Bescheid weiss oder nicht, was wiederum anhängig ist von der Sichtbarkeit des Attributs. Im ersten Fall wird vom Diskreditierten, im zweiten vom Diskreditierbaren gesprochen. Je nachdem wie die Visibilität des Stigmas ist, versucht der Betroffene, sich anzupassen, zu täuschen oder den Kontakt zu „Normalen“ zu vermeiden (Goffman, 1994). Der Labelling-Ansatz hat einen ähnlichen Erklärungshintergrund. Er besagt, dass negative Stereotype über psychisch Kranke erst aktiviert werden, wenn das aussergewöhnliche Verhalten einer Person als psychische Erkrankung bezeichnet wird (Rössler, 2004).

Oft entwickelt sich das Phänomen, dass eine von aussen stigmatisierte Person beginnt, den Vorurteilen zuzustimmen und sich gegen sich selbst wendet. Die sogenannte *Selbst-Stigmatisierung* trägt meistens emotionale Folgen, insbesondere ein niedriges Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeit mit sich. Das Nichterreichen bestimmter Lebensziele, wie beispielsweise das Organisieren einer eigenen Wohnung, liegt oft nicht an der psychischen Krankheit selbst, sondern an dem selbstdiskriminierenden Verhalten. Die Selbststigmatisierung wird in der Literatur als Gegenpol des Empowerments angesehen. Es gibt psychisch Kranke, die keine selbstbezogenen Vorurteile haben und sich durch ein gutes Empowerment gegen die

negative Bewertung der eigenen Person wehren (Rüsch, Berger, Finzen & Angermeyer, 2004). Wie aus der Problembeschreibung ersichtlich ist, ist das niedrige Empowerment bei psychisch Kranken bis zu 51% der Fälle auf die Stigmatisierung zurückzuführen. Durch Interventionen, die das Empowerment fördern, kann eine Reduktion der Selbststigmatisierung erzielt werden (Wundsam, K., Beitinger, R. & Kissling, W., 2007).

4.2 Empowerment

Empowerment, zu Deutsch „Selbstbefähigung“ oder „Selbstbemächtigung“, beschreibt ein Konzept, welches sich an alle Unterdrückten richtet und eine Auflehnung ihrerseits darstellt. Die Betroffenen sind aufgefordert, ihr Leben selbstständig aktiv in den Griff zu bekommen, werden befähigt, eigene vergrabene Ressourcen zu erkennen und gezielt einzusetzen (Knuf & Seibert, 2000). Bei diesem Konzept handelt es sich um bestimmte Vorgehensweisen, die dem Patienten ermöglichen, seine Kompetenzen wahrzunehmen, aufzubauen und zu erhalten. Früher war es den Professionellen überlassen, den Prozess zur Heilung aktiv zu beeinflussen. Im Rahmen der Deinstitutionalisierung, das heisst die Verlegung der psychischen Dienste auf ambulante Angebote, hat das Konzept Empowerment an Bedeutung gewonnen. Heute besteht das Ziel der psychischen Versorgung nicht darin, die Patienten hinter den Klinikmauern einzusperren, sondern so schnell wie möglich wieder in das gewohnte Umfeld zu integrieren. Früher bestand zwischen den Psychatriepatienten und den Professionellen ein grosses Machtgefälle zugunsten letzterer. Das Konzept wurde entwickelt, um den Betroffenen an Macht zurückzugeben und zum Einflussnehmer der Krankheit zu werden (Rössler, 2004).

Es existiert keine allgemeingültige Definition von Empowerment. Ausserdem konnte sich im Deutschen noch keine klare Definition des Begriffs durchsetzen. Es bestehen jedoch verschiedene Kriterien, welche „Empowerment“ bei Psychatriepatienten beschreiben (Rössler, 2004):

- Entscheidungsgewalt: Die Patienten müssen Einfluss nehmen und vernünftige Entscheidungen treffen können. Dies soll bereits während der Behandlung gefördert werden, denn nur so lernen sie auch im Alltagsleben ausserhalb der Psychiatrie, Verantwortung zu tragen.
- Zugang zu Informationen: Die Patienten müssen informiert sein in Bezug auf ihre Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten.
- Wahlmöglichkeit: Die Patienten müssen wählen können zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und haben auch das Recht, diese abzulehnen.

- Kritisches Denken: Die Patienten lernen, Dinge zu relativieren und zu hinterfragen.
- Emotionen äussern: Die Patienten sind fähig, Ängste und andere Gefühle zu äussern.
- Gruppengefühl: Die Patienten fühlen sich nicht allein, weil sie sich einer Gruppe zugehörig fühlen.
- Chancen wahrnehmen: Die Patienten kennen ihre Möglichkeiten und Kapazitäten und können damit umgehen.
- Bedürfnisäusserung: Die Patienten sind fähig, eigene Wünsche und Ziele zu äussern und können die von Professionellen formulierten auch ablehnen, wenn sie sich nicht damit identifizieren können.
- Durchsetzungsfähigkeit: Die Patienten können sich auch gegen Widerstand wehren.
- Hoffnung: Die Patienten haben Hoffnung, diese wird ihnen aber zusätzlich von aussen vermittelt.

Beim Konzept Empowerment geht es nicht primär um eine spezifische Intervention, sondern um einen Plan, eine Behandlung zu organisieren (Rössler, 2004). Die Autorin erachtet dieses Konzept als wichtigen Bestandteil der Stigmareduktion. Schizophreniepatienten erfahren die Stigmatisierung besonders in der interpersonellen Interaktion, vor allem ausserhalb der Psychiatrie. Daher scheint es wichtig, den Patienten auf die Aussenwelt vorzubereiten und zu befähigen, mit der Stigmatisierung umgehen zu können. Die Literaturrecherche soll aufzeigen, in wie fern das Konzept „Empowerment“ bei den Forschern in Bezug auf die Stigmareduktion bekannt ist und welche dieser Ansätze in die Studieninterventionen integriert wurden.

5. Methodologie

In diesem Kapitel wird die Bedeutung einer systematischen Literaturübersicht hervorgehoben und mit dem Beispiel der vorliegenden Arbeit in Verbindung gebracht. Anschliessend werden die Schritte einer systematischen Literaturübersicht vorgestellt, so dass die Entstehung dieser Übersichtsarbeit nachvollzogen werden kann.

5.1 Systematische Literaturübersicht

Systematische Literaturübersichten gehören in die Gruppe der sekundären Publikationen, weil sie Daten von bereits abgeschlossenen Studien übernehmen, zusammenfassen, die Ergebnisse kombinieren, analysieren und daraus neue Ergebnisse ableiten (Behrens & Langer, 2006).

Der Nutzen einer systematischen Literaturübersicht besteht darin, die Vertrautheit mit einer Thematik aufzubauen und neue Aspekte darin zu entdecken. Eine der bedeutendsten Funktionen einer systematischen Literaturübersicht ist jedoch, herauszufinden, was über eine bestimmte Thematik bereits bekannt ist, wo der Wissensstand darüber steht. Dies bietet eine Grundlage für zukünftige Forschungsarbeiten, indem ungelöste Forschungsprobleme identifiziert werden können. Das Anknüpfen an diesen Wissensstand verhindert, dass bereits Bekanntes untersucht wird. Die systematische Literaturübersicht dient aber nicht nur dazu, zukünftige Studien vorzubereiten, sondern auch, eigenes Wissen für die Praxis aufzubessern (Polit & Hungler, 1999; Mayer, 2007b).

Dickson und Entwistle (1996) betonen, dass es die grosse Anzahl an veröffentlichten und unveröffentlichten Forschungsarbeiten, mit der grossen Variabilität an wissenschaftlicher Qualität, für Pflegende unmöglich macht, den Überblick über wichtige Ergebnisse zu behalten. Eine systematische Literaturübersicht vermag es, Ordnung in dieses Chaos zu bringen und herauszufiltern, welche Ergebnisse am glaubwürdigsten sind.

Die vorliegende Arbeit wird mit dem Forschungsdesign einer systematischen Literaturübersicht entwickelt. Diese Methodik ist für die Beantwortung der Forschungsfrage optimal, denn die Recherche zur Thematik zeigt zum Teil widersprüchliche Ergebnisse von Arbeiten mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Qualität (Knight, Wykes & Hayward, 2006; Macinnes & Lewis, 2008). Obwohl bereits Literaturübersichten zu dieser Thematik bestehen (n=7), erachtet die Autorin die vorliegende Review als notwendig, denn frühere Arbeiten dieser Art weisen auf Grund von unsystematischer Literaturrecherche methodologische Mängel auf (siehe Kap. 7).

Ausserdem richtete sich der Untersuchungsgegenstand nie ausschliesslich auf Interventionen, die in Zusammenarbeit mit dem Patienten durchgeführt werden können.

Die Autorin möchte mit der vorliegenden Arbeit bezwecken, für die Praxis relevante Interventionen und Strategien zur Stigmareduktion von schizophreniekranken Patienten darzustellen.

5.2 Schritte einer systematischen Literaturübersicht

Im Folgenden werden die verschiedenen Schritte beschrieben, die notwendig sind, um eine systematische Literaturübersicht strukturiert verfassen zu können. Im **Anhang M** befindet sich ein Überblick über den Forschungsprozess, der den Ablauf zusätzlich schematisch darstellt.

5.2.1 Bestimmung des Forschungsgegenstandes

Um eine Literaturrecherche optimal zu gestalten, muss die Thematik, nach der man suchen will, möglichst präzise definiert sein. Denn je genauer man sich darüber im Klaren ist, wonach man sucht, desto erfolgreicher ist die Recherche. Sobald man ein zu untersuchendes Thema im Kopf hat, sollte eine erste Fragestellung formuliert werden. Um die Frage zu konkretisieren, ist es notwendig, eine grobe Literaturrecherche durchzuführen. Bei dieser Recherche stösst man immer wieder auf ähnliche Begriffe, die den Inhalt der Thematik repräsentieren. Diese Begriffe, so wird empfohlen, sollte man strukturiert sammeln, so dass diese bei der späteren systematischen Suche als Suchbegriffe dienen können. Nach der Grobsuche nimmt der Forscher eine Spezifizierung der Thematik vor, so dass eine Eingrenzung zu Stande kommt, welche den Rahmen für die Fragestellung bietet (Mayer, 2007b).

Die Bestimmung des Forschungsgegenstandes entwickelte sich bei vorliegender Arbeit ähnlich der beschriebenen Weise. Nach ersten Erfahrungen in der Praxis der Psychiatriepflege hat sich das Interesse der Autorin für dieses Fachgebiet und vor allem für das Krankheitsbild der Schizophrenie herauskristallisiert. Erfahrungen ihrerseits haben gezeigt, dass in der Gesellschaft viel Unwissen bezüglich dieser Krankheit besteht, was zum Teil falsche Vorstellungen mit sich bringt. Daraus konnte nach einer ersten groben Literaturrecherche der Zusammenhang zur Stigmatisierung gemacht werden. Die Eingrenzung des Gegenstandes hat sich ergeben, weil die Autorin Interventionen untersuchen wollte, die hinsichtlich der Pflegerelevanz in Zusammenarbeit mit dem schizophreniebetreffenen Patienten durchgeführt werden können. Dies hat dazu geführt,

dass Begriffe betreffend der Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit bei der systematischen Recherche ausgegrenzt wurden und die Fragestellung die aktuelle Form annahm.

5.2.2 Die Literaturrecherche

Bevor die systematische Literaturrecherche gestartet werden kann, muss erkannt werden, welche Literaturquellen geeignet sind, um wissenschaftliche Informationen zur Thematik zu erhalten. Polit und Hungler (1999) erwähnen zwei der meist gebräuchlichen, verlässlichen Datenbanken, Cinahl und Medline, die in der Pflegewissenschaft verwendet werden. Auch die Quellen mit krankheitsspezifischen Publikationen werden als vertrauensvoll eingestuft. Bei einer Thematik innerhalb der Psychiatrie ist dies beispielsweise PsycINFO.

Bei einem zweiten Schritt geht es darum, geeignete Suchbegriffe zu finden. „Suchbegriffe sind Worte, die den gewünschten Inhalt repräsentieren und mit deren Hilfe man zu den gewünschten Literaturzitate kommt“ (Mayer, 2007b, S. 261). Sie können ausfindig gemacht werden, indem die zu untersuchende Thematik oder Fragestellung in verschiedene Komponenten zerlegt werden. Um die Suche möglichst detailliert zu gestalten, müssen für die Begriffe zusätzlich Synonyme und die englische Bezeichnung verwendet werden (Mayer, 2007b). Je nach Datenbanken kann die Recherche präzisiert werden, indem man Studien sucht, die zwei oder mehrere Begriffe zusammen („AND“) oder entweder einen oder den anderen Begriff („OR“) beinhalten sollen. Bei der Suche auf Pubmed hat man die Möglichkeit, mit den sogenannten *Mesh-Terms* zu suchen. Diese Terms beinhalten ganze Wortnetzungen, so dass alle verwandten Begriffe mit eingeschlossen werden. Mit der Funktion „Limits“ kann zusätzlich festgelegt werden, welche Studien ein- oder ausgeschlossen werden sollen. Dies ist für die Eingrenzung der Suche wichtig, denn mit bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien kann gezielt nach relevanter Literatur gesucht werden (Mayer, 2007b).

Die Autorin verwendete bei der vorliegenden Arbeit ausschliesslich Quellen, die vertrauenswürdig und anerkannt sind. Es wurde mit verschiedenen englischen Begriffen und Begriffskombinationen auf den Datenbanken Pubmed, Cinahl, google scholar, Psynindex und der Cochrane Library recherchiert. Zu Beginn wollte die Autorin einen Überblick über die Breite der Studienresultate erhalten, wenn mit „Schizophrenia“ AND „Stigma“ gesucht wird. Auf diese Weise wurden auf Pubmed über 250 Studien gefunden, welche sich jedoch zu wenig auf Interventionen stützten, sondern das Problem an sich darstellten. Deshalb fügte die Autorin die Begriffe „interventions“ und „education“ hinzu und kombinierte diese mit ersteren. So konnte die Anzahl der gefundenen Studien auf ca. 50 eingeschränkt werden. Die präsentierten Interventionen richteten sich jedoch

noch zu stark auf die Entstigmatisierung der Öffentlichkeit. Dies stellt bei der vorliegenden Arbeit ein Ausschlusskriterium dar, weshalb diese Studien nicht beachtet wurden. Der Autorin wurde bewusst, dass die Interventionen bei der Stigmatisierung, die von den Patienten selber ausgeht, ansetzen müssen. Deshalb wurde der Begriff „stigma“ durch den Begriff „self-stigma“ ersetzt. Somit konnte die gesamte Suchstrategie eher auf die Patientenzentrierung gerichtet werden und es kristallisierten sich neue Kombinationen mit „self-management“, „self-concept“, „psychoeducation“, „treatment“, „therapy“ und „empowerment“ heraus. Um letztendlich die Therapieansätze noch genauer zu überprüfen, wurde der Begriff „schizophrenia“ durch „mental disorder“ [Mesh] ersetzt und in Verbindung gebracht mit „behavior therapy“ [Mesh] oder „peer support“. Die „Mesh-Terms“ konnten nur für die Begriffe „mental disorder“ und „behavior therapy“ eingesetzt werden, da zu den anderen Wörtern, eventuell auf Grund des zu geringen Bekanntheitsgrades, keine adäquate Wortvernetzung besteht.

Zum Schluss wollte die Autorin herausfinden, welche pflegewissenschaftlichen Studien zur Thematik existieren und setzte „nursing journals“ als Limitierung. Diese Limite zeigte jedoch, dass in pflegewissenschaftlichen Zeitschriften nur wenig darüber publiziert ist, so dass auch Literatur aus dem Fachgebiet der Psychiatrie und der Soziologie mit einbezogen wurde. Auf den Datenbanken Cinahl, Psyn dex und Cocherane Library musste die Autorin offener, das heisst mit weniger Eingrenzung, suchen, weil hier weniger Studien zu dieser Thematik gelagert sind.

Die Autorin setzte sich bei der Suche in Bezug auf die Aktualität der Studie das Einschlusskriterium, alle relevanten Studien ab dem Jahr 2000 einzubeziehen. Die Recherche ergab jedoch eine zu knappe Anzahl Studien zu Analyse, was die Autorin dazu bewog, zwei Studien einzubeziehen, die vor dem Jahr 2000 publiziert wurden.

Der beschriebene Suchablauf wurde im Mai 2009 noch einmal wiederholt, um nach aktuellen Erscheinungen zu suchen.

Die gesamte Strategie zur Publikationssuche ist im **Anhang B** noch einmal detaillierter aufgeführt.

Während der gesamten Periode der Literaturrecherche wurden elf Fachleute angeschrieben, deren Referenzen auf Homepages zur Stigmabekämpfung oder in Studien veröffentlicht waren. Auf diese Weise wollte die Autorin Zugang erhalten zu unveröffentlichter, so genannter *grauer Literatur*. Die acht Antwortschreiben der angefragten Fachpersonen beinhalteten aber zum grössten Teil Literaturangaben zu Studien, die bereits einbezogen wurden. Ausserdem berichteten sie, ihnen sei keine unveröffentlichte Literatur bekannt oder die Studienzahl sei begrenzt, weil dies ein eher unterforschtes Problem sei. Bei den angeschriebenen Fachpersonen

handelte es sich um Leute aus dem Raum Deutschland, Holland, Schottland, England, den USA und der Schweiz.

5.2.3 Auswahl der Studien

Mayer (2007b) beschreibt, dass nach einem ersten Querlesen der Studien, welche anhand der Suchbegriffe gefunden wurden, noch einmal aussortiert werden muss. Es werden nur jene Arbeiten näher angeschaut, welche die Thematik auch wirklich treffen und zur Beantwortung der Fragestellung auch relevant sein könnten.

Die Autorin der vorliegenden Literaturübersicht hat nach einer ersten Aussortierung ein angepasstes Raster nach Mayer (2007a) verwendet, um anhand verschiedener Kriterien zu bestimmen, ob die Studie in die Übersichtsarbeit mit einbezogen werden soll oder nicht (siehe Anhang D). Dem ursprünglichen Raster wurden die zwei Kriterien, *Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung* und *ethische Begutachtung*, hinzugefügt. Dabei wurde die Relevanz für die Arbeit besonders gewichtet, weil die Autorin dieses Kriterium in einem ersten Auswahlverfahren hervorheben wollte. Ab 8 von möglichen 12 Punkten wurde die Studie in die Literaturübersicht einbezogen. Im Gesamten erfüllten 14 der 19 beurteilten Studien die Einschlussbedingungen (siehe Anhang E).

5.2.4 Beurteilung und Bewertung der Studien

In einer weiteren Phase erfolgt die kritische Bewertung der Literatur, damit man beurteilen kann, ob und inwiefern die Studien Beweiskraft haben. Die wissenschaftliche Qualität der Forschungsarbeiten variiert sehr stark, so dass nicht alle Ergebnisse gleichviel Nutzbarkeit haben. Die Beurteilung dieser Güte setzt Kenntnisse über wissenschaftliche Methoden voraus (Mayer, 2007b).

Die Autorin bewertete alle 14 Studien durch ein der Methodologie angepasstes Raster. Für die Literaturübersichten und die Interventionsstudien wurde jeweils ein Fragekatalog von Behrens und Langer (2004) verwendet und anhand der Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit bewertet (siehe Anhang F, K). Bei einer möglichen Punktzahl von 12 (pro Frage einen Punkt) wurden die Studien ab 8 Punkten bezüglich ihrer wissenschaftlichen Qualität als genügend eingestuft. Der Fragekatalog von LoBiondo-Wood und Haber (2005) diente bei der quantitativen Studie als Bewertungsraster (siehe Anhang H). Bei einem möglichen Punktetotal von 57 wurde die Marke der genügenden wissenschaftlichen Qualität bei 38 gesetzt.

Diese Bewertung gibt einen Überblick darüber, welche Studie innerhalb ihres Designs am beweiskräftigsten ist. Im Diskussionsteil wird nebst dieser Betrachtung zusätzlich die Stufe der Evidenzhierarchie berücksichtigt, so dass schlussendlich die Ergebnisse mit der grössten Beweiskraft hervorgehoben werden können.

5.3 Gütekriterien

Nach dem Ablauf des Forschungsprozesses wird die Autorin in einem nächsten Schritt die Gütekriterien der vorliegenden Arbeit darstellen. „Gütekriterien geben Auskunft darüber, ob die Forschungsergebnisse auf wissenschaftlich korrektem Wege gewonnen wurden“ (Mayer, 2007b, S. 99). Es werden die beiden Kriterien Reliabilität und Validität hervorgehoben.

5.3.1 Reliabilität

„Die Reliabilität wird als der Grad definiert, bis zu dem ein Instrument bei wiederholten Messungen dieselben Ergebnisse anzeigt“ (LoBiondo & Haber, 1996, S. 420).

Bei einer systematischen Literaturübersicht bedeutet daher Reliabilität die Angemessenheit und Genauigkeit der Recherche, so dass eine weitere Durchführung derselben Studie die gleichen Ergebnisse ergeben würde. Dies bedingt, dass die Suchstrategie gut dokumentiert wurde.

Die vorliegende Literaturübersicht beschreibt im Methodologie-Teil (Kap. 5.2.2), wie bei der Studiensuche vorgegangen wurde. Im **Anhang B** befindet sich zusätzlich eine detaillierte Darstellung des Vorgangs, so dass bei einer zweiten Durchführung der Literatursuche mit Wahrscheinlichkeit dieselben Ergebnisse gefunden würden. Die Auswahl der Studien wurde nur durch eine Person, die Autorin der Arbeit, getroffen. Das Hinzuziehen einer zweiten Person hätte die Reliabilität der Literaturübersicht noch besser gewährleisten können.

5.3.2 Validität

„Die Validität besagt, dass das Bewertungsinstrument genau das bewertet, was es bewerten soll“ (LoBiondo & Haber, 1996, S. 414).

Bei einer systematischen Literaturübersicht bezieht sich die Validität auf die Methoden, die eingesetzt werden, um sogenannte *Bias*⁵ zu minimieren. Bias können den wirklichen Effekt von Resultaten entweder über- oder unterschätzen. Eine Review weist eine gute Validität auf,

⁵ Bias: „Alle Einflüsse, die eine Verzerrung der Resultate einer Studie hervorrufen“ (freie Übersetzung aus Polit & Hungler, 1999, S. 696).

insofern die Literaturrecherche gezielt und strukturiert geplant wurde. Dies beginnt bei einer präzisen Fragestellung und führt über die Auswahl der Datenquellen und Suchbegriffe. Um die Aktualität der Daten zu gewährleisten, ist gegebenenfalls eine Wiederholung der Suchstrategie zu einem späteren Zeitpunkt nötig (Kahn, Kunz, Kleijnen & Antes, 2004).

Die Autorin stützte sich beim Erstellen der Übersichtsarbeit auf die empfohlenen Schritte von Polit & Hungler (1999) und Mayer (2007b). Bei der vorliegenden Arbeit hatte die Autorin die Literaturrecherche gezielt geplant. Die gewählte Suchstrategie wurde im Hinblick auf die bestmögliche Beantwortung der Fragestellung organisiert. Die Suche wurde durch den Einsatz von Mesh-Terms unterstützt, wodurch ein grösstmögliches Spektrum an Daten gewährleistet werden konnte.

5.4 Ethische Überlegungen

Solange die wissenschaftliche Forschung mit Menschen zusammenarbeitet, wirft sie ethische Fragen auf. Nicht alle Forschungsprojekte halten die ethischen Richtlinien zum Schutz der Teilnehmer ein. Mayer (2007b) betont dabei, dass vor allem die experimentellen Designs die Gefahr in sich bergen, ethische Richtlinien zu missachten. Die Interventionen provozieren bei Menschen Veränderungen, die manchmal nicht vorausschaubar sind und nicht immer Nutzen für den Teilnehmer mit sich bringen. Hier kann es sein, dass vor allem das ethische Prinzip „nicht schaden“ in Frage gestellt wird (Mayer, 2007b).

Die Prinzipien der biomedizinischen Ethik, Autonomie, Gutes tun, nicht schaden und Gerechtigkeit gilt es auch in der Forschung zu beachten. Deren Umsetzung in der Wissenschaft spiegelt sich in der umfassenden Information und der freiwilligen Zustimmung der Teilnehmer, der Gewährleistung der Anonymität und dem Schutz des Einzelnen wider. Mit dem Hinzuziehen der Ethikkommission beweisen die Verfasser einer Studie, dass ethische Bedenken ausgeschlossen werden können (Mayer, 2007b).

Obwohl die Autorin während der Verfassung der systematischen Literaturübersicht nicht direkt mit Menschen zusammenarbeitete, war es ihr ein Anliegen, in Bezug auf die bearbeiteten Studien einen ethischen Standpunkt einzunehmen. Bereits bei der ersten Beurteilung der Forschungsberichte wurden ethische Begutachtungen gemacht (Anhang D). Bei der detaillierteren Studienbewertung wird noch fundierter untersucht, ob ethische Richtlinien eingehalten wurden (Anhänge E, G, I).

6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche präsentiert. Die Kategorisierung richtet sich nach Themenbereichen, welche Interventionen zum Stigma-Management enthalten.

6.1 Intrapersonelle Ebene

Die intrapersonelle Ebene beinhaltet alle diskutierten Interventionen, die sich direkt an den Stigma-Betroffenen richten. Hier geht es vor allem um die individuelle Stärkung des Patienten, um seinen Umgang mit der Stigmatisierung zu optimieren und Auswirkungen und die Selbst-Stigmatisierung zu minimieren.

6.1.1 Empowerment

Angermeyer und Schulze (2001) stellen in ihrer Literaturübersicht drei verschiedene Arten der Diskriminierung dar: die direkte, die strukturelle und das Selbst-Stigma. Gegen die Selbst-Stigmatisierung, so schreiben sie, kann mit allen Strategien gearbeitet werden, die das Empowerment der psychisch Kranken stärken. Das Empowerment wird von Corrigan, Kerr und Knudsen (2005) und Corrigan und Wassel (2008) sogar als Gegenteil des Selbst-Stigmas bezeichnet. Beide Literaturübersichten zeigen auf, dass das Empowerment gefördert werden kann, indem dem Patienten mehr Kontrolle über dessen Behandlung und die Reintegration in die Gesellschaft gegeben wird. Er soll mehr Selbstbestimmung erhalten und als Partner der Behandlungsplanung angesehen werden. Die Gruppenidentifikation ist ein wichtiger Faktor, der das Empowerment positiv beeinflussen kann (Corrigan & Wassel, 2008). Corrigan et al. (2005) erwähnen in ihrer Literaturübersicht Studien, welche gezeigt haben, dass empowernde Ansätze dem Patienten helfen, seine beruflichen und allgemeinen Lebensziele besser erreichen zu können. Die Fokussierung auf die Stärken und die Ablenkung von den Schwächen dient der Destigmatisierung der psychisch kranken Person (Corrigan et al, 2005).

6.1.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Programme der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), so Angermeyer und Schulze (2001), die darauf abzielen, die Coping⁶-Skills der Patienten zu verbessern, tragen zur Reduktion der Selbst-Stigmatisierung bei. Corrigan et al. (2005) beschreiben die Selbst-Stigmatisierung als

⁶ Coping: „Verhalten zur Bewältigung schwieriger Situationen“ (Psychembel, 2004, S. 345).

fehlangepasste Selbst-Aussagen oder als Produkt kognitiver Schemata zur psychischen Krankheit, die während der Sozialisation entwickelt wurden. Die Kognitionstypen, wie sie von Holmes und River (1998) beschrieben werden, spielen bei der Entstehung der Selbststigmatisierung eine zentrale Rolle. Deshalb scheint die Therapie, welche an diesen Punkten ansetzt, wirksam, um die kognitiven Schemata oder Kognitionstypen zu verändern. Der Patient wird dabei unterstützt, die Stigmatisierung als normales Ereignis anzuschauen, woraus eine grössere Krankheits-Akzeptanz resultiert.

Die irrationalen Selbst-Aussagen, wie die, dass die Stereotype der Krankheit legitim sind, bilden den Fokus von vielen kognitiven Verhaltenstherapien (Corrigan & Wassel, 2008). Diese zielen darauf ab, solche Aussagen mit der Realität zu vergleichen und zu relativieren. Heijnders und Van Der Meij (2006) und Holmes und River (1998) sprechen in ihrer Literaturübersicht von einem strukturierten Ansatz, bei dem Patienten trainiert werden, negative Denkweisen und deren Interpretationen zu identifizieren und zu modifizieren. Die Psychoedukation, als Inhalt dieser Therapie, wird in beiden Übersichtsarbeiten als wirksam gegen die Stigmatisierung präsentiert. Heijnder und Van Der Meij (2006) beschreiben ausserdem Ansätze des Symptom- und Stressmanagements und der Desensibilisierung von gefürchteten Stimuli, die innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie verwendet werden. Diese Form der Therapie scheint dem Patienten Unterstützung zu bieten, um mit den Konsequenzen der Stigmatisierung umzugehen. Untersuchungen haben gezeigt, dass die KVT Schizophreniekranken hilft, das Selbstwertgefühl zu verbessern und die sozialen Kompetenzen zu stärken.

Knight, Wykes & Hayward (2006) entwarfen und evaluierten mit Hilfe einer Interventionsstudie ein Therapieprogramm für stigmatisierte Schizophreniekranken, deren Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt war. Die Interventionsphase dauerte sechs Wochen, wobei die kognitive Verhaltenstherapie als Basis des Programms diente. Das Ziel war es, die Teilnehmer zu informieren, zu bilden/belehren und die Gemeinsamkeiten der Erfahrungen hervorzuheben. Dabei wurde der Fokus auf den Selbstwert gelegt und maladaptive Copingstrategien hervorgehoben. Potentiell wirksame Massnahmen zur Stigmakontrolle wurden mit dem Ziel entwickelt, die Erfahrungen zur Stigmatisierung und die daraus resultierenden Auswirkungen überwindbar zu machen. Das wöchentliche Programm beinhaltete stets unterschiedliche Themenschwerpunkte, wie Stigmatisierung und Selbst-Stigmatisierung, Diskriminierung und Copingstrategien. Dabei wurden über in der Gesellschaft verankerte Mythen wie die Gewalttätigkeit von Schizophreniekranken gesprochen, die Auswirkungen der Stigmatisierung analysiert und alltagsbezogene Rollenspiele zur Bewältigung gemacht. Elemente der Psychoedukation dienten dazu, den Teilnehmern Informationen zur Krankheit und deren

Stigmatisierung abzugeben. Die Gruppenstruktur des Programms war ein wichtiges Element für die Vermittlung des Gefühls, mit den Problemen nicht alleine zu sein, und die Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Für die Darstellung der Veränderungen wurde sechs Wochen vor Interventionsbeginn (T0) und direkt vorher (T1) eine Messung gemacht, welche verglichen wurden mit denen gleich nach der Intervention (T2) und sechs Wochen später (T3). Dabei konnte festgestellt werden, dass vor allem während der Behandlungsperiode ein signifikanter Effekt erzielt wurde. Dieser Effekt zeigte sich besonders bei der Messung des Selbstwerts, der allgemeinen Symptomatik (Positiv- und Negativ-Symptomatik, allgemeine Psychopathologie) und der depressiven Symptome. Der Selbstwert und die depressiven Symptome konnten in der Zeitspanne nach Interventionsschluss nicht aufrechterhalten werden. Anders bei der allgemeinen Symptomatik, wo eine Stabilisierung festzustellen war. Die Messung des Empowerments und der erfahrenen Stigmatisierung zeigte keine signifikanten Veränderungen. Auch die Copingstrategien konnten durch die Intervention nicht verbessert werden.

Macinnes & Lewis (2008) präsentierten und evaluierten in ihrer Studie ein Programm, welches drei Hauptelemente beinhaltet. Ein kognitiver Ansatz mit psychoedukativem Input diene als Unterstützung für die Teilnehmer, sich selber als fehlbare Menschen zu akzeptieren und in der Interaktion mit anderen ruhig bleiben können. Ein zweites Element der Therapie war die ganzheitliche Betrachtungsweise der Patienten mit all ihren biologischen und psychologischen Faktoren, wodurch Ansatzpunkte der Stigma-Bekämpfung sichtbar gemacht werden sollten. Schliesslich beinhaltet die Behandlung die Auffassung, dass Gesundheit oder Krankheit nie ein vollständiger Zustand sind und sich ein Individuum stets auf einem Kontinuum befindet und sich flexibel hin und her bewegen kann. Dies sollte die Normalisierung der psychischen Krankheit unterstützen. Dieses sechswöchige Programm wurde mit 20 psychisch kranken Menschen durchgeführt und evaluiert. Die Forscher wollten primär herausfinden, ob die Intervention, mit dem spezifischen Schwerpunkt auf die Entwicklung einer Selbst-Akzeptanz, die Selbst-Stigmatisierung reduzieren kann. Dafür wurden in Prätests die Levels des Selbst-Stigmas, der Selbst-Akzeptanz, des Selbstwertes und des psychischen Wohlbefindens gemessen und nach der Intervention mit den Ergebnissen der Posttests verglichen. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung des Selbst-Stigmas und der Selbst-Akzeptanz. In Bezug auf den Selbstwert und das psychische Wohlbefinden konnten nur Unterschiede mit geringer Signifikanz festgestellt werden. Die Korrelations-Messungen wiesen darauf, dass nur minimale Zusammenhänge bestehen zwischen dem Selbst-Stigma und den anderen Komponenten.

Siegrist, Becker, Becker & Trenckmann (2004) stellen in ihrer Studie ein für schizophrenerkrankte Patienten entworfenes Stresstraining vor, das die Wege in die soziale Welt öffnet, Stress

abbauen und das Stigma-Management fördern soll. Das Trainingsprogramm basiert auf sozialpsychologischer Literatur, die besagt, dass soziale Kompetenzen mit Hilfe von Rollenspielen trainiert und gefördert werden können. Das Hineinversetzen in verschiedene Rollen soll den schizophrenerkrankten Patienten helfen, die bei ihnen verminderte gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit voranzutreiben, indem Dingen in Prozessen sozialen Handelns Bedeutungen zugeschrieben werden. Die Sozialpsychologie geht davon aus, dass Menschen auf der Basis dieser Bedeutungen handeln. Das Trainingsprogramm mit verhaltenstherapeutischer Grundlage sollte die sozialen Fertigkeiten der Teilnehmer so trainieren, dass die situationsgerechte Anwendung im Alltag gelingt. Zur Verbesserung des Stigma-Managements scheinen Rollenspiele deshalb geeignet, weil diese nicht nur Wissen um die eigene Erkrankung voraussetzen, sondern auch die Fähigkeit, dieses Wissen in sozialen Situationen angemessen anzuwenden. Das Training fand zweimal wöchentlich je eine Stunde mit 8-12 Teilnehmern statt. Das Langzeitprogramm konnte an 9 Patienten evaluiert werden, die am Follow-up teilgenommen haben. Evaluiert wurden die subjektive Lebensqualität und die Häufigkeit sozialer Kontakte mitsamt deren Bewertung. Das Krankheitswissen, das Stigma-Management und der Stressabbau konnten nur durch anekdotische Evidenz⁷ evaluiert werden. Die subjektive Lebensqualität stieg im Vergleich zum Prätest in fast allen Dimensionen an. Vor allem die Häufigkeit der sozialen Kontakte und deren Bedeutung für die Patienten zeigten positive Veränderungen. Auch die allgemeine Gesundheit, die Vitalität und das soziale Funktionieren konnten sich verbessern. Die präsentierten Studien zur KVT wurden von Autoren aus dem Bereich Soziologie, Psychiatrie oder Psychologie verfasst.

6.1.3 Psychoedukation

Die Psychoedukation soll dazu dienen, das Wissen der Schizophreniepatienten in Bezug auf ihre Krankheit, deren Behandlungsmethoden und den Umgang damit aufzubessern. Die folgende Darstellung der Studienergebnisse klärt auf, ob diese Strategie wirksam ist im Kampf gegen das Stigma der psychischen Krankheit.

Die psychoedukativen Gruppen stellen laut Angermeyer und Schulze (2001) eine Strategie dar, um das Empowerment der Patienten zu stärken und somit gegen die Selbst-Stigmatisierung zu arbeiten. Mit Hilfe solcher Gruppen lernen die Patienten, ihre Krankheit besser zu bewältigen.

⁷ anekdotische Evidenz: „Informeller Bericht über Evidenz in Form eines Einzelberichts oder vom Hörensagen. Der Ausdruck wird oft als Gegensatz zur empirischen Evidenz verwendet“ (freie Übersetzung aus: Enlexia, 2009, <http://www.123exp-science.com/t/01554212047/>).

Shin & Lukens (2002) entwickelten ein psychoedukatives Gruppenprogramm, welches sich durch eine kulturelle Anpassung an in den USA lebenden koreanischen Schizophreniepatienten richtete. Das randomisiert kontrollierte Experiment (RCT) hatte eine Stichprobengröße von 48 Teilnehmern, wobei 24 einer Experimental- und 24 einer Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Das kulturell sensibilisierte Psychoedukations-Programm wurde der Experimentalgruppe wöchentlich über 10 Wochen mit zusätzlichen individuellen Unterstützungssitzungen angeboten. Die Kontrollgruppe erhielt nur die wöchentlichen individuellen Unterstützungssitzungen. Die psychoedukativen Sitzungen bezweckten eine Wissenserweiterung (Vorträge, Fragerunde, Diskussionsrunde) in Bezug auf die Definition der Krankheit, die Medikamenteneffekte und – nebeneffekte, die Rückfallprävention, das Krisen- und Krankheitsmanagement, das Stigma, das Kommunikations- und Stressmanagement (Skills-Training), die Selbsthilfe und die gesellschaftlichen Ressourcen. Diese Inhalte waren an traditionelle Krankheitskonzepte der Koreaner angepasst. Alle Sitzungen wurden auf Koreanisch gehalten und zur Nachhaltigkeit wurden zusätzlich Handouts ausgeteilt und Refresher gemacht. Um den Interventionen noch mehr Stärke zu verleihen, wurden parallel zusätzlich Sitzungen für Familienangehörige organisiert. Auch hier war wieder der Aspekt im Hintergrund, dass Koreaner sehr familienzentriert sind und nur ungern mit fremden Menschen über ihre Probleme reden.

Die Experimentalgruppe erfuhr im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante positive Veränderungen in Bezug auf die Symptomatik, die Stigma-Wahrnehmung und die Coping-Skills.

6.1.4 Psychosoziale Gruppenintervention/Selbsthilfegruppen/Gruppenidentifikation

Dieses Kapitel soll unabhängig vom Therapieansatz die Effizienz der Gruppeninterventionen darstellen. Hier wird aufgezeigt, welche Wirkung die gegenseitige Unterstützung der Peers (Gleichgesinnte) mit sich bringt in Bezug auf die Stigmareduktion von psychisch Kranken. Ausserdem wird beleuchtet, inwieweit die Gruppenidentifikation, also das Gefühl, zu einer Gruppe zu gehören, das Stigma der psychischen Krankheit bekämpfen kann.

McCay, Beanlands, Zipursky, Roy, Leszcz, Landeen, Ryan, Conrad, Romano, Francis, Hunt, Costantini und Chan (2007) testeten mittels eines RCT's eine Gruppenintervention für junge Schizophrenie Kranke. Die Forscher stellten die Hypothese auf, dass das Programm eine signifikante Verbesserung des Selbst-Konzeptes, des Selbstwertes, des Selbstvertrauen, der Lebensqualität und der Hoffnung erzielen und die krankheitsdefinierte Identität und Selbst-Stigmatisierung verringern würde. Die Gruppenstruktur sollte die Charaktere der Teilnehmer stärken und das Gefühl vermitteln, mit den Problemen nicht alleine zu sein. Die Sitzungen liessen

auch Platz für offene Diskussionen. Die Messungen dieser Interventionsgruppe wurden mit diesen der Kontrollgruppe, welche eine gewöhnliche, bekannte Behandlung erhielt, verglichen. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erfuhren im Gegensatz zur Kontrollgruppe während dem 12-wöchigen Gruppenprogramm signifikante Veränderungen, und zwar eine Reduktion der krankheitsdefinierten Identität, eine Zunahme der Hoffnung und eine Verbesserung der Lebensqualität. Das Selbstkonzept, der Selbstwert, das Selbstvertrauen und das Stigma haben sich dagegen nicht signifikant verändert.

Auch die Interventionsstudie von McCay, Ryan & Amey (1996) betont die Wichtigkeit der Gruppeninterventionen bei Schizophreniekranken in Bezug auf die positive Entwicklung von Copingstrategien, die Krankheitsdefinition und den Selbstwert. Mittels eines sechswöchigen Programms wurden mit sechs rekrutierten Patienten Gruppensitzungen auf deren Effizienz überprüft. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, ihren emotionalen Reaktionen auf die Krankheit Ausdruck zu verleihen. Die Aussagen der Patienten dienten der Überprüfung der Interventionseffizienz. Die Stigmatisierung wurde von den Teilnehmern als grosse Belastung geschildert. Es wurden Aussagen darüber gemacht, dass andere Benennungen für die Krankheit, zum Beispiel „nervenbedingter Zusammenbruch“, besser akzeptiert werden könnten. Ausserdem ging hervor, dass die Stigmatisierung den Selbstwert der Betroffenen stark beeinträchtigen würde. Die Patienten konnten innerhalb der Gruppensitzungen Erfahrungen austauschen bezüglich der Bewältigung verschiedener krankheitsbedingter Situationen. In Bezug auf die Stigmatisierung wurde vor allem die Strategie genannt, mit einem positiven Selbstbild die Reaktionen der Öffentlichkeit zu bekämpfen. Ausserdem dosieren sie die Selbstoffenbarung, um der Stigmatisierung direkt aus dem Weg gehen. Die Sitzungsleiter konnten zum Schluss beobachten, dass wenigstens drei der vier zum Schluss übrig gebliebenen Teilnehmern ein erhöhtes Selbstwertgefühl hatten.

Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe (2008) haben in einer quantitativen Studie den Zusammenhang der Unterstützung durch Gleichgesinnte und der Dämpfung der negativen Einflüsse der Stigmatisierung bei psychisch Kranken untersucht. Aus verschiedenen Rehabilitations-Kliniken Belgiens wurden insgesamt 595 mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens interviewt. Dabei wollten die Forscher herausfinden, ob die erfahrene Stigmatisierung den Selbstwert der Patienten negativ beeinflusst. Weiter wurde erforscht, ob der Selbstwert durch die Unterstützung von Gleichgesinnten erhöht werden kann und inwieweit dadurch der negative Zusammenhang zwischen dem Stigma und dem Selbstwert unterbrochen werden kann. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stigmatisierung den Selbstwert des psychisch kranken Patienten negativ beeinflusst. Die Hypothese, dass Stigmaerfahrungen subjektiv sind

und zur Symptomatik der psychisch Kranken gehören, konnte widerlegt werden. Ausserdem fanden die Forscher heraus, dass der Kontakt mit Gleichgesinnten den Selbstwert positiv beeinflusst. Die Hypothese, dass dieser Kontakt den negativen Einfluss des Stigmas auf den Selbstwert unterbrechen kann, wurde widerlegt.

Die Selbsthilfegruppen sind laut Angermeyer und Schulze (2001) am wirksamsten für die Reduktion der Selbst-Stigmatisierung. Innerhalb dieser Gruppen lernen die Patienten, sich gegenseitig zu unterstützen gegen das Stigma anzukämpfen. Aus der Literaturübersicht von Heijnders und Van Der Meij (2006) wird sichtbar, dass Selbsthilfegruppen positive Auswirkungen auf die Identität, die Copingstrategien und die soziale Integration von psychisch Kranken haben. Es werden zwei Studien vorgestellt, bei denen die positive Wirkung der Selbsthilfegruppen auf die Stigmatisierung bestätigt wurde.

Psychisch Kranke, die sich einer Gruppe zugehörig fühlen und sich mit dieser identifizieren können, sind weniger von der Selbst-Stigmatisierung betroffen und es gelingt ihnen besser, die Kontrolle zu behalten. Gruppenzusammenkünfte, die von Betroffenen selber organisiert werden, erhöhen das persönliche Empowerment; denn sie bieten die Möglichkeit, Verantwortung zu zeigen und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Corrigan & Wassel, 2008).

Bei zwei der vorgestellten Studien waren Fachleute aus der Pflege beteiligt (McCay et al., 2007; McCay et al., 1996). Es wird jedoch in keiner Studie explizit erwähnt, für welche Berufsgruppen diese Interventionen zugänglich sind.

6.2 Interpersonelle Ebene

Die Interventionen auf der interpersonellen Ebene befassen sich mit dem Kontakt und den Beziehungen zwischen den Schizophreniekranken und der Öffentlichkeit. Sie bezwecken vor allem Einstellungs- und Verhaltensänderungen der allgemeinen Bevölkerung. Obwohl die Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit nicht in die Einschlusskriterien der vorliegenden Arbeit gehört, werden diese Strategien dargestellt, weil Betroffene aktiv daran beteiligt sind.

6.2.1 Interpersoneller Kontakt

In der Literaturübersicht von Angermeyer und Schulze (2001) wird beschrieben, dass die Öffentlichkeit bestimmte Attribute eines Menschen oft auf die ganze Persönlichkeit überträgt, so dass nicht mehr von einer Person mit Schizophrenie, sondern von einem Schizophrenen gesprochen wird. Persönlicher Kontakt zu psychisch Kranken scheint eine effiziente Strategie,

um gegen dieses Phänomen anzutreten. Die Forscher beziehen sich dabei auf eine Studie, die besagt, dass solche Kontakte bereits in der Kindheit gefördert werden sollen, bevor die Stereotypisierung das Bild der psychisch Kranken beeinflusst hat. Auf diese Weise lernt das Umfeld, die psychisch Kranken ganzheitlich wahrzunehmen und mit all ihren Persönlichkeitszügen kennen zu lernen.

Auch Corrigan et al. (2005) betonen die Wichtigkeit des Kontaktes zwischen psychisch Kranken und der Öffentlichkeit. Sie beschreiben in ihrer Literaturübersicht drei wichtige Strategien, um das öffentliche Stigma zu bekämpfen. Dabei konnte in mehreren von ihnen erwähnten Studien bestätigt werden, dass Kontakt im Vergleich zum Protest in der Öffentlichkeit und der Bildung/Belehrung die effizienteste Strategie darstellt, um Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken zu verändern. Die Literaturübersicht von Corrigan und Wassel (2008) tragen im Ergebnisteil die gleichen drei Strategien zur Stigmabekämpfung in der Öffentlichkeit zusammen wie oben bereits erwähnt. Auch hier wird dem Kontakt zwischen den psychisch Kranken und der Allgemeinbevölkerung grosse Wichtigkeit zugeschrieben. Besonders die realitätsnahen Verbindungen, wie sie im Alltagsleben zustande kommen, werden als effizient eingestuft. Die Menschen, die mit psychisch Kranken in Kontakt treten, sollten sich mit letzteren auf demselben sozialen Level einfinden, damit keine Mitleidsgefühle auftreten können. Betroffene können dabei mit dem Ziel, eine Empathie zwischen ihnen und dem Umfeld zu schaffen, über ihre Erfahrungen in Bezug auf ihre Krankheit sprechen. Gewisse Gegebenheiten können so besser nachvollzogen und die Akzeptanz vergrößert werden.

Couture und Penn (2003) beschreiben in ihrer Literaturübersicht die Auswirkung des Kontaktes zwischen psychisch Kranken und der Öffentlichkeit noch etwas genauer. In ihrer Recherche haben die Verfasser die Ergebnisse in zwei verschiedene Kategorien aufgeteilt. Die erste Kategorie beinhaltet Arbeiten mit retrospektiven Designs, bei denen es sich um Querschnittstudien handelt und eine Ist-Analyse präsentierten in Bezug auf die Einflüsse der interpersonellen Kontakte. Diese Studien zeigen auf, dass die Menschen, die in Kontakt mit psychisch Kranken sind, weniger schlechte Einstellungen zu ihnen haben und sich weniger von ihnen distanzieren. Häufige Kontakte können Vorurteile, zum Beispiel in Bezug auf die Gewalttätigkeit, vermindern. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass es keinen Unterschied macht, ob der Kontakt freiwillig oder unfreiwillig zu Stande gekommen ist. Diese Feststellung konnte jedoch durch die Studien der zweiten Kategorie widerlegt werden. Die zweite Kategorie befasst sich mit prospektiven Studien, bei denen Pre- und Posttests vor und nach Kontakten zu psychisch Kranken durchgeführt wurden. Hier wird präsentiert, dass freiwilliger Kontakt am wirksamsten für Einstellungsveränderungen ist. Dabei ist jedoch nicht ganz klar, ob gewisse

Charaktereigenschaften oder wirklich die Freiwilligkeit der Grund der Veränderungen sind. Eine Metaanalyse mit dem prospektiven Design konnte die Effizienz von Kontakten klar nachweisen. Einstellungsveränderungen sind umso grösser, je schlechter die Einstellung zum psychisch Kranken vor dem Kontakt ist. Ausserdem wird eine Studie präsentiert, welche die physiologischen Veränderungen, und daher eine Stressreduktion, durch häufige Kontakte nachweist. Im Gegensatz dazu wird aufgezeigt, dass das Personal, das mit psychisch Kranken zusammenarbeitet, durch häufige Kontakte keine Einstellungsänderungen erfahren. Es wird dabei betont, dass nicht die Quantität der Kontakte, sondern deren Qualität entscheidend ist, ob sich die Einstellung zu psychisch Kranken verändert.

Holmes und River (1998) sprechen in ihrer Literaturrecherche eine neue Sichtweise des Kontaktes zur Aussenwelt an. Sie beschreiben nebst der Stigmareduktion in der Öffentlichkeit auch die Verminderung der Selbst-Stigmatisierung, indem die psychisch Kranken sich als Teil der Bevölkerung wahrnehmen.

6.2.2 Umgang mit der Offenbarung der Krankheit

Anlehnend an das Konzept von Goffman (siehe theoretischer Rahmen) kann eine Person diskreditiert oder diskreditierbar sein, je nachdem wie bekannt und sichtbar die Krankheit ist. Angermeyer und Schulze (2001) beziehen sich dabei auf Aussagen einer Studie, die besagt, dass die Sichtbarkeit der andersartigen Eigenschaft eine zentrale Rolle spielt, inwieweit ein Stigmazprozess in Gang kommt und welche Konsequenzen die betroffene Person daraus zieht. Daraus schliessen sie, dass die am Behandlungsprozess beteiligten Personen einen grossen Einfluss auf diesen Prozess haben, denn mit einer optimalen Medikamenteneinstellung können die Symptome der Krankheit in Bezug auf deren Visibilität beeinflusst und Nebenwirkungen eingegrenzt werden (Angermeyer & Schulze, 2001).

Auch Corrigan und Wassel (2008) nehmen die Thematik der Offenbarung in ihre Literaturübersicht auf. Sie betonen, dass Patienten selber entscheiden müssen, ob sie ihre Krankheit ans Licht bringen wollen oder nicht. Die Offenbarung kann helfen, Scham zu verringern, sich mit anderen zu identifizieren und Erfahrungen auszutauschen. Je mehr Betroffene mit ihrer Krankheit an die Öffentlichkeit treten, desto stärker erscheint die Bekämpfung des Stigmas. Die Bekanntmachung der Krankheit, so Corrigan und Wassel (2008), kann aber auch negative Aspekte mit sich ziehen. Wie bereits beschrieben, kann dies den Stigmazprozess in Gang setzen und die Diskriminierung der psychisch Kranken verstärken.

Es gibt verschiedene Etappen, die Krankheit ans Licht zu bringen. Corrigan und Wassel (2008) und Holmes und River (1998) erwähnen dabei die Geheimhaltung, die selektive und die unselektive Offenbarung und die aktive Veröffentlichung. Bei der selektiven Methode erzählen die Betroffenen nur bestimmten Personen über ihre Krankheit, wogegen Menschen bei der unselektiven Offenbarung unüberlegt und ohne Bedenken mit ihrer Geschichte nach aussen treten. Menschen, die sich und ihre Krankheit aktiv ans Licht bringen, ist bewusst, dass dies eine effiziente Strategie ist, um dem Stigma entgegenzuwirken. Heijnders und Van Der Meij (2006) zeigen in ihrer Literaturübersicht auf, dass psychisch kranke Patienten mit Bewältigungsmechanismen zur Geheimhaltung ihrer Krankheit, wie Vermeidung und Rückzug, nicht gegen das Stigma ankämpfen können. Holmes und River (1998) betonen in ihrer Übersichtsarbeit die Wichtigkeit, über eine längere Zeitdauer eine Kosten-Gewinn-Abwägung zu machen, um den Entscheidungsprozess bezüglich der Geheimhaltung oder Offenbarung der Krankheit zu erleichtern.

Lamb (2009) untersuchte mit Hilfe einer Literaturübersicht eine ganz andere Methode, um mit der Öffentlichkeit in Kontakt zu treten. Sie beschreibt, dass viele psychisch Kranke, besonders Schizophreniepatienten, sehr kreativ sind und ihre Talente nach aussen tragen sollen. Mit der Veröffentlichung von Werken kann ein Kontakt zu Aussenwelt hergestellt und Vorurteile bekämpft werden, indem der Fokus von ihrer Krankheit weg auf ihre Fähigkeiten gelenkt wird. Die Kunst dient ausserdem als Mittel, Gedanken, Emotionen und Ideen zu äussern, was auch ein Gewinn für die psychisch Kranken selbst darstellt. Die Evidenz dieser Art der Kontaktaufnahme wurde in Bezug auf die Stigmareduktion nur anekdotisch bestätigt. Es bestehen jedoch schon etliche Projekte, die sich mit der Kunst von psychisch Kranken beschäftigen und gewinnbringende Auswirkungen, wie etwa die Erhöhung des Selbstwertes, ansatzweise präsentieren konnten.

7. Diskussion

In diesem Kapitel werden die vorgestellten Ergebnisse (Kap. 6) näher unter die Lupe genommen. Die Studien erhalten je nach wissenschaftlicher Qualität und Evidenz des Designs an mehr oder weniger Gewicht, was es ermöglicht, gewisse Ergebnisse zu relativieren und andere zu unterstützen. So können schlussendlich die Interventionen mit der grössten Beweiskraft hervorgehoben werden.

Die Diskussion der Studien ist, der Darstellung der Ergebnisse identisch, nach Interventionen gegliedert und in derselben Reihenfolge wie im vorherigen Kapitel aufgelistet.

7.1 Empowerment

Das Konzept Empowerment wurde von drei der 14 Studien im Zusammenhang mit der Stigmareduktion thematisiert (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Corrigan & Wassel, 2008). Bei allen drei Studien handelt es sich um Literaturübersichten, die sich innerhalb der Evidenzhierarchie zwar auf oberster Stufe befinden (siehe Anhang N), durch die mangelnde Systematik der Ergebnissuche aber trotzdem nur geringe Beweiskraft haben. Dies widerspiegelt sich bei der Bewertung dieser Literaturübersichten bezüglich derer wissenschaftlichen Qualitäten, die bei allen ungenügend ausgefallen ist (siehe Anhang G). Keine der drei Studien stellt eine präzise Fragestellung auf, so dass die Literaturübersichten durch die mangelnde Eingrenzung nur breitgefächerte Ergebnisse präsentieren können. Die in die Übersichtsarbeiten einbezogenen Studien wurden bezüglich deren Glaubwürdigkeit nicht bewertet, so dass keine Gewichtung der Ergebnisse ersichtlich ist. Mit Ausnahme von Corrigan und Wassel (2008), die sich nur auf empirische Studien beschränkten, werden in keiner Literaturübersicht Einschlusskriterien erwähnt. Nur Angermeyer und Schulze (2001) beziehen sich auf eine eng eingegrenzte Population, nämlich die Schizophreniekranken. Die anderen zwei Arbeiten schliessen alle psychisch Kranken mit ein, was wegen der Variabilität der Krankheiten etwas fraglich erscheint. Die Tatsache, dass in keiner dieser Literaturübersichten ethische Standpunkte vertreten sind, stellt einen bedeutenden Mangel der Arbeiten dar.

Die Bedeutung des Empowerments wird in Bezug auf die Stigmareduktion erwähnt (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Corrigan & Wassel, 2008). Es wird jedoch nicht ganz klar, wie die genaue Umsetzung des Empowerment-Ansatzes aussehen soll. Alle der erwähnten Arbeiten beinhalten Aussagen über Strategien und empowernde Ansätze, diese werden jedoch nicht konkretisiert. Ausserdem ist nicht ersichtlich, von welcher Berufsgruppe

diese Empowerment-Interventionen durchgeführt werden sollen. Die Übersichtsarbeiten sind hilfreich, um sich einen Überblick über die Thematik zu verschaffen, jedoch lassen es die qualitativen Defizite nicht zu, die Ergebnisse innerhalb der Population zu verallgemeinern und auf diese zu übertragen.

7.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Bei der systematischen Literatursuche ist die Autorin insgesamt auf acht Studien gestossen, die Aussagen über die Wirkung der kognitiven Verhaltenstherapie auf das Stigma von psychisch Kranken (oder spezifisch auf Schizophreniekranken) beinhalten (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Corrigan & Wassel, 2008; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Holmes & River, 1998; Knight et al., 2006; Macinnes & Lewis, 2008; Siegrist et al., 2004). Fünf dieser Studien sind Literaturübersichten (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Corrigan & Wassel, 2008; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Holmes & River, 1998) und bei dreien handelt es sich um Interventionsstudien (Knight et al., 2006; Macinnes & Lewis, 2008; Siegrist et al., 2004).

Die Überprüfung der Literaturübersichten zeigte ernüchternde Ergebnisse in Bezug auf deren wissenschaftlichen Qualitäten (siehe Anhang G). Nur Heijnders und Von Der Meij (2006) gingen bei der Suche nach brauchbaren Studien systematisch vor, so dass hier die Wahrscheinlichkeit des Einbezugs aller relevanten Ergebnisse grösser ist als bei den anderen vier Literaturübersichten. Auf Grund dessen weist ihre Übersichtsarbeit, im Vergleich zu den restlichen vier, eine höhere wissenschaftliche Qualität auf (siehe Anhang G). Doch auch hier sind Kritikpunkte anzubringen, denn die einbezogenen Studien wurden, wie auch bei den restlichen vier Übersichtsarbeiten, nicht beurteilt in Bezug auf deren Glaubwürdigkeit. Auf Grund dessen können keine Aussagen darüber gemacht werden, welche Beweiskraft die Resultate haben. In keiner der fünf Literaturübersichten wird eine präzise Fragestellung formuliert. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass die Literatursuche zu wenig präzise organisiert wurde. Ausserdem fehlt eine ethische Standpunktvertretung, was ein beträchtliches Defizit darstellt. Literaturübersichten befinden sich auf der Evidenzhierarchiestufe an oberster Stelle. Dies muss jedoch auf Grund der mässig bis schlechten wissenschaftlichen Qualität relativiert werden.

Die Beurteilung der Interventionsstudien zeigte ähnliche Ergebnisse (siehe Anhang L). Bei keiner der drei Interventionsstudien handelt es sich um ein RCT (Knight et al., 2006; Macinnes & Lewis, 2008; Siegrist et al., 2004), was bereits einen methodologischen Mangel darstellt und auf einer niedrigen Stufe in der Hierarchie der Forschungsevidenz einzugliedern sind (siehe Anhang N). Weiter vermögen es die Studien durch die kleine Stichprobenauswahl nur bedingt, glaubwürdige

Ergebnisse zu präsentieren. Die Bewertung der wissenschaftlichen Qualität konnte nur bei der Interventionsstudie von Macinnes und Lewis (2008) eine genügende Punktezahl nachweisen (siehe Anhang L): die Stichprobenzahl war relativ gering ($n=20$), eingesetzte statistische Kontrollmechanismen waren hingegen sehr stark (Konfidenzintervalle und p-Wert-Bestimmung). Die beobachteten Effekte dieser Interventionsstudie scheinen deshalb nicht nur auf Zufall zurückzuführen sein. Aus diesem Grund haben die Ergebnisse von Macinnes und Lewis (2008) mehr Beweiskraft als die jene der beiden anderen Interventionsstudien (Knight et al., 2006; Siegrist et al., 2004). Bei keiner der Interventionsstudien werden ethische Standpunkte eingenommen, dies obwohl das Verhalten der Teilnehmer direkt manipuliert wurde. Weder bei den Übersichtsarbeiten, noch bei den Interventionsstudien sind Empfehlungen darüber beschrieben, für welche Berufsgruppe die Umsetzung der KVT geeignet ist.

7.3 Psychoedukation

Die Interventionsstudie von Shin und Lukens (2002) weist laut der Bewertung mit 14.5 von möglichen 20 Punkten eine relativ gute wissenschaftliche Qualität auf (siehe Anhang L). Da RCT als Design eingesetzt wurde, kann die Studie auf einer höheren Stufe der Evidenzhierarchie angesiedelt werden. Die Forscher führen den signifikanten Effekt der Interventionen mitunter darauf zurück, dass das gesamte Programm der koreanischen Kultur angepasst wurde. Dies könnte gegen eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die gesamte Population der psychisch Kranken sprechen. Die Tatsache, dass die Interventionsgruppe von längeren Behandlungssitzungen profitieren konnte, könnte die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse in Frage zu stellen. Denn möglicherweise trägt nicht nur die Intervention selber, sondern auch die Behandlungsdauer zu dem signifikanten Effekt bei. Diese strukturellen Unterschiede missachten ausserdem ethische Richtlinien, die besagen, dass alle gleich behandelt werden sollen. Weiter sagen die Ergebnisse dieser Studie nichts über mögliche Langzeiteffekte der Interventionen aus, da die Evaluation des Programms nur bis zu einer Woche nach Interventionsschluss durchgeführt wurde. Dennoch kann vermutet werden, dass ein breiteres Wissen (und daher ein besseres Verstehen der Krankheit) die Wahrnehmung der Stigmatisierung beeinflussen kann, da Mythen und Vorurteile relativiert werden. Diese Aussage wird durch die Literaturübersicht von Angermeyer und Schulze (2001) bestärkt. In Bezug auf die Evidenzhierarchie befinden sich Literaturübersichten und RCT's auf gleicher Ebene (siehe Anhang N). Auf Grund der schlechteren wissenschaftlichen Qualität (siehe Anhang G) haben die Ergebnisse von

Angermeyer und Schulze (2001) jedoch weniger Aussagekraft. Aus der Analyse dieser beiden Studien wird nicht ersichtlich, welche Berufsgruppe psychoedukative Ansätze umsetzen soll.

7.4 Psychosoziale Gruppenintervention/Selbsthilfegruppen/Gruppenidentifikation

Verschiedene Studien untersuchten Gruppeninterventionen und deren Einfluss auf die Stigmatisierung von psychisch Kranken (Angermeyer & Schulze, 2001; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Mc Cay et al, 2007; Mc Cay et al., 1996; Verhaeghe et al, 2008). Die Ergebnisse müssen auf Grund der unterschiedlichen wissenschaftlichen Qualitäten der Studien verschieden gewichtet werden. Die beiden Interventionsstudien von Mc Cay et al. (2007) und Mc Cay et al. (1996) weisen in dieser Hinsicht grosse Abweichungen auf, dies vor allem wegen der unterschiedlichen Aufbau- und Durchführungsart der Studien. Erstere kann wegen ihres randomisiert kontrollierten Designs einer höheren Evidenzstufe zugeordnet werden (siehe Anhang N) und hat laut der Bewertung eine bessere wissenschaftliche Qualität (siehe Anhang L). Die Tatsache, dass die Verfasser dieser Studie die Ethikkommission eingeschaltet haben, bildet ein weiteres Qualitätsmerkmal der Arbeit. Die Ergebnisse der Interventionsstudie von Mc Cay et al. (1996) können wegen der geringen Stichprobenzahl (n=6) nicht verallgemeinert werden. Ausserdem stützen sich die Resultate dieser Studie nur auf den Aussagen der Teilnehmer. Die wissenschaftliche Qualität dieser Studie wurde als gering eingestuft (siehe Anhang L). Überdies lässt sich bei dieser Arbeit eine grosse ethische Problematik feststellen, weil bei dieser Methode der Auswertungsanalyse die Betonung des Datenschutzes unabdingbar wäre.

Die quantitative Studie von Verhaeghe et al. (2008) kann auf Grund der ausführlichen Datenerhebung und der adäquaten Auswertung dieser Daten gute Qualitätskriterien vorweisen (siehe Anhang I). Die Tatsache, dass die Teilnehmer alle persönlich interviewt wurden, birgt jedoch die Gefahr, dass möglicherweise sozial erwünschte Antworten geliefert worden sind, was die Ergebnisse hätte verfälschen können. Ausserdem fühlten sich die Patienten wegen der Anwesenheit der Forscher während der Rekrutierung unter Umständen zur Teilnahme verpflichtet, was einen rechtlichen und ethischen Schwachpunkt der Studie darstellt. Ein Vorteil des Studiendesigns hinsichtlich der ethischen Richtlinien ist es, dass durch die grosse Stichprobenzahl die Anonymität der Teilnehmer besser gewährleistet werden konnte. Obwohl keine Aussagen über die informierte Zustimmung gemacht werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme an diesem Projekt freiwillig war. Die gesamte Bewertung bezüglich der wissenschaftlichen Qualität der Studie, lässt es zu, die Resultate zu gewichten (siehe Anhang I).

Von den beiden Literaturübersichten, die Aussagen über die Wirkung von Gruppenprogrammen auf die Stigmareduktion machen, haben die Resultate von Heijnders und Van Der Meij (2006) mehr Beweiskraft als jene von Angermeyer und Schulze (2001) (siehe Anhang G). Aussagen von Angermeyer und Schulze (2001), wie diese, dass Selbsthilfegruppen die wirksamste Strategie zur Stigmareduktion darstellen, wurden nicht mit Literatur untermauert, was die Glaubwürdigkeit dieser Studie in Frage stellt.

RCT's und Literaturübersichten befinden sich an oberster Stufe der Forschungsevidenz-Hierarchie (siehe Anhang N). Der Vergleich der qualitativ besten Literaturübersicht (Heijnders & Van Der Meij, 2006) (siehe Anhang G) mit der qualitativ besten Interventionsstudie (McCay et al., 2007) (siehe Anhang L) zeigt, dass die Ergebnisse von ersteren ein wenig stärker gewichtet werden können. Die Resultate von Verhaeche et al. (2008) haben designbedingt im Vergleich zu den anderen beiden zwar Studien weniger Evidenz (siehe Anhang N), sind aber wegen der guten wissenschaftlichen Qualität trotzdem beweiskräftig (siehe Anhang I).

Für die konkrete Umsetzung der gruppenstrukturellen Interventionen fehlen gezielte Empfehlungen der Studien. Es ist nicht ersichtlich, für welche Berufsgruppe diese Ansätze geeignet sind. Einzig McCay et al. (2007) betont, dass Gruppenleiter für die Durchführung solcher Interventionen gut geschult sein und das nötige Wissen haben müssen.

7.5 Interpersonelle Kontakte

Die interpersonellen Kontakte zwischen psychisch Kranken und der Allgemeinbevölkerung und deren Wirkung auf die Stigmatisierung wurde von fünf Literaturübersichten aufgezeigt (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Corrigan & Wassel, 2008; Couture & Penn, 2003; Holmes & River, 1998). Davon weist nur eine Übersichtsarbeit Anzeichen einer systematischen Vorgehensweise auf (Couture & Penn, 2003), weshalb diese Ergebnisse stärker gewichtet werden als jene der anderen vier Studien. Der Kategorienbildung der recherchierten Studien von Couture und Penn (2003) in retro- und prospektive Designs kann entnommen werden, dass eine Gewichtung der Ergebnisse vorgenommen wurde, denn die Ursache-Wirkung-Beziehung ist bei prospektiven Studien stärker. Mit 11 von möglichen 18 Punkten hat jedoch auch diese Literaturübersicht Mängel, die an der Beweiskraft der Resultate zweifeln lassen (siehe Anhang G). Die einzelnen Studien werden innerhalb der Kategorie nicht kritisch bewertet, so dass nicht klar ist, welche Ergebnisse am glaubwürdigsten sind. Ausserdem wird dadurch, dass Studien bis zum Jahr 1970 mit einbezogen werden, die Aktualität und die Relevanz der Ergebnisse in Frage gestellt.

Die Ergebnisse aller Studien in Bezug zu dieser Thematik weisen darauf hin, dass der interpersonelle Kontakt wichtig ist, um gegen das Stigma der psychisch Kranken anzukämpfen. Die mangelnde Evidenz der Literaturübersichten lässt jedoch trotz der guten Stufe in der Hierarchie der Forschungsevidenz (siehe Anhang N) an deren Beweiskraft zweifeln und stellt die Verallgemeinerbarkeit in Frage.

7.6 Umgang mit der Offenbarung der Krankheit

In fünf Literaturübersichten wurde die Offenbarung der Krankheit und deren Zusammenhang mit dem Stigma thematisiert (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan & Wassel, 2008; Holmes & River, 1998; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Lamb, 2009). In Bezug auf die Evidenzhierarchie nehmen die Literaturübersichten zwar eine gute Stufe ein, trotzdem können nicht alle dieser Studien gewichtet werden. Der Studie von Heijnders und Van Der Meij (2006) scheint die stärkste Beweiskraft zu haben, denn sie weist mit 11.5 von möglichen 18 Punkten die beste wissenschaftliche Qualität auf (siehe Anhang G). Man kann davon ausgehen, dass hier die Lücken in Bezug auf die Suche nach relevanten Studienergebnissen am kleinsten ist, weil systematisch vorgegangen wurde. Lamb (2009) bringt inhaltlich mit ihrer Literaturübersicht eine ganz neue Richtung. Die Autorin dieser Arbeit hat als einzige der gesamthaft sieben analysierten Übersichtsarbeiten einen ethischen Standpunkt eingenommen, indem sie betont, dass die Kundmachung der Identität der Patienten freiwillig ist. Die in ihrer Studie erwähnten Aussagen über die ersten Evaluationen der Kunstprojekte scheinen jedoch sehr vage, denn sie beziehen sich nur auf Beobachtungen. Ihre Resultate können wegen der geringen wissenschaftlichen Qualität nur wenig gewichtet werden (siehe Anhang G). Daher ist die Effizienz der Veröffentlichung von Kunstprojekten in Bezug auf die Stigmabekämpfung nicht bestätigt.

8. Schlussfolgerung

8.1 Beantwortung der Fragestellung

Bereits zu Beginn der Arbeit wird die Wichtigkeit des Empowerments für die Planung der Interventionen zur Stigmareduktion betont. Die Literaturrecherche hat jedoch diesbezüglich nur Studien hervorgebracht, deren Ergebnisse auf Grund mangelnder Beweiskraft nicht verallgemeinert werden können. Dieses Konzept ist im deutschsprachigen Raum, aber auch im übrigen Europa, noch wenig bekannt (Rössler, 2004), was ein Grund dafür sein könnte, dass Studien zu dieser Thematik noch fehlen. Die Autorin der vorliegenden Arbeit konnte aber feststellen, dass viele der präsentierten Interventionen Empowerment-Ansätze beinhalten, diese jedoch nicht so benannt werden.

Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe wird im Kapitel 4.2 als empowerment-fördernden Aspekt beschrieben. Die Literaturrecherche konnte die Wirksamkeit der Gruppenstruktur zur Stigmareduktion dennoch nicht bestätigen. Obwohl auch positive Effekte gefunden wurden, zeigten die drei beweiskräftigsten Studien diesbezüglich nur insignifikante Ergebnisse (McCay et al., 2007; Verhaeghe et al., 2008; Heijnders & Van Der Meij, 2006).

Eine weitere Intervention mit eindeutigen Empowerment-Zügen ist die Psychoedukation (siehe Kapitel 4.2), deren Wirksamkeit zur Stigmareduktion mehrheitlich, und vor allem durch die stärkste Studie, bestätigt werden konnte (Shin & Lukens, 2002). Die Anpassung der Psychoedukation an individuelle Charaktere, zum Beispiel an den Intellekt oder die Kultur des Patienten, scheint ein zusätzlicher Erfolgsfaktor dieser Intervention zu sein (Shin & Lukens, 2002). Das Wissen über die eigene Krankheit und die verschiedenen Behandlungsmethoden, so kann vermutet werden, befähigt Patienten, Einfluss auf die Stigmabekämpfung zu nehmen.

Weniger eindeutige Effekte zeigten die Ergebnisse der Studien, welche die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Zusammenhang mit der Stigmareduktion untersuchten. Dennoch, trotz den kontroversen Ergebnissen, kann die KVT als erfolgsversprechend angesehen werden, denn die zwei beweiskräftigsten Studien wiesen positive, das heisst stigmareduzierende, Effekte auf (Heijnders & Van Der Meij, 2006; Macinnes & Lewis, 2008).

Die Förderung der interpersonellen Kontakte zwischen Schizophreniekranken und der Öffentlichkeit scheint für die Reduktion der Stigmatisierung von Bedeutung zu sein. Dies wird durch die Ergebnisse aller Studien, die diesbezüglich Aussagen machen, bekräftigt (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Corrigan & Wassel, 2008; Couture & Penn, 2003; Holmes & River, 1998). Trotzdem können diese Resultate nicht bedingungslos verallgemeinert werden, da diese Studien wegen qualitativen Mängel nicht ausreichende Beweiskraft haben. Die Autorin

geht aber dennoch davon aus, dass die interpersonellen Kontakte die Entstigmatisierung fördern. In der Studie von Couture und Penn (2003) wird diese Annahme durch die Ergebnisse einer Metaanalyse unterstützt.

Beim Umgang mit der Offenbarung der Krankheit geht es nicht direkt um eine Intervention, sondern um Verhaltensweisen. Diese Verhaltensweisen sind unterschiedlich, je nachdem, ob eine schizophreniekranke Person diskreditierbar oder diskreditiert ist (siehe Kap. 4.1). Die dazu analysierten Studien gaben Empfehlungen diesbezüglich aus. Diese dienen zur Unterstützung für Professionelle als Beratungspersonen, liefern aber keine bewiesene Verhaltensrezepte. Heijnders und Van Der Meij (2006), die Autoren der stärksten Studie dieses Untersuchungsgegenstandes, beschrieben, dass die Bewältigungsmechanismen zur Geheimhaltung der Krankheit keine stigmareduzierende Strategien darstellen. Goffman (1994) erwähnt, dass wenn ein Stigmatisierter in der Öffentlichkeit Gutes bewirkt, zum Beispiel einen Preis gewinnt, oder auf irgendeine positive Weise bekannt wird, so werden alle Anhänger des gleichen Stigmas für die „Normalen“ zugänglicher. Diese Aussage kann man in Verbindung mit der Studie von Lamb (2009) setzen, welche annimmt, dass Veröffentlichungen von Kunstobjekten psychisch Kranker eine Entstigmatisierung der Öffentlichkeit bewirken können. Dieser Untersuchungsgegenstand ist jedoch noch zu wenig eindeutig bewiesen, um von einer effizienten Strategie zu sprechen.

8.1.1 Relevanz und Bedeutung für die Pflege

Nur drei der 14 analysierten Studien wurden entweder von Pflegenden (mit)verfasst oder in Pflegezeitschriften publiziert (Lamb, 2009; McCay et al., 1996; McCay et al., 2007). Die anderen Arbeiten sind im Fachgebiet der Psychologie, Psychiatrie oder Soziologie einzugliedern.

Trotzdem haben die Ergebnisse Relevanz für die Pflege, nicht nur wegen der vermehrt wichtigen interprofessionellen Zusammenarbeit.

Die Interventionen mit dem Ziel der Stigmareduktion müssen an verschiedenen Levels ansetzen, um vielversprechende Erfolge anzustreben (Heijnders & Van Der Meij, 2006). Das Konzept Empowerment hat dabei trotz Mangel an beweiskräftigen Studien einen zentralen Platz, denn die Mitentscheidung und Mitbeteiligung der Patienten fördert ein positives Selbstbild und bietet eine gute Grundlage, den Umgang mit der Stigmatisierung zu optimieren (Hoffmann, 2005).

Die Autorin wird in diesem Kapitel ausschliesslich jene effizienten Interventionen präsentieren, welche auf Grund von genügend erwiesener Beweiskraft in die Praxis implementiert werden könnten. Es handelt sich dabei um Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie mit dem Schwerpunkt der Psychoedukation.

Die Pflege wird unter anderem als ein „absichtsvoller Prozess, in dem die Pflegenden ihr Selbst als eine edukative und Reife bewirkende Kraft gegenüber dem Patienten einbringt“ definiert (Rakel & Lanzenberger, 2001, S. 12). Nach Peplau gehören die Rollen der Informationsvermittlern und der Lehrenden zur Kompetenz der Pflegenden (Rakel & Lanzenberger, 2001). Die Psychoedukation gehört daher mitunter in das Arbeitsfeld der Pflegenden und gilt als effiziente Intervention zur Stigmareduktion bei Schizophreniepatienten (siehe Kapitel 8.1).

Die Literaturanalyse der Gruppenidentifikation hat zwar ergeben, dass allein die gruppenstrukturellen Gegebenheiten nicht gegen das Stigma ankämpfen können. Die Autorin geht aber davon aus, dass die Psychoedukation im Gruppengefüge Erfolg hat, denn sie wurde in den untersuchten Studien in dieser Form getestet. „Die Gruppenleitung erfordert von den Pflegekräften ein pädagogisches Gefühl und die Fähigkeit, Lernprozesse anzustossen. Viele der psychoedukativen Gruppen ähneln einer Unterrichtsstunde“ (Rakel & Lanzenberger, 2001, S. 12). Rössler (2004) schreibt, dass die Moderatoren auf jeden Fall ausreichende Erfahrung mit Patienten der jeweiligen Indikation verfügen und gewisse psychotherapeutische Basisfertigkeiten und gruppenstrukturelle Kenntnisse haben sollten. Weiter wird die Wichtigkeit des Interesses an der Psychoedukation und die empathische Haltung den Patienten gegenüber betont. Um diese Voraussetzungen mitbringen zu können, empfiehlt Rössler (2004), sich als Moderator (Pflegende) mit Hilfe von Weiterbildungsseminaren auf psychoedukative Sitzungen vorzubereiten und durch interprofessionelle Wissensübermittlung Fertigkeiten aufzubauen. Die Psychoedukation bildet einen Teil der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Die Verbindung dieser zwei Ansätze scheint für die Stigmareduktion am Schizophreniekranken besonders erfolgsversprechend zu sein (Maccines und Lewis, 2008). Obwohl die KVT eine psychologische Therapieform ist und nicht primär ins Pflegefachgebiet gehört, können einzelne Bestandteile des Ansatzes auf den Kompetenzbereich der Pflege übertragen werden. Bei der Krankheitsbelehrung können auch stigmaspezifische Themen angesprochen und Umgangsweisen ausgetauscht werden. Die Pflege hat dabei die Möglichkeit, maladaptive Copingstrategien ausfindig zu machen und mit den Patienten zusammen nach adäquaten alternativen Verhaltensweisen zu suchen. Ausserdem betonen Maccines und Lewis (2008) die Wichtigkeit der Integration von ganzheitlichen Betrachtungsweisen in das KVT-Programm. Die Pflege, in der Rolle der Gesprächsleitung, kann mit der Fokussierung auf Ressourcen und der Abwendung von krankheitsdefinierter Selbstdarstellung eine Diskussionsgruppe führen und eventuelle verzerrte Wahrnehmungen identifizieren. Bei der Übernahme von Teilbereichen der KVT ist die Zusammenarbeit mit dem psychologischen Team von grosser Wichtigkeit. So können gemeinsame Ziele im Zusammenhang mit dem Stigma und dem Selbst-Stigma festgelegt und

bearbeitet werden. Die KVT mit dem psychoedukativen Schwerpunkt greift primär in die Bekämpfung der Selbst-Stigmatisierung des Schizophreniepatienten ein. Das Ziel ist es nämlich, durch die kognitive Umstrukturierung, vor allem durch die Verbesserung des Krankheitsverständnisses, das positive Selbstbild der Patienten zu stärken und selbstdiskriminierendes Verhalten abzubauen (vgl. Kap. 4.1). Indirekt dienen die Interventionen möglicherweise auch der Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit, weil die Patienten mit Wahrscheinlichkeit durch neu gewonnene Selbstsicherheit der Bevölkerung sozial näher werden. Um effiziente Interventionen oder Strategien zur Stigmareduktion von Schizophreniekranken in der Praxis umsetzen zu können, muss die Theorie des Stigmas, dessen Auswirkungen und Folgen bekannt sein. Nur wer die Problematik dieses Prozesses im Auge hat, kann auch dagegen ankämpfen. Die vorliegende Übersichtsarbeit soll daher auch als Wissensquelle für die Pflege dienen. Weiterbildungsangebote können dabei zusätzlich helfen, das Wissen zur Stigmatisierung von Schizophreniepatienten zu fördern. Der Autorin scheint es von grosser Wichtigkeit, das Problem interprofessionell anzugehen, um den Patienten auf das Leben ausserhalb der Psychiatrie optimal vorzubereiten.

8.1.2 Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten

Die Literaturrecherche zur Thematik hat allgemein eher eine geringe Anzahl Forschungsarbeiten präsentiert (siehe Anhang B). Öffentlichkeitsarbeit scheint ausgiebiger erforscht worden zu sein als Interventionen in Zusammenarbeit mit dem Patienten. Daher gilt die erste allgemeine Empfehlung der Erforschung von patientenzentrierten, effizienten Interventionen zur Stigmareduktion.

Aus dem Diskussions-Teil der vorliegenden Arbeit (Kap. 7) wird ersichtlich, dass viele der analysierten Studien ungenügende Qualitätsnachweise mit sich brachten. Demzufolge sollten zukünftige Forschungsarbeiten beweiskräftigere Methoden verwenden, so dass den Ergebnissen mehr Gewicht verlieht werden kann.

Weiter konnte die Autorin feststellen, dass Ansätze des Empowerments zwar untersucht worden sind, das Konzept aber als solches noch zu wenig bekannt ist. Eine zukünftige Arbeit sollte das Konzept klar definieren und anhand dieser Definition die Wirkung in Bezug auf die Stigmareduktion von Schizophreniepatienten überprüfen. Auch der Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie muss zukünftig durch weitere Arbeiten untersucht werden, denn in der Recherche gefundene Studien zeigten kontroverse Ergebnisse diesbezüglich auf.

8.2 Limiten der Arbeit

Auf Grund von methodologischen Mängeln konnten möglicherweise nicht alle relevanten Studien in die systematische Literaturübersicht einbezogen werden. Die Autorin hat sich mit dem Verfassen dieser Arbeit zum ersten Mal mit wissenschaftlicher Datenauswertung vertraut gemacht. Die Anforderungen dieser Bachelor-Thesis beruhen auf ersten Anwendungsversuchen der wissenschaftlichen Methodik. Ausserdem handelt es sich um eine Modulauswertung, die einem Studienaufwand von 450 Arbeitsstunden entspricht. Diese Rahmenbedingungen und Limitierungen in Bezug auf Kompetenzen und Aufwand können als weitere Grenzpunkte der systematischen Literaturübersicht angesehen werden.

Durch die limitierte Anzahl Studien konnte die Homogenität der Studien nicht gewährleistet werden, so dass direkte Vergleiche schwierig waren. 13 der einbezogenen Studien sind auf Englisch verfasst. Obwohl diese mehrmals gelesen, zusammengefasst und analysiert wurden, ist zu berücksichtigen, dass die Muttersprache der Autorin Deutsch ist.

Inhaltlich kann bemängelt werden, dass sich die Studien der Übersichtsarbeit nicht immer nur auf Schizophreniepatienten beziehen, sondern zum Teil die allgemeine Population der psychisch Kranken (jedoch meistens mit Gewichtung auf schwere psychische Krankheiten) ansprechen. Diese Tatsache trägt möglicherweise dazu bei, dass die Ergebnisse zu wenig auf das Krankheitsbild der Schizophrenie zugeschnitten sind.

8.3 Lernprozess

Das Verfassen der systematischen Literaturübersicht brachte für die Autorin viele gewinnbringende Aspekte mit sich.

Auf inhaltlicher Ebene konnte sie bezüglich dem Stigmakonzept in Verbindung mit der Schizophrenie von einem grossen Wissenszuwachs profitieren. Der Verfasserin wurde bewusst, welches Ausmass die Auswirkungen des Stigmas auf das gesamte Krankheitserleben hat und wie dagegen angekämpft werden kann.

Die Autorin machte sich zum ersten Mal mit einer wissenschaftlichen Arbeit vertraut. Auf methodologischer Ebene fand daher ein Lernprozess statt, allgemeine Kenntnisse zum Forschungsprozess konnten vertieft werden. Zu Beginn war es für die Autorin schwierig, gezielt nach geeigneten Forschungsarbeiten zu suchen. Erst mit der Zeit und präziser Eingrenzung wurden relevante Studien gefunden. Ebenfalls konnte das Lesen und Analysieren von wissenschaftlichen Arbeiten optimiert werden und Verständnis in Bezug auf die Thematik und das

methodologische Vorgehen der Studien verbesserte sich deutlich. Auch den englischen Wortschatz konnte die Autorin erweitern.

Durch die Vorgehensweise wurde der Autorin bewusst, wie eine bestmögliche Aussagekraft der systematischen Literaturübersicht erzielt werden kann. Die zwei Bewertungsvorgänge der Studien waren sehr zeitintensiv, dennoch hat sich der Aufwand gelohnt, denn die Ergebnisse konnten so ihre spezifische Gewichtung erhalten.

Die Verfassung dieser Bachelor-Thesis betrachtet die Autorin als Türöffner zur Welt der Pflegewissenschaft.

9. Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M.C., Beck, M., Dietrich, S. & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*. 50 (2). 153-162.
- Angermeyer, M.C. & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologie e Psichiatria Sociale*, 10 (1), 1-7.
- Angermeyer, M.C. (2000). Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis*. 27 (7). 327-329.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Bern: Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Huber.
- Bundesamt für Statistik. (2006). *Die häufigsten Hospitalisierungen, nach Spitaltyp*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.simple.html> [Zugriff am 8. April 2008].
- Chan, S.W. & Leung, J.K. (2002). Cognitive behavioral therapy for clients with schizophrenia: Implications for mental health nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2). 214-224.
- Corrigan, P.W. & Wassel, A. (2008). Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 46 (1), 42-48.
- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1998). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*. 38, 77-84.
- Corrigan, P.W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 11 (3). 179-190.
- Couture, S.M. & Penn, D.L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*. 12 (3), 291-305.
- Dickson, R. & Entwistle, V. (1996). Systematic reviews: keeping up with research evidence. *Nursing standard*. 10 (19). 32.
- Enlexia. (2009). *The Language of Science – Dictionary and Research Guide*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.123exp-science.com> [Zugriff am 29.06.09].
- Feicht, M. (2007). Schizophrenie versus Affektive Störung - Ein Vergleich bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität (Fünf-Jahres-Katamnese). Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin, Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- Finzen, A. (2000). Psychose und Stigma. Stigmabewältigung - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Freidl, M., Lang, T., Scherer, M. (2003). How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 38 (5). 269-275.
- Gaebel, W., Zäske, H., Baumann, A. (2004). Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Deutsches Ärzteblatt*. 101 (48). 3253-3255.

- Gray, R., Wykes, T., Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 277-284.
- Heijnders, M. & Van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 11 (3), 353-363.
- Hoffmann, S. (2005). Schizophrenie und Stigma. *Psych. Pflege*. 11. 212-219.
- Holmes, E.P. & River, L.P. (1998). Individual Strategies for Coping with the Stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and behavioral Practice*. 5(2), 231-239.
- Khan, V.K.S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. (2004). Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Berlin: Springer Verlag.
- Knight, M.T.D. & Peter, T.W. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 34 (3). 305-318.
- Knight, M.T.D., Wykes, T. & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 34 (3). 305-318.
- Lamb, J. (2009). Creating Change: Using the Arts to Help Stop the Stigma of Mental Illness and Foster Social Integration. *Journal of Holistic Nursing*. 27(1), 57-65.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1996). Pflegeforschung: Methoden – kritische Einschätzung – Anwendung. Himberg: Wiener Verlag.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2. Aufl.). München / Jena: Urban & Fischer.
- Macinnes, D.L. & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15 (1). 59-65.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen – Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung (4. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. 6(3). 1-9.
- McCay, E., Ryan, K. & Amey, S. (1996). Mitigating engulfment: recovering from a first episode of psychosis. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 34 (11). 40-44.
- Meijel, B. Van, Gaag, M., Van der, Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13 (2), 107-116.
- Pinfold, V., Byrne, P. & Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *The international journal of social psychiatry*. 51 (2), 128-138.

- Pinto-Foltz, M.D. & Logsdon, M.C. (2008). Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23(1). 32-40.
- Polit, D. F., Hungler, B.P. (1999). Nursing Research – Principles and Methods (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Prince, N., Prince, C., R. (2002). Perceived Stigma and Community Integration among Clients of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24 (4), 323-332.
- Pschyrembel. (2004). Pschyrembel – klinisches Wörterbuch (260. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Rakel, T., Lanzenberger, A. (2001). Pflge-therapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissenschaftlicher Verlagsgesellschaft.
- Rössler, W. (Hrsg.). (2004). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer Verlag.
- Rusch, L.C., Kanter, J.W., Angelone, A.F. & Ridley, R.C. (2008). The Impact of *In Our Own Voice* on Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 20 (8). 373-389.
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermeyer, M.C. (2004). Elektronisches Zusatzkapitel: Stigma. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*. S. 1-11. München: Urban und Fischer.
- Sass, H., Witchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schulze, B & Angermeyer, M.C. (2002). Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie*. 16 (1, 2). 78-86.
- Shin, S.-K. & Lukens, E.P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*. 53 (9). 1125-1131.
- Siegrist, K., Becker, V., Becker, L. & Trenckmann, U. (2004). Stresstraining für schizophrene Erkrankte: sozioemotionale Kompetenzen üben und Lebensqualität verbessern. In M. Lasar & F. Goldbeck (Hrsg.), *Kognition und Schizophrenie – Biopsychosoziale Konzepte* (S. 95-106). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- University of Westminster. (2006). *A hierarchy of evidence?*. [Website]. Verfügbar unter: [Zugriff am 08.06.09].
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. & Corrigan, P.-W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry-Research*, 150 (1), 71-80.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and Self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*. 54 (3). 206-218.
- World Health Organisation. (2007). *Mental Health and Substance Abuse - Facts and Figures-Schizophrenia*. [Website]. Verfügbar unter http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567_6744.htm [Zugriff am 8. April 2008].

Wundsam, K., Beitinger, R. & Kissling, W. (2007). Stigmatisierung – eine Barriere zur Rehabilitation. In Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Weig, W. (Hrsg.), *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen*. 319-332. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Anhang

Anhang A

Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach DSM-IV

- A. *Charakteristische Symptome*: mindestens zwei der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil der Zeitspanne von 1 Monat (oder weniger, falls erfolgreich behandelt):
1. Wahn,
 2. Halluzinationen,
 3. desorganisierte Sprechweise (z.B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit),
 4. grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten,
 5. negative Symptome, d.h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche

Beachte: Nur ein Kriterium A-Symptom ist erforderlich, wenn der Wahn bizarr ist oder wenn die Halluzinationen aus einer Stimme bestehen, die einen fortlaufenden Kommentar über das Verhalten oder die Gedanken des Betroffenen abgibt oder wenn zwei oder mehrere Stimmen sich miteinander unterhalten.

- B. *Soziale/berufliche Leistungseinbußen*: Für eine bedeutende Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind einer oder mehrere Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde (oder falls der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, wird das zu erwartende Niveau der zwischenmenschlichen, geistigen oder beruflichen Leistungen nicht erreicht).
- C. *Dauer*: Zeichen des Störungsbildes halten für mindestens 6 Monate an. Diese 6monatige Periode muss mindestens 1 Monat mit Symptomen (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) umfassen, die das Kriterium A (d.h. floride Symptome) erfüllen, und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschliessen. Während dieser prodromalen oder residualen Perioden können sich die Zeichen des Störungsbildes auch durch ausschliesslich negative Symptome oder zwei oder mehrere Symptome manifestieren, die im Kriterium A aufgelistet und in einer abgeschwächten Form vorhanden sind (z.B. seltsame Überzeugungen, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse).
- D. *Ausschluss von Schizoaffektiver und Affektiver Störung*: Eine Schizoaffektive Störung und eine Affektive Störung mit Psychotischen Merkmalen wurden ausgeschlossen, da entweder (1) keine Episode einer Major Depression, keine Manische oder Gemischte Episode gemeinsam mit den floriden Symptomen vorgekommen ist; oder (2) falls affektive Episoden während der floriden Symptome aufgetreten sind, war ihre Gesamtdauer im Vergleich zur Dauer der floriden und residualen Perioden kurz.
- E. *Ausschluss von Substanzeinfluss/medizinischen Krankheitsfaktor*: Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- F. *Beziehung zu einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung*: Bei einer Vorgeschichte mit Autistischer Störung oder einer anderen Tiefgreifenden Entwicklungsstörung wird die zusätzliche Diagnose einer Schizophrenie nur dann gestellt, wenn mindestens einen Monat lang (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) gleichzeitig ausgeprägte Wahnphänomene oder Halluzinationen vorhanden sind.

Klassifikation des Längsschnittverlaufes (kann nur angewandt werden, nachdem mindestens 1 Jahr seit dem ersten Einsetzen florider Symptome vergangen ist):

- **Episodisch mit Residualsymptomen zwischen den Episoden** (Episoden sind definiert durch Wiederauftreten eindeutiger psychotischer Symptome); *bestimme auch, ob: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,*
- **Episodisch ohne Residualsymptome zwischen den Episoden,**
- **Kontinuierlich** (ausgeprägte psychotische Symptome sind während der Beobachtungsperiode durchgängig vorhanden); *bestimme auch, ob: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,*
- **Einzelne Episode Teilremittiert;** *bestimme auch, ob: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,*
- **Einzelne Episode Vollremittiert,**
- **Anderes oder unspezifisches Muster.**

(Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)

Anhang B

Suchstrategie

Pubmed				
Datum der Studiensuche	Suchbegriffe	Limits	Anzahl gefundener Studien	Studieninhalte/-schwerpunkte
31. Okt. 08	stigma AND schizophrenia	Keine Limits	265	<ul style="list-style-type: none"> • Problembeschreibung • Auswirkungen • Entstigmatisierungsprogramme in der Öffentlichkeit
31. Okt. 08	stigma AND schizophrenia AND interventions	Keine Limits	46	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen beziehen sich vor allem auf Öffentlichkeitsarbeit
31. Okt. 08	stigma AND schizophrenia AND education	Keine Limits	47	<ul style="list-style-type: none"> • Belehrung der Öffentlichkeit durch Einbezug der Patienten
31. Okt. 08	stigma AND schizophrenia	Nursing journals	18	<ul style="list-style-type: none"> • Schilderung von Erfahrungen der Patienten (Fallstudien) • Studien über Haltung der Öffentlichkeit • Studien in Bezug auf die Medikation
10. Nov. 08	self-stigma AND schizophrenia	Keine Limits	8	<ul style="list-style-type: none"> • Studieninhalte sind patientenzentrierter
18. Nov. 08	stigma AND schizophrenia AND self-management	Keine Limits	19	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhänge zwischen Stigmatisierung und niedrigem Selbstvertrauen • Messungen des Stigmatisierungs-Grades in verschiedenen Kontexten und Zusammenhängen
18. Nov. 08	stigma AND schizophrenia AND self-concept	Keine Limits	24	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang des Stigmas und der Lebensqualität • Bekämpfung der krankheitsdefinierten Identität
18. Nov. 08	stigma AND schizophrenia AND treatment	Keine Limits	147	<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Interventionsstudien und Literaturübersichten zur Stigmareduktion • Stigmatisierung und Auswirkungen • Bewältigung
7. Dez. 08	stigma AND schizophrenia AND psychoeducation	Keine Limits	2	<ul style="list-style-type: none"> • Umbenennung der "Schizophrenie" • Psychoedukation zur Stigmareduktion
7. Dez. 08	stigma AND schizophrenia AND therapy	Keine Limits	115	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang Therapiebereitschaft und Stigma • Unterstützung durch Peers

7. Dez. 08	stigma AND schizophrnenia AND empowerment	Keine Limits	9	<ul style="list-style-type: none"> • Korrelation Stigma und Empowerment • Gruppenprogramme
7. Dez. 08	stigma AND "mental disorders" [Mesh] AND empowerment	Keine Limits	35	<ul style="list-style-type: none"> • Korrelation zwischen Stigma und Empowerment • Gruppenprogramme • Edukation durch Betroffene
7. Dez. 08	stigma AND "mental disorders" [Mesh] AND "peer support"	Keine Limits	6	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch Peers → Auswirkung auf Stigma
7. Dez. 08	self-stigma AND „mental illness“ [Mesh]	Keine Limits	22	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussung des Stigmas durch Betroffene • Problembeschreibung, Zusammenhänge
7. Dez. 08	stigma AND „mental disorders“ [Mesh] AND fight	Keine Limits	15	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturübersicht zur Stigmabekämpfung • Projekte zur Stigmabekämpfung
14. Dez. 08	stigma AND „mental disorders“ [Mesh]	Nursing journals	155	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisierung durch das Personal • Umgang mit Offenbarung der Krankheit • Sichtweisen der Patienten • Problembeschreibung (Literaturübersichten)
12. Jan. 09	stigma AND „mental disorders“ [Mesh] AND „behavior therapy“ [Mesh]	Keine Limits	19	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie zur Stigmareduktion
Cinahl - Ebscohost				
12. Jan. 09	stigma AND schizophrenia	Keine Limits	55	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit • Problembeschreibung • Studie, die Empowerment-Förderung untersucht • Integrationsarbeit • Gruppeninterventionen zur Stigmareduktion

Psyndex				
12. Jan. 09	stigma AND schizophrenia	Keine Limits	46	<ul style="list-style-type: none"> • Problemdarstellung • Stresstraining für Schizophrenie- kranke
Google scholar				
24. Nov.09	stigma + schizophrenia	Keine Limits	29'000 (Betrachtung der ersten 10 Seiten)	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsberichte • Literaturübersichten zur Bekämpfung
24. Nov. 09	stigma + schizophrenia + management	Keine Limits	18'000 (Betrachtung der ersten 10 Seiten)	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsberichte • Verschiedene Stigmareduktions- Strategien
Cocherane Librery				
12. Jan. 09	stigma AND schizophrenia	Keine Limits	0	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden keine Studien gefunden mit der Verbindung der beiden Begriffe

→ Wiederholung des gesamten Suchablaufs im Mai 09, um aktuelle, im 2009 publizierte Studien zu finden → nur von der Datenbank Pubmed konnten noch weitere Studien hinzugezogen werden

Anhang C

Überblick der ausgewählten Studien

Autor/en, Jahr	Titel	Design
Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (2001)	Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions	Literaturübersicht
Corrigan, P.W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005)	The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change	Literaturübersicht
Corrigan, P.W. & Wassel, A. (2008)	Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness	Literaturübersicht
Couture, S.M. & Penn, D.L. (2003)	Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature	Literaturübersicht
Heijnders, M. & Van der Meij, S. (2006)	The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions	Systematische Literaturübersicht
Holmes, E., P. & River, L., P. (1998)	Individual Strategies for Coping with the Stigma of Severe Mental Illness	Literaturübersicht
Knight, M.T.D. & Wykes, T. & Hayward, P. (2006)	Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia	Interventionsstudie
Lamb, J. (2009)	Creating Change: Using the Arts to Help Stop the Stigma of Mental Illness and Foster Social Integration	Literaturübersicht
Macinnes, D.L. & Lewis, M. (2008)	The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems	Interventionsstudie
McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. & Chan, E. (2007)	A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia	Randomisierte kontrollierte Studie
McCay, E., Ryan, K. & Amey, S. (1996)	Mitigating engulfment: recovering from a first episode of psychosis	Interventionsstudie
Shin, S.-K. & Lukens, E.P. (2002)	Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness	Randomisierte kontrollierte Studie
Siegrist, K., Becker, V., Becker, L. & Trenckmann, U. (2004)	Stresstraining für schizophrene Erkrankte: sozioemotionale Kompetenzen üben und Lebensqualität verbessern	Interventionsstudie
Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008)	Stigmatization and Self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support	Quantitative Studie

Anhang D

Beurteilungskriterien der Studien für den Ein- oder Ausschluss

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**

Total: 12 Punkte (Einbezug der Studie ab 8 Punkten)

Mayer, 2007a

Anhang E

Erste Beurteilung der Studien

Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologie e Psichiatria Sociale*, 10(1), 1-7.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Inhaltlich sind die Zusammenhänge weitgehend logisch. Die Darstellung von Theorie und Interventionsmöglichkeiten sind zum Teil vermischt und für den Leser etwas verwirrend.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Betrachtungen sind sehr ausführlich und sprechen viele Aspekte der Stigmatisierung an. Die Interventionen können meist durch die Theorien begründet werden.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Die Methodik dieses Forschungsberichts ist nicht genau beschrieben. Es handelt sich um ein Editorial, daher ist keine spezifischer Ansatz beschrieben. Die Forscher wollen mit diesem Bericht Ordnung in die beschriebenen Strategien bringen.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist inhaltlich nachvollziehbar, jedoch nicht unbedingt strategisch (siehe Frage 3.)
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Das Ziel, Ordnung in die in der Literatur erwähnten Strategien zu bringen, wurde erfüllt. Eine gute Einteilung der Ansätze hilft dem Leser, einen Überblick zu bekommen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Artikel ist zu einem grossen Teil relevant für diese Review. Vor allem die zum Schluss beschriebenen Ansätze in Zusammenarbeit mit dem Patienten passen zur Thematik.

Total: 8 Punkte (Einbezug der Studie)

Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1998). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*. 38, 77-84.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Die Wichtigkeit der Durchführung dieser Studie scheint nicht ganz klar, Zusammenhänge der Methodik sind jedoch nachvollziehbar.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Bei dieser Studie handelt es sich um eine Überprüfung der Validität einer bereits bestehenden Einschätzungsskala des Empowerments. Das Konzept Empowerment wird erklärt und Zusammenhänge werden aufgezeigt. Ebenfalls wird die bereits bestehende Skala von Rogers gründlich beschrieben. Es ist jedoch nicht ganz sichtbar, inwieweit die Begründung der Studie mit den gestellten Fragen zusammenhängen.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Es werden Hypothesen gestellt, welche durch eine qualitative Methode untersucht werden. Diese Methode scheint für diese Untersuchung sinnvoll.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist bedingt nachvollziehbar. Die verschiedenen Untersuchungen werden zwar aufgezeigt, jedoch wird nichts erwähnt über einen Zeitraum der Durchführung.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Forscher untermauern bei der Schlussfolgerung die Hypothesen oder widerlegen sie.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Die Teilnahme beruht auf freiwilliger Zustimmung der untersuchten Zielgruppe. Es ist jedoch nicht erwähnt, ob die Ethikkommission einbezogen wurde, obwohl es sich um einen sehr persönlichen Untersuchung handelt, welche qualitativ durchgeführt wurde. Ebenfalls ist nicht bekannt, ob eine Anonymität der TN gewährleistet wurde.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 0 Punkte: Die Studie ist für die Review nicht relevant.

Total: 6 Punkte (Studie wird nicht einbezogen)

Corrigan, P.W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 11 (3). 179-190.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet inhaltlich ein Ganzes, Zusammenhänge sind logisch und nachvollziehbar.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Grundlagen sind sehr ausführlich beschrieben. Die Strategien aus der Literaturübersicht können diesen Grundlagen zugeordnet werden.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Die Forscher möchten eine allgemeine Betrachtung des Stigmas erzielen, Modelle aufzeigen und Erklärungsansätze bieten. Das Review bietet die Möglichkeit, Informationen und Ergebnisse aus früheren Studien zu ordnen und dem Leser einen guten Überblick zu verschaffen.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Aufbau der aufgezeigten Ergebnisse des Reviews ist klar und nachvollziehbar. Jedoch ist nicht beschrieben, wie die Forscher vorgegangen sind bei der Suche nach geeigneten Studien. Es ist keine Systematik sichtbar.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Forscher beantworten die Fragen, beziehungsweise es wurde Stellung genommen zu den aufgestellten Zielen/Untersuchungsgegenständen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Vor allem ein Teil der Auswertung hat grosse Relevanz für die Review, weil da die Ursache-Wirkung von Interventionen gegen die Selbst-Stigmatisierung aufgezeigt wird.

Total: 10.5 Punkte (Einbezug der Studie)

Corrigan, P.W. & Wassel, A. (2008). Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 46 (1), 42-48.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Zusammenhänge sind logisch und nachvollziehbar
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen erscheinen sinnvoll. Als theoretische Basis wird ein Modell verwendet, das die Stigmatisierung konkret erklärt.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es wird keine spezifische Methode für die Auswahl der Literatur erwähnt.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Die Entwicklung/Methode der Studie ist nicht ersichtlich.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Fragen werden beantwortet.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Es besteht eine Relevanz für die Review. Es handelt sich um einen Artikel aus einem pflegewissenschaftlichen Journal. Vor allem die Resultate, die aufzeigen, wie der Selbststigmatisierung entgegengewirkt werden kann, können verwendet werden.

Total: 9 Punkte (Einbezug der Studie)

Couture, S.M. & Penn, D.L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*. 12 (3), 291-305.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Zusammenhänge des Forschungsberichts sind gut nachvollziehbar.

2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Hintergründe begründen die Wichtigkeit der Suche nach geeigneten Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker. Ausserdem schliessen die Forscher bereits zwei der drei Hauptstrategien auf öffentlicher Ebene der Entstigmatisierung aus, so dass sich das vorliegende Review gezielt auf die Strategie des Kontaktes konzentrieren kann. Der Ausschluss der zwei anderen Strategien wird damit begründet, dass die Literatur diesen weniger Effizienz zuschreibt.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Das Ziel des Review ist es, einen Überblick zu verschaffen zu der Strategie des interpersonellen Kontaktes zur Reduzierung der Stigmatisierung von psychisch Kranken. Durch das Review ist dies den Autoren gut gelungen.

4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist bedingt nachvollziehbar. Dem Leser wird nicht ganz klar, mit welchen Suchbegriffen und auf welchen Datenbanken nach den Studien gesucht wurde.

5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Es wurde nicht klar eine Frage oder Hypothese gestellt, aber das Ziel der klaren Übersicht wurde erreicht.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.

7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Ergebnisse können in diese Review als Beratungstipps einbezogen werden. Es wird betont, dass interpersoneller Kontakt wichtig ist für die Stigmareduktion seitens der Gesellschaft. Ausserdem ist beschrieben, welche Faktoren dabei förderlich oder hinderlich sein können.

Total: 10.5 Punkte (Einbezug der Studie)

Heijnders, M. & Van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 11 (3), 353-363.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet ein Ganzes, Zusammenhänge sind logisch. Die Einteilung der Resultate ist sehr übersichtlich.

2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die Stigmatheorie dient als theoretische Grundlage. Die Untersuchung ist so begründet, dass bisher zwar Untersuchungen zu Strategien der Stigma-Bekämpfungen gemacht, deren Effizienz jedoch nie sorgfältig begründet wurde.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Das Ziel der Studie war es, effiziente Strategien aufzuzeigen, die der Stigma-Bekämpfung dienen. Dem Leser wurde durch dieses Review einen guten Überblick geliefert, welche durch die Einteilung der Resultate deren Überschaubarkeit behält.

4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Dem Leser wird klar, wie die Forscher bei der Suche nach den geeigneten Studien vorgegangen sind. Die Suchbegriffe sowie die Datenbanken sind beschrieben.

5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Das zu Beginn gesetzte Ziel wird erreicht. Strategien werden aufgezeigt und deren Effizienz wird beschrieben. Bei der Schlussfolgerung wird noch einmal eine gute Zusammenfassung geliefert und die wirklich wichtigen Strategien mit der grössten Effizienz werden noch einmal betont.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.

7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist relevant für die Review. Es wurden zwar nicht nur Strategien zur Stigmabekämpfung bei psychisch Kranken gesucht, sondern auch für HIV-Positive und Lepra-Kranke, jedoch ist genau differenziert, welche Strategie bei welcher Krankheit beschrieben wurde in den Studien.

Total: 11 Punkte (Einbezug der Studie)

Holmes, E., P. & River, L., P. (1998). Individual Strategies for Coping with the Stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and behavioral Practice*.5 (2), 231-239.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet inhaltlich ein Ganzes, Zusammenhänge sind logisch und sinnvoll
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Die Aussagen sind durch Literatur in Verbindung mit konkreten Patientensituationen begründet. Beim Abschnitt der kognitiven Verhaltensstrategien fehlen jedoch z.T. Anhaltspunkte der Literatur. Der theoretische Hintergrund ist logisch, bildet die Basis für die Resultate.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Die benutzte Methode ist nicht ersichtlich, es handelt sich um ein Review, dessen Methodik nicht nachvollziehbar ist.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Die Methode der Literatursauswahl ist nicht ersichtlich.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Frage wurde beantwortet.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten. Patientennamen werden erwähnt, ohne Information, ob sie abgeändert wurden.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Der Forschungsbericht ist für die Review inhaltlich relevant. Obwohl es sich nicht um ein pflegewissenschaftlicher Bericht handelt, können Resultate für die Pflege adaptiert werden.

Total: 8 Punkte (Einbezug der Studie)

Knight, M.T.D., Wykes, T. & Peter, H. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 34 (3). 305-318.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Zusammenhänge sind nachvollziehbar.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Der Bedarf der aktuellen Studie wird begründet (→ erst sehr wenig Studien, die sich bzgl. Stigma direkt mit den Betroffenen befassen). Verschiedene Zusammenhänge, Interaktionen sind literaturgestützt begründet.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen. Es handelt sich um eine Interventionsstudie und das Ziel war es, eine neu aufgestellte Therapie zu testen.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist gut nachvollziehbar.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Forscher beantworten die Fragen im Abschnitt der Ergebnisse und fassen sie im Schlussteil noch einmal zusammen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist konkret kein ethischer Standpunkt ersichtlich.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist relevant für mein Review. Sie befasst sich mit dem Betroffenen selbst und versucht, eine Unterstützung zu finden, mit der Stigmatisierung zurecht zu kommen. Dabei sind Anätze des Empowerments vertreten. Die Ergebnisse sind jedoch nicht sehr aussagekräftig ausgefallen.

Total: 10 Punkte (Einbezug der Studie)

Lamb, J. (2009). Creating Change: Using the Arts to Help Stop the Stigma of Mental Illness and Foster Social Integration. *Journal of Holistic Nursing*. 27(1), 57-65.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Zusammenhänge sind nicht immer logisch. Die Forscherin erwähnt verschiedene Aspekte in Bezug auf die Stigmatisierung (Ursprung, Konzept, Empowerment, Rehabilitation etc.), bringt diese jedoch nur ungenügend miteinander in Verbindung. Ausserdem wird ohne klare Abtrennung zum theoretischen Teil plötzlich die künstlerische Behandlung eingeleitet.

2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Zum Teil sind Begründungen der Wichtigkeit dieses Forschungsberichts nicht klar begründet. Aussagen beziehen sich nicht immer auf wissenschaftliche Literatur. Die Forscherin liefert zwar Ansätze von Literatur, welche die Effizienz der Kunsttherapie und Veröffentlichung der Kunst begründet, jedoch sind meistens die Verbindungen zur Stigma-Bekämpfung nur daraus abgeleitet (fehlendes Ursache-Wirkungs-Prinzip).

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Das Ziel des Forschungsberichts ist es, Strategien im Bereich der Kunst vorzustellen, die der Stigmatisierung entgegenwirken können. Die Resultate einer Literaturrecherche werden präsentiert, jedoch ist keine gezielte Methodik sichtbar.

4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist bedingt nachvollziehbar. Der Forscherin gelingt es zwar teilweise, den Leser für ihr Vorhaben zu überzeugen, da einige wichtigen Begründungen und Theorien beinhaltet sind. Trotzdem ist nicht ganz klar, wie sie bei der Literaturrecherche vorgegangen ist.

5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Der Forscherin gelingt es teilweise, eine Übersicht zu liefern zu geeigneten Techniken im Bereich der Kunst in Verbindung zu anderen wichtigen Strategien, wie z.B. berufliche Wiedereingliederung. Viele Aussagen bleiben jedoch auch zum Schluss noch Hypothesen, da die Evidenz noch nicht gründlich untersucht werden konnte.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Die Autorin betont mehrmals die Gleichberechtigung zwischen psychisch kranken und gesunden Menschen und verteidigt damit die Rechte der

Betroffenen. Ausserdem wird von einer Studie gesprochen, wo die gemalten Kunstwerke anonymisiert werden konnten und keine Offenbarung der Krankheit mit sich bringen mussten.

7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**

→ 3 Punkte: Die Studie ist für diese Review relevant, da sie einen ganz anderen Ansatz bietet, der die Recherche noch nicht beinhaltet. Obwohl die Studie den direkten Ursache-Wirkung- Zusammenhang nicht beweisen konnte, sind Informationen darin enthalten, welche auf die Wichtigkeit der künstlerischen Therapie in Bezug zur Stigmatisierung hinweisen.

Total: 8 Punkte (Einbezug der Studie)

Macinnes, D.L. & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15(1). 59-65.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Zusammenhänge des Forschungsberichts sind logisch.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Als theoretischer Hintergrund dient vor allem das Stigma-Konzept. Zusammenhänge zum Selbst-Stigma werden aufgezeigt und mit Literatur hintermauert.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkte: Im Forschungsbericht geht es darum, eine 6-wöchige Intervention zu testen. Dafür wurde eine quantitative Interventionsstudie durchgeführt. Die Methode erscheint als sinnvoll, weil die direkten Wirkungen des Programms ersichtlich werden.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist nachvollziehbar. Es besteht ein roter Faden.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Zu den drei zu überprüfenden Teilbereiche wird bei der Auswertung der Resultate Stellung genommen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten. Es wird weder vom Beizug einer Ethikkommission gesprochen, noch wird erwähnt, ob den Teilnehmern die Anonymität gewährleistet wird.
7. Ist die Studie relevant für mein Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist für mein Review relevant. Ursache-Wirkung einer Intervention wird in Bezug auf die Selbst-Stigmatisierung getestet.

Total: 11 Punkte (Einbezug der Studie)

McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. 6 (3). 1-9.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Zusammenhänge der Studie sind logisch und nachvollziehbar.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Es liegen sehr ausführliche theoretische Grundlagen vor. Der Leser erkennt die Problematik und versteht anhand der gegebenen Grundlagen Zusammenhänge besser.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Es soll eine entwickelte Gruppentherapie getestet werden. Dazu wird eine kontrolliert randomisierte Studie durchgeführt, wobei eine Kontrollgruppe mit bisheriger Therapie als Vergleich vorliegt.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist nachvollziehbar.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Forscher beantworten die Fragen und machen Erklärungsversuche für die Abweichungen zu den Hypothesen, die am Anfang gestellt wurden.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Ein ethischer Standpunkt ist vertreten → Einverständnis der Ethikkommission, informierte Zustimmung der TN
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist für die Review relevant. Es werden Ursache und Wirkung untersucht und dabei stellt die Selbststigmatisierung einen Aspekt der Untersuchung dar. Die Intervention hat jedoch auf die Selbststigmatisierung keine signifikante Wirkung.

Total: 12 Punkte (Einbezug der Studie)

McCay, E., Ryan, K. & Amey, S. (1996). Mitigating engulfment: recovering from a first episode of psychosis. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 34 (11). 40-44.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Zusammenhänge sind logisch.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Es werden vorherige Studien erwähnt, um Zusammenhänge bzgl. „Engulfment“ (sich durch die Krankheit definieren) sichtbar zu machen. Die theoretische Grundlage basiert v.a. auf der Gruppentherapie. Es fehlen jedoch Grundlagen zu Copingstrategien.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Ja, es besteht ein Zusammenhang. Man wollte die Wirkung der Gruppentherapie auf den Selbstwert und das „Engulfment“ testen und hat dafür eine Intervention geplant.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Die Intervention ist nachvollziehbar, jedoch fehlen genaue Berichte über die Auswertung.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die zu Beginn gestellte Hypothese „Erwartung, dass die Gruppe eine gute Modalität darstellt, um das Selbstkonzept im Bezug zu „engulfment“ zu adressieren, kann durch Aussagen der TN bestätigt werden.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkt)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist inhaltlich relevant für die Review, da sie die Selbststigmatisierung direkt am Betroffenen testet und eine Intervention dagegen überprüft.

Total: 9.5 Punkte (Einbezug der Studie)

Pinfold, V., Byrne, P. & Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *The international journal of social psychiatry*. 51 (2), 128-138.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet ein Ganzes, Zusammenhänge sind logisch
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Das Phänomen wird durch Forschungsergebnisse verschiedener Autoren dargestellt, jedoch ist keine umfassende theoretische Basis erwähnt.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Das Ziel ist es, von Betroffenen selber die Problematik zu erfassen und Interventionen daraus abzuleiten. Das qualitative Design der Studie ermöglicht diese Erfassung.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist nachvollziehbar
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt und wird erwähnt, wie die Ergebnisse konkret umsetzbar sind? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Die Fragen wurden beantwortet, jedoch ist nicht erwähnt, wie die Ergebnisse umsetzbar sind.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Ethischer Standpunkt ist vertreten → Einverständnis der Ethikkommission, Freiwilligkeit der Teilnahme und jederzeit Abbruch möglich, Anonymität der Daten
8. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 0 Punkt: Ergebnisse bzgl. der Unterstützung von Betroffenen sind sehr spärlich ausgefallen und beziehen sich nicht genügend auf Patient-Pflege-Beziehung.

Total: 7 Punkte → Studie wird nicht einbezogen

Pinto-Foltz, M.D. & Logsdon, M.C. (2008). Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23 (1). 32-40.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Zusammenhänge sind logisch, jedoch sind die beschriebenen Interventionsvorschläge für die Pflege z.T. etwas weither geholt und nicht sehr alltagstauglich.

2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 1 Punkt: Die Forscher haben im theoretischen Teil die Auswirkungen der Stigmatisierung und die bereits bestehenden nationalen und internationalen Projekte beschrieben. Dieser theoretische Teil könnte noch ein wenig breiter gefächert sein und evtl. auch die verschiedenen Levels der Strategien miteinbeziehen, so dass dem Leser klar wird, wo die Ergebnisse einzuordnen sind.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Das Ziel des Forschungsberichts ist es, die Evidenz von verschiedenen Interventionen zu prüfen und eine Übersicht darzustellen. Für die Ordnung dieser Strategien ist es sinnvoll, ein Review zu machen. Die Evidenz konnte bei diesem Review nur ungenügend überprüft werden, da zu wenig Evaluationsstudien bestehen. Deshalb wäre es zu dieser Thematik sinnvoll gewesen, selber eine Interventionsstudie zu planen

4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Die Suchstrategie des Reviews ist relativ genau beschrieben, so dass dem Leser bewusst wird, wie die Forscher vorgegangen sind. Auch die Zusammenhänge der theoretischen Grundlagen und des Ziels des Reviews sind ersichtlich. Die Unterteilung der Resultate innerhalb der verschiedenen Disziplinen Pflege, Psychologie und Medizin (Psychiatrie) erscheint sinnvoll.

5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Die Forscher nehmen zum Schluss Bezug zu dem zu Beginn gesetzten Ziel. Weil diese Thematik jedoch noch zu wenig überprüft wurde, können keine genauen Angaben gemacht werden bezüglich Evidenz der Interventionen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.

7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**

→ 1 Punkt: Die Studie hat keine grosse Relevanz für diese Review, da die überprüften Interventionen sich mehrheitlich auf die Öffentlichkeitsarbeit beziehen und nicht direkt den Patienten betreffen. Einige Interventionen könnten evtl. angepasst werden, z.B. die Kontakttheorie als Motivation für den Patienten, das soziale Netz zu pflegen, in die Öffentlichkeit zu gehen.

Total: 5.5 Punkte (kein Einbezug der Studie)

Prince, N., Prince, C., R. (2002). Perceived Stigma and Community Integration among Clients of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.24 (4), 323-332.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Forschungsbericht bildet ein Ganzes und Zusammenhänge sind logisch.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Betrachtungen sind sehr ausführlich und bestärken den Sinn dieser Forschung.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Es besteht ein Zusammenhang, denn man wollte spezifische Verbindungen auffinden zwischen biologischen Faktoren und Integration in die Gesellschaft. Dabei diente das Stigma als unabhängige Variable. Für diese sehr personenbezogene Untersuchung ist ein qualitatives Design geeignet.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist nur bedingt nachvollziehbar. Es wird beschrieben, dass z.T. auch Betroffene Interviews geleitet haben, wobei dieses Ausmass nicht erwähnt ist.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Zu den Hypothesen wurde Stellung genommen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es sind keine ethischen Standpunkte vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 0 Punkte: Die Studie untersucht Gegebenheiten, die einen Zusammenhang zeigen zur Integration und Stigmatisierung. Diese Gegebenheiten sind jedoch meist nicht veränderbar.

Total: 7.5 Punkte (Kein Einbezug der Studie)

Rusch, L. C., Kanter, J. W., Angelone, A. F. & Ridley, R. C. (2008). The Impact of *In Our Own Voice* on Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 20 (8). 373-389.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Es ist nicht ganz klar, in welchen Zeitabständen die Erhebungen gemacht wurden, obwohl von Time 1-3 gesprochen wird. Ansonsten sind Zusammenhänge verständlich.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Es werden vorherige Erhebungen besprochen, wobei gründlich erklärt wird, warum die aktuelle Studie notwendig ist. Die theoretischen Grundlagen sind nachvollziehbar.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Das Ziel der Studie ist es, ein Vergleich anzustellen zwischen „In Our Own Voice“ und Psychoedukation. Dazu wird eine randomisierte Interventionsstudie durchgeführt.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Der Gang der Studie ist nur bedingt nachvollziehbar, da die Zeitperioden nicht beschrieben werden.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Ja, die Forscher beantworten die Fragen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es sind keine ethische Standpunkte vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 1 Punkt: Die Studie bezieht sich auf eine Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit. Trotzdem sind jedoch die Betroffenen mit einbezogen, weil sie die IOOV selber durchführen. Es wird nichts berichtet bzgl. dem Einfluss auf die Selbststigmatisierung.

Total: 7.5 Punkte (kein Einbezug der Studie)

Shin, S.-K. & Lukens, E.P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*. 53(9). 1125-1131.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet ein Ganzes, Zusammenhänge sind nachvollziehbar.

2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Theoretischen Hintergründe erscheinen als sinnvoll und rechtfertigen die Wichtigkeit der vorliegenden Studie. Es wird Bezug genommen zu der Problematik der psychiatrischen Erkrankungen bei Korea-Amerikaner. Ausserdem wird die Psychoedukation als Behandlung thematisiert und deren Einfluss auf den Verlauf einer Krankheit.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Drei Hypothesen bezüglich des Effekts der Psychoedukation auf Symptomatik, erfahrende Stigmatisierung und Coping-Skills wurden in Zusammenhang zur Familie bei Korea-Amerikanern gestellt.
 - a. Abnahme des Ausmasses der Symptomatik
 - b. Weniger Stigma-Erfahrungen
 - c. Verbesserung der Wahrnehmung der Effizienz bzgl. des Copings Innerhalb familienbezogenen Problemen→ randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie mit ausgeglichenen Charakteren in Experimenten- und Kontrollgruppe

4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist nachvollziehbar. Der Leser erhält alle nötigen Informationen, die zur Rechtfertigung und Ablauf der Studie wichtig sind.

5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Forscher können gestellte Hypothesen bekräftigen und zum Teil widerlegen.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0.5 Punkte: Informierte Zustimmung wurde verlangt und erwähnt. Jedoch sonst nichts bezüglich ethischer Abklärung, z.B. in Zusammenarbeit mit Kommission erwähnt.

7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Studie ist relevant für die Review, weil sie bei Schizophreniekranken eine Behandlungsform testet und den Bezug macht zur Auswirkung auf

das Stigma. Die Interventionen beziehen sich jedoch auf Immigranten (Koreaner in Amerika) und wurden dafür kulturell angepasst. Trotzdem können Teile der Interventionen auf die allgemeine Population mit Schizophrenie übertragen werden.

Total: 10.5 Punkte (Einbezug der Studie)

Siegrist, K., Becker, V., Becker, L. & Trenckmann, U. (2004). Stresstraining für schizophrene Erkrankte: sozioemotionale Kompetenzen üben und Lebensqualität verbessern. In M. Lasar & F. Goldbeck (Hrsg.), *Kognition und Schizophrenie – Biopsychosoziale Konzepte* (S. 95-106). Lengerich: Pabst Science Publishers.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet ein Ganzes, Zusammenhänge sind nachvollziehbar.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Grundlagen sind sehr komplex, zeigen Zusammenhänge auf, erklären die Wahl bestimmter Interventionsansätze und die Wichtigkeit der Rollenspiele für soziale Beziehungen.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Es werden drei verschiedene Ziele gesetzt, welche nach der Intervention überprüft werden. Die Interventionsstudie erlaubt es, direkte Ursachen und Wirkungen zu testen.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist klar beschrieben. Umsetzung des Programms, Zeiträume, Stichprobe und Evaluation sind gut nachvollziehbar.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 1 Punkt: Die Forscherinnen beantworten nur teilweise die gestellten Fragen. Untersuchungsgegenstände, wie Stigma-Management und Stressabbau, werden in der Evaluation nur kurz erwähnt. Es wird erklärt, dass darüber nur anekdotische Evidenz besteht, diese wird aber nicht ausgeführt.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist relevant für diese Review. Sie untersucht den Einfluss eines kreierte Programms auf das Stigma-Management. Dieser Zusammenhang kann jedoch leider nur anekdotisch bestätigt werden. Da es sich jedoch bei diesem Programm um eine neue Richtung, das Rollenspiel, handelt, scheint die Studie für das Review einen interessanten Beitrag leisten zu können.

Total: 10 Punkte (Einbezug der Studie)

Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and Self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*. 54 (3). 206-218.

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Der Forschungsbericht bildet ein Ganzes, Zusammenhänge sind logisch. Der Leser kann die verschiedenen Schritte nachvollziehen.
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
 - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
 - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
 - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?→ 2 Punkte: Die theoretischen Grundlagen sind in einer logischen Reihenfolge aufgebaut und führen den Leser zu den 3 zu untersuchenden Hypothesen/Fragen. Die erwähnten Studien und Theorien sind verständlich und rechtfertigen die vorliegende Studie.
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Die benutzte Methode ermöglicht es, die drei gestellten Fragen zu beantworten.
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
→ 1 Punkt: Der Gang der Studie ist nachvollziehbar.
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**
→ 2 Punkte: Die Fragen werden sehr genau beantwortet. Der Leser kann auch nachvollziehen, wie die Autoren zu den Antworten gekommen sind.

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
→ 0 Punkte: Es ist kein ethischer Standpunkt vertreten.
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**
→ 3 Punkte: Die Studie ist relevant für die Review. Die Ergebnisse besagen zwar, dass der „peer support“ keinen signifikanten Einfluss hat auf die Stigmatisierung, trotzdem wird dieser Zusammenhang untersucht und Teilergebnisse beinhalten Aussagen, welche relevant sind.

Total: 11 Punkte (Einbezug der Studie)

Anhang F

Richtlinien für die kritische Bewertung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Quellen angegeben?

6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?

7. Waren die Studien ähnlich?

Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Nebenwirkungen? Compliance?

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Anhang G

Kritische Bewertung der Literaturübersichten

Quelle:

Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologie e Psichiatria Sociale*, 10 (1), 1-7.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Es wurde keine präzise Fragestellung untersucht. Die Forscher möchten mit dem Editorial erzielen, eine Ordnung in die bereits vorhandene Literatur über Ansätze zur Stigmareduktion bei Schizophreniepatienten zu bringen. (0 P)

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien werden nicht erwähnt. (0 P)

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Es ist wahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden, weil die Literaturübersicht nicht systematisch gemacht wurde. (0 P)

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Zu der Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien wurde keine Stellung genommen. (0 P)

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Die Beurteilung der verwendeten Studien ist nicht nachvollziehbar. (0 P)

6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Die verwendeten Studien wurden nicht bewertet. (0 P)

7. Waren die Studien ähnlich?

Alle Studien lieferten Informationen bezüglich der Stigma-Bekämpfung. Die Forscher Beziehen alle Studien mit ein, die auf irgendeine Weise Aussagen zu Interventionen gegen die Stigmatisierung machten. (0.5 P)

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse präsentieren eine Darstellung der verschiedenen Interventionen gegen die Stigmatisierung. In Anlehnung auf verschiedene Theorien werden die Interventionen aufgezeigt.

- Diskreditiert vs. Diskreditierbar → Medikamentenauswahl sollte das Ausmass der Nebenwirkungen in Betracht ziehen, um „Sichtbarkeit“ der Krankheit in Grenzen zu halten
- Es gibt allgemein zwei verschiedene Strategien gegen die Stigmatisierung → Normalisierung psychischer Probleme (Kontinuum gesund – krank) und Medizinalisierung (Integration der Psychiatrie in die Medizin) → dazu gibt es kontroverse Studienergebnisse
- Art, wie Schizophreniekranken in Medien dargestellt werden, kann Einfluss auf die Stigmatisierung haben. → positive Darstellung, um Meinungsveränderungen anzustreben (Zusammenarbeit mit Journalisten fördern)
- Psychiatrieanstalten können auch Beitrag zu Stigmatisierung leisten → Juristische Psychiatrieabteilungen sollten von allgemeinen Psychiatrien getrennt werden.

- Stigmatisierter Faktor wird zur Persönlichkeit gemacht → Person mit Schizophrenie = Schizophrener → Kontakte fördern, um dem entgegenzuwirken (Kontakte zu psychisch Kranken bereits in der Kindheit → Beeinflussung bevor Stereotypisierung erfolgt ist). Studien haben gezeigt, dass Personen, die Kontakt haben zu psychisch Kranken, weniger stigmatisieren.
 - Drei Arten der Diskriminierung
 - Direkt
 - Strukturell → Zusammenarbeit mit Politikern fördern
 - Selbst-Stigma → Empowerment
 - Psychoedukative Gruppen
 - Kognitive Verhaltenstherapie → Verbesserung der Coping-Skills
 - Selbsthilfegruppen (wird als wichtigste Strategie beschrieben)
- Die Ergebnisse sind dargestellt, ohne miteinander in Verbindung gesetzt worden oder verglichen worden zu sein. **(0.5 P)**
- 9. Wie präzise sind die Ergebnisse?**
Über die Präzision der Ergebnisse werden keine Aussagen gemacht, die Studien wurden nicht gewichtet. Einzig die Aussage zum Schluss, die Selbsthilfegruppen seien die beste Strategie auf individueller Ebene um die Stigmatisierung zu bekämpfen, weist auf eine gewisse Gewichtung hin. **(0 P)**

Anwendbarkeit

- 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
Alle Ergebnisse beziehen sich auf die Zielgruppe der Schizophreniekranken. Jedoch kann der Studie durch die unsystematische Forschungsweise keine grosse Gewichtung gegeben werden und Ergebnisse können nur mit Vorbehalt übertragen werden. **(0 P)**
- 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
Besonders der letzte Teil der Ergebnisse bezüglich der Bekämpfung des Selbst-Stigmas scheint für die Literaturübersicht relevant. Die Ergebnisdarstellung ist jedoch etwas zu wenig differenziert. **(0.5 P)**
- 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
Bei diesem Artikel handelt es sich um ein Editorial. Es ist für eine erste Übersicht sehr hilfreich, die geringe Evidenz lässt es aber nicht zu, Ergebnisse zu übertragen. Es wird kein ethischer Standpunkt eingenommen in Bezug auf die verwendete Literatur. **(0.5 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

4/18 Punkten

Quelle:

Corrigan, P.W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 11 (3). 179-190.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Es wurde keine präzise Fragestellung untersucht. Die Forscher wollten mit ihrer Literaturübersicht

die negative Auswirkung der Stigmatisierung auf die Betroffenen darstellen (a), Modelle zur Entwicklung dieser Effekte erklären (b) und Strategien zur Dämpfung der Stigma-Auswirkungen aufzeigen (c). **(0 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Da diese Literaturübersicht nicht systematisch gemacht wurde, sind keine Einschlusskriterien beschreiben. **(0 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Es ist wahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurde, da ohne Systematik gesucht wurde. **(0 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Es werden keine Aussagen bezüglich der Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien gemacht. **(0 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Es ist nicht ersichtlich, ob die Forscher eine Beurteilung der Studien gemacht haben. **(0 P)**

6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Es wurde keine Bewertung der Studien gemacht. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Innerhalb der untersuchten Themenkategorie (siehe Frage 1) waren die Studien ähnlich, sie wurden miteinander in Verbindung gebracht. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Bezug zu Ziel c.)

Die Forscher haben die Strategien zur Stigma-Bekämpfung in drei Kategorien eingeteilt:

- Verminderung des öffentlichen Stigmas
 - Protest, Belehrung und Kontakt → Kontakt gilt als erfolgreichste Strategie
 - populationsspezifischen Strategien, z.B. nach Beruf → Studien haben gezeigt, dass Strategien zur Stigma-Reduktion erfolgreicher sind, wenn sie sich direkt an spezifische Population richtet.
- Coping mit dem Selbst-Stigma
 - Kognitive Therapie ist effizient im Restrukturieren von kognitiven Schemata (Kognitive Umwertung von stigmatisierenden Eigenaussagen) → versuchen, das Stigma als normales Ereignis anzuschauen, Erhöhung der Krankheitsakzeptanz
 - Erhöhung der persönlichen Empowerments (Empowerment als Gegenseite des Selbst-Stigmas) → den Betroffenen mehr Kontrolle über eigene Behandlung geben, Patienten als Partner ansehen, Selbstbestimmung geben → Studien haben gezeigt, dass empowernde Ansätze helfen, berufliche und allgemeine Lebensziele zu erreichen.

- Alternativprogramme zu traditionellen Strukturen → Behausungen, Clubhäuser, Selbsthilfegruppen → Fokussierung auf die Stärken, nicht auf die Schwächen, Entwicklung von sozialen Kompetenzen
- Veränderung von Strukturen
 - Arbeitsbedingungen verändern etc. (1 P)

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Studien wurden in Bezug zu deren Design zum Teil gewichtet. Detaillierte Aussagen werden dazu jedoch nicht gemacht. (0.5 P)

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Die Ergebnisse richten sich an alle Patienten, die wegen ihrer psychischen Krankheit stigmatisiert werden, in dem Fall auch an die Patienten der vorliegenden Literaturübersicht. Weil jedoch die Ergebnisse nicht systematisch gesucht wurden, und die Auswahl der Studien nicht ausführlich auf deren Qualität überprüft wurde, ist er Übertragbarkeit Grenzen gesetzt. (0.5 P)

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Das Ergebniskapitel der Stigmabewältigung ist für die Literaturübersicht relevant. Es werden wichtige Aussagen gemacht darüber, wie der Betroffene die Stigmatisierung überwinden und wie er dabei unterstützt werden kann. (1 P)

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Literaturübersicht vermag es, einen guten Überblick über die Stigmatisierung, deren Auswirkungen und die Strategien zur Bekämpfung zu geben. Die Studie ist sehr ausführlich und komplex, jedoch sind die Ergebnisse wegen der fehlenden Systematik nicht evident genug, um allgemeingültige Aussagen zu machen. Ausserdem wird kein ethischer Standpunkt eingenommen, so dass die Risiken für Patienten nicht ersichtlich sind. (0.5 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Total 7/18 Punkten

Quelle:

Corrigan, P.W. & Wassel, A. (2008). Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 46 (1), 42-48.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Es wurde keine präzise Fragestellung untersucht. Die Forscher beschreiben in der Einleitung ihre Absicht, mit dem Artikel Stigmamodelle zur psychischen Krankheit und deren Einflüsse auf den Verlauf der Krankheit darzustellen. Auch Strategien zur Verminderung des Stigmas sollen aufgezeigt werden. **(0 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Da es sich nicht um eine systematische Literaturübersicht handelt, sind keine Einschlusskriterien im Artikel erwähnt. Die Autoren erwähnen einzig, dass für die Zusammenstellung des Artikels ausschliesslich empirische Studien verwendet wurden und betonen dabei die Wichtigkeit der Evidenz der Behandlungen und Strategien. **(0.5 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Da nicht systematisch nach Studien gesucht wurde, ist die Wahrscheinlichkeit gross, relevante Studien übersehen zu haben. **(0 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Es ist nicht sichtbar, ob die Studien nach ihrer Glaubwürdigkeit eingeschätzt wurden. **(0 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Es ist nicht nachvollziehbar, ob die verwendeten Studien beurteilt wurden. **(0 P)**

6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Die Bewertung der Studien und die Meinung der Forscher dazu sind nicht sichtbar. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Die einbezogenen Studien sind alle empirisch und befassen sich mit dem Stigma der psychischen Krankheit. Die Interventionen dazu sind jedoch breitgefächert und in drei Hautkategorien eingeteilt: öffentliches Stigma, Selbst-Stigma und Vermeidung der Etikettierung. Zu strukturellen Gemeinsamkeiten oder Unterschieden wird nichts beschrieben. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Strategien zur Stigma-Bekämpfung in der Öffentlichkeit:

- Protest, Belehrung und Kontakt → Kontakt wird in den Studien als am erfolgreichsten eingestuft, weil da sehr realitätsnahe Verbindungen zu Stigma kommen.
- Arbeit in Öffentlichkeit gegen Stigma ist erfolgreicher, wenn sie in kleinen Gruppen organisiert wird, vor allem Kampagnen in Zusammenarbeit mit Leuten, die viel mit psychisch Kranken zu tun haben und Einfluss auf die Auswirkung haben (z.B. Polizisten, Vermieter etc.)

Strategien gegen die Selbst-Stigmatisierung

- Empowerment als Gegenseite der Selbst-Stigmatisierung
 - Den Betroffenen Kontrolle über ihr Leben und die Krankheit (Behandlung) geben
 - Gruppenidentifikation → Betroffene, die sich einer Gruppe zugehörig fühlen, sind weniger von der Selbst-Stigmatisierung betroffenen und können besser die Kontrolle behalten.

- Von Patienten organisierte Gruppenzusammenkünfte → gegenseitige Hilfeangebote, Training zur eigenen Verteidigung und Anlaufstellen → erhöht persönliches Empowerment, Verantwortung, Selbstbestimmung, Gesundheits-Orientierung und Spiritualität
 - Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
 - Irrationale Selbst-Aussagen bilden den Fokus der Therapie
 - CBT hilft, die eigene Stereotypisierung zu bekämpfen
 - Aufzeigen von Beweisen, dass eigene Wahrnehmung nicht mit Realität übereinstimmt
 - Sobald Patienten stark genug sind, entwickeln sie Gegenaktionen → „auch wenn ich einige Probleme habe, bin ich immer noch fähig, meine Lebensziele zu erreichen wie andere Erwachsene, die ähnliche Barrieren haben.“
 - Offenbarung oder verstecken der Krankheit
 - Patienten müssen für sich entscheiden, ob sie Krankheit ans Licht bringen wollen
 - Offenbarung kann helfen, Scham zu verringern und die sich mit anderen zu identifizieren, Erfahrungen auszutauschen und gegen das Stigma der Öffentlichkeit zu kämpfen. (je mehr Betroffene mit ihrer Krankheit an die Öffentlichkeit treten, desto stärker ist die Bekämpfung gegen das Stigma)
 - Offenbarung kann auch negative Aspekte mit sich ziehen → Diskriminierung → wenn einmal in die Öffentlichkeit gegangen wurde, gibt es kein Zurück mehr
 - Verschiedene Etappen: Geheimhaltung, selektive Offenbarung, unüberlegte Offenbarung und aktive Offenbarung

Vermeidung der Etikettierung (keine Diagnose → suchen keine Hilfe, um nicht etikettiert zu werden)

- Noch nicht viele Studien dazu → Kontakt und Belehrung wie bei öffentlicher Stigmatisierung (1 P)

9. **Wie präzise sind die Ergebnisse?**

Es wird nicht erwähnt, wie präzise die Ergebnisse sind. Es ist nur geschrieben, dass alle Aussagen auf empirischen Daten beruhen. (0.5 P)

Anwendbarkeit

10. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**

Der Artikel befasst sich mit der Stigmatisierung von psychisch Kranken. Die Beweiskraft des Berichts ist jedoch fraglich, weil nicht systematisch nach den Ergebnissen gesucht und diese nicht gewichtet wurden. Eine Verallgemeinerung innerhalb der Population darf man deshalb nur mit Vorbehalt machen. (0.5 P)

11. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**

Die Ergebnisse zu den Strategien gegen die Selbst-Stigmatisierung sind relevant für die Literaturübersicht. (1 P)

12. **Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**

Es ist ein wenig widersprüchlich, dass die Forscher zu Beginn des Artikels die Wichtigkeit der Evidenz für Strategien gegen die Stigmatisierung betonen und ihre Darstellung nicht systematisch machen. Trotzdem basieren alle Informationen auf empirischen Daten und können als beschränkt evident angesehen werden. Durch die fehlende Gewichtung der Ergebnisse ist es jedoch schwierig, die Daten weiter zu verwenden. Ausserdem wird kein

ethischer Standpunkt eingenommen, so dass die Risiken für Patienten nicht ersichtlich sind. **(0.5 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 - 2 - **3** - 4 - 5 - 6

Total 7.5/18 Punkten

Quelle:

Couture, S.M. & Penn, D.L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*. 12(3), 291-305.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Es ist nicht direkt eine Fragestellung ersichtlich. Das Ziel der Literaturübersicht ist jedoch relativ klar eingegrenzt. Die Forscher wollen die Strategie des interpersonellen Kontakts mit psychisch Kranken und dessen Einfluss auf die Stigma-Reduktion untersuchen und darstellen. **(0.5 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Es wurden alle Studien mit einbezogen, die Aussagen zu interpersonellen Kontakten in Bezug auf die Stigma-Reduktion bei psychisch Kranken machten. **(1 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Die Forscher beschreiben in der Methode, dass sie auf Datenbanken gesucht haben, um alle relevanten Studien einbeziehen zu können. Wahrscheinlich wurde mit einer Systematik gesucht, diese ist jedoch nicht ersichtlich (keine Suchbegriffe etc. erwähnt). **(0.5 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Es werden keine Aussagen zur Glaubwürdigkeit der Studien gemacht. Bei den prospektiven Studien wird jedoch einmal eine Metaanalyse erwähnt. Die Tatsache, dass das Design der Studie betont wird, könnte darauf hinweisen, dass eine gewisse Gewichtung vorgenommen wurde. **(0.5 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Die Forscher machen mit der Unterteilung der Studien in retro- und prospektiv eine Gewichtung der Studien, denn die prospektiven sind auf einer höheren Evidenzstufe einzugliedern als die retrospektiven. Dies, weil bei ersteren eine klare Aussage über Ursache und Wirkung gemacht werden kann. Die einzelnen Studien innerhalb der Kategorien werden jedoch nicht beurteilt. **(0,5 P)**

6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Diesbezüglich werden im Forschungsbericht keine Aussagen gemacht. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Die Studien waren inhaltlich ähnlich. Die Forscher konnten zwei Kategorien bilden, um einen besseren Überblick zu verschaffen. Es ist jedoch zu bemängeln, dass die Studienjahrgänge bis ins Jahr 1970 zurückgehen. Dies lässt Zweifel offen bezüglich der Aktualität der Ergebnisse. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Retrospektive Studien (Querschnittaufnahme der stigmatisierenden Einstellungen in Zusammenhang mit dem Kontakt zu psychisch Kranken)

- Menschen in Kontakt mit psychisch Kranken haben weniger schlechte Einstellungen gegen diese und distanzieren sich weniger von ihnen.
- Häufige Kontakte zu psychisch Kranken können Vorurteile, z.B. Gewalttätigkeit, vermindern.
- Die Ergebnisse zeigen keine Unterschiede zwischen freiwilligem und unfreiwilligem Kontakt.

Prospektive Studien (Pre- und Posttests zu Kontakten und Veränderung der stigmatisierenden Einstellungen)

- Metaanalyse hat Effizienz von prospektivem Kontakt bestätigt
- Freiwilliger Kontakt ist am effizientesten → nicht ganz klar, ob Charaktereigenschaften oder Freiwilligkeit entscheidend ist
- Eine Studie hat gezeigt, dass je schlechter die Einstellung vor dem Kontakt ist, desto grösser ist die Veränderung durch den Kontakt.
- Auch physiologische Veränderungen nach häufigem Kontakt → weniger Stress
- Gewisse Studien haben gezeigt, dass Personal, das mit psychisch Kranken zusammenarbeitet, die Einstellung mit der Häufigkeit des Kontakts nicht verändert → Training innerhalb des Jobs (Professionelle, die mit psych. Kranken arbeiten) zeigten keine Effizienz
- Qualität des Kontakts ist wichtiger als Quantität (1 P)

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Es werden jedoch starke Studiendesigns, wie RCT's und Metaanalysen erwähnt.

Ausserdem werden in jeder Kategorie Mediane und Standardabweichungen erwähnt. (1 P)

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Die untersuchte Population der Studie, Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, lässt sich mit der Population der Literaturübersicht vergleichen. Die Ergebnisse lassen sich jedoch nicht ohne weiteres verallgemeinern, da sie nicht gewichtet wurden. (0.5 P)

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die Ergebnisse haben für die Literaturübersicht Relevanz. Sie zeigen, dass der Kontakt zur Aussenwelt sehr wichtig ist für psychisch Kranke und von Professionellen gefördert werden muss. (1 P)

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Alle Ergebnisse basieren auf empirischen Daten. Im Allgemeinen bildet die Literaturrecherche eine gute Übersicht der Thematik. Die Risiken für Patienten sind schwierig einzuschätzen, da kein ethischer Standpunkt eingenommen wird. (1 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Total 11 /18 Punkten

Quelle:

Heijnders, M. & Van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 11 (3), 353-363.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Die Literaturrecherche zielt darauf ab, nach effizienten Strategien und Interventionen zur Stigma-Reduktion bei Patienten mit HIV/Aids, psychischen Krankheiten, Lepra, Tuberkulose und Epilepsie. Eine präzise Fragestellung ist nicht beschrieben. **(0.5 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Es wurden Studien mit einbezogen, die Interventionen im Detail beschreiben. Die Suche beschränkte sich ausschliesslich auf englische und dänische Studien, die von Experten begutachtet und nach dem Jahr 1990 veröffentlicht wurden.

Diese Einschlusskriterien scheinen für die Auswahl der Studien angemessen. **(1 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Die Forscher haben mit Systematik nach den Studien gesucht. Die verwendeten Suchbegriffe und Datenbanken sind klar beschrieben. Die Suchbegriffe scheinen das zu untersuchende Themengebiet abzudecken. **(1 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Die Studien wurden unabhängig von ihrer Glaubwürdigkeit präsentiert. **(0 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Die Beurteilung der verwendeten Studien ist nicht nachvollziehbar. **(0 P)**

6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Diesbezüglich sind keine Aussagen beschrieben. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Die Studien waren inhaltlich ähnlich, jedoch strukturell verschieden. Es wurden Studien mit unterschiedlichen Designs in die Literaturübersicht einbezogen. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden in verschiedene Ebenen eingeteilt:

Intrapersonelle Ebene

- Verhaltensveränderung auf individueller Ebene mit dem Ziel, Charakteristiken zu verändern, das Wissen aufzubessern, das Verhalten und das Selbst-Konzept zu verändern, den Selbstwert zu verbessern, Coping-Skills zu mobilisieren, das Empowerment zu fördern und eine wirtschaftliche Unterstützung zu bieten.
 - Individuelle Beratung (nur in Verbindung mit HIV-Patienten beschrieben)
 - Soziale Stärkung für eine positive Einstellung
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
 - Strukturierter Ansatz, wo Patienten trainiert werden, negative Denkweisen und deren Interpretationen zu identifizieren und zu modifizieren → Belehrung, Symptom- und Stressmanagement, Desensibilisierung von gefürchteten Stimuli.
 - KVT ist wirksam in der Bekämpfung von Stigma → hilft Betroffenen, besser mit den Konsequenzen des Stigmas umzugehen

- Studie hat gezeigt, dass KVT Schizophreniekranken hilft, das Selbstwertgefühl zu verbessern und die sozialen Kompetenzen zu stärken.
- Coping
 - Studien haben gezeigt, dass natürlicher Bewältigungsmechanismus der Betroffenen eher verletzt als hilft → Geheimhaltung, Vermeidung und Rückzug → allein mit Coping kann Stigma nicht bekämpft werden
- Selbsthilfegruppen
 - Haben positive Auswirkungen auf Identität, Selbstwert, Coping und soziale Integration
 - 2 Studien haben Stigmareduktion durch Selbsthilfegruppen bestätigt

Interpersonelle Ebene

- Beeinflussung des Umfeldes einer stigmatisierten Person → diese Interventionen befassen sich mit der Dämpfung der Stigma-Auswirkung auf die soziale Unterstützung und soziale Netzwerke, indem Beziehungen gefördert werden.
 - Unterstützung der pflegenden Angehörigen (bezieht sich nur auf HIV-Patienten)
 - Hauspflege-Teams (bezieht sich nur auf HIV-Patienten)
 - Gesellschaftsbasierte Rehabilitation (bezieht sich nur auf Lepra-Patienten)

Organisatorische und institutionelle Ebene

Gesellschaftliche Ebene

Staatliche und strukturelle Ebene

→ In der Schlussfolgerung betonen die Forscher, dass Programme zur Stigma-Reduktion patientenzentrierte werden müssen. **(1 P)**

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse basieren auf empirischen Studien, die Qualität dieser Studien wird jedoch nicht beurteilt. **(0.5 P)**

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

In dieser Literaturübersicht werden nicht nur Ergebnisse für psychisch Kranke präsentiert. Die Unterscheidung wird jedoch in der Ergebnisdarstellung klar gemacht, so dass ersichtlich ist, auf welche Population sie sich beziehen. Die Ergebnisse sind jedoch nicht auf deren Qualität überprüft worden, so dass nicht ohne weiteres eine Verallgemeinerung vorgenommen werden kann. **(0.5 P)**

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Der Ergebnisteil enthält für die Literaturübersicht wertvolle Informationen. **(1 P)**

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Diese Literaturübersicht wurde systematisch gemacht, so dass die Ergebnisdarstellung keine grosse Lücken haben sollte. Da die Studien jedoch nicht auf Qualität überprüft wurden und keine Gewichtung erhielten, ist die Evidenz der Übersicht nicht bestätigt. Ausserdem wird kein ethischer Standpunkt eingenommen, so dass die Risiken für Patienten nicht eingeschätzt worden sind. **(0.5 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

11.5/18 Punkten

Quelle:

Holmes, E., P. & River, L., P. (1998). Individual Strategies for Coping with the Stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and behavioral Practice*.5 (2), 231-239.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Es wurde keine präzise Fragestellung untersucht. Die Literaturübersicht hat zum Ziel, die Auswirkungen der Selbst-Stigmatisierung und kognitive Verhaltensstrategien zum Umgang mit diesen Auswirkungen darstellen. **(0 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Die Auswahl der Studien kann nicht nachvollzogen werden. **(0 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Es ist wahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden, weil keine Systematik in der Suche sichtbar ist. **(0 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Die Studien wurden nicht bewertet. **(0 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Die Beurteilung der verwendeten Studien ist nicht nachvollziehbar. **(0 P)**

6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Die Studien wurden nicht bewertet, dies ist jedenfalls nicht ersichtlich. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Über die Struktur der Studien wird nichts berichtet. Die Inhalte sind ähnlich, denn alle Studien

machen Aussagen über Interventionen zur Stigma-Reduktion. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden unterteilt in Bewältigung der öffentlichen Stigmatisierung und des Selbst-Stigmas.

Öffentliche Stigmatisierung

- Beruhend auf der Theorie nach Goffman → diskreditiert und diskreditierbar → Offenbarung oder Geheimhaltung der Krankheit
 - Sozialer Rückzug, Geheimhaltung, selektive Offenbarung, unselektive Offenbarung, soziale Aktion
 - Die Offenbarung ist abhängig von den Umständen
 - Kosten-Gewinn-Abwägung über längere Zeitdauer um den Entscheidungsprozess bezüglich Offenbarung zu erleichtern

Selbst-Stigmatisierung

- Lernen, selbst-stigmatisierende Haltung zu erkennen und zu modifizieren
 - Kognitionstypen
 - Rückschlüsse → Urteile bezüglich alltäglichen Erfahrungen/Interaktionen
 - Evaluation → die Erfahrungen bewerten
 - Therapieansätze, um diese Bewertungen realistischer werden zu lassen → was spricht für und gegen diese Bewertung?
 - Disfunktionale Annahmen → Basisregeln, die Verhaltensweisen herbeiführen (schon früh angelegt)

- Ziel der Therapie ist nicht, diese Einstellung zu ändern, sondern die Verbindung zu Verhaltensweisen bewusst werden zu lassen
 - Diese Kognitionstypen spielen eine wichtige Rolle in der Erfahrung von Selbst-Stigma.
 - Ansätze, die Kognitionstypen zu beeinflussen
 - Psychoedukation → realistische Auffassung der Krankheit und deren Behandlung vermitteln, Coping-Fähigkeiten (Skills) erhöhen, Zusammenschluss mit der Gesellschaft fördern
 - Kognitive Restrukturierung → Dingen neue Werte geben
 - Aufschluss → Förderung der Kontakte mit der Umwelt (1 P)
- 9. Wie präzise sind die Ergebnisse?**
 Es können keine Informationen zur Präzision der Ergebnisse entnommen werden. Die Forscher bieten einen Überblick über die Ergebnisse, es ist jedoch nicht klar, welche Präzision diese haben. (0 P)

Anwendbarkeit

- 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
 Die Literaturübersicht bezieht sich auf Patienten mit einer schwerer psychischen Krankheit. Die Population stimmt mit dieser der Literaturrecherche überein. Die Ergebnisse können jedoch nicht ohne Vorbehalt verallgemeinert werden, da deren Evidenz nicht bekannt ist. (0.5 P)
- 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
 Die Ergebnisse sind für die Beantwortung der Fragestellung relevant. (1 P)
- 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
 Die Literaturübersicht bietet einen guten Überblick über die verschiedenen Strategien und Interventionen. Der Nutzen ist jedoch nur bedingt, da sich die Ergebnisse nicht ohne Weiteres verallgemeinern lassen. Ausserdem ist nicht ersichtlich, welche Risiken für die Patienten bestehen. (0.5 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

5.5/18 Punkten

Quelle:

Lamb, J. (2009). Creating Change: Using the Arts to Help Stop the Stigma of Mental Illness and Foster Social Integration. *Journal of Holistic Nursing*, 27(1), 57-65.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

Die Forschungsfrage lautet: Kann die künstlerische Leistung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten in Verbindung mit anderen Aspekten helfen, soziale Veränderungen anzustreben und die Integration zu fördern? **(1 P)**

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?

Genauere Einschlusskriterien sind nicht bekannt. **(0 P)**

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?

Da keine Systematik der Sucher ersichtlich ist, ist es wahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden. **(0 P)**

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?

Die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien wurde nicht eingeschätzt. **(0 P)**

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?

Die Beurteilung der verwendeten Studien ist nicht nachvollziehbar. **(0 P)**

6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

Darüber werden keine Aussagen gemacht. **(0 P)**

7. Waren die Studien ähnlich?

Über die strukturellen Aspekte der Studien ist nichts erwähnt. Inhaltlich sind die Studien innerhalb der Ergebniskategorie ähnlich. **(0.5 P)**

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse sind in verschiedene Kategorien eingeteilt:

Selbstvertrauen und Empowerment

- Zutrauen der Kompetenz, grosse Auswahl von Stressoren und Herausforderungen bewältigen zu können
 - In Behandlung integrieren, indem Patient nicht als Objekt von medizinischen Interventionen betrachtet wird, sondern als menschliches Individuum, das sich akzeptiert fühlt.

Rehabilitation, Heilung und soziale Integration

- Berufliche Wiedereingliederung
 - Coaching bezüglich der Vorstellungsgespräche
 - Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, um angepasste Jobs zur Verfügung zu stellen
- Zugang zu sozialen Aktivitäten, persönlichen Beziehungen → Respekt und Beachtung von anderen
- Ressourcenorientierter Ansatz → ganzheitliche Betrachtung → nur so kann Stigma reduziert werden

Artistische Kompetenzen abschätzen und fördern

- Kompetenzen müssen sichtbar gemacht werden (viele psychisch Kranke sind sehr kreativ, besonders Schizophreniepatienten)
- Veröffentlichung von Werken, um Kontakt zu Aussenwelt herzustellen → Reduktion der Vorurteile

- Kunst dient als Mittel, Gedanken, Emotionen und Ideen zu äussern → Gewinn für Betroffene
 - Evidenz gegen Stigma ist anekdotisch bestätigt
 - Es gibt Projekte, die Talente von psychisch Kranken fördern
 - Unterstützt Beziehung zwischen Künstlern und zur allgemeinen Öffentlichkeit
 - Selbstwert der psychisch Kranken konnte erhöht werden
 - Kunstausstellung von Kindern mit und ohne emotionaler Störung → Einstellungsänderungen der gesunden Kindern konnte beobachtet werden
- (1 P)**

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse der Kunst und deren Einfluss auf das Stigma konnte nur anekdotisch bestätigt werden. Die Studie liefert keine präzisen Ergebnisse in dieser Hinsicht. Ausserdem sind Aussagen über die Auswirkungen der Kunstprogramme sehr wage und basieren nur auf Beobachtungen. **(0 P)**

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Die Studie bezieht sich auf Menschen mit psychischen Krankheiten. Es wird erwähnt, dass vor allem Schizophreniekranken sehr kreativ sind. Die Ergebnisse können aber wegen der geringen Evidenz nicht unabdingbar verallgemeinert werden. **(0.5 P)**

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die Ergebnisse beziehen sich nicht nur auf die Stigma-Reduktion. Gewisse Zusammenhänge werden nicht genügend dargestellt (Begründung dieser Ergebniskategorien). Die Ergebnisse dienen aber dazu, eine für die Literaturübersicht neue Strategie darzustellen. **(0.5 P)**

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Der Bericht liefert interessante Ansätze der Stigma-Reduktion. Die Thematik ist jedoch noch zu wenig erforscht, um evidenzbasierte Ergebnisse präsentieren zu können. Es wird ausserdem kein ethischer Standpunkt eingenommen, so dass es schwierig ist, mögliche Risiken für Patienten einzuschätzen. **(0.5 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

5.5/18 Punkten

Anhang H

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Studien



**Haute école de santé Fribourg - Ecole du personnel soignant
Hochschule für Gesundheit Freiburg - Krankenpflegeschule**

Filière infirmière et infirmier HES
Studiengang Pflegefachfrau und -fachmann FH

Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg / Freiburg

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

<p>Darstellung des Problems und des Ziels</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
<p>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
<p>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	
Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungsdesign	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	
Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? 	
Rechtlich-ethische Probleme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? 	
Instrumente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> a) Wehr führte die Beobachtungen durch? 	

	<ul style="list-style-type: none"> b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Ga es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? <p>3. Interviews</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? <p>4. Fragebögen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein? <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet? 	
Reliabilität und Validität	<ul style="list-style-type: none"> 1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben? 2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel? 3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben? 4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb? 	
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> 1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt? 2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben? 3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable? 4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? 5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches? 6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? <ul style="list-style-type: none"> a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt. 	
Schlussfolgerungen, Implikationen	<ul style="list-style-type: none"> 1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt? 	

<p>und Empfehlungen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert? 3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe? 4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein? 5. Welche Verallgemeinerungen gibt es? 6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus? 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert? 	
<p>Anwendung und Verwertung in der Praxis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? 	

Literatur:

LoBiondo, G. & Haber, J. (2005). *Pflegforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München / Jena: Urban & Fischer, 603-606.

Anhang I

Kritische Bewertung der quantitativen Studie

Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and Self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*. 54(3). 206-218.

Darstellung des Problems und des Ziels	<p>1. Menschen mit psychischen Krankheiten leiden oft unter der Stigmatisierung, was schädliche Auswirkungen haben kann auf deren objektiven und subjektiven Lebensqualität. Frühere Studien, welche die Wirkung von Coping-Strategien untersucht haben, konnten keine erfolgreichen Strategien aufdecken zur Stigmareduktion. In der Literatur gibt es Anzeichen dafür, dass die Unterstützung durch Peers hilfreich sein kann. (1 P)</p> <p>2. In der Darstellung des Problems werden Beziehungen zwischen den beiden anhängigen und der unabhängigen Variable zum Ausdruck gebracht (siehe Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen 2.) (1 P)</p> <p>3. Die Aussagen des theoretischen Teils beziehen sich zum grössten Teil auf psychisch kranke Menschen. Es wird jedoch keinen speziellen Bezug gemacht zu Menschen in der Rehabilitations-Phase. (0.5 P)</p> <p>4. Die Signifikanz wird durch die Abhängigkeit der verschiedenen Variablen hervorgehoben. Die Notwendigkeit der Studie wird so begründet, dass die Rolle der sozialen Unterstützung als Dämpfer der Stigma-Auswirkungen noch nicht explizit untersucht wurde. (1 P)</p>
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<p>1. unabhängige Variablen Unterstützung durch Peers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Outcomes bei empathischer Haltung (Gleichgesinnte können sich in Lage versetzen) • Verhindert soziale Isolation • Gefühl, mit Problemen nicht alleine zu sein <p>Stigmatisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labelling-Theorie <p>Abhängige Variablen Selbstwert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwert-Theorie: Selbstwert gilt als fundamentales menschliches Motiv → alle

	<p>Menschen bemühen sich für die Selbstbeherrschung und –aufwertung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwert hat drei Quellen → reflektierte Einschätzung, Selbstbild und soziale Vergleiche (bei der Wahrnehmung, dass andere einem mögen und man sich positiv mit jemandem vergleichen kann, erhöht dies den Selbstwert) <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisierung und Selbstwert werden miteinander in Verbindung gebracht. Es wird beschrieben, dass die Stigmatisierung nur dann den Selbstwert beeinflusst, wenn nicht genügend Coping-Strategien vorhanden sind. Das Stigma kann den Selbstwert direkt oder indirekt beeinflussen. Direkt: Betroffene spüren direkte Diskriminierung und Abwertung. Indirekt: Bei bekannter psychischer Erkrankung erwarten Betroffene, von der Öffentlichkeit stigmatisiert zu werden und reevaluieren sich selber. Es gibt Studien, die den direkten Zusammenhang zwischen Stigma und Selbstwert herstellen und andere, die ihn widerlegen (Grund der ersten Forschungsfrage). • Im Literaturteil wird beschrieben, dass Leute mit mehr sozialer Unterstützung weniger unter Stressoren (Stigma wird als Stressor beschrieben) leiden, weil erstens Probleme besprochen werden können und zweitens die Leute einem selber besser fühlen lassen. Unterstützung durch Gleichgesinnte kann helfen, neue Ideen zu finden, um mit dem Stigma umzugehen. • Das Stigma kann Gruppenzugehörigkeit unter Gleichgesinnten erhöhen (gegenseitige Beeinflussung → Peer-Groups ↔ Stigma) (1 P) <p>3.</p> <p>Es wird festgestellt, dass sich frühere Studien widersprechen bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Stigmatisierung und dem Selbstwert. Es gibt Studien, die den direkten Zusammenhang klar bestätigen und andere, die ihn widerlegen. Daher wird die erste Forschungsfrage danach gerichtet, den Zusammenhang bei der untersuchten Population aufzuzeigen. Die zweite Lücke ist die, dass die Rolle der sozialen Unterstützung als Dämpfer der Stigma-Auswirkungen noch nicht in diesem Rahmen untersucht wurde. (1 P)</p> <p>4.</p> <p>Die Forscher beziehen sich ausschliesslich auf primäre Quellen. (1 P)</p> <p>5.</p> <p>Es werden keine operationalen Definitionen der Variablen angegeben. (0 P)</p>
--	--

<p>Hypothesen(n) oder Forschungsfrage(n)</p>	<p>1. a.) Sind Stigmatisierung und Selbstwert negativ miteinander korreliert? b.) Kann Unterstützung von Peers den Selbstwert der Patienten in Rehabilitations-Zentren erhöhen? c.) Kann die Unterstützung von Peers die negative Beeinflussung der Stigmatisierung auf den Selbstwert unterbrechen? (1 P)</p> <p>2. Die erste Frage wird auf Grund der widersprüchlichen Ergebnissen der früheren Studie gestellt. Die zweite Frage basiert auf der Hypothese der positiven Auswirkung der Unterstützung durch Peers. Die dritte Frage bringt die Variablen zusammen in Verbindung, um eventuelle andere Einflüsse auf die Ergebnisse auszuschliessen. (1 P)</p> <p>3. siehe Literatur-Recherche/theoretischer Bezugsrahmen 1. (1 P)</p> <p>4. Es werden drei Forschungsfragen dargestellt, keine Hypothesen. (0.5 P)</p> <p>5. Bei den Fragen a.) und c.) ist die Richtung der Beziehung offen. Die Frage b.) gibt die Richtung durch den Literaturrahmen (positive Auswirkung der sozialen Unterstützung) schon ein wenig vor. (1 P)</p> <p>6. Die Fragestellungen sind durch geeignete Messinstrumente überprüfbar. (1 P)</p>
<p>Stichprobe</p>	<p>1. Die Stichprobe basiert auf einer breiten soziologischen Datensammlung für die Determinanten Wohlbefinden der Patienten und des Personals in teilstationären professionellen Psychiatrie-Organisationen in Flanders (Belgien). Die Studie deckt 7 von 9 psychosoziale Rehabilitationszentren und schliesst eine Auswahl von Tagesaktivitätszentren ein (49 von 90). Die Forscher wählten ungezielt 30 Teilnehmer pro Zentrum aus und führten mit diesen (n=676) Interviews mit Hilfe von strukturierten Fragebögen durch. Schliesslich konnten 595 Teilnehmer in die Evaluation mit einbezogen werden. (1 P)</p> <p>2. Methode der Stichprobenbildung siehe Frage 1. Diese Methode ist für dieses Design geeignet. (1 P)</p> <p>3. Die Stichprobe ist repräsentativ, weil die Teilnehmer aus verschiedenen Zentren kommen, mit z.T. unterschiedlichen Angeboten. (1 P)</p> <p>4. Die Grösse der Stichprobe (n=595) ist angemessen. Die</p>

	<p>Forscher wählten 30 TN pro Zentrum aus, weil dies ca. der Zahl der täglichen Besucher der Zentren entspricht. (1 P)</p> <p>5. Die Ergebnisse können auf die Population von psychisch Kranken in Rehabilitationszentren übertragen werden. Die Ergebnisse eignen sich nicht für die Übertragung auf Patienten, die sich in einer akuten Phase befinden. (1 P)</p>
Forschungsdesign	<p>1. In der Studie wird ein quantitatives Design verwendet. Dabei haben zwei Forscher mit den Teilnehmern mit Hilfe von strukturierten Fragebogen Interviews durchgeführt. Als Methode der Datenverarbeitung dient die „Methode der kleinsten Quadrate“. (1 P)</p> <p>2. Die Wahl dieser Datenerhebung wird so begründet, dass durch den persönlichen Kontakt mit den Teilnehmern die Aussteigerrate klein gehalten werden konnte. Die „Methode der kleinsten Quadrate“ dient dazu, den direkten Zusammenhang von unabhängigen und der abhängigen Variable darzustellen. (1 P)</p> <p>3. Die Auswahl des Designs erscheint in Anbetracht der Problemdarstellung, des theoretischen Bezugsrahmens, der Literaturüberprüfung und den Fragestellungen logisch. Die Fragestellung beinhaltet Zusammenhänge der Variablen, welche mit der Methode der kleinsten Quadrate dargestellt werden können. Ausserdem bietet das quantitative Design repräsentative Ergebnisse, um Klarheit in die widersprüchlichen Studienergebnisse von früher zu bringen. (1 P)</p>
Interne Validität	<p>1. Die Anwesenheit der Forscher bei der Datenerhebung hat die Antworten der Teilnehmer eventuell beeinflusst (soziale Erwünschtheit (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Die interne Validität wird verstärkt, indem für die Datenauswertung validierte Messinstrumente verwendet wurden. Das für die Messung des „peer supports“ entworfene Messinstrument wurde nicht auf dessen Validität überprüft. (0.5 P)</p> <p>2. Es werden keine geeignete Kontrollen erwähnt, um diesem Problem entgegenwirken zu können. (0 P)</p>
Externe Validität	<p>1. Die Ergebnisse machen keine Aussagen über Langzeiteinflüsse, denn sie repräsentiert nur eine Querschnitaufnahme. Ausserdem wurden keine Unterscheidungen gemacht zwischen Patienten mit langer und solchen mit kurzen Psychiatrieerfahrungen. Ein weiterer Kritikpunkt ist der, dass die Studie strukturelle Gegebenheiten zwar erwähnt, bei der Evaluation der Daten aber nicht berücksichtigt hat (Bereitschaft, mit</p>

	<p>Gleichgesinnten Beziehungen einzugehen hängen auch von strukturellen Bedingungen ab).</p> <p>Die Studie gibt jedoch in Bezug auf die externe Validität einen guten Überblick über Einflüsse der untersuchten Population (wegen grossen Stichprobe und Einbezug verschiedener Einrichtungen der Rehabilitation), welche in Anbetracht der erwähnten Grenzen auf eine Auswahl der gleichen Untersuchungsgruppe übertragen werden kann. (0.5 P)</p>
Methoden	<p>1. Die Daten werden anhand von Interviews mit Hilfe von strukturierten Fragebögen erfasst. (1 P)</p> <p>2. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Untersuchungsteilnehmer gleich. Da jedoch 2 Forscher die Interviews durchgeführt haben, wurden die Teilnehmer eventuell verschieden beeinflusst. (0.5 P)</p>
Rechtlich-ethische Probleme	<p>1. Die Teilnahme war freiwillig. Es ist jedoch möglich, dass durch die persönliche Kontaktierung der Teilnehmer der Entscheid mitzumachen beeinflusst wurde (TN trauten sich nicht, nein zu sagen). (0.5 P)</p> <p>2. Die Forscher beschreiben, dass nur wenig Patienten die Teilnahme verweigert haben. Dies deutet darauf hin, dass eine Zustimmung verlangt wurde. Jedoch wird nicht von einer formellen Zustimmung gesprochen. (0.5 P)</p>
Instrumente	<p>1. Messinstrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrument zur Messung des Selbstwertes basiert auf einer bewährten Skala (Rosenberg's self-esteem scale), welche durch Angaben von Literatur untermauert wird. • Instrument zur Messung der Stigmatisierung → bereits bestehende Likert Skala • Für die Messung des „peer supports“ bestand keine international anerkannte Skala → Forscher haben selber eine entworfen → die Genauigkeit dieser Skala wird nicht beschrieben • Messung der Symptome wurde ebenfalls gemacht, weil gewisse Theorien besagen, dass die Stigmatisierung subjektiv ist und dessen Wahrnehmung Teil der Krankheit. → bewährte Skala • Hintergrundvariablen, um die Stichprobe zu charakterisieren <p>2. Interviews</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Forscher waren Interviewer → Schulung wird nicht beschrieben, jedoch kennen die Forscher die Bedingungen der Studie sehr gut, da sie Mit-Entwerfer waren. • Es gibt keine direkten Anzeichen für Verfälschungen

	<p>durch Interviewer. Jedoch wurde eventuell die Bereitschaft zur Teilnahme durch die persönliche Kontaktierung beeinflusst.</p> <p>3. Fragebögen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Fragebögen basieren auf den erwähnten Messinstrumenten (Likert-Skalen) und sind strukturiert. (0.5 P)
Reliabilität und Validität	<p>1. siehe Instrumente (Messinstrumente) (1 P)</p> <p>2. Messung des Selbstwerts → Alpha = 0.85 Messung der Stigmatisierung → Alpha = 0.87 Messung des „peer supports“ → Alpha = 0.67 Messung der Symptome → Alpha = 0.97 → Ausser der Messung des „peer supports“ werden alle Instrumente als reliabel bewertet (>0.7) (1 P)</p> <p>3. Die Forscher verweisen dabei auf Literatur. (0.5 P)</p> <p>4. Die Forscher erwähnen, dass es sich bei der Auswahl der Instrumente um überprüfte und verbreitete Instrumente handelt (ausser bei dem Instrument für die Messung des „peers supports“). (1 P)</p>
Datenanalyse	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstwert: 1 bis 5 (höheres Level = grösserer Selbstwert) Stigma: 1 bis 5 (höheres Level = mehr Zurückweisung erfahren) Peer support: 1 bis 5 (höheres Level = mehr erfahrene Akzeptanz durch Gleichgesinnte) (1 P) <p>2. Die deskriptive Methode beinhaltet Mittelwert, Minimal- und Maximalwerte und Korrelationen. Die schliessende Methode beinhaltet Standardabweichung, Signifikanzniveau (p-Wert) und Regressionskoeffizient. (1 P)</p> <p>3. Die statistischen Methoden entsprechen dem Messniveau für jede Variable. (1 P)</p> <p>4. Die schliessenden statistischen Methoden sind im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung ausreichend. Mit dem Regressionskoeffizienten ist es möglich, den Beitrag einer unabhängigen Variablen für die Erklärung oder Prognose der abhängigen Variable zu bestimmen. Dies dient dazu, dass die Ergebnisse noch mehr Glaubwürdigkeit erhalten. (1 P)</p> <p>5. Die Forscher schreiben den Werten mit einem Signifikanzniveau unter 0.05 grosse Signifikanz zu und den Werten unter 0.01 sehr grosse Signifikanz. (1 P)</p>

<p>Schlussfolgerungen. Implikationen und Empfehlungen</p>	<p>1. Die Forschungsfragen werden beantwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.) Es besteht ein negativer Einfluss der Stigmatisierung auf den Selbstwert. Hypothese, dass Stigmaerfahrungen subjektiv sind und zur Symptomatik der psychisch Kranken gehören, konnte widerlegt werden. b.) Kontakt mit Gleichgesinnten beeinflusst Selbstwert positiv. c.) Unterstützung durch Gleichgesinnte ist nur bei diesen Patienten effektiv, die wenig Stigmaerfahrungen haben. Widerlegung der Hypothese, dass Kontakt zu Gleichgesinnten den negativen Einfluss des Stigmas auf den Selbstwert verhindern kann. Menschen, die viele Stigma-Erfahrungen gemacht haben, suchen weniger schnell Kontakt zu anderen (Rückzug als Reaktion). (1 P) <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> a.) Der negative Einfluss des Stigmatisierung auf den Selbstwert wurde bereits in der Problembeschreibung erwähnt. b.) Die Forscher beziehen sich bei den Ergebnissen dieser Frage auf eine Studie, welche besagt, dass soziale Unterstützung von Gleichgesinnten das eigene Ich verstärkt. c.) Bei der Beschreibung und Analyse dieser Ergebnisse beziehen sich die Forscher auf zwei Studien, die besagen, dass sich Betroffene selber schützen und den Kontakt zu Gleichgesinnten vermeiden. (Schutz des Selbstwerts). Die Ergebnisse stehen im Widerspruch zu anderen Studien, welche die Wichtigkeit der Unterstützung durch Gleichgesinnte betonen, um mit der Stigmatisierung umgehen zu können. (1 P) <p>3. Es handelt sich um eine Querschnittstudie, Langzeitzusammenhänge konnten daher nicht erhoben werden. Die Beeinflussung des Selbstwerts auf die Stigmatisierung wurde nicht dargestellt, nur die Umkehrseite. Ausserdem kann die Unterscheidung von „neuen“ und „alten“ Patienten nicht gemacht werden. (1 P)</p> <p>4. Die Forscher erwähnen, dass die Unterstützung durch Gleichgesinnte (auch wenn sie nicht als Dämpfer der Stigma-Auswirkungen dient) in Psychiatrieabteilungen wichtig ist und gefördert werden soll. Die Erhöhung des Selbstwertes, was auch als sehr wichtiger Aspekt erscheint, stellt auch ein wichtiges Ziel auf der Psychiatrie dar. Die Rolle der Pflege wurde von den Forschern nicht erwähnt, da es sich nicht um eine pflegewissenschaftliche Forschung</p>
---	--

	<p>handelt. (1 P)</p> <p>5. Die Forscher machen keine Aussagen bezüglich Verallgemeinerungen. Die durchwegs guten Signifikanzwerte lassen es jedoch zu, anzunehmen, dass die Ergebnisse nicht auf blossen Zufällen beruhen. Die Forscher geben jedoch keine Konfidenzintervalle an, daher kann nicht ungehindert eine Verallgemeinerung der Ergebnisse gemacht werden. Die Auswahl der Stichprobe spricht aber dafür, dass ein grosses Spektrum an psychisch Kranken widerspiegelt wird, da aus verschiedenen Kliniken rekrutiert wurde. (0.5 P)</p> <p>6. siehe Frage 5. (0.5 P)</p> <p>7. Zukünftige Forschungen sollten kontextabhängige Variablen in die Studie mit einbeziehen. Unterscheidung der möglichen Effekte der inneren (unter Gleichgesinnten) und äusseren sozialen Beziehungen auf die Stigma-Reduktion. (1 P)</p>
Anwendung und Verwertung in der Praxis	<p>1. Die Studie erscheint als sinnvoll. Die methodischen Stärken, die Grösse der Stichprobe und die Messinstrumente sprechen für die Qualität der Studie. (1 P)</p> <p>2. siehe oben (1 P)</p> <p>3. Die Förderung der Kontakte zu Gleichgesinnten könnte eine soziale Isolation nach aussen mit sich ziehen (Abgrenzung als Gruppe), was die Stigmatisierung von aussen noch mehr vorantreiben könnte. Trotzdem sind diese Kontakte und Beziehungen sehr wichtig, um Probleme relativieren und den Selbstwert aufbauen zu können. (1 P)</p> <p>4. Die direkte Anwendung der Ergebnisse ist praktikabel. In einer psychiatrischen Abteilung bestehen die Strukturen bereits für das Zusammenbringen der Patienten. Als Professioneller muss die Beziehung zwischen Gleichgesinnten gefördert werden, indem evtl. Gruppendiskussionen angeboten werden, um die eigene Krankheit als Gegenstand der Thematik zu machen. (1 P)</p> <p>5. siehe Frage 4. (1 P)</p> <p>6. Diese Ergebnisse sollten in der Pflegepraxis genutzt werden. Der Aufwand ist relativ klein (es bedarf nur organisatorischer Strukturierungen), um dementsprechend viel zu erreichen. Auch wenn der direkte Zusammenhang zwischen den „peer supports“ und der Dämpfung der negativen Auswirkungen der Stigmatisierungen nicht</p>

	<p>erwiesen werden konnte, sprechen die Ergebnisse auf Frage a.) und b.) für einen möglichen Einfluss. (1 P)</p> <p>7.</p> <p>Die Studie könnte auch in einem stationären Setting wiederholt werden. Bedingung wäre, dass sich die Teilnehmer nicht in einer akut psychotischen Phase befinden. (1 P)</p>
--	---

Total 49 /57 Punkten

Anhang K

Richtlinien für die kritische Bewertung von Interventionsstudien

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i>

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i>

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Anhang L

Kritische Bewertung der Interventionsstudien

Quelle:

Knight, M.T.D., Wykes, T. & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 34 (3). 305-318.

Hypothese:

Die kognitive Verhaltenstherapie steigert den Selbstwert, das Empowerment und verbessert die allgemeine Psychopathologie, vermag es jedoch nicht, die erfahrene Stigmatisierung nicht zu reduzieren.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Die Teilnehmer wurden aus dem Zusammenschluss des nationalen Gesundheitsdienstes für psychische Gesundheit in South London und Maudsley rekrutiert. Für die Rekrutierung mussten die Teilnehmer gewisse Bedingungen erfüllen. Patienten, welche die diagnostischen Kriterien für Schizophrenie nach DSM-VI erfüllten, sich nicht in einer momentan akuten psychotischen Phase befanden und regelmässig Medikamente einnahmen, wurden in die Studie mit einbezogen. Ausserdem war ein Kriterium, dass die Patienten ein tiefes Level an Selbstwertgefühl haben, signifikant Stigmatisierung erfahren und die Stigmatisierung als für sie persönlich relevant ansehen mussten. Schliesslich erfüllten 21 Patienten im Alter zwischen 18-65 Jahren diese Kriterien und wurden in die Stichprobe einbezogen. (1 P)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von den 21 rekrutierten Teilnehmern verlies eine Person die Gruppe bereits in der Vorbereitungsphase und eine zweite Person während der Interventions-Phase. Die Gründe des Abbruchs werden nicht beschrieben. (1 P)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Weder die Teilnehmer, noch das Personal und die Untersucher waren verblindet. Dies wäre aber auch nicht relevant gewesen und auch nicht durchführbar. (0.5 P)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Es wurde nur eine Interventionsgruppe in die Studie mit einbezogen. Diese Gruppe wurde jedoch in drei Teilgruppen unterteilt. Die Kriterien dieser Einteilung werden nicht erwähnt. (0 P)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Es wurde keine Kontrollgruppe mit einbezogen, daher hat diese Frage keine Relevanz. Die Teilnehmer wurden in drei Teilgruppen eingeteilt, welche über sechs Wochen wöchentlich für eine Stunde an den Gruppentherapien teilgenommen haben. (0.5P)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Es fand keine Randomisierung statt. (0.5 P)

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Die Grösse der Stichprobe (n=21) ist objektiv betrachtet nicht ausreichend, um eine Verallgemeinerung machen zu können. Die Stichprobe war jedoch laut den Autoren repräsentativ für die an Schizophrenie erkrankten Patienten und zu vergleichen mit der Auswahl von früheren Studien, in denen CBT in randomisiert kontrollierten Studien geprüft wurde. (0.5 P)

- 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Die Ergebnisse werden ausführlich im Diskussions-Teil mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen verglichen. Es wird jedoch erwähnt, dass genaue Vergleiche schwierig sind, da bei der vorliegenden Studie ein neuer, der KVT angepasster, Therapieansatz gewählt wurde. Trotzdem vergleichen die Autoren Teilbereiche, wie Zusammenhänge zwischen Selbstwert und Selbststigmatisierung, mit bereits vorhandener Literatur. **(1 P)**

Aussagekraft

- 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?**
Insgesamt wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten Messungen vorgenommen (T0-T3). Dabei wurde sechs Wochen vor Interventionsbeginn (T0) und direkt vorher (T2) eine Messung gemacht, welche verglichen wurden mit denen gleich nach der Intervention und sechs Wochen später. Es wurde vor allem im Zeitraum während der Behandlung ein signifikanter Effekt beobachtet, dies bei der Messung des Selbstwerts, der allgemeinen Symptomatik (Positiv- und Negativ-Symptomatik, allgemeine Psychopathologie) und der depressiven Symptome. Der Selbstwert und die depressiven Symptome konnten in der Zeitspanne nach Interventionsende nicht aufrechterhalten werden. Anders bei der Symptomatik, wo eine Stabilisierung festzustellen war. Die Messung des Empowerments und der erfahrenen Diskriminierung zeigte keine signifikanten Veränderungen. Auch die Copingstrategien konnten durch die angepasste KVT nicht verbessert werden. **(1 P)**
- 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?**
Die p-Werte der verschiedenen Messungen sind unterschiedlich. Von einem signifikanten Ergebnis kann bei den Messungen für den Selbstwert, die positiven und negativen Symptomen, der allgemeinen Psychopathologie und der Depression ausgegangen werden. Diese Werte liegen allesamt unter 5% (0.05). Jedoch gibt es Unterschiede zwischen den Messungsperioden von T1-T2 und T2-T3. Bei der letzteren genannten Periode (Follow-up) sind die Ergebnisse allgemein weniger signifikant als bei der ersten (Behandlungsperiode). **(0.5 P)**
- 11. Wie präzise sind die Ergebnisse?**
Konfidenzintervalle sind auf Grund der kleinen Stichprobe relativ schlecht ausgefallen, das heisst, die Intervalle sind im Allgemeinen eher gross. **(0 P)**

Anwendbarkeit

- 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
Bei der Auswahl der Stichprobe haben die Autoren darauf geachtet, dass die Charakteristika der Teilnehmer im Allgemeinen mit derer Patienten übereinstimmt, welche die Diagnose Schizophrenie haben und in psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. Die Stichprobe wurde ausserdem mit der einer anderen Studie (randomisiert kontrolliert) verglichen und war repräsentativ. **(1 P)**
- 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
Die Autoren beschrieben bereits zu Beginn, dass keine Wirkung auf die Stigmatisierung zu erwarten ist, da dies ein soziologisches Phänomen sei und nicht so leicht veränderbar sei. Trotzdem wollten sie überprüfen, wie die Sichtweise der Patienten zur Stigmatisierung ist und vor allem, was diese für Auswirkungen hat. Auf letzteres wurde bei der Ergebnispräsentation wenig eingegangen. Ausserdem wäre möglich gewesen, direkt die Selbst-Stigmatisierung zu messen, also das Messinstrument anzupassen. Ansonsten konnten die Autoren alle wichtigen Ergebnisse beleuchten. **(0.5 P)**
- 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
Der Nutzen dieser Studie kann im Vergleich zu den Kosten und dem Aufwand als hoch

eingeschätzt werden. Die Basis der Intervention wurde aus einem bereits bestehenden Ansatz, der KVT, entnommen. Die Ergebnisse zeigen trotz kurzer Dauer der Intervention bereits wichtige Veränderungen und dienen als Basis für zukünftige Studien. Da keine Randomisierung stattgefunden hat, wurden alle Teilnehmer gleich behandelt, was in Bezug auf die ethischen Richtlinien ein Pluspunkt darstellt. **(1 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - 3 - **4** - 5 - 6

→ Total 13 / 20 Punkte

Quelle:

Macinnes, D.L.& Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15 (1). 59-65.

Forschungsfrage:

Kann ein sechswöchiges Programm mit einem kognitiven Ansatz und spezifischem Schwerpunkt auf die Entwicklung von bedingungsloser Selbst-Akzeptanz, die Selbst-Stigmatisierung bei Patienten mit schweren psychischen Problemen reduzieren?

Glaubwürdigkeit

1. **Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?**
Die Stichprobe bestand aus einer Gruppe stationärer Patienten einer psychiatrischen Abteilung in Greater London. Die Teilnehmer mussten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren sein und mit einer schweren chronischen psychischen Krankheit diagnostiziert sein. Ausschlusskriterien waren momentane akut schwere psychische Zustände und die Unfähigkeit, die englische Sprache zu verstehen. Schliesslich führten Diskussionen des professionellen Teams bezüglich der Eignung zur Teilnahme zur definitiven Auswahl der Stichprobe. 20 Teilnehmer wurden schlussendlich rekrutiert und in drei Gruppen eingeteilt. (1 P)
2. **Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?**
Drei Teilnehmer konnten nicht an allen Sitzungen teilnehmen. Der Grund dafür wird nicht aufgezeigt. (0.5 P)
3. **Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?**
Weder Teilnehmer, noch Personal oder Untersucher waren verblindet. Dies wäre jedoch auch nicht relevant (kein RCT) und die Durchführung schwierig gewesen. (0.5 P)
4. **Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?**
Es wurden drei Gruppen gebildet, jedoch nahmen alle Gruppen am selben Programm teil. Es gab daher keine Kontrollgruppe. (0.5 P)
5. **Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?**
Es wurden drei gleichwertige Gruppen gebildet, die alle am gleichen Programm teilgenommen haben. (0.5 P)
6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?**
Es fand keine Randomisierung statt. Alle TN wurden aber in der ursprünglichen Gruppe bewertet. (0.5 P)
7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?**
Die Stichprobe von 20 Teilnehmern hatte laut den Berechnungen der Forscher zwar genügend Aussagekraft („power calculation“), scheint jedoch trotz allem zu klein, um die Ergebnisse auf die gesamte Population der psychisch Kranken übertragen zu können (Dies wird in der Schlussfolgerung unter „limits“ auch erwähnt → Widerspruch). (0.5 P)
8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Alle Ergebnisse werden mit Befunden von anderen Studien verglichen und Zusammenhänge werden aufgezeigt. Zum Beispiel wird erwähnt, dass frühere Messungen an zwei Zeitperioden ohne Behandlung keine Reduktion des Selbst-Stigmas gezeigt haben. Dies weist darauf hin, dass eine Verminderung nicht auf „natürliche“ Weise passiert, sondern mit Trainingsprogrammen etc. beeinflusst werden muss. Ausserdem erwähnen die Forscher, dass im Gegensatz zur aktuellen Untersuchung, frühere Studien

Korrelationen zwischen dem Selbst-Stigma und anderen Komponenten bewiesen haben.
(1 P)

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?**
Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung des Selbst-Stigmas und der Selbst-Akzeptanz zwischen dem Prä- und Postwert. In Bezug auf den Selbstwert und das psychische Wohlbefinden konnten nur Unterschiede mit geringer Signifikanz festgestellt werden. Die Korrelations-Messungen wiesen darauf, dass nur minimale Zusammenhänge bestehen zwischen dem Selbst-Stigma und den anderen Komponenten. (1 P)
10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?**
Alle Messungen wiesen einen p-Wert von unter 0.05 auf. Die Ergebnisse sind daher nicht auf einen Zufall zurück zu führen. (1 P)
11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?**
Die Konfidenzintervalle waren bei 95%, die Ergebnisse sind daher präzise. (1 P)

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
Die Ergebnisse sind wegen der ähnlichen Population übertragbar auf die Patientengruppe der Literaturrecherche. Wegen der kleinen Stichprobe kann jedoch nicht bedingungslos verallgemeinert werden. (1 P)
13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
Es wird eine direkte Ursache (Intervention)- Wirkung (Selbst-Stigma)-Reaktion untersucht. (1 P)
14. **Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
Der Nutzen ist die möglichen Risiken und Kosten wert. Da alle Teilnehmer dasselbe Programm durchmachten, wurde keiner benachteiligt. Die Ergebnisse zeigen relativ signifikante Ergebnisse und der Nutzen der Studie wird daher unterstreicht. (1 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Total 16/20 Punkten

Quelle:

McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. 6 (3). 1-9.

Hypothese:

Teilnehmer der Gruppenintervention (junge Erwachsene in der ersten Episode der Schizophrenieerkrankung) zeigen eine signifikante Verbesserung des Selbstkonzepts, der Selbsteffizienz, der Selbst-Stigmatisierung, der Lebensqualität, der Hoffnung und entwickeln eine Identität jenseits der Krankheit.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Die Teilnehmer wurden zwischen 2003 und 2006 aus zwei Kliniken in Kanada rekrutiert. Sie mussten gewisse Bedingungen erfüllen, um in die Studie einbezogen zu werden:

- Schizophrenie-Diagnose nach DSM-IV
- keine Hospitalisierungen und keine Einnahme von antipsychotischen Medikamenten acht Wochen vor Studienbeginn
- Behandlung (stationär oder ambulant) innerhalb der letzten zwei Jahren für die erste Phase der Schizophrenie
- Alter zwischen 18 und 35
- Fähig, Englisch zu lesen, verstehen und sprechen
- Fähig, informierte Zustimmung zu geben

67 Teilnehmer wurden durch eine Randomisierung in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt, wobei die Interventionsgruppe eine grössere Stichprobe fasste. **(1P)**

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von den zu Beginn 67 randomisierten Teilnehmern konnten schliesslich 47 in die Auswahl mit einbezogen werden. Zwei Teilnehmer erfüllten die vorgegebenen Kriterien nicht vollständig, und 18 Teilnehmer stiegen aus. Diese Aussteigerrate wird so begründet, dass diese Gruppe (n=18) bei den ersten Messungen bessere Identitätsbeschreibungen hatten, höhere Lebensqualität und Selbsteffizienz aufwiesen und allgemein bessere Funktionen zeigten. Dies könnte erklären, dass diese die Teilnahme an der Gruppenintervention weniger nötig hatten. **(0.5 P)**

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Weder die Teilnehmer, noch das Personal und die Untersucher wurden verblindet. Dies wäre jedoch auch nur schwer durchführbar gewesen, weil es sich um eine Intervention handelt, für die es Schulungen braucht. Mentoren müssen daher wissen, welche Gruppe sie betreuen. **(0.5 P)**

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Die Interventions- und Kontrollgruppe wiesen keine signifikanten Unterschiede in den soziodemografischen Messungen auf. Die Stichprobenzahl war jedoch bei der Interventionsgruppe grösser. **(0.5 P)**

5. Wurden die Untersuchungsgruppen– abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Beide Gruppen erhielten qualitativ gute, systematische, standardisierte Betreuung und Nachbetreuung. **(1 P)**

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

- Es wechselte kein Teilnehmer die Gruppe. (1 P)
7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?**
Die Größe der Stichprobe (n=47) ist im Vergleich zu den anderen analysierten Interventionsstudien akzeptabel. (1 P)
8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse literaturgestützt interpretiert. Ein direkter Vergleich mit anderen Ergebnissen von ähnlichen Studien wird nicht gemacht. (0.5 P)

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?**
Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erfuhren verglichen mit der Kontrollgruppe während dem 12-wöchigen Gruppenprogramm eine signifikante Reduktion der krankheitsdefinierten Identität und eine Zunahme der Hoffnung und eine Verbesserung der Lebensqualität. Eine Verbesserung des Selbstkonzepts, des Selbstwerts, der Selbsteffizienz und des Stigmas konnte nicht beobachtet werden. (0.5 P)
10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?**
All diese Messungen, die positive Ergebnisse erzielen konnten (krankheitsdefinierten Identität, Hoffnung und Lebensqualität) weisen gute p-Werte auf und sind daher nicht auf einen Zufall zurückzuführen. Die Messungen zum Selbstwert, Selbstvertrauen, Stigma und Selbstkonzept weisen p-Werte über 5 % auf. (0.5 P)
11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?**
Die Konfidenzintervalle wurden nicht gemessen. (0 P)

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
Bei der Stichprobe wurden nur Patienten mit einbezogen, die unter Schizophrenie leiden. Diese Auswahl entspricht meiner zu untersuchenden Population. (1 P)
13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
Die Ergebnisse, welche in meiner Literaturübersicht dargestellt werden sollen, wurden in der Studie betrachtet. Ein direkter Zusammenhang zwischen Ursache (Gruppenintervention) und Wirkung (Selbst-Stigmatisierung) wurde untersucht. Obwohl die Intervention keine direkte Wirkung für die Selbst-Stigmatisierung gezeigt hat, können positive Ergebnisse entnommen werden. Die Literaturhintergründe der Studie beinhalten Aussagen, welche besagen, dass die krankheitsdefinierte Identität stark mit dem Stigma zusammenhängt. Ausserdem kritisieren die Autoren das Messinstrument des Selbst-Stigmas, denn obwohl die Teilnehmer Strategien zum Stigma-Management entwickelt haben, wurden sie von der Skala nicht erfasst. (1 P)
14. **Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
Der Nutzen dieser Studie ist die möglichen Risiken und Kosten wert. Ein Risiko für die Teilnehmer konnte beinahe ausgeschlossen werden, da beide Gruppen, ausser der Intervention, gleich behandelt wurden und eine Ethikkommission das Einverständnis für die Durchführung geben musste. Der Nutzen der Studie konnte nachgewiesen werden und mögliche Hindernisse wurden erwähnt. Sie dient auch als Grundlage für zukünftige Forschungen, da gewisse Ansätze (Pilot-Durchführung, Randomisierung) für eine gute Qualität sprechen. (1 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Total 15/20 Punkte

Quelle:

McCay, E., Ryan, K. & Amey, S. (1996). Mitigating engulfment: recovering from a first episode of psychosis. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 34 (11). 40-44.

Hypothese:

Die Gruppestruktur bietet eine effiziente Modalität, um psychologische Belange in Bezug auf das Selbstkonzept, besonders in Verbindung zur Krankheit und der krankheitsbezogener Identitätsdefinition, anzubringen.

Glaubwürdigkeit

1. **Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?**
Die Teilnehmer wurden aus einer Klinik des universitären, psychiatrischen Spitals rekrutiert. Sie waren alle von der Diagnose Schizophrenie (nach DSM IV) betroffen und litten erst weniger als fünf Jahre unter dieser Krankheit. Ausserdem mussten alle fähig sein, die englische Sprache zu lesen und verstehen. (1 P)
2. **Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?**
Von den sechs rekrutierten Teilnehmern waren zum Schluss noch vier dabei, wobei einer ausstieg und der andere krankheitsbedingt nicht mehr mitmachen konnte. (0.5 P)
3. **Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?**
Weder Teilnehmer, noch Personal oder Untersucher waren verblindet. Es handelt sich nicht um eine randomisiert kontrollierte Studie. (0 P)
4. **Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?**
Es wurde nur eine Interventionsgruppe rekrutiert. (0 P)
5. **Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?**
Die Frage hat keine Relevanz, weil nur eine Gruppe teilnahm. (0.5 P)
6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?**
Da die Studiendurchführung nur aus einer Gruppe bestand, wurden auch alle Teilnehmer innerhalb der Gruppe bewertet. (0.5 P)
7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?**
Von den zu Beginn sechs rekrutierten Teilnehmern, waren zum Schluss nur noch vier dabei. Diese Stichprobe ist zu klein, um gültige Aussagen machen zu können. (0 P)
8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Die Autoren beschreiben aus der Literatur, dass die Gruppentherapie sehr erfolgreich ist bei Schizophreniepatienten, denn sie beeinflusst die positive Entwicklung von Coping-Strategien und bietet einen Rahmen, um Emotionen auszudrücken. Die Ergebnisse werden dann jedoch nicht mehr explizit mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen. (0.5 P)

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?**
Der Effekt der Behandlung bezieht sich ausschliesslich auf die Aussagen der Teilnehmer, müssen daher bezüglich ihrer Aussagekraft kritisch begutachtet werden.
Die Teilnehmer hatten durch die Gruppensitzungen die Möglichkeit, emotionale Reaktionen auf die Krankheit los zu werden. Das Stigma war für alle Betroffene ein aktuelles Thema. Die Krankheit als „Schizophrenie“ zu bezeichnen empfanden die meisten als unangenehm. Ausserdem wurde berichtet, dass die Teilnehmer in der Öffentlichkeit vorsichtig umgehen mit Informationen zu ihrer Krankheit, aus Angst stigmatisiert zu werden. Im

Zusammenhang mit der Stigmatisierung wurde ein Verlust des Selbstwertes erwähnt. Nach den Sitzungen konnten von den Leitern ein positiver Effekt in Bezug auf den Selbstwert beobachtet werden. Zum Schluss wurde vor allem eine Strategie erwähnt, welche dem Betroffenen hilft, mit der Stigmatisierung umzugehen, und zwar die Förderung eines positiven Selbstbildes, um die negativen Reaktionen der Umwelt bekämpfen zu können. Als positiven Effekt kann jedoch vor allem die Motivation angesehen werden, welche die Teilnehmer entwickelt haben, um zukünftig an Selbsthilfegruppen teilzunehmen. **(0.5 P)**

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Die Ergebnisse haben keine Signifikanz, da sie nur auf Aussagen der Teilnehmer (n=6) basieren. **(0 P)**

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Über die Präzision der Ergebnisse wird in der Studie nichts erwähnt. Die kleine Stichprobe sagt diesbezüglich jedoch schon viel aus. **(0 P)**

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Die Ergebnisse sind bedingt auf die Patienten der Literaturübersicht übertragbar. Es wurden ausschliesslich schizophreniebetreffene Patienten mit einbezogen, die kleine Stichprobe macht es jedoch schwierig, eine Verallgemeinerung zu machen. **(0.5 P)**

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die in diesem Rahmen möglichen Betrachtungen der Ergebnisse wurden vorgenommen. Die Aussagen zum Umgang mit der Stigmatisierung sind jedoch etwas schwammig und zu wenig konkret. **(0.5 P)**

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Der Aufwand und die Kosten dieser Gruppenintervention sind relativ klein und befürworten diese Studie. Der Nutzen, der daraus gezogen werden kann, hält sich jedoch in Grenzen. Die positiven Aussagen der Teilnehmer unterstützen zwar die zu Beginn betonte Wirkung der Gruppenstruktur, die Ergebnisse der Studie können jedoch nicht verallgemeinert werden. **(0.5 P)**

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Total 7/20 Punkte

Quelle:

Shin, S.-K. & Lukens, E.P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*. 53 (9). 1125-1131.

Hypothese:

Das psychoedukative Programm verringert die Symptomatik, die Stigma-Erfahrungen und stärkt die Copingstrategien im Umgang mit Problemen in der Familie von schizophrenerkrankten Patienten.

Glaubwürdigkeit

1. **Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?**
110 koreanische Patienten mit chronisch psychischen Krankheiten wurden aus einem ambulanten Service in Queens (New York) rekrutiert. Diese mussten verschiedene Bedingungen erfüllen, um in die Stichprobe einbezogen werden zu können:
 - Funktionale Defizite
 - In ambulanter Behandlung
 - Fähig, zu arbeiten
 - Diagnose Schizophrenie, schizoaffektive oder schizophreniforme Störung nach DSM-IV→ 65 koreanische Patienten erfüllten diese Kriterien, wobei 48 sich bereit erklärten, bei der Studie teilzunehmen.
→ Die 48 Patienten wurden durch Randomisierung unterteilt in eine Experimentalgruppe (n=24) und eine Kontrollgruppe (n=24). **(1 P)**
2. **Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?**
Alle Teilnehmer waren zum Schluss noch dabei. **(1 P)**
3. **Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?**
Weder die Teilnehmer, noch das Personal oder Untersucher waren verblindet. Dies wäre aber auch nur schwer durchführbar gewesen, weil es sich bei der unabhängigen Variable um eine konkrete Intervention handelt. **(0.5 P)**
4. **Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?**
Experimental- und Kontrollgruppe wiesen zu Beginn keine signifikanten demografischen Unterschiede auf. **(1 P)**
5. **Wurden die Untersuchungsgruppen– abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?**
Die Experimentalgruppe erhielt wöchentlich während zehn Wochen ein Psychoedukations-Programm (90 min) und zusätzlich individuelle Unterstützungssitzungen. Die Kontrollgruppe erhielt nur die wöchentliche individuelle Unterstützungssitzung (45 min). Die Interventionen unterscheiden sich nicht nur strukturell und inhaltlich voneinander, auch die Dauer der Sitzungen ist sehr verschieden. Man müsste daher evtl. auch eine Beeinflussung der positiven Ergebnisse durch die längeren Behandlungen in Betracht ziehen. **(0 P)**
6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?**
Es wechselte kein Teilnehmer die Gruppe. **(1 P)**
7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?**
Mit der Stichprobenzahl von n=48 kann nur bedingt eine Verallgemeinerung gemacht werden. **(0.5 P)**
8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Die Ergebnisse wurden nicht mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet verglichen. In der Einleitung nennen die Forscher einige Studien, welche die Wichtigkeit der

vorliegenden Arbeit betonen und gewisse Ergebnisse „voraussagen“ (z.B. Einbezug der Edukation und der Familie gelten als wichtige Aspekte in einer effizienten Behandlung).
(0.5 P)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

In Bezug auf die Symptomatik (v.a. die positiven Symptome) wies die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant geringere Ausmasse auf nach der Interventionsphase. Auch das Level der Stigmatisierung und der Abwertung hat sich im Gegensatz zur Kontrollgruppe stark verändert. Die Experimentalgruppe hat sich auch bezüglich der Coping-Skills positiv verändert, vor allem in den Teilbereichen „soziale Unterstützung“, „Fähigkeit der Relativierung verschiedener Situationen“ und „Aktivierung der Familie“. Ein Kritikpunkt bezüglich des Behandlungseffekts ist der, dass die Studie nur Ergebnisse bis zu einer Woche nach der Intervention untersucht, so dass keine Aussagen zum Langzeiteffekt gemacht werden können. (0.5 P)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Alle Messungen weisen einen p-Wert unter 5% auf. (1 P)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Es wurden keine Konfidenzintervalle präsentiert. (0 P)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Es handelt sich bei der Stichprobe nur um koreanische Schizophreniepatienten. Trotzdem beinhaltet die Studie wichtige Aussagen, z.B. die Betonung der Interventionsanpassung an kulturelle und persönliche Charaktere. (0.5 P)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Es wurde eine direkte Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen dem psychoedukativen Programm und der Stigma-Wahrnehmung untersucht. Die Aussage, dass ein breiteres Wissen und Verstehen zur Krankheit die Stigma-Wahrnehmung beeinflussen kann, ist für die Literaturübersicht sehr wichtig. (1 P)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Studie hat einen grossen Nutzen und bietet vor allem auch der transkulturellen Behandlung eine gute Basis. (1 P)

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Total 14.5/20 Punkte

Quelle:

Siegrist, K., Becker, V., Becker, L. & Trenckmann, U. (2004). Stresstraining für schizophran Erkrankte: sozioemotionale Kompetenzen üben und Lebensqualität verbessern. In M. Lasar & F. Goldbeck (Hrsg.), *Kognition und Schizophrenie – Biopsychosoziale Konzepte* (S. 95-106). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Forschungsfrage:

Kann ein speziell konzipiertes Programm von Rollenspielen bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, Wege in die soziale Welt öffnen, Stress abbauen und zum Stigma-Management beitragen?

Glaubwürdigkeit

1. **Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?**
Die Teilnehmer des bestehenden Programms in einem ambulanten Setting der Hans-Prinzhorn-Klinik bildeten die Evaluationsgruppe für die Intervention. 9 Patienten, die am Follow-up teilgenommen haben, konnten in die Evaluation einbezogen werden. Ausgeschlossen wurden jene Patienten, die sich in einer hochakuten Phase befanden. Die Stichprobe entstand eher zufällig (die bereits am Programm teilnehmenden Patienten wurden in die Evaluation mit einbezogen), eine spezielle Rekrutierung fand nicht statt. **(0.5 P)**
2. **Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?**
Von diesen 9 Teilnehmern waren am Ende noch alle dabei. **(1 P)**
3. **Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?**
Weder die Teilnehmer, noch das Personal oder die Untersucher waren verblindet. Dies wäre jedoch auch nicht relevant (kein RCT) und beinahe unmöglich durchzuführen gewesen. **(0.5 P)**
4. **Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?**
Der Interventionsgruppe wurde keine Kontrollgruppe gegenüber gestellt. Daher ist diese Frage nicht relevant. **(0.5 P)**
5. **Wurden die Untersuchungsgruppen– abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?**
Diese Frage erübrigt sich, da nur eine Gruppe in die Studie mit einbezogen wurde. **(0.5 P)**
6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?**
Alle Teilnehmer wurden in derselben Gruppe bewertet. Dies, weil nur eine Gruppe teilnahm. **(0.5 P)**
7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?**
Die Grösse der Stichprobe (n=9) war nicht genügend, um einen allgemeingültigen Effekt nachweisen zu können. **(0 P)**
8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Die Ergebnisse werden keinen anderen Untersuchungen gegenübergestellt. **(0 P)**

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?**
Evaluiert wurden die subjektive Lebensqualität und die Häufigkeit sozialer Kontakte mitsamt deren Bewertung. Das Krankheitswissen, das Stigma-Management und der Stressabbau konnten nur durch anekdotische Evidenz evaluiert werden. Die subjektive Lebensqualität stieg im Vergleich zum Prätest in fast allen Dimensionen an. Vor allem die

Häufigkeit der sozialen Kontakte und deren Bedeutung für die Patienten zeigten positive Veränderungen. Auch die allgemeine Gesundheit, die Vitalität und das soziale Funktionieren konnten sich verbessern. **(0.5 P)**

- 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?**
Es werden keine p-Werte präsentiert. **(0 P)**
- 11. Wie präzise sind die Ergebnisse?**
Es werden keine Konfidenzintervalle präsentiert. Die kleine Stichprobenzahl lässt jedoch darauf hindeuten, dass die Ergebnisse nicht sehr präzise sein müssten. **(0 P)**

Anwendbarkeit

- 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?**
Die Stichproben-Population der Studie stimmt mit dem Zielpublikum der Literaturrecherche überein. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse kann jedoch auf Grund der kleinen Stichprobenzahl nicht gemacht werden. **(0.5 P)**
- 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?**
Leider konnte für das Stigma-Management nur anekdotische Evidenz nachgewiesen werden. **(0.5 P)**
- 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?**
Die Studie ist sehr gut begründet, die Ansätze des Therapie-Programms sind vielversprechend. Die kleine Zahl der Stichprobe gibt der Studie leider nur wenig Glaubwürdigkeit. Sie dient jedoch als Grundlage für spätere Auswertungen, denn das Therapieprogramm wird auf Grund kleiner Erfolge und Zufriedenheit der Patienten weitergeführt. **(0.5 P)**

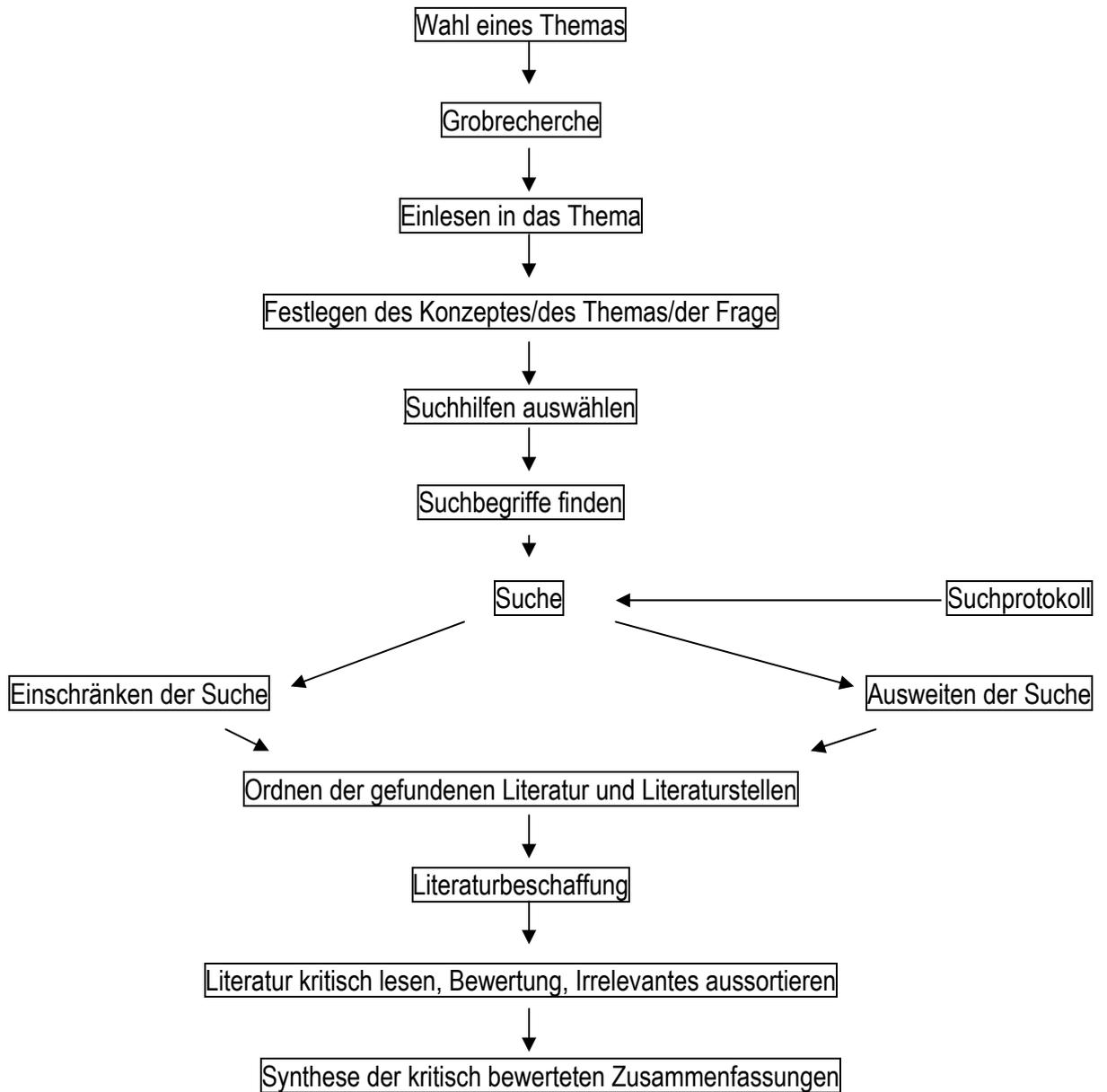
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - **3** - 4 - 5 - 6

Total 8.5/20 Punkten

Anhang M

Der Forschungsprozess im Überblick



Mayer, 2007b

Anhang N

Hierarchie der Forschungsevidenz

1.	A	Systematische Literaturübersichten/Metaanalysen
	B	Randomisiert kontrollierte Experimente (RCT's)
	C	Experimente
2.	A	Kohortenstudien
	B	Fallkontrollstudien
3.	A	Expertenmeinungen
	B	Beobachtungsstudie
	C	Andere Studientypen, z.B. Interviews
	D	Quasi-Experimente, qualitative Studien

University of Westminster [UWM], 2006

Anhang O

Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift