



AUS DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
KLINIKUM DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

DIREKTOR: PROF. DR. PETER FALKAI

„Scham und Schuld“

—

Welche Rolle spielen die beiden Emotionen bei der
Schizophrenie?

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Simone Sachenbacher
aus
München

2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Erster Gutachter: Prof. Dr. Oliver Pogarell
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Johannes Levin
Dritte Gutachterin: Prof. Dr. Rebecca Schennach

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. Dipl.-Psych. Aline Übleis

Dekan: Prof. Dr. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 23.01.2024

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	5
Abstract	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	8
1. THEORETISCHER HINTERGRUND	10
1.1 Die Diagnose Schizophrenie	11
1.1.1. Symptomatik und Klassifikation	11
1.1.2. Epidemiologie	15
1.1.3. Krankheitsverlauf und Komorbiditäten	15
1.1.4. Ätiologie und Risikofaktoren	18
1.1.5. Behandlungsmöglichkeiten	20
1.2 Die Emotionen Scham und Schuld	23
1.2.1 Entstehung von Emotionen und neurobiologische Grundlagen	23
1.2.2 Scham	24
1.2.3 Schuld	26
1.2.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede	27
1.3 Bisheriger Forschungsstand zur Rolle von Scham und Schuld innerhalb der Schizophrenie	29
2. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	33
3. METHODEN	35
3.1 Stichprobe	35
3.2 Studiendesign	36
3.3 Diagnostische Instrumente	37
3.3.1 Soziodemografischer Fragebogen	38
3.3.2 Positive and negative syndrome scale (<i>PANSS</i>)	38
3.3.3 Beck-Depressions-Inventar (<i>BDI-II</i>)	40
3.3.4 Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (<i>FIS</i>)	41
3.3.5 <i>SHAME</i> -Fragebogen (<i>SHAME</i>)	42
3.3.6 Test of self-conscious affect (<i>TOSCA</i>)	43
3.3.7 Inventar zur subjektiv erlebten Stigmatisierung (<i>ISE</i>)	45
3.4 Statistische Auswertung	46

4. ERGEBNISSE	48
4.1 Stichprobenbeschreibung	48
4.1.1 Soziodemografische Daten	48
4.1.2 Behandlungssetting	50
4.1.3 Hauptdiagnosen	50
4.1.4 Erkrankungsdauer	51
4.1.5 Psychotherapeutische Vorbehandlungen	52
4.1.6 Psychotische Symptomatik	52
4.2 Quantitative Analyse der Fragebogendaten	54
4.2.1 Psychotische Symptomatik und Scham	54
4.2.2 Psychotische Symptomatik und Schuld	57
4.2.3 Psychotische Symptomatik und scham- bzw. schuldassoziierte Verhaltensweisen	59
4.2.4 Psychotische Symptomatik und Stigmatisierung	60
4.2.5 Psychotische Symptomatik und emotionale Abwehrmechanismen	62
4.2.6 Psychotische Symptomatik und Stolz	63
4.2.7 Einfluss der Erkrankungsdauer und des Behandlungssettings	64
4.2.8 Depressive Symptomatik, Scham und Schuld	66
4.2.9 Einfluss von Alter und Geschlecht	66
5. DISKUSSION	68
5.1 Interpretation der Ergebnisse	69
5.2 Limitationen und methodische Schwächen	80
5.3 Implikationen für die Praxis und Ausblick	83
6. LITERATURVERZEICHNIS	87
Anhang A: Probandeninformation und Einverständniserklärung (Schizophrenie)	100
Anhang B: Probandeninformation und Einverständniserklärung (Depression)	103
Anhang C: Anamnesebogen	105
Publikationen und Kongressbeiträge	106
Danksagung	108
Affidavit	109

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund. Die Emotionen Scham und Schuld spielen bei verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen, darunter auch Schizophrenie, eine wichtige Rolle. Bisherige Studien zeigen mäßige bis starke positive Zusammenhänge von Scham und Schizophrenie, jedoch sind auch gegenteilige Ergebnisse bekannt. Erste Ergebnisse zu Schuldgefühlen zeigen starke Ausprägungen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Während Scham vorrangig mit Wahn assoziiert wird, bleiben Zusammenhänge mit weiteren Symptomen der Schizophrenie bislang ungeklärt.

Methode. Querschnittsdesign mit zwei Gruppen: Patienten mit vordiagnostizierter (1) Schizophrenie und (2) Depression. 102 Probanden beantworteten Fragebögen zu Depressivität (*BDI-II*), interpersoneller Schuld (*FIS*), körperlicher, kognitiver und existentieller Scham (*SHAME*), assoziierten Verhaltensweisen (*TOSCA*) sowie subjektiv erlebter Stigmatisierung (*ISE*). Schizophreniepatienten durchliefen zudem das *PANSS*-Interview zur Einschätzung der Symptomschwere.

Ergebnisse. Patienten mit einer Schizophrenie äußerten mehr Trennungsschuld im elterlichen Ablöseprozess als auch mehr körperliche und existentielle Scham. Patienten mit einer Depression berichteten mehr Schuld aus Verantwortung sowie kognitive Scham. Assoziierte Verhaltensweisen waren eher bei depressiven Patienten zu finden, während Patienten mit einer Schizophrenie vermehrt zu emotionalen Abwehrmechanismen wie Distanzierung oder Externalisierung neigten. Positivsymptomatik war vor allem mit Scham; Negativsymptomatik vorrangig mit Überlebensschuld assoziiert. Scham scheint besonders mit Halluzinationen, Wahn, Denkstörungen und sozialer Passivität einherzugehen. Schuld hingegen mit Erregung und Feindseligkeit. Bei Ersterkrankten fanden sich höhere Schamwerte als bei chronisch Erkrankten.

Diskussion. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Scham und Schuld bei Schizophrenie. Psychotherapeutische Interventionen sollten noch verstärkter auf emotionale Prozesse fokussieren. Weitere Forschung ist notwendig, um herauszufinden, wie diese Inhalte effektiv und bestmöglichst in die psychotherapeutische Behandlung schizophrener Patienten integriert werden können. Für die Zukunft wären zudem Längsschnittuntersuchungen wünschenswert, um die Direktionalität der Effekte zu ermitteln.

Abstract

Objective. Feelings of shame and guilt play an important role in various psychiatric disorders, including schizophrenia. Previous studies have shown moderate to strong positive associations between shame and schizophrenia, but there are also known results to the contrary. Initial evidence on feelings of guilt shows strong levels compared to the normal population. While shame is primarily associated with delusions, associations with other symptoms of schizophrenia remain unclear.

Methods. Cross-sectional design with two groups: Patients with prediagnosed (1) schizophrenia and (2) depression. 102 subjects answered questionnaires on depressiveness (*BDI-II*), interpersonal guilt (*FIS*), physical, cognitive and existential shame (*SHAME*), associated behaviors (*TOSCA*), and subjectively experienced stigma (*ISE*). Schizophrenia patients also completed the *PANSS* interview to assess symptom severity.

Results. Patients with schizophrenia expressed more separation guilt in the parental detachment process as well as more physical and existential shame. Depressive patients reported more guilt from responsibility as well as cognitive shame. Associated behaviors were more prevalent among depressed patients, whereas schizophrenia patients were more prone to emotional defense mechanisms such as distancing or externalizing. Positive symptoms were primarily associated with shame; negative symptoms were mainly associated with survivor guilt. Shame seems to be particularly associated with hallucinations, delusions, thought disorders and social passivity. Guilt, on the other hand, was associated with agitation and hostility. Higher levels of shame were found in first-time sufferers than in chronic sufferers.

Discussion. Findings highlight the importance of shame and guilt in schizophrenia. Especially with this disorder, psychotherapeutic interventions should focus even more on emotional processes. Further research is required to determine how this can be effectively integrated into the psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients in the best possible way. Longitudinal studies would further be useful to determine the directionality of effects.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar II
CE	Chronisch erkrankte Schizophreniepatienten
CFT	Compassion focused therapy
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DP	Patienten mit einer Depression
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, Auflage 5
EE	Ersterkrankte Schizophreniepatienten
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
FDR	False discovery rate
FIS	Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen
HEE	High expressed emotions
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Auflage 10
ICD-11	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Auflage 11
ISE	Inventar subjektiv erlebter Stigmatisierung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
<i>M</i>	Mittelwert
<i>p</i>	Signifikanzniveau
*	signifikant mit $p < .05$
**	signifikant mit $p < .01$
***	signifikant mit $p < .001$
PANSS	Positive and negative syndrome scale
SP	Patienten mit einer Schizophrenie
<i>r</i>	Pearsons-Korrelationskoeffizient
ρ	Spearman-Korrelationskoeffizient (rho)
rTMS	repetitive transkranielle Magnetstimulation
<i>SD</i>	Standardabweichung
<i>T</i>	T-Wert
TOSCA	Test of self-conscious affect
<i>U</i>	U-Wert
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
<i>Z</i>	Z-Wert

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht Diagnosekriterien Schizophrenie.	14
Tabelle 2: Unterschiede zwischen Scham und Schuld.	28
Tabelle 3: Übersicht Testverfahren.	37
Tabelle 4: Beurteilungsgrundlage Item „Misstrauen/Verfolgungsideen“, <i>PANSS</i> .	39
Tabelle 5: Beispielitem „Pessimismus“, <i>BDI-II</i> .	41
Tabelle 6: Skalen und Beispielitems des <i>FIS</i> .	42
Tabelle 7: Skalen und Beispielitems des <i>SHAME</i> .	43
Tabelle 8: Affektiv negatives Beispielitem des <i>TOSCA</i> .	44
Tabelle 9: Affektiv positives Beispielitem des <i>TOSCA</i> .	44
Tabelle 10: Soziodemografische Daten der Stichprobe.	49
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der <i>PANSS</i> .	53
Tabelle 12: Ergebnisse zu Schamgefühlen.	54
Tabelle 13: Zusammenhänge von Positivsymptomen und Schamgefühlen.	56
Tabelle 14: Zusammenhänge von Negativsymptomen und Schamgefühlen.	56
Tabelle 15: Ergebnisse zu Schuldgefühlen.	57
Tabelle 16: Zusammenhänge von Positivsymptomen und Schuldgefühlen.	58
Tabelle 17: Zusammenhänge von Negativsymptomen und Schuldgefühlen.	59
Tabelle 18: Ergebnisse zu scham- und schuldassoziierten Verhaltensweisen.	60
Tabelle 19: Ergebnisse zu emotionalen Abwehrmechanismen.	63
Tabelle 20: Ergebnisse zum Erleben von Stolz.	63
Tabelle 21: Zusammenhang von Scham, Schuld und Erkrankungsdauer.	64
Tabelle 22: Unterschiede zwischen Ersterkrankten und chronisch Erkrankten.	65

	Seite
Abbildung 1: Überblick über das aktuelle Behandlungssetting.	50
Abbildung 2: Überblick über die Hauptdiagnosen in beiden Gruppen.	51
Abbildung 3: Überblick über psychotherapeutische Vorerfahrungen.	52
Abbildung 4: Gruppenunterschiede in Schamgefühlen.	55
Abbildung 5: Gruppenunterschiede in Schuldgefühlen.	58
Abbildung 6: Ergebnisse der Stigma-Erfahrungs-Skala.	61
Abbildung 7: Gruppenvergleiche zu Scham unter Berücksichtigung der Normstichprobe.	69
Abbildung 8: Gruppenvergleiche zu Schuld unter Berücksichtigung der Normstichprobe.	73
Abbildung 9: Mögliches Teufelskreismodell zur Aufrechterhaltung von Scham- und Schuldgefühlen bei der Schizophrenie.	78

1. THEORETISCHER HINTERGRUND

Während die phänomenologische Forschung unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten ungebrochen scheint, zieht die emotionale Grundlagenforschung - insbesondere im Bereich der Schizophrenie - deutlich weniger Aufmerksamkeit auf sich. Gerade weil emotionale Prozesse jedoch seit langem als wichtig für das Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Schizophrenie befunden werden (Birchwood, 2003), sollen in der vorliegenden Arbeit zwei spezifische Emotionen - Scham und Schuld - herausgegriffen und genauer untersucht werden.

Die Emotionen Scham und Schuld leisten als „soziale Emotionen“ einen wichtigen Beitrag zur Bandbreite des emotionalen Erlebens eines Individuums, als auch zum gesellschaftlichen Leben. Dass beide Emotionen daher auch bei einer Vielzahl an psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen, ist bereits seit längerem bekannt. Während sich Schuld meist auf eine einzelne Handlung bezieht, zielt Scham eher auf die Gesamtheit der Person ab und wird durch das Erleben der eigenen Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit und negativen Selbstbewertung gekennzeichnet (Carden et al., 2020). Grundsätzlich beschäftigen sich aber beide Emotionen damit, wie sich eine Person im Vergleich zu ihren Mitmenschen wahrnimmt und ihr soziales Abschneiden beurteilt (Gilbert, 2003). Und dies lässt sich auf einige Themen psychotischer Erfahrungen abbilden. Greift man beispielsweise die am häufigsten auftretende Form der Halluzinationen, das Stimmenhören auf, so gibt es seit langem Hinweise dafür, dass die zwischenmenschlichen Qualitäten der Stimme (z.B. Tonlage, Inhalt) die allgemeinen sozialen Beziehungen des Betroffenen widerspiegeln (Birchwood et al., 2000). Patienten, die sich im alltäglichen Leben häufig minderwertig oder schuldig fühlen, beobachten demzufolge eine ähnliche Dynamik auch mit ihren Stimmen. Daher wäre eine mögliche Schlussfolgerung, dass Schuld und Scham (eventuell mehr als andere aversive Emotionen) psychotische Bewertungen und Wahrnehmungen von sozialen Erfahrungen fördern, weil die Stimme dann anders klingt bzw. wahrgenommen wird. Andererseits könnten die verhaltensbedingten Begleiterscheinungen von Schuld und Scham - Vermeidung und Rückzug - die Möglichkeit für Betroffene behindern, korrigierendes Feedback zu ihren Erfahrungen zu erhalten, wodurch sich weitere psychotische Erklärungen entwickeln könnten (Carden et al., 2020).

In der vorliegenden Arbeit soll daher das individuelle Scham- und Schuld erleben von Patienten mit Schizophrenie untersucht werden. Da es bereits erste Hinweise auf ein verstärktes Erleben beider Emotionen bei dieser Patientengruppe im Vergleich zu gesunden Kontrollen gibt, wurden hier Patienten mit Depression als Vergleichsgruppe herangezogen. Im folgenden Abschnitt wird

zunächst das Erkrankungsbild der Schizophrenie genauer vorgestellt, bevor im Anschluss theoretische Grundlagen zu den Emotionen Schuld und Scham sowie aktuelle Forschungsergebnisse bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen beschrieben werden. Schließlich sollen die Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit abgeleitet werden.

1.1 Die Diagnose Schizophrenie

Das Krankheitsbild der Schizophrenie blickt auf eine vergleichsweise lange Geschichte zurück. Im Jahr 1896 beschrieb Emil Kraepelin als einer der Ersten dieses Krankheitsbild; identifizierte seinerzeit primär einen frühen und demenzartigen geistigen Abbau mit progredientem Verlauf und vergab demzufolge den Namen „Dementia praecox“ (Berger & Angenendt, 2009). Dieser Begriff wurde 1911 durch Eugen Bleuler abgelöst und erstmals mit der Bezeichnung Schizophrenie umschrieben (Falkai, 2003). Der aus dem Griechischen stammende Begriff setzt sich aus den beiden Teilen „schizein“ = abspalten und „phren“ = Zwerchfell/Seele zusammen und bedeutet damit übersetzt „gespaltenes Bewusstsein bzw. gespaltene Seele“ (Berger & Angenendt, 2009). Hiermit ist vorrangig ein Nebeneinander von gesunden und kranken Anteilen bzw. von zwei unterschiedlichen Wahrnehmungswelten - der allgemeinen und der privaten Wirklichkeit - gemeint. Die allgemeine Wirklichkeit ist die, die auch der Normalbevölkerung zugänglich ist. Das für die Schizophrenie so typische Wahrnehmen von Sinneseindrücken, die nur Betroffenen verständlich sind, entspricht somit der zweiten, privaten Wirklichkeit (Bäumel, 2008). Eugen Bleuler (1983) vertrat zudem bereits früh die Annahme, dass es nicht „die eine Schizophrenie“, sondern vielmehr ein breites Spektrum der Schizophrenien gibt. Heute umfasst die Heterogenität neben der Psychopathologie auch interindividuell unterschiedliche Ursachen, Verläufe und Prognosen (Häfner, 2017). Auf die einzelnen Punkte wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

1.1.1 Symptomatik und Klassifikation

Allgemein lässt sich die Schizophrenie durch ein Muster aus Störungen in den folgenden Funktionsbereichen beschreiben: Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik, wobei die jeweilige Ausprägung und Schwerpunktsetzung je nach Betroffenen und Krankheitsphase variieren kann (Gaebel & Wölwer, 2010). Durch das Fehlen eines immer nachweisbaren Leitsymptoms, zeigt sich daher ein äußerst heterogenes Krankheitsbild (Mehl, Falkenberg & Kirchner, 2016).

Mit der Einteilung in *Grundsymptome* (Assoziationsstörungen, Affektstörungen, Ambivalenz, Autismus, subjektive Veränderung der Persönlichkeit) und *akzessorische Symptome* (Halluzinationen, Wahn und Katatonie) versuchte Eugen Bleuler (1916) eine erste Einteilung der verschiedenen Symptome. Später prägte Kurt Schneider (1946) die Unterteilung in *Symptome ersten Ranges* (Gedankenlautwerden, Stimmenhören, Gedankenentzug oder -beeinflussung, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung und das Gefühl des Gemachten) und *Symptome zweiten Ranges* (Zönesthesien, optische Halluzinationen, Wahneinfälle, Affektstörungen). Schneider's Einteilung hatte später großen Einfluss auf die Entwicklung heutiger Klassifikationssysteme (Mehl, Falkenberg & Kirchner, 2016). Eine Übersicht über die unterschiedlichen Diagnosekriterien nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5 liefert Tabelle 1. Eine weitere Möglichkeit der Einteilung, stellt die Unterscheidung in *Positiv- bzw. Plusssymptome* und *Negativ- bzw. Minussymptome* dar. Erstere beschreiben eine übersteigerte Funktion, umfassen daher Wahn, Ich-Störungen, Halluzinationen sowie formale Denkstörungen und kennzeichnen v.a. die akute Krankheitsphase. Letztere umschreiben Krankheitsmerkmale die sich durch eine Funktionsminderung auszeichnen. Hierzu zählen v.a. reduzierte Affektivität (Affektverflachung, Gleichgültigkeit), Antriebsstörungen, sozialer Rückzug, Interessensminderung sowie Konzentrationsstörungen (Häfner, 2017). Die Negativsymptomatik tritt eher nach Abklingen der Akutphase auf und bleibt - nicht selten in Form einer Restsymptomatik - über die Akutphase hinaus bestehen (Gaebel & Wölwer, 2010).

Die unterschiedlichen Formen der Schizophrenie werden nach ICD-10 in verschiedene Subtypen eingeteilt. Die dabei mit Abstand am häufigsten auftretende Form, ist der *paranoid-halluzinatorische Typus* (F20.0). Hiervon sind ca. 60% der Erkrankten betroffen (Bäumel, 2008). Im Vordergrund stehen Wahnvorstellungen wie Verfolgungs-, Vergiftungs-, Beeinträchtigungs- oder Beziehungswahn sowie meist akustische Halluzinationen. Betroffene Patienten weisen zumeist eine eher günstige Verlaufsprognose auf, nicht zuletzt dadurch, da die Erkrankung vergleichsweise spät (ca. zwischen 25. bis 35. Lebensjahr) beginnt (Zielasek & Gaebel, 2016).

Im Fall der *hebephrenen Schizophrenie* (F20.1) leiden Betroffene v.a. unter Affektstörungen, Antriebslosigkeit, formalen Denkstörungen und einer Ziel- bzw. Planlosigkeit im Verhalten. Teilweise ist der Affekt flach, albern, unbekümmert und häufig der Situation unangemessen (Bäumel, 2008). Durch mögliche weitere Symptome wie ungeordnetes Denken oder eine eher zerfahrene Sprache wird diese Form oft auch als „desorganisierter Typus“ beschrieben (Gaebel & Wölwer, 2010). Einzelne Positivsymptome wie Wahnvorstellungen können auftreten, sind jedoch nicht vorherrschend. Dieser bei ungefähr 15% der Fälle auftretende und damit eher seltene Typus beginnt zumeist in der frühen Jugend (zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr) und weist eine eher ungünstige Prognose auf (Bäumel, 2008).

Bei der *katatonen Schizophrenie* (F20.2) bestimmen Bewegungsstörungen mit stark vermehrter oder verminderter Motorik das klinische Bild. Wechsel zwischen Phasen heftiger Erregung und deutlicher Bewegungsarmut (Stupor) bis hin zur Erstarrung in abnormen Körperhaltungen (Katalepsie) können genauso auftreten wie Haltungs- und Sprachstereotypien (Bäumel, 2008). Dieser Typus tritt insgesamt eher selten auf (ca. 2% bis 8% der Fälle). Bei raschem Behandlungsbeginn zeigt sich eine eher günstige Verlaufsprognose (Gaebel & Wölwer, 2010).

Weitere, nach ICD-10 diagnostizierbare Unterformen sind insgesamt eher selten. Sind die allgemeinen Kriterien für eine Schizophrenie erfüllt, ist eine eindeutige Zuordnung zu einem Subtyp aufgrund einer gemischten Symptomatik jedoch schwer möglich, wird häufig eine *undifferenzierte Schizophrenie* (F20.3) diagnostiziert. Bei der *postschizophrenen Depression* (F20.4) folgt eine meist länger andauernde depressive Episode auf die Akutphase. Parallel dazu müssen jedoch auch Restsymptome der Schizophrenie nachweisbar sein. Einen chronischen Verlauf mit im Vordergrund stehender Negativsymptomatik beschreibt das *schizophrene Residuum* (F20.5). Die *Schizophrenia simplex* (F20.6) beschreibt eine Erkrankung mit schleichender Progredienz und ausgeprägter Negativsymptomatik ohne vorhergehende produktiv-psychotische Phase (Zielasek & Gaebel, 2016).

In der ICD-11 wird die Schizophrenie im Kapitel 6A2 „Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen“ zu finden sein. Wie in Tabelle 1 aufgeführt, werden nun alle relevanten Symptome gleich stark gewichtet. Insgesamt müssen mindestens zwei Symptomkategorien nachzuweisen sein. Die für die ICD-10 so maßgebliche Einteilung Schneider's in Erst- und Zweitrangsymptome wird damit endgültig aufgegeben. Das Zeitkriterium von mindestens einem Monat bleibt - im Gegenzug zu den geforderten sechs Monaten beim DSM-5 - wiederum bestehen (Lau, 2021). Zudem sieht die ICD-11 keine Kategorisierung der beschriebenen Subtypen (paranoid, hebephren, kataton, simplex) mehr vor (Lau, 2021). Als Grund wurde die fehlende zeitliche Stabilität der Einteilung sowie die mangelnde Korrelation mit den Therapieergebnis angeführt (Mattila et al., 2015). Stattdessen werden die Subtypen durch sog. Symptomindikatoren (Positivsymptome, Negativsymptome, Depression, Manie, Psychomotorik und Kognition) ersetzt, die eine individuellere Beurteilung des Verlaufs und bessere Abstufung in Schweregrade ermöglichen sollen (Lau, 2021). Auch soll hierdurch der dimensionalen Betrachtungsweise Raum gegeben werden (Zielasek & Gaebel, 2018). Für die unterschiedlichen Verlaufsformen wird eine Klassifizierung in „1. Episode“, „multiple Episoden“ und „kontinuierlich“ möglich sein (Lau, 2021).

Tabelle 1: Übersicht Diagnosekriterien Schizophrenie (Lau, 2021; Zielasek & Gaebel, 2016).

<i>ICD-10</i>	<i>ICD-11</i>	<i>DSM-5</i>
Entweder mind. eines der Symptome unter 1. oder mind. zwei unter 2., während einer Episode von <u>mind. 1 Monat</u> Dauer.	Vorliegen von mind. zwei der folgenden Symptome, davon ein Symptom aus a-d, während einer Episode von <u>mind. 1 Monat</u> Dauer.	Vorliegen von mind. zwei der folgenden Symptome, mindestens eines dieser Symptome muss 1., 2. oder 3. sein. Jedes Symptom bestehend für einen erheblichen Teil einer Episode von <u>mind. 1 Monat</u> Dauer. Zeichen des Störungsbildes müssen für insgesamt <u>mind. 6 Monate</u> vorhanden sein (entsprechend kürzer, wenn erfolgreich behandelt).
<p>1. a) Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen c) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über das Verhalten des Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen d) Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (z.B. Wetter kontrollieren zu können)</p> <p>2. a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, flüchtige, undeutlich ausgebildete Wahngedanken, überwertige Ideen b) Neologismen, Gedankenabreißen, Einschüben in den Gedankenfluss c) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypen, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus, Stupor d) Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt</p>	<p>a) persistierender Wahn b) persistierende Halluzinationen c) formale Denkstörungen d) Erlebnisse der Beeinflussung, Passivität oder Fremdkontrolle e) Negativsymptome f) grob desorganisiertes Verhalten, dass sich in jeder Form von zielorientiertem Verhalten bemerkbar macht g) psychomotorische Störungen, wie katatone Unruhe oder Agitation, Haltungstereotypen, wächserne Flexibilität, Negativismus, Mutismus oder Stupor.</p>	<p>1. Wahn 2. Halluzinationen 3. desorganisiertes Sprechen oder Denken 4. grob desorganisiertes oder katatones Verhalten 5. Negativsymptome</p> <p>Deutliche Einbußen in zentralen Funktionsbereichen wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge für eine erhebliche Zeitspanne seit Beginn der Erkrankung.</p>

1.1.2 Epidemiologie

Schizophrene Erkrankungen stellen mit ca. 30-40% einen Großteil der Diagnosen in psychiatrischen Kliniken dar und liegen laut WHO weltweit auf dem fünften Platz hinsichtlich direkter und indirekter Krankheitskosten (Bäumel, Behrend & Kohler, 2018).

Die Lebenszeitprävalenz, d.h. das Risiko, einmal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt bei etwa 0,6 - 1,4 % (Median 4,8 - 7,2 pro 1000 Einwohner; Gaebel & Wölwer, 2010). Jährlich erkranken etwa 0,01 - 0,02 % der Bevölkerung neu an einer Schizophrenie (Jahresinzidenz). Bedingt durch die hohe Anzahl an Rezidiven und chronischen Verläufen liegt die Jahresprävalenz, d.h. der Anteil an Personen, die innerhalb eines Jahres einmal die diagnostischen Kriterien erfüllen, mit 0,8 - 0,9 % in einem ähnlichen Bereich wie die Lebenszeitprävalenz (Gaebel & Wölwers, 2010). Diese Zahlen weisen keine soziokulturellen Unterschiede auf und decken sich mit dem internationalen Vergleich. Lediglich unter Migranten und in städtischen Gebieten werden erhöhte Prävalenzen berichtet (Rentrop & Müller, 2020).

Hinsichtlich des Erkrankungsrisikos wurde lange Zeit die Annahme vertreten, dass es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt und man von einer Gleichverteilung bei Neuerkrankungen ausgehen könne (Gaebel & Wölwer, 2010; Rentrop & Müller, 2020). In der Literatur werden jedoch auch immer wieder leicht erhöhte Anteile an Männern gegenüber Frauen diskutiert (Tandon, Keshavan & Nasrallah, 2008).

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung weisen Erkrankte zumeist einen niedrigeren sozioökonomischen Status und ein geringeres Bildungsniveau auf. Als Gründe hierfür werden beispielsweise die Gefahr des sozialen Abstiegs nach Ausbruch der Erkrankung als auch mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten vor Erkrankungsbeginn (bedingt durch Prodromalphase, auf die im folgenden Abschnitt noch genauer eingegangen wird) diskutiert (Rentrop & Müller, 2020).

1.1.3 Krankheitsverlauf und Komorbiditäten

Grundsätzlich ist der Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung zwar in jedem Lebensalter möglich (Bäumel, 2008), der typische Beginn liegt jedoch im frühen Erwachsenenalter, zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr (Gaebel & Wölwer, 2010). Etwa zwei Drittel aller Betroffenen erkranken innerhalb dieser Zeitspanne (Gaebel & Wölwer, 2010), die in aller Regel von entscheidenden äußeren und inneren Entwicklungsaufgaben („*Schwellensituationen*“; z.B. Ablösung vom Elternhaus, Bildung einer eigenen Identität, Aufnahme von Beruf oder Studium, erste Liebesbeziehung) geprägt ist. Nur in äußerst seltenen Fällen kann die Erkrankung schon vor dem 18. Lebensjahr („*early onset schizophrenia*“) bzw. vor dem 13. Lebensjahr („*very early onset schizophrenia*“) ausbrechen (Röpcke

& Eggers, 2005). Je früher der Erkrankungsbeginn, desto eher stehen affektive Symptome und formale Denkstörungen im Vordergrund. Ausschließlich klassisch psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen bestimmen eher bei Ersterkrankungen im höheren Lebensalter das klinische Bild. In der Regel zeigt sich das volle Symptomspektrum daher bei Ersterkrankungen im frühen und mittleren Erwachsenenalter (Gaebel & Wölwer, 2010).

Männer erkranken im Allgemeinen ca. fünf Jahre früher als Frauen („Östrogen-Vorteil“, Bäuml, 2008; Häfner & Maurer, 2013). Der typische Erkrankungsgipfel liegt bei ihnen zwischen dem 18. und 23. Lebensjahr. Bei Frauen werden in der Literatur zwei Erkrankungsgipfel beschrieben, zum einen zwischen dem 23. und 28. Lebensjahr und zum anderen zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr, nach der Menopause. Grund hierfür könnte der dann sinkende Östrogen-Spiegel sein (Bäuml, 2008). Durch das durchschnittlich frühere Erkrankungsalter bei Männern könnte auch deren in der Regel schlechtere Prognose erklärt werden (Clemmensen, Vernal & Steinhausen, 2012; Häfner & Maurer, 2013). Zu den Faktoren, die allgemein eher für eine günstige Prognose sprechen (Gaebel & Wölwer, 2010; Rentrop & Müller, 2020) zählen:

- Weibliches Geschlecht
- Stabiles soziales Umfeld, Partnerschaft
- Abgeschlossene Ausbildung, gutes Funktionsniveau
- Akuter Krankheitsbeginn und frühzeitige Behandlung, hohe Compliance
- Erstmanifestation im höheren Alter
- Klar identifizierbare Auslösefaktoren
- Fehlende psychiatrische Komorbidität
- Fehlende Affektverflachung
- Unauffällige prämorbid Persönlichkeit
- Wenig Kritik oder Überfürsorglichkeit im Elternhaus

Noch vor dem ersten Erkrankungsausbruch beschreibt die Mehrheit der Betroffene rückblickend häufig eine bis zu fünf Jahre andauernde Phase mit unspezifischen Krankheitssymptomen wie beispielsweise depressiven Verstimmungen, erhöhter Reizbarkeit, sozialem Rückzug, Ängsten, Konzentrationsstörungen oder ersten Beziehungsideen (Zielasek & Gaebel, 2018). Können diese Symptome mit der Zeit nicht mehr ausreichend kompensiert werden, treten häufig plötzliche Leistungseinbußen in Form eines „Leistungsknicks“ auf. In etwa 75 % der Patienten berichten retrospektiv von einer solchen *Prodromalphase*, die jedoch häufig im Sinne einer pubertären Krise oder anderen psychischen Erkrankung fehlgedeutet wird (Gaebel & Wölwer, 2010). Wie bereits beschrieben, verhindern derartige Beeinträchtigungen im Prodromalstadium häufig schon im Vorfeld einen sozialen Aufstieg (Schulabschluss, Beginn mit Ausbildung/Studium, Auszug aus dem Elternhaus, Übergang in selbständiges Leben etc.).

Monate vor der Erstmanifestation kommt es dann in der Regel zu ersten und zunächst vorübergehenden bzw. schwach ausgeprägten psychotischen Symptomen (*Frühwarnzeichen*) wie Beziehungserleben, paranoiden Ideen oder vermehrtem Misstrauen, die nicht selten jedoch anderen gegenüber nicht geäußert werden (Bäumel, 2008; Zielasek & Gaebel, 2018). Innerhalb einer Krankheitsepisode werden folgende zwei Phasen unterschieden: die *floride Phase* (akute Psychose mit meist raschem Beginn) sowie die *postremissive Phase* (Wochen bis Monate anhaltende Phase postpsychotischer Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und gedrückter Stimmung; Rentrop & Müller, 2020). Trotz dessen können Krankheitsverläufe von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein (Bäumel, 2008).

Betrachtet man nun die Langzeitverläufe schizophrener Erkrankungen, finden sich in der Literatur drei Subgruppen: ca. 20 % der Betroffenen erleiden eine einmalige psychotische Episode, nach dessen Abklingen keinerlei Restsymptome zurückbleiben. Eine weitere Subgruppe (ca. 30 %) erleidet im Verlauf der Jahre immer wieder psychotische Episoden, wobei sich die Symptomatik zwischen den Episoden jedoch vollständig zurückbildet (Remission). Bei den verbleibenden 50 % bestimmen persistierende und langsam zunehmende Symptome den weiteren Verlauf zwischen immer wiederkehrenden Episoden akuter Exazerbation (Häfner, 2017). Folglich weist diese Gruppe die ungünstigste Prognose auf (Zielasek & Gaebel, 2018; Häfner & Maurer, 2013). Zu den allgemeinen Faktoren, die eher für einen ungünstigen Verlauf sprechen, zählen (Gaebel & Wölwer, 2010; Rentrop & Müller, 2020):

- Männliches Geschlecht
- Frühzeitiger und schleichender Krankheitsbeginn (vor dem 18. Lebensjahr)
- Migrationshintergrund
- Hohe Anzahl an belastenden Lebensereignissen
- Ausgeprägte Negativsymptomatik
- Ausgeprägte Leistungsdefizite vor Ausbruch der Erkrankung
- Niedriges soziales Entwicklungsniveau
- Lange Dauer der Prodromalphase ohne Behandlung
- Schwere und Häufigkeit von Rückfällen
- Fehlende oder inkonsequente Behandlung
- Ausgeprägte depressive Symptomatik
- Komorbider Substanzmissbrauch (v.a. Cannabis und Alkohol)

Patienten mit Schizophrenie sind häufig zusätzlich auch von weiteren psychischen Erkrankungen betroffen. Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Angststörungen sowie affektive Störungen (Häfner, 2017; Lincoln, 2019). Gerade Suchterkrankungen (v.a. Alkohol und Cannabis, aber auch Benzodiazepine, Psychostimulanzien oder Nikotin) treten bei 40 - 60 % der Betroffenen auf und zählen damit zu den häufigsten Komorbiditäten (Gaebel

& Wölwer, 2010). Als Gründe hierfür werden einerseits neurobiologische Gemeinsamkeiten dieser beiden Störungsbilder diskutiert. Andererseits versuchen Betroffene häufig sich - im Sinne einer Selbstmedikation bzw. Copingstrategie - von typischen psychotischen Symptomen wie beispielsweise erhöhter Anspannung oder Gereiztheit zu entlasten (Lincoln, 2019). Auch Angststörungen - hier v.a. Panikstörungen, soziale Ängste, posttraumatische Belastungsstörungen und Zwangsstörungen - finden sich bei etwa der Hälfte der Schizophreniepatienten (Lincoln, 2019). Die drittgrößte Gruppe der Komorbiditäten stellen affektive Störungen, speziell Depressionen dar (ca. 25 %, Lincoln, 2019). Komorbiditäten gehen in der Regel mit einem schlechteren Verlauf einher (häufigere Rückfälle, geringere Behandlungskooperation etc.; Gaebel & Wölwer, 2010). Unter der Gruppe der Patienten mit Schizophrenie finden sich des Weiteren deutlich erhöhte Suizidraten. Einigen Studien zufolge wird die Rate von Suizidversuchen auf ca. 20 - 40% der Betroffenen und die Rate vollendeter Suizide auf ca. 5 - 15% geschätzt, wobei vor allem die frühe Zeit nach der Ersterkrankung und Diagnosestellung kritisch scheint (Bäumel, Behrend & Kohler, 2018; Kuo et al., 2005; Lincoln, 2019; Ventriglio et al., 2016).

1.1.4 Ätiologie und Risikofaktoren

Die Schizophrenie wird heute als multifaktoriell bedingte psychische Erkrankung angesehen, bei deren Entstehung und Aufrechterhaltung sowohl neurobiologische, psychologische als auch soziale Faktoren eine Rolle spielen und miteinander interagieren (Lincoln et al., 2019). Im Folgenden soll zunächst auf verschiedene Risikofaktoren eingegangen werden, bevor ein gängiges Erklärungsmodell skizziert wird.

Einer der bedeutendsten Risikofaktoren stellt eine schizophrene Erkrankung bei einem nahen Verwandten dar. Genetische Faktoren tragen insgesamt in etwa zu 80% zur Krankheitsdisposition bei (Gaebel & Wölwer, 2010; Schmitt, Falkai & Schulze, 2016). Aus Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien ist bislang bekannt, dass das Erkrankungsrisiko bei eineiigen Zwillingen bei etwa 60 - 80% liegt, sobald ein Zwilling bereits an der Störung erkrankt ist (Schmitt, Malchow, Hasan & Falkai, 2014). In etwa 50% Erkrankungsrisiko lassen sich zeigen, wenn beide Elternteile von einer Schizophrenie betroffen sind. Das Erkrankungsrisiko sinkt entsprechend, wenn es sich um zweieiige Zwillinge handelt (ca. 20%) oder es sich lediglich um einen einzelnen Verwandten ersten Grades handelt (ca. 5 - 15%; Lincoln, 2019; Gaebel & Wölwer, 2010). Ergebnisse aus molekulargenetischen Studien untermauern ebenfalls die Komplexität in der Frage nach der Beteiligung genetischer Faktoren. So untersucht man hier genetische Variationen in bestimmten Allelen, um „Risikovarianten“ zu identifizieren (Lincoln et al., 2019). So konnten in großen internationalen Studien mittlerweile zwar mehr als 100 solcher Risikovarianten für die Schizophrenie erfasst werden

(Schmitt, Falkai & Schulze, 2016), jedoch ist nach heutigem Wissenstand der Einfluss eines einzelnen Gens verschwindend gering (Lincoln, 2019). Vielmehr wird davon ausgegangen, dass ein Zusammenspiel komplexer Faktoren (Allelvarianten innerhalb von Genen sowie Gene untereinander) die genetische Vulnerabilität der Schizophrenie erhöht (Lincoln, 2019). Gerade die vorgestellten Daten aus molekulargenetischen Studien, aber auch Daten zu eineiigen Zwillingen zeigen jedoch, dass neben genetischen noch weitere Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt sein müssen.

Hierzu zählen beispielsweise auch morphologische Veränderungen im Gehirn, wie etwa erweiterte Hirnkammern oder Hirnsubstanzminderungen, die mit einer reduzierten Informationsverarbeitungskapazität einhergehen und ursächlich in der Regel auf pränatale Hirnentwicklungsstörungen zurückzuführen sind (Gaebel & Wölwer, 2010, Bäuml, 2008).

Auf neurochemischer Ebene scheint besonders eine Überfunktion des Neurotransmitters Dopamin im mesolimbischen System für die produktiv psychotische Symptomatik von Bedeutung zu sein. Gleichzeitig herrscht im mesokortikalen System eine Unterfunktion, wodurch v.a. die Negativsymptomatik erklärt werden kann. Ferner beschreibt die Glutamat-Hypothese eine Unterfunktion des glutamatergen Systems. Die Vielfalt möglicher psychotischer Symptome spricht aber für eine Beteiligung zahlreicher Transmittersysteme - u.a. auch Serotonin und Gamma-Amino-Buttersäure (GABA; Rentrop & Müller, 2020).

Die genannten Risikofaktoren können durch externe Umweltfaktoren zusätzlich verstärkt werden. Den hierbei bedeutendsten Effekt machen Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen aus, die sich bei Betroffenen im Vergleich zu gesunden Kontrollen deutlich häufiger finden (Schmitt, Malchow, Hasan & Falkai, 2014). Hierzu zählen beispielsweise Infektionen, Hungerepisoden oder Stress der Mutter während der Schwangerschaft, Geburt während der Wintermonate, Notkaiserschnitt, Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht oder kleiner Kopfumfang (Schmitt, Falkai & Schulze, 2016). Während der Kindheit scheinen laut Metaanalysen belastende Erfahrungen, Traumata, geringe elterliche Fürsorge, Abwesenheit einer festen Bezugsperson vor dem 3. Lebensjahr, Verlust der Eltern vor dem 7. Lebensjahr, psychischer und physischer Missbrauch oder Vernachlässigung einen erheblichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruchs auszumachen (Lincoln et al., 2019; Schmitt, Falkai & Schulze, 2016; Varese et al., 2012). Auch chronischer sozialer Stress, wie z. B. bei Migrationshintergrund, Diskriminierung, Aufwachsen in städtischen Ballungsgebieten, Drogenkonsum oder sozialer Isolation erhöhten nachweislich das Erkrankungsrisiko (Lincoln et al., 2019; Schmitt, Falkai & Schulze, 2016).

Wie kann nun aber - trotz all dieser genannten Risikofaktoren - erklärt werden, wann und wieso es zum Ausbruch der Erkrankung kommt? Das häufig herangezogene *Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell* (Zubin & Spring, 1977) postuliert eine biologisch bedingte Verwundbarkeit (Vulnerabilität, s. Risikofaktoren), die zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt auf umweltbedingte Belastungsfaktoren (z.B. Überforderung in Schule/Beruf, Trennung, Auszug aus dem Elternhaus; Auslöser für akute Episode) trifft, die die Person zu dieser Zeit nicht ausreichend bewältigen kann (mangelnde Copingstrategien). Somit ist keiner der drei Faktoren alleine für die Entstehung einer Episode verantwortlich. Vielmehr ist das Zusammenspiel hiermit entscheidend (Gaebel & Wölwer, 2010).

Rückfälle in Form von erneuten psychotischen Episoden werden im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells mit dem erneuten Auftreten stressreicher Lebensereignisse in Kombination mit mangelnden Bewältigungsmöglichkeiten erklärt (Häfner, 2017). Zudem wurden weiter oben bereits einige Punkte aufgeführt, die Indikatoren für eine eher ungünstige Prognose darstellen (s. Punkt 1.3). Ein weiteres Erklärungsmodell für ein erhöhtes Rückfallrisiko stellt das Konzept der „*expressed emotions*“ (EE) dar. Hiermit wird das Ausmaß beschrieben, wie auffällig und unkontrolliert das nahe soziale Umfeld der Betroffenen auf der emotionalen Achse reagiert. Übermäßig ausgeprägte Emotionen („*high expressed emotions*“; HEE) stellen dabei eine pathologische Reaktion auf die Erkrankung des Angehörigen dar und äußern sich meist in einer übermäßigen Involviertheit in die Behandlung gepaart mit einer Tendenz zur Bevormundung und Überbehütung. Aber auch eine ausgeprägte Kritikfreudigkeit oder feindselige Abwertungen sind zu finden (Bäumel, 2008). Patienten, - vor allem junge Männer (Leung & Chue, 2000) - die aus Familien mit HEE-Kommunikationsstilen kommen und nach der akuten Krankheitsphase in Familien zurückkehren, weisen insgesamt eine schlechtere Prognose auf (Butzlaff & Hooley, 1998).

1.1.5 Behandlungsmöglichkeiten

Eine leitliniengerechte Schizophreniebehandlung (S3 Leitlinie Schizophrenie; DGPPN, 2019) umfasst sowohl eine medikamentöse, psychotherapeutische als auch eine psychosoziale Therapie und ist stark auf die individuellen Gegebenheiten des Betroffenen bzw. seines Umfelds ausgerichtet. Solche ganzheitlichen und mehrdimensionalen Therapiekonzepte sorgen in der Regel dafür, dass eine Schizophrenie heute in den meisten Fällen gut und erfolgreich behandelbar ist (Klingberg & Bechdorf, 2020). Im Folgenden soll kurz auf die einzelnen Behandlungsbausteine eingegangen werden.

Zu den *somatischen Behandlungsverfahren* zählen v.a. die medikamentöse Therapie mit Neuroleptika/Antipsychotika sowie nicht-invasiven Stimulationsverfahren wie der Elektrokonvulsionstherapie (EKT; Indikation bei therapieresistenter Symptomatik, Katatonie, schwerer depressiver

Symptomatik oder Suizidalität; DGPPN, 2019) und der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS; Indikation bei medikamentöser Behandlungsresistenz zur Behandlung persistierender akustischer Halluzinationen oder Negativsymptomatik; DGPPN, 2019). Ergänzend können Psychopharmaka aus der Gruppe der Antidepressiva oder Benzodiazepine (v.a. bei psychotischer Agitiertheit, Ängsten) hinzugezogen werden. Eine zentrale Rolle spielt die zuverlässige Einnahme der Medikation durch die Betroffenen, um das Risiko für einen Rückfall zu minimieren (Lambert, Karamatskos, Naber & Fleischhacker, 2020). Dieses liegt im ersten Jahr - ohne eine medikamentöse Rückfallprophylaxe - bei ca. 70%. Mit entsprechend stabiler Medikation kann dieses Risiko immerhin auf ca. 20% reduziert werden (Gaebel & Wölwer, 2010). In der Frage nach der Dauer der medikamentösen Rezidivprophylaxe finden sich in der Literatur unterschiedliche Empfehlungen. Während lange dazu tendiert wurde, möglichst genaue Zeitangaben zu formulieren (1-2 Jahre Erhaltungstherapie nach einer psychotischen Episode, 4-5 Jahre nach mehrfachen Episoden, langfristig bei chronischem Verlauf; Rentrop & Müller, 2020), ist man in der S3-Leitlinie (DGPPN, 2019) dazu übergegangen, eine individuell erarbeitete und von Arzt und Patient gemeinsam besprochene Lösung zu empfehlen.

Über die Pharmakotherapie hinaus spricht die Wirksamkeitsforschung der *Psychotherapie*, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie gute und zeitstabile Effekte zu (s. beispielsweise Metaanalysen von Bird et al., 2010; Jauhar et al., 2014; Burns et al., 2014), sodass sich die Empfehlung einer kognitiven Verhaltenstherapie auch in der S3 Leitlinie (DGPPN, 2019) wiederfindet. Zu den typischen Behandlungsbausteinen einer psychosenspezifischen kognitiven Verhaltenstherapie zählen (Lincoln, 2019; Mehl & Leube, 2012; Surall & Kunz, 2019):

- Entpathologisierung durch Psychoedukation (Informationsvermittlung über Schizophrenie, Positiv- und Negativsymptomatik, Verlaufsformen, pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung, Wirkweise von Antipsychotika)
- Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells (s. Vulnerabilitäts-Stress-Modell) unter Einbeziehung lebensgeschichtlich relevanter Belastungen und Stressoren; Erarbeitung eines Krankheitskonzepts; Unterstützung in der Krankheitsbewältigung
- Entpathologisierung von Halluzinationen, Veränderung der Bewertung, Optimierung von Coping-Strategien, Exposition, Anleitung zu Verhaltensexperimenten
- Kognitive Bearbeitung der Wahnsymptomatik (z.B. Psychoedukation zu Einstellungsbildung, ABC-Schema, pragmatische Analyse der Konsequenzen von wahnhaften Überzeugungen, Erarbeitung von alternativen Erklärungen, kognitive Umstrukturierung, Erkennen von Inkonsistenzen)
- Arbeit an Negativsymptomatik und Reduktion des sozialen Rückzugs durch Aktivitätenaufbau, Tagesstrukturierung und Vermittlung sozialer Kompetenzen (z.B. soziales Kompetenztraining)
- Aufbau von Problemlösefertigkeiten (z.B. Problemlösetraining)
- Unterstützung beim Entwickeln von Perspektiven (z.B. berufliche Rehabilitation)

- Miteinbezug von Angehörigen beispielsweise in spezifischen Angehörigengruppen (z.B. nach Vauth, Bull & Schneider, 2009 oder Familieninterventionen zur Analyse von bisherigen Kommunikationsgewohnheiten, s. „*high expressed emotions*“)
- Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Frühwarnzeichen sowie eines Krisenplans, Optimierung des Stressmanagements, Förderung der Medikamentencompliance)

Im Gegensatz hierzu fokussieren *soziotherapeutische Maßnahmen* weniger auf einzelne Symptome, sondern eher auf die Verbesserung des Handlungsspielraums des Einzelnen. Typische Bausteine können z.B. die Sozialberatung, die Wiedereingliederung des Einzelnen in die Gesellschaft (Teilhabe trotz Erkrankung) oder das Einleiten einer medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation sein. Auch eine koordinierende, vermittelnde Funktion als „Fallmanager“ findet sich häufig, um Betroffene zu unterstützen, weiterführende Hilfsangebote nach einem stationären Aufenthalt in Anspruch zu nehmen (Gühne, Kösters & Becker, 2020).

Trotz aller vielfältigen und wissenschaftlich fundierten Behandlungsmöglichkeiten lassen sich nicht alle Verläufe langfristig verbessern. Gründe hierfür können z.B. eine unzureichende Wirksamkeit der antipsychotischen Medikation, aber auch fehlende Behandlungcompliance - häufig aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen oder einer reduzierten Krankheitseinsicht - seitens Patienten und Angehörigen sein. Nicht selten leiden Betroffene unter Restsymptomen oder Defiziten im kognitiven, sozialen oder kommunikativen Bereich. Beeinträchtigungen in der sozialen sowie beruflichen Lebensgestaltung (z.B. eingeschränkte Erwerbstätigkeit) resultieren häufig in einer reduzierten Lebensqualität, finanziellen Schwierigkeiten und Belastung der Betroffenen und Angehörigen. Auch Vorurteile und fehlendes Störungswissen in der Gesellschaft tragen immer noch zur Diskriminierung und Stigmatisierung der Erkrankten bei (Gaebel & Wölwer, 2010).

Die vorliegende Studie hat zwar nicht primär zum Ziel, die Ursachen und Auswirkungen dessen genauer zu untersuchen, jedoch wurden alle Teilnehmenden gebeten auch einen Fragebogen zu subjektiv erlebter Stigmatisierung auszufüllen, um mögliche Unterschiede zwischen Patienten mit Schizophrenie und Depression herauszufinden. Auch soll überprüft werden, ob das individuelle Ausmaß des Scham- und Schuldlebens mit subjektiv erlebten Stigmatisierungserfahrungen zusammenhängt. Bevor jedoch das genaue Studiendesign vorgestellt wird, widmet sich der folgende Abschnitt zunächst emotionalen Grundlagen sowie spezifisch den Emotionen Scham und Schuld.

1.2 Die Emotionen Scham und Schuld

Stimmungen, Affekte, Gefühle, Emotionen - im alltäglichen Sprachgebrauch mangelt es sicherlich nicht an Ausdrücken für unser Seelenleben und doch gibt es in all diesen Begrifflichkeiten feine Unterschiede. Während der Begriff Stimmung eher eine länger andauernde, dafür aber schwach ausgeprägte Emotion beschreibt, wird mit Affekt eher ein kurzfristiger, dafür stärker ausgeprägter emotionaler Zustand beschrieben. Als Gefühl gilt das sehr subjektive Erleben und Wahrnehmen einer spezifischen Emotion (Werth, Seibt & Mayer, 2020). Letzterer Begriff leitet sich aus dem lateinischen Wort „movere“ = sich bewegen ab und beschreibt in der Forschung einen Oberbegriff für eine komplexe Reaktion unseres Organismus auf einen auslösenden Reiz (Maderthaner, 2021). Komplex auch deshalb, weil sich eine emotionale Reaktion immer auch in Form einer physiologischen, motorischen und kognitiven Komponente äußert (Maderthaner, 2021). Und auch an Funktionen von Emotionen mangelt es kaum. So helfen sie uns z.B. dabei, in schwierigen Situationen schnell zu reagieren oder uns in unserem Umfeld zurechtzufinden. Auch Motivation, Kommunikation oder der Zugang zu Bedürfnissen wird durch emotionale Prozesse erleichtert und mitgesteuert. Insbesondere soziale Emotionen können bei der Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen helfen (Lammers, 2007). Die Liste möglicher Funktionen scheint lang und hängt stark von der jeweiligen Emotion ab. In den Abschnitten zu Scham- und Schuldgefühlen wird hierauf noch spezifisch eingegangen.

1.2.1 Entstehung von Emotionen und neurobiologische Grundlagen

Doch wie können wir uns die Entstehung einer emotionalen Reaktion erklären? Eine der ersten Emotionstheorien nach James Lange (1884) postulierte, dass Emotionen in Reaktion auf eine körperliche Veränderung entstehen und damit eher eine Begleiterscheinung zu physiologischen Prozessen darstellen (Maderthaner, 2021). Diese Annahme wurde später durch Walter Cannon (1927) und Phillip Bard (1934) kritisiert. Sie gingen davon aus, dass Emotionen eine Art Vermittler zwischen einem Eingangsreiz und einer Ausgangsreaktion darstellen. Dem Thalamus wurde damals bereits eine wichtige Rolle zugesprochen. So vermutete man, dass von dort aus Signale in einen bestimmten Bereich des Kortex gelangen und so emotionale Reaktionen, inklusive physiologischer Veränderungen und Handlungsimpulse hervorrufen („*Cannon-Bard-Theorie*“; Maderthaner, 2021). Später waren Schachter und Singer (1962) die ersten Autoren, die der kognitiven Bewertung eine zentrale Rolle zusprachen. Sie gingen in ihrer *Zwei-Faktoren-Theorie* davon aus, dass Emotionen sowohl aus einer physiologischen Erregung (Aktivierung) heraus entstehen, als auch aus einer kognitiven Interpretation der jeweiligen Situation. Erst letztere führe dann zum Erleben einer spezifischen Emotion.

In neurobiologischen Emotionstheorien kommt dem Thalamus („Vorzimmer zum Bewusstsein“) eine bedeutende Rolle zu. Hier treffen Informationen zu externen Sinnesreizen (visuell, akustisch etc.) zuallererst ein und können anschließend auf zweierlei Arten umgeschaltet werden (Hülshoff, 2012). Entweder, die Informationen werden zur bewussten Wahrnehmung an die Großhirnrinde (Kortex) übermittelt, detailgenau verarbeitet, interpretiert und anschließend von dort aus ans limbische System weitergeleitet. Das limbische System, das mit dem Hippocampus u.a. auch für die Speicherung von episodischen und semantischen Gedächtnisinhalten verantwortlich ist und damit die gegenwärtige Situation mit früheren vergleichen kann, unterstützt somit bei der emotionalen Bewertung und Einleitung angemessener weiterer Schritte (z.B. über den Hypothalamus und den Hirnstamm für motorische, vegetative und hormonelle Affektreaktionen; Maderthaner, 2021). Eine wichtige Rolle bei dieser Variante spielt auch der präfrontale Kortex (hier v.a. der ventromediale und orbitofrontale Kortex), der daraus Schlüsse für situationsangepasste Handlungen zieht sowie soziale und moralische Einschätzungen vornimmt (Maderthaner, 2021; Damasio, 1999). Eine zweite Variante führt vom Thalamus direkt zur Amygdala. Le-Doux (1994) konzentrierte sich in seinen Forschungen auf diese paarigen Kerne, die zu den Basalganglien gezählt werden und damit ebenfalls Teil des limbischen Systems sind. Durch zahlreiche reziproke Verbindungen in viele Hirnstrukturen laufen dort Informationen aus unterschiedlichsten Bereichen zusammen und werden innerhalb von Millisekunden in schädlich oder nützlich eingeteilt. Diese Variante initiiert eine blitzschnelle, eher vorsorgliche Emotionsreaktion, ohne Beteiligung des Großhirns und damit ohne willentliche Analyse der Situation, was mitunter vorschnell, aber lebensrettend sein kann (z.B. bei einer schnellen Angstreaktion in einer gefährlichen Situation; Hülshoff, 2012). Wir verspüren somit z.B. Herzklopfen, bevor uns überhaupt bewusst geworden ist, dass wir Angst haben.

Emotionale Reaktionen entstehen somit aus einer Vielzahl an subkortikalen und kortikalen Verbindungen unter Beteiligung zahlreicher Gehirnstrukturen. Besonders gut erforscht ist dies in Bezug auf die Emotionen Angst und Ärger, jedoch deutet sich an, dass die hier relevanten Emotionen Scham und Schuld ebenso verarbeitet werden (Maderthaner, 2021).

1.2.2 Scham

Die Scham – eine Emotion die wir eigentlich lieber vertuschen oder geheim halten würden. Abgeleitet vom altgermanischen Wort „scheme“ = Beschämung/Schande und der Wortwurzel „skam/skem“ = sich zudecken/sich verbergen (Wurmser, 1990), beschreibt die Scham einen äußerst unangenehmen Zustand, der sich immer auf die Gesamtheit einer Person bezieht. Man erlebt sich selbst als unzulänglich, klein und wertlos, würde sich am liebsten zurückziehen, weglaufen oder verstecken (Lammers, 2020). Körperlich manifestieren sich beispielsweise ein erhöhter Puls,

Erröten, Schwitzen oder Zittern. Meist ist der Kopf nach unten gesenkt, sodass Blickkontakt vermieden wird. Die Stimme wird leiser oder versagt mit dem sprichwörtlichen Kloß im Hals (Hülshoff, 2012).

Doch wann entstehen Schamgefühle und welche Funktion erfüllen sie? Scham entsteht zumeist im Vergleich mit anderen Menschen, insbesondere, bei Misserfolgen oder Fehlverhalten (Lammers, 2020). Aber auch dann, wenn sehr intime und private Details preisgegeben werden, kann Scham entstehen. Somit kann die Scham auch als Wächter über die eigene Privatsphäre angesehen werden, um einerseits unsere körperlichen Grenzen – z.B. vor zu viel Nähe oder Berührung – als auch unsere Persönlichkeit mit all unseren intimen Gedanken, Fantasien und Empfindungen, zu schützen (Wurmser, 1990). Hierdurch kann sich letztlich ein Gespür dafür entwickeln, was ich von mir preisgeben möchte und was nicht und damit das eigene Selbst formen (Jacoby, 1991). Scham bewahrt uns ferner davor, allzu offen, freizügig, aggressiv und verletzend aufzutreten (Rost, 2005). Auch dient Scham dazu, unser individuelles Explorationsbedürfnis zu begrenzen, hat damit auch eine Funktion der Nähe-Distanz-Regulierung und schützt uns vor unangebrachter Distanzlosigkeit (Hülshoff, 2012). Izard (1999) geht noch einen Schritt weiter und postuliert, dass funktionale, also adäquate Schamgefühle uns damit helfen, sensibel für Empfindungen unserer Mitmenschen zu werden. Kognitive Theorien – wie beispielsweise von Lewis (1971) – messen Scham die Bedeutung zu, hierdurch ein Bedürfnis nach Bindung und Zuwendung erfüllen zu wollen.

Unabhängig jeglicher Theorie gilt jedoch: die Grundvoraussetzung für das Erleben von Scham ist immer, dass wir in der Lage sind, ein Bild von uns selbst zu entwerfen, wie wir von außen gerne gesehen werden würden. Dementsprechend tun wir alles dafür, dieses Bild auch zu erfüllen, um uns für Diskrepanzen nicht schämen zu müssen. Scham wird daher von zahlreichen Autoren als selbstreflexive Emotion angesehen, da ein Abgleich von idealem und realem Selbst stattfindet (Hilgers, 2006; Rüscher et al., 2007; Tangney et al., 1998). Insgesamt gibt es eine Vielzahl an nützlichen Funktionen unserer Schamgefühle. Sie dienen damit nicht nur der sozialen Anpassung, sondern auch der Individualisierung.

Neben der funktionalen Form gibt es jedoch wie bei allen anderen Emotionen auch hier eine dysfunktionale Form. In starkem Ausmaß kann Scham ein äußerst aversives, schmerzhaftes und lähmendes Gefühl sein. Scham zeigt sich nicht selten in verhüllter Form - beispielsweise hinter Angst, Wut oder Ärger. Dies dient in erster Linie dazu, Scham zu verbergen bzw. zu verarbeiten. Daher ist eine hohe Schamneigung häufig mit einem Mangel an Empathie, Selbstwertverlust, inadäquatem Ärger, Impulsivität und Feinseligkeit verbunden (Tangney & Dearing, 2003). Aber auch für Misstrauen und die Tendenz, andere für Ereignisse verantwortlich zu machen, Symptome die bei der Schizophrenie eine Rolle spielen – finden sich positive Zusammenhänge (Tangney et al., 1992).

So unterschiedlich die Auslöser und Funktionen von Scham, so verschieden auch die Ausprägungen und Erscheinungsformen. Zwar sind Schamgefühle in allen Kulturkreisen der Welt anzutreffen, weswegen man sich schämt, wird allerdings erheblich vom sozialen Umfeld sowie der Erziehung und gesellschaftlichen Normen und Regeln mitbestimmt (Hülshoff, 2012; Lammers, 2020).

1.2.3 Schuld

Im Gegensatz zu Scham entsteht Schuld, wenn eine sozial unerwünschte Handlung begangen wurde. Schuld ist somit „ein Resultat der Bewertung des eigenen Verhaltens und Handelns“ (Lammers, 2010, S. 30) und ist eng mit unserem Gewissen, sozialen Verpflichtungen und altruistischem Verhalten verbunden. Die körperlichen Ausdrucksformen sind bei Schuldgefühlen geringer und uneindeutiger. Meist findet sich auch hier ein gesenkter Kopf und eine Vermeidung des Blickkontakts. Mimisch lässt sich eine gewisse Bedrücktheit ablesen (Hülshoff, 2012). Schuldgefühle gehen zumeist mit hoher innerer Anspannung, Kummer, Angst vor Strafe und sozialem Ausschluss sowie dem Wunsch nach Entschuldigung und Wiedergutmachung einher (Wittowski, 2001). In adaptiver Form tragen Schuldgefühle wesentlich zu einem funktionierenden Sozialsystem bei. Ohne sie wäre das soziale Miteinander wohl weit mehr von Aggression, Ausbeutung oder Grenzüberschreitungen geprägt. Auch tragen Schuldgefühle wesentlich zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und der Übernahme von sozialer Verantwortung bei (Hülshoff, 2012).

Bei Schuldgefühlen wird zwischen drei unterschiedlichen Formen unterschieden: die „neurotische Schuld“ beschreibt das übermäßige Reagieren auf eingebildete oder kleinere Regelüberschreitungen. Die „reale Schuld“ existiert, wenn es tatsächlich zu einer Form der Verletzung anderer gekommen ist und die „existentielle Schuld“ meint das sich gegenüber sich selbst schuldig machen, indem man – trotz der nötigen Fähigkeiten – seine eigenen Potentiale nicht entfaltet (Noyon & Heidenreich, 2012). Dysfunktionale Schuldgefühle haben in allen drei Formen das Potential einer hohen Eigendynamik und können in erheblichem Maß Initiative und Lebensfreude nehmen. Zudem bergen Schuldgefühle bzw. deren gezielte Evozierung immer auch die Gefahr eines Machtfaktors und/oder einer Instrumentalisierung (Hülshoff, 2012).

Schuldgefühle spielen bei der Schizophrenie immer wieder eine Rolle. So werden v.a. beim Wahn häufig Wünsche oder Vorstellungen, die mit dem eigenen Selbst nicht vereinbar sind, auf die Außenwelt externalisiert bzw. projiziert. Schuldgefühle können so zunächst einmal abgewehrt werden. So können beispielsweise aus Selbstvorwürfen Beschimpfungen bzw. Bedrohungen eines Nachbarn werden. Auch muss man sich selbst aufkommenden Ärger über diesen Nachbarn nicht mehr eingestehen, sondern fühlt sich im Gegensatz dazu von ihm aggressiv bedroht oder beobachtet (vgl. Hülshoff, 2012), was zunächst scheinbar erst einmal eine Entlastung darstellt. Der

Beziehungswahn stellt ein weiteres Exemplar dar, bei dem zugrundeliegende Erfahrungen von Insuffizienz, Niederlage oder Zurückweisung in Form einer Wahnentwicklung abgewehrt werden können (Tölle & Windgassen, 2012). Zeigt sich bei anderen psychischen Erkrankungen häufig Abwehr in Form von Verdrängung als Regulationsmechanismus, so bleiben Schuldgefühle bei psychotischen Erkrankungen hingegen oft quälend im Bewusstsein bestehen und werden lediglich wahnhaft umgearbeitet (Tölle & Windgassen, 2012).

1.2.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Scham und Schuld weisen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf und werden häufig zusammen, sogar synonym verwendet. Beide zählen zu den sozialen und moralischen Emotionen, die sich etwa im zweiten und dritten Lebensjahr formen, wenn sich langsam erste Ansätze von Individualität und Identität herausbilden (Lammers, 2020). Beide Emotionen fördern in der Regel prosoziales Handeln sowie persönliche Weiterentwicklung und beschäftigen sich mit Verantwortung, eigenen Grenzen, Intimität und Individualität, aber auch Verlust, nicht erbrachten Leistungen oder Ablehnungserfahrungen (Lammers, 2020). Ferner spielen kognitive Prozesse, hier vor allem Attributionen sowie das kontrafaktische Denken, eine zentrale Rolle. Kontrafaktisches Denken äußert sich beispielsweise in „Was wäre wenn...“-Überlegungen und bestimmt große Teile unseres Alltagsdenkens (Lammers, 2020). So werden bei Misserfolgen zunächst Alternativen, die ursprünglich in der Vergangenheit verworfen wurden (beispielsweise früher das Haus zu verlassen) nochmals durchgedacht. Solche kontrafaktischen Prozesse können sowohl aufwärtsgerichtet (d.h. die Situation hätte besser ausgehen können), als auch abwärtsgerichtet (d.h. die Situation hätte schlechter ausgehen können) sein, wobei erstere Variante häufig zu Scham- und Schuldgefühlen führt (Lammers, 2020). In jedem Fall findet aber eine Selbstbewertung des eigenen Verhaltens statt, weswegen Scham und Schuld als selbstreflektiv gelten. Grundlage hierfür stellen verinnerlichte Werte und Normen dar, sodass es auch möglich ist, sich vor sich selbst zu schämen oder schuldig zu fühlen, ohne dass ein soziales Umfeld beteiligt ist (Lammers, 2020).

Neuronal scheinen sich Scham und Schuld gleiche Netzwerke zu teilen (Michl, 2009) und unter Beteiligung des anterioren insulären und dorsal anterioren zingulären Kortex zu entstehen (Bastin et al, 2016). Da Bestandteile dieser Hirnregionen auch mit Schmerz Wahrnehmung assoziiert sind, wird deutlich, wieso Scham- und Schuldgefühle oft schmerzhaft empfunden werden (Lammers, 2020). Auch sozialer Stress scheint mit o.g. Hirnregionen assoziiert zu sein (Lammers, 2020). Bastin und Kollegen (2016) fanden in ihrer Übersichtsarbeit jedoch auch emotionsspezifische Bereiche. So sind bei Schuld neben Amygdala auch Thalamus, Cerebellum sowie dorsomedialer präfrontaler Kortex aktiviert. Bei Scham hingegen zeigen sich Schwerpunkte in dorsolateralem präfrontalem sowie sensomotorischem und posteriorem zingulärem Kortex.

Thematisch bezieht sich Scham immer auf die Gesamtheit der Person und ihres Daseins („Ich bin Scham“); Schuld auf ein einzelnes Verhalten, wenn jemandem Schaden zugeführt oder eine Norm nicht eingehalten wurde („Ich habe Schuld“; Jacoby, 1991). Schambehaftete Gedanken drehen sich eher um Ideale und was mit einem als Person nicht stimmt, schuldbehaftete Gedanken eher um Normen und Verbote bzw. was wir falsch gemacht haben. Daher ist Scham in erster Linie auf das Selbst, Schuld auf Andere ausgerichtet (Teroni & Deonna, 2008). Scham ist mit einem Drang nach Flucht und Rückzug assoziiert und hat somit eher lähmenden, Schuld eher motivierenden, aktivierenden Charakter, mit dem Ziel, Schaden wieder gutzumachen und Beziehungen zu retten (Tangney, 2003). Der Schuldige kann so auf Wiedergutmachung hoffen, der sich Schämende kämpft häufig mit einem Verlust an Selbstachtung. Scham lässt sich ohne Schuld empfinden, andersherum jedoch kaum (Larsson, 2012). Insgesamt lassen sich Schamgefühle leichter und schneller auslösen als die kopfgesteuerten Schuldgefühle (Rost, 2005).

Auch beim Ausdrucksverhalten ergeben sich Unterschiede: während Scham mit deutlichen physiologischen Reaktionen wie Erröten oder Zittern einhergeht, bleiben diese bei Schuld eher aus (Lammers, 2020). Hier lässt sich kein eindeutiges mimisches Ausdrucksmuster festmachen (Albani et al., 2002). Zudem treten Schamgefühle eher situationsbezogen auf und klingen in aller Regel wieder ab, sobald man der unangenehmen Situation entfliehen konnte. Schuldgefühle werden dagegen eher als quälend erlebt und können wesentlich länger andauern (Larsson, 2012).

Tabelle 2 liefert nochmals eine Gegenüberstellung von Scham und Schuld nach bestimmten Dimensionen (übersetzt und adaptiert nach Kim et al., 2011, S. 71).

Tabelle 2: Unterschiede zwischen Scham und Schuld.

Dimension	Scham	Schuld
Objekt der negativen Bewertung	Eigenes Selbst, gesamte Person	Spezifisches Verhalten
Richtung der Aufmerksamkeit	Nach innen, auf das Selbst gerichtet	Nach außen, auf Andere gerichtet
Phänomenologie	Minderwertigkeit, Hilf- und Machtlosigkeit, sich ausgeliefert fühlen	Anspannung, Bedauern, Reue, fremdbestimmte Sorge
Begleitende Emotionen	Wut, Angst, (Selbst-)Ekel	Kummer, Empathie
Attributionsmuster	Intern, stabil, global, unkontrollierbar	Intern, instabil, spezifisch, kontrollierbar
Funktion	Ruf reparieren	Beschädigte Beziehung reparieren
Handlungstendenzen	Vermeidung, Rückzug, Flucht, Isolation, Wunsch zu verschwinden	Annäherung, Reparatur, Schuldeingeständnis, Bekennung, Entschuldigung, Wiedergutmachung

1.3 Bisheriger Forschungsstand zur Rolle von Scham und Schuld innerhalb der Schizophrenie

Bevor im folgenden Abschnitt speziell die Emotionen Scham und Schuld behandelt werden, wird zunächst allgemein auf unangenehme Affekte bei psychotischen Erkrankungen eingegangen.

Negativer bzw. unangenehmer Affekt ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus von Forschungsarbeiten gerückt, wurde aber bereits durch Eugen Bleuler (1916) unter dem Begriff Affektstörungen als Symptom der Schizophrenie beschrieben. Affektstörungen äußern sich zumeist über eine reduzierte Mimik (Kring & Moran, 2008) oder Störungen in der Emotionswahrnehmung bei anderen. Metaanalysen zeigen beispielsweise, dass Patienten mit einer Schizophrenie Defizite in Aufgaben zur Identifizierung und Unterscheidung von emotionalen Gesichtsausdrücken haben (Kohler et al., 2010) sowie bei Aufgaben zur Wahrnehmung von Gesichtern im Allgemeinen (Chan et al., 2010). Als Folge wird häufig eine Emotionslosigkeit interpretiert. Tatsächlich zeigen neuere Forschungsergebnisse jedoch, dass diese Patientengruppe Emotionen – auch wenn sie sie weniger zeigen – in gleichem Maße oder noch intensiver erleben (Aghevi, Blanchard & Horan, 2003; Cohen & Minor 2010; Kring & Moran 2008). Im Allgemeinen scheint daher eine Unterscheidung zwischen emotionalem Ausdruck und emotionalem Erleben zentral (Kring & Ellis, 2013). Letzteres scheint bei Menschen mit Schizophrenie intakt zu sein. Probanden berichteten über Studien hinweg, sich bei angenehmen Reizen, Situationen und Ereignissen positiv und bei unangenehmen Materialien negativ zu fühlen, genauso wie Menschen ohne Schizophrenie. Bisher existieren darüber hinaus keine Hinweise, dass diese Selbstberichte Betroffener anzuzweifeln bzw. als nicht vertrauenswürdig zu bewerten sind (Kring & Ellis, 2013). Auch Ergebnisse aus psychophysiologischen und bildgebenden Untersuchungen des Gehirns stimmen hier größtenteils mit Berichten über das emotionale Erleben überein. Probanden mit Schizophrenie zeigten hier vergleichbare psychophysiologische Reaktionen und Hirnaktivierungen, v.a. im Bereich der Amygdala (Dowd & Barch, 2010; Ursu et al., 2011).

Doch berichten Patienten mit Schizophrenie durchweg höhere Werte an unangenehmem Affekt? Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten. In der Literatur finden sich Ergebnisse, die andeuten, dass Patienten sowohl in Fragebogenstudien (Cohen, Callaway, Najolia, Larsen, & Strauss, 2012; Strauss et al., 2013) als auch in Experience Sampling Studien (Myin-Germeys et al. 2000; Cho et al., 2017), stärkere Intensitäten von unangenehmen Affekten angaben. Aber auch gegenteilige Studien, in denen Probanden mit und ohne Schizophrenie in etwa gleiche Ausprägungen an positiven wie negativen Emotionen aus ihrem Alltag berichteten, sind bekannt (Gard & Kring, 2009; Oorschot et al. 2012). Lediglich emotional neutrale Stimuli schienen von Patienten mit Schizophrenie konstant negativer interpretiert zu werden (Kring & Ellis, 2013).

Offen bleibt zudem, inwiefern negativer Affekt und psychotische Symptomatik zusammenhängen. Im Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977) wird negativem Affekt eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychotischer Störungen zugesprochen. Negativer Affekt wird hier als Indikator für Stresserleben und damit als möglicher Auslöser psychotischer Symptomatik angesehen. Auch in kognitiven Modellen wird davon ausgegangen, dass negativer Affekt und damit einhergehender Stress wahnhaftige Interpretationen mehrdeutiger Situationen fördern kann (Preti & Cella, 2010). Gestützt werden diese Vermutungen beispielsweise durch Studien, die belegen konnten, dass das Ausmaß an negativem Affekt den Effekt von Stress auf paranoide Interpretationen mediiert (Lincoln, Lange, Burau, Exner, & Moritz, 2010). Johnson et al. (2014) berichteten über einen indirekten Effekt von belastenden Lebensereignissen auf Wahn über Schamerfahrungen, was darauf hindeutet, dass ein hohes Maß an Scham ein Vulnerabilitätsfaktor für Paranoia sein könnte. In einer weiteren Studie wurden gesunde Kontrollen mit Probanden verglichen, die ein extrem hohes Risiko tragen, an einer psychotischen Störung zu erkranken, tragen. Letztere berichten deutlich höhere Schamwerte (Park et al., 2021). In zahlreichen Experience Sampling Studien wurde deutlich, dass negativer Affekt eine Zunahme psychotischer Symptome bewirken kann (z. B. Ben-Zeev, Ellington, Swendsen, & Granholm, 2011; Hartley, Haddock, Sa, Emsley, & Barrowclough, 2014). Für eine Art Aufschaukelungsprozess und damit sich gegenseitig bedingende Effekte, spricht eine Studie von Schlier und Kollegen (Schlier, Krkovic, Clamor, & Lincoln, 2019). Aus diesen Befunden scheint somit klar hervorzugehen, dass es einen erheblichen Zusammenhang zwischen negativem Affekt und vor allem produktiv psychotischem Erleben gibt.

Im folgenden Abschnitt soll nun speziell auf die Emotionen Scham und Schuld eingegangen werden. In seiner Theorie der Ich-Herausforderungen hat Erik Erikson (1950) Scham- und Schuldgefühle differenziert und sie unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben zugeordnet. Die sog. zweite Herausforderung eines Individuums (Autonomie vs. Scham/Zweifel) brachte er u.a. mit paranoiden Ideen in Zusammenhang. Die dritte Herausforderung (Initiative vs. Schuld) stand eher im Zusammenhang mit der Entwicklung von Angst, psychosomatischen Syndromen oder Eifersucht. 20 Jahre später vertrat Lewis (1971) eine gegenteilige Ansicht. Auch er ging davon aus, dass intensive Emotionen, wenn sie nicht adäquat reguliert werden können, mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen einhergehen, brachte aber eine Neigung zu Schamgefühlen eher mit einer Anfälligkeit für affektive Störungen – insbesondere Depressionen – in Zusammenhang. Die Neigung zu Schuldgefühlen verstärkte hingegen eine Disposition für gedankenbezogene Störungen, zu der auch die Schizophrenie zähle (Blum, 2008).

Maren Lammers (2020) beschreibt die Schizophrenie als eine Störung, bei der es oft um die fehlenden Grenzen des Ichs und des nach außen hin Ausgeliefertseins geht. Gerade die Erfahrung, sich selbst und die eigenen Grenzen nicht beschützen zu können, ginge oft mit Scham- und Schuld-

gefühlen einher (Lammers, 2020, S. 16). Ferner wird darauf verwiesen, dass vor allem die Phase der Ersterkrankung mit ausgeprägten Schamgefühlen einherginge, jedoch in akuten bzw. floriden Phasen oft kein Zugang zu Scham- oder Schuldgefühlen möglich sei. Die spätere Negativsymptomatik sei geprägt von Affektverflachung und damit ebenfalls kaum emotional gefärbt. So würde eine Auseinandersetzung mit Scham und Schuld erst nach Abklingen der psychotischen Symptomatik stattfinden. Trotz allem kann festgehalten werden, dass vor allem Wahnhalte häufig Bezug nehmen zu scham- und schuldbehafteten Themen wie beispielsweise beim Beeinträchtigungsbzw. Verfolgungswahn, beim Schuld- bzw. Versündigungswahn oder beim Verarmungswahn (Lammers, 2020).

Miller und Mason (2005) beschäftigten sich vor allem mit Scham- und Schuldgefühlen bei erkrankten Patienten. Sie sahen vor allem die Erfahrung, dass man den eigenen kognitiven Fähigkeiten nicht mehr trauen kann, als Erschütterung für das eigene Selbstwertgefühl. Aber auch körperliche Veränderungen – beispielsweise durch eine medikamentenbedingte Gewichtszunahme oder den Verlust der sexuellen Leistungsfähigkeit durch manche Medikamente – würden oft zu Scham- und Schuldgefühlen führen. Hinzu kämen kritische Bemerkungen des sozialen Umfelds gepaart mit hohen verinnerlichten Idealen, Werten, gesellschaftlichen Erwartungen oder einem drohenden sozialen Abstieg (Miller & Mason, 2005).

Gilbert (2009) verknüpft vor allem Schamgefühle und psychotische Symptome miteinander. Da Scham mit der Frage einhergehe, wie sich ein Individuum im Vergleich mit anderen selbst wahrnimmt, lasse sich dies beispielsweise auf Verfolgungsideen, aber auch auf Grandiosität oder dem Hören einer dominanten Stimme beziehen. Vor allem in Bezug auf akustische Halluzinationen gibt es Hinweise darauf, dass die Eigenschaften der Stimmen (z.B. Tonlage) die allgemeinen Beziehungen des Betroffenen wiederspielen. Somit wäre denkbar, dass Betroffene, die zu Schamerleben neigen, sich minderwertig oder unzulänglich fühlen, eine ähnliche Dynamik auch mit ihren Stimmen erleben. Aber auch umgekehrt, könnten Verhaltensweisen, die mit Scham assoziiert sind (Vermeidung, Rückzug, Flucht) verhindern, dass Betroffene korrigierendes Feedback erfahren.

In einem Review von Carden und Kollegen (2020) wurden 20 Studien zum Zusammenhang von Scham und psychotischen Symptomen untersucht. Dabei wurde in zwei Studien ein höheres Maß an Scham bei psychotischen Patienten im Vergleich mit gesunden Kontrollen gefunden ($d = 0,99-1,16$; Suslow, Roestel, Ohrmann, & Arolt, 2003; Turner, Bernard, Birchwood, Jackson, & Jones, 2013). In einer Studie ergab sich ein leichter Trend in diese Richtung (Lincoln et al., 2015) und eine weitere Studie fand höhere Schamwerte in der Schizophreniegruppe im Vergleich mit einer Kontrollgruppe bestehend aus Patienten mit Arthritis ($d = 0,76$; Keen et al., 2017). Zwei andere Studien stützen diese Ergebnisse nicht. Hier wurde entweder kein Gruppenunterschied gefunden (Michail

& Birchwood, 2013) oder weniger Scham in der Gruppe mit Schizophreniepatienten (Guimon, Las Hayas, Guillen, Boyra, & Gonzalez-Pinto, 2007). Bemängelt wurden hier jeweils die sehr kleinen Stichproben. Beim Vergleich zwischen Schizophrenie- und Depressionspatienten ergaben sich inkonsistente Befunde. So werden teils höhere, teils geringere Schamwerte bei Schizophrenie berichtet (Guimon et al., 2007; Keen et al., 2017; Lincoln et al., 2015). Kritisiert wurde hier jedoch, dass der Schweregrad der depressiven Symptome nicht miterhoben wurde und dieser Effekt daher nicht mit einbezogen werden konnte.

Des Weiteren wurden positive Korrelationen zwischen externer Scham und positiven psychotischen Symptomen festgestellt ($r = .40$; Wood & Irons, 2016) sowie signifikante positive Assoziationen zwischen Scham und der Diagnose einer Psychose (Turner et al., 2013).

Bei der Frage, ob Scham mit Wahn und Stimmenhören zusammenhängen könnte, berichteten zwei Studien positive Zusammenhänge zwischen Scham und Paranoia ($r = .29$ -.52; Bertoldi, 2001; Johnson et al., 2014), zwei weitere ermittelten positive Korrelationen zwischen Scham und subklinischer Paranoia ($r = .46$ -.62; Matos et al., 2013; Pinto-Gouveia et al., 2014). In der bislang einzigen Studie zum Zusammenhang zwischen Stimmenhören und Scham (Connor & Birchwood, 2013) stellten die Autoren fest, dass das sog. „Machtdifferential“, also der Unterschied zwischen der wahrgenommenen Macht der Stimme und des Stimmenhörers sowie der interpersonelle Inhalt der Stimme, Scham signifikant vorhersagte.

Zu Schuldgefühlen finden sich noch kaum Befunde, wenngleich bei Angehörigen von Betroffenen (z.B. Boye, Bentsen, & Mault, 2002; Wassermann, de Mamani & Suro, 2012) hohe Schuldwerte berichtet werden. In einer polnischen Studie fanden die Kollegen heraus, dass Patienten mit paranoider Schizophrenie im Vergleich zur Normalbevölkerung in allen Testverfahren deutlich höhere Werte erzielten und dass Schuldgefühle nicht mit den klinischen Symptomen korrelierten. Die Autoren schlussfolgerten hieraus, dass Schuldgefühle unabhängig vom Verhalten und dem kognitiven Zustand auftreten. Die stärksten Zusammenhänge mit positiven Symptomen der Schizophrenie zeigten sich jedoch für Schuldgefühle in Verbindung mit Hilflosigkeit und Schuldgefühle in Verbindung mit induziertem Selbsthass (Britmann, Nasierowski, Murawiec, Pawlus & Fidler, 2012).

Zusammenfassend legen diverse Forschungsergebnisse nahe, dass vor allem Scham tendenziell positiv mit psychotischer Symptomatik verbunden ist. Die Größe sowie Richtung dieses Zusammenhangs scheinen bislang noch nicht abschließend geklärt. Auch Zusammenhänge mit einzelnen Symptomen der Schizophrenie und Krankheitsstadien bleiben derzeit noch offen.

2. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Vorrangiges Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, ob sich das Erleben der Emotionen Scham und Schuld bei Patienten mit Schizophrenie und Patienten mit Depressionen unterscheidet, um daraus Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung abzuleiten. Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, scheinen beide Emotionen - jedoch vorrangig Scham - eine wichtige Rolle bei schizophrenen Erkrankungen zu spielen. So konnte mehrfach gezeigt werden, dass diese Patientengruppe im Vergleich zu nicht-klinischen oder rein somatischen Kontrollgruppen, häufiger und intensiver Schamgefühle berichtet (Suslow, Roestel, Ohrmann & Arolt, 2003; Turner et al., 2013; Keen et al., 2017). Bisherige Vergleiche mit gesunden Kontrollgruppen scheinen daher bereits eher homogene Ergebnisse zu liefern (Carden et. al., 2020). Anders gestaltet sich dies beim – auch in unserer Studie geplanten – Vergleich mit Kontrollgruppen bestehend aus depressiven Patienten. Hier finden sich heterogenere Effekte. Bisherige Studien zeichnen zwar einen großen Effekt ($d=1.11$) hin zu höheren Schamneigungen bei Patienten mit Schizophrenie ab (Keen et al., 2017; Lincoln et al., 2015), jedoch finden sich auch gegenteilige Ergebnisse (Guimon et al., 2007). Die Studienlage zu Schuldgefühlen beschränkt sich derzeit ausschließlich auf einen Vergleich mit gesunden Kontrollen (Britmann, Nasierowski, Murawiec, Pawlus & Fidler, 2012).

Ziel der vorliegenden Studie war daher, die Erforschung der Unterschiede emotionalen Erlebens bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern weiter voranzubringen. Auch vor dem Hintergrund, dass o.g. Forschungsergebnisse einige Limitationen aufweisen (kleine Stichproben, isolierte Untersuchung von Schuld und Scham, Fehlen einer strukturierten Diagnostik), die in dieser Studie besondere Beachtung finden sollen. Ferner scheint bisher unklar, ob einzelne Symptome der Schizophrenie besonders mit Scham- und Schuldgefühlen korrelieren, weshalb auch hierauf ein Fokus gelegt werden soll. Im Rahmen dieser Studie wurden daher die folgenden Fragestellungen untersucht:

Gibt es Gruppenunterschiede in der Intensität und Häufigkeit von Scham- bzw. Schuldgefühlen?

Hypothese 1:

Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte in Schamgefühlen auf als Patienten mit einer Depression.

Hypothese 2:

Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte in Schuldgefühlen auf als Patienten mit einer Depression.

Hypothese 3:

Patienten mit einer Schizophrenie neigen in unangenehmen Situationen stärker zu scham- oder schuldassoziierten Verhaltensweisen als Patienten mit einer Depression.

Inwiefern wirken sich Erfahrungen von erlebter Stigmatisierung auf Scham- bzw. Schuldgefühle aus?

Hypothese 4:

Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte im Ausmaß an subjektiv erlebter Stigmatisierung und deren Auswirkungen auf als Patienten mit einer Depression.

Hypothese 5:

Erhöhte Ausprägungen von Scham- und Schuldgefühlen treten unabhängig vom Ausmaß an subjektiv erlebter Stigmatisierung auf.

Welche Rolle spielen emotionale Abwehrmechanismen?

Hypothese 6:

Patienten mit einer Schizophrenie neigen in scham- oder schuldbehafteten Situationen in stärkerem Ausmaß zu Distanzierung und Gleichgültigkeit als Patienten mit einer Depression.

Gibt es Gruppenunterschiede in der Intensität und Häufigkeit von positiven sozialen Emotionen wie Stolz?

Hypothese 7:

Patienten mit einer Schizophrenie weisen niedrigere Werte im Erleben von Stolz auf als Patienten mit einer Depression.

Welche Rollen spielen die Erkrankungsdauer, die Schwere der Erkrankung sowie das Ausmaß an zusätzlicher depressiver Symptomatik?

Hypothese 8:

Hohe Scham- und Schuldwerte gehen mit einem frühen Krankheitsausbruch (Hypothese 8a) einher und nehmen mit zunehmender Erkrankungsdauer (Hypothese 8b) sowie steigender Anzahl an stationären Aufenthalten (Hypothese 8c) ab.

Hypothese 9:

Ersterkrankte und chronifizierte Patienten mit einer Schizophrenie unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes an Scham- und Schuldgefühlen signifikant voneinander.

Hypothese 10:

Das Ausmaß des Scham- und Schuldgefühls korreliert positiv mit der Schwere der depressiven Symptomatik.

3. METHODEN

Die Durchführung der Studie wurde im September 2021 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU München genehmigt und entsprechend der ethischen Grundsätze der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die Datenerhebung fand dann im Zeitraum von November 2021 bis Juni 2022 in den Räumen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU-Klinikums statt. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis und nach einer schriftlichen Einverständniserklärung. Für die Probanden bestand jederzeit die Möglichkeit, die Studie – auch ohne Angabe von Gründen – abubrechen.

3.1 Stichprobe

Grundsätzlich wurden nur Teilnehmer über 18 Jahre in die Studie eingeschlossen. Auch ausreichende Deutschkenntnisse sowie die o.g. schriftliche Zustimmung zur Studienteilnahme (s. Anhang A und Anhang B) wurden vorausgesetzt. Zudem wurden nur Probanden mit einer vordiagnostizierten Schizophrenie (F20.X) oder vordiagnostizierten depressiven Störung (F32.X, ausgenommen F32.3 oder F33.X, ausgenommen F33.3) eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren ein bestehender Konsum illegaler Substanzen sowie Hinweise auf akute Suizidalität. Suizidgedanken - die ein verbreitetes Symptom beider psychischer Erkrankungen darstellen - waren explizit kein Ausschlusskriterium.

Die benötigte Stichprobengröße wurde im Vorfeld mittels G*Power 3.1.9.6 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) ermittelt. Die statistische Analyse beruhte auf der Haupthypothese bei a priori festgelegter Effektgröße (0.5), Power (0.8) und alpha-Fehler (0.05). Um einen erwarteten mittleren Effekt nachweisen zu können, war eine Stichprobengröße von mind. 102 Probanden (51 Patienten mit Schizophrenie und 51 Patienten mit Depression) nötig.

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine monozentrische Studie. Für die Rekrutierung wurden Oberärzte, Stationsärzte sowie Psychologen geeigneter Stationen über die Inhalte der Studie, Rahmenbedingungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien aufgeklärt, um geeignete Probanden vorzuschlagen. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass nur Probanden eingeschlossen werden, bei denen o.g. Diagnosen im Vordergrund standen.

Konkret wurden Patienten der folgenden Stationen/Ambulanzen rekrutiert:

- Spezialambulanz „Robert Vogel“ (Spezialambulanz für junge Patienten zwischen 16 und 40 Jahren mit psychotischen Erkrankungen)
- Station B2 (Spezialstation für Schizophrenien und andere psychotische Erkrankungen)
- Stationen C2 und C3 (Akutstationen)

- Station C1 (Schwerpunkt depressive Erkrankungen)
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Tagklinik

Insgesamt bestand die Stichprobe aus den geforderten 102 Probanden (51 männlich, 51 weiblich). Weitere soziodemografische Angaben zur Stichprobe finden sich im Abschnitt Ergebnisse.

3.2 Studiendesign

Nachdem die multiprofessionellen Teams der Stationen, Ambulanzen und der Tagklinik geeignete Patienten vorgeschlagen hatten, wurden diese persönlich angesprochen und auf die Studie aufmerksam gemacht. In diesem ersten Aufklärungsgespräch erhielten die Patienten Informationen über den Ablauf, die Dauer und die Inhalte der Studie. Auch die schriftliche Teilnehmerinformation (s. Anhang A und B) wurde ausführlich durchgesprochen, um eventuell aufkommende Fragen zu klären. Die Patienten wurden zudem darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist, sie diese jederzeit beenden könnten und keine Aufwandsentschädigung ausgegeben wird. Es sollte daher auch ein persönliches Interesse bestehen, an der Studie teilzunehmen. Zeigte sich ein Patient interessiert, wurde im Anschluss ein Termin für die Testung vereinbart und die Einverständniserklärung mitgegeben.

Am Tag der Testung wurde mit den Patienten mit Schizophrenie zunächst ein diagnostisches Interview - die *PANSS* (Positive and negative syndrome scale; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) - durchgeführt. Eine Übersicht über alle Testverfahren liefert Tabelle 3. Zudem werden alle diagnostischen Instrumente im Abschnitt 7 nochmals ausführlich vorgestellt. Nach diesem ca. 30-45-minütigem Interview folgte eine kurze Pause, um einer zu langen Testung oder Überforderung der Patienten entgegenzuwirken. Im Anschluss füllten die Patienten dann im selben Zimmer und unter Anwesenheit der Versuchsleiterin die weitere Fragebogenbatterie bestehend aus sechs Fragebögen zu den Konstrukten Depression, Schuld, Scham, assoziierten Verhaltensweisen sowie Stigmatisierung aus. Insgesamt waren hierfür ca. 45 Minuten vorgesehen, wobei einige Patienten hier um eine weitere kurze Pause baten. Während des Ausfüllens der Fragebögen konnten jederzeit Rückfragen gestellt werden. Im Anschluss wurde systematisch Feedback eingeholt, um eine mögliche emotionale Aufwühlung durch die Fragebögen abzufangen. Da die zu beurteilenden Items jedoch fast ausschließlich Alltagssituationen schilderten, wurde davon ausgegangen, dass sich die emotionale Belastung durch die Teilnahme in Grenzen hält. Dies bestätigte sich auch bei der Durchführung - keiner der Teilnehmenden äußerte im Anschluss eine emotionale Belastung durch die Fragen.

Bei der Gruppe aus Patienten mit Depression wurde auf die Durchführung der *PANSS* verzichtet, da bei allen Teilnehmern ausgeschlossen werden konnte, dass es in der psychiatrischen Vorge-

schichte eine psychotische Episode gegeben hat. Da die Probanden daher nur die Selbstauskunftsfragebögen ausfüllen sollten, wurden hier zumeist kleinere Gruppen (4-6 Probanden) zusammengekommen und in einem größeren Raum mit genügend Abstand zur Diskretion getestet. Auch hier war die Versuchsleiterin permanent anwesend und stand für Rückfragen oder Wünschen nach einer Pause zur Verfügung. Systematisches Feedback zur emotionalen Belastung wurde auch hier eingeholt und ausnahmslos verneint.

Sofern gewünscht, wurden den Patienten in einem gesonderten Termin die Ergebnisse der Fragebögen mitgeteilt sowie Kopien ausgehändigt. Insgesamt nahmen 27 Patienten dieses Angebot in Anspruch - meist mit der Begründung, dies für eine geplante oder laufende Einzelpsychotherapie von Bedeutung zu sehen.

3.3 Diagnostische Instrumente

Im folgenden Abschnitt sollen alle Fragebögen vorgestellt werden, die in der vorliegenden Studie Verwendung fanden. Eine erste Übersicht über die Fragebögen, deren Konstrukte, Subskalen sowie Durchführungsdauer liefert Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht Testverfahren.

Messinstrument	Konstrukt	Subskalen	Dauer (Min.)	Datenebene*	Gruppe Schizophrenie	Gruppe Depression
Soziodemografischer Fragebogen	-	-	5	S	ja	ja
Positive and negative syndrome scale (PANSS)	Schizophrenie	Positiv- & Negativsymptomatik Allgemeinskala	30-45	F	ja	nein
Beck Depressions-Inventar (BDI-II)	Depression	-	5	S	ja	ja
SHAME-Fragebogen	Situative & chronische Scham	Kognitive, körperliche & existentielle Scham	10	S	ja	ja
Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS)	Schuld	Überlebens- & Trennungsschuld, Schuld aus Pflicht	10	S	ja	ja
Test of self-conscious affect (TOSCA)	Scham & Schuld	Scham Schuld Stolz Distanzierung Externalisierung	15	S	ja	ja
Inventar zur subjektiv erlebten Stigmatisierung (ISE)	Stigmatisierung	Erfahrungen, Auswirkungen	5	S	ja	ja

*S=Selbstbeurteilung; F=Fremdbeurteilung

3.3.1 Soziodemografischer Fragebogen

Zunächst wurden die Probanden gebeten, einen soziodemografischen Fragebogen auszufüllen (s. Anhang C). Hierbei wurden Variablen wie Alter, Geschlecht, berufliche und partnerschaftliche Situation, religiöser Hintergrund, Wohnsituation etc. abgefragt. Auch Vorerfahrungen mit Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting wurden abgefragt. Zudem wurden die Teilnehmer gebeten, Angaben zur bisherigen Krankheitsgeschichte (Alter beim ersten Beginn psychischer Symptome, Alter beim ersten Behandlungskontakt, Alter bei erster stationär-psychiatrischer Aufnahme, Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufnahmen bisher) zu machen. Die Beantwortung der Fragen dauerte ca. fünf Minuten und diente der genaueren Erfassung der Stichprobe. Zudem wurden später mittels t-Tests Gruppenunterschiede in der Zusammensetzung der Stichprobe auf Signifikanz geprüft.

3.3.2 Positive and negative syndrome scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987)

Seit ihrer Entwicklung gehört die PANSS zu den meist verbreitetsten und meist genutzten Skalen zur Erfassung schizophrener Symptome und wurde bislang in mehr als vierzig Sprachen übersetzt (Khan et al., 2013). Die PANSS besteht aus dem einem ca. 30-45-minütigem Interview und zählt damit zu den Fremdbeurteilungsinstrumenten. Insgesamt lässt sich das Interview grob in vier Abschnitte einteilen. Zunächst wird der Patient gebeten - auch im Sinne eines Beziehungsaufbaus - kurz über die Umstände seiner Einlieferung, seine psychiatrische Vorgeschichte sowie seine Lebensverhältnisse zu berichten (Beispielfrage: „Weshalb sind Sie ins Krankenhaus gekommen?“). Hierdurch sollen ferner erste kritische Themenbereiche aufgedeckt werden sowie das Verhalten beobachtet werden. Im Anschluss erfolgt eine relativ systematische Erhebung der aktuellen Symptomatik sowie des Schweregrades anhand konkreter Interviewfragen (Beispielfrage: „Erhalten Sie manchmal persönliche Botschaften über das Radio oder Fernsehen?“). Im darauffolgenden dritten Teil werden spezifische Fragen zur Stimmungslage, Orientierung und abstraktem Denkvermögen (z.B. Interpretation der Redewendung „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.“) gestellt. Zum Schluss besteht noch einmal die Möglichkeit, auf kritische bzw. unklare Themenbereiche einzugehen, was zudem Aufschluss über Belastungsgrenzen bzw. mögliche Stressreaktionen geben soll (Maß, 2010).

Anhand des Interviews werden insgesamt 30 Symptome, aufgeteilt auf drei Skalen (Positivskala, Negativskala und Allgemeinskala) und bezogen auf die letzte Woche abgefragt sowie vom Interviewer auf einem gesonderten Bogen beurteilt. Die Positivskala umfasst die Symptome Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung, Größenideen, Misstrauen/Verfolgungsideen und Feindseligkeit. Zur Negativskala zählen Affektverflachung, emotionaler Rückzug, mangelnder affektiver Rapport, soziale Passivität/Apathie, Schwierigkeiten beim abstrakten

Denken, Mangel an Spontanität und Flüssigkeit der Sprache sowie stereotype Gedanken. Die Symptome Sorge um die Gesundheit, Angst, Schuldgefühle, Anspannung, Manierismen/unnatürliche Körperhaltung, Depression, motorische Verlangsamung, unkooperatives Verhalten, ungewöhnliche Denkinhalte, Desorientiertheit, mangelnde Aufmerksamkeit, Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht, Willensschwäche, mangelnde Impulskontrolle, Selbstbezogenheit sowie aktives soziales Vermeidungsverhalten gehören zur Allgemein- bzw. Globalskala.

Jedes der genannten Symptome wird anhand der Schilderungen des Patienten, des Gesamteindrucks während des Interviews sowie ggf. durch ergänzende Berichte des multiprofessionellen Teams oder Familienangehörigen anhand einer siebenstufigen Skala beurteilt (Kay, 1991). Der Wert 1 steht hierbei für „nicht vorhanden“; der Wert 7 für „extrem ausgeprägt“. Für jedes Symptom findet sich im Manual eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Schweregrade sowie Bewertungskriterien (Kay, Opler & Fiszbein, 1992). Tabelle 4 liefert eine beispielhafte Beurteilung für das Symptom „Misstrauen/Verfolgungsideen“. Beurteilungszeitraum sind die letzten sieben Tage (Maß, 2010).

Tabelle 4: Beurteilungsgrundlage des Items „Misstrauen/Verfolgungsideen“, PANSS.

Beschreibung	Unrealistische oder übertriebene Verfolgungsideen, die sich in Vorsicht, argwöhnischer Haltung, misstrauischem Aufpassen oder der glatten Wahndee widerspiegeln, dass andere es böse mit einem meinen.
Bewertungsgrundlage	Beim Interview ausgedrückte Denkinhalte und deren Einfluss auf das Verhalten.
1 „nicht vorhanden“	Die Definition trifft nicht zu.
2 „vorhanden“	Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
3 „leicht“	Zeigt eine vorsichtige oder sogar offen argwöhnische Haltung, aber Gedanken, Interaktionen und Verhalten sind nur minimal betroffen.
4 „mäßig“	Argwohn ist offenkundig und stört das Interview und/oder Verhalten; es gibt aber keine Anzeichen für Verfolgungswahn. Alternativ können Anzeichen lose ausgeformter wahnhafter Verfolgungsideen bestehen, aber diese scheinen die Einstellung und die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten nicht zu beeinträchtigen.
5 „mäßig schwer“	Der Patient zeigt starken Argwohn, welcher zu erheblicher Zerrüttung der zwischenmenschlichen Beziehungen führt. Alternativ bestehen eindeutig wahnhafte Verfolgungsideen, welche aber nur begrenzte Wirkung auf die zwischenmenschlichen Beziehungen oder das Verhalten ausüben.
6 „schwer“	Eindeutiger, beherrschender Verfolgungswahn, der systematisiert sein kann und in die zwischenmenschlichen Beziehungen merkbar eingreift.
7 „extrem“	Ein Netzwerk systematisierender Verfolgungsideen dominiert das Denken, die sozialen Beziehungen und das Verhalten des Patienten.

Da auch nicht vorhandene Symptome mit einer „1“ kodiert werden, erreicht jeder Patient einen Gesamtscore von mind. 30 Punkten. Maximal können 210 Punkte erreicht werden.

Für die einzelnen Subskalen ergeben sich folgende mögliche Wertebereiche:

- Positivskala: 7 - 49 Punkte
- Negativskala: 7 - 49 Punkte
- Allgemein- bzw. Globalskala: 16 - 112 Punkte

Kay, Fiszbein und Opler (1987) fanden in ihrer Normstichprobe anhand von 101 Patienten zwischen 20 und 68 Jahren folgende Skalenmittelwerte:

- Positivskala: 18,20 Punkte
- Negativskala: 21,01 Punkte
- Allgemein- bzw. Globalskala: 37,74 Punkte

Die *PANSS* wurde einer ausführlichen Standardisierung unterzogen (Kay et al., 1989). Zudem bietet das Manual detaillierte Durchführungsanweisungen, ausführliche Definitionen für Symptome und klare Bewertungskriterien. All dies soll zu einer Verbesserung der Messgenauigkeit beitragen (Maß, 2010). Insgesamt wurden gute Reliabilitäts- und Validitätskennwerte gezeigt (Kay et al., 1989). Bei geschulten Untersuchern fanden Bell et al. (1992) beispielsweise Interrater-Reliabilitäten je nach Skala zwischen $r = .84$ und $r = .94$.

3.3.3 Beck-Depressions-Inventar (*BDI-II*; Beck, Steer & Brown, 1996)

Die erste Fassung des *BDI* wurde 1961 von Beck und Kollegen (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) als Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik, entwickelt. Es ist bis heute das weltweit am häufigsten eingesetzte Instrument in Forschung und klinischer Praxis. Im Jahr 1996 wurde der *BDI* revidiert und durch den *BDI-II* (Beck, Steer & Brown 1996) ersetzt, der in der deutschen Version von Hautzinger et al. (2006) vorliegt. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 5 Minuten.

Der *BDI-II* umfasst insgesamt 21 Items zu den folgenden Themen: Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderung der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Appetitveränderungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellem Interesse. Für jedes Item wird vom Patienten eine von vier Antwortmöglichkeiten (0 = „nicht vorhanden“; 1 = „leicht vorhanden“, 2 = „mäßig vorhanden“, 3 = „stark vorhanden“) ausgewählt, die das Ausmaß des Symptoms in den letzten 14 Tagen am treffendsten beschreibt (s. Tabelle 5). Falls mehrere Antwortmöglichkeiten gewählt werden, gilt immer die mit der höchsten Punktzahl.

Tabelle 5: Beispielitem „Pessimismus“, *BDI-II*.

Pessimismus	
0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
3	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.

Insgesamt ergibt sich dann ein Gesamtpunktwert zwischen 0 und 63 Punkten, wobei in folgende Schweregrade unterteilt werden kann:

- 0 - 8 Punkte: keine Depression
- 9 - 13 Punkte: minimale Depression
- 14 - 19 Punkte: leichte Depression
- 20 - 28 Punkte: mittelschwere Depression
- 29 - 63 Punkte: schwere Depression

Hinsichtlich der psychometrischen Gütekriterien liefert der *BDI-II* zufriedenstellende Werte. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität kann hier - wie auch bei allen noch folgenden Fragebögen - durch die schriftliche Instruktion sowie klare Interpretation des Gesamtwerts als gegeben angesehen werden. Kühner und Kollegen (2007) berichten hinsichtlich der Reliabilität beispielsweise eine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von $\alpha = .84$. Die Retest-Reliabilität (Pearson-Korrelationskoeffizient) liegt in nicht-klinischen Stichproben bei $r = .75$. Für die Bewertung der Validität wurden zufriedenstellende (hohe und niedrige) Korrelationen mit konstruktnahen und -fernen Skalen gefunden (Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007).

3.3.4 Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (*FIS*, Albani et al., 2002)

Beim *FIS* handelt es sich um die deutsche Kurzform des „Interpersonal Guilt Questionnaire“ (*IGQ*, O'Connor, Berry, Weiss, Bush & Sampson, 1997). Insgesamt sollen 21 Items aufgeteilt auf drei Skalen beurteilt werden. Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 10 Minuten.

Bei der Skala „Überlebensschuldgefühl“ werden Überzeugungen abgefragt, dass persönlicher Erfolg, persönliches Glück oder das Erreichen von Zielen mit dem Leid nahestehender Menschen einhergeht. Die Skala „Trennungsschuldgefühl“ beschäftigt sich mit Überzeugungen, dass Loslösung, Autonomie und Trennung mit Verletzungen (v.a. der Eltern) verbunden sind. Übertriebene Pflichtgefühle für das Wohlergehen anderer werden mit der Skala „Schuldgefühl aus Verantwortung/Pflicht“ abgefragt. Die Items sind generell in Form von Aussagen konstruiert, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = „stimmt garnicht“; 5 = „stimmt völlig“) beurteilt werden sollen (s. Tabelle 6). Die erreichten Punkte werden pro Skala gesondert berechnet. Bei Aufaddierung kann zudem ein Gesamtwert gebildet werden.

Tabelle 6: Skalen und Beispielitems des *FIS*.

Skala	Beispielitems
Überlebensschuldgefühl	„Es ist mir unangenehm, wenn ich mich besser fühle als andere.“ „Wenn ich etwas bekomme, habe ich oft das Gefühl, es nicht verdient zu haben.“
Trennungsschuldgefühl	„Ich fühle mich nicht wohl, wenn ich kritisch über meine Eltern denke.“ „Ich mache etwas lieber so, wie meine Eltern es taten.“
Schuldgefühl aus Verantwortung/Pflicht	„Ich mache mir viele Gedanken über das Wohlergehen von Menschen die ich mag, auch wenn es ihnen gut geht.“ „Schon den Gedanken, jemanden zu verletzen, kann ich kaum ertragen“

Die interne Konsistenz der Skalen kann als gut bzw. befriedigend bewertet werden (Cronbach's Alpha: „Überlebensschuldgefühl“ $\alpha = .83$; „Trennungsschuldgefühl“ $\alpha = .80$; „Schuldgefühl aus Verantwortung/Pflicht“ $\alpha = .72$). Die Retestrelabilität lag in einer Stichprobe von Medizinstudenten bei folgenden Werten (Pearson-Korrelationskoeffizient): „Überlebensschuldgefühl“ $r = .79$; „Trennungsschuldgefühl“ $r = .58$; „Schuldgefühl aus Verantwortung/Pflicht“ $r = .71$ und für den Gesamtwert $r = .76$.

3.3.5 *SHAME*-Fragebogen (Scheel, Bender, Tuschen-Caffier & Jacob, 2013)

Der *SHAME*-Fragebogen wurde angelehnt an das Konstrukt der Schamaffekte nach Hilgers (2006), jedoch in einigen Punkten weiterentwickelt. Ziel der Autoren war es, ein Messinstrument zu entwickeln und zu validieren, das - nicht wie viele bisher verfügbare Fragebogenverfahren - nur einzelne Facetten von Scham fokussiert oder allein die dysfunktionalen Teilaspekte von Scham berücksichtigt (Scheel et al., 2013).

Es handelt sich beim *SHAME* um einen ca. 10-minütigen Fragebogen mit insgesamt 21 Items. Diese sind aufgeteilt auf die drei Skalen körperliche Scham, kognitive Scham und existentielle Scham. Die körperliche Scham beschränkt sich auf die Themen körperliches Idealbild, Intimität und Sexualität. Die kognitive Scham beschäftigt sich mit dem moralischen Idealbild, der eigenen Kompetenz sowie sozialen Zugehörigkeit. Beide Konstrukte werden als situativ abgrenzbar und zeitlich begrenzt beschrieben. Es handelt sich hierbei um adaptive Facetten von Schamgefühlen, die auch in der Normalbevölkerung vertreten sind und in unterschiedlichem Ausmaß auftreten. Lediglich die maladaptive, existentielle Scham stellt eine pathologische Facette dar. Laut den Autoren kennzeichnen hohe Werte dieser Skala ein makelbehaftetes, unwichtiges und wertloses Selbstbild. Dies sei chronisch und auf die gesamte Person bezogen.

Durch die Unterscheidung in positive und negative Aspekte von Scham, stellt dieser Fragebogen eine gute Ergänzung zum *TOSCA* (Test of self-conscious affect; Kocherscheidt, Fiedler, Kronmüller, Backenstraß & Mundt, 2002) dar, der im nächsten Abschnitt genauer vorgestellt wird und Scham ausschließlich in Bezug auf dysfunktionale, negative Selbstbewertungen bezieht (Scheel et al., 2002; Tangney, 1995).

In Tabelle 7 finden sich einige Beispielitems zu den unterschiedlichen Skalen. Für die Auswertung werden Skalenmittelwerte als auch ein Gesamtwert gebildet. Der Fragebogen wurde anhand einer Normstichprobe bestehend aus 506 Probanden (nicht-klinisch und Borderline-Patienten) getestet. Hinsichtlich der Gütekriterien fanden sich zufriedenstellende Ergebnisse. Der *SHAME* korrelierte entsprechend hoch oder niedrig mit konstruktnahen und konstruktfernen Fragebögen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt für die Gesamtskala bei $\alpha = .83$, für körperliche Scham bei $\alpha = .82$, kognitive Scham bei $\alpha = .86$ und existentielle Scham bei $\alpha = .76$ (Scheel et al., 2013).

Tabelle 7: Skalen und Beispielitems des *SHAME*.

Skala	Beispielitems
Körperliche Scham	„Ich probiere ein Kleidungsstück an, das ich kaum zubekomme. Da schaut mein Freund/meine Freundin in die Kabine.“
Kognitive Scham	„Ich werde für etwas gelobt, das ich gar nicht selbst erreicht habe.“ „Ich spreche jemanden, den ich eigentlich kennen sollte, mit falschem Namen an.“
Existentielle Scham	„Ich frage mich, was wohl jemand, der an meiner Stelle zur Welt gekommen wäre, in der gleichen Situation aus seinem Leben gemacht hätte.“

3.3.6 Test of self-conscious affect (*TOSCA*; Kocherscheidt, Fiedler, Kronmüller, Backenstraß & Mundt, 2002)

Der *TOSCA* wurde im Jahr 1990 von June Tangney auf Grundlage der oben beschriebenen Scham- und Schuldtheorie von Lewis (1971) und der Attributionstheorie von Weiner (1980) entwickelt (Kocherscheidt et al., 2002). Ziel war die Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung selbstbewertender Emotionen. Daher werden im *TOSCA* neben den Konstrukten Scham und Schuld auch Externalisierung, Distanzierung sowie Stolz gemessen, auf die im Folgenden noch genauer eingegangen wird. Grundlage für die vorliegende Studie war die deutsche Übersetzung des *TOSCA* von Kocherscheidt (2000). Dieser umfasst 15 Items, bestehend aus alltäglichen Situationen (Privat- und Berufsleben) und beansprucht eine Bearbeitungszeit von etwa 15-20 Minuten. Die 15 Szenarien unterteilen sich in 10 affektiv negative (s. Tabelle 8) und 5 affektiv positive (s. Tabelle 9). Pro Szenario werden 4-5 mögliche Reaktionen vorgegeben. Der Proband wird hier aufgefordert, sich nicht wie üblich - für eine Möglichkeit zu entscheiden, sondern alle Reaktionsmöglichkeiten einzeln dahingehend zu beurteilen, wie wahrscheinlich diese auf ihn zutreffen würden. Hierzu steht eine 5-stufige Likert-Skala zur Verfügung (1 = „nicht wahrscheinlich“, 5 = „sehr wahrscheinlich“).

Damit erhebt der *TOSCA* vordergründig kognitive und behaviorale Reaktionsweisen, die mit Scham und Schuld assoziiert sind. Scham ist hier gekennzeichnet durch eine negative Selbstbewertung und die Tendenz zur Flucht aus der Situation; Schuld ist gekennzeichnet durch die negative Bewertung einer Handlung sowie die Tendenz zur Wiedergutmachung (Kocherscheidt, 2002). Das weiter oben bereits erwähnte Konstrukt der Distanzierung wird von den Autoren als Abwehrmechanismus gewertet und korreliert in der Regel negativ mit Scham, da Schamgefühle nur entstehen, sobald eine Verantwortungsübernahme für die Situation erfolgt. Externalisierung gilt ebenfalls und im Sinne eines Selbstschutzes als Abwehrmechanismus. Diese äußert sich nicht selten über das Erleben von Wut und Ärger (Kocherscheidt, 2000; Michel, 2009). Bei den affektiv positiven Szenarien spielt das Konstrukt Stolz - unterteilt in Verhaltensstolz (stolz auf das eigene Verhalten in der jeweiligen Situation) und Selbststolz (Stolz auf die gesamte Person) - eine wichtige Rolle. Beide stellen die positiven Äquivalente zu Scham und Schuld dar.

Für die Auswertung werden Skalensummenwerte gebildet. Bislang liegen für den *TOSCA* keine Validierungs- oder Normwerte vor. Die internen Konsistenzen und Retest-Reliabilitäten belaufen sich je nach Stichprobe auf folgende Werte: Scham $\alpha = .86-.90$, $r = .79-.83$; Schuld $\alpha = .74-.82$, $r = .73-.90$; Distanzierung $\alpha = .60-.77$, $r = .71-.79$; Externalisierung $\alpha = .75-.79$, $r = .51-.76$; Selbststolz $\alpha = .69-.70$, $r = .67-.73$ und Verhaltensstolz $\alpha = .52-.69$, $r = .55-.79$ (Kocherscheidt, 2002).

Tabelle 8: Affektiv negatives Beispielitem des *TOSCA*.

Sie planen, mit einem Freund gemeinsam Mittagessen zu gehen. Um fünf Uhr nachmittags bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.	
a.) Sie würden denken: „Ich bin rücksichtslos.“	1-----2-----3-----4-----5
b.) Sie würden denken: „Er wird schon Verständnis dafür haben.“	1-----2-----3-----4-----5
c.) Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gutzumachen.	1-----2-----3-----4-----5
d.) Sie würden denken: „Na ja, mein Chef hat mich kurz vor der Mittagspause noch aufgehalten.“	1-----2-----3-----4-----5

Tabelle 9: Affektiv positives Beispielitem des *TOSCA*.

Seit mehreren Tagen schieben Sie einen schwierigen Anruf vor sich her. In letzter Minute tätigen Sie diesen Anruf dann doch. Sie sind in der Lage, das Gespräch zu Ihren Gunsten zu beeinflussen.	
a.) Sie würden denken: „Anscheinend bin ich überzeugender, als ich dachte.“	1-----2-----3-----4-----5
b.) Sie bereuen, den Anruf aufgeschoben zu haben.	1-----2-----3-----4-----5
c.) Sie fühlen sich wie ein Feigling.	1-----2-----3-----4-----5
d.) Sie würden denken: „Das habe ich gut gemacht.“	1-----2-----3-----4-----5
e.) Sie würden denken, dass Sie keine Anrufe machen brauchen, zu denen Sie sich gezwungen fühlen.	1-----2-----3-----4-----5

3.3.7 Inventar zur subjektiv erlebten Stigmatisierung (*ISE*; Schulze, Stuart & Riedel-Heller, 2009)

Abschließend wurde noch das Inventar zur subjektiv erlebten Stigmatisierung in die Fragebogenbatterie der vorliegenden Arbeit aufgenommen. Ziel war es, hierdurch abzubilden, ob Stigmaerfahrungen einen Einfluss auf das eigene Scham- und Schulterleben haben oder ob dies unabhängig voneinander auftritt. Der *ISE* wurde von Heather Stuart und Kollegen (2005) als erstes Instrument entwickelt, das eine quantitative Erhebung subjektiv erlebter Stigmatisierung möglich macht und gleichzeitig möglichst alltagsnah bleibt. Für diese Studie wurde die deutsche Übersetzung von Schulze et al. (2009) verwendet.

Der *ISE* kann sowohl als Fragebogen als auch als Grundlage für ein Interview verwendet werden und erfasst einerseits *Stigmaerfahrungen* (9 Items; mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten; z.B. „Glauben Sie, dass die Leute weniger von Ihnen halten, wenn sie wissen, dass Sie eine psychische Erkrankung haben?“) und *Stigmaauswirkungen* (2 Items; auf einer Skala von „0“ bis „10“ zu beantworten; z.B. „Auf einer Skala, auf der 0 das kleinstmögliche Ausmaß und 10 das höchstmögliche Ausmaß ist, wie stark haben Vorurteile sie persönlich beeinträchtigt?“; hier wird untergliedert in folgende Bereiche: Lebensqualität, soziale Beziehungen, Selbstwertgefühl und familiäre Beziehungen). Auf die Verwendung der dritten Skala *Stigmacoping* (4 Items zu folgenden typischen Coping-Strategien: Geheimhaltung, private und öffentliche Aufklärung, Protest) wurde verzichtet.

In der vorliegenden Studie wurde der *ISE* aus ökonomischen Gründen als Selbstrating-Fragebogen verwendet. Die Bearbeitungsdauer belief sich auf ca. 5 Minuten. Für die deutlich längere Fremdrating-Version stünden zusätzlich vertiefende Fragen nach konkreten Beispielsituationen oder dem schlimmsten Stigmaerlebnis zu Verfügung. Die Items können sowohl einzeln, als auch über den Gesamtwert interpretiert werden (Schulze et al., 2009).

Der *ISE* wurde an einer Normstichprobe bestehend aus 95 Teilnehmern unterschiedlichster psychiatrischer Diagnosen überprüft. Der Anteil der für die vorliegende Arbeit relevanten Diagnosen lag bei 22,1% (Schizophrenie) und bei 20,0% (affektive Störungen). Hinsichtlich der Reliabilität ergaben sich folgende Werte: für die Skala Stigmaerfahrungen liegt der Kuder-Richardson-Koeffizient mit .74 in einem guten Bereich. Die Items der Skala weisen eine mittlere Trennschärfe (durchschnittlicher Koeffizient .41, Richtwert .50) auf. Die Skala Stigmaauswirkungen erwies sich mit Cronbach's Alpha von $\alpha = .86$ als hochreliabel. Ebenso ist die Trennschärfe der Items (durchschnittlicher Koeffizient .63) als hoch einzustufen (Schulze et al., 2009).

3.4 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics (Version 28) analysiert und statistisch bewertet.

Deskriptive Beschreibungen der vorliegenden Daten werden bei kategorialen Variablen (z.B. Familienstand, Erwerbstätigkeit) anhand der Häufigkeiten und bei kontinuierlichen Variablen (z.B. Alter) anhand des arithmetischen Mittels sowie der Standardabweichung dargestellt. Untersuchungen der beiden Gruppen (Schizophrenie und Depression) auf Unterschiede in bestimmten Merkmalen bei kategorialen Variablen erfolgten mittels des Chi-Quadrat-Homogenitätstests und bei kontinuierlichen Variablen mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben. Durch diese Tests wird untersucht, ob die beiden Gruppen bezüglich eines Merkmals der gleichen Grundgesamtheit entstammen (Sedlmeier & Renkewitz, 2008).

Bei den abhängigen Variablen handelte es sich je nach Hypothese um die jeweiligen Skalen- und Gesamtmittelwerte der Fragebögen zum Scham- und Schulterleben. Als unabhängige Variablen galten die beiden Gruppen bestehend aus Patienten mit Schizophrenie (SP) und Patienten mit Depression (DP). Als statistisches Verfahren wurden, wann immer die Testvoraussetzungen erfüllt waren, *t*-Tests für unabhängige Stichproben herangezogen. Diese stellen das geeignetste Testverfahren dar, um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte zweier unabhängiger Gruppen signifikant voneinander unterscheiden (Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Die Nullhypothese lautet dabei, dass kein Mittelwertsunterschied zwischen Gruppe A und Gruppe B besteht. Die Alternativhypothese steht dementsprechend für einen Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen. Entsprechende Testvoraussetzungen (Normalverteilung und Varianzhomogenität) wurden mit geeigneten Verfahren (Kolmogorov-Smirnov-Test bzw. Levene-Test) vorab überprüft. Bei der Prüfung auf Normalverteilung fiel auf, dass bei der Mehrheit der abhängigen Variablen keine Normalverteilung in den Daten vorlag. Laut Literatur erweist sich der *t*-Test gegenüber Verletzungen als robust, zumal beide Stichproben exakt gleich groß waren sowie eine angemessene Stichprobengröße ($N > 30$; zentraler Grenzwertsatz) vorlag (z.B. Rasch & Guiard, 2004). Trotz dessen wird in den Ergebnissen die nicht-parametrische Alternative, der Mann-Whitney-U-Test (Mann & Whitney, 1947), berichtet. Im Falle von Varianzheterogenität wurde auf den Welch-Test zurückgegriffen. Hierbei werden die entsprechenden Freiheitsgrade konservativ korrigiert, um dem Umstand ungleicher Varianzen Rechnung zu tragen (Kubinger, Rasch & Moder, 2009).

Das Signifikanzniveau wurde auf 5% ($\alpha = 0,05$) festgelegt, da es sich bei den Hypothesen um gerichtet formulierte Annahmen handelte. Als Trend wurden Werte unter 10% ($p < .10$) berücksichtigt. Die Einordnung der Größen von Effektstärken erfolgte mittels des Pearson Korrelationskoeffizienten, der sich aus der Division des Z-Wertes (Mann-Whitney-U-Test) durch die Wurzel der

Stichprobengröße ergibt. Der Korrelationskoeffizient r als Maß der Effektstärke kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Effektstärken von $|r| = .10$ gelten als schwach, von $|r| = .30$ als mittel und von $|r| = .50$ als stark (Cohen, 1992).

Um für den Einfluss subjektiver Stigmatisierung, Depressivität und Alter auf das Scham- und Schulterleben zu kontrollieren, wurden zudem Kovarianzanalysen (ANCOVAs) berechnet, in die der Gesamtwert des *ISE* und des *BDI-II* sowie das Alter als Kovariate(n) bzw. zusätzliche(r) Faktor(en) mit einging(en). Eine solche Kovarianzanalyse ermöglicht die statistische Kontrolle von mindestens intervallskalierten Störvariablen auf die abhängige(n) Variable(n) (Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Entsprechende Testvoraussetzungen wurden wie folgt überprüft: die Homogenität der Regressionssteigungen wurde mit Bildung eines entsprechenden Interaktionsterms überprüft. Die Untersuchung auf Normalverteilung der Residuen erfolgte mittels Shapiro-Wilk-Test. Über den Levene-Test wurde die Varianzhomogenität überprüft. Effektstärken werden über das partielle Eta-Quadrat (Cohen, 1992) berichtet. Ein partielles Eta-Quadrat von .01 entspricht einem kleinen, von .06 einem mittleren und von .14 einem großen Effekt.

Des Weiteren wurde untersucht, ob Merkmale wie Anzahl an stationären Aufenthalten oder ein früher Erkrankungsbeginn, das Ausmaß der depressiven Symptomatik bzw. einzelne Symptome der Schizophrenie mit einem höheren Scham- und Schulterleben einhergehen. Ob diese Merkmale in Zusammenhang standen bzw. wie stark dieser Zusammenhang war und in welche Richtung (positiv oder negativ), wurde über Korrelationsanalysen getestet. Hierfür wurden Spearman-Korrelationen (ρ) als nicht-parametrische Alternative zum Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Werte in der Nähe von +1 weisen dabei auf einen positiven, Werte in der Nähe von -1 auf einen negativen Zusammenhang hin. Eine Korrelation von Null bedeutet, dass kein Zusammenhang zwischen beiden Variablen existiert. Genauer gesagt handelt es sich wie bei Pearson bei Korrelationen von $|\rho| = .10$ um einen kleinen, bei $|\rho| = .30$ um einen mittleren und bei $|\rho| = .50$ um einen großen Zusammenhang (Cohen, 1992).

Da durch multiples Testen nachweislich das Risiko für eine Fehlentscheidung zugunsten der Alternativhypothese und damit eines Alphafehlers steigt, wurden die Ergebnisse jeweils innerhalb einer Hypothese mit dem Benjamini-Hochberg-Verfahren („*false discovery rate*“, *FDR*; Benjamini & Hochberg, 1995) korrigiert.

4. ERGEBNISSE

4.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Abschnitt folgt zunächst eine deskriptive Beschreibung der erhobenen Daten aus beiden Stichproben. Im Anschluss erfolgt dann die chronologische Beantwortung der einzelnen Fragestellungen mittels Analyse der Gruppenunterschiede und im Anschluss die Korrelationen.

4.1.1 Soziodemografische Daten

Die Patienten aus der Schizophreniegruppe waren im Durchschnitt 31.41 Jahre ($SD = 7.51$) und die Patienten aus der Depressionsgruppe 36.67 Jahre ($SD = 14.87$) alt. Damit gab es hinsichtlich der Alterszusammensetzung einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, $t(73,98) = -2,25, p = .013$. Einen Überblick über die soziodemografischen Daten der Stichprobe liefert Tabelle 10.

Anhand von χ^2 -Tests wurde die Stichprobe auf ihre weitere Homogenität untersucht. Hinsichtlich des Geschlechts gab es mit $\chi^2 = 0.98$ ($p = .322$) keinen Hinweis darauf, dass sich die Gruppen hier in ihrer Zusammensetzung unterschieden. Bezüglich des Familienstands zeigte sich mit $\chi^2 = 7.22$ ($p = .065$) ein leichter Trend in Richtung weniger ledige und mehr verheiratete Probanden in der Depressionsgruppe. Hinsichtlich der Wohnsituation ($\chi^2 = 17.81, p = .003$) zeigten sich signifikante Unterschiede. Deutlich mehr Patienten mit Schizophrenie wohnten noch bei den Eltern. Beim Ausbildungsstand verfügten deutlich mehr depressive Patienten über ein abgeschlossenes Studium ($\chi^2 = 13.92, p = .016$). Patienten mit Schizophrenie waren signifikant häufiger nicht berufstätig ($\chi^2 = 11.84, p = .037$). Für die Religionszugehörigkeit ergaben sich mit $\chi^2 = 8.88$ ($p = .031$) erneut starke Hinweise auf Unterschiede zwischen den Teilnehmergruppen. So gab ein Großteil der Gruppe Schizophrenie an, christlich zu sein; bei den Probanden mit Depression wählte die Mehrheit die Antwortoption „keine Religion“ aus (vgl. Tabelle 10).

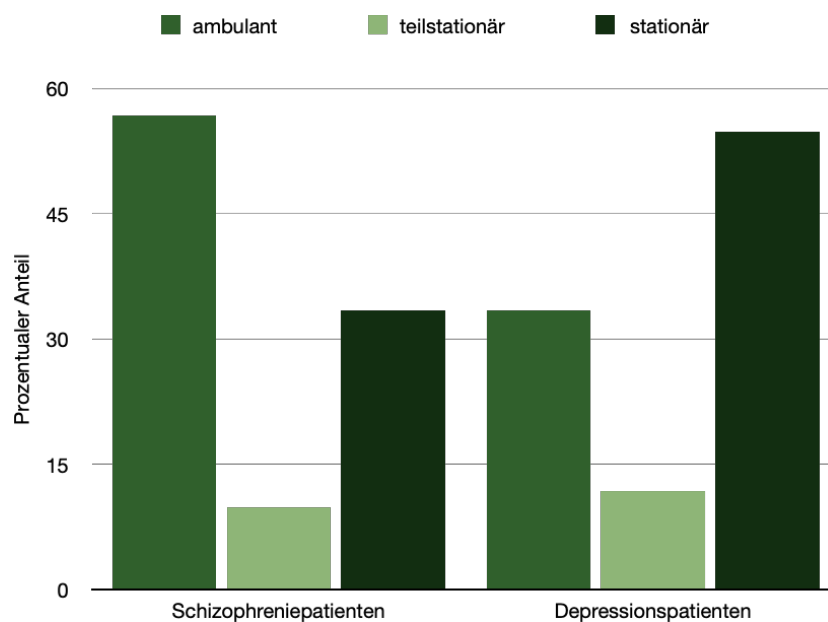
Tabelle 10: Soziodemografische Daten der Stichprobe.

Variable	Antwortmöglichkeiten	SP		DP	
		N	%	N	%
Alter (Jahre)		31.41		36.67	
Geschlecht	männlich	28	54.9	23	45.1
	weiblich	23	45.1	28	54.9
	divers	0	0	0	0
Familienstand	ledig	37	72.5	26	51.0
	in Partnerschaft	8	15.7	9	17.6
	verheiratet	5	9.8	10	19.6
	geschieden	1	2.0	6	11.8
	verwitwet	0	0	0	0
Wohnsituation	alleine	13	25.5	23	45.1
	mit Partner	6	11.8	14	27.5
	bei den Eltern	22	43.1	7	13.7
	Wohngemeinschaft	6	11.8	7	13.7
	therapeutische Einrichtung	2	3.9	0	0
	sonstiges	2	3.9	0	0
Ausbildungsstand	ohne Abschluss	1	2.0	0	0
	Hauptschulabschluss	5	9.8	2	3.9
	Mittlere Reife	10	19.6	10	19.6
	Fachschule	1	2.0	5	9.8
	(Fach-) Abitur	27	52.9	15	29.4
	abgeschlossenes Studium	7	13.7	19	37.3
Erwerbstätigkeit	nicht berufstätig	18	35.3	10	19.6
	Vollzeit	6	11.8	20	39.2
	Teilzeit	8	15.7	8	15.7
	Ausbildung	9	17.6	4	7.8
	Studium	6	11.8	5	9.8
	berentet	4	7.8	4	7.8
Religion	christlich	34	66.7	27	52.9
	muslimisch	6	11.8	1	2.0
	jüdisch	0	0	0	0
	andere	1	2.0	1	2.0
	keine	10	19.6	22	43.1

4.1.2 Behandlungssetting

Des Weiteren wurde die Art des aktuellen Behandlungssettings erhoben. So befand sich der überwiegende Teil der Teilnehmer mit Schizophrenie derzeit in ambulanter Behandlung (65.8%), gefolgt von stationärer (33.4%) und teilstationärer (9.8%) Behandlung. Aus der Gruppe der depressiven Patienten kam der größte Teil aus dem stationären (54.8%) Setting. Der Anteil ambulant (33.4%) und teilstationär (11.8%) fiel entsprechend kleiner aus (s. Abbildung 1). Im Chi-Quadrat-Test entsprach dies einem signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 6.40, p = .041$).

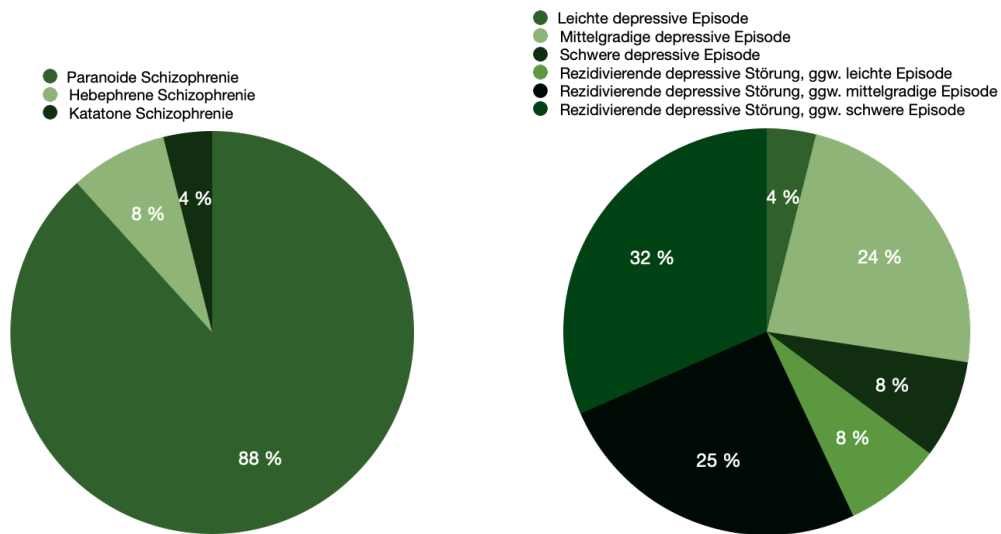
Abbildung 1: Überblick über das aktuelle Behandlungssetting in beiden Stichproben.



4.1.3 Hauptdiagnosen

In der vorliegenden Studie wurden nur Patienten mit Hauptdiagnosen aus dem schizophrenen oder depressiven Formenkreis eingeschlossen. Abbildung 2 liefert eine Übersicht über die Verteilung der verschiedenen Diagnosen in beiden Gruppen. In der Gruppe der an Schizophrenie erkrankten Probanden war die mit Abstand häufigste Form der „paranoide Typ“ (F20.0; Anteil 88%). Mit deutlichem Abstand folgten der „hebephrene Typ“ (F20.1; Anteil 8%) sowie der „katatone Typ“ (F20.2; Anteil 4%). In der Gruppe der an Depression erkrankten Probanden waren die drei häufigsten Diagnosen „mittelgradige depressive Episode“ (F32.1; Anteil 24%), „rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode“ (F33.1; Anteil 25%) sowie „rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode“ (F33.2; Anteil 32%).

Abbildung 2: Überblick über die Hauptdiagnosen in beiden Gruppen.



Das Ausmaß der depressiven Symptomatik wurde mit dem *BDI-II* (Beck, Steer & Brown, 1996) erfasst. Hierbei zeigten sich folgende, zu erwartende Gruppenunterschiede. In der Gruppe der Schizophrenie fand sich ein durchschnittlicher Gesamtwert von 17.16 Punkten ($SD = 11.26$), der damit eine im Schnitt „leichte depressive Symptomatik“ andeutet. In der Gruppe der depressiven Patienten lag der Mittelwert bei 24.22 Punkten ($SD = 11.00$). Dies entspricht einer „mittelschweren Symptomatik“ und einem signifikanten Gruppenunterschied, $t(100) = -3,20, p = .002$.

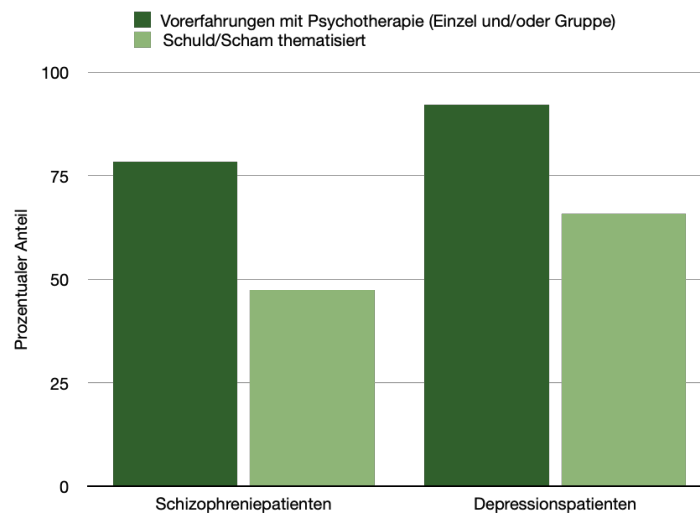
4.1.4 Erkrankungsdauer

Der Anteil an Ersterkrankten lag in der Gruppe der SP bei 33.3%. Die anderen zwei Drittel hatten insgesamt zwei oder mehr Krankheitsepisoden. In der Gruppe der DP lag der Anteil an Ersterkrankten bei 38%. Die Zeitspanne zwischen dem Auftreten erster Symptome und dem ersten Behandlungskontakt lag in der SP bei durchschnittlich 1.45 Jahren ($SD = 2.64$), in der DP bei 4.06 Jahren ($SD = 5.82$). Damit kam erstere Gruppe signifikant früher in Behandlung $t(69,69) = -2,91, p = .002$. Erste psychische Symptome wurden durchschnittlich im Alter von 23.59 Jahren (SP; $SD = 5.82$) bzw. 24.16 Jahren (DP; $SD = 11.99$) berichtet, $t(72,52) = -0,304, p = .381$. Eine erste stationärpsychiatrische Behandlung erfolgte bei SP durchschnittlich im Alter von 26.02 Jahren ($SD = 5.78$) und damit signifikant früher als bei DP ($M = 32.22$ Jahre, $SD = 14.27$), $t(56,64) = -2,725, p = .004$. Erstere Gruppe blickte in der vorliegenden Studie auf durchschnittlich 3.61 stationäre Aufnahmen ($SD = 4.36$), letztere auf 2.20 Aufnahmen ($SD = 2.96$) zurück, $t(99) = 1,89, p = .031$. Dies entsprach einem signifikanten Unterschied.

4.1.5 Psychotherapeutische Vorbehandlungen

Die überwiegende Mehrheit der Patienten verfügte bereits über psychotherapeutische Vorbehandlungen im Einzel- und/oder Gruppensetting. Der Anteil lag unter SP bei 78.4%, bei DP bei 92.2%, $\chi^2 = 4.362$, $p = .113$. Die Emotionen Scham und Schuld scheinen jedoch in psychotherapeutischen Behandlungen von SP signifikant weniger thematisiert worden zu sein ($\chi^2 = 9.282$, $p = .010$; vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Überblick über psychotherapeutische Vorerfahrungen.



4.1.6 Psychotische Symptomatik

Im Folgenden soll nun die Gruppe der SP genauer beschrieben werden. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die durchschnittlichen Werte im PANSS-Interview für jedes einzelne Symptom sowie Skalenmittelwerte und einen Gesamtwert über alle drei Skalen hinweg. Wie im zweiten Teil bereits beschrieben, erreicht jeder Patient einen Gesamtwert zwischen 30 und 210 Punkten. Bei den einzelnen Items kann jeweils ein Wert zwischen 1 = „nicht vorhanden“ und 7 = „extrem“ entstehen. In der vorliegenden Stichprobe wurde ein skalenübergreifender Gesamtwert von $M = 82.52$ Punkten ($SD = 2.19$) erreicht. In Tabelle 11 können ebenfalls die Mittelwerte der einzelnen Items nachgelesen werden.

Für die drei Skalen ergeben sich in der vorliegenden Stichprobe folgende Gesamtwerte: Positivsymptomatik $M = 18.39$ Punkte ($SD = 7.18$), Negativsymptomatik $M = 20.83$ Punkte ($SD = 6.72$) und Allgemein- bzw. Globalskala $M = 43.29$ Punkte ($SD = 11.89$). Verglichen mit der Normstichprobe von Kay, Fiszbein und Opler (1987) erscheint die vorliegende Stichprobe folglich eine ähnliche Symptomschwere aufzuweisen. Lediglich die Globalskala fällt in der vorliegenden Studie etwas höher aus. (Zum Vergleich Skalenmittelwerte der Normstichprobe: Positivskala $M = 18.20$

Punkte; Negativskala $M = 21.01$ Punkte; Allgemein- bzw. Globalskala $M = 37.74$ Punkte). Das am stärksten ausgeprägte Positivsymptom waren Wahnideen ($M = 3.88$, $SD = 3.12$). Bei den Negativsymptomen fand sich die Affektverflachung ($M = 3.37$, $SD = 1.32$), dicht gefolgt von sozialer Passivität und Apathie ($M = 3.35$, $SD = 1.43$) am stärksten. Aktives soziales Vermeidungsverhalten ($M = 3.39$, $SD = 1.22$) sowie Angst ($M = 3.35$, $SD = 1.23$) schienen die ausgeprägtesten Symptome der Allgemeinskala gewesen zu sein. Auch Schuldgefühle ($M = 3.31$, $SD = 1.46$) waren vergleichsweise häufig zu finden.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der PANSS.

		<i>M</i>	<i>SD</i>
Positivsymptomatik (Items P1 bis P7)	P1 Wahnideen	3.88	3.20
	P2 Formale Denkstörungen	2.71	1.38
	P3 Halluzinationen	3.08	1.65
	P4 Erregung	2.59	0.98
	P5 Größenideen	1.43	0.86
	P6 Misstrauen/Verfolgungsideen	2.86	1.25
	P7 Feindseligkeit	1.84	0.90
		Gesamtwert Skala Positivsymptomatik	18.39
Negativsymptomatik (Items N1 bis N7)	N1 Affektverflachung	3.37	1.40
	N2 Emotionaler Rückzug	3.29	1.27
	N3 Mangelnder affektiver Rapport	2.59	1.06
	N4 Soziale Passivität und Apathie	3.35	1.43
	N5 Schwierigkeiten beim abstrakten Denken	2.59	1.27
	N6 Mangel an Spontanität/Flüssigkeit der Sprache	2.71	1.12
	N7 Stereotype Gedanken	2.94	1.01
		Gesamtwert Skala Negativsymptomatik	20.83
Allgemeine Psychopathologie (Items G1 bis G16)	G1 Sorge um die Gesundheit	3.12	1.45
	G2 Angst	3.35	1.23
	G3 Schuldgefühle	3.31	1.48
	G4 Anspannung	2.92	0.94
	G5 Manierismen und unnatürliche Körperhaltung	1.82	1.24
	G6 Depression	3.27	1.27
	G7 Motorische Verlangsamung	2.63	1.18
	G8 Unkooperatives Verhalten	2.12	1.31
	G9 Ungewöhnliche Denkinhalte	2.59	1.22
	G10 Desorientiertheit	1.59	0.88
	G11 Mangelnde Aufmerksamkeit	2.69	1.14
	G12 Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	2.76	1.67
	G13 Willensschwäche	2.39	1.04
	G14 Mangelnde Impulskontrolle	2.39	1.27
	G15 Selbstbezogenheit	2.75	1.29
	G16 Aktives soziales Vermeidungsverhalten	3.39	1.22
	Gesamtwert Skala Allgemeine Psychopathologie	43.29	11.89

4.2 Quantitative Analyse der Fragebogendaten

4.2.1 Psychotische Symptomatik und Scham

Bezüglich der Emotion Scham lautete Hypothese 1: „Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte in Schamgefühlen auf als Patienten mit einer Depression“. Wie im Methodenteil beschrieben, wurde Scham über den *SHAME*-Fragebogen (Scheel, Bender, Tuschen-Caffier & Jacob, 2013) operationalisiert. Die Autoren fassen die Skalen körperliche und kognitive Scham unter dem Konstrukt „situative Scham“ und die Skala existentielle Scham als Konstrukt „chronische Scham“ zusammen.

Zunächst fand sich in den vorliegenden Daten ein signifikanter Unterschied im skalenübergreifenden Gesamtwert (SP: $M = 3.62$, $SD = 0.99$; DP: $M = 3.15$, $SD = 0.80$), $U = 908,50$, $Z = -2,62$, $p = .012$, $r = .37$ (vgl. Tabelle 12). Bei genauerer Betrachtung der Subskalen, berichteten SP signifikant mehr körperliche Scham ($M = 4.16$, $SD = 1.45$) als DP ($M = 3.19$, $SD = 1.21$; $U = 801,00$, $Z = -3,33$, $p = .004$, $r = .47$), als auch mehr existentielle Scham (SP: $M = 2.93$, $SD = 1.56$; DP: $M = 1.97$, $SD = 0.72$; $U = 882,50$, $Z = -2,81$, $p = .010$, $r = .39$). Die kognitive Scham wurde wiederum eher von DP berichtet. Hier ergab der T-Test ein signifikantes Ergebnis, der Mann-Whitney-U-Test jedoch lediglich einen Trend (SP: $M = 3.76$, $SD = 1.29$; DP: $M = 4.28$, $SD = 0.96$; $U = 1573,00$, $Z = -1,83$, $p = .068$).

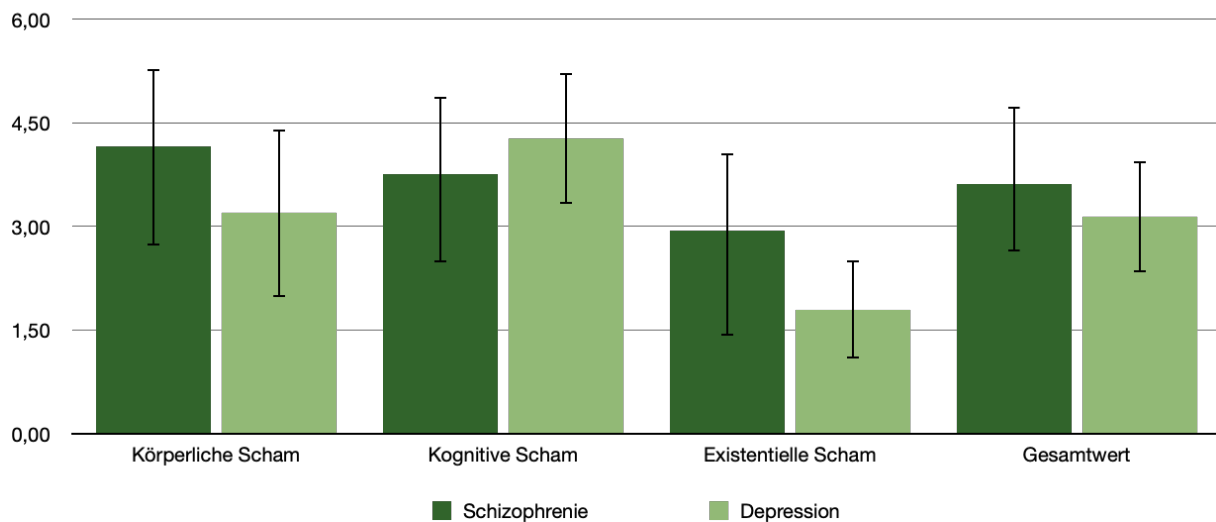
Tabelle 12: Ergebnisse zu Schamgefühlen.

	Gruppe	N	M	SD	T	p_{FDR}	U	Z	p_{FDR}
Körperliche Scham	SP	51	4.16	1.45	3,68	.002**	801,00	-3,33	.004**
	DP	51	3.19	1.21					
Kognitive Scham	SP	51	3.76	1.29	-2,29	.024*	1573,00	-1,83	.068
	DP	51	4.28	0.96					
Existentielle Scham	SP	51	2.93	1.56	4,05	.002**	882,50	-2,81	.010*
	DP	51	1.97	0.72					
Gesamtwert	SP	51	3.62	0.99	2,65	.012*	908,50	-2,62	.012*
	DP	51	3.15	0.80					

Anmerkungen: SP=Schizophreniepatienten, DP=Depressionspatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$, ** signifikant mit $p < .01$

Die erste Hypothese kann somit nicht eindeutig beantwortet werden. Zwar scheinen SP signifikant höhere körperliche Schamgefühle zu berichten (mittlerer Effekt). Für die kognitive Scham konnte ein gegenteiliger Trend gefunden werden. Hier scheinen DP höhere Werte aufzuweisen. Hinsichtlich chronischer und damit dysfunktionaler Scham fanden sich jedoch eindeutige Ergebnisse. SP gaben hier signifikant höhere Werte an (starker Effekt). Auch der Gesamtwert fällt bei SP deutlich höher aus (mittlerer Effekt). Abbildung 4 verdeutlicht dies nochmals grafisch.

Abbildung 4: Gruppenunterschiede in Schamgefühlen.



Um den Zusammenhang zwischen Schamerleben und einzelnen psychotischen Symptomen zu untersuchen, wurden nonparametrische Korrelationen zwischen den Skalen des *SHAME*-Fragebogens sowie den *PANSS*-Items durchgeführt. Tabelle 13 liefert dabei einen Überblick über Korrelationen mit Positivsymptomen der Schizophrenie. Positive Korrelationen des *SHAME*-Gesamtwertes zeigten sich mit Wahnideen, formalen Denkstörungen, Halluzinationen sowie Erregung und Feindseligkeit. Der *SHAME*-Gesamtwert korreliert ferner stark mit dem Gesamtwert der Positivskala. Insgesamt scheint die Positivsymptomatik vor allem mit körperlicher und existentieller Scham einherzugehen.

Auch zur Negativsymptomatik konnten positive Zusammenhänge gefunden werden. So scheinen vor allem soziale Passivität, stereotype Gedanken und Schwierigkeiten beim abstrakten Denken hoch mit Schamerleben zu korrelieren. Aber auch emotionaler Rückzug und mangelnder affektiver Rapport erscheinen schambehaftet. Ähnlich wie bei der Positivsymptomatik scheint auch die Negativsymptomatik vorrangig mit körperlicher und existentieller Scham einherzugehen. Allgemein korrelieren beide Gesamtwerte hoch miteinander (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 13: Zusammenhänge von Positivsymptomen und Schamgefühlen.

		Körperliche Scham	Kognitive Scham	Existentielle Scham	Gesamtwert
Wahnideen	Q	,46**	,06	,60**	,54**
	p_{FDR}	.002	.795	.002	.002
Formale Denkstörungen	Q	,51**	,02	,57**	,55**
	p_{FDR}	.002	.914	.002	.002
Halluzina- tionen	Q	,52**	-,02	,65**	,55**
	p_{FDR}	.002	.914	.002	.002
Erregung	Q	,33*	,14	,38*	,32*
	p_{FDR}	.041	.477	.044	.042
Größenideen	Q	,04	,18	-,12	,01
	p_{FDR}	.884	.292	.552	.932
Misstrauen/ Verfol- gungsideen	Q	,19	,11	,30	,28
	p_{FDR}	.263	.568	.062	.084
Feindseligkeit	Q	,27	,03	,28*	,33*
	p_{FDR}	.084	.914	.041	.041
Positivskala	Q	,51**	,09	,56**	,55**
	p_{FDR}	.002	.661	.002	.002

Anmerkungen: Q = Spearmans rho, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$

Tabelle 14: Zusammenhänge von Negativsymptomen und Schamgefühlen.

		Körperliche Scham	Kognitive Scham	Existentielle Scham	Gesamtwert
Affektverflachung	Q	,09	,22	,23	,18
	p_{FDR}	.614	.170	.151	.254
Emotionaler Rückzug	Q	,23	,06	,38*	,32*
	p_{FDR}	.151	.723	.014	.044
Mangelnder affektiver Rapport	Q	,31*	,05	,32*	,31*
	p_{FDR}	.045	.743	.044	.044
Soziale Passivität	Q	,43**	,08	,53**	,50**
	p_{FDR}	.004	.614	.004	.004
Schwierigkeiten im abstrakten Denken	Q	,40*	,13	,50**	,46**
	p_{FDR}	.010	.428	.004	.004
Mangel an Spontanität	Q	,31*	-,32*	,33*	,25
	p_{FDR}	.046	.044	.043	.126
Stereotype Gedanken	Q	,43**	,09	,43**	,44**
	p_{FDR}	.006	.614	.006	.004
Negativskala	Q	,40**	,07	,51**	,46**
	p_{FDR}	.008	.650	.004	.004

Anmerkungen: Q = Spearmans rho, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$

4.2.2 Psychotische Symptomatik und Schuld

Für die Beantwortung der zweiten Hypothese „Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte in Schuldgefühlen auf als Patienten mit einer Depression.“ wurde der Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (Albani et al., 2002) herangezogen (vgl. Tabelle 15).

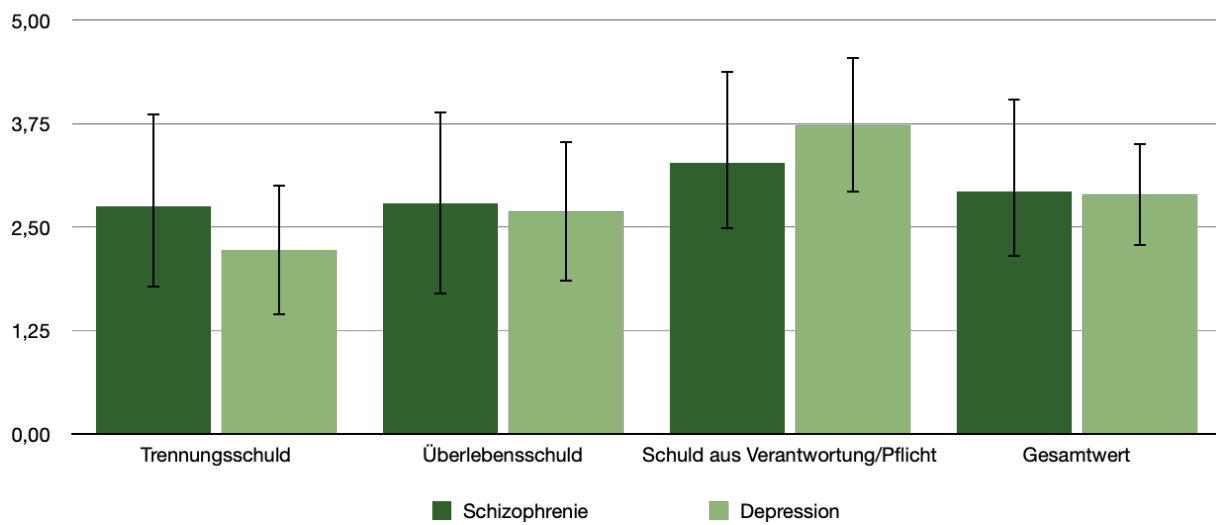
Hinsichtlich Trennungsschuldgefühlen fanden sich folgende Gruppenunterschiede: SP: $M = 2.76$, $SD = 0.98$ und DP: $M = 2.23$, $SD = 0.80$. Dies entspricht einem signifikanten Unterschied $U = 892,50$, $Z = -2,73$, $p = .012$, $r = .38$. Bei den Überlebensschuldgefühlen konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden (SP: $M = 2.78$, $SD = 1.11$; DP: $M = 2.70$, $SD = 0.86$; $U = 1211,00$, $Z = -.60$, $p = .548$). Schuldgefühle aus Verantwortung und Pflicht heraus wurden signifikant stärker von DP ($M = 3.73$, $SD = 0.83$) berichtet (SP: $M = 3.27$, $SD = 0.81$; $U = 1798,50$, $Z = -3,34$, $p = .004$, $r = .47$). Somit scheint keine generelle Aussage zu Unterschieden in Schuldgefühlen möglich. Im Gesamtwert des Fragebogens (SP: $M = 2.94$, $SD = 0.79$; DP: $M = 2.90$, $SD = 0.62$) fanden sich keine Unterschiede, $U = 1205,00$, $Z = -.640$, $p = .548$. Trennungsschuldgefühle wurden mit einer mittleren Effektstärke häufiger von SP berichtet, Schuldgefühle aus Verantwortung und Pflicht vermehrt von DP (starker Effekt). Abbildung 5 verdeutlicht dies nochmals grafisch.

Tabelle 15: Ergebnisse zu Schuldgefühlen.

	Gruppe	N	M	SD	T	p_{FDR}	U	Z	p_{FDR}
Trennungsschuld	SP	51	2.76	0.98	2,99	.008**	892,50	-2,73	.012**
	DP	51	2.23	0.80					
Überlebensschuld	SP	51	2.78	1.11	0,44	.772	1211,00	-.60	.548
	DP	51	2.70	0.86					
Schuld aus Verantwortung/Pflicht	SP	51	3.27	0.81	-3,05	.008**	1798,50	-3,34	.004**
	DP	51	3.73	0.83					
Gesamtwert	SP	51	2.94	0.79	0,290	.772	1205,00	-.64	.548
	DP	51	2.90	0.62					

Anmerkungen: SP=Schizophreniepatienten, DP=Depressionspatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$, ** signifikant mit $p < .01$

Abbildung 5: Gruppenunterschiede in Schuldgefühlen.



Nachfolgend wurden auch hier Korrelationsanalysen durchgeführt. Bei den Positivsymptomen fanden sich starke positive Korrelationen mit Trennungs- und Überlebensschuldgefühlen sowie dem Gesamtwert (s. Tabelle 16). Vor allem formale Denkstörungen scheinen mit Schuldgefühlen einherzugehen. Aber auch bei Erregung und Feindseligkeit fanden sich positive Korrelationen mit mittelgroßen Effekten.

Tabelle 16: Zusammenhänge von Positivsymptomen und Schuldgefühlen.

		Trennungs- schuldgefühl	Überlebens- schuldgefühl	Schuldgefühl aus Verantwortung/Pflicht	Gesamtwert
Wahnideen	Q	,30	,37*	,08	,28
	p_{FDR}	.056	.023	.601	.077
Formale Denkstörungen	Q	,51**	,55**	,25	,53**
	p_{FDR}	.004	.004	.123	.004
Halluzinationen	Q	,31	,40*	-,01	,28
	p_{FDR}	.056	.012	.959	.077
Erregung	Q	,47**	,32	,17	,40*
	p_{FDR}	.004	.052	.267	.010
Größenideen	Q	,20	,20	,320	,24
	p_{FDR}	.210	.204	.052	.146
Misstrauen/ Verfolgungsideen	Q	,21	,22	,03	,20
	p_{FDR}	.189	.181	.852	.207
Feindseligkeit	Q	,30	,41*	,12	,34*
	p_{FDR}	.056	.010	.451	.042
Positivskala	Q	,50**	,53**	,19	,46**
	p_{FDR}	.004	.004	.213	.004

Anmerkungen: Q = Spearmans rho, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$, ** signifikant mit $p < .01$

Tabelle 17: Zusammenhänge von Negativsymptomen und Schuldgefühlen.

		Trennungs- schuldgefühl	Überlebens- schuldgefühl	Schuldgefühl aus Verantwortung/ Pflicht	Gesamtwert
Affektverflachung	Q	,08	,31	,00	,12
	p_{FDR}	.624	.096	.992	.546
Emotionaler Rückzug	Q	,10	,41*	-,12	,15
	p_{FDR}	.619	.012	.542	.483
Mangelnder affektiver Rapport	Q	,09	,25	-,14	,07
	p_{FDR}	.619	.172	.488	.664
Soziale Passivität	Q	,09	,42**	-,09	,19
	p_{FDR}	.619	.009	.619	.337
Schwierigkeiten im abstrakten Denken	Q	,46**	,42**	,19	,43**
	p_{FDR}	.008	.009	.337	.009
Mangel an Spontanität	Q	,25	,52**	-,15	,29
	p_{FDR}	.172	.008	.478	.113
Stereotype Gedanken	Q	,28	,52**	,14	,40*
	p_{FDR}	.115	.008	.488	.014
Negativskala	Q	,23	,54**	-,06	,28
	p_{FDR}	.224	.008	.704	.114

Anmerkungen: Q = Spearmans rho, p_{FDR} = Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$, ** signifikant mit $p < .01$

Die Negativsymptomatik korrelierte insgesamt schwächer mit Schuldgefühlen. Dieser Effekt wurde nicht signifikant. Die meist vertretene Form scheint hier die Überlebensschuld zu sein. Diese korrelierte stark mit einem Mangel an Spontanität sowie stereotypen Gedanken. Aber auch soziale Passivität, emotionaler Rückzug sowie Schwierigkeiten beim abstrakten Denken scheinen mit Überlebensschuldgefühlen einherzugehen (s. Tabelle 17).

4.2.3 Psychotische Symptomatik und scham- bzw. schuldassoziierte Verhaltensweisen

Zu scham- und schuldassoziierten Verhaltensweisen (Hypothese 3 „Patienten mit einer Schizophrenie neigen in unangenehmen Situationen stärker zu scham- oder schuldassoziierten Verhaltensweisen als Patienten mit einer Depression.“) wurde der Test of self-conscious affect (TOSCA) von Kocherscheidt und Kollegen (2002) herangezogen.

Hier fanden sich auf beiden Skalen signifikant höhere Werte bei den DP (vgl. Tabelle 18). Für die Skala Scham ergaben sich folgende Werte: Schizophrenie ($M = 2.56$, $SD = 0.90$), Depression ($M = 3.25$, $SD = 0.86$); $U = 1829,50$, $Z = -3,55$, $p = .001$, $r = .50$. Dies entsprach einem starken Effekt. Für die Skala Schuld fanden sich ähnlich Ergebnisse: Schizophrenie ($M = 3.06$, $SD = 1.05$), Depression ($M = 3.84$, $SD = 0.69$); $U = 1867,00$, $Z = -3,80$, $p = .001$, $r = .53$. Dies entsprach ebenfalls einem starken Effekt.

Tabelle 18: Ergebnisse zu scham- und schuldassozierten Verhaltensweisen.

	Gruppe	N	M	SD	T	p _{FDR}	U	Z	p _{FDR}
TOSCA	SP	51	2,56	0,90	-3,98	.001**	1829,50	-3,55	.001**
Skala Scham	DP	51	3,25	0,86					
TOSCA	SP	51	3,06	1,05	-4,42	.001**	1867,00	-3,80	.001**
Skala Schuld	DP	51	3,84	0,69					

Anmerkungen: SP=Schizophreniepatienten, DP=Depressionspatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR}=Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit p<.05, ** signifikant mit p<.01

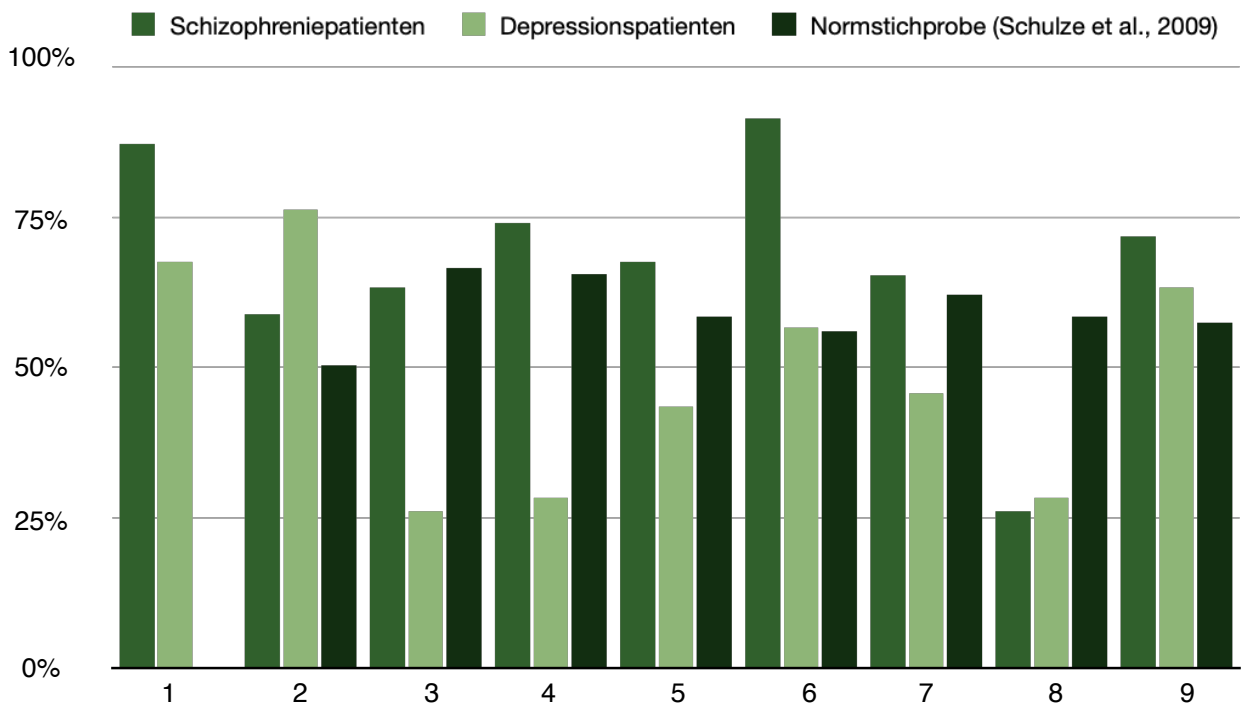
Somit kann die dritte Hypothese anhand der Daten eindeutig beantwortet werden. Depressive Patienten scheinen in der vorliegenden Studie – entgegen der vorherigen Annahme - signifikant mehr zu scham- und schuldassozierten Verhaltensweisen zu neigen als Patienten mit Schizophrenie. Die Schuldskala korrelierte zudem negativ mit Negativsymptomatik ($\rho = -.70$; $p = .002$). Somit scheint ausgeprägte Negativsymptomatik mit weniger schuldassozierten Verhaltensweisen wie z.B. Wiedergutmachung einherzugehen.

4.2.4 Psychotische Symptomatik und Stigmatisierung

Zur Erfassung des Ausmaßes an subjektiv erlebter Stigmatisierung wurde zunächst der ISE (Schulze et al., 2009) ausgewertet. Bei der Skala „Stigma-Erfahrungen“ sollten Probanden neun Fragestellungen mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Abbildung 6 zeigt die jeweilige prozentuale Zustimmung in beiden Gruppen sowie aus der Normstichprobe der Autoren, bestehend aus Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (Anmerkung: zu Frage 1 liegen keine Normwerte vor).

Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass die mit Abstand höchsten Zustimmungswerte der SP bei den Fragen 1 („Glauben Sie, dass die Leute weniger von Ihnen halten, wenn Sie wissen, dass Sie eine psychische Erkrankung haben?“) und 6 („Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen dazu geführt, dass Sie weniger an sich oder Ihre Fähigkeiten glauben?“) zu liegen scheinen. Die Frage Nummer 8 („Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Kontakt zu Ihrer Familie zu pflegen?“) erhielt die niedrigsten Zustimmungswerte. Insgesamt stimmten SP den Aussagen durchweg häufiger zu. Einzige Ausnahme bildet Frage 2 („Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Angst vor jemandem haben, der unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet?“). Dieser Aussage stimmten mehr depressive Patienten zu.

Abbildung 6: Ergebnisse der Stigma-Erfahrungs-Skala.



1. Glauben Sie, dass die Leute weniger von Ihnen halten, wenn Sie wissen, dass Sie eine psychische Erkrankung haben? (hier liegen keine Daten aus der Normstichprobe vor)
2. Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Angst vor jemandem haben, der unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet?
3. Hat Sie schon einmal jemand gehänselt, schikaniert oder belästigt, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?
4. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie unfair behandelt wurden oder man Ihnen Rechte verweigert hat, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?
5. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Genesung beeinträchtigt?
6. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen dazu geführt, dass Sie weniger an sich oder Ihre Fähigkeiten glauben?
7. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten?
8. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Kontakt zu Ihrer Familie zu pflegen?
9. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität beeinträchtigt?

Für die Beantwortung der Hypothese 4 („Patienten mit einer Schizophrenie weisen höhere Werte im Ausmaß an subjektiv erlebter Stigmatisierung und deren Auswirkungen auf als Patienten mit einer Depression.“) wurde die Skala „Stigma-Auswirkungen“ herangezogen. Hier sollten die Probanden auf einer 10-stufigen Skala einschätzen, wie stark Vorurteile sie persönlich und in Bezug auf unterschiedliche Lebensbereiche (z.B. Lebensqualität, Selbstwertgefühl etc.) beeinträchtigt haben. SP kamen hier im Mittel auf folgenden Wert: $M = 4.41$, $SD = 2.44$; DP auf $M = 3.08$, $SD = 2.36$. Dies entsprach einem signifikanten Gruppenunterschied, $t(100) = 2,78$, $p = .006$. SP berichten daher signifikant mehr von erlebter Stigmatisierung und deren Auswirkungen. Die Hypothese 4 kann daher angenommen werden.

Ob nun erhöhte Ausprägungen von Schamgefühlen unabhängig vom Einfluss erlebter Stigmatisierung auftreten (Hypothese 5), wurde mittels Kovarianzanalysen errechnet. Nach Bereinigung um die Stigmatisierung unterschieden sich beide Gruppen in ihrem Schamerleben (*SHAME* Gesamtwert) nach wie vor statistisch signifikant voneinander, $F(1, 99) = 4,59, p = .035$, partielles $\eta^2 = .044$. Dies entspricht einem kleinen Effekt. Auch für die Subskalen körperliche Scham, $F(1, 99) = 10,67, p = .001$, partielles $\eta^2 = .097$ (mittlerer Effekt), existentielle Scham $F(1, 99) = 13,83, p = <.001$, partielles $\eta^2 = .123$ (mittlerer Effekt) sowie kognitive Scham $F(1, 99) = 7,54, p = .007$, partielles $\eta^2 = .071$ (mittlerer Effekt) blieben die Gruppenunterschiede signifikant. Im Schulterleben (*FIS* Gesamtwert) war das Ergebnis auch nach Kontrolle um Stigmatisierung nicht signifikant $F(1, 99) = 0,04, p = .848$, partielles $\eta^2 = .000$. Die Ergebnisse für die Subskalen lauten wie folgt: Trennungsschuld $F(1, 99) = 5,33, p = .023$, partielles $\eta^2 = .051$ (mittlerer Effekt); Überlebensschuld $F(1, 99) = 0,00, p = .942$, partielles $\eta^2 = .000$; Schuld aus Verantwortung/Pflicht $F(1, 99) = 9,26, p = .003$, partielles $\eta^2 = .086$ (mittlerer Effekt).

Die Hypothese 5 („Erhöhte Ausprägungen von Scham- und Schuldgefühlen treten unabhängig vom Ausmaß an subjektiv erlebter Stigmatisierung auf.“) kann somit vollständig bestätigt werden. Nach Bereinigung um den Einfluss subjektiver Stigmatisierung als Kovariate blieben alle Gruppenunterschiede signifikant.

4.2.5 Psychotische Symptomatik und Abwehrmechanismen

Als emotionale Abwehrmechanismen werden im TOSCA (Kocherscheidt et al., 2002) die Konstrukte Distanzierung und Externalisierung aufgeführt. Die zugehörige Hypothese 6 lautete „Patienten mit einer Schizophrenie neigen in scham- oder schuldbehafteten Situationen in stärkerem Ausmaß zu Distanzierung und Gleichgültigkeit als Patienten mit einer Depression.“

Wie in Tabelle 19 nachzulesen, finden sich hier klare Gruppenunterschiede mit deutlich höheren Werten bei SP. Für die Distanzierung lagen deren Mittelwerte bei $M = 3.41, SD = 1.09$ und bei DP bei $M = 2.43, SD = 0.72$. Dies entsprach einem signifikanten Ergebnis und einem großen Effekt, $U = 660,00, Z = -4,30, p = .001, r = .60$. Für die Externalisierung lag erstere Gruppe bei $M = 2.99, SD = 1.13$ und zweite bei $M = 2.09, SD = 0.64$. Auch dies entsprach einem signifikanten Ergebnis und einem großen Effekt, $U = 663,50, Z = -4,27, p = .001, r = .59$.

Aus den Ergebnissen kann daher geschlussfolgert werden, dass die Hypothese 6 angenommen werden kann und Schizophreniepatienten tatsächlich in stärkerem Ausmaß zu emotionaler Abwehr zu neigen scheinen. Hierbei scheint v.a. die Negativsymptomatik mit vermehrter emotionaler Abwehr einherzugehen ($\phi = .32; p = .012$).

Tabelle 19: Ergebnisse zu emotionalen Abwehrmechanismen.

	Gruppe	N	M	SD	T	p_{FDR}	U	Z	p_{FDR}
Distanzierung	SP	51	3.41	1.09	5,41	.001**	660,00	-4,30	.001**
	DP	51	2.43	0.72					
Externalisierung	SP	51	2.99	1.13	-4,96	.001**	663,50	-4,27	.001**
	DP	51	2.09	0.64					

Anmerkungen: SP=Schizophreniepatienten, DP=Depressionspatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$

4.2.6 Psychotische Symptomatik und Stolz

Als positive Äquivalente zu Scham und Schuld, werden im TOSCA (Kocherscheidt et al., 2002) auch die Konstrukte Selbst- und Verhaltensstolz operationalisiert. Die hierzu formulierte Annahme lautete „Patienten mit einer Schizophrenie weisen niedrigere Werte im Erleben von Stolz auf als Patienten mit einer Depression.“ (Hypothese 7).

Aus Tabelle 20 geht hervor, dass sich hierzu keine signifikanten Unterschiede in den Daten finden ließen. Beim Verhaltensstolz lagen die Mittelwerte bei SP bei $M = 3.36$, $SD = 0.93$ und bei DP bei $M = 3.48$, $SD = 0.96$. Dies entsprach keinem signifikanten Gruppenunterschied, $U = 1458,00$, $Z = -1,06$, $p = .290$. Für Selbststolz lag erstere Gruppe bei $M = 3.42$, $SD = 0.85$ und zweite bei $M = 3.17$, $SD = 0.84$. Auch dies entsprach keinem signifikanten Unterschied $U = 1116,00$, $Z = -1,24$, $p = .290$. Hypothese 7 kann somit nicht bestätigt werden.

Tabelle 20: Ergebnisse zum Erleben von Stolz.

	Gruppe	N	M	SD	T	p_{FDR}	U	Z	p_{FDR}
Verhaltensstolz	SP	51	3.36	0.93	-0,61	.545	1458,00	-1,06	.290
	DP	51	3.47	0.96					
Selbststolz	SP	51	3.42	0.85	1,45	.300	1116,00	-1,24	.290
	DP	51	3.17	0.84					

Anmerkungen: SP=Schizophreniepatienten, DP=Depressionspatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur

4.2.7 Einfluss von Erkrankungsdauer und Behandlungssetting

Um die Rolle der Erkrankungsdauer genauer zu verstehen, wurde folgende Hypothese aufgestellt: „Hohe Scham- und Schuldwerte gehen mit einem frühen Krankheitsausbruch (Hypothese 8a) einher und nehmen mit zunehmender Erkrankungsdauer (Hypothese 8b) sowie steigender Anzahl an stationären Aufenthalten (Hypothese 8c) ab.“ Hierzu wurden erneut Korrelationsanalysen durchgeführt. Insgesamt scheint ein früher Krankheitsausbruch nicht mit einem erhöhten Scham- oder Schuldgefühlen einherzugehen. So korrelierten weder das Alter beim Beginn erster psychischer Symptome noch das Alter bei der ersten stationären Aufnahme mit Scham- oder Schuldgefühlen (s. Tabelle 21). Anders gestaltet es sich erwartungsgemäß bei der Anzahl an stationären Aufenthalten. Hier wurde beim Zusammenhang mit Schuldgefühlen ein negativer Trend ($\rho = -.20; p = .079$) und beim Zusammenhang mit Schamgefühlen ein signifikanter, negativer Effekt gefunden ($\rho = -.40; p = .002$). Somit scheinen Schamgefühle mit steigender Anzahl an stationären Aufenthalten abzunehmen. Bezüglich der Erkrankungsdauer wurde die Differenz aus dem Alter der Patienten sowie ihres ersten Behandlungskontakts errechnet. Diese Variable ($M = 6.31; SD = 7.20$) korrelierte ebenfalls negativ mit Schamgefühlen ($\rho = -.26; p = .036$). Mit Schuldgefühlen ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho = -.11; p = .230$). Ein früher Krankheitsbeginn (H8a) scheint somit keinen Zusammenhang zum Scham- und Schuldgefühlen aufzuweisen. Scham scheint erwartungsgemäß mit der steigenden Anzahl an stationären Aufnahmen (H8c) und einer längeren Erkrankungsdauer (H8b) abzunehmen.

Tabelle 21: Zusammenhang von Scham, Schuld und Erkrankungsdauer.

		Scham Gesamtwert	Schuld Gesamtwert
Alter beim Beginn erster psychischer Symptome	ρ	-,07	-,12
	p_{FDR}	.323	.204
Alter bei erster stationärer Aufnahme	ρ	,05	-,12
	p_{FDR}	.369	.205
Anzahl der stationären Aufenthalte	ρ	-,40*	-,20
	p_{FDR}	.002	.079
Erkrankungsdauer	ρ	-,26*	-,11
	p_{FDR}	.036	.230

Anmerkungen: ρ = Spearman's rho, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$

Anschließend wurde untersucht, ob es einen Unterschied zwischen chronisch erkrankten und erst-erkrankten Patienten mit Schizophrenie gibt. Hierbei wurde angenommen, dass beide Gruppen sich in ihrem Scham- und Schuldgefühlen unterscheiden (Hypothese 9). Als chronisch Erkrankte wurden Patienten zusammengefasst, die zwei oder mehr Krankheitsepisoden berichteten. Die Ergebnisse (s. Tabelle 22) bestätigen höhere Schamwerte bei Ersterkrankten ($M = 4.03; SD = 1.08$) im

Vergleich zu chronisch Erkrankten ($M = 3.41$; $SD = 0.88$). Dies entspricht einem signifikanten Unterschied und einem kleinen Effekt, $U = 188,00$, $Z = -2,02$, $p = .043$, $r = .28$. Bei körperlicher Scham wurde im Mann-Whitney-U-Test ebenfalls ein signifikanter Unterschied deutlich (Ersterkrankte $M = 4.67$; $SD = 1.39$ und chronisch Erkrankte $M = 3.90$; $SD = 1.42$; $U = 186,50$, $Z = -2,08$, $p = .037$, $r = .29$). Bezüglich Schuld fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Somit geht auch hier aus den Daten hervor, dass die Phase der Ersterkrankung mit den höchsten Schamgefühlen einhergeht. Bezüglich des Behandlungssettings (ambulant oder stationär) ergaben sich in keinem der Gesamt- oder Skalenwerte signifikante Unterschiede. Somit scheint das aktuelle Behandlungssetting in der vorliegenden Studie keinen Einfluss auf Scham- oder Schuldgefühle gehabt zu haben.

Tabelle 22: Unterschiede zwischen Ersterkrankten und chronisch Erkrankten.

	Gruppe	N	M	SD	T	p_{FDR}	U	Z	p_{FDR}
Körperliche Scham	EE	17	4.67	1.39	1,82	.075	186,50	-2,08	.037*
	CE	34	3.91	1.43					
Kognitive Scham	EE	17	4.01	1.30	0,97	.339	244,00	-,90	.368
	CE	34	3.64	1.28					
Existenzielle Scham	EE	17	3.41	1.59	1,61	.115	219,00	-1,41	.158
	CE	34	2.69	1.46					
Scham Gesamtwert	EE	17	4.03	1.08	2,18	.034*	188,00	-2,02	.043*
	CE	34	3.41	0.89					
Trennungsschuld	EE	17	2.97	0.99	1,11	.272	226,50	-1,25	.211
	CE	34	2.65	0.97					
Überlebensschuld	EE	17	3.01	0.99	1,02	.313	249,00	-,81	.419
	CE	34	2.67	1.16					
Schuld aus Verantwortung/Pflicht	EE	17	3.36	0.97	0,56	.580	255,00	-,68	.496
	CE	34	3.23	0.73					
Schuld Gesamtwert	EE	17	3.11	0.84	1,13	.266	226,00	-1,26	.208
	CE	34	2.85	0.77					

Anmerkungen: EE=ersterkrankte Schizophreniepatienten, CE=chronisch erkrankte Schizophreniepatienten, N=Stichprobengröße, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=T-Wert, U=Mann-Whitney-U-Test, Z=Z-Wert, p_{FDR} =Signifikanzniveau nach False-discovery-rate-Korrektur, * signifikant mit $p < .05$

4.2.8 Depressive Symptomatik, Scham und Schuld

Ferner wurde untersucht, inwiefern es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der depressiven Symptomatik und des Scham- und Schuldgefühls gibt. Bei beiden Skalen-Gesamtwerten ergab sich eine positive Korrelation: Scham ($\rho = ,24; p = .014$) und Schuld ($\rho = ,34; p = .001$). Anschließend wurden beide Gruppen noch getrennt voneinander analysiert. Bei den SP korrelierte die depressive Symptomatik sowohl mit Scham ($\rho = ,41; p = .001$) als auch mit Schuld ($\rho = ,44; p = .001$) positiv, wobei beide Effekte als moderat bis stark eingeordnet werden können. Bei den DP korrelierte die depressive Symptomatik weder mit Scham ($\rho = ,10; p = .247$) noch mit Schuld ($\rho = ,23; p = .060$) signifikant. Die Hypothese 10: „Das Ausmaß des Scham- und Schuldgefühls korreliert positiv mit der Schwere der depressiven Symptomatik.“ kann insgesamt bestätigt werden.

Aufgrund des Einflusses der Depressivität auf Scham und Schuld wurden – nach Überprüfung aller Testvoraussetzungen – auch hierzu Kovarianzanalysen durchgeführt, um für die Kovariate Depression im Modell zu kontrollieren. Alle signifikanten Gruppenunterschiede (Gesamtwerte und Subskalen des *FIS* und des *SHAME*) blieben nach der Bereinigung um Depressivität signifikant bestehen.

4.2.9 Einfluss von Alter und Geschlecht

Abschließend wurde untersucht, inwiefern es Effekte hinsichtlich des Alters sowie des Geschlechts und des Scham- und Schuldgefühls gibt. Hinsichtlich des Alters ergaben sich in der Gesamtstichprobe signifikante Korrelationen mit existentieller Scham ($\rho = -,20; p = .042$) sowie Verhaltensstolz ($\rho = ,21; p = .037$). Mit zunehmendem Alter scheinen Patienten gruppenübergreifend somit zu mehr Verhaltensstolz zu neigen. Existentielle Scham scheint hingegen vermehrt in jüngerem Alter aufzutreten. In der Gruppe mit SP zeigten jüngere Patienten mehr Trennungsschuldgefühle ($\rho = -,30; p = .032$), mehr körperliche Scham ($\rho = -,35; p = .012$), mehr existentielle Scham ($\rho = -,35; p = .013$), mehr Distanzierungs- ($\rho = -,40; p = .004$) sowie Externalisierungstendenzen ($\rho = -,37; p = .007$). In der Gruppe mit DP korrelierte die kognitive Scham ($\rho = -,29; p = .038$), Distanzierung ($\rho = ,28; p = .047$) sowie Externalisierung ($\rho = ,38; p = .006$) positiv mit dem Alter.

Nachdem sich auch hier zahlreiche Effekte des Alters auf die abhängigen Variablen zeigten, wurden abschließend ANCOVAs mit drei Kovariaten (subjektiv erlebte Stigmatisierung, Depressivität und Alter) durchgeführt. Auch hier waren im Vorfeld alle Testvoraussetzungen erfüllt und nach Kontrolle des Einflusses aller drei Kovariaten blieben alle Gruppenunterschiede signifikant.

Hinsichtlich des Geschlechts ergaben sich in der Gesamtstichprobe sowie in der Gruppe mit SP keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. In der Kontrollgruppe mit DP fanden sich hingegen einige signifikante Unterschiede. So äußerten Frauen mehr Trennungsschuldgefühl ($U = 453,50$, $Z = 2,49$, $p = .013$, $r = .35$), Schuldgefühl aus Verantwortung und Pflicht ($U = 428,00$, $Z = 2,20$, $p = .044$, $r = .28$), körperliche Scham ($U = 489,50$, $Z = 3,175$, $p = .001$, $r = .44$), existentielle Scham ($U = 426,50$, $Z = 1,99$, $p = .047$, $r = .28$), *SHAME*-Gesamtwert ($U = 476,00$, $Z = 2,92$, $p = .004$, $r = .41$), *FIS*-Gesamtwert ($U = 477,00$, $Z = 2,94$, $p = .003$, $r = .41$), schamassoziierte Verhaltensweisen ($U = 454,50$, $Z = 2,51$, $p = .012$, $r = .35$) sowie schuldassoziierte Verhaltensweisen ($U = 444,00$, $Z = 2,31$, $p = .021$, $r = .32$).

5. DISKUSSION

Die vorliegende Studie befasste sich mit der Frage, ob es Unterschiede zwischen schizophrenen und depressiven Patienten hinsichtlich des Erlebens der Emotionen Scham und Schuld gibt. Ausgangslage hierfür waren Ergebnisse aus vorherigen Studien, die mäßige bis starke positive Zusammenhänge von Scham und Schizophrenie, hier vor allem der Wahnsymptomatik, zeigten (s. Review von Carden et al., 2020). Besonders eindeutig zeigten sich diese Effekte beim Vergleich mit nicht-klinischen oder rein somatischen Kontrollgruppen (Suslow, Roestel, Ohrmann & Arolt, 2003; Turner et al., 2013; Keen et al., 2017). Anders gestaltete sich dies beim – auch in dieser Studie durchgeführten – Vergleich mit Kontrollgruppen bestehend aus depressiven Patienten. Hier ergaben sich heterogenere Ergebnisse mit teils großen Effekten hin zu höheren Schamneigungen bei Patienten mit Schizophrenie (Keen et al., 2017; Lincoln et al., 2015), jedoch fanden sich auch gegenteilige Ergebnisse (Guimon et al., 2007).

Trotz einigen Forschungsergebnissen blieben zahlreiche Fragen, wie beispielsweise nach Zusammenhängen mit weiteren psychotischen Symptomen (z.B. der Negativsymptomatik) weiterhin offen. Auch wiesen bisherige Studien einige Limitationen auf, die eine Einordnung der Ergebnisse erschwerten. Hierzu zählten beispielsweise sehr kleine Stichproben, die isolierte Untersuchung von Scham und Schuld, das Fehlen einer strukturierten Diagnostik und damit Einordnung der Symptomschwere bei schizophrenen Patienten oder den fehlenden Einbezug von Störvariablen. Diese Kritikpunkte wurden in der vorliegenden Studie besonders beachtet und entsprechend aufgegriffen.

Das Augenmerk lag hierbei auf dem selbstberichteten Erleben beider Emotionen in Alltagssituationen der Probanden. Demzufolge füllten alle Teilnehmer eine Batterie an Fragebögen zu Depressivität, interpersoneller Schuld, körperlicher, kognitiver und existentieller Scham, assoziierten Verhaltensweisen sowie subjektiv erlebter Stigmatisierung aus.

In den Ergebnissen zeigte sich, dass Patienten mit Schizophrenie mehr Trennungsschuld im elterlichen Ablöseprozess als auch mehr körperliche und existentielle Scham äußerten. Patienten mit Depression berichteten hingegen mehr Schuldgefühle aus Verantwortung und Pflicht sowie kognitive Scham. Assoziierte Verhaltensweisen - wie beispielsweise Entschuldigung oder Wiedergutmachung - waren eher bei depressiven Patienten zu finden, während Patienten mit Schizophrenie vermehrt zu emotionaler Abwehr neigten. Positiv- als auch Negativsymptomatik waren mit Scham und Schuld assoziiert. Scham scheint besonders mit Halluzinationen, Wahn, Denkstörungen und

sozialer Passivität einherzugehen; Schuld hingegen mit Erregung und Feindseligkeit. Bei Ersterkrankten fanden sich zudem höhere Schamwerte als bei chronisch Erkrankten.

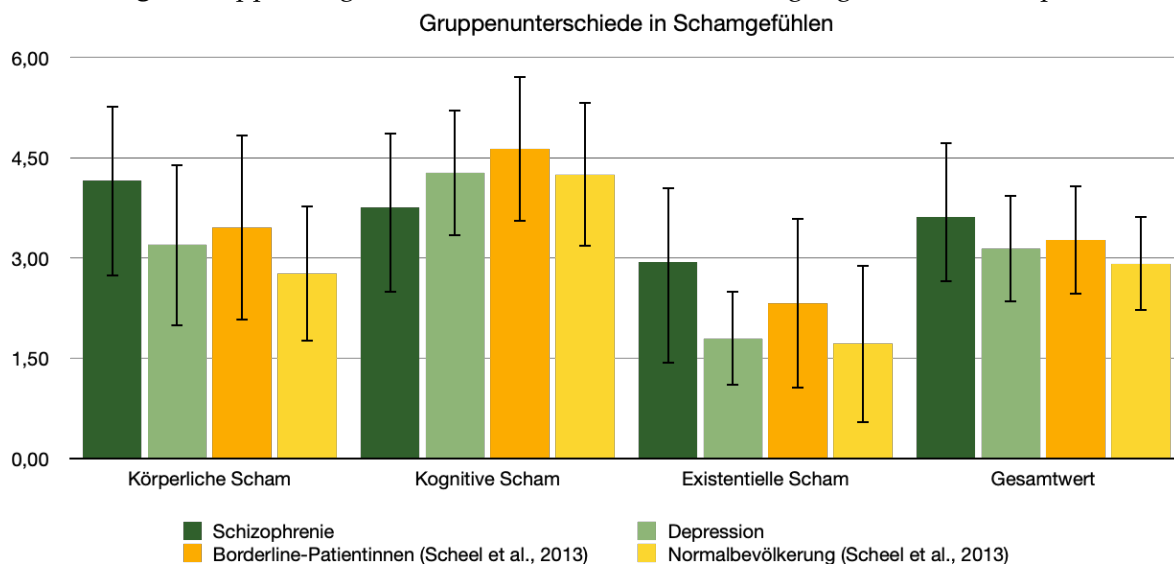
Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse eingeordnet und diskutiert werden.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Psychotische Symptomatik und Scham. In den Ergebnissen konnte ein signifikanter Unterschied im skalenübergreifenden Gesamtwert gefunden werden. Zudem berichteten Patienten mit Schizophrenie signifikant mehr körperliche Scham als auch mehr existentielle Scham. Die kognitive Scham wurde mit einem leichten Trend eher von Patienten mit Depression berichtet. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse damit die Wichtigkeit einer Differenzierung in unterschiedliche Teilaspekte von Schamgefühlen. Dass Patienten mit Schizophrenie im Gesamtwert mehr Scham berichteten, steht im Einklang mit einer Überblicksarbeit von Carden und Kollegen (2020) und bisherigen Forschungsergebnissen von Keen und Kollegen (2017) sowie Lincoln und Kollegen (2015), die ebenfalls höhere Schamwerte bei dieser Patientengruppe im Vergleich mit depressiven Kontrollprobanden finden konnten. Auch Erikson (1950) vertrat in seiner Theorie der Ich-Herausforderungen die Annahme, dass Scham mit paranoiden Ideen in Zusammenhang stehe.

Um die Ergebnisse noch besser einordnen zu können, werden in Abbildung 7 die Daten der vorliegenden Stichprobe zusätzlich mit der Normstichprobe von Scheel und Kollegen (2013) verglichen, wobei Daten zu Borderline-Patientinnen sowie der Normalbevölkerung vorliegen. Hieraus zeigt sich erneut die deutliche Überlegenheit von Patienten mit Schizophrenie in Bezug auf körperliche und existentielle Scham, als auch im Gesamtwert. Auffällig erscheint ferner, dass die Werte auf der Skala kognitive Scham noch unter denen der Normalbevölkerung liegen.

Abbildung 7: Gruppenvergleiche zu Scham unter Berücksichtigung der Normstichprobe.



Bei den hohen Werten in *körperlichen Schamgefühlen* wäre zunächst denkbar, dass dies eine Folge der medikamentösen Behandlung sein könnte, denn es gibt doch eine Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen von gängigen Neuroleptika, z.B. Gewichtszunahme, Bewegungsstörungen (Zittern, Sitzunruhe, Muskelsteifheit, Bewegungsarmut etc.) hormonelle Veränderungen wie Prolaktinanstieg (Vergrößerung der Brustdrüse, Milchsekretion, Zyklusstörungen, Amenorrhoe) und Störungen der Speichel- und/oder Schweißsekretion (Benkert & Hippus, 2019). Dadurch, dass die aktuelle Medikation sowie das Körpergewicht der Probanden nicht miterhoben wurde, kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden (s. Limitationen). Gleichzeitig wurde über die Skala körperliche Scham aber nicht nur nach dem körperlichen Idealbild, sondern auch nach Intimität und Abgrenzung gefragt. Wie bereits eingangs beschrieben, können Schamgefühle beispielsweise entstehen, wenn sehr intime und private Details preisgegeben werden. Nicht selten wird die funktionale Scham daher als Wächter über die eigene Privatsphäre angesehen und schützt neben unseren körperlichen Grenzen – z.B. vor zu viel Nähe oder Berührung – auch unsere Persönlichkeit mit all unseren intimen Gedanken, Fantasien und Empfindungen (Wurmser, 1990). Ein nicht seltenes Phänomen der Schizophrenie sind inhaltliche Denkstörungen, zu denen auch die sog. Ich-Störungen zählen. Darunter zusammengefasst werden Erlebensweisen, bei denen es zu einer Störung der Ich-Umwelt-Grenze kommt und das eigene Denken, Fühlen und Handeln als von außen gemacht empfunden wird. Das Gefühl für die persönliche Einheit geht somit verloren (AMDP, 2016). Phänomene, die hierunter fallen sind beispielsweise Derealisation, Depersonalisation sowie Gedanken- eingebung, -ausbreitung oder -entzug. Dass dieser Zustand des Exponiertseins eng mit – vor allem körperlichen Schamgefühlen – einhergeht, wäre äußerst nachvollziehbar. Patienten die unter derartigen Symptomen leiden, könnten sich verwundbar, angreifbar, transparent bzw. durchschaubar erleben. Ein Punkt, der diese Hypothese stützt, ist die Tatsache, dass vor allem die Positivsymptomatik, darunter Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen und Erregung, hoch mit körperlicher Scham korrelierten. In der Phase der Negativsymptomatik korrelierten vor allem interaktionale bzw. soziale Symptome mit körperlicher Scham (z.B. mangelnder affektiver Rapport, soziale Passivität, Mangel an Spontaneität). Hier wäre denkbar, dass eingangs beschriebene, körperliche Veränderungen, beispielsweise durch eine Gewichtszunahme, eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse zu *kognitiven Schamgefühlen*, bei denen es beispielsweise um moralische Idealbilder, die eigene Kompetenz sowie die soziale Zugehörigkeit ging, lieferten keinen signifikanten Gruppenunterschied. Mit einem leichten Trend äußerten hier sogar Patienten mit einer Depression, aber auch Patientinnen mit einer Borderline-Störung sowie die Normalbevölkerung stärkere Ausprägungen. Bei genauerer Auseinandersetzung mit der Skalenbeschreibung fällt auf, dass überwiegend mentale und moralische Werte abgefragt wurden. Die Autoren beschreiben erstere als „individuelle Idealvorstellungen einer Person, die nicht zwingend gesellschaftlichen Normen ent-

sprechen (z.B. Wie muss ich mich verhalten, um eine gute Freundin zu sein?)“ (Scheel et al., 2013, S. 282). Letztere würden eher die Handlungen nach verinnerlichteten sozialen Normen wie beispielsweise Ehrlichkeit, abfragen. Die Ergebnisse erscheinen daher zunächst überraschend, scheinen dies aus dem klinischen Alltag doch Themen zu sein, die diese Patientengruppe häufig beschäftigen. Denkbar wäre, dass hiermit potentielle verbundene Schamgefühle den Patienten in akuten Phasen weniger zugänglich oder nicht bewusst sind und sie sich weniger mit Themen rund um Moral und Werte auseinandersetzen.

Die Skala *existentielle Scham* wurde von den Autoren als chronisch erlebte Scham beschrieben, die sich auf die Gesamtheit der Person bezieht. Im Gegensatz zu den anderen beiden Konstrukten (körperliche und kognitive Scham) spielt hier die auslösende Situation keine Rolle, vielmehr wird das gesamte Selbst als „defizitär, unwichtig oder wertlos“ wahrgenommen (Scheel et al., 2013, S. 282). Dies geht mit Annahmen aus bisheriger Literatur einher, wonach funktionale Schamgefühle zwar dabei helfen, das eigene Selbst formen und eine Individualisierung fördern (Jacoby, 1991) - eine zu hohe und damit dysfunktionale Schamneigung hingegen häufig mit einem Selbstwertverlust einherzugehen scheint (Tangney & Dearing, 2003). Henriksen und Skodlar (2018) gehen davon aus, dass die Scham bei der Schizophrenie, wenn sie denn auftritt, sich meist auf den Eindruck bezieht, sich grundlegend von anderen Menschen zu unterscheiden. Dieses Anderssein ginge ebenso mit diffuser Angst einher. Die Autoren beschreiben bei Patienten mit einer Schizophrenie-Spektrum-Störung ein anhaltendes, meist seit der Kindheit oder frühen Jugend bestehendes Gefühl, radikal anders oder einfach "falsch" zu sein (Parnas & Henriksen, 2014). Es handele sich dabei um ein tief verankertes Gefühl, das durch keine konkrete, alltägliche Eigenschaft (z.B. andere Interessen zu haben als Gleichaltrige) erschöpfend erklärt werden könne. Mari Nagai spricht in diesem Zusammenhang von einer nicht objektivierbaren, inhaltslosen Differenz, die es den Betroffenen so schwer mache, sich in ihrem sozialen Umfeld zurechtzufinden (Motobayashi, Parnas, Kimura & Toda, 2016). Henriksen & Nordgaard (2016; S. 266) zitieren hier einen Patienten, der genau dieses Empfinden beschreibt:

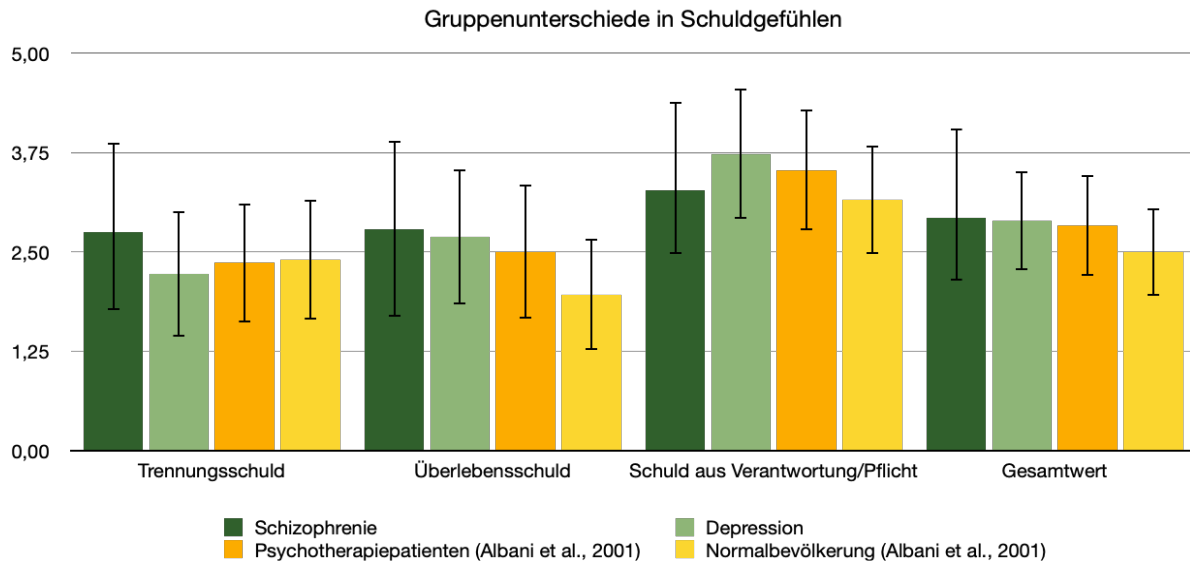
„Ich habe das Gefühl, dass ich kein natürlicher Mensch bin oder kein richtiger Mensch oder so etwas. Ich habe immer so sehr versucht, ein richtiger Mensch zu sein, aber ich habe das Gefühl, dass ich es nicht bin [...] Ich habe das Gefühl, dass ich keinen Kern oder keine Substanz habe [...] Ich habe diese Vorstellung, dass ich nicht menschlich aussehe und dass alle irgendwie nett zu mir sind und mitspielen. Im Ernst, wenn ich auf der Straße an anderen vorbeigehe, sind die Menschen höflich und starren mich nicht allzu sehr an, aber sie denken bestimmt: "Wer oder was war das?" Das heißt, ich habe denke wirklich oft, dass ich als Mensch nicht erkennbar bin.“

Nach Ansicht der Autoren finden wir hier somit typische Auslösesituationen von Schamgefühlen: Erfahrungen von Selbstentblößung, Verletzlichkeit und Entfremdung (Henriksen und Skodlar, 2018). Bei der Schizophrenie schämen sich die Patienten also in der Regel nicht für ein bestimmte eine Eigenschaft, die ihnen mit einem Adjektiv zugeordnet werden kann. Vielmehr scheint es so, als dass diese Patienten sich einfach aufgrund ihres Seins vor sich selbst, aber auch vor anderen schämen. Möglicherweise sind die durchdringenden Schamgefühle auch eng mit einem instabilen Selbstwertgefühl verknüpft. Wie eingangs beschrieben, geht eine hohe Schamneigung laut Literatur häufig auch mit einem Mangel an Empathie, Selbstwertverlust, inadäquatem Ärger, Impulsivität und Feindseligkeit einher (Tangney & Dearing, 2003). Ein schambezogenes implizites Selbstkonzept, wie es mit der Skala existentielle Scham erfasst wurde, war sowohl mit Positiv- (Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung, Feindseligkeit) als auch Negativsymptomatik (emotionaler Rückzug, mangelnder affektiver Rapport, soziale Passivität, Schwierigkeiten beim abstrakten Denken, Mangel an Spontaneität, stereotype Gedanken) positiv korreliert. Zusammenfassend könnte somit vermutet werden, dass Scham beim Störungsbild der Schizophrenie andere Qualitäten aufweisen könnte, als das beispielsweise bei Depressionen der Fall ist.

Psychotische Symptomatik und Schuld. In den Ergebnissen konnte kein signifikanter Gruppenunterschied im skalenübergreifenden Gesamtwert sowie bei der Überlebensschuld gefunden werden. Patienten mit Schizophrenie berichteten lediglich signifikant mehr Trennungsschuldgefühle. Schuld aus Verantwortung und Pflicht wurde stärker von Patienten aus der depressiven Vergleichsgruppe erlebt. Auch in diesem Fall unterstreichen die Ergebnisse die Wichtigkeit einer Differenzierung in unterschiedlichen Teilaspekten von Schuldgefühlen.

Um die Ergebnisse auch hier noch besser einordnen zu können, werden in Abbildung 8 die Daten der vorliegenden Stichprobe zusätzlich mit der Normstichprobe von Albani und Kollegen (2001) verglichen, wobei hier Daten zu Psychotherapiepatienten (diagnoseübergreifend) sowie der Normalbevölkerung vorliegen. Hier zeigen sich durchweg höhere Werte verglichen mit der Normalbevölkerung, was in Einklang mit Forschungsergebnissen von Britman und Kollegen (2012) liegt. Auch Lewis (1971) brachte eine Neigung zu Schuldgefühlen mit einer Disposition für gedankenbezogene Störungen, zu denen er auch die Schizophrenie zählte, in Verbindung (Blum, 2008). Im Gesamtwert scheinen Patienten mit Schizophrenie sich nur unmerklich von anderen Psychotherapiepatienten zu unterscheiden. In Bezug auf Trennungs- und Überlebensschuld zeigt sich eine klare Überlegenheit schizophrener Probanden. Schuldgefühle aus Verantwortung und Pflicht scheinen zwar insgesamt am höchsten ausgeprägt zu sein, bleiben jedoch hinter den Werten der Vergleichsgruppen zurück.

Abbildung 8: Gruppenvergleiche zu Schuld unter Berücksichtigung der Normstichprobe.



Mit dem Konzept der *Trennungsschuld* gehen laut den Autoren (Albani et al., 2001) ängstliche Gefühle einher, die im Ablöseprozess von den Eltern und dem Entwickeln einer eigenen Identität entstehen können. Häufig wird von Betroffenen antizipiert, dass die Trennung oder Loslösung seitens der Eltern nicht akzeptiert bzw. als Zurückweisung empfunden werde. Dass Patienten mit Schizophrenie hier deutlich erhöhte Werte angaben, könnte dadurch erklärt werden, dass überdurchschnittlich viele von ihnen aus Familien mit dem – wie eingangs beschriebenen – „high expressed emotions“ (HEE) Erziehungsstil kommen. Dieser stellt eine pathologische Reaktion auf die Erkrankung des Angehörigen dar und äußert sich meist in einer übermäßigen Involviertheit in die Behandlung gepaart mit einer Tendenz zur Bevormundung und Überbehütung (Bäumel, 2008). Dies konnte vor allem bei männlichen Patienten gezeigt werden und war mit einer schlechteren Prognose assoziiert (Leung & Chue, 2000). In der vorliegenden Studie zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Trennungsschuldgefühle korrelierten insgesamt hoch mit der Positivsymptomatik und waren damit vor allem in floriden Phasen, in denen Patienten sich oft in stationärer Behandlung und nicht in ihrem familiären Umfeld aufhielten, vorherrschend.

Überlebensschuld umfasst Überzeugungen, dass persönlicher Erfolg und Glück oder das Erreichen von Zielen mit dem Leid nahestehender Menschen einhergeht. Zwischen den beiden Gruppen ergaben sich zwar keine signifikanten Unterschiede, jedoch wird im Vergleich mit der Normstichprobe als auch mit der Skala Trennungsschuld (ähnlich hohe Werte) deutlich, dass dies durchaus Themen zu sein scheinen, die diese Patienten belasten und beschäftigen. Vielleicht konnten die Items, bei denen es zumeist um aktuellen beruflichen Erfolg oder das Erreichen von Zielen ging, die aktuelle Realität der Patienten, die sich womöglich gerade in stationärer Behandlung befanden oder arbeitsunfähig waren, nicht korrekt abbilden. Überlebensschuldgefühle korrelierten sowohl mit Positiv- (Wahnideen, Halluzinationen, Denkstörungen, Feindseligkeit) als auch Negativsymptomen (emotionaler Rückzug, soziale Passivität, Mangel an Spontanität, stereotype Gedanken).

Schuldgefühl aus Verantwortung und Pflicht entsteht laut den Autoren (Albani et al., 2001), wenn eine übermäßige Sorge für das Glück und Wohlergehen anderer im Vordergrund steht. Dass Patienten mit Schizophrenie hier geringere Werte als die Vergleichsgruppe aufweisen, könnte daher erklärt werden, dass Patienten in akuten Krankheitsphasen möglicherweise mehr mit sich selbst beschäftigt scheinen, als damit Verantwortung für andere zu übernehmen. Jedoch ist auch festzuhalten, dass diese Patientengruppe hier im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht unterdurchschnittlich abschneidet. Hier wäre eher zu vermuten, dass dies gemessen an der Schwere der Symptomatik in keiner akuten Krankheitsphase vorherrschendes Thema zu sein scheint, auch vor dem Hintergrund, dass weder die Positiv- noch die Negativsymptomatik hiermit assoziiert war.

Insgesamt fanden sich bei Schuldgefühlen weniger signifikante Gruppenunterschiede, insbesondere auch nicht im *skalenübergreifenden Gesamtwert*. Gleichzeitig spielen schuldbehaftete Themen aus dem klinischen Eindruck heraus durchaus eine Rolle. Hülshoff (2012) vertritt hierzu die Annahme, dass v.a. bei Wahn und Halluzinationen Vorstellungen, die mit dem eigenen Selbst nicht vereinbar sind, zunächst auf die Außenwelt externalisiert bzw. projiziert werden und potentiell Schuldgefühle so erst einmal abgewehrt werden kann. Aus ursprünglichen Selbstvorwürfen können so Beschimpfungen bzw. Bedrohungen einer Stimme werden. Auch beim Wahn werden zugrundeliegende Inhalte – beispielsweise inadäquate Wünsche und Bedürfnisse – zunächst abgewehrt. So bleiben Schuldgefühle bei psychotischen Erkrankungen oft in verhüllter Form, jedoch nicht weniger quälend im Bewusstsein bestehen und werden lediglich wahnhaft umgearbeitet (Tölle & Windgassen, 2012). Auch in der analytischen/psychodynamischen Therapierichtung, werden Wahn und Halluzinationen als Ausdruck von unbewussten Widerständen erklärt, die dazu dienen, unterdrückte Gedanken, Gefühle und Konflikte zum Ausdruck zu bringen (Lempa, von Haebler & Montag, 2017). Dies könnten Erklärungsmöglichkeiten dafür sein, dass Schuldgefühle in diesem Versuchsdesign nicht vollständig abgebildet werden konnten, von den Patienten nicht offen berichtet wurden oder nicht zugänglich waren. Für diese Hypothese spricht ebenfalls, dass das Item „Schuldgefühle“ (Beschreibung: „Gewissensbisse oder Selbstvorwürfe wegen echter oder vorgestellter Untaten in der Vergangenheit“) im PANSS mit einem vergleichsweise hohen Mittelwert einherging, der zu den drei höchsten Werten der Global- bzw. Allgemeinskala zählte. So liegt die Vermutung nahe, dass Patienten sich ihrer Schuldgefühle in Alltagssituationen vielleicht nicht bewusst scheinen, jedoch auf aktive Nachfrage davon berichten. Korrelationen des Items „Schuld“ (PANSS) mit Positiv- und Negativsymptomatik fielen mittel bis stark aus. Ebenfalls denkbar wäre, dass hier weitere Faktoren, beispielsweise die Fähigkeit der Perspektivübernahme bzw. des sich in andere hineinversetzen Könnens, eine Rolle spielen. Auch die Fähigkeit zur Wahrnehmung emotionaler Gesichtsausdrücke bei anderen – bei Patienten mit Schizophrenie oft defizitär (Kohler et al., 2010; Chan et al., 2010) – könnte hier mit einfließen.

Blickt man inhaltlich auf die Themen, mit denen sich Schuld bei Depression und Schizophrenie äußert, so findet sich ein wohl zentraler Unterschied. Während sich erstere Gruppe häufig auf reale und persönliche Situationen bezieht, bleiben Beispiele bei letzterer Gruppe häufig vage und unkonkret (z.B. für schlechtes Wetter verantwortlich zu sein oder mit einer bestimmten Körperbewegung ein Unglück ausgelöst zu haben). Jansson und Nordgaard (2016) vermuten daher, dass Patienten mit Schizophrenie auf ein oberflächlicheres, allgemeineres Konzept von Schuld zurückgreifen, das nicht mit einem konkreten zwischenmenschlichen Geschehen verankert ist. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, wieso in der vorliegenden Studie – in der primär die interpersonelle Schuld erfasst wurden – keine hohen Werte bei dieser Patientengruppe gefunden wurden.

Scham- bzw. schuldassoziierte Verhaltensweisen. Bei der Erfassung von Scham und Schuld über die damit assoziierten Verhaltensweisen fanden sich auf beiden Skalen höhere Werte bei den depressiven Patienten. Beide Effekte konnten als stark eingeordnet werden. Somit schienen depressive Patienten deutlich häufiger zu scham- und schuldassoziierten Verhaltensweisen zu neigen als Patienten mit Schizophrenie. Die Schuldskala korrelierte zudem negativ mit Negativsymptomatik. Somit scheint ausgeprägte Negativsymptomatik mit noch weniger schuldassoziierten Verhaltensweisen (Wiedergutmachung, Entschuldigung) einherzugehen, was durch Symptome wie Antriebslosigkeit und Passivität erklärt werden könnte. Bei Scham zeigte sich keine negative Korrelation, was an den unterschiedlichen Handlungstendenzen liegen könnte. Gerade bei schamassoziiertem Verhalten finden sich eher passivere Handlungstendenzen wie Vermeidung, Rückzug oder Flucht, die in Zügen auch der Negativsymptomatik typisch sind. Bei Schuld hingegen sind mit Annäherung, Reparatur oder Eingeständnis deutlich aktivere Handlungstendenzen gefordert, welche möglicherweise durch eine ausgeprägte Negativsymptomatik unrealistischer erscheinen. Auch Einflüsse von weiteren Faktoren, wie z.B. Defizite in sozialer Kompetenz, könnten hier eine Rolle spielen. Ebenfalls denkbar wäre, dass Patienten mit Negativsymptomatik Schuld nicht so stark und lange genug empfinden, um eine Handlung zu initiieren. Custers und Aarts (2005) postulieren hierzu, dass Handlungstendenzen dann entstehen können, wenn der angestrebte Zustand als erreichbar attribuiert wird, eine Diskrepanz zwischen aktuellem und erwünschtem Zustand herrscht und letzterer als angenehm empfunden wird (z.B. eintretende Erleichterung nach Entschuldigung). Hier stellt sich die Frage, ob möglicherweise Antriebsverlust dafür verantwortlich ist, dass Patienten wenig Motivation aufweisen, einen emotional angenehmeren Zustand herzustellen oder dieser als nicht erreichbar eingestuft wird. Ebenfalls offen bleibt, ob die mangelnde Handlungsinitiierung durch eine zu starke Emotionsregulation im Sinne einer Verdrängung entsteht. Hier wäre es künftig interessant, Unterschiede genauer herauszuarbeiten und der Frage nachzugehen, ob Schuld möglicherweise aversiver erlebt und stärker abgewehrt wird als Scham. Auf die emotionale Abwehr soll auch im nächsten Abschnitt noch genauer eingegangen werden.

Emotionale Abwehrmechanismen. Als Indikator für emotionale Abwehr wurden in dieser Studie zwei Skalen des *TOSCA* (Distanzierung, Externalisierung) herangezogen. Hier fanden sich klare Gruppenunterschiede mit großen Effekten für deutlich höhere Werte in der Gruppe der an Schizophrenie erkrankten Probanden. Um diesen Effekt zu diskutieren, scheint ein kurzer Exkurs zum Thema Emotionsregulation bei psychotischen Erkrankungen sinnvoll.

Unter Emotionsregulation werden Fähigkeiten bzw. Strategien zusammengefasst, die Emotionen in ihrer Intensität, Qualität, Dauer und Zeitpunkt regulieren (verstärken, aufrechterhalten oder abschwächen), sodass ein erwünschter emotionaler Zustand erlangt und zielgerichtetes Verhalten möglich gemacht wird (Gross, 2007). Voraussetzung hierfür ist ein aktives Bewusstsein über die jeweilige Emotion. Zu Fähigkeiten der Emotionsregulation zählen beispielsweise kognitives Umbewerten, Suppression (Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks), Rumination (Grübeln) oder Ablenkung (Wirtz, 2013). Intraindividuell dient Emotionsregulation dazu, aversive affektive Zustände zu vermeiden. Auf interindividueller Ebene wird beispielsweise das Ziel verfolgt, sich selbst gut darzustellen, soziale Kontrolle zu übernehmen oder prosozial handeln zu können (Wirtz, 2013). Im Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998) werden Emotionsregulationsstrategien aus zeitlicher Sicht in zwei Kategorien unterschieden.

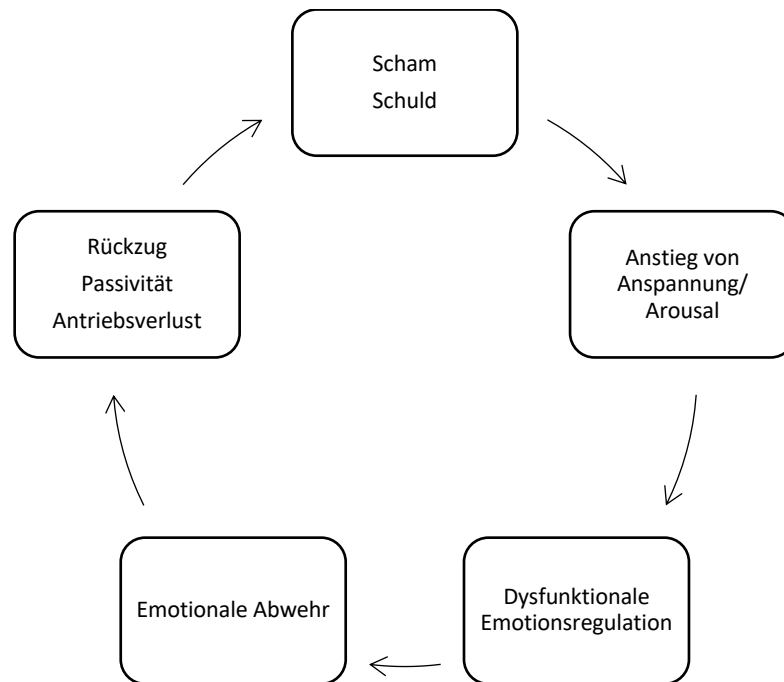
- (1) Antezedenzfokussierte Regulationsstrategien greifen zu einem frühen Zeitpunkt, wenn sich die Emotion noch nicht voll entfaltet hat und somit noch keine emotionsbezogenen Reaktionstendenzen vorhanden sind. Emotionsreaktionen werden z.B. durch aktive Auswahl oder Modifikation der Situation unterbunden. Prozesse der Aufmerksamkeitslenkung und kognitiven Umbewertung fallen auch hierunter (Wirtz, 2013).
- (2) Reaktionsfokussierte Regulationsstrategien setzen zu einem späten Zeitpunkt, wenn die Emotion vollständig entwickelt ist, ein. Hierunter fallen Mechanismen der Reaktionsveränderung, beispielsweise Suppression oder Überspielung (In-Albon, 2013).

Während beispielsweise Um- bzw. Neubewertung zu den funktionalen Emotionsregulationsstrategien zählt, fallen Suppression - zu welcher auch die hier erhobenen Abwehrmechanismen der Distanzierung und Externalisierung zählen - Rumination (Grübeln) oder Überspielung zu den dysfunktionalen Strategien (In-Albon, 2013). Laut Gross (1998) verändern diese dysfunktionalen Strategien zwar das Ausdrucksverhalten, jedoch nicht das eigentliche emotionale Erleben. Wiederholte Suppression könne sogar dazu führen, dass langfristig mehr negative und weniger positive Emotionen erlebt werden und die damit einhergehende physiologische Reaktion noch stärker ausfalle. Ziel wäre daher die Etablierung von kognitiver Neubewertung mit langfristig positiven Einflüssen auf Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (Gross & John, 2003).

Doch stehen die in der vorliegenden Studie gefundenen Effekte in Einklang mit aktuellen Forschungsergebnissen? Bisherige Befunde attestieren Schizophreniepatienten Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, welche sich durch einen häufigeren Gebrauch von maladaptiven Strategien äußern. O'Driscoll, Laing und Mason (2014) untersuchten beispielsweise in einer Metaanalyse Ergebnisse aus querschnittlichen Fragebogenstudien und fanden Hinweise, dass psychotische Probanden im Gegensatz zu gesunden Kontrollen weniger kognitiv Umbewerteten, dafür mehr Rumination, Suppression oder Ablenkung zeigten. In Studie von Westermann, Rief und Lincoln (2014) war ein Mangel an kognitiver Umbewertung mit einem Anstieg paranoider Symptomatik assoziiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie reihen sich somit in bisherige Befunde ein, da auch in dieser Studie stärkere Ausprägungen in Suppression gefunden wurden, als bei der depressiven Vergleichsgruppe. Nichtsdestotrotz sollte an dieser Stelle auch berücksichtigt werden, dass die Schizophreniepatienten hier mit einer depressiven Gruppe verglichen wurden, die signifikant mehr psychotherapeutische Vorerfahrung hatte (92.2% der depressiven Patienten gaben an, bereits in psychotherapeutischer Einzel- und/oder Gruppentherapie gewesen zu sein). Scham und Schuld wurden in zwei von drei Fällen thematisiert, woraus vermutet werden kann, dass die depressiven Patienten hier womöglich schon mit funktionalen Umgangsmöglichkeiten vertraut waren.

Trotz dessen kann festgehalten werden, dass Patienten mit einer Schizophrenie zu Defiziten in der Emotionsregulation zu neigen scheinen, weshalb im Folgenden ein theoretisches Modell formuliert wurde, das die bisher in dieser Arbeit diskutierten Ergebnisse zusammenfassen könnte. Scham- und Schuldgefühle, die mit einem Anstieg von Anspannung und Arousal einhergehen, können nicht adäquat und erfolgreich reguliert werden. Es kommt zu einem übermäßigen Einsatz dysfunktionaler Regulationsstrategien im Sinne von Abwehr, Verdrängung und Suppression. Hierdurch kann die Emotion jedoch nicht verarbeitet werden, sondern bleibt trotzdem bestehen. In der Positivsymptomatik könnte sich dies im Rahmen von wahnhaftem Erleben oder Stimmenhören in verhüllter Form zeigen. In der Negativsymptomatik bleibt die Emotion ebenfalls unverarbeitet, was langfristig einer Lähmung im Umgang damit sowie zur Passivität führt, für die sich der Patient wieder schämt oder schuldig fühlt (vgl. Teufelskreismodell Abbildung 9).

Abbildung 9: Mögliches Teufelskreismodell zur Aufrechterhaltung von Scham und Schuldgefühlen bei der Schizophrenie.



Psychotische Symptomatik und Stigmatisierung. Das Thema Stigmatisierung und deren Ursachen bzw. Auswirkungen bei psychotischen Erkrankungen stellte zwar nicht das Hauptthema der vorliegenden Arbeit dar, jedoch reihen sich die hier gefundenen Ergebnisse in eine Reihe von Befunden ein, die ebenfalls hoch ausgeprägte Werte in Stigmaerfahrungen als auch -auswirkungen berichten (z.B. Brain et al, 2014; Brohan et al., 2010). Wie bereits eingangs beschrieben, leiden Betroffene nicht selten dauerhaft unter Restsymptomen oder Defiziten im kognitiven, sozialen oder kommunikativen Bereich. Beeinträchtigungen in der sozialen sowie beruflichen Lebensgestaltung (z.B. eingeschränkte Erwerbstätigkeit) resultieren häufig in einer reduzierten Lebensqualität, finanziellen Schwierigkeiten und Belastung der Betroffenen und Angehörigen. Auch Vorurteile und fehlendes Störungswissen in der Gesellschaft tragen wohl immer noch zur Diskriminierung und Stigmatisierung der Erkrankten bei (Gaebel & Wölwer, 2010). Bedeutsam für die vorliegende Arbeit erscheint jedoch eher die Tatsache, dass Gruppenunterschiede in Scham- und Schuldgefühlen auch unabhängig vom Ausmaß an subjektiver Stigmatisierung aufgetreten sind, was nochmals die bedeutsame Rolle beider Emotionen bei der Schizophrenie unterstreicht und so explizit bislang noch nicht untersucht wurde.

Einfluss der Erkrankungsdauer. Ein früher Erkrankungsausbruch ging nicht mit einem erhöhten Scham- oder Schuldgefühlen einher. So korrelierte weder das Alter beim Beginn erster psychischer Symptome noch das Alter bei der ersten stationären Aufnahme mit Scham oder Schuld. Jedoch scheinen Schamgefühle mit steigender Anzahl an stationären Aufenthalten abzunehmen. Auch die Erkrankungsdauer korrelierte negativ mit Schamgefühlen. Mit Schuldgefühlen ergab sich kein signifikanter Zusammenhang. Die Ergebnisse zeigten zudem höhere Schamwerte bei Ersterkrankten im Vergleich zu chronisch Erkrankten. Dies entsprach einem mittelgroßen Effekt. Somit geht auch hier aus den Daten hervor, dass die Phase der Ersterkrankung mit den höchsten Schamgefühlen einhergeht. Dies steht im Einklang mit Befunden von Miller und Mason (2005), die ebenfalls höhere Werte im Scham- und Schuldgefühlen bei ersterkrankten Patienten berichteten. Denkbar wären hier zwei Richtungen: Einerseits könnte der Effekt, den die Ersterkrankung und Diagnosestellung auslöst, so stark schambehaftet sein, dass er spätere Effekte „überstrahlt“. Gründe hierfür wären möglicherweise, dass die Erfahrung, dem eigenen Geist nicht mehr trauen zu können als erschütternd wahrgenommen wird sowie die Diskrepanz zu verinnerlichten Werten und Idealen (z.B. von Leistungsorientierung) als sehr hoch eingestuft wird und der Eindruck entsteht, plötzlich stark von der Gesellschaft abzuweichen und zu deklinieren. Andererseits wäre denkbar, dass Schamgefühle mit fortschreitender Erkrankungsdauer abnehmen, weil sich möglicherweise das Umfeld und damit die soziale Vergleichsgruppe ändert. Das „Social-Drift-Model“ (Dunham, 1965; Goldberg & Morrison, 1963) postuliert, dass insbesondere psychotische Patienten dazu neigen, im Laufe der Erkrankung von einer sozialen Abwärtsspirale, einem „Abdriften“ betroffen sind, beispielsweise weil sie Schwierigkeiten haben, ein Beschäftigungsverhältnis zu finden oder weil die Erkrankung mit Einbußen in kognitiven Fähigkeiten einhergehen kann. Somit wäre denkbar, dass durch Änderung des sozialen Umfeldes und gegenüber der neuen sozialen Vergleichsgruppe (z.B. Mitpatienten) weniger Schamgefühle auftreten als noch zu Beginn der Erkrankung. Hierfür spricht, dass Scham generell mit der Besorgnis über die Verschlechterung des sozialen Ranges oder die Besetzung eines niedrigen Status in der sozialen Hierarchie widerspiegelt (Kim et al., 2011).

Einfluss von Alter und Geschlecht. Die Ergebnisse deuteten an, dass Patienten gruppenübergreifend mit zunehmendem Alter zu mehr Verhaltensstolz neigen. Existentielle Scham scheint hingegen vermehrt in jüngerem Alter aufzutreten. Speziell in der Schizophreniegruppe zeigten jüngere Patienten mehr Trennungsschuldgefühle, mehr körperliche und mehr existentielle Scham sowie mehr Distanzierungs- sowie Externalisierungstendenzen. Dies scheint durchaus nachvollziehbar, ist man doch in jungen Jahren weniger sozial, wirtschaftlich oder finanziell abgesichert, was existentielle Schamgefühle fördern könnte. Auch die Ablösung der Eltern (Trennungsschuld) und die Akzeptanz des eigenen Körpers bzw. Finden einer eigenen Identität (körperliche Scham) spielt vor allem in jungen Jahren eine größere Rolle. Die höheren Werte in Distanzierungs- und Externali-

sierungstendenzen könnten beispielsweise durch Defizite in der sozialen Kompetenz bei jüngeren Patienten erklärt werden. Auch an dieser Stelle kann angemerkt werden, dass die Gruppenunterschiede in Scham- und Schuldgefühlen auch nach Kontrolle für Alter in allen Skalen signifikant waren.

Hinsichtlich des Geschlechts ergaben sich in der Gesamtstichprobe keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. In der Literatur werden hierzu unterschiedliche Ergebnisse berichtet. Ferguson und Crowley (1997) fanden Schamgefühle beispielsweise eher bei Frauen, Schuldgefühle eher bei Männern. Speziell in der Depressionsgruppe äußerten Frauen deutlich mehr Scham- und Schuldgefühle mit mittleren bis großen Effekten, v.a. bei körperlicher Scham und Trennungsschuld. Letzteres steht im Einklang mit Ergebnissen von Woien und Kollegen (2003), die herausfanden, dass elterliche Überbehütung und Schwierigkeiten im Ablöseprozess bei Männern mit Scham und bei Frauen mit Schuldgefühlen in Verbindung stehen.

5.2 Limitationen und methodische Schwächen

Nachdem nun die Ergebnisse inhaltlich eingeordnet und diskutiert wurden, folgt im nächsten Abschnitt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign, den eingesetzten Fragebögen sowie der Methodik.

Diskussion der Stichprobe. Zunächst ist kritisch anzumerken, dass die beiden Stichproben nicht hinsichtlich relevanter soziodemografischer Daten gematcht wurden. So gab es signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich des Alters, der Wohnsituation, der Schulbildung bzw. des Ausbildungsstands sowie der Religionszugehörigkeit. Hier kann vor allem bei letzterem Punkt ein Einfluss nicht ganz ausgeschlossen werden, da Scham und Schuld als moralische Emotionen maßgeblich von verinnerlichten Normen und Werten abhängen (Lammers, 2020). Trotzdem bleibt festzuhalten, dass hinsichtlich der Religionszugehörigkeit keine Gruppenunterschiede gefunden wurden. Zudem scheinen beispielsweise im *TOSCA* soziodemographische Variablen wie Schulbildung keinen Einfluss auf die Skalenwerten zu haben (Kocherscheidt et al., 2002). Hinsichtlich des Alters waren Schizophreniepatienten jünger und äußerten mehr Trennungsschuld, körperliche und existentielle Scham sowie mehr emotionale Abwehr. Aufgrund dessen wurde entschieden, Alter als Kovariate mit ins Modell einzubeziehen. Unter Kontrolle dessen blieben alle Gruppenunterschiede signifikant. Bezogen auf die Stichprobe ist ebenfalls anzumerken, dass sich die beiden Stichproben hinsichtlich des Verhältnisses aus ambulanten, teilstationären und stationären Patienten deutlich unterscheiden haben. Insgesamt zeigten sich Schwierigkeiten, Patienten mit Schizophrenie in der akuten Phase für die Studie zu rekrutieren. Der Verdacht, dass in der Schizophrenie-

gruppe – durch den großen Anteil an ambulanten Patienten – nur geringe *PANSS*-Werte gefunden werden, hat sich trotz dessen jedoch nicht bestätigt. Die Skalenwerte ähnelten hier sehr den Werten der Normstichprobe (Kay, Fiszbein & Opler, 1987). Bei den Depressionspatienten entsprach der *BDI-II*-Wert einer mittelschweren depressiven Symptomatik. Auch diesbezüglich wurden im Ergebnisteil statistische Analysen durchgeführt. So gab es weder einen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Patienten, noch veränderten sich signifikante Gruppenunterschiede unter Kontrolle der Kovariate Depressivität. Zur Berechnung der Stichprobengröße wurde im Vorfeld eine Analyse mittels *G*Power* (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) durchgeführt, die für einen erwarteten mittelgroßen Effekt eine Stichprobengröße von mind. 102 Probanden ergab. Dies wurde in der vorliegenden Studie eingehalten. Für mögliche kleinere Effekte hätte die Stichprobe jedoch noch deutlich größer sein müssen.

Diskussion der Erfassung der aktuellen Symptomatik. Hinsichtlich der Diagnostik ist kritisch anzumerken, dass lediglich die psychiatrische Hauptdiagnose und keine Nebendiagnosen erfasst wurden. Hauptgründe hierfür waren, dass die Patienten klar in eine der beiden Gruppen eingeteilt werden konnten. Durch die Tatsache, dass Patienten nicht direkt selbst auf die Studie aufmerksam gemacht wurden, sondern zunächst mit Behandlern gesprochen wurde, sollte sichergestellt werden, dass nur Patienten eingeschlossen wurden, bei denen eine der beiden Diagnosen klar im Vordergrund stand. Auch konnte ausgeschlossen werden, dass Probanden aus der Depressionsgruppe in der Vorgeschichte eine psychotische Episode erlebt hatten. Trotz dessen kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Komorbiditäten wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen bzw. -akzentuierungen hier eine Rolle spielen. Dieser potentielle Informationsverlust sollte bei künftigen Studien entsprechend berücksichtigt werden. Denkbar wäre z.B. eine Erfassung der aktuellen psychischen Belastung über die *SCL-90-R* (Franke, 2002) oder der Persönlichkeitsebene z.B. über den *ADP-IV* (Renn et al., 2007). Trotzdem ist festzuhalten, dass Komorbiditäten jedoch auch die klinische Realität widerspiegeln und so die externe Validität dieser Studie erhöhen. Hinsichtlich der *PANSS* wird eigentlich ein gezieltes Rater-Training empfohlen (Maß, 2010), mit welchem die Reliabilität erhöht werden kann. Hier ist jedoch positiv anzumerken, dass alle *PANSS*-Interviews von der Autorin durchgeführt wurden, um Unterschieden im Rating vorzubeugen.

Diskussion der eingesetzten Fragebögen. Grundsätzlich wurde versucht, durch die Auswahl der unterschiedlichen Fragebögen auch verschiedene Aspekte von Scham- und Schuldgefühlen zu erfassen sowie auch die Komponente der assoziierten Verhaltensweisen miteinzubeziehen. Trotzdem ist festzuhalten, dass weitere Fragebögen in Frage kämen, um noch mehr Subfacetten abdecken zu können. An dieser Stelle sind z.B. folgende Fragebögen festzuhalten: Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen (Kämmerer, Rosenkranz, Parzer & Resch, 2004), Experiental Shame Scale (*ESS*,

Turner, 2014) oder der Personal Feelings Questionnaire (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990). Gleichzeitig birgt eine größere Anzahl an Fragebögen auch die Gefahr eines Motivationsverlustes. Das Ausfüllen der Fragebogenbatterie nahm in der vorliegenden Studie ca. 40 Minuten ein. Vor allem vor dem Hintergrund der bei beiden Störungsbildern häufig auftretenden Konzentrationsstörungen erschien dies als noch machbar. Alternativ könnte in weiterführenden Studien überlegt werden, den Probanden einige Tage für die Bearbeitung der Fragebögen Zeit zu geben.

Diskussion der Methodik. Hinsichtlich der Methodik ist bei Selbstbeurteilungsfragebögen grundsätzlich kritikwürdig, dass es zu Antworttendenzen wie beispielsweise der Tendenz zur Mitte oder der Tendenz zur Milde bzw. Härte (Sedlmeier & Renkewitz, 2008) kommen kann. Der Fakt, dass die Autorin als Versuchsleiterin permanent im Raum anwesend war bzw. mit den depressiven Probanden teils in Kleingruppen – zwar mit Diskretionsabstand – getestet wurde, könnte auch zu Antworten entsprechend der sozialen Erwünschtheit geführt haben. Auch wenn im Vorfeld sorgfältig über den Datenschutz sowie Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung aufgeklärt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Probanden Vorbehalte darüber hatten, was mit ihren Daten geschehen könnte. Ferner ist anzumerken, dass durch die Art der Fragestellungen (beispielsweise durch Vorgabe von Beispielsituationen und möglichen Handlungsimpulsen im *TOSCA*) eine große Vorstellungskraft von den Probanden erwartet wurde. Dies könnte einerseits dazu geführt haben, dass die Beantwortung als noch anstrengender erlebt wurde und die Fragen daher nicht so sorgfältig ausgefüllt wurden, wie erhofft. Andererseits deuten konvergente Befunde darauf hin, dass Patienten mit Schizophrenie durchaus verlässliche Berichte über ihr emotionales Erleben liefern können. Kring und Earnst (1999) fanden beispielsweise eine hohe interne Konsistenz und Test-Retest-Zuverlässigkeit in Berichten über das emotionale Erleben von dieser Patientengruppe. Dies zeigte sich zudem auch dann, wenn sich Symptome oder die aktuelle Medikation veränderten. Zudem scheinen Patienten mit Schizophrenie in der Lage zu sein, Emotionen hinsichtlich ihrer Valenz bzw. Wertigkeit (positiv vs. negativ) und ihres Aktivierungsniveaus (niedrig vs. hoch) identisch darzustellen, wie Patienten ohne Schizophrenie (Kring et al, 2003). Den Ergebnissen aus Selbstauskunftsfragebögen dieser Klientel kann so durchaus Vertrauen geschenkt werden. Nichtsdestotrotz könnten künftige Studien alternative Verfahren wie z.B. eine direkte Konfrontation mit scham- bzw. schuldassoziierten Wörtern, adjektivbasierte Skalen (Einschätzung, inwieweit scham- und/oder schuldbezogene Adjektive das eigene Selbst beschreiben) oder Experience Sampling (Erfassung von Emotionen im Alltag des Patienten) heranziehen. Auch eine qualitative Befragung zu den konkreten Inhalten von Scham- und Schuld erleben könnte weiteren Aufschluss geben. Letztlich deuten auch die bereits diskutierten, hohen Werte im Item „Schuld“ des *PANSS* an, dass Patienten hier durchaus auf Nachfrage Schuldgefühle äußerten.

Diskussion der erhobenen Variablen. In jedem Falle kritikwürdig erscheint die Tatsache, dass die aktuelle Medikation der Patienten nicht miterfasst wurde. Dies wäre insbesondere für die Interpretation zur Skala körperliche Scham von Bedeutung, da eine Gewichtszunahme und weitere unerwünschte Nebenwirkungen unter zahlreichen Antipsychotika auftreten können (Benkert & Hippus, 2019). In diesem Zusammenhang wäre auch eine Erhebung des aktuellen Körpergewichts der Patienten wünschenswert gewesen. Auch beim *BDI-II* werden nicht alle körperlichen Symptome einer Depression (wie beispielsweise Gewichtszunahme) abgefragt.

5.3 Implikationen für die Praxis und Ausblick

Wissenschaftliche Studien sollten nicht nur dazu beitragen, aktuelles Wissen über psychiatrische Störungsbilder zu erweitern, sondern auch dazu, Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern und weiterzuentwickeln, um so das Ausmaß psychischer Belastung zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Daher sollen im folgenden Abschnitt zunächst Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis abgeleitet werden, bevor dann Anregungen für weiterführende Forschung vorgestellt werden.

Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung. Die vorliegenden Ergebnisse lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass Scham und Schuld bedeutsame Emotionen beim Störungsbild Schizophrenie darstellen und die Betroffenen Defizite in der Emotionsregulation aufweisen, was in Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen steht (z.B. Metaanalyse von Ludwig, Werner & Lincoln, 2019) und das Risiko für einen Rückfall erhöhen kann (Lincoln, 2019).

Da bewusste Emotionswahrnehmung sowohl eine wichtige Voraussetzung für Emotionsregulation zu sein scheint (Van Rijn et al., 2011) als auch Grundlage für deren erfolgreichen Einsatz ist (Berking & Whitley, 2014), wäre daher zunächst empfehlenswert, zugrundeliegende Scham- und Schuldgefühle, die aufgrund der Heterogenität dieses Störungsbildes sehr individuell sein können, genau zu explorieren. Diese Identifizierung und Verbalisierung kann für diese Patientengruppe eine durchaus große Herausforderung darstellen, ist jedoch für das spätere Bewusstsein und Therapieansätze von großer Bedeutung. Wer nicht in der Lage ist, das eigene emotionale Erleben zu benennen, greift häufiger auf maladaptive Strategien zurück und hat deutlich weniger Aussichten darauf, dass die adäquate Emotionsregulation auch nach Therapieende zu einem impliziten Prozess werden kann (O'Driscoll, Laing & Mason, 2014). Eine neuere wissenschaftliche Studie konnte bereits zeigen, dass eine adaptive Emotionsregulation im Rahmen von kognitiver Verhaltenstherapie in der Psychosebehandlung Verbesserungen im Misstrauen nach sich zog (Schlier et al., 2020). Auch ein explizites Training von Fähigkeiten zur Emotionsregulation gepaart mit Psycho-

edukation für Emotionen konnte die langfristige Entwicklung dieser Fähigkeit erleichtern und die kognitive Bewertung unterstützen (Cameron, Ogrodniczuk, & Hadjipavlou, 2014). Da die Fähigkeit, Emotionen zu identifizieren auch mit dem sozialen Funktionsniveau bei Psychosepatienten einzugehen scheint (Kimhy et al., 2012), könnte die Emotionswahrnehmungsförderung neben spezifischen Symptomen auch das soziale Funktionsniveau positiv beeinflussen.

Die kognitive Verhaltenstherapie ist die am besten belegte und fundierteste psychologische Therapie zur Behandlung von Psychosen (s. beispielsweise Metaanalysen von Bird et al., 2010; Jauhar et al., 2014; Burns et al., 2014) sodass sich die Empfehlung auch in der S3 Leitlinie (DGPPN, 2019) wiederfindet. Eine Anpassung bestehender Manuale beispielsweise um Psychoedukation zu Scham und Schuld, deren Funktionen und assoziierten Verhaltensweisen sowie Elementen der Emotionsregulation, wären klinisch sinnvoll. Möglicherweise stellen auch Psychotherapieverfahren der dritten Welle geeignete Ansätze dar, um Scham und Schuld adäquat zu adressieren. Carden und Kollegen (2020) führen an dieser Stelle beispielsweise die auf Mitgefühl ausgerichtete Therapie („*Compassion focused therapy*“, CFT) sowie die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) an. Die CFT wurde entwickelt, um die Fähigkeit zur Verbundenheit mit sich selbst und anderen zu fördern und so das emotionale Bedrohungssystem zu regulieren. In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde die Anwendung der CFT in Form einer Gruppentherapie bei Psychosepatienten überprüft. Diese Gruppen-CFT war mit einer hohen Akzeptanz seitens der Teilnehmer, einer signifikanten klinischen Verbesserung der Symptomatik sowie des Mitgefühls gegenüber sich selbst verbunden. Auch verringerte sich die depressive Symptomatik und die wahrgenommene soziale Ausgrenzung (Braehler et al., 2013). Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie fördert die Akzeptanz von Gedanken und Gefühlen und kann Patienten somit darin unterstützen, Scham- und Schuldgefühle als weniger belastend zu empfinden und einen adäquaten Umgang mit ihnen zu finden. Erste Überblicksarbeiten wie beispielsweise von Wakefield, Roebuck und Boyden (2018) deuten an, dass ACT eine durchaus wirksame Behandlung bei Psychosen sein kann, auch in kürzeren Formen, bei schweren Symptomen, komplexen Komorbiditäten, im Einzel- oder Gruppensetting sowie sowohl bei Ersterkrankten als auch chronisch Erkrankten. Ferner könnten Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), die sich auf die Veränderung von Verhaltensweisen und der Verbesserung der Emotionsregulation konzentriert, helfen, Scham- und Schuldgefühle besser zu verstehen und regulieren zu können. Eine erste und sehr aktuelle Studie hat hierzu ein Gruppentherapiekonzept entwickelt und evaluiert. Die Teilnehmer berichteten im Anschluss an diese Skillsgruppe signifikante Verbesserungen im Verständnis und im Umgang mit Emotionen, mit positiven Auswirkungen auf das tägliche Leben sowie die allgemeine psychische Belastung (Lawlor et al., 2022).

Offene Forschungsfragen. Neben den bereits erwähnten methodischen Verbesserungswünschen (z.B. der Erfassung weiterer Variablen) ergeben sich auf Grundlage dieser und ähnlicher Studien, Ideen für die weiterführende Forschung. An dieser Stelle werden einige Anregungen kurz vorgestellt.

- 1) Für künftige Studien wäre eine Hinzuziehung weiterer Kontrollgruppen, bei denen die Emotionen Scham und Schuld nachweislich eine bedeutende Rolle spielen (z.B. Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung; Göttler, 2007 oder Angststörungen; Kämmerer, 2010) interessant.
- 2) Ferner wäre denkbar, eine Gruppe hinzuzuziehen, bei der die akute Symptomatik einer Schizophrenie bereits abgeklungen ist. In der Literatur wird teilweise darauf verwiesen, dass Scham- und Schuldgefühle in akuten Krankheitsphasen weniger zugänglich sind (Lammers, 2020), weswegen vermutet werden könnte, dass diese Thematik bei Menschen mit einer psychotischen Phase in der Vorgeschichte noch relevanter sein könnte, als bislang ersichtlich.
- 3) In der vorliegenden Studie galt es zunächst, Unterschiede zwischen Patienten mit Schizophrenie und Depression im Allgemeinen zu finden – auch, um den Weg für weitere Untersuchungen zu ebnet. Daher könnte künftig auch in Bezug auf die Patientengruppe an sich noch weiter differenziert werden. So wäre denkbar, Patienten mit thematisch ähnlichen Wahnhaltungen voneinander zu trennen. Ebenso ein Vergleich zwischen Patienten mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen wäre vorstellbar.
- 4) Durch das vorliegende korrelative Querschnittsdesign bleiben Fragen bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Effekte sowie der Kausalität und deren Richtung weiterhin offen. Für die Zukunft wären daher auch Längsschnittuntersuchungen wünschenswert. Bislang ist nicht ersichtlich, ob ein hohes Maß an Scham- und/oder Schuldgefühlen zuerst auftritt und dann Veränderungen der schizophrenen Symptome bewirkt oder ob Patienten Scham- und/oder Schuldgefühle als Folge ihrer Symptomatik erleben. In der Tat scheint plausibel, dass Betroffene den Beginn einer schizophrenen Episode als Beweis für ein mangelhaftes Selbst interpretieren, sodass Scham als Folge der akuten Symptomatik auftritt. Ebenfalls denkbar wäre – wie weiter oben skizziert – ein sich selbst verstärkender Kreislauf, in dem Scham- und/oder Schuldgefühle und psychotische Symptome sich gegenseitig verstärken.
- 5) Neben der hier erfolgten psychologischen Erhebung wären künftig auch Studien mit Einbezug von bildgebenden Verfahren (wie beispielsweise schon in Bezug auf Scham- und Schuldgefühle bei Zwangsstörungen erfolgt ist, s. Hennig-Fast et al., 2015) interessant.
- 6) Experimentelle Studien könnten ebenfalls weiteren Aufschluss geben, wenngleich die aktive Manipulation von Scham- und Schuldgefühlen im Labor sicherlich schwer durchführbar und ethisch fragwürdig wäre. Leichtere Manipulationen wie von Kim et al. (2011) vorgeschlagen (z.B. die Imagination von zuvor erlebten Scham- und Schuldgefühlen) könnten dies umgehen.
- 7) Eher durchführbar erscheinen prospektive Längsschnittstudien, beispielsweise mit Probanden in der Prodromalphase. Einige Studienergebnisse bekräftigen bereits die Vermutung, dass Probanden in der Prodromalphase oder mit sehr hohem Erkrankungsrisiko („*ultra-high risk*“) ein höheres Maß an Scham empfinden als gesunde Kontrollen (Parnas, Jansson, Sass & Handest, 1998; Park et al., 2021). Bei beiden Gruppen könnte noch weiter untersucht werden, inwieweit individuelle Unterschiede in der Neigung zu Scham- und Schuldgefühlen spätere psychotische Symptome vorhersagen.

- 8) In jedem Falle wünschenswert wären größere randomisiert-kontrollierte Studien mit Follow-up zur (langfristigen) Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen, um eine insgesamt solidere Evidenzbasis zu generieren.

Fazit. Obwohl negativer bzw. unangenehmer Affekt in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus von Forschungsarbeiten zur Schizophrenie gerückt ist, wird betroffenen Patienten immer noch häufig eine gewisse Emotionslosigkeit unterstellt. So ist oft zu lesen, dass in floriden Phasen zumeist kein Zugang zu Emotionen möglich sei und die spätere Negativsymptomatik von Affektverflachung geprägt und damit ebenfalls kaum emotional gefärbt sei. Tatsächlich äußern sich Affektstörungen meist über eine reduzierte Mimik oder Störungen in der Emotionswahrnehmung bei anderen. Neuere Forschungsergebnisse – zu denen sich auch die vorliegende Arbeit einreicht – zeigen jedoch, dass Patienten mit Schizophrenie Emotionen – auch wenn sie sie vielleicht weniger zeigen – in gleichem Maße oder noch intensiver erleben. Eine Unterscheidung zwischen emotionalem Ausdruck und emotionalem Erleben scheint so auch in Zukunft zentral.

Die vorliegende Studie beschränkte sich auf die Untersuchung der beiden sozialen und selbstreflexiven Emotionen Scham und Schuld, unterstreicht jedoch explizit die Wichtigkeit einer konzeptionellen Unterscheidung beider Emotionen. So geben die Daten einerseits Aufschluss darüber, dass Scham zwar im Vergleich zu Schuld stärker mit psychotischen Symptomen assoziiert zu sein scheint, verdeutlichen gleichzeitig aber auch die Bedeutung von maladaptiven Varianten von Schuldgefühlen für die emotionalen Grundlagen der Schizophrenie.

Zur Frage nach der Rolle beider Emotionen bei der Schizophrenie kann resümiert werden, dass beide für sich genommen wissenschaftlich wie klinisch bedeutsam erscheinen und daher in Zukunft mehr therapeutische Aufmerksamkeit verdienen, die explizit darauf abzielt, den oft beträchtlichen Leidensdruck der mit beiden Emotionen einhergeht, zu verringern.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Aghevli, M. A., Blanchard, J. J., & Horan, W. P. (2003). The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatry Research*, *119*(3), 261-270.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., Geyer, M., Volkart, R., O'Connor, L., Jack, B., & Brähler, E. (2002). Der „Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen“ (FIS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *52*(03/04), 189-197.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2016). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bard, P. (1934). On emotional expression after decortication, with some remarks on certain theoretical views, parts I and II. *Psychological Review*, *41*, 309-329.
- Bastin, C., Harrison, B. J., Davey, C. G., Moll, J., & Whittle, S. (2016). Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *71*, 455-471.
- Bäumli, J. (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis*. Heidelberg: Springer.
- Bäumli, J., Behrend, B., & Kohler T. (2018). Psychoedukation bei akuten und chronischen schizophrenen Erkrankungen. In: J. Bäumli, B. Behrend, G. Pitschel-Walz & P. Henningsen (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 122-139). Stuttgart: Schattauer.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561-571.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological Assessment*.
- Bell, M., Milstein, R., Beam-Goulet, J., Lysaker, P., & Cicchetti, D. (1992). The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: reliability, comparability, and predictive validity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(11), 723-728.
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, *57*(1), 289–300.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2019). *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Auflage). Berlin: Springer.

- Ben-Zeev, D., Ellington, K., Swendsen, J., & Granholm, E. (2011). Examining a cognitive model of persecutory ideation in the daily life of people with schizophrenia: a computerized experience sampling study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1248-1256.
- Berger, M. & Angenendt, J. (2009). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (3. Auflage). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Berking, M. & Whitley, B. (2014). Emotion regulation: Definition and relevance for mental health. In: M. Berking & B. Whitley (Eds.), *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual* (S. 5-17). Berlin: Springer.
- Bertoldi, J. M. (2001). *The differential relationship of shame-proneness and guilt-proneness to overall psychological function and specific symptomatology in a clinical population*. Dissertation, New School for Social Research, New York.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1025-1037.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 516-521.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (15. Auflage). Berlin: Springer.
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology*, 14(3), 91-102.
- Boye, B., Bentsen, H., & Malt, U. F. (2002). Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 351-357.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Brain, C., Sameby, B., Allerby, K., Quinlan, P., Joas, E., Lindström, E., ... & Waern, M. (2014). Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: results from the Swedish COAST study. *Psychiatry Research*, 220(3), 811-817.

- Britmann, J., Nasierowski, T., Murawiec, S., Pawlus, M., & Fidler, E. (2012). Nasilenie interpersonalnego poczucia winy w schizofrenii paranoidalnej [Intensification of interpersonal sense of guilt in patients with schizophrenia]. *Psychiatria Polska*, 46(2), 157–166.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238.
- Burns, A. M., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 874-880.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162-178.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Carden, L. J., Saini, P., Seddon, C., Watkins, M., & Taylor, P. J. (2020). Shame and the psychosis continuum: A systematic review of the literature. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 160-186.
- Chan, R. C., Li, H., Cheung, E. F., & Gong, Q. Y. (2010). Impaired facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 178(2), 381-390.
- Cho, H., Gonzalez, R., Lavaysse, L. M., Pence, S., Fulford, D., & Gard, D. E. (2017). Do people with schizophrenia experience more negative emotion and less positive emotion in their daily lives? A meta-analysis of experience sampling studies. *Schizophrenia Research*, 183, 49-55.
- Clemmensen, L., Vernal, D. L., & Steinhausen, H. C. (2012). A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-16.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, A. S., Callaway, D. A., Najolia, G. M., Larsen, J. T., & Strauss, G. P. (2012). On “risk” and reward: Investigating state anhedonia in psychometrically defined schizotypy and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 407.
- Cohen, A. S. & Minor, K. S. (2010). Emotional experience in patients with schizophrenia revisited: meta-analysis of laboratory studies. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 143-150.
- Custers, R. & Aarts, H. (2005). Positive affect as implicit motivator: on the nonconscious operation of behavioral goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2), 129-142.

- Damasio, A. R. (1999). How the brain creates the mind. *Scientific American*, 281(6), 112-117.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). *S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html> (Zugriff am 11.04.2022).
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N., ... & Schüßler, G. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(2), 111-128.
- Dowd, E. C., & Barch, D. M. (2010). Anhedonia and emotional experience in schizophrenia: neural and behavioral indicators. *Biological Psychiatry*, 67(10), 902-911.
- Dunham, H. W. (1965). *Community and Schizophrenia: An Epidemiological Analysis*. Detroit: Wayne State University Press.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
- Falkai, P. (2003). *Schizophrenie auf einen Blick*. Berlin: Blackwell Verlag.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Ferguson, T. J. & Crowley, S. L. (1997). Gender differences in the organization of guilt and shame. *Sex Roles*, 37, 19-44.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (2002). *Symptom-Checkliste von LR Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version*. Beltz Test.
- Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010). *Schizophrenie - Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Gard, D. E., & Kring, A. M. (2009). Emotion in the daily lives of schizophrenia patients: context matters. *Schizophrenia Research*.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Goldberg, E. M. & Morrison, S. L. (1963). Schizophrenia and social class. *The British Journal of Psychiatry*, 109(463), 785-802.

- Göttler, I. C. (2007). Scham und implizites Selbstkonzept bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348.
- Gühne, U., Kösters, M., & Becker, T. (2020). Psychosoziale Therapien in der Schizophreniebehandlung. In: U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art* (S. 138-149). München: Elsevier.
- Guimon, J., Las Hayas, C., Guillen, V., Boyra, A., & Gonzalez-Pinto, A. (2007). Shame, sensitivity to punishment and psychiatric disorders. *The European Journal of Psychiatry, 21*, 124–133.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt* (4. Auflage). München: C.H. Beck.
- Häfner, H., & Maurer, K. (2013). Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit? *Der Nervenarzt, 84*(9), 1093-1103.
- Harder, D. W. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment, 55*, 729-745.
- Hartley, S., Haddock, G., e Sa, D. V., Emsley, R., & Barrowclough, C. (2014). An experience sampling study of worry and rumination in psychosis. *Psychological Medicine, 44*(8), 1605-1614.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck depressions-inventar (BDI-II)*. Harcourt Test Services.
- Hennig-Fast, K., Michl, P., Müller, J., Niedermeier, N., Coates, U., Müller, N., Engel, R. R., Möller, H.-J., Reiser, M., & Meindl, T. (2015). Obsessive-compulsive disorder—A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *Journal of Psychiatric Research, 68*, 354-362.
- Henriksen, M. G., & Nordgaard, J. (2016). Self-disorders in schizophrenia. In: *An experiential approach to psychopathology* (S. 265-280). Cham: Springer.
- Henriksen, M. G. & Skodlar, B. (2018). Varieties of emotions: a phenomenological exploration of guilt, shame and despair in depression and schizophrenia. *Discipline Filosofiche, 28*(2), 61–81.
- Hilgers, M. (2006). *Scham. Gesichter eines Affekts* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hülshoff, T. (2012). *Emotionen: Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe* (4. Auflage). München: UVK Verlagsgesellschaft.
- In-Albon, T. (2013). Theoretischer Hintergrund zur Emotionsregulation. In: T. In-Albon (Hrsg.), *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes – und Jugendalter* (S. 15-26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Izard, C. E. (1999). *Die Emotionen des Menschen* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Jacoby, M. (1991). *Scham – Angst und Selbstwertgefühl: Ihre Bedeutung in der Psychotherapie*. Solothurn: Walter.
- Jansson, L., & Nordgaard, J. (2016). *The psychiatric interview for differential diagnosis*. Cham: Springer.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*, 204(1), 20-29.
- Johnson, J., Jones, C., Lin, A., Wood, S., Heinze, K., & Jackson, C. (2014). Shame amplifies the association between stressful life events and paranoia amongst young adults using mental health services: Implications for understanding risk and psychological resilience. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 217-225.
- Kämmerer, A. (2010). Zur Intensität des Erlebens von Schamgefühlen bei psychischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(07), 262-270.
- Kämmerer, A., Rosenkranz, J., Parzer, P., & Resch, F. (2004). *Der Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen*. Frankfurt: Swets Test.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Fiszbein, A. (1992). *PANSS. Positive and Negative Syndrome Scale. Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. P. (1989). The positive and negative syndrome scale (PANSS): rationale and standardisation. *The British Journal of Psychiatry*, 155(7), 59-65.
- Kay, S. R. (1991). *Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research* (Vol. 5). New York: Brunner/Mazel.
- Keen, N., George, D., Scragg, P., & Peters, E. (2017). The role of shame in people with a diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 115-212.
- Khan, A., Yavorsky, C., Liechti, S., Opler, M., Rothman, B., DiClemente, G., Lucic, L., Jovic, S., Inada, T., & Yang, L. (2013). A rasch model to test the cross-cultural validity in the positive and negative syndrome scale (PANSS) across six geo-cultural groups. *BMC Psychology*, 1(1), 1-18.

- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., TARRIER, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 193-201.
- Klingberg, S. & Bechdolf, A. (2020). Psychotherapeutische Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art* (S. 129-138). München: Elsevier.
- Kocherscheidt, K. (2000). *Scham als emotionales Persönlichkeitsmerkmal: Eine empirische Studie mit psychiatrischen Patienten*. Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Kocherscheidt, K., Fiedler, P., Kronmüller, K. T., Backenstraß, M., & Mundt, C. (2002). Zur empirischen Unterscheidung von Scham und Schuld: Beschreibung und Evaluierung der dt. Version des TO-SCA. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(2), 217-224.
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M., & Moberg, P. J. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 1009-1019.
- Kring, A. M., Barrett, L. F., & Gard, D. E. (2003). On the broad applicability of the affective circumplex: representations of affective knowledge among schizophrenia patients. *Psychological Science*, 14(3), 207-214.
- Kring, A. M. & Elis, O. (2013). Emotion deficits in people with schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 409-433.
- Kring, A. M. & Earnst, K. S. (1999). Stability of emotional responding in schizophrenia. *Behavior Therapy*, 30(3), 373-388.
- Kring, A. M. & Moran, E. K. (2008). Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 819-834.
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26-27.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-Inventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78(6), 651-656.
- Kuo, C. J., Tsai, S. Y., Lo, C. H., Wang, Y. P., & Chen, C. C. (2005). Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 18397.
- Lambert, M., Karamatskos, E., Naber, D., & Fleischhacker, W. (2020). Pharmakotherapie der Schizophrenie. In: U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art* (S. 102-134). München: Elsevier.

- Lammers, C.-H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken*. Stuttgart: Schattauer.
- Lammers, M. (2020). *Scham und Schuld - Behandlungsmodule für den Therapiealltag*. Stuttgart: Schattauer.
- Larsson, L. (2012). Wut, Schuld und Scham. *Drei Seiten einer Medaille*. Paderborn: Junfermann.
- Lau, S. (2021). Die Schizophrenie im Entwurf der ICD-11 und Implikationen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 13-19.
- Lawlor, C., Vitoratou, S., Duffy, J., Cooper, B., De Souza, T., Le Boutillier, C., ... & Jolley, S. (2022). Managing emotions in psychosis: Evaluation of a brief DBT-informed skills group for individuals with psychosis in routine community services. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 735-756.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270(6), 50-57.
- Lempa, G., von Haebler, D., & Montag, C. (2017). *Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leung, D. A., & Chue, D. P. (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(401), 3-38.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lincoln, T. (2019). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lincoln, T., Hartmann, M., Koether, U., & Moritz, S. (2015). Do people with psychosis have specific difficulties regulating emotions? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 637-646.
- Lincoln, T., Lange, J., Burau, J., Exner, C., & Moritz, S. (2010). The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1140-1148.
- Lincoln, T., Pedersen, A., Hahlweg, K., Wiedl, K. H., & Frantz, I. (2019). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.
- Ludwig, L., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms—a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72.
- Maderthaner, R. (2021). *Psychologie* (3. Auflage). Wien: Facultas.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 50-60.

- Maß, R. (2010). *Diagnostik der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 334–349.
- Mattila, T., Koeter, M., Wohlfarth, T., Storosum, J., van den Brink, W., de Haan, L., Derks, E., Leufkens, H., & Denys, D. (2015). Impact of DSM-5 changes on the diagnosis and acute treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 637-643.
- Mehl, S., Falkenberg, I., & Kirchner, T. (2016). Symptomatik der Schizophrenie. In: P. Falkai (Hrsg.), *Praxishandbuch Schizophrenie* (S. 13-24). München: Elsevier.
- Mehl, S. & Leube, D. T. (2012). Schizophrenie. In: T. Kirchner (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie* (S. 173-207). Berlin: Springer.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, 43(1), 133–142.
- Michl, P. (2009). *Zwangserkrankung - Eine Frage des Gewissens? Neuropsychologische und neurofunktionelle Untersuchungen von Scham und Schuld (Eine fMRT-Untersuchung)*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Miller, R. & Mason, S. E. (2005). Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2), 211-221.
- Motobayashi, Y., Parnas, J., Kimura, B., & Toda, D. L. (2016). 'The "schizophrenic" in the self-consciousness of schizophrenic patients', by Mari Nagai (1990). *History of Psychiatry*, 27(4), 493-503.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A., & DeVries, M. W. (2000). Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 847-854.
- Noyon, A., & Heidenreich, T. (2012). *Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung*. Weinheim: Beltz.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 73-89.
- O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 482-495.
- Oorschot, M., Lataster, T., Thewissen, V., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2012). Mobile assessment in schizophrenia: a data-driven momentary approach. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 405-413.
- Park, H. Y., Seo, E., Park, K. M., Koo, S. J., Lee, E., & An, S. K. (2021). Shame and guilt in youth at ultra-high risk for psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 108, 152-159.

- Parnas, J. & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(5), 251.
- Parnas, J., Jansson, L., Sass, L. A., & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 6(2), 97-106.
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2014). Differences between depression and paranoia: The role of emotional memories, shame and subordination. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 49–61.
- Preti, A. & Cella, M. (2010). Paranoid thinking as a heuristic. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(3), 263-266.
- Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 182, 138-150.
- Rasch, D., & Guiard, V. (2004). The robustness of parametric statistical methods. *Psychology Science*, 46, 175-208.
- Rentrop, M. & Müller, R. (2020). Schizophrene Psychosen, schizoaffektive, schizotype und wahnhafte Störungen. In: M. Rentrop, R. Müller & H. Willner (Hrsg.), *Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 253-280). München: Elsevier.
- Röpcke, B., & Eggers, C. (2005). Early-onset schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(6), 341-350.
- Rost, W. (2005). *Emotionen*. Berlin: Springer.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinations of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2013). SHAME–Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung positiver und negativer Aspekte von Scham. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 280-290.
- Schlier, B., Krkovic, K., Clamor, A., & Lincoln, T. M. (2019). Autonomic arousal during psychosis spectrum experiences: Results from a high resolution ambulatory assessment study over the course of symptom on-and offset. *Schizophrenia Research*, 212, 163-170.

- Schlier, B., Ludwig, L., Wiesjahn, M., Jung, E., & Lincoln, T. M. (2020). Fostering coping as a mechanism of symptom change in cognitive behavioural therapy for psychosis. *Schizophrenia Research*, 215, 416-423.
- Schmitt, A., Falkai, P., & Schulze, T. (2016). Ätiologie und Pathogenese. In: P. Falkai (Hrsg.), *Praxis-handbuch Schizophrenie* (S. 4-11). München: Elsevier.
- Schmitt, A., Malchow, B., Hasan, A., & Falkai, P. (2014). The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 19.
- Schneider, K. (1946). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schulze, B., Stuart, H., & Riedel-Heller, S. G. (2009). The German version of the Inventory of Stigmatizing Experiences (ISE) - a new tool for assessing the prevalence and impact of "felt stigma". *Psychiatrische Praxis*, 36(8), 19-27.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson.
- Strauss, G. P., Kappenman, E. S., Culbreth, A. J., Catalano, L. T., Lee, B. G., & Gold, J. M. (2013). Emotion regulation abnormalities in schizophrenia: cognitive change strategies fail to decrease the neural response to unpleasant stimuli. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 872-883.
- Stuart, H., Milev, R., & Koller M. (2005). *The Inventory of Stigmatizing Experiences: its development and reliability*. *World Psychiatry*, 4(1), 33-37.
- Surall, D. & Kunz, O. (2019). *Leitfaden für den VT-Bericht an den Gutachter*. Göttingen: Hogrefe.
- Suslow, T., Roestel, C., Ohrmann, P., & Arolt, V. (2003). The experience of basic emotions in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 303-310.
- Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia "just the facts" what we know in 2008 - Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and proneness to guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 101-111.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.). *Self-conscious emotions: Shame, Guilt, Embarrassment and Pride* (S. 114-139). New York: Guilford.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.

- Tangney, J., Niedenthal, P., Vowell Covert, M., & Hill Barlow, D. (1998). Are Shame and Guilt Related to Distinct Self-Discrepancies? A Test of Higgins's (1987) Hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 256-268.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 469-478.
- Teroni, F. & Deonna, J. A. (2008). Differentiating shame from guilt. *Consciousness and Cognition, 17*(3), 725-740.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2012). Wahnhafte Störung. In: R. Tölle & K. Windgassen (Hrsg.), *Psychiatrie* (S. 185-189). Berlin: Springer.
- Turner, J. E. (2014). Researching state shame with the experiential shame scale. *The Journal of Psychology, 148*(5), 577-601.
- Turner, M. H., Bernard, M., Birchwood, M., Jackson, C., & Jones, C. (2013). The contribution of shame to post-psychotic trauma. *The British Journal of Clinical Psychology, 52*, 162-182.
- Ursu, S., Kring, A. M., Gard, M. G., Minzenberg, M. J., Yoon, J. H., Ragland, J. D., ... & Carter, C. S. (2011). Prefrontal cortical deficits and impaired cognition-emotion interactions in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 168*(3), 276-285.
- Van Rijn, S., Schothorst, P., van't Wout, M., Sprong, M., Ziermans, T., van Engeland, H., ... & Swaab, H. (2011). Affective dysfunctions in adolescents at risk for psychosis: emotion awareness and social functioning. *Psychiatry Research, 187*(1-2), 100-105.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661-671.
- Vauth, R., Bull, N., & Schneider, G. (2009). *Emotions-und stigma fokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen: ein Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the early stage of schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 116.
- Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of contextual behavioral Science, 10*, 1-13.
- Wasserman, S., de Mamani, A. W., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 196*(1), 27-31.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(2), 186.

- Werth, L., Seibt, B., & Mayer, J. (2020). *Sozialpsychologie - Der Mensch in sozialen Beziehungen* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Westermann, S., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2014). Emotion regulation in delusion-proneness: Deficits in cognitive reappraisal, but not in expressive suppression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *87*(1), 1-14.
- Wirtz, M. (2013). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Bern: Beltz.
- Wittkowski, J. (2001). *Lexikon der Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Woen, S. L., Ernst, H. A., Patock-Peckham, J. A., & Nagoshi, C. T. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, *35*(2), 313-326.
- Wood, L. & Irons, C. (2016). Exploring the associations between social rank and external shame with experiences of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *44*, 527–538.
- Wurmser, L. (1990). *Die Maske der Scham - die Psychoanalyse von Schameffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer.
- Zielasek, J., & Gaebel, W. (2016). Diagnose und Differentialdiagnose, Verlauf und Prognose. In: P. Falkai (Hrsg.), *Praxishandbuch Schizophrenie* (S. 43-60). München: Elsevier.
- Zielasek, J., & Gaebel, W. (2018). Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen in ICD-11. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, *86*(03), 178-183.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103.

Anhang A: Probandeninformation und Einverständniserklärung (Schizophrenie)

PROBANDENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

für die Teilnehmer an der Studie

„Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens bei Patienten mit Schizophrenie“

Projektleiter:

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell
Oliver.Pogarell@med.uni-muenchen.de

Verantwortlich für die Durchführung:

Simone Sachenbacher (M.Sc. Psychologin)
Simone.Sachenbacher@med.uni-muenchen.de

INFORMATION

Sehr geehrter Proband, sehr geehrte Probandin,

nachfolgend finden Sie wichtige Informationen über die geplante Studie.

1. Wissenschaftlicher Hintergrund der Studie

Die Erforschung von Grundlagen emotionaler Empfindungen stellt ein wichtiges Thema in der aktuellen klinischen Forschung dar. Wir möchten Sie bitten, an einer Studie teilzunehmen, deren Anliegen die genaue Untersuchung des Erlebens der Emotionen Schuld und Scham ist. Hierzu gibt es bei Patienten mit Schizophrenie bisher kaum Erkenntnisse.

2. Ziele der Studie

Anhand der Studie sollen Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens bei Patienten mit Schizophrenie ermittelt werden. Diese Daten sollen mit den Daten von Depressionspatienten verglichen werden, um festzustellen, ob es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt.

3. Erläuterung des Studiendesigns und Voraussetzungen für die Teilnahme

Für die Studie werden gezielt Patienten mit einer vordiagnostizierten schizophrenen oder depressiven Erkrankung angesprochen. Zudem müssen Sie mind. 18 Jahre alt sein und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Ein aktueller Konsum illegaler Substanzen darf nicht gegeben sein. Sollten Sie unter drängenden Suizidabsichten leiden, wenden Sie sich bitte sofort an die Untersuchungsleiterin.

4. Ablauf der Studie

Die Studie besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil werden Sie gebeten, an einem ca. 40-minütigen diagnostischen Interview teilzunehmen. Nach einer Pause werden Sie im zweiten Teil gebeten, eine Reihe von Fragebögen auszufüllen. Im Rahmen der Fragebögen werden Sie zunächst zu depressiven Symptomen befragt. Im Anschluss werden Ihnen kurze, alltägliche Situationen beschrieben, bei denen Sie beurteilen sollen, inwiefern diese bei Ihnen Schuld- oder Schamgefühle auslösen würden. Abschließend folgt noch ein Fragebogen zur potentiellen Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen. Die Gesamtdauer (Interview und Fragebögen) beträgt ungefähr 1,5 Stunden.

5. Risiko-Nutzen-Abwägung

Die Auseinandersetzung mit belastenden und als unangenehm erlebten Emotionen kann kurzzeitig eine negative Erfahrung sein und zu einem Stimmungseinbruch führen. Bei Fragen oder Problemen während der Durchführung dürfen Sie sich jederzeit an die Studienleiterin wenden. Auch ein Abbruch der Teilnahme ist ohne die Angabe von Gründen jederzeit möglich. Im Allgemeinen kann jedoch davon

ausgegangen werden, dass Ihre psychische Belastung durch die Fragebögen gering bleibt. Sollten die zu beantwortenden Fragen sie unerwartet doch emotional belasten oder aufwühlen, wenden Sie sich bitte sofort an die Studienleiterin. Ein entlastendes Gespräch ist jederzeit möglich. Bei Bedarf erhalten Sie gerne auch Informationen und Links zu Anlaufstellen im Krisenfall, vor allem der Psychiatrischen Institutsambulanz des LMU Klinikums.

Durch die Teilnahme entsteht Ihnen zwar kein direkter Nutzen, es besteht jedoch die Möglichkeit, Ihr individuelles Scham- und Schulterleben zu reflektieren. Testergebnisse können Ihnen auf Wunsch gerne mitgeteilt werden, beispielsweise, wenn dies für eine laufende psychotherapeutische Behandlung von Nutzen wäre. Aus wissenschaftlicher Sicht, könnten Sie durch Ihre Teilnahme einen wichtigen Beitrag zu einem noch kaum beforschten Themenfeld und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Behandlung liefern.

6. Datenschutz

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO). Die Daten werden also nur dann erhoben, gespeichert und ausgewertet, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung zunächst erteilen, können Sie sie ohne Angabe von Gründen widerrufen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Frau Simone Sachenbacher.

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten von Ihnen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form verarbeitet, d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Zugriff auf die personenbezogenen Daten hat nur die Studienleiterin Frau Simone Sachenbacher. Pseudonymisieren bedeutet, dass die erhobenen Daten ohne Hinzuziehung einer Liste nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können. Die personenbezogenen Daten, wie z.B. ihr Name, werden durch einen Nummerncode ersetzt. Es ist eine Liste hinterlegt, auf der die Namen den Nummern- und/oder Buchstabencodes zugeordnet sind. Diese Liste wird gesondert aufbewahrt und unterliegt technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die von Ihnen erhobenen Daten Ihnen durch unbefugte Personen nicht zugeordnet werden können. Eine Entschlüsselung erfolgt nur für die statistische Auswertung. Sofern der Forscher eine Entschlüsselung aus wissenschaftlichen Gründen vornehmen möchte, wird zuvor eine Zustimmung der Ethikkommission eingeholt.

Die Daten werden 10 Jahre nach Beendigung oder Abbruch der Studie im LMU Klinikum aufbewahrt. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die Daten werden zu jeder Zeit (auch im Falle der Veröffentlichung der Studienergebnisse) vertraulich behandelt.

Bei jeder Erhebung, Speicherung, Nutzung und Übermittlung von Daten bestehen Vertraulichkeitsrisiken (z.B. die Möglichkeit, die betreffende Person zu identifizieren). Diese Risiken lassen sich nicht völlig ausschließen und steigen, je mehr Daten miteinander verknüpft werden können. Der Initiator der Studie versichert Ihnen, alles nach dem Stand der Technik Mögliche zum Schutz Ihrer Privatsphäre zu tun. Medizinische Risiken sind mit der Datenverarbeitung nicht verbunden.

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sollten Sie im Verlauf der Studie Ihre Einwilligung widerrufen, werden Sie gefragt, ob Sie mit der anonymisierten Weiterverwendung Ihrer Daten einverstanden sind oder ob eine Löschung der Daten erfolgen soll.

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich einer kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Name und Kontaktdaten des zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten:
Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8, 80336 München
E-Mail: datenschutz@med.uni-muenchen.de

Es besteht ein Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD)
Postfach 22 12 19, 80502 München
Hausanschrift: Wagnmüllerstr. 18, 80538 München
Tel.: 089 212672-0
Fax: 089 212672-50

7. Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

8. Rücktrittsklausel

Sie können Ihre Teilnahme zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Sie können sich auch jetzt, vor Studienbeginn gegen eine Teilnahme entscheiden. Es entstehen Ihnen hierdurch keinerlei Nachteile. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir Ihre Daten nur dann auswerten können, wenn diese vollständig sind.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich mit der Teilnahme an der Studie „*Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens bei Schizophrenie- und Depressionspatienten*“ einverstanden. Die mir erläuterte Vorgehensweise habe ich verstanden. Auch mit den Datenschutzrechtlichen Grundlagen erkläre ich mich einverstanden. Ich erfülle die Teilnahmevoraussetzungen (s. Punkt 3). Ich behalte mir das Recht vor jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Einwilligung zur Teilnahme zurückzuziehen.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang B: Probandeninformation und Einverständniserklärung (Depression)

PROBANDENINFORMATION UND EINVERSTÄDNISERKLÄRUNG

für die Teilnehmer an der Studie

„Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens bei Patienten mit Schizophrenie“

Projektleiter: Prof. Dr. med. Oliver Pogarell
Oliver.Pogarell@med.uni-muenchen.de

Verantwortlich für die Durchführung: Simone Sachenbacher (M.Sc. Psychologin)
Simone.Sachenbacher@med.uni-muenchen.de

INFORMATION

Sehr geehrter Proband, sehr geehrte Probandin,

nachfolgend finden Sie wichtige Informationen über die geplante Studie.

1. Wissenschaftlicher Hintergrund der Studie

Die Erforschung von Grundlagen emotionaler Empfindungen stellt ein wichtiges Thema in der aktuellen klinischen Forschung dar. Wir möchten Sie bitten, an einer Studie teilzunehmen, deren Anliegen die genaue Untersuchung des Erlebens der Emotionen Schuld und Scham ist. Hierzu gibt es bei Patienten mit Depressionen schon erste Erkenntnisse, bei Patienten mit Schizophrenie bisher kaum.

2. Ziele der Studie

Anhand der Studie sollen Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens primär bei Patienten mit Schizophrenie ermittelt werden. Diese Daten sollen dann mit den Daten von Depressionspatienten verglichen werden, um festzustellen, ob es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt.

3. Erläuterung des Studiendesigns und Voraussetzungen für die Teilnahme

Für die Studie werden gezielt Patienten mit einer vordiagnostizierten schizophrenen oder depressiven Erkrankung angesprochen. Zudem müssen Sie mind. 18 Jahre alt sein und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Ein aktueller Konsum illegaler Substanzen darf nicht gegeben sein. Sollten Sie unter drängenden Suizidabsichten leiden, wenden Sie sich bitte sofort an die Untersuchungsleiterin.

4. Ablauf der Studie

Im Rahmen der Studie werden Sie gebeten, eine Reihe von Fragebögen auszufüllen. Im Rahmen der Fragebögen werden Sie zunächst zu depressiven Symptomen befragt. Im Anschluss werden Ihnen kurze, alltägliche Situationen beschrieben, bei denen Sie beurteilen sollen, inwiefern diese bei Ihnen Schuld- oder Schamgefühle auslösen würden. Abschließend folgt noch ein Fragebogen zur potentiellen Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen. Die Dauer beträgt ungefähr 45 Minuten.

5. Risiko-Nutzen-Abwägung

Die Auseinandersetzung mit belastenden Emotionen kann kurzzeitig eine negative Erfahrung sein und zu einem Stimmungseinbruch führen. Bei Fragen oder Problemen während der Durchführung dürfen Sie sich jederzeit an die Studienleiterin wenden. Auch ein Abbruch der Teilnahme ist ohne die Angabe von Gründen jederzeit möglich. Im Allgemeinen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Ihre psychische Belastung durch die Fragebögen gering bleibt. Sollten die zu beantwortenden Fragen Sie unerwartet doch emotional belasten oder aufwühlen, wenden Sie sich bitte an die Studienleiterin. Ein

entlastendes Gespräch ist jederzeit möglich. Bei Bedarf erhalten Sie gerne auch Informationen und Links zu Anlaufstellen im Krisenfall, vor allem der Psychiatrischen Institutsambulanz des LMU Klinikums. Durch die Teilnahme entsteht Ihnen kein direkter Nutzen, es besteht jedoch die Möglichkeit, Ihr individuelles Scham- und Schuldleben zu reflektieren. Testergebnisse können Ihnen auf Wunsch mitgeteilt werden, beispielsweise, wenn dies für eine laufende psychotherapeutische Behandlung von Nutzen wäre. Aus wissenschaftlicher Sicht, könnten Sie durch Ihre Teilnahme einen wichtigen Beitrag zu einem noch kaum beforschten Themenfeld und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Behandlung liefern.

6. Datenschutz

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO). Die Daten werden also nur dann erhoben, gespeichert und ausgewertet, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung zunächst erteilen, können Sie sie ohne Angabe von Gründen widerrufen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Frau Simone Sachenbacher.

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Persönliche Daten von Ihnen werden in irreversibel anonymisierter Form verarbeitet, d.h. weder Ihr Name noch ihr Geburtsdatum werden erfragt. Es kann somit kein Rückschluss von den Fragebögen zur ihrer Person hergestellt werden.

Die Daten werden 10 Jahre nach Beendigung der Studie im LMU Klinikum aufbewahrt. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die Daten werden zu jeder Zeit (auch im Falle der Veröffentlichung der Studienergebnisse) vertraulich behandelt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sollten Sie im Verlauf der Studie Ihre Einwilligung widerrufen, werden Sie gefragt, ob Sie mit der anonymisierten Weiterverwendung Ihrer Daten einverstanden sind oder ob eine Löschung erfolgen soll. Sollten Sie nach Teilnahme Ihre Einwilligung widerrufen, können Ihre Daten nicht mehr gelöscht werden, da sie ohne Personenbezug ausgewertet werden.

7. Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

8. Rücktrittsklausel

Sie können Ihre Teilnahme zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Sie können sich auch jetzt, vor Studienbeginn gegen eine Teilnahme entscheiden. Es entstehen Ihnen hierdurch keinerlei Nachteile. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir Ihre Daten nur dann auswerten können, wenn diese vollständig sind.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich mit der Teilnahme an der Studie „*Intensität und Häufigkeit des Schuld- und Schamerlebens bei Schizophrenie- und Depressionspatienten*“ einverstanden. Die mir erläuterte Vorgehensweise habe ich verstanden. Auch mit den Datenschutzrechtlichen Grundlagen erkläre ich mich einverstanden. Ich erfülle die Teilnahmevoraussetzungen (s. Punkt 3). Ich behalte mir das Recht vor jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Einwilligung zur Teilnahme zurückzuziehen.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang C: Anamnesebogen

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich divers

Familienstand: ledig geschieden
 in Partnerschaft verwitwet
 verheiratet

Wohnsituation: alleine in einer Wohngemeinschaft
 mit Partner in einer therapeutischen Einrichtung
 bei den Eltern Sonstiges

Ausbildungsstand: ohne Abschluss Fachschule
 Hauptschulabschluss (Fach-) Abitur
 Mittlere Reife abgeschlossenes Studium

Erwerbstätigkeit: nicht berufstätig Ausbildung
 Vollzeit Studium
 Teilzeit berentet

Religion: Christlich Muslimisch Jüdisch
 Andere Keine

Haben Sie bereits Vorerfahrungen mit Psychotherapie gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

Ja, im Einzelsetting Ja, im Gruppensetting Nein

Falls Sie bereits Vorerfahrungen mit Psychotherapie gemacht haben, wurden die Emotionen Schuld und Scham im Rahmen dessen thematisiert?

Ja Nein Unsicher

Alter beim ersten Beginn psychischer Symptome: _____ Jahre

Alter beim ersten Behandlungskontakt: _____ Jahre

Alter bei erster stationärer Aufnahme: _____ Jahre

**Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufnahmen
(bei aktueller stationärer Behandlung inkl. der jetzigen):** _____ Aufnahmen

PUBLIKATIONEN UND KONGRESSBEITRÄGE

Heimkes, F., **Sachenbacher, S.**, Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2021). *Projektplanung - Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Behandlungsbereitschaft und subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen Psychotherapeut*innen* [Poster]. DGPPN, Berlin.

Heimkes, F., **Sachenbacher, S.**, Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2022). *Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Behandlungsbereitschaft und subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen Psychotherapeut*innen* [Poster]. DGPPN, Berlin.

Grosse-Wentrup, F., **Sachenbacher, S.**, Heimkes, F., Übleis, A. & Adorjan, K. (2022). *Ein Gruppenpsychotherapeutisches Angebot für Post-Covid-Patient*innen* [Vortrag]. DGPPN, Berlin.

Ruzicka, M., **Sachenbacher, S.**, Heimkes, F., Übleis, A., Karch, S., Grosse-Wentrup, F., Ibarra Fonseca, G. J., Bogner, J., Wunderlich, N., Benesch, C., Valdinoci, E., Pernpruner, A., Thomas, A., Adorjan, K., & Stubbe, H. C. (in press). Neurocognitive impairment in Post COVID-19 patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

Ruzicka, M., Ibarra Fonseca, G. J., **Sachenbacher, S.**, Heimkes, F., Grosse-Wentrup, F., Wunderlich, N., Benesch, C., Pernpruner, A., Valdinoci, E., Rueb, M., Übleis, A., Karch, S., Bogner, J., Mayerle, J., von Bergwelt-Baildon, M., Subklewe, M., Heindl, B., Stubbe, H. C., Adorjan, K. (2023). Substantial differences in perception of disease severity between Post COVID-19 patients, internists and psychiatrists or psychologists: The Health Perception Gap and its clinical implications. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-10.

Sachenbacher, S., Heimkes, F., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2021). *Projektplanung – Häufigkeit und Intensität des Schuld- und Schamerlebens bei Patienten mit Schizophrenie* [Poster]. DGPPN, Berlin.

Sachenbacher, S., Heimkes, F., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2022). *Scham und Schuld. Welche Rolle spielen die beiden Emotionen bei der Schizophrenie?* [Poster]. DGPPN, Berlin.

Sachenbacher, S., Heimkes, F., Wunderlich, N., Grosse-Wentrup, F., Adorjan, K., Stubbe, H., Thomas, A., Nedeljkovic, A. & Übleis, A. (2023). Psychotherapeutisches Konzept der Post-Covid-Ambulanz des LMU-Klinikums. *Der Nervenarzt*, 94, 637-639.
doi: 10.1007/s00115-023-01501-8

Thomas, A., **Sachenbacher, S.**, Heimkes, F., Karch, S., Goerigk, S., Ruzicka, M., Ibarra Fonseca, G. J., Wunderlich, N., Benesch, C., Pernpruner, A., Heindl, B., Stubbe, H. C., Adorjan, K., Übleis, A., Grosse-Wentrup, F. (in press). Effects of cognitive training and group psychotherapy on cognitive performance of Post COVID-19 patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

Willert, A., Jäckel, D., Leopold, K., Nischk, D., Senner, S., Pogarell, O., **Sachenbacher, S.**, Lambert, M., Rohenkohl, A., Kling-Lourenco, P., Rüsck, N., Bermpohl, F., Schouler-Ocak, M., Brose, A., Disselhoff, V., Skorupa, U., & Bechdolf, A. (2023). Enhancing educational and vocational

recovery in adolescents and young adults with early psychosis through Supported Employment and Education (SEEarly): Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 24, 440.
doi: 10.1186/s13063-023-07462-2

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich in dieser aufregenden und sehr bereichernden Phase meiner akademischen Laufbahn begleitet haben und durch deren Unterstützung die vorliegende Dissertation erst möglich wurde.

Mein erster Dank gilt daher zunächst *Prof. Dr. Oliver Pogarell*, meinem Doktorvater, für die Möglichkeit zur Promotion als auch für die hervorragende und professionelle Betreuung währenddessen. Er hat den gesamten Prozess vom ersten Moment an äußerst aufgeschlossen, mit großem Interesse und stets wertvollen Rückmeldungen begleitet.

Sehr herzlich danke ich zudem *PD Dr. Susanne Karch*, die mich mit ihrem großen fachlichen Wissen bestens unterstützt hat und mir zu jeder Zeit eine hilfsbereite Ansprechpartnerin war.

Ebenso möchte ich *Prof. Dr. Johannes Levin* und *Prof. Dr. Rebecca Schennach* herzlich für die wohlwollende Begleitung und Annahme meiner Arbeit danken.

Ein ganz besonderes Dankeschön geht an *Dr. Aline Übleis* für die engagierte Betreuung des gesamten Projektes und ihr Zutrauen zu jeder Zeit. Von der ersten Idee bis zur finalen Version hat die Arbeit vom regelmäßigen Austausch mit Dir, Deinen Anregungen sowie Deiner großen Hilfsbereitschaft nur profitieren können. Persönlich danke ich Dir sehr für die langjährige, vertrauensvolle Zusammenarbeit und die vielen Chancen, die Du mir ermöglichst.

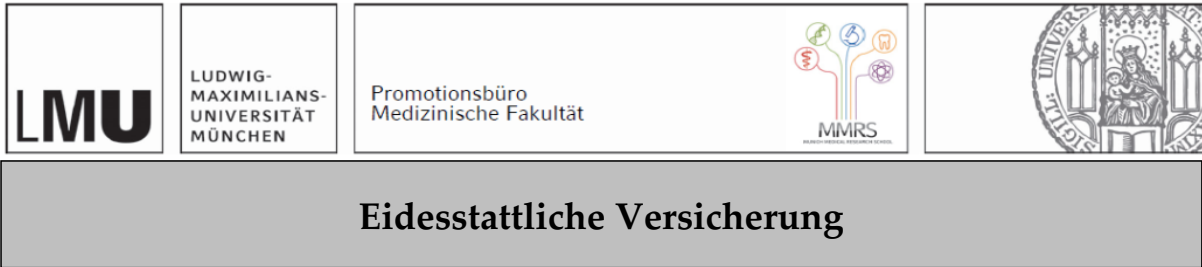
Für viele fruchtbare Gespräche in einer immer freundschaftlichen und hilfsbereiten Atmosphäre danke ich meinen lieben *Arbeitskolleginnen und -kollegen*, insbesondere meiner Mitstreiterin und Freundin *Fides Heimkes*. Danke für Deine große Hilfe bei der Planung und Rekrutierung, kritischen Nachfragen, bedingungsloser Unterstützung und vielem mehr!

Ich danke zudem den *Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern* der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, ohne deren Kooperation die vorliegende Arbeit so nicht möglich gewesen wäre und die mir mit großem Einsatz bei der Rekrutierung geholfen haben.

Mit großer Dankbarkeit denke ich auch an unsere *Patientinnen und Patienten*. Nicht nur, weil sie durch das Ausfüllen der vielen Fragebögen - und dann noch zu einem sensiblen Thema - diese Arbeit möglich gemacht haben, sondern auch, weil ich in den Therapien viel lernen durfte und sie letztlich die Idee zu dieser Arbeit geliefert haben.

Mein allergrößter und innigster Dank gilt meiner *Mama*, die mich durch ihre liebevolle und bedingungslose Unterstützung zuerst durch mein Studium, dann durch die Approbation und nun durch diese Promotion begleitet hat und mir damit ermöglicht hat, meinen Traumberuf zu finden. Du stehst immer hinter mir, fängst mich auf, wenn ich zweifle und verfolgst meinen Weg mit unbeschreiblich großem Interesse, Stolz und Begeisterung. Ich danke Dir von ganzem Herzen, dass Du immer für mich da bist und so sehr an mich glaubst.
Ohne Dich wäre das ALLES niemals möglich gewesen.

Affidavit



Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

„Scham und Schuld“

-

Welche Rollen spielen die beiden Emotionen bei der Schizophrenie?

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 27.01.2024

Ort, Datum

Simone Sachenbacher

Unterschrift Doktorandin