



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit:

Zur Validierung der deutschsprachigen Übersetzung
des IASMHS und dessen Trennschärfe bei Menschen mit aktueller,
überwundener und ohne PTBS

verfasst von:

Kerstin Johanna Huber, BSc

angestrebter akademischer Grad:

Master of Science (MSc)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagungen

Ich möchte mich bei meinem Betreuer, Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch, ganz herzlich für die Möglichkeit bedanken, im Rahmen des Forschungsprojekts der „Wiener Heimstudie“ meine Masterarbeit zu schreiben. Meinen Dank möchte ich auch ausdrücken für die fortlaufende Unterstützung und den wertvollen Input während des gesamten Prozesses, in dem diese Arbeit entstanden ist.

Weiter danke ich meinen StudienkollegInnen für die erstklassige Zusammenarbeit beim gemeinschaftlichen Erheben der Daten, die einen wichtigen Bestandteil dieser und manch anderer Masterarbeit darstellen.

Bei meinen fleißigen Korrekturleserinnen Christina Jungwirth, Gabriele Abpfalter und Yvonne Ehgartner bedanke ich mich von ganzem Herzen für ihre Zeit, ihr Engagement und ihre fachkundige Unterstützung.

Ein ganz besonderes Dankeschön gilt auch meinem Bruder Manuel, für seinen beständigen Rückhalt und seine emotionale und motivationale Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit und über diese hinaus.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	7
1. Einleitung	9
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1. Die Lage im österreichischen Gesundheitssystem	10
2.1.1. Kostenübernahme und Refundierung	11
2.1.2. Versorgungsdichte behandelnder Berufsgruppen.....	11
2.1.3. Direkte und Indirekte Kosten	12
2.2. Psychische Erkrankungen und Stigmatisierung	14
2.2.1. Public Stigma bei psychischen Erkrankungen	14
2.2.2. Self-Stigma bei psychischen Erkrankungen	15
2.3. Help Seeking Behavior	17
2.3.1. Theory of Planned Behavior	17
2.3.2. Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS)	18
2.4. Theoretischer Hintergrund zu relevanten statistischen Verfahren und Kriterien der Testgüte	19
2.4.1. Explorative Faktorenanalyse	19
2.4.2. Testgütekriterien	20
2.4.3. Richtwerte in der Testkonstruktion	23
2.5. Kindesmissbrauch im institutionellen Setting in Österreich	24
2.5.1. Begriffsklärung und Definition.....	24
2.5.2. Besonderheiten des institutionellen Settings	24
2.5.3. Zur Prävalenz von Kindesmissbrauch und Institutional Abuse (IA)	25
2.5.4. Folgen von IA.....	26
2.6. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	28
2.6.1. Definition, Diagnosekriterien und Prävalenz der PTBS.....	28
2.6.2. Theoretische Modelle zur PTBS.....	30
2.6.3. IA, PTBS und Stigma	32

3. Kontext und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	32
3.1. Fragestellungen und Hypothesen	33
3.1.1. Validierungsüberprüfungen	33
3.1.2. Überprüfung der Kriteriumsvalidität	33
3.1.3. Inhaltliche Fragestellung	34
4. Methoden.....	35
4.1. Versuchsplan und Untersuchungsdesign	35
4.1.1. Studiendesign	35
4.1.2. Untersuchungsdurchführung	35
4.1.3. Statistische Auswertung	36
4.2. Messinstrumente und gemessene Variablen	37
4.2.1. Nähere Beschreibung des IASMHS	37
4.2.2. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)	40
4.2.3. Erhebung von soziodemografischen Daten	41
5. Ergebnisse	42
5.1.1. Stichprobengröße, Geschlechts- und Altersverteilung	43
5.1.2. Berufliche Tätigkeit, Bildungsgrad und Einkommen.....	44
5.1.3. Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit.....	46
5.1.4. Posttraumatische Belastungsstörung in der Betroffenen-Gruppe	46
5.2.1. Validierung anhand der Kontrollgruppe	47
5.2.2. Validierung anhand der Betroffenen-Gruppe	53
5.3. Überprüfung der Kriteriumsvalidität	59
5.3.1. Überprüfung der Kriteriumsvalidität anhand der Kontrollgruppe	59
5.3.2. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität in der Kontrollgruppe	59
5.3.3. Überprüfung der Kriteriumsvalidität anhand der Betroffenen-Gruppe	60
5.3.4. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität in der Betroffenen-Gruppe.....	61
5.4. Der IASMHS und dessen Trennschärfe bei Menschen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS	62

5.4.1. Mittelwertsvergleiche der Skalen des IASMHS.....	62
5.4.2. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei Menschen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS	63
6. Zusammenfassung und +kritische Diskussion der Ergebnisse	66
6.1. Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse	66
6.2. Ergebnisse zur Kriteriumsvalidität.....	69
6.3. Trennschärfe des IASMHS bei Personen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS.....	71
6.4. Ausblick.....	71
I Literaturverzeichnis	73
II Tabellenverzeichnis	81
III Abbildungsverzeichnis	81
ANHANG	84

Abstract

Der Hauptteil der vorliegenden Studie befasste sich mit der Validierung des erstmals ins Deutsche übersetzten Fragebogens *Attitudes Toward Seeking Mental Health Services* (IASMHS) für zwei getrennte Stichproben. Die Kontrollgruppe setzte sich aus $n = 71$ freiwilligen WienerInnen zusammen, die in häuslicher Umgebung aufgewachsen sind. Die Versuchsgruppe bestand aus $n = 130$ Betroffenen von institutionalisiertem Missbrauch (IA). Die ermittelten internen Konsistenzen der Gesamtskala sowie der einzelnen Subskalen lagen zwischen $\alpha = .599$ und $\alpha = .810$. Die Item-Trennschärfen fielen in beiden Stichproben nicht zufriedenstellend aus. Die dreifaktorielle Modellstruktur des IASMHS konnte mittels explorativer Faktorenanalyse für beide Stichproben nur bedingt repliziert werden. Bisherige Studien konnten zeigen, dass mittels IASMHS zwischen Personen unterschieden werden kann, die in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben oder nicht. Dieses Ergebnis konnte für die gesunde Stichprobe repliziert werden. In der klinischen Stichprobe zeigten sich diesbezüglich keine Zusammenhänge. Eine zweite Fragestellung untersuchte, ob mittels IASMHS zwischen Betroffenen von IA mit aktuell bestehender, überwundener und ohne post-traumatische Belastungsstörung differenziert werden kann. Obgleich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden konnten, zeigte sich die Tendenz, dass Überlebende ohne PTBS höhere Werte in der Skala *Indifference to Stigma* angaben als jene mit einer PTBS in der Vergangenheit. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die deutschsprachige Übersetzung des IASMHS noch überarbeitet werden muss und es erneuter psychometrischer Überprüfungen bedarf, bevor der Fragebogen in deutschsprachigen Studien eingesetzt werden kann.

This study investigated the validity of the german translation of the questionnaire *Attitudes Toward Seeking Mental Health Services* (IASMHS) for the first time. The questionnaire was validated separately for two samples. The control group consisted of $n = 71$ voluntaries, who grow up in a homely environment in Vienna. The test sample consisted of $n = 130$ Viennese people, who were affected by institutionalized abuse (IA). For both samples, the Cronbach's Alpha of the scales lay between $\alpha = .599$ and $\alpha = .810$. The Item-total correlations turned out to be poor. Also the three-factor structure of IASMHS was only partly supported by exploratoy factor analysis for both samples. Former results showed, that IASMHS could distinguish between people who had and had

not used mental health services. These results could be replicated with reservations for the voluntary sample. For the test sample no correlations were found. A second question investigated in this study examined, if ASMHS could distinguish between people who were affected by IA with present, bettered or without posttraumatic stress disorder (PTSD). Though no significant differences were found between these groups, there was a tendency that people who were affected by IA whithout PTSD had higher values in IASMHS scale *Indifference to Stigma* than those with a bettered PTSD. IASMHS needs to be revised to become a reliable and valid instrument that can be used in further studies.

1. Einleitung

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und deren immenser Einfluss auf die heutige Gesellschaft sind schon lange bekannt (Kessler et al., 2009; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006; Waraich, Goldner, Somers, & Hsu, 2004; Wittchen & Jacobi, 2005). Laut Kessler et al. (2009) erkranken zwischen einem Sechstel und einem Drittel aller Menschen im Laufe ihres Lebens an einer diagnostizierbaren psychischen Erkrankung. Besonders hoch in westlichen Regionen ist vor allem das Risiko, an einer Angststörung zu erkranken, gefolgt von affektiven Störungen, externalisierenden Störungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und der Impulskontrolle sowie substanzgebundenen Suchterkrankungen. Psychische Erkrankungen treten dabei wesentlich früher auf als physiologische. Oftmals zeigen sich bereits im Kindesalter Anzeichen, die schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und deren Angehörigen sowie auch auf gesellschaftlicher Ebene haben. Studien belegen, dass psychische Erkrankungen als signifikant beeinträchtigender wahrgenommen werden als manche physiologische, besonders im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit, die Verrichtung täglicher Aktivitäten oder im persönlichen Leben (Ormel et al., 2008). Dies wirkt sich wiederum in Form von Krankenständen aus und geht mit volkswirtschaftlichen Verlusten einher (Kessler et al., 2006; Merikangas et al., 2007).

Die Wirksamkeit verschiedener Therapiemaßnahmen sind umfassend belegt, dies gilt sowohl für psychopharmakologische als auch für klinisch-psychologische und therapeutische Behandlungen (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Cuijpers et al., 2014; Egle & Hoffmann, 1989; Ehring et al., 2014; Elkin et al., 1989; Klerman, 1989; Stratford, Cooper, Di Simplicio, Blackwell, & Holmes, 2015; Walter et al., 2015). Dennoch kommt nur etwa ein Drittel der Personen mit psychischen Problemen tatsächlich in Kontakt mit entsprechenden Therapien (Kessler et al., 2009). Es gilt zu ergründen, wo die Hindernisse für Menschen mit vorhandenem Leidensdruck liegen, wenn es darum geht, professionelle Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Hauptteil dieser Arbeit ist eine Validierungsstudie zu dem Fragebogen *Attitudes Toward Seeking Mental Health Services* (IASMHS), der auf diese Frage abzielt. Dieser wird anhand von zwei Stichproben validiert. Während sich die Kontrollgruppe aus WienerInnen zusammensetzt, die im häuslichen Umfeld aufgewachsen ist, besteht die Betroffenen-Gruppe aus Überlebenden von institutionalisiertem Missbrauch (IA), der

in staatlichen Kinder- und Jugendheimen in Wien stattgefunden hat. Innerhalb dieser zweiten Stichprobe werden neben der Validierung zusätzliche Untersuchungen durchgeführt. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Zu Beginn wird zum einen auf allgemeine Themen eingegangen, die eine theoretische Grundlage für den untersuchten Fragebogen und dessen Validierung darstellen. Anschließend wird ein Überblick über den aktuellen Wissenstand zu Themen gegeben, die die Betroffenen-Gruppe betreffen. Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse werden diese abschließend vor dem Hintergrund der Theorie diskutiert.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Die Lage im österreichischen Gesundheitssystem

Da die einleitende Frage vor dem Hintergrund der österreichischen Situation beleuchtet werden soll, wird nachfolgend ein Überblick zum psychischen Sektor des Gesundheitssystems gegeben. In Österreich sind verschiedene Berufsgruppen tätig, allen voran die behandelnden Berufe der ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, aber auch diplomiertes Pflegepersonal, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, PatientenanwälInnen, SachwalterInnen und andere. In jedem Bundesland gibt es mittlerweile, zumindest für Erwachsene, ein bis mehrere spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser und/oder entsprechende Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern. Über die letzten Jahre zeichnete sich eine deutliche Reduktion der stationären Psychiatrie ab, was unter anderem durch die Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, von Wohnmöglichkeiten außerhalb von Psychiatrien und von gemeindenäheren Versorgungsstrukturen wie psychosozialen Diensten, Tagesstätten und ähnlichen Einrichtungen mitbedingt ist. Zu beobachten war eine steigende Zahl an Aufnahmen, zu einem großen Teil Wiederaufnahmen bei immer kürzerer Aufenthaltsdauer. Dieses Phänomen ist unter dem Namen „Drehtürpsychiatrie“ bekannt (Katschnig & Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen Österreich, 2004).

2.1.1. Kostenübernahme und Refundierung

Hohe Kosten stellen ein grundlegendes Hindernis dar, wenn es um die Frage geht, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen oder nicht. In Österreich werden Gesundheitsbehandlungen aus dem psychischen Bereich schlechter durch Krankenkassen finanziert als physiologische Behandlungen. Vollfinanzierte Kassenplätze für Psychotherapie sind ausgesprochen rar und zum Teil mit langen Wartelisten verbunden. Auch geförderte Therapieplätze sind durch eine Kontingentierung begrenzt. Eine generelle Anpassung des Kostenzuschusses, eine Aufhebung der Kontingentierung oder ein Gesamtvertrag mit den Krankenkassen, wie er für Ärzte und Ärztinnen besteht, werden seit Jahren diskutiert. Dergleichen Bestrebungen blieben bisher jedoch erfolglos (Eggerth, Bednar, & Hagleitner, 2010). Klinische PsychologInnen haben die Option eines Krankenkassenvertrages. In diesen Fällen werden die Kosten für Diagnostik, nicht aber für Behandlungen von den Krankenkassen übernommen. Bei WahlpsychologInnen wird für die Diagnostik, ähnlich wie bei der Psychotherapie, ein Zuschuss gewährt (Eggerth et al., 2010). In den meisten Fällen muss ein Großteil der Kosten selbst getragen werden, was Angebote aus dem psychischen Bereich für viele unerschwinglich macht. Eine Ausnahme stellen dabei Verbrechensoffer dar. Opfern von Verbrechen, zufälligen Zeugen und auch Angehörigen, die in Folge eines Verbrechens Psychotherapie oder eine klinisch-psychologische Behandlung benötigen, wird nach österreichischem Strafrecht unter bestimmten Voraussetzungen ein zusätzlicher Zuschuss aus öffentlicher Hand zugestanden, der einer Vollfinanzierung gleichkommt (RIS Rechtsinformationssystem, 2015).

2.1.2. Versorgungsdichte behandelnder Berufsgruppen

Damit Angebote überhaupt in Anspruch genommen werden können, müssen diese zuallererst zugänglich sein. Vor allem ländliche Regionen in Österreich, abseits der Hauptstädte, sind jedoch unterversorgt. Im Jänner 2014 waren in Österreich beispielsweise 7.867 PsychotherapeutInnen tätig. Auf eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten kamen dabei zwischen 1000 und 2000 Einwohner. Nur in Wien und mit etwas Abstand in Salzburg ist die Sättigung mit 506 und 799 Einwohnern pro TherapeutIn wesentlich besser. Dies kommt dadurch zu Stande, dass etwa 43 Prozent der TherapeutInnen ihren Berufssitz in Wien haben, wo gut ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung lebt (PsyOnline, 2014). Der Unterschied in der Versorgungsdichte zwischen Stadt und Land wird auch dadurch deutlich, dass 2012 nur etwa 27 Prozent aller PsychotherapeutInnen in Österreich ihren Berufssitz außerhalb einer Landeshauptstadt hatten und dort etwa zwei Drittel der Bevölkerung versorgten (Hagleitner, 2013).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich im Hinblick auf das Berufsbild der Klinischen Psychologie ab. Hier waren zum Stand 2014 8.127 Klinische und 8.107 GesundheitspsychologInnen, zwei Berufsgruppen, die sich beinahe vollständig überschneiden, Wien und Salzburg die am besten versorgten Bundesländer. Klinische PsychologInnen sind, wenn auch weniger geballt in Wien, doch zu insgesamt 63 Prozent in den Hauptstädten Österreichs anzutreffen (Hagleitner, 2013). Fachärzte und Fachärztinnen der Psychiatrie sind generell wenig vertreten. 2013 konnten in Österreich 661 PsychiaterInnen und 178 Kinder- und JugendpsychiaterInnen verzeichnet werden, davon jeweils etwa ein Drittel in Wien (Statistik Austria, 2014a). Die Verteilung der genannten Berufsgruppen auf die Landeshauptstadt und den Rest Österreichs ist in Abbildung 1 dargestellt.

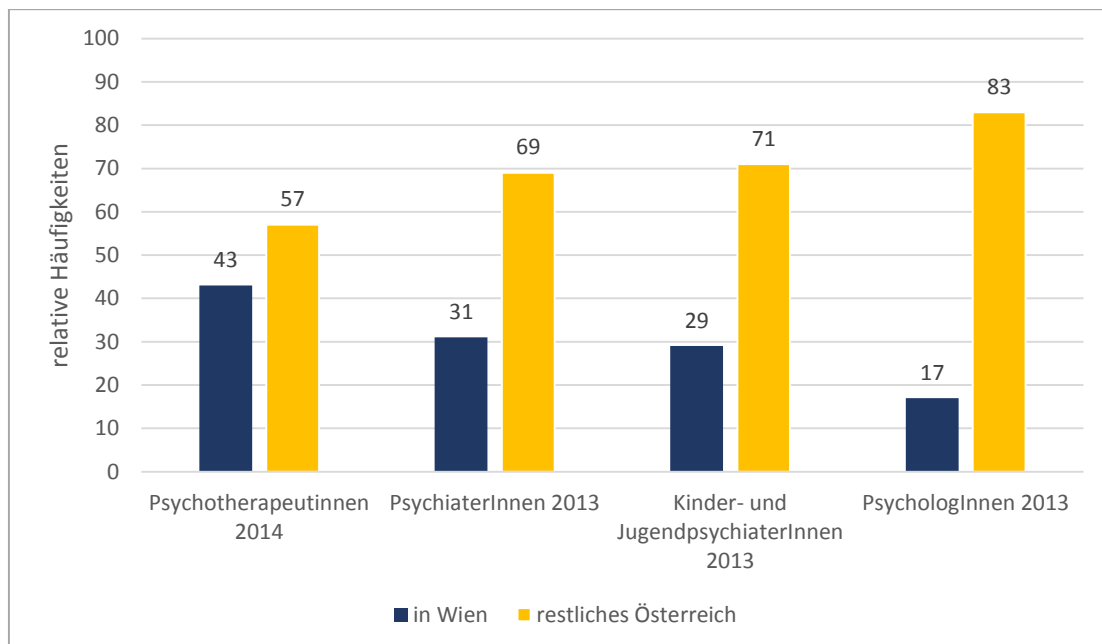


Abbildung 1. Verteilung von PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen in Österreich.

2.1.3. Direkte und Indirekte Kosten

Vor allem die AllgemeinmedizinerInnen spielen eine ausgesprochen wichtige Rolle bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass 2009 rund 79 Prozent von etwa 10.7 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka von Allgemeinmedizern ausgestellt wurden (Eggerth et al., 2010). Der Hausarzt/die Hausärztin stellt eine niederschwellige, vollfinanzierte und gut erreichbare Anlaufstelle bei Problemen verschiedenster Art dar. Es ist jedoch als problematisch anzusehen, wenn ein Großteil der Diagnostik und der Behandlungen im

psychischen Bereich durch eine mehr oder weniger fachfremde Berufsgruppe geleistet wird. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist dieses Thema von Interesse. So wurden 2009 von den Krankenkassen insgesamt rund 231 Millionen Euro für Psychopharmaka aufgewendet, wohingegen für Psychotherapie rund 59.7 Millionen Euro ausgegeben wurden (Eggerth et al., 2010). Die Vermutung liegt nahe, dass Ressourcen hier nicht bedarfsorientiert verteilt und zum Teil ohne entsprechende Indikation eingesetzt werden, während andererseits bestehender Bedarf unerkannt und unbehandelt bleibt.

Es bleibt die Frage, ob die Versorgungsdichte der ausschlaggebende Faktor für ein funktionierendes Gesundheitssystem ist. Bei der Betrachtung von Behandlungssystemen andernorts zeigt sich, dass die Effizienz, mit der PatientInnen passenden Behandlung zugeführt werden, die Vernetzung von Behandlern untereinander und das individuelle Case-Management ebenso relevante Bereiche darstellen. In Deutschland wird seit einigen Jahren das Hamburger Modell der integrierten Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen evidenzbasiert entwickelt, nach und nach etabliert und laufend evaluiert. Durch intensive aufsuchende und langfristige Behandlung, die sich am individuellen Bedarf orientiert, können dort im Vergleich zur Regelversorgung signifikante Verbesserungen des Gesundheitszustandes der PatientInnen erzielt werden. Es konnten weit niedrigere Abbruchraten und höhere Zufriedenheit der PatientInnen mit den Behandlungen verzeichnet werden. Durch das vernetzte Arbeiten waren höhere Behandlungsraten zu wesentlich geringeren Gesamtkosten für die Krankenkassen, die dieses Projekt unterstützten, möglich (Lambert, Schöttle, Schulte-Markwort, Naber, & Karow, 2014).

In Österreich sind psychische Probleme nach wie vor ein höchst unpopuläres Thema, obwohl etwa ein Viertel aller ÖsterreicherInnen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet. Psychische Erkrankungen sind ausschlaggebend für einen Gutteil der Frühpensionierungen und Krankenstände, und die volkswirtschaftlichen Kosten sind nachgewiesenermaßen enorm (Katschnig & Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen Österreich, 2004). 2013 kamen in Österreich mehr Menschen durch Suizid ums Leben als durch Autounfälle (Statistik Austria, 2014b), doch in der Gesellschaft und bei politischen Entscheidungsträgern wird dieses Thema nach wie vor tabuisiert. Zwar hat sich die Versorgungssituation im psychischen Bereich in Österreich in den letzten 20 Jahren stark verbessert (Hagleitner, 2013), jedoch herrschen nach wie vor Missstände.

2.2. *Psychische Erkrankungen und Stigmatisierung*

Den Begriff der Stigmatisierung kennt man vor allem aus den Sozialwissenschaften. Er kann definiert werden als das Zusammenspiel mehrerer Teilkomponenten, respektive Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Ein Stereotyp wird definiert als eine „verallgemeinernde Annahme über eine Gruppe von Menschen, die praktisch all ihren Mitgliedern, unabhängig von tatsächlichen Unterschieden zwischen ihnen, bestimmte Eigenschaften zuschreibt“ (Aronson, Wilson, & Akert, 2008, S. 425). Der Begriff des Vorurteils meint eine „feindselige oder negative Einstellung gegenüber den Mitgliedern einer bestimmten Gruppe, und zwar allein aufgrund deren Zugehörigkeit zu dieser Gruppe“ (Aronson et al., 2008, S. 424). Diskriminierung bezieht sich schließlich auf das Verhalten und meint „eine ungerechtfertigte negative oder schädliche Verhaltensweise gegenüber einem Mitglied einer Gruppe allein wegen dessen Zugehörigkeit zu dieser Gruppe“ (Aronson et al., 2008, S. 428). Stereotype und Vorurteile alleine genügen dabei nicht, um die Diskriminierung von anderen Menschen zu bewirken, hierzu ist auch ein bestimmtes Maß an gesellschaftlicher, wirtschaftlicher oder politischer Macht notwendig. Diskriminierung muss von hierarchischen Systemen gestützt werden, um nachhaltig möglich zu sein (Link & Phelan, 2001; Rüsch, Angermayer, & Corrigan, 2005). Dies zeigt sich in Österreich beispielsweise insofern, dass Gesundheitsleistungen im psychischen Bereich weniger anerkannt und finanziell gefördert werden, als notwendig wäre. Im Hinblick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen wird überdies zwischen *Public Stigma* und *Self-Stigma* unterschieden (Corrigan & Watson, 2002b; Rüsch et al., 2005). Diese beiden Konzepte werden nachfolgend genauer erläutert und in Tabelle 1 übersichtlich gegenüber gestellt.

2.2.1. *Public Stigma bei psychischen Erkrankungen*

Rüsch et al. (2005) zufolge „umfasst *Public Stigma* Reaktionen der generellen Öffentlichkeit gegenüber einer Gruppe aufgrund eines Stigmas gegen diese Gruppe“ (S. 530). Zu diesen Reaktionen gehört beispielsweise eine Annahme, die insbesondere bei Suchterkrankungen und Essstörungen zu tragen kommt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Gegensatz zu Menschen mit einer physiologischen selbst an ihrer Erkrankung schuld seien (Corrigan et al., 2000; Puhl & Suh, 2015). Ein anderes Zeugnis von *Public Stigma* sind Filme, die Menschen mit psychischen Erkrankungen lange Zeit als gefährliche Wahnsinnige, freigeistige Rebellen oder narzisstische Parasiten darstellten (Hyler, Gabbard, & Schneider, 1991).

Die Auswirkungen von *Public Stigma* sind mittlerweile wissenschaftlich belegt. Eine Metaanalyse über 27 verschiedene Staaten zeigte, dass bei Menschen mit einer depressiven Erkrankung, die in ihrem Leben Diskriminierung ausgesetzt waren, dies nicht nur mit weiteren depressiven Episoden, sondern auch mit einer unbezahlten oder gar keiner beruflichen Tätigkeit in Verbindung gebracht werden konnte. Sie hörten auf, sich für neue Ausbildungen zu bewerben, enge persönliche Beziehungen zu initiieren oder ihre Diagnose preiszugeben (Lasalvia et al., 2013). Ähnliche Ergebnisse konnten in einer weiteren Metaanalyse für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gefunden werden (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Lesse, 2009).

Nicht nur tatsächlich erlebte, sondern auch antizipierte Diskriminierung hat nachweislich negative Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. So fanden Thornicroft et al. (2009) heraus, dass antizipierte Diskriminierung analog zu tatsächlich erlebter Diskriminierung ebenfalls damit einherging, dass Menschen mit Schizophrenie aufhörten, sich um eine Arbeit, ein Training oder eine Ausbildung zu bewerben und enge persönliche Beziehungen zu initiieren. Sie waren ebenfalls davon überzeugt, die eigene Diagnose geheim halten zu müssen.

2.2.2. Self-Stigma bei psychischen Erkrankungen

Der Begriff *Self-Stigma* bezieht sich auf Reaktionen von Individuen, die selbst einer stigmatisierten Gruppe angehören. Wenn Menschen stigmatisierende Einstellungen, die der eigenen Gruppe entgegengebracht werden, internalisieren und gegen sich selbst wenden, ist von *Self-Stigma* die Rede. Eine solche Selbststigmatisierung wirkt sich negativ auf den Selbstwert und die Selbstwirksamkeitserwartung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus, ähnlich wie bei Angehörigen anderer stigmatisierter Gruppen wie beispielsweise ethnischen Minderheiten. Manche Menschen reagieren anstatt mit Selbststigmatisierung mit berechtigtem Ärger gegen die Diskriminierung oder ignorieren diesen Missstand völlig, was mit einem höheren Selbstwert in Verbindung gebracht werden konnte (Corrigan & Watson, 2002a).

Laut Corrigan und Watson (2002a) hängt die jeweilige Reaktion von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen hat es Einfluss, ob die Betroffenen davon überzeugt sind, Stigmatisierung gegenüber psychisch Erkrankten und damit verbundene negative Reaktionen und Vorstellungen seien angemessen oder nicht. Weiter spielt es eine Rolle, ob sie systematische gesellschaftliche Benachteiligungen als solche erkennen und negative Reaktionen der Umwelt eher mit diesen und weniger mit der eigenen Person

in Verbindung bringen. Schließlich ist es, wenn es darum geht, wie stark sich eine psychische Erkrankung auf den eigenen Selbstwert auswirkt, ausschlaggebend, wie sehr die Betroffenen der protestantischen Arbeitsethik anhängen.

Tabelle 1: Komponenten von Public Stigma und Self-Stigma.

Komponenten	Erläuterung (Beispiele)
Public Stigma	
<i>Stereotyp</i>	Negative Überzeugung über eine Gruppe (gefährlich, inkompetent, charakterschwach)
<i>Vorurteil</i>	Zustimmung zu der Überzeugung, negative emotionale Reaktion (Ärger, Angst)
<i>Diskriminierung</i>	Verhaltensreaktion zum Vorurteil (Vermeidung, keine Unterstützung leisten, keine Anstellung oder Wohnung vergeben)
Self-Stigma	
<i>Stereotyp</i>	Negative Überzeugung über sich selbst (charakterschwach, inkompetent)
<i>Vorurteil</i>	Zustimmung zu der Überzeugung, negative emotionale Reaktion (niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung)
<i>Diskriminierung</i>	Verhaltensreaktion zum Vorurteil (es wird keine Arbeit oder eigene Wohnung mehr angestrebt)

Anmerkung. Adaptiert von „Understanding the impact of stigma on people with mental illness“ von P.W. Corrigan und A.C. Watson, 2002, *World Psychiatry*, 1(1), S. 16. Copyright 2002 bei World Psychiatric Association.

Fest steht, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenso wie Leistungen von Gesundheitssystemen, die sich mit diesen auseinandersetzen, nach wie vor minder geschätzt werden (Wahlbeck, 2015). Neben dem Leidensdruck, der mit psychischen Erkrankungen, Belastungen und Problemen einhergeht, kann gerade die Inanspruchnahme von psychiatrischen, psychologischen, therapeutischen und anderen psychosozialen Leistungen zu den Labels in der Gesellschaft führen, die Stigmatisierung zur Folge haben. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass die Namen der bekannten psychiatrischen Krankenanstalten in Österreich im Volksverständnis nach wie vor unweigerlich negativ konnotiert und Symbol für die Ausgrenzung psychisch Erkrankter

sind (Katschnig & Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen Österreich, 2004).

Stigmatisierung stellt eine der großen Hürden dar, wenn es darum geht, sich bei psychischen Problemen Hilfe zu suchen (Rüsch et al., 2005). So konnte gezeigt werden, dass Menschen, die Stigmatisierung als unfair und illegitim empfinden, eher dazu tendieren, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, unabhängig von ihrer psychischen Erkrankung und Diagnose. Personen, die sich stark mit ihren Mitmenschen identifizieren, nehmen vor allem Gruppenangebote in Anspruch. Eine hohe Ausprägung von *Self-Stigma* konnte hingegen mit einer geringeren Bereitschaft, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, und höheren Raten an psychiatrischer Hospitalisierung in Verbindung gebracht werden (Rüsch et al., 2009).

2.3. Help Seeking Behavior

2.3.1. Theory of Planned Behavior

Der Begriff *Help Seeking Behavior* bezeichnet die Inanspruchnahme von professionellen Hilfsangeboten im Hinblick auf psychische Probleme. Weiter gefasst inkludiert er auch das Suchen nach Informationen, das Aufnehmen von Kontakten und Ähnliches. Antizipierte oder tatsächliche Stigmatisierung ist dabei nicht der einzige Faktor, der bestimmt, ob jemand hilfesuchendes Verhalten zeigt oder nicht. Ein einflussreiches Konzept darüber, welche Faktoren beim Setzen einer Handlung wirksam werden, stellt die *Theory of Planned Behavior* (TPB) dar (Ajzen, 1991). Eine schematische Darstellung findet sich in Abbildung 2.

Einer dieser Faktoren laut TBP sind die eigenen Einstellungen und Überzeugungen zu einem Verhalten (*Attitude toward the Behavior*). Dies inkludiert negative und positive Bewertungen und Attributionen eines Verhaltens und dessen Folgen. Weiter sind wahrgenommene soziale Normen (*Subjective Norm*) wie sozialer Druck oder Erwartungen der Umgebung von Bedeutung. Abschließend sind subjektiv vorhandene Schwierigkeiten und Fähigkeiten, ein Verhalten durchzuführen (*Perceived Behavioral Control*) ausschlaggebend. *Perceived Behavioral Control* wird dabei als Stellvertreter der tatsächlichen Fähigkeiten und Ressourcen einer Person, ihr eigenes Verhalten zu steuern und ein antizipiertes Verhalten umzusetzen (*Actual Behavioral Control*), betrachtet. Diese drei Faktoren werden als Prädiktoren dafür gesehen, ob eine Person

Intentionen entwickelt, ein Verhalten durchzuführen. Ihnen gehen jeweils Überzeugungen voraus, die in ihrer Menge und ihrem vorhandenen Ausmaß variieren können. Die Intentionen wiederum gelten als Indikatoren dafür, wie bereit die Person für das Verhalten ist, und werden als unmittelbarer Vorläufer des Verhaltens betrachtet (Ajzen, 1991, 2002, 2005, 2011). Vor dem Hintergrund dieses breiter gefassten Modells kann beleuchtet werden, welche Hürden zu überwinden sind, um für Menschen mit psychischen Problemen den Zugang zu professioneller Hilfe zu erleichtern.

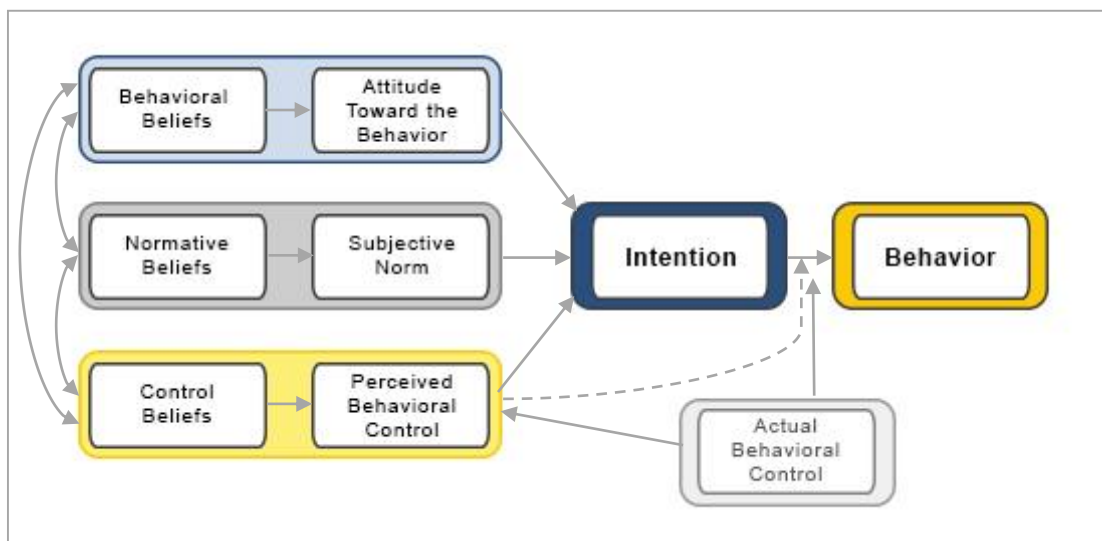


Abbildung 2. Diagramm zur Theory of Planned Behavior.

Adaptiert von *Attitudes, personality, and behavior* (S. 126) von I. Ajzen, 2005, UK: McGraw-Hill Education, Copyright 2005 bei Icek Ajzen.

2.3.2. Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS)

Der Fragebogen *Attitudes Toward Seeking Mental Health Services* (IASMHS) ist ein Instrument, mit dem gezielt Einstellungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsbehandlungen im psychischen Bereich erhoben werden können. Dieser original englischsprachige Fragebogen baut auf Ajzen's TPB auf und wurde für eine Studie der Universität Wien erstmals ins Deutsche übersetzt. Sowohl das Instrument als auch die erwähnte Studie werden in einem späteren Abschnitt umfassend beschrieben. Die Überprüfung der Testgüte der deutschsprachigen Version ist zum jetzigen Zeitpunkt noch ausständig.

In bisherigen Studien zur Validierung des IASMHS erfolgte diese vorrangig an gesunden ProbandInnengruppen wie StudentInnen, PolizistInnen und freiwilligen TeilnehmerInnen (Hyland et al., 2014; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004). Nun

ergibt sich die Möglichkeit, den Fragebogen an einer Gruppe von WienerInnen mit einer besonders hohen Prävalenz an psychischen Erkrankungen und einem damit verbunden erhöhten Bedarf an professioneller Hilfe zu validieren. Wie eingangs bereits erwähnt, wird die deutschsprachige Version des IASMHS in dieser Studie an einer Gruppe von WienerInnen validiert, die im häuslichen Umfeld aufgewachsen sind, sowie an einer Gruppe von WienerInnen, die in ihrer Kindheit und Jugend von institutionalisiertem Missbrauch physischer, emotionaler und sexueller Natur betroffen waren. Alleine in Wien handelt es sich um eine ausgesprochen große Gruppe von betroffenen Menschen. Beim „Weißen Ring“, einer Einrichtung, an die sich Betroffene von IA in Wiener Kinder- und Jugendeinrichtungen wenden können, um Entschädigung zu erhalten, sind über 2000 Fälle bekannt. Es ist ebenso wichtig zu klären, wo die subjektiven Hürden dieser Bevölkerungsgruppe liegen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wie für Menschen aus der Durchschnittsbevölkerung. Zudem kann der Aufforderung vorangegangener Studien nachgekommen werden, die Testgüte des IASMHS für verschiedene Personengruppen zu überprüfen (Hyland et al., 2014; Mackenzie et al., 2004).

2.4. Theoretischer Hintergrund zu relevanten statistischen Verfahren und Kriterien der Testgüte

Um den IASMHS in Österreich künftig einsetzen zu können, muss geprüft werden, ob das Instrument eine zufriedenstellende Testgüte und geeignete psychometrische Merkmale aufweist. Dies ist die Voraussetzung für den Einsatz des übersetzten Instruments. Im Folgenden wird daher auf relevante statistische Verfahren für die Testkonstruktion sowie die Gütekriterien, denen ein psychologisches Instrument entsprechen soll, überblicksartig eingegangen.

2.4.1. Explorative Faktorenanalyse

Bei diesem Verfahren wird überprüft, ob und welche Items eines Tests untereinander hoch korrelieren und aus diesem Grund als repräsentativ für dasselbe latente Merkmal angesehen werden können. Auf dieser Basis werden ein bis mehrere Faktoren extrahiert. Es wird davon ausgegangen, dass der Wert eines Items davon abhängig ist, wie stark das repräsentierte latente Merkmal ausgeprägt ist.

Für die Extraktion der Faktoren stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Beispielsweise kann aus der bestehenden Theorie eine Zahl an Faktoren vorgegeben sein. Beim Eigenwert- oder Kaiserkriterium werden alle Faktoren mit einem Eigenwert > 1 extrahiert, was bedeutet, dass durch den Faktor mehr Varianz erklärt wird als durch ein einzelnes Item. Das Ellenbogenkriterium bzw. die Scree-Plot-Methode stellt ein grafisches Verfahren dar, bei dem alle Faktoren mit einem Eigenwert > 1 bis zu einem eindeutigen Knick in der Kurve der Eigenwerte als Faktoren gewählt werden. Dies stellt ein eher subjektives Kriterium dar. Weitere Möglichkeiten zur Faktorextraktion sind die Parallelanalyse und der Minimum-Average-Partial-Test. Auf diese wird hier nicht näher eingegangen (Bortz & Döring, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2012).

Für die Faktorenanalyse selbst stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Häufig zum Einsatz kommende Methoden sind die Hauptkomponentenanalyse, die Hauptachsenanalyse oder die Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse. Sogenannte Ladungszahlen geben weiter an, wie eng der Zusammenhang zwischen der Indikatorvariablen und dem latenten Merkmal bzw. dem Faktor ist. Der Wertebereich der Faktorladungen liegt zwischen -1 und $+1$. Durch eine Faktorrotation kann eine Einfachstruktur der Faktorladungen erzielt werden, was bedeutet, dass die Items auf einem Faktor möglichst hoch und auf den anderen Faktoren möglichst niedrig laden. Auch hier werden wieder zwei verschiedene Methoden unterschieden. Bei der orthogonalen Rotation wird die Unkorreliertheit der einzelnen Faktoren beibehalten, während die Oblique-Rotation Interkorrelationen zwischen den Faktoren zulässt. Für eine Faktorenanalyse sollte die Stichprobengröße mindestens 100 Personen betragen (Bortz & Döring, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2012).

2.4.2. Testgütekriterien

2.4.2.1. Objektivität

Ist ein Testergebnis vom Testanwender/der Testanwenderin unabhängig, kann ein Test als objektiv bezeichnet werden. Es wird zwischen Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität und Interpretationsobjektivität unterschieden.

Mit Durchführungsobjektivität ist gemeint, wie unabhängig ein Testergebnis von Verhaltensvariationen des Testleiters/der Testleiterin ist. Ein Beispiel hierfür wären unterschiedliche Testinstruktionen durch den/die TestanwenderIn. Klare Vorgaben an

den/die TestleiterIn tragen demnach zur Durchführungsobjektivität bei. Auswertungsobjektivität ist dann gegeben, wenn verschiedene AnwenderInnen bei der Auswertung desselben Tests zu exakt demselben Ergebnis kommen. Diese hängt davon ab, wie klar definiert ist, welche Antworten als richtig gelten und welcher Ausprägung des gemessenen Merkmals diesen entsprechen. Die Interpretationsobjektivität betrifft die Frage, ob verschiedene AnwenderInnen aus einem Testergebnis dieselben Schlüsse ziehen. Vergleichsmaßstäbe in Form von Normen tragen zu Interpretationsobjektivität bei (Bortz & Döring, 2006).

Eine Bedingung, unter der die Objektivität als gegeben betrachtet werden darf, ist, wenn „standardisierte quantitative Verfahren unter kontrollierten Bedingungen von geschulten TestanwenderInnen durchgeführt und ausgewertet werden“ (Bortz & Döring, 2006, S. 195).

2.4.2.2. *Reliabilität*

Die Reliabilität bezeichnet den Grad der Messgenauigkeit eines Instruments. Es wird von der Zuverlässigkeit eines Tests gesprochen. Die Reliabilität ist umso höher, je kleiner der Messfehler eines wahren Wertes ist. Eine perfekte Reliabilität ist in der Praxis nicht erzielbar, da Testergebnisse durch verschiedene, schwer kontrollierbare Faktoren beeinflusst werden. Beispielsweise können Motivation, Raten, Müdigkeit, Tageszeit, soziale Erwünschtheit, Tagesverfassung, Stimmungslage und Ähnliches ein Ergebnis beeinflussen.

Es gibt verschiedene Arten, die Reliabilität zu berechnen, und zwar die Retestreliabilität, die Paralleltestreliabilität, die Testhalbierungsreliabilität oder Split-half-Reliabilität sowie die Ermittlung der internen Konsistenz. Am gebräuchlichsten ist hierbei die Berechnung des Alphakoeffizienten als Maß der internen Konsistenz. Dieser ist abhängig von der Homogenität der Stichprobe und fällt umso höher aus, je mehr Items ein Test oder eine Subskala enthält und je höher diese Items miteinander korrelieren. Es ist daher sinnvoll, bei Tests die verschiedenen Teilaspekte eines komplexen Merkmals zu erfassen und den Alphakoeffizienten für die jeweiligen Subskalen zu berechnen. Reliabilitäten zwischen .8 und .9 gelten als mittelmäßig, darüber hinaus als hoch (Bortz & Döring, 2006).

2.4.2.3. Validität

Dies ist das wichtigste Testgütekriterium und gibt an, ob ein Test das misst, was er zu messen vorgibt. Die Validität ist im Vergleich zur Objektivität und Reliabilität aufwendiger zu erfassen. Es wird zwischen Inhaltsvalidität bzw. Augenscheinvalidität, Kriteriumsvalidität, und Konstruktvalidität unterschieden.

Die Inhaltsvalidität beruht auf der subjektiven Einschätzung, ob ein Kriterium durch eine repräsentative Anzahl von Items ein zu messendes Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfasst. Kriteriumsvalidität ist dann gegeben, wenn das Ergebnis eines Tests, der ein latentes Merkmal erheben soll, mit einem manifesten Merkmal übereinstimmt. „Die Kriteriumsvalidität ist definiert als Korrelation zwischen den Testwerten und den Kriteriumswerten einer Stichprobe“ (Bortz & Döring, 2006, S. 200). Eine Form der Kriteriumsvalidität ist die prognostische Validität, bei der die Validität eines Tests daran gemessen wird, ob der Testwert ein späteres Verhalten vorhersagen kann. Bei der Übereinstimmungsvalidität werden der Testwert und der Kriteriumswert zum selben Zeitpunkt erhoben. Die Kriteriumsvalidität hängt davon ab, ob ein geeignetes Außenkriterium gefunden werden kann. Dieses kann wiederum populationsabhängig sein. Konstruktvalidität besteht, „wenn aus dem zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können“ (Bortz & Döring, 2006, S. 201).

Da die Validität, mit Ausnahme der Inhaltsvalidität, ebenso wie die Reliabilität durch Korrelationen berechnet wird, gilt, dass möglichst hohe Korrelationen erstrebenswert sind. Hierbei gelten Validitäten zwischen .4 und .6 als mittelmäßig und darüber liegende Werte als hoch (Bortz & Döring, 2006).

2.4.2.4. Nebengütekriterium

Zu den Nebengütekriterien zählen die Kriterien der Normierung (Eichung), Skalierung, Zumutbarkeit, Testökonomie, Unverfälschbarkeit, Fairness und der Nützlichkeit. Das Kriterium der Normierung läuft dabei auf die Forderung nach Normtabellen hinaus, die nicht älter als acht Jahre sind und deren Geltungsbereich klar definiert ist. Das Kriterium der Skalierung ist dann erfüllt, wenn die Testwerte die empirischen Merkmalsrelationen adäquat abbilden. Die Relationen der Ausprägungen eines Merkmals sollen sich demnach auch in den Testwerten widerspiegeln. Die Zumutbarkeit bezieht sich auf die zeitliche, psychische und körperliche Belastung der Testpersonen durch einen

Test. Die Testökonomie dagegen fokussiert auf den finanziellen und zeitlichen Aufwand, der für den Testanwender entsteht. Unverfälschbarkeit eines Tests liegt vor, wenn eine Testperson die Testwerte nicht durch ein gezieltes Antwortverhalten steuern oder verzerren kann. Wenn die Testergebnisse „zu keiner systematischen Benachteiligung bestimmter Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer ethnischen, soziokulturellen oder geschlechtsspezifischen Gruppe führen“, gilt ein Test als fair (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 24). Die Nützlichkeit eines Tests ist dann gegeben, wenn das gemessene Merkmal praktisch relevant ist und auf den Testwerten basierende Entscheidungen mehr Nutzen als Schaden mit sich bringen (Moosbrugger & Kelava, 2012).

2.4.3. Richtwerte in der Testkonstruktion

Zur Einschätzung der Qualität eines Tests wird üblicherweise eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Hierzu gehört die Berechnung der Item-Trennschärfen. Die Item-Trennschärfe ist die Korrelation zwischen dem Wert eines einzelnen Items und dem Gesamtestwert. Sie zeigt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Tests oder einer Skala repräsentiert. Bei intervallskalierten Testwerten wird in der Regel die Produkt-Moment-Korrelation r_{it} als Maß für die Item-Trennschärfe berechnet. Werte zwischen .3 und .5 gelten als mittelmäßig, Werte über .5 als hoch. Items mit zu geringer Trennschärfe sind nicht repräsentativ für einen Test oder eine Testskala. Die Trennschärfe eines Items ist abhängig von der Itemschwierigkeit. Extreme Itemschwierigkeiten führen zu Trennschärfeeinbußen (Bortz & Döring, 2006).

Eine Betrachtung der Boden- und Deckeneffekte gibt zusätzlich Aufschluss darüber, ob anhand der Skalierung eines Tests im gesamten Messbereich adäquat zwischen Personen unterschiedlicher Merkmalsausprägung unterschieden werden kann oder nicht. Häufen sich die Werte einer Stichprobe im untersten bzw. obersten Extremwert einer Skala, weist dies auf Boden- bzw. Deckeneffekte hin. Dies bedeutet, dass die Skala im untersten und/oder obersten Wertebereich nicht ausreichend zwischen Personen diskriminieren kann.

Nachdem der theoretische Hintergrund zum IASMHS und zur Validierung desselben dargelegt wurde, soll im Folgenden auf Themen eingegangen werden, die speziell die Betroffenen-Gruppe betreffen.

2.5. Kindesmissbrauch im institutionellen Setting in Österreich

2.5.1. Begriffsklärung und Definition

Ein Thema, das in Österreich und auch in anderen Ländern über eine lange Zeit hinweg tabuisiert wurde, ist das Thema des Kindesmissbrauchs in staatlichen und kirchlichen Institutionen. 2010 kam es in Österreich zu Anklagen gegen die Katholische Kirche, womit diese Problematik ins Zentrum der allgemeinen und wissenschaftlichen Aufmerksamkeit gerückt ist. Wissenschaftlich wird hier von institutionalisiertem Missbrauch bzw. *Institutional Abuse* (IA) gesprochen. Diese Art von Missbrauch zeichnet sich durch ein Setting aus, in dem eine Institution oder eine Autorität fast alle Bereiche des Lebens eines Kindes kontrolliert (Goffman, 1987). Eine weitere Definition inkludiert die unangemessene Nutzung von Macht, durch die die Gesundheit eines Kindes verletzt und dessen Entwicklung gestört werden kann (Wolfe, Jaffe, Jette, & Poisson, 2003). Diese Definitionen zeigen auf, dass der Begriff *Institutional Abuse* ein breites Spektrum an missbräuchlichen Handlungen bezeichnet. Im Allgemeinen werden drei Arten von Missbrauch unterschieden: *Child Physical Abuse* (CPA), *Child Sexual Abuse* (CSA) und *Child Emotional Abuse* (CEA).

2.5.2. Besonderheiten des institutionellen Settings

Das institutionelle Setting birgt bestimmte Besonderheiten, die das Auftreten von Missbrauch begünstigen. Die bisherige Forschung konzentrierte sich dabei vor allem auf religiöse Institutionen. So berichtet Pilgrim (2012) von Missbrauchsfällen, die wesentlich von Bischöfen vertuscht und von Kindern, die für das Melden eines Missbrauchs bestraft wurden. In Bezug auf religiöse Institutionen spricht er von „systematischer Isolation“, die auf mehreren Ebenen wirksam war. Die systematische Isolation kam zum einen auf der Ebene der Institution zu tragen, die oft räumlich im Abseits standen, in die Fremde keinen Zutritt hatten und die selten Kontrollen durch unparteiische Stellen unterlagen. Weiter wirkte sie auf Ebene der MitarbeiterInnen, die intellektuell und kulturell isoliert und nach außen durch den Deckmantel des Zölibats geschützt waren. Die dritte Ebene betrifft die Schützlinge selber, die häufig wenig oder keinen Kontakt zu Angehörigen hatten und deren Stimme gegenüber der eines Geistlichen oder einer Nonne wenig Gewicht hatte. Hinzu kommt, dass Erwachsene in religiösen Institutionen übermäßig viel Macht über die Kinder in ihrer Obhut hatten, da sie oftmals „unantastbare“ religiöse Autoritäten verkörperten. Dies wird durch die Vermittlung von Ritualen der Frömmigkeit verstärkt. Es findet eine Verschmelzung statt, zwischen einer von Erwachsenen dominierten moralischen Ordnung und Gottes Erwartungen von

Glauben und Gehorsam (Pilgrim, 2012). McLoone-Richards spricht im Hinblick auf den Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität in der Katholischen Kirche von einer „Pathologie innerhalb des Katholizismus“ und sieht darin ebenfalls eine mögliche Ursache der Missbrauchsfälle in religiösen Institutionen (McLoone-Richards, 2012, S. 402). Starre Hierarchien, mangelnde Transparenz und der Umstand, dass die Bedürfnisse der Institution als eindeutig höherwertig gewichtet werden als die der Betroffenen, waren und sind nach wie vor vorherrschende Probleme in Institutionen (Gilligan, 2012).

Missbrauch fand und findet nicht nur in religiös orientierten Einrichtungen, sondern ebenso in nichtreligiösen statt (Spröder et al., 2014). Auch die Formen des Missbrauchs unterscheiden sich nach aktuellem Wissensstand nicht wesentlich zwischen religiösen und nicht religiösen Institutionen. In der Regel wird erst das Vertrauen der Schutzbefohlenen erschlichen, um dann Situationen zu kreieren, in denen die TäterInnen alleine mit ihren Opfern sind. Sexueller Missbrauch wird dabei häufig als etwas „Edukatives“ dargestellt. Zwar können in religiösen Institutionen spezifische Situationen und Argumente wie die Beichte oder die Sünde als Machtinstrument genutzt werden (Spröder et al., 2014). Erklärungsmodelle, die sich zu stark auf Besonderheiten religiöser Rahmenbedingungen konzentrieren, greifen jedoch offensichtlich zu kurz. Staller (2012) bezieht sich auf Institutionen allgemein und nennt als weitere Einflussfaktoren einerseits die formale und informale Verschwiegenheitspflicht, die undurchsichtigen Wege der Berichterstattung, die häufig bei einflussreichen Einzelpersonen enden, sowie die räumlichen und systembedingten Barrieren, die sowohl das Nachforschen in Institutionen als auch das Berichten nach außen erschweren. Auch im nichtreligiösen Kontext wird auf das extreme Machtgefälle zwischen Überlebenden und TäterInnen hingewiesen sowie auf den Einfluss starker Loyalitätsgefühle auf persönlicher und institutioneller Ebene (Staller, 2012).

2.5.3. Zur Prävalenz von Kindesmissbrauch und Institutional Abuse (IA)

Für Kindesmissbrauch gibt es bereits Zahlen zur globalen Prävalenz. In einer Metaanalyse konnte ein Wert von rund 12 Prozent ermittelt werden, wobei Mädchen über verschiedene Staaten und Kontinente hinweg etwa doppelt so häufig von Kindesmissbrauch betroffen sind wie Jungen (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). In einer anderen internationalen Studie zur Prävalenz von CSA lagen die am häufigsten berichteten Werte unter 10 Prozent für Männer und zwischen 10 und 20 Prozent für Frauen (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito,

2009). Der oftmals über viele Jahre hinweg stattfindende Missbrauch führt dabei zu schwerwiegenden psychischen und physischen Störungen, mit denen Betroffene nicht selten ein ganzes Leben zu kämpfen haben (Flanagan-Howard et al., 2009; Vitiello, 2004).

Zu IA wurden ebenso bereits Forschungen angestellt, es liegen jedoch keine globalen Werte zur Prävalenz vor. In Ländern wie England, Irland, den USA, Österreich und Deutschland wurde IA bereits in religiösen und nichtreligiösen Institutionen untersucht. Diese Studien geben Hinweise über die Häufigkeit und die Rahmenbedingungen von IA (Bundschuh, 2012; Fitzpatrick et al., 2010; Lueger-Schuster et al., 2014; Spröber et al., 2014).

Lueger-Schuster et al. (2014) haben in Österreich Fälle von IA in Einrichtungen der katholischen Kirche analysiert. Die TeilnehmerInnen dieser Studie wurden über die Unabhängige Opferschutzkommission kontaktiert. Diese zivilgesellschaftliche Einrichtung wurde 2010 als Reaktion auf die Anklagen gegen die Kirche ins Leben gerufen, um die einzelnen Fälle zu begutachten und die Höhe der Entschädigungen festzustellen. Von insgesamt 795 Personen, die von der Opferschutzkommission über die Studie und die Möglichkeit der Teilnahme informiert wurden, nahmen letztlich 448 Personen teil. Bei diesen 795 Menschen handelte es sich um Überlebende, die von schwerem und oft jahrelangem Missbrauch physischer, sexueller und emotionaler Art in österreichischen katholischen Institutionen betroffen waren. Ein Großteil der berichteten Gewalttaten ereigneten sich zwischen den Jahren 1950–1980, wobei zwischen zehn und 50 Misshandlungen pro Jahr berichtet und 670 TäterInnen genannt wurden. Die Gewalttaten ereigneten sich primär in Internaten, Waisenhäusern, Klöstern und Kirchen. Auffällig war, dass in diesem Rahmen Jungen etwa drei Mal häufiger Opfer von Missbrauch wurden als Mädchen. Die Tendenz, dass Jungen in Institutionen häufiger Opfer von Missbrauch werden, zeigte sich auch in einer irischen sowie einer deutschen Studie (Fitzpatrick et al., 2010; Spröber et al., 2014). Dies lässt sich dadurch erklären, dass damals wie heute Jungen häufiger als Mädchen in Internaten oder in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt untergebracht wurden bzw. werden.

2.5.4. Folgen von IA

In der österreichischen Studie von Lueger-Schuster et al. (2014) konnte zum Zeitpunkt der Testung Jahrzehnte nach dem Stattfinden der Gewalttaten etwa bei der Hälfte der StudienteilnehmerInnen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt

werden, insbesondere bei jenen, die von analer/vaginaler Penetration (CSA), sexuellen Berührungen (CSA) und Isolation (CEA) berichteten. Fast 80 Prozent der StudienteilnehmerInnen wiesen zudem in zumindest einer Skala des *Brief Symptom Inventory*, einem Fragebogen zur Erhebung subjektiver Beeinträchtigung aufgrund physischer und psychischer Symptome, auffällige Werte auf. Hierbei traten paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit und Depressivität besonders häufig auf (Lueger-Schuster et al., 2014). Ähnliche Ergebnisse finden sich in anderen Studien. Es konnten bereits mehrfach Zusammenhänge zwischen Missbrauch und PTBS hergestellt werden, insbesondere in Fällen von sexuellem Missbrauch. Auch andere psychische Erkrankungen wie Anpassungsstörungen, Depressionen, Ängste, Essstörungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Probleme in der Partnerschaft waren gehäuft bei den Betroffenen zu finden (Bundschuh, 2012; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Fitzpatrick et al., 2010; Putnam, 2003; Schmid, Fegert, & Petermann, 2010; Spröder et al., 2014). Es konnten außerdem Beeinträchtigungen bestimmter Gehirnstrukturen und -funktionen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit in Verbindung gebracht werden (Anda et al., 2006).

Auch abseits von psychiatrischen Diagnosen kann der Missbrauch durch eine Vertrauensperson zu psychosozialen Problemen, Bindungsstörungen sowie zu einer zerrütteten Vorstellung von Beziehung führen (Spröder et al., 2014). Gefühle wie Scham und Schuld können negative Auswirkungen auf den Selbstwert und das Selbstbild der Kinder haben. Die erlebte Machtlosigkeit kann in sozialem Rückzug und Passivität münden (Browne & Finkelhor, 1986). In einer qualitativen Studie zu Resilienz und Genesung nach CSA (im nicht-institutionalisiertem Setting) wird zudem von dem Gefühl, „beschädigt“ oder „mangelhaft“ zu sein, von fehlendem Wahrnehmen von Grenzen im alltäglichen Leben und damit verbundenen Gefühlen der Über-Verantwortlichkeit für alles und jeden sowie der Überzeugung, selbst mit allem fertig werden zu müssen, berichtet (Chouliara, Karatzias, & Gullone, 2014). Bei Überlebenden von IA handelt es sich demnach um eine Gruppe von Personen mit einer besonders hohen Prävalenz für psychische Probleme und einem erhöhten Risiko komorbider Erkrankungen. Gleichzeitig ist es wahrscheinlich, dass diese Menschen, deren Vertrauen in helfende Einrichtungen sehr früh und nachhaltig erschüttert wurde, nur selten Gesundheitsleistungen im psychischen Bereich in Anspruch nehmen.

2.6. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Da PTBS eine häufige Folge von IA darstellt, wird in dieser Studie der Schwerpunkt der Untersuchungen in der Betroffenen-Gruppe auf dieses Störungsbild gelegt. Im Nachfolgenden wird explizit auf diese Störung eingegangen.

2.6.1. Definition, Diagnosekriterien und Prävalenz der PTBS

Die derzeit aktuelle Version des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist das DSM-5. Zur Diagnose der PTBS in dieser Studie wurde jedoch ein Instrument herangezogen, das auf dem DSM-IV beruht. Aus diesem Grund werden im folgenden Abschnitt Diagnosekriterien und Definitionen, wie sie dem DSM-IV entsprechen, angeführt.

Die PTBS ist im DSM-IV durch sechs Kriterien charakterisiert (Maercker, 2013), die in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt werden und zum besseren Verständnis zum Teil mit Beispielen versehen sind. Die PTBS sowie andere relevante Störungsbilder nach traumatischen Ereignissen werden unter dem Begriff „Traumafolgestörungen“ oder auch „Traumaspektrum-Störungen“ subsumiert (Maercker, 2013). Im DSM-IV sind Traumata definiert als „ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten“, in der mit „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken“ reagiert wird (American Psychiatric Association, 2000, S. 491). Ereignisse dieser Art können beispielsweise Kampferfahrungen oder der Aufenthalt in einem Kriegsgebiet sein, ebenso wie Naturkatastrophen, Unfälle, Erfahrungen physischer, sexueller oder emotionaler Gewalt, lebensbedrohliche Krankheiten oder auch das Miterleben dergleichen Situationen als Zeuge.

Gängige Diagnoseinstrumente bei Erwachsenen sind beispielsweise das International Diagnostic Interview (CIDI) der WHO (World Health Organisation), das Essener Trauma-Inventar im deutschsprachigen Raum oder auch das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I). Aktuelle Diagnoseinstrumente beruhen zumeist entweder auf dem DSM-IV, der ICD-10 oder auf beiden Diagnosesystemen.

In einer europäischen Studie wurden die Hauptursachen für PTBS in Westeuropa beforscht. Dieser Studie zufolge erklärten vor allem sechs Faktoren aufgrund ihrer spezifischen Häufigkeit und Schwere einen hohen Prozentsatz der untersuchten Fälle von PTBS: Ein Kind mit ernsthafter Erkrankung haben (20%), nicht benannte persönliche

Ereignisse (17%), Vergewaltigung (12%), von dem/der PartnerIn zusammengeschlagen (12%), gestalkt (12%) sowie von einer fürsorgenden Person zusammengeschlagen werden (8%) (Darves-Bornoz et al., 2008). Generell entwickeln Frauen mehr als zweimal so häufig eine PTBS wie Männer, obwohl Männer häufiger traumatische Situationen erleben. Dies ist unter anderem dem Umstand geschuldet, dass überwiegend Frauen traumatischen Situationen ausgesetzt sind, die als besonders schwerwiegend erlebt werden und mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer PTBS führen. Allgemein wird von einer Lebenszeit-Prävalenz von etwa 8 Prozent ausgegangen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Tabelle 2: Die sechs Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV.

Kriterium	Erläuterung (Beispiele)
Ereigniskriterium	Eine Person erlebte ein traumatisches Ereignis oder wurde Zeuge/Zeugin eines solchen.
Symptomgruppe: Wiedererleben (für eine Diagnose muss ein Symptom erfüllt sein)	Intrusionen (ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen) Belastende Träume bzw. Albträume Flashbacks (plötzliche und lebendige Erinnerungsattacken, gefühltes Wiedererleben des Traumas) Belastung durch Auslöser (Schlüsselreize wie Gegenstände, Geräusche, Düfte erinnern an das Trauma) Physiologische Reaktionen bei Erinnerung (Schwitzen, Zittern, Ängste, Übelkeit...)
Symptomgruppe: Vermeiden (drei Symptome erfüllt)	Gedanken- und Gefühlsvermeidung (Vermeiden von Gedanken an das Trauma) Aktivitäts- oder Situationsvermeidung (z.B. Vermeiden von Orten, die an das Trauma erinnern) (Teil-) Amnesien (z.B. Erinnerungslücken bezüglich der traumatischen Ereignisse) Interessensverminderung (frühere Hobbies bereiten keine Freude mehr)

Entfremdungsgefühl (empfundene Kluft zwischen anderen und sich)

Eingeschränkter Affektspielraum (das Gefühl, das Trauma habe das eigene Gefühlsleben zerstört, z.B. die Fähigkeit zu lieben, zu vertrauen oder zur Trauer)

Eingeschränkte Zukunft (keine Zukunftspläne mehr, das Gefühl, dass nichts Wichtiges mehr passieren wird...)

Symptomgruppe: Chronische Übererregung (zwei Symptome erfüllt)	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
	Erhöhte Reizbarkeit (z.B. Wutausbrüche seit dem Trauma)
	Konzentrationsschwierigkeiten (einfache Abläufe können nicht konzentriert durchgeführt werden, z.B. lesen)
	Hypervigilanz bzw. übermäßige Wachsamkeit (ständiges Gefühl des Nicht-Trauen-Könnens)
	Übermäßige Schreckreaktion
Zeitkriterium	Die Symptome treten länger als einen Monat auf.
Schwere der Beeinträchtigung	Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen im Sozialleben, im Beruf sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen

Anmerkungen. Neben den sechs Kriterien sind auch die einzelnen Symptome der drei Symptomgruppen fett dargestellt. Adaptiert von *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 20) von A. Maercker, 2013, Heidelberg: Springer. Copyright 2013 bei Springer-Verlag.

2.6.2. Theoretische Modelle zur PTBS

In Bezug auf die Frage, in welcher Weise Individuen auf traumatische Ereignisse reagieren, spielen verschiedene biologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle. Nicht alle Menschen, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind, entwickeln eine PTBS. Die meisten Modelle, die sich mit dieser Frage beschäftigen, konzentrieren sich vor allem auf interpersonelle Veränderungen nach traumatischen Erlebnissen, wie posttraumatische Kognitionen der Scham, Schuld, Selbstvorwürfe, der Angst, Wut oder Rache. Weiter stehen häufig Besonderheiten des Traumagedächtnisses und veränderte Überzeugungen über sich, andere und die Welt im Allgemeinen im Mittelpunkt. Beispiele hierfür sind die Überzeugung, niemandem mehr trauen zu können

und einer vorherrschenden Ungerechtigkeit in der Welt (Ehlers & Clark, 2000; Foa, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Horowitz, 1986, 2007; Janoff-Bulman, 1985; Rubin, Berntsen, & Bohni, 2008; van der Kolk, 2006). Maercker und Horn (2013) schlagen als integratives Modell bestehender Ansätze und als Erweiterung zu diesen das *Socio-Interpersonal Model* vor (Abbildung 3).

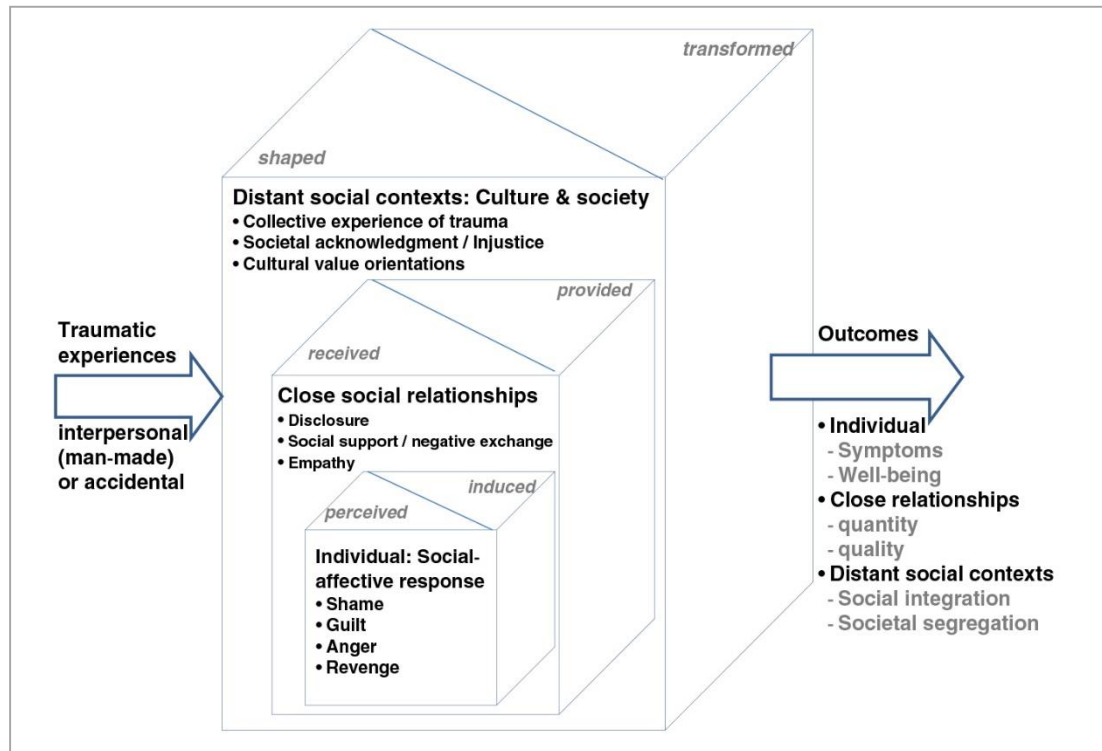


Abbildung 3. Das Socio-Interpersonal Model.

Entnommen aus „A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes“ von A. Maercker & A. B. Horn, 2013, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, S. 4. Copyright 2012 bei John Wiley & Sons, Ltd.

Laut diesem Modell haben Faktoren auf drei Ebenen einen Einfluss darauf, wie sich traumatische Ereignisse im Leben von Individuen auswirken. Die erste Ebene ist die des Individuums, sie betrifft die Gedanken und Emotionen einer Person. Zweitens wirken Faktoren auf der Ebene der nahestehenden Personen, zu denen ein hohes Maß an psychologischer Intimität besteht, wie dem Partner, der Partnerin, der nahen Familie oder FreundInnen. Diese Ebene ist wichtig für Prozesse, die den Umgang mit dem Trauma und dessen Aufarbeitung betreffen. Nur durch Interaktion sind Prozesse wie die Offenlegung der Ereignisse, soziale Unterstützung oder auch negative Reaktionen möglich. Die dritte Ebene stellt das entfernte soziale Umfeld dar. Prozesse auf dieser Ebene sind festgelegt durch kulturelle Besonderheiten wie vorherrschende Normen, religiöse Werte und das bestehende Gesundheitssystem. Zusätzlich zu individuellen

Faktoren werden im *Socio-Interpersonal Model* sowohl soziale und kontextuale Einflüsse sowie Prozesse der Interaktion einbezogen und deren Einfluss auf das Entstehen und die Aufrechterhaltung einer PTBS betrachtet (Maerker & Horn, 2013).

2.6.3. IA, PTBS und Stigma

Die hohe Relevanz, die individuellen Emotionen und Kognitionen sowie Reaktionen der Umwelt im *Socio-Interpersonal Model* haben, suggeriert, dass *Public Stigma* und *Self-Stigma* eine entscheidende Rolle bezüglich der Auswirkungen traumatischer Ereignisse zukommt. Forschungen, die sich direkt mit Stigmatisierung im Zusammenhang mit PTBS auseinandersetzen, sind gegenwärtig rar (Schäfer, Schomerus, & Milin, 2013). Aus einer amerikanischen Studie mit Irak-Veteranen ist jedoch bekannt, dass für 70 Prozent der Befragten die Angst vor Stigmatisierung einer der Hauptgründe dafür war, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen (Stecker, Fortney, Hamilton, & Ajzen, 2007). Studien, die sich mit Resilienzfaktoren im Umgang mit CSA beschäftigen, heben die Bedeutung von interpersonellen Fähigkeiten, hohem Selbstrespekt, dem Fehlen von Selbstvorwürfen und Stigmatisierung von außen, Spiritualität, hilfreichen Lebensumständen und Unterstützung durch das soziale Umfeld hervor. Diese weisen somit indirekt darauf hin, dass Stigmatisierung ein Problem darstellt, das bei CSA häufig auftritt (Bogar & Husle-Killackey, 2006; Chouliara et al., 2014; Daigneault, Hébert, & Tourigny, 2007; Dufour & Nadeau, 2001; Grossman, Sorsoli, & Kia-Keating, 2006; Kia-Keating, Grossman, Sorsoli, & Epstein, 2005).

3. Kontext und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen der *Wiener Heimstudie* durchgeführt. Diese ist ein Forschungsprojekt, das sich mit der Aufarbeitung und Dokumentation von Gewalt und Missbrauch in Wiener Kinder- und Jugendheimen sowie den entstandenen psychischen Folgen beschäftigt. Im Gegensatz zu früheren Studien sind in der *Wiener Heimstudie* staatliche Institutionen und nicht religiöse Einrichtungen im Fokus. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie mit Kontrollgruppendesign, für die von einer ForscherInnengruppe der Universität Wien eine umfangreiche Testbatterie entwickelt wurde. Diese Testbatterie enthält unter anderem den IASMHS sowie störungsspezifische Diagnoseinstrumente.

Das Hauptziel dieser Studie ist die Validierung der deutschsprachigen Version des IASMHS, getrennt für Kontrollgruppe und Versuchsgruppe der *Wiener Heimstudie*, soweit diese bereits vorliegen. Die Kontrollgruppe (KG) bildet eine Gruppe von WienerInnen, die im häuslichen Umfeld aufgewachsen sind. Die Versuchsgruppe (VG) besteht aus Personen, die in ihrer Kindheit und/oder Jugend in Institutionen untergebracht waren und dort Missbrauch physischer, emotionaler oder sexueller Art erlitten haben. In Bezug auf die Versuchsgruppe interessiert zudem die Frage, ob man anhand der angegebenen Einstellungen im IASMHS zwischen den Diagnosen einer aktuell bestehenden, einer überwundenen und keiner PTBS trennen kann.

3.1. Fragestellungen und Hypothesen

Die Überprüfung der prognostischen Validität des IASMHS ist im Rahmen dieser Studie und mit den vorliegenden Daten nicht möglich. Es kann jedoch überprüft werden, ob sich für die deutschsprachige Fassung des IASMHS die Ergebnisse von Mackenzie et al. (2004) dahingehend replizieren lassen, dass der IASMHS zwischen Personen diskriminieren kann, die bereits bzw. noch keine professionelle Hilfe aus dem psychischen Bereich in Anspruch genommen haben. Diese Zustandsvariable kann als Außenkriterium für die Berechnung der Kriteriumsvalidität herangezogen werden. Von besonderem Interesse sind auch die Modellstruktur sowie die psychometrische Güte der deutschsprachigen Übersetzung des IASMHS. Daraus ergeben sich die folgenden Fragestellungen:

3.1.1. Validierungsüberprüfungen

Wie fällt die psychometrische Analyse des IASMHS aus? Sind die interne Konsistenz und die Item-Trennschärfen zufriedenstellend?

Lässt sich die Modellstruktur des englischsprachigen IASMHS für die deutschsprachige Übersetzung in der Betroffenen-Gruppe und der Kontrollgruppe reproduzieren?

3.1.2. Überprüfung der Kriteriumsvalidität

Kann anhand der erreichten Werte im IASMHS in der Betroffenen- und der Kontrollgruppe zwischen Personen unterschieden werden, die Zeit ihres Lebens schon einmal bzw. noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben?

Wie fällt die Kriteriumsvalidität des IASMHS in der KG und der VG aus, wenn diese Variable als Außenkriterium herangezogen wird?

3.1.3. Inhaltliche Fragestellung

Das Störungsbild der PTBS nach IA konnte auf Basis der Literatur mit hohem Leidensdruck und damit einhergehend auch mit einem hohen Bedarf an professioneller Hilfe in Verbindung gebracht werden. Gleichzeitig liegt die Vermutung nahe, dass viele situative und interpersonelle Hürden *Help Seeking Behavior* erschweren. Diese Vermutung soll untermauert werden, indem in Bezug auf das Störungsbild der PTBS betrachtet wird, ob es zwischen Personen mit, ohne und mit überwundener PTBS Unterschiede in den Einstellungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im psychischen Bereich gibt. Um Störfaktoren minimal zu halten, werden hierzu ausschließlich Personen innerhalb der Betroffenen-Gruppe verglichen. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

Gibt es Unterschiede zwischen Personen der Betroffenen-Gruppe mit überwundener PTBS, aktuell diagnostizierter PTBS und ohne Diagnose einer PTBS hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Gesundheitsbehandlungen im psychologischen Bereich? Können diese drei Gruppen mittels IASMHS unterschieden werden?

UV: Drei Experimentalgruppen (überwundene PTBS, aktuell bestehende PTBS und keine PTBS)

AV: IASMHS-Scores in den drei Subskalen

H₀/H₁: Personen der Versuchsgruppe, denen laut SKID-I eine PTBS in der Vergangenheit, eine aktuelle PTBS bzw. keine PTBS diagnostiziert werden kann, unterscheiden sich (nicht) im Mittelwert hinsichtlich der Skala *Psychological Openness* des IASMHS.

Analog dafür sind auch die Hypothesen für die Skalen *Help-Seeking Propensity* und *Indifference to Stigma* des IASMHS formuliert.

4. Methoden

4.1. Versuchsplan und Untersuchungsdesign

4.1.1. Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie. Der Hauptteil folgt dem Design einer Validierungsstudie. Die Validierung wird für KG und VG getrennt durchgeführt. Für die inhaltliche Fragestellung, die nur die VG betrifft, wird diese in drei Gruppen unterteilt. Die VG sowie ihre drei Subgruppen sind dabei natürlich gegeben, eine Randomisierung war nicht möglich.

4.1.2. Untersuchungsdurchführung

Die Betroffenen-Gruppe setzte sich aus Personen zusammen, die sich an den Weißen Ring gewendet, dort das ihnen Widerfahrene offengelegt und dafür Entschädigung erhalten haben. Sie wurden vom Weißen Ring über die Wiener Heimstudie informiert und konnten ihr Interesse an einer Teilnahme darlegen. Die VG wird seit September 2014 fortlaufend von MitarbeiterInnen der ForscherInnengruppe an der Universität Wien getestet.

Die StudienteilnehmerInnen der Kontrollgruppe wurden von Masterstudierenden gesucht, als potentielle TeilnehmerInnen nominiert und in weiterer Folge getestet. Die Rekrutierung erfolgte über private Netze der Studierenden, über Aushänge mit Informationen zur Studie sowie über gezieltes Kontaktieren von Vereinen, in denen gehäuft Personen anzutreffen sind, die den Einschlusskriterien entsprechen. Nach einer intensiven Schulung in der Vorgabe der Testbatterie schlossen sich die Studierenden für die Testungen zu Dyaden zusammen. Diesen Dyaden wurden aus dem gesammelten Pool potenzieller TeilnehmerInnen Testpersonen zugewiesen, zu denen innerhalb der Dyade keine private Verbindung bestand. Diese Vorgehensweise diene vor allem der Anonymität der Testpersonen. Es sollte deren Befangenheit reduziert und so Verzerrungen der Daten in Richtung sozialer Erwünschtheit eingedämmt werden. Getestet wurde einerseits bei den StudienteilnehmerInnen zu Hause oder an öffentlichen Orten, je nachdem, was diese jeweils bevorzugten. Idealerweise waren bei der Testung ausschließlich die Testperson und zwei StudentInnen anwesend. Vor Beginn der Testungen wurden die TeilnehmerInnen genauestens über die Studie, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit zum jederzeitigen Abbruch aufgeklärt, und sie erhielten Informationen über die Anonymität bei der Datenauswertung und zum Datenschutz.

Von allen TeilnehmerInnen wurde vor Testbeginn eine schriftliche Zustimmung eingeholt. Die Erhebung der Kontrollgruppe, soweit sie für die vorliegende Arbeit relevant ist, erstreckte sich von Oktober 2014 bis April 2015.

Für die Mitarbeit an der Datenerhebung für die Wiener Heimstudie wurden den Studierenden die soweit vorhandenen Daten der KG und der VG für ihre Masterarbeiten zur Verfügung gestellt. Die Auswertung der Daten und sämtliche Berechnungen erfolgten mittels IBM SPSS Statistics Version 20.

4.1.3. Statistische Auswertung

Die Berechnungen zur Reliabilität, Modellstruktur und Kriteriumsvalidität werden jeweils getrennt für die Betroffenen- und die Kontrollgruppe durchgeführt. Zur Überprüfung der Testgüte erfolgte eine Betrachtung hinsichtlich möglicherweise vorhandener Boden- und Deckeneffekte. Weiter wird die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha, getrennt für die jeweiligen Skalen sowie für den Gesamtwert) sowie die Item-Trennschärfe der einzelnen Items überprüft. Hierfür wird eine Reliabilitätsanalyse berechnet. Mittels explorativer Faktorenanalyse soll überprüft werden, ob sich für die vorliegenden Daten die gleiche Modellstruktur ergibt, wie für die englischsprachige Version des IASMHS vorgeschlagen.

Für die Überprüfung der Kriteriumsvalidität bedarf es der Berechnung einer zusätzlichen dichotomen Variable für die Betroffenen-Gruppe und die Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Angaben zu der Frage, ob sie Zeit ihres Lebens schon einmal in stationärer, psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren. Es wurde pro Skala des IASMHS für die Betroffenen-Gruppe und die Kontrollgruppe getrennt berechnet, ob signifikante Korrelationen zwischen der Zustandsvariable und den Skalen des IASMHS gegeben sind. Die Berechnungen erfolgten mittels Pearson-Korrelationen, sofern die Normalverteilung für die metrischen Variablen gegeben war. Traf dies nicht zu, wurde auf den Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ausgewichen. Ob und wie gut der IASMHS und seine Subskalen zwischen Personen diskriminieren kann, die schon einmal bzw. noch nie professionelle Hilfe aus dem psychischen Sektor in Anspruch genommen haben, wurde zudem mittels ROC-Kurven (Receiver Operating Characteristics Curves) visualisiert. Die dazugehörige Maßeinheit, die AUC-Werte (Area Under the Curve), geben Aufschluss darüber, ob der IASMHS bzw. seine Subskalen zwischen therapieerfahrenen und -unerfahrenen Personen zuverlässig zu unterscheiden vermag.

Da der IASMHS metrisches Skalenniveau aufweist, war für die Hypothesen der inhaltlichen Fragestellungen jeweils die Durchführung einer einfaktoriellen Varianzanalyse geplant. Voraussetzung dafür sind die Normalverteilung in den (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) und Varianzhomogenität (Überprüfung mittels Levene-Test) der unabhängigen Stichproben. War ausschließlich die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht erfüllt, wurde auf den bedingten Welch-Test ausgewichen. War auch die Voraussetzung der Normalverteilung verletzt, musste auf den Kruskal-Wallis-Test ausgewichen werden. Konnten auf diesem Weg globale Unterschiede gefunden werden, folgten post-hoc-Tests, um signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Faktorstufen zu ermitteln. Bei gegebener Varianzhomogenität und gleichen Stichprobengrößen der jeweiligen Faktorstufen wurde der Tukey-Test herangezogen. Bei ungleichen Varianzen wurde auf den Games-Howell-, bei leicht ungleichen Stichprobengrößen auf den Gabriel-, bei stark ungleichen Stichprobengrößen auf den Hochberg's GT2-Test ausgewichen (Field, 2013). Als Maß für die Effektstärke wurde das partielle η^2 berechnet, wobei Werte ab $\eta^2 = .01$ als kleine, ab $\eta^2 = .06$ als mittlere und ab $\eta^2 = .14$ als große Effekte interpretiert werden (Cohen, 1988). Bei nicht-parametrischer Testung mussten Mann-Whitney-U-Tests anstelle von post-hoc-Tests gerechnet werden. Als Maß der Effektstärke wurde in diesem Fall Cohen's d herangezogen. Hier gelten Werte ab $d = .20$ als kleine, ab $d = .50$ als mittlere und ab $d = .80$ als große Effekte (Cohen, 1988). Auch in Bezug auf diese Fragestellung soll eine Betrachtung der ROC-Kurven, getrennt für die drei Subskalen des IASMHS zeigen, ob das Instrument zwischen Personen der Betroffenen-Gruppe mit einer Lebenszeitdiagnose einer PTBS (1), einer aktuell diagnostizierter PTBS (2) und ohne PTBS-Diagnose (3) trennen konnte. Da die Zielvariable bei ROC-Kurven dichotom sein muss, waren hier jeweils drei getrennte Vergleiche (1:2, 2:3, 1:3) notwendig. Das Signifikanzniveau für die angeführten Testungen wurde, wie üblich, mit $\alpha = .05$ festgelegt.

4.2. Messinstrumente und gemessene Variablen

4.2.1. Nähere Beschreibung des IASMHS

Der IASMHS wurde in Kanada von Mackenzie et al. (2004) aus Fishers und Turners (Fisher & Turner, 1970) *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale* (ATSPPHS) entwickelt. Der Fragebogen umfasst 24 positiv und negativ formulierte Items mit fünf-stufiger Antwortskala (von 0 = disagree bis 4 = agree). Acht Items laden jeweils auf drei verschiedenen Faktoren: (i) *Psychological Openness*, (ii) *Help-*

Seeking Propensity und (iii) *Indifference to Stigma*. Der Faktor *Psychological Openness* bezieht sich darauf, inwieweit Personen psychische Probleme anerkennen sowie die Möglichkeit, für diese professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei *Help-Seeking Propensity* geht es darum, in welchem Ausmaß Personen sich selbst für gewillt und fähig halten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Faktor *Indifference to Stigma* bezieht sich darauf, wie sehr Personen darüber besorgt sind, was nahestehende Menschen denken könnten, wenn diese erfahren würden, dass sie professionelle Hilfe für psychische Probleme in Anspruch nehmen.

Die Modellstruktur und die psychometrische Güte des englischsprachigen IASMHS wurden bisher in zwei Studien überprüft. In einer Studie mit 208 Frauen und Männern verschiedenen Alters (M: 45.6 Jahre, SD 17.8) und mit unterschiedlichem Bildungsgrad und Familienstand konnten die Testautoren Mackenzie et al. (2004) mittels exploratorischer Faktorenanalyse (EFA) die statistische Passung der dreifaktoriellen Modellstruktur des IASMHS belegen. Sie fanden eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .87$ für die Gesamtskala, von $\alpha = .82$ für die Subskala *Psychological Openness*, $\alpha = .76$ für *Help-Seeking Propensity* und $\alpha = .79$ für *Indifference to Stigma*. Die Messung der Retestreliabilität ergab Werte zwischen $r = .64$ und $r = .91$. Höhere Werte in den Subskalen sprechen für eine positivere Einstellung gegenüber professioneller Hilfe bei psychischen Problemen und deren Inanspruchnahme. Zur Überprüfung der Validität des IASMHS wurden Korrelationen der Gesamtskala sowie der Subskalen des IASMHS und verschiedener Variablen exploriert. Hierzu wurden die Variablen „Past Use of Professional Help“, „Intentions to Use Professional Help“, „Intentions to Talk to Family/Friends“ sowie „Intentions to Take Care of Problems Oneself“ herangezogen. Es ergaben sich überwiegend hochsignifikante Korrelationen dahingehend, dass, je höher die Werte einer Testperson ausfielen, es umso wahrscheinlicher war, dass sie in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe für psychische Probleme in Anspruch genommen hatte bzw. dies künftig tun würde (Mackenzie et al., 2004). Das Instrument kann somit als valide betrachtet werden. Hyland et al. (2014) kamen in einer aktuelleren Studie, in der 331 weibliche und männliche Mitglieder der irischen Polizei befragt wurden, mit anderen Auswertungsmethoden zu ähnlichen Ergebnissen. Durch eine Analyse mittels Strukturgleichungsmodelle konnten sie eine gute Modellpassung für die von Mackenzie und KollegInnen vorgeschlagene dreifaktorielle Modellstruktur belegen. Mit einer Faktorreliabilität von $p_c = .70$ für *Psychological Openness*, von $p_c = .76$ für *Help-Seeking Propensity* und von $p_c = .77$ für *Indifference to Stigma* fanden auch sie akzeptable

Werte für die interne Reliabilität des IASMHS. Es konnte zudem gezeigt werden, dass mittels IASMHS zwischen Personen, die schon einmal bzw. noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, unterschieden werden kann (Hyland et al., 2014).

Tabelle 3: Beispielitems der deutschsprachigen Übersetzung des IASMHS.

Skala des IASMHS	Beispielitem
Skala 1: <i>Psychological Openness</i>	Genau wie viele andere Dinge lösen sich psychische Probleme meist von alleine. Leute sollten versuchen, ihre Probleme selbst zu lösen; professionelle Hilfe sollte der letzte Ausweg sein.
Skala 2: <i>Help-Seeking Propensity</i>	Ich würde professionelle Hilfe in Anspruch nehmen wollen, wenn ich mir über eine lange Zeit hinweg Sorgen machen würde oder unglücklich wäre. Ich hätte eine klare Vorstellung davon, was zu tun wäre und wen ich ansprechen könnte, wenn ich mich dazu entscheiden würde, professionelle Hilfe (d.h. durch z.B. Psychologe oder Psychiater) wegen psychischer Probleme in Anspruch zu nehmen.
Skala 3: <i>Indifference to Stigma</i>	Wichtige Personen in meinem Leben würden weniger von mir halten, wenn sie herausfinden würden, dass ich psychische Probleme hätte. Psychisch krank gewesen zu sein ist etwas Schambesetztes.

Anmerkungen. Die vollständigen Skalen bestehen aus je acht positiv und negativ kodierten Items, mit fünfstufigem Antwortformat (von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll zu).

Genauer zeigten sich mittlere Zusammenhänge zwischen den Skalen *Psychological Openness* sowie *Help-Seeking Propensity* und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit. Zwischen der Skala *Indifference to Stigma* und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit konnte ein schwacher Zusammenhang gefunden werden. Die Skalen *Psychological Openness* und *Indifference to Stigma* zeigten mittlere Zusammenhänge mit Intentionen, tatsächlich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Für die Skala *Help-Seeking Propensity* konnte diesbezüglich ein starker Zusammenhang gefunden werden (Hyland et al., 2014).

Wie bereits erwähnt wurde der IASMHS erstmals im Zuge der Wiener Heimstudie ins Deutsche übersetzt. Die Anzahl der Items, deren Inhalte, die Modellstruktur sowie das fünfstufige Antwortformat (von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll zu) wurden beibehalten. Die bewusst allgemeine Formulierung der Items des IASMHS hinsichtlich des diversen Angebots an professioneller Hilfe im psychischen Bereich lässt das Instrument auch für Studien vor dem Hintergrund des österreichischen Gesundheitssystems als geeignet erscheinen. Derzeit liegen noch keine Daten zur Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version des IASMHS vor. Beispielitems der deutschsprachigen Übersetzung finden sich in Tabelle 3.

4.2.2. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)

Das Vorliegen einer aktuellen, einer überwundenen bzw. keiner PTBS wurde mittels SKID-I erhoben. Der SKID bzw. SCID, wie das Interview im Englischen abgekürzt wird, wurde ursprünglich in Amerika entwickelt und liegt dort mittlerweile in überarbeiteter Auflage vor (First & Gibbon, 2004).

Tabelle 4: Beispielitems zur Skala PTBS des SKID-I analog zu den Diagnosekriterien des DSM-IV.

Kriterium nach DSM-IV	Zugehöriges Item
Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre	...kam es öfter vor, dass Sie handelten oder fühlten, als ob Sie wieder in dieser Situation wären?
Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben	...haben sie Schwierigkeiten, sich an bestimmte wichtige Einzelheiten zu erinnern?
Eingeschränkter Affekt	...fühlen Sie sich abgestumpft, so dass Sie keine starken oder zärtlichen Gefühle mehr für andere empfinden können?

Anmerkungen. Vier Kodierungsoptionen je Kriterium (? = unsicher/zu wenig Informationen, 1 = nein/nicht vorhanden, 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt und 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt).

Bei der hier zum Einsatz kommenden deutschen Übersetzung des SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) handelt es sich um ein strukturiertes klinisches Interview zur psychologischen Diagnostik nach Achse I des DSM-IV. Das SKID-I beinhaltet unter anderem einen Explorationsleitfaden, einen Screeningfragebogen und das eigentliche, nach Sektionen unterteilte strukturierte Interview, das adaptiv durchzuführen ist. Das (Nicht-) Zutreffen der jeweiligen störungsspezifischen Diagnosekriterien des DSM-IV muss dabei anhand von vier Kodierungsoptionen (? = unsicher/zu wenig Informationen, 1 = nein/nicht vorhanden, 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt und 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt) klinisch gewichtet beurteilt werden, um dadurch zu einer Diagnose zu gelangen. Für die vorliegende Studie ist dabei ausschließlich die Skala zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von Interesse. Beispielitems zur Skala PTBS des SKID-I sind in Tabelle 4 angeführt.

In einer amerikanischen Studie mit 1649 weiblichen und männlichen Kriegsveteranen (Holowka et al., 2014), bei dem das englischsprachige SCID-I zum Einsatz kam, konnte für dessen Sektion zur PTBS eine Interrater-Reliabilität von $\kappa = .87$ für Lebenszeitdiagnosen einer PTBS und von $\kappa = .91$ für Diagnosen aktuell bestehender PTBS gefunden werden, die als hohe Werte interpretiert werden können (Landis & Koch, 1977). Leider liegen keine vergleichbaren Belege für die Testgüte des deutschsprachigen SKID-I vor, aber auch dieses gilt durch seine unmittelbare Nähe zu den Diagnosekriterien des DSM-IV als valide und reliabel (Wittchen et al., 1997). Für die Sektionen des deutschsprachigen SKID zu Essstörungen und Angststörungen, zu denen auch die PTBS gezählt wird, konnte gezeigt werden, dass das strukturierte klinische Interview einer gewöhnlichen klinischen Evaluation bei der Diagnosefindung überlegen ist (Schlick et al., 2010).

4.2.3. Erhebung von soziodemografischen Daten

Es wurden auch soziodemographische Daten erhoben. Für die vorliegende Arbeit relevant sind die Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, das aktuelle Einkommen und die derzeitige berufliche Tätigkeit sowie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit. Um fehlenden Daten vorzubeugen, wurden manche Variablen mehrfach und in verschiedenen Antwortformaten erhoben. Beispielitems finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Beispielitems der soziodemografischen Datenerhebung.

Demografische Information	Beispielitems
Bildungsgrad	Höchste abgeschlossene Ausbildung? (kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschule, Lehre, Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura, Höhere Schule mit Matura, Hochschulverwandte Lehranstalt, Universität oder Hochschule) ^a
Einkommen	Wie hoch ist ihr aktuelles monatliches Netto-Einkommen? ^b Wie hoch ist ihr aktuelles monatliches Netto-Einkommen? (unter 750 EUR, 750-1250 EUR, 1250-1780 EUR, 1780-2400 EUR, über 2400 EUR) ^a
Vorerfahrung mit professioneller Hilfe	Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung (psychopharmakologische Medikation)? ^c Wurden Sie jemals auf einer psychiatrischen Station behandelt? ^c Sind Sie derzeit in psychologischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung? ^c

^a Eine der angeführten Kategorien ist auszuwählen. ^b Offenes Antwortformat. ^c Ja oder Nein ist anzukreuzen

5. Ergebnisse

5.1. Beschreibung der Stichproben

In die Studie wurden ausschließlich Personen aufgenommen, die in Wien oder der unmittelbaren Umgebung von Wien aufgewachsen sind oder einen Großteil ihres Lebens in Wien verbracht haben. Die VG setzt sich, wie bereits erwähnt, vollständig aus Personen zusammen, die in ihrer Kindheit und/oder Jugend in einer Institution wohnhaft waren. In der KG stellte dies ein Ausschlusskriterium dar. Zur besseren Vergleichbarkeit von KG und VG wurde angestrebt, die demografischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen der Kontrollgruppe an die der Betroffenen-Gruppe anzugleichen. Leider erwies es sich als ausgesprochen schwer, freiwillige Studienteilnehmer,

insbesondere Männer, mit entsprechendem demografischen Hintergrund zu finden, weshalb die Ausschlusskriterien der KG etwas gelockert wurden, mit der Konsequenz, dass mögliche Störeinflüsse in Kauf genommen werden mussten. In Bezug auf die statistischen Analysen zum IASMHS wurde, um Datenverluste minimal zu halten, bei maximal einem fehlenden Item pro Testperson und Skala interpoliert. Ab zwei fehlenden Items innerhalb einer Skala mussten Fälle ausgeschlossen werden, da die „Missing-Data-Analyse“ nicht mehr zulässig gewesen wäre. In der KG war dies bei einer Person der Fall. In der VG mussten drei Testpersonen aufgrund zu vieler fehlender Werte ausgeschlossen werden. Negative Items des IASMHS wurden entsprechend umgepolt.

5.1.1. Stichprobengröße, Geschlechts- und Altersverteilung

Die Betroffenen-Gruppe setzt sich zum aktuellen Zeitpunkt und nach Ausschluss unvollständiger Datensätze aus insgesamt $n = 130$ Personen, davon 52 Prozent Männer, zusammen. Die Kontrollgruppe besteht aus insgesamt $n = 71$ Personen, davon 28 Prozent Männer. Die Geschlechterverteilung von etwa 3:1 in der KG ist im Vergleich zu einer Verteilung von rund 1:1 in der VG deutlich frauendominiert.

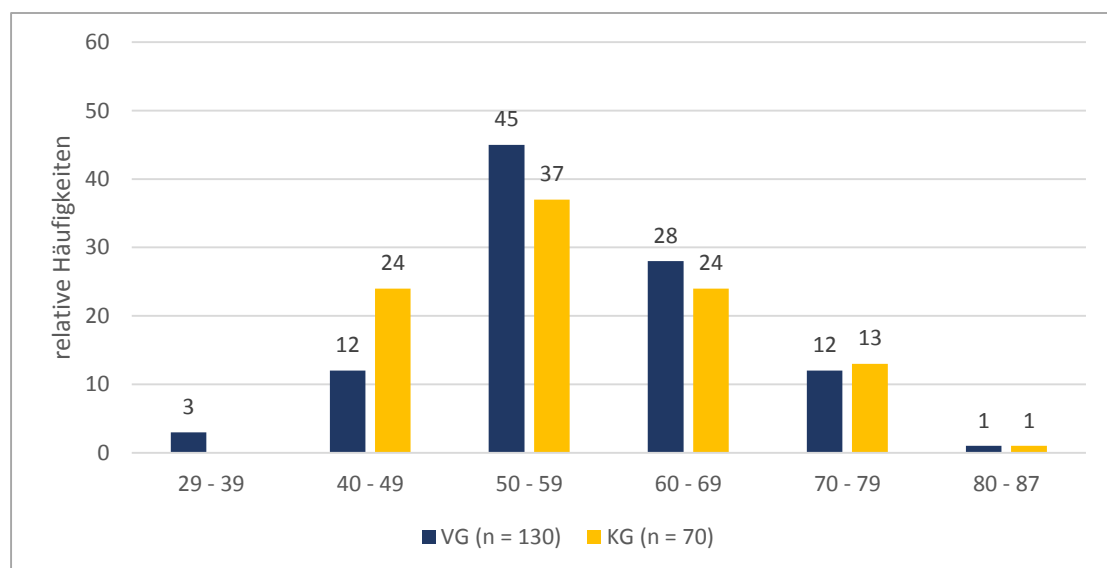


Abbildung 4. Altersverteilung in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.

Die TeilnehmerInnen der Betroffenen-Gruppe waren zwischen 29 und 87 Jahre ($M = 58.25$; $SD = 9.81$) alt. Bezüglich des Alters fehlt in der KG eine Angabe. Die TeilnehmerInnen der KG ($n = 70$) waren zwischen 40 und 82 Jahren alt. Mit einem Mittelwert von 56.84 bei einer Standardabweichung von 9.77 ist das durchschnittliche Alter der

KG mit dem der VG vergleichbar. Die Altersverteilung für beide Stichproben ist in gerundeten Prozentwerten in Abbildung 4 dargestellt.

5.1.2. Berufliche Tätigkeit, Bildungsgrad und Einkommen

In der Betroffenen-Gruppe (n = 130) sticht besonders hervor, dass sich 36 Prozent der Personen in krankheitsbedingter Frühpensionierung oder einem Langzeitkrankenstand befanden und 10 Prozent entweder arbeitslos waren oder Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung bezogen. In der KG (n = 71) gab ein Prozent der StudienteilnehmerInnen an, sich in krankheitsbedingter Frühpension zu befinden. Niemand in der KG gab an, in Langzeitkrankenstand zu sein oder Mindestsicherung zu beziehen. Der überwiegende Großteil der KG (76%) war entweder in einem Angestelltenverhältnis tätig oder in Pension. Dies ist in Abbildung 5 ersichtlich.

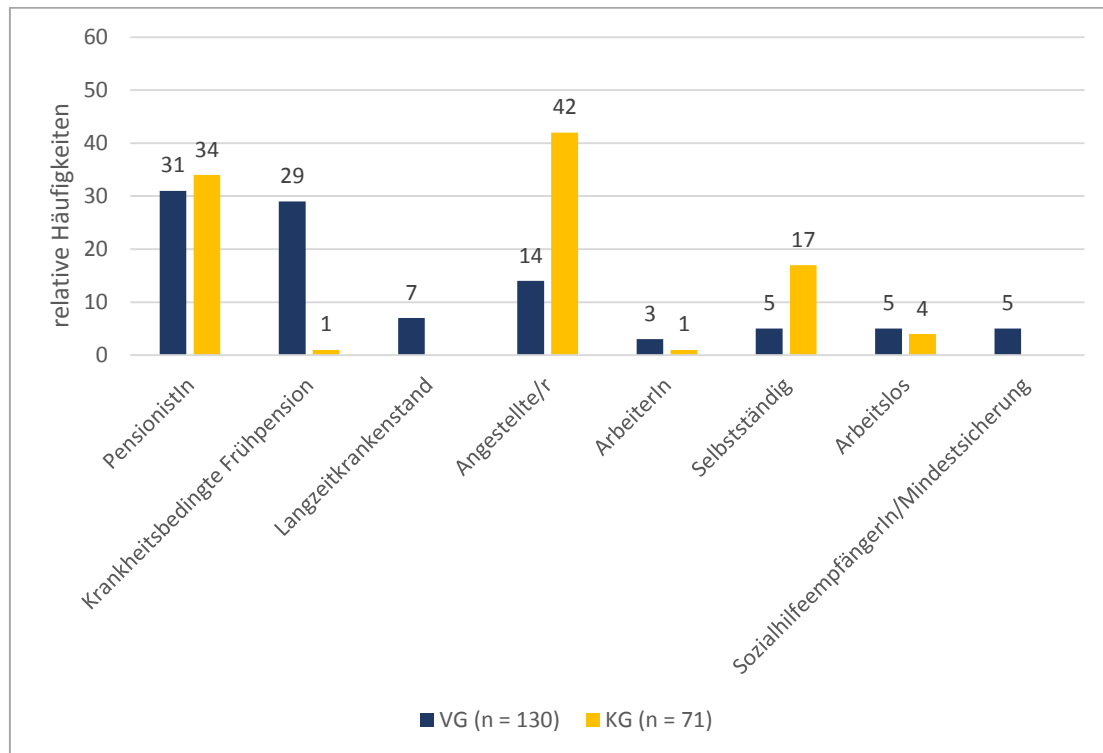


Abbildung 5. Derzeitige berufliche Tätigkeit in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.

Insgesamt 101 Personen (79%) der VG gaben bei der Frage nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung an, über eine Lehrausbildung oder weniger zu verfügen. Lediglich 10 Personen (8%) der Betroffenen-Gruppe besaßen eine Matura oder einen akademischen Abschluss. Wie in Abbildung 6 ersichtlich ist, zeigte sich in der Kontrollgruppe bezüglich dem Bildungsgrad eine deutliche Verschiebung nach oben, wobei 60 Prozent eine Matura oder einen akademischen Abschluss aufweisen.

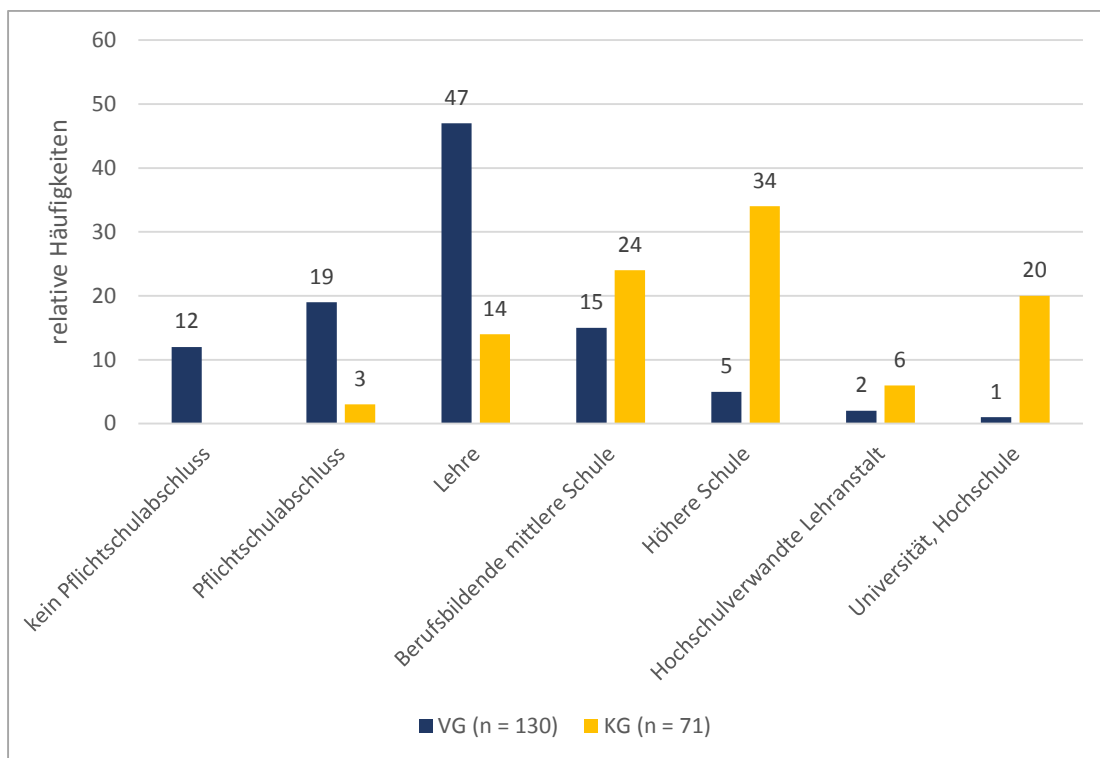


Abbildung 6. Höchste abgeschlossene Ausbildungen in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.

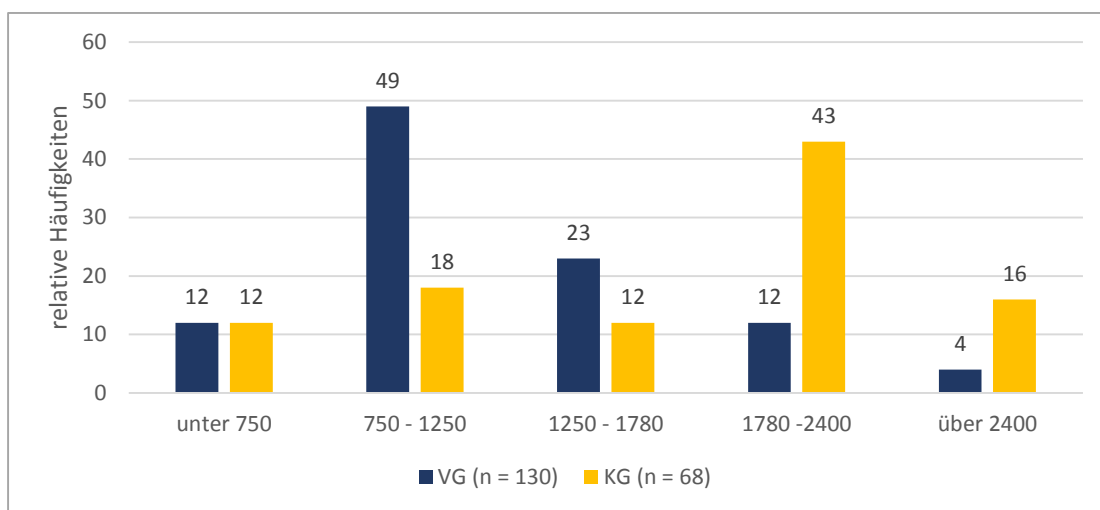


Abbildung 7. Verteilung des monatlichen Netto-Einkommens in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.

Das aktuelle Einkommen in der Betroffenen-Gruppe variierte stark und betrug zwischen 170 und 7000 Euro ($M = 1296.11$; $SD = 754.1$) netto pro Monat, wobei acht Personen keine konkreten Angaben zu ihrem Einkommen machten, jedoch eine Kategorie ankreuzten. In der KG gaben insgesamt nur 20 Personen konkrete Angaben zu ihrem Einkommen preis. Da dies nicht repräsentativ wäre, werden Mittelwert und Standardabweichung für die KG an diesem Punkt nicht angeführt. Im kategorialen

Antwortformat machten 68 Personen der KG Angaben zum monatlichen Netto-Einkommen. Die Verteilung des Einkommens nach Kategorien für die gesamte Betroffenen-Gruppe sowie für die Kontrollgruppe ist in Abbildung 7 ersichtlich. Hier zeigt sich eine deutliche Verschiebung nach oben in der KG im Vergleich zur VG.

5.1.3. Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit

In der VG hatten von $n = 130$ Befragten nur 24 Personen (19%) noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Alle anderen waren zumindest einmal in ihrem bisherigen Leben in Behandlung. 29 Prozent der VG gaben an, schon einmal stationär aufgenommen worden zu sein. 56 Prozent waren schon einmal mit Psychopharmaka behandelt worden. Psychologische Behandlung oder Psychotherapie hatten 76 Prozent in Anspruch genommen, und zum Zeitpunkt der Befragung waren 40 Prozent der VG in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung. In der KG gaben von $n = 71$ Personen rund 51 Prozent an, schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, wobei 9 Prozent der KG mindestens einmal stationär aufgenommen worden war. 23 Prozent gaben an, Psychopharmaka genommen zu haben. Ein Großteil von 45 Prozent gab an, psychologische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. 10 Prozent waren zum Zeitpunkt der Befragung in Therapie. Doppelnennungen waren möglich.

Für die Berechnungen wurden alle angeführten Formen professioneller Hilfe zusammengefasst. Es ergab sich so je eine dichotome Variable in der KG und der VG, mit der zwischen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe jedweder Art oder keiner Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit unterschieden wurde.

5.1.4. Posttraumatische Belastungsstörung in der Betroffenen-Gruppe

Bei 34 Personen (26%) der Versuchsgruppe konnte laut SKID-I die Lebenszeitdiagnose einer PTBS gestellt werden, bei weiteren 11 Personen (9%) wurde zum Zeitpunkt der Testung ausschließlich eine aktuell bestehende PTBS diagnostiziert. Vierunddreißig Personen (26%) erhielten sowohl die Lebenszeitdiagnose als auch die Diagnose einer bestehenden PTBS. Bei 51 Personen (40%) der Versuchsgruppe konnte keine PTBS, weder aktuell noch in der Vergangenheit, festgestellt werden. Für die statistischen Berechnungen wurden Personen mit Doppeldiagnose und Personen mit der Diagnose einer derzeitigen PTBS zu einer Gruppe zusammengefasst. Auf diesem Wege ergaben sich drei Gruppen: Personen ohne PTBS ($n = 51$ Personen; 39%), Personen mit einer Lebenszeitdiagnose ($n = 34$ Personen; 26%), Personen mit aktuell

bestehender PTBS (n = 45 Personen; 35%). In der Kontrollgruppe wies keine Testperson eine PTBS auf.

5.2. Validierung des IASMHS

Im Folgenden werden die Berechnungen, die zur Validierung des IASMHS durchgeführt wurden, dargestellt. Diese wurden allesamt getrennt für die VG und die KG vorgenommen und werden entsprechend für beide Stichproben separat angeführt.

5.2.1. Validierung anhand der Kontrollgruppe

5.2.1.1. Boden- und Deckeneffekte

Das Antwortformat des IASMHS in der deutschen Übersetzung ist, wie bereits erwähnt, eine fünfstufige Likertskala von 1 bis 5. Der mögliche Wertebereich je Skala liegt demnach zwischen acht und 40. In der Skala *Indifference to Stigma* zeigte sich ein Deckeneffekt, wobei 20 Prozent der Befragten in dieser Skala den Maximalwert von 40 erzielten.

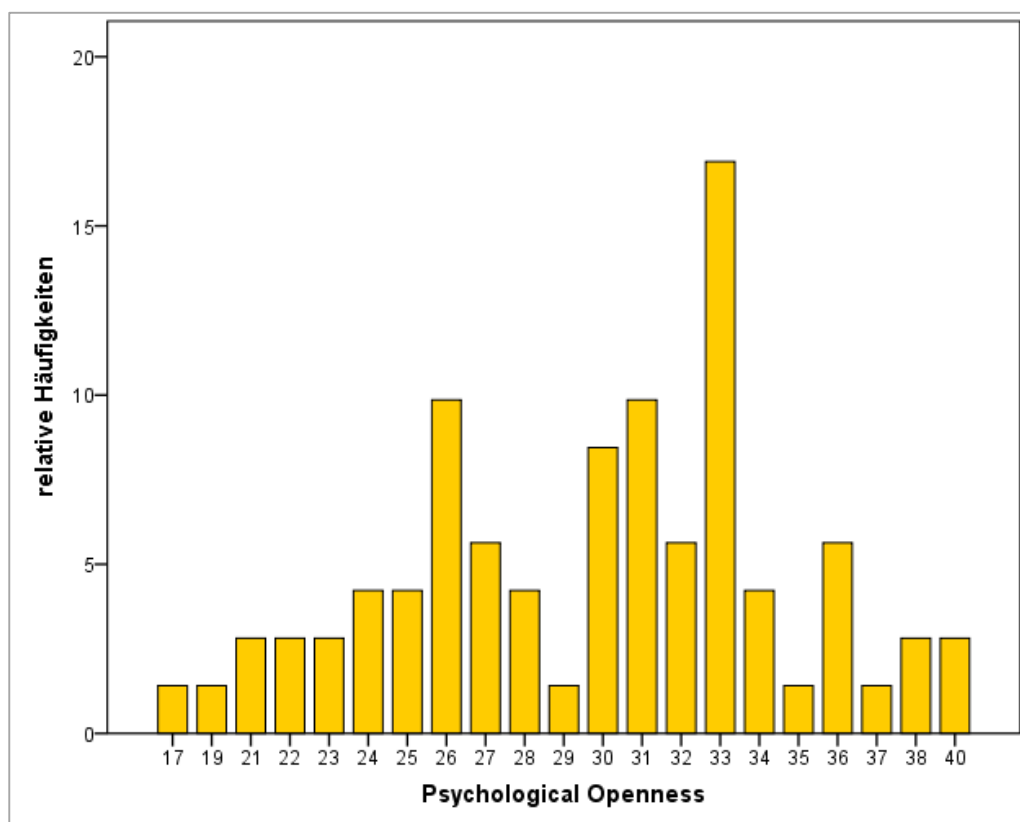


Abbildung 8. Histogramm zur Skala *Psychological Openness* in der Kontrollgruppe.

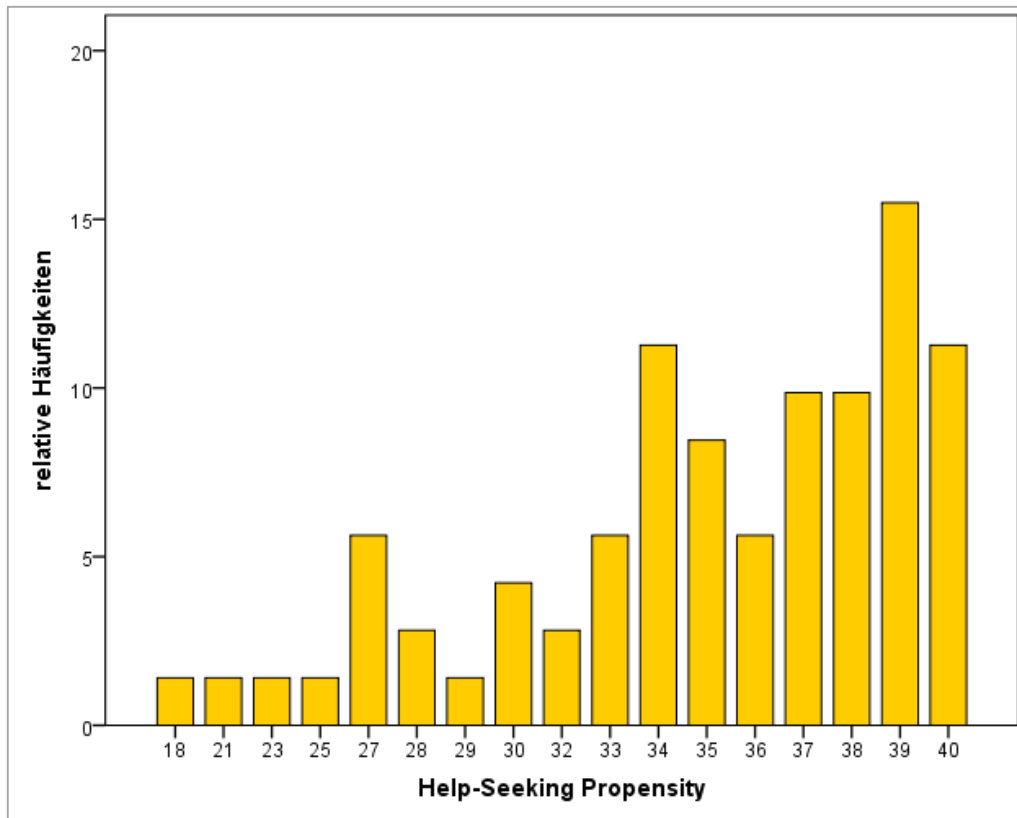


Abbildung 9. Histogramm zur Skala *Help-Seeking Propensity* in der Kontrollgruppe.

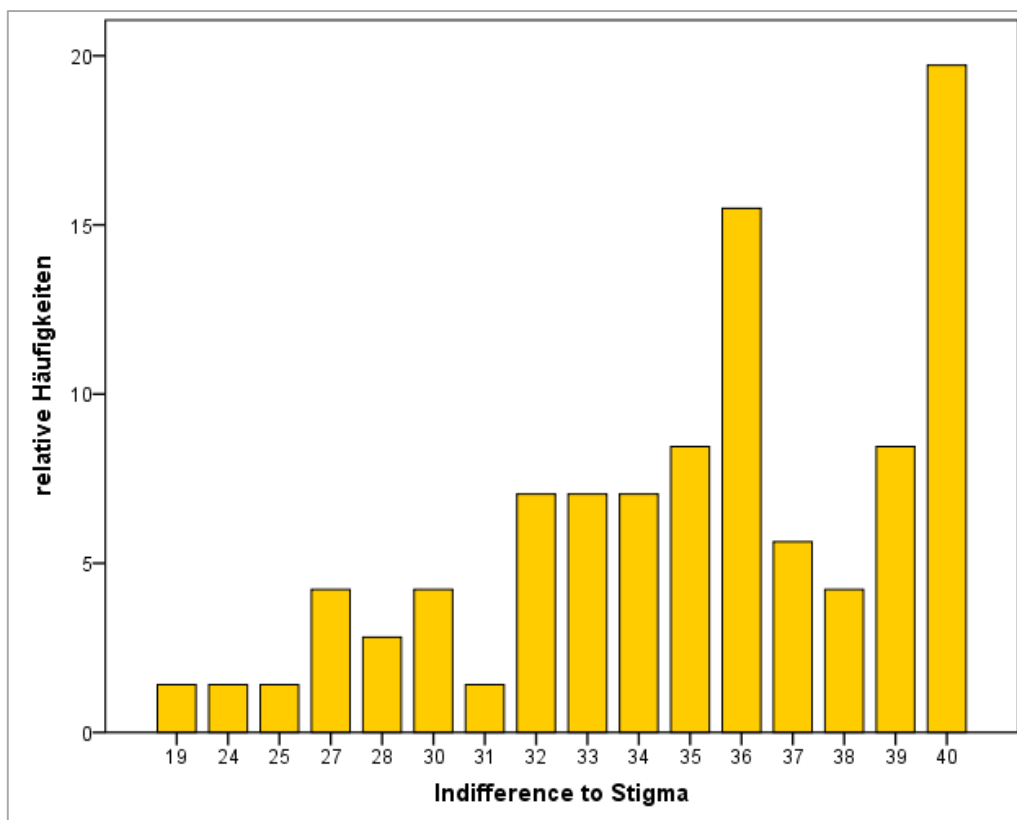


Abbildung 10. Histogramm zur Skala *Indifference to Stigma* in der Kontrollgruppe.

In der Skala *Help-Seeking Propensity* zeigte sich eine Häufung von 11 Prozent im Maximalwert. Für diese beiden Skalen zeigten sich rechtsschiefe Häufigkeitsverteilungen. Die Skala *Psychological Openness* wies keine Deckeneffekte auf. In keiner der drei Skalen zeigten sich Bodeneffekte. Nach unten hin wurde in keiner der drei Skalen die volle Breite des Messbereichs ausgereizt. Die niedrigsten erreichten Werte lagen bei 17, 18 und 19. Die Histogramme der drei Skalen sind in den Abbildungen 8 bis 10 ersichtlich.

Tabelle 6: Item-Trennschärfen der Skala *Psychological Openness* in der KG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 1	.389	.536
IASMHS 4	.184	.604
IASMHS 7	.229	.587
IASMHS 9	.436	.527
IASMHS 12	.300	.568
IASMHS 14	.209	.594
IASMHS 18	.276	.574
IASMHS 21	.421	.537

Anmerkungen. $n = 71$. Item-Trennschärfen = r_{it} . Item-Trennschärfen $< .3$ sind fett dargestellt sowie Alphawerte nach Itemausschluss, die höher sind als die ermittelte Interne Konsistenz der Skala.

5.2.1.2. Reliabilitätsanalyse

Für die Gesamtskala des IASMHS ergab sich ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .808$. Innerhalb der einzelnen Skalen ergaben sich interne Konsistenzen von $\alpha = .599$ für *Psychological Openness*, $\alpha = .811$ für *Help-Seeking Propensity* und $\alpha = .707$ für *Indifference to Stigma*. Die Itemschwierigkeiten und Trennschärfen der Items pro Skala sind in den Tabellen 6 bis 8 zusammengefasst. Bezüglich der Skala *Psychological Openness* lagen bei vier Items zu geringe Item-Trennschärfen von $r_{it} < .3$ vor. Lediglich der Ausschluss von Item IASMHS 4 konnte die interne Konsistenz der Skala geringfügig verbessern. Die Item-Trennschärfen der Skala *Help-Seeking Propensity* befanden sich allesamt im akzeptablen Bereich. In der Skala *Indifference to Stigma* lagen

die Trennschärfen von drei Items unter dem empfohlenen Minimalwert (Bortz & Döring, 2006). Hier würde der Ausschluss von Item IASMHS 23 die interne Konsistenz der Skala verbessern.

Tabelle 7: Item-Trennschärfen der Skala *Help-Seeking Propensity* in der KG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 2	.731	.757
IASMHS 5	.564	.788
IASMHS 8	.641	.771
IASMHS 10	.499	.793
IASMHS 13	.575	.782
IASMHS 15	.410	.811
IASMHS 19	.499	.795
IASMHS 22	.351	.810

Anmerkungen. $n = 71$. Item-Trennschärfen = r_{it} .

Tabelle 8: Item-Trennschärfen der Skala *Indifference to Stigma* in der KG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 3	.288	.700
IASMHS 6	.282	.700
IASMHS 11	.691	.610
IASMHS 16	.514	.650
IASMHS 17	.335	.691
IASMHS 20	.350	.688
IASMHS 23	.284	.725
IASMHS 24	.541	.650

Anmerkungen. $n = 71$. Item-Trennschärfen = r_{it} . Item-Trennschärfen < .3 sind fett dargestellt sowie Alphawerte nach Itemausschluss, die höher sind als die ermittelte Interne Konsistenz der Skala.

5.2.1.3. Explorative Faktorenanalyse

Wie aus Abbildung 11 hervorgeht, würden sich in der Kontrollgruppe mittels Eigenwertkriterium neun Faktoren für den IASMHS ergeben. Diese würden rund 71 Prozent der Gesamtvarianz erklären. Die Orientierung am Ellenbogenkriterium lässt die Wahl von drei Faktoren sinnvoll erscheinen, die jedoch nur noch 40 Prozent der Varianz erklären. Ein Großteil der Varianz bleibt hier unerklärt.

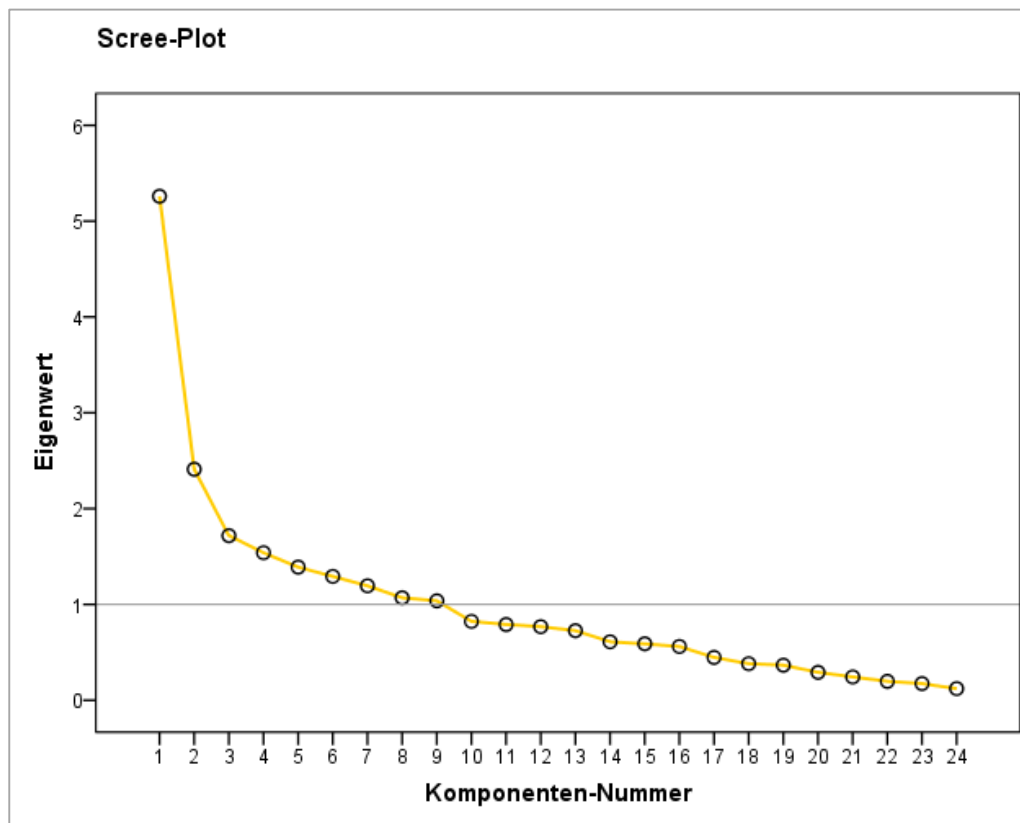


Abbildung 11. Scree-Plot zur Faktorenanalyse in der Kontrollgruppe.

Tabelle 9: Rotierte Ladungsmatrix der Items des IASMHS in der Kontrollgruppe.

Skala	Item	Komponenten		
		1	2	3
Psychological Openness laut IASMHS	IASMHS 1			.619
	IASMHS 4		-.274	.504
	IASMHS 7			.337
	IASMHS 9	.291	.402	.374
	IASMHS 12	.259		

	IASMHS 14			.435
	IASMHS 18			.521
	IASMHS 21	.439	.368	.366
<i>Help-Seeking Propensity</i>	IASMHS 2	.790		
	IASMHS 5	.647	.271	
	IASMHS 8	.772		
	IASMHS 10	.699		
	IASMHS 13	.676	.224	
	IASMHS 15	.507		.353
	IASMHS 19	.633		
	IASMHS 22	.399	.315	
<i>Indifference to Stigma</i>	IASMHS 3		.313	.366
	IASMHS 6		.653	-.258
	IASMHS 11		.766	.209
	IASMHS 16		.606	.334
	IASMHS 17		.596	
	IASMHS 20		.404	.375
	IASMHS 23		.202	.430
	IASMHS 24	.244	.595	.282

Anmerkungen. $n = 71$. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Die Items sind entsprechend der Skalen des IASMHS geordnet. Es werden nur Ladungen $>.2$ angezeigt. Die jeweils höchste Ladungszahl ist fett dargestellt.

Zugunsten eines eindeutigeren Ergebnisses wurde nach der Varimaxmethode rotiert. Die rotierten Ladungszahlen sind in Tabelle 9 zusammengefasst und nach den beste-

henden Skalen des IASMHS sortiert. Es zeigte sich, dass lediglich in der Skala *Help-Seeking Propensity* alle acht Items auf dem vorgegebenen Faktor luden. In der Skala *Indifference to Stigma* luden sechs von acht, in der Skala *Psychological Openness* nur vier von acht Items auf dem vorgegebenen Faktor.

5.2.2. Validierung anhand der Betroffenen-Gruppe

5.2.2.1. Boden- und Deckeneffekte

Bei einem Wertebereich von 8 bis 40 zeigten sich auch in der Betroffenen-Gruppe Deckeneffekte in den Skalen *Indifference to Stigma* und *Help-Seeking Propensity*, wobei bei ersterer 15 Prozent der Befragten den Maximalwert erreichten, bei letzterer 22 Prozent. Wie in der KG zeigten sich auch in der VG in der Skala *Psychological Openness* keine Deckeneffekte.

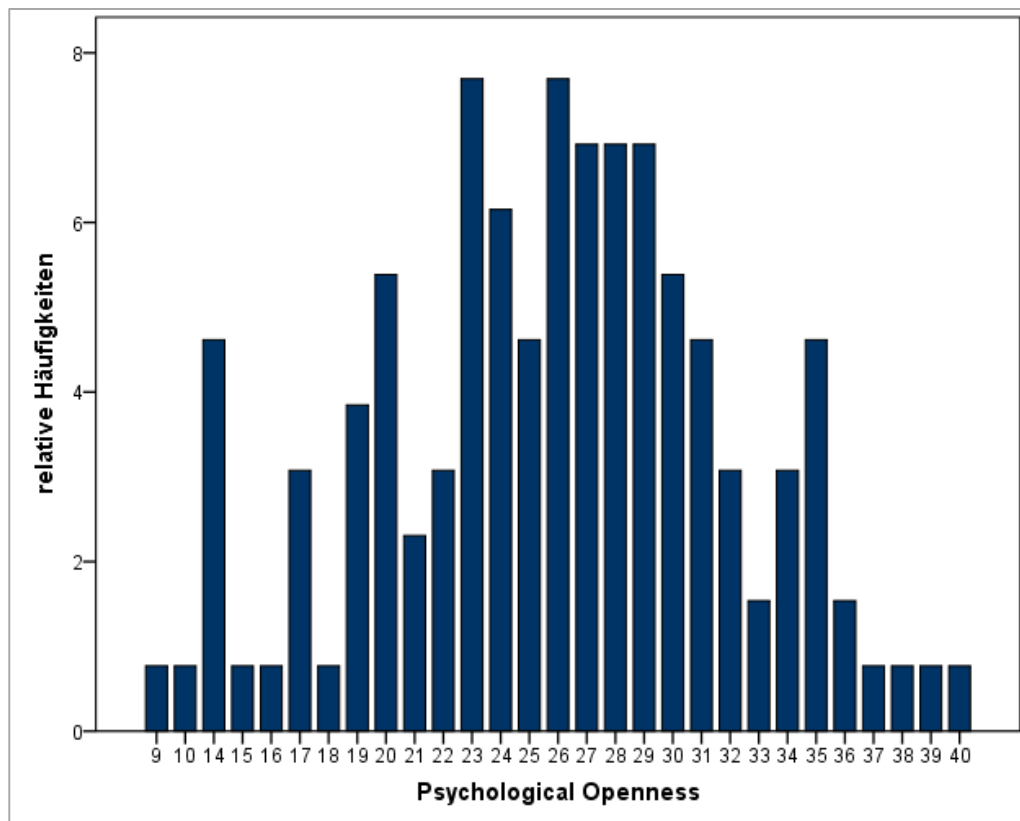


Abbildung 12. Histogramm zur Skala *Psychological Openness* in der Betroffenen-Gruppe.

Es gab in keiner der drei Skalen Bodeneffekte. In der Skala *Psychological Openness* wurde der Messbereich des IASMHS beinahe zur Gänze ausgenutzt. Die Werte der VG rangierten hier zwischen 9 und 40. In den beiden anderen Skalen wurde der untere Messbereich ähnlich wie in der KG nicht benötigt, die niedrigsten erreichten Werte lagen bei 15 und 16. Die Histogramme finden sich in den Abbildungen 12 bis 14.

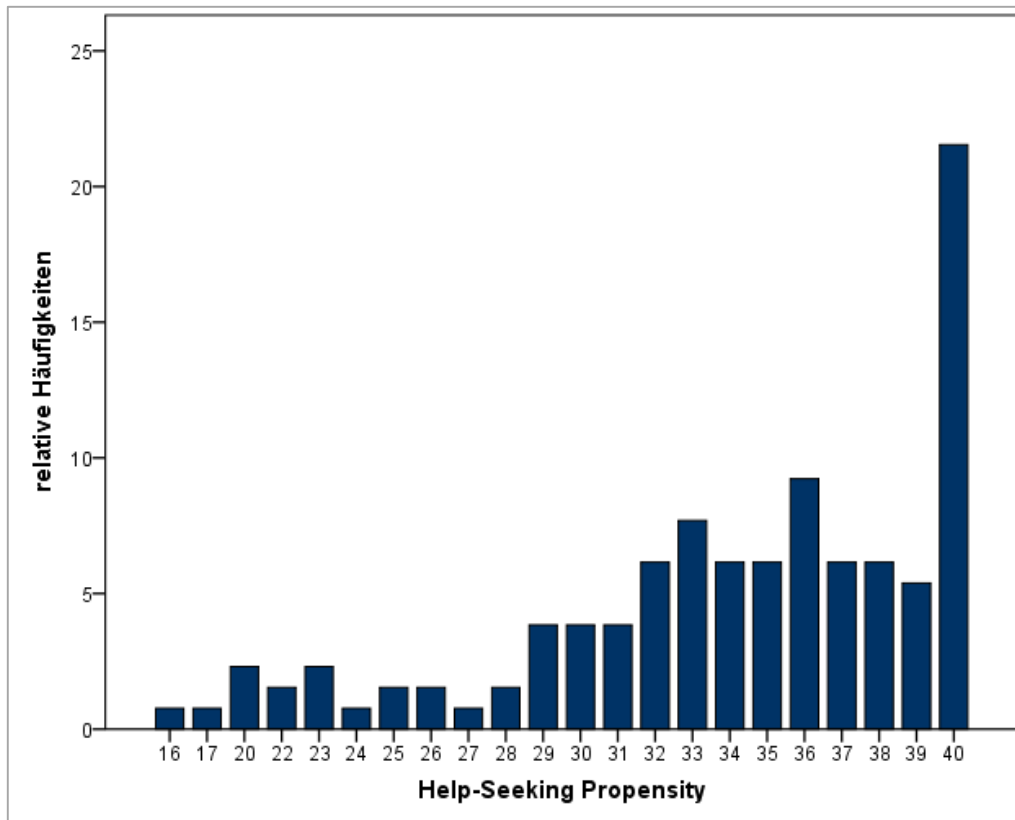


Abbildung 13. Histogramm zur Skala *Help-Seeking Propensity* in der Betroffenen-Gruppe.

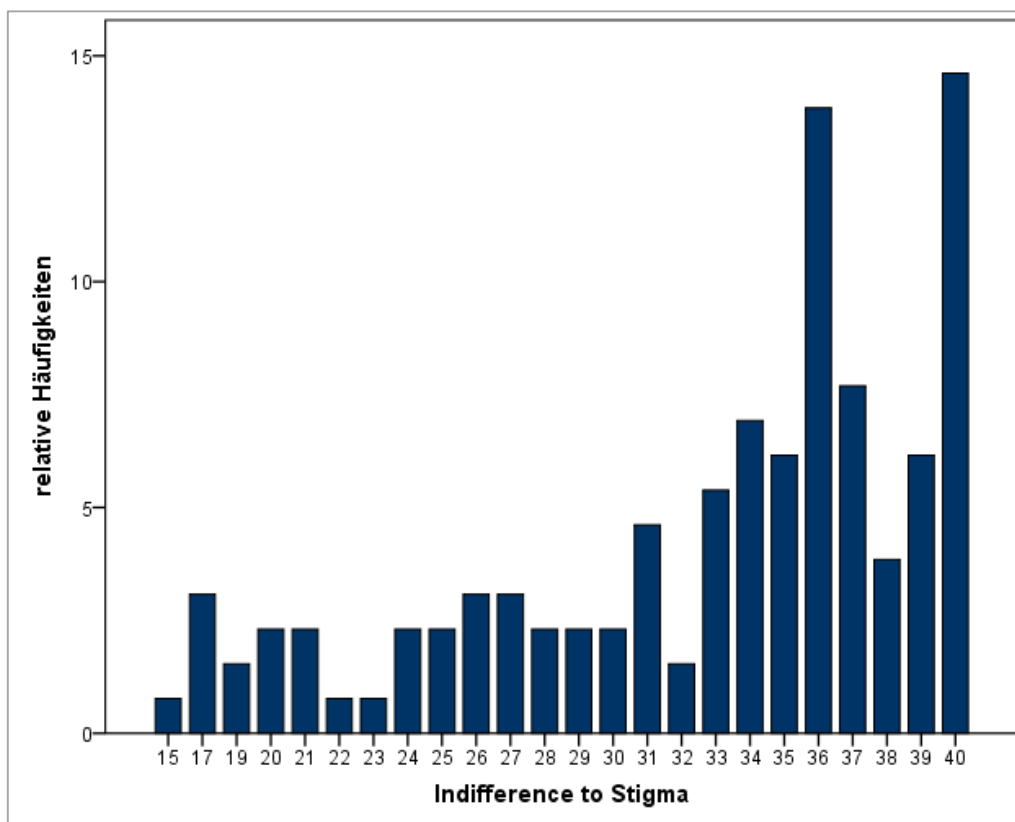


Abbildung 14. Histogramm zur Skala *Indifference to Stigma* in der Betroffenen-Gruppe.

Tabelle 10: Item-Trennschärfen der Skala *Psychological Openness* in der VG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 1	.329	.616
IASMHS 4	.285	.627
IASMHS 7	.146	.663
IASMHS 9	.432	.587
IASMHS 12	.416	.601
IASMHS 14	.325	.618
IASMHS 18	.410	.594
IASMHS 21	.401	.597

Anmerkungen. $n = 130$. Item-Trennschärfen = r_{it} . Item-Trennschärfen $< .3$ sind fett dargestellt sowie Alphawerte nach Itemausschluss, die höher sind als die ermittelte Interne Konsistenz der Skala.

Tabelle 11: Item-Trennschärfen der Skala *Help-Seeking Propensity* in der VG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 2	.332	.790
IASMHS 5	.406	.777
IASMHS 8	.639	.738
IASMHS 10	.256	.794
IASMHS 13	.540	.757
IASMHS 15	.727	.719
IASMHS 19	.543	.757
IASMHS 22	.518	.762

Anmerkungen. $n = 130$. Item-Trennschärfen = r_{it} . Item-Trennschärfen $< .3$ sind fett dargestellt sowie Alphawerte nach Itemausschluss, die höher sind als die ermittelte Interne Konsistenz der Skala.

5.2.2.2. Reliabilitätsanalyse

Für die Gesamtskala des IASMHS ergab sich in der VG ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .810$. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen betrugen $\alpha = .645$ für *Psychological Openness*, $\alpha = .787$ für *Help-Seeking Propensity* und $\alpha = .762$ für *Indifference*.

to Stigma. Die Itemschwierigkeiten und Trennschärfen der Items pro Skala sind in den Tabellen 10 bis 12 dargestellt.

Bezüglich der Skala *Psychological Openness* lagen bei zwei Items zu geringe Item-Trennschärfen von $r_{it} < .3$ vor, wobei der Ausschluss von Item IASMHS 7 die interne Konsistenz der Skala verbessern würde. Bei Item IASMHS 10 der Skala *Help-Seeking Propensity* zeigte sich ebenfalls ein Wert $< .3$. Der Ausschluss dieses Items sowie des Items IASMHS 2 würde zu einer Verbesserung des Cronbach's Alpha der Skala führen. In der Skala *Indifference to Stigma* wies das Item IASMHS 23 einen zu niedrigen Wert auf. Ein Ausschluss dieses Items würde sich positiv auf die interne Konsistenz der Skala auswirken.

Tabelle 12: Item-Trennschärfen der Skala *Indifference to Stigma* in der VG.

Item	r_{it}	Alpha nach Itemausschluss
IASMHS 3	.499	.729
IASMHS 6	.440	.741
IASMHS 11	.488	.733
IASMHS 16	.551	.722
IASMHS 17	.512	.726
IASMHS 20	.639	.715
IASMHS 23	.148	.800
IASMHS 24	.555	.719

Anmerkungen. $n = 130$. Item-Trennschärfen = r_{it} . Item-Trennschärfen $< .3$ sind fett dargestellt sowie Alphawerte nach Itemausschluss, die höher sind als die ermittelte Interne Konsistenz der Skala.

5.2.2.3. Explorative Faktorenanalyse

In der Betroffenen-Gruppe ergaben sich nach Eigenwertkriterium sieben Faktoren, die 61 Prozent der Gesamtvarianz erklären würden. Durch das Ellenbogenkriterium erscheint in dieser Stichprobe eine Lösung mit vier Faktoren sinnvoll. Dies ist in Abbildung 15 veranschaulicht. Bei einer Lösung mit drei Faktoren, wie sie beim IASMHS umgesetzt wurde, würden 41 Prozent der Gesamtvarianz erklärt.

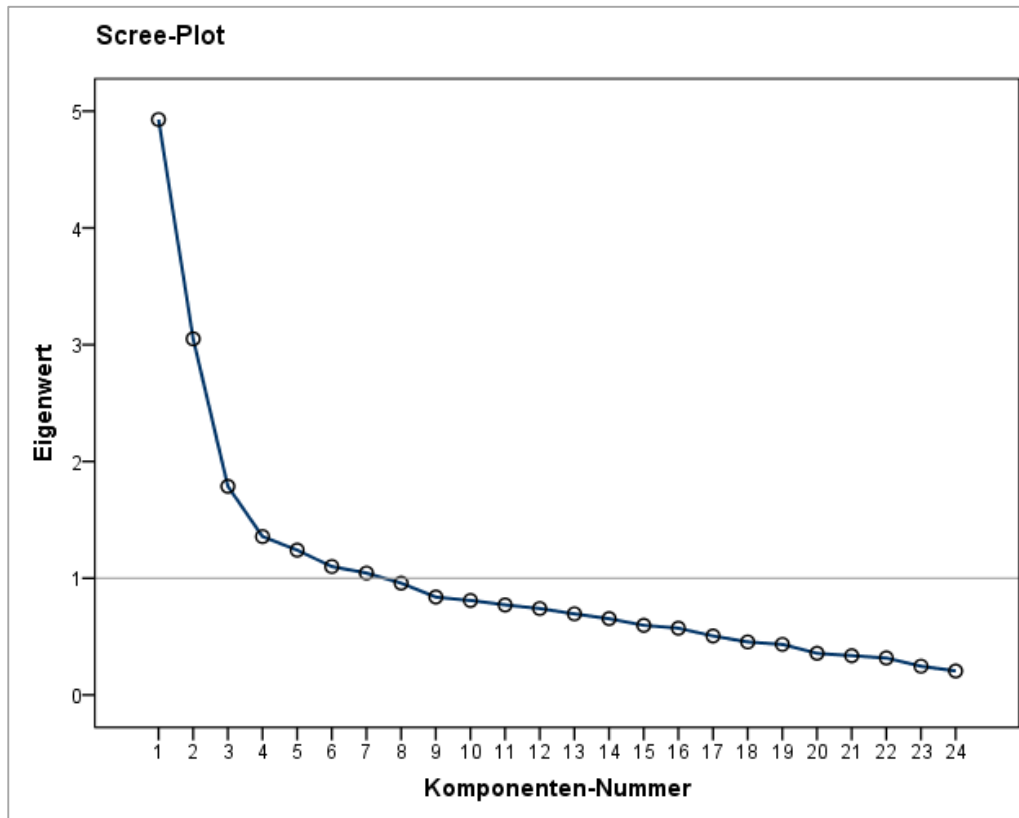


Abbildung 15. Scree-Plot zur Faktorenanalyse in der Betroffenen-Gruppe.

Tabelle 13: Rotierte Ladungsmatrix der Items des IASMHS in der Betroffenen-Gruppe.

Skala	Item	Komponenten		
		1	2	3
Psychological Openness	IASMHS 1	.405	.234	
	IASMHS 4	.467		-.204
	IASMHS 7		.329	
	IASMHS 9	.664		
	IASMHS 12	.574		
	IASMHS 14	.384	.277	
	IASMHS 18	.577		
	IASMHS 21	.566	.248	

	IASMHS 2		.678
	IASMHS 5	.266	.441
<i>Help-Seeking Propensity</i>	IASMHS 8	.562	.542
	IASMHS 10		.612
	IASMHS 13	.206	.675
	IASMHS 15	.620	.564
	IASMHS 19	.551	.439
	IASMHS 22	.516	.399
	IASMHS 3	.326	.647
	IASMHS 6		.602
	IASMHS 11		.645
<i>Indifference to Stigma</i>	IASMHS 16		.695
	IASMHS 17		.597
	IASMHS 20		.762
	IASMHS 23		.221
	IASMHS 24		.710

Anmerkungen. $n = 130$. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Die Items sind entsprechend der Skalen des IASMHS geordnet. Es werden nur Ladungen $>.2$ angezeigt. Die jeweils höchste Ladungszahl ist fett dargestellt.

Wie an den rotierten Ladungszahlen in Tabelle 13 zu sehen ist, konnte die dreifaktorielle Lösung des IASMHS in dieser Stichprobe eher repliziert werden als in der Kontrollgruppe. In der Skala *Psychological Openness* und von einem Item abgesehen auch in der Skala *Indifference to Stigma* luden alle zugehörigen Items auf einem gemeinsamen Faktor. In der Skala *Help-Seeking Propensity* luden in dieser Stichprobe nur die Hälfte der Items auf einem gemeinsamen Faktor.

5.3. Überprüfung der Kriteriumsvalidität

5.3.1. Überprüfung der Kriteriumsvalidität anhand der Kontrollgruppe

Als Außenkriterium diene die dichotome Variable zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Der Kolmogorov-Smirnov-Test sowie der Shapiro-Wilk-Test zeigten, dass lediglich für die Skala *Psychological Openness* die Normalverteilung angenommen werden konnte, nicht aber für die Skalen *Help-Seeking Propensity*, *Indifference to Stigma* oder für die Gesamtskala des IASMHS. Für diese Skalen musste deshalb der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman herangezogen werden. Für die Skala *Psychological Openness* ergab sich ein signifikanter Korrelationskoeffizient nach Pearson von $r = .367$ bei $p = .002$. Ebenso ergaben sich für die Skala *Help-Seeking Propensity* ($r_s = .374$; $p = .001$) sowie für die Gesamtskala ($r_s = .391$; $p = .001$) signifikante Korrelationen nach Spearman. Einzig für die Skala *Indifference to Stigma* ($r_s = .106$; $p = .379$) fiel die ermittelte Korrelation nicht signifikant aus. Keiner der ermittelten Korrelationskoeffizienten überschritt dabei einen Wert von .4, was einer mittelmäßigen Validität entspricht.

5.3.2. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität in der Kontrollgruppe

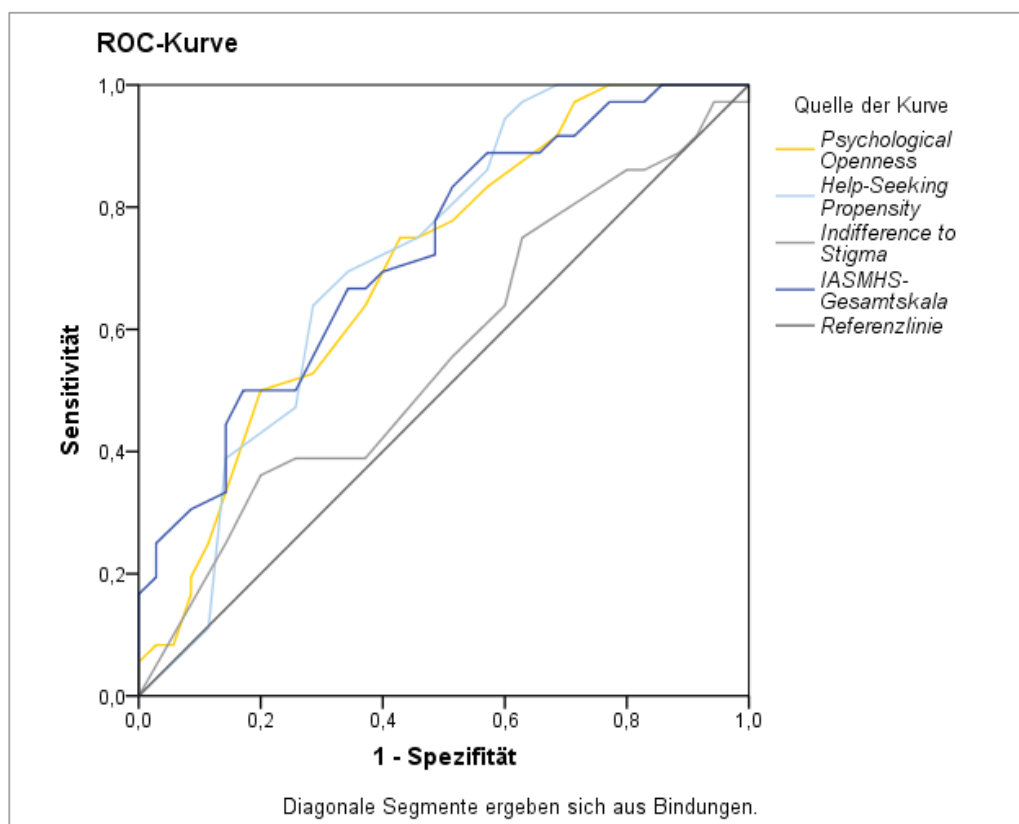


Abbildung 16. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Kontrollgruppe.

Es wurden für die Gesamtskala des IASMHS sowie für die einzelnen Subskalen ROC-Kurven berechnet. Diese sind in Abbildung 16 ersichtlich. Die zugehörigen AUC-Werte finden sich in Tabelle 14. Es bilden sich hier die bereits gefundenen Zusammenhänge ab, und es wird aufgezeigt, dass sich diese im IASMHS widerspiegeln. Es wird aber auch deutlich, dass mittels IASMHS nicht im zuverlässigen Ausmaß zwischen diesen beiden Gruppen diskriminiert werden konnte.

Keine der untersuchten Skalen erreichte den zufriedenstellenden AUC-Wert von $\geq .80$. Vor allem die Subskala *Indifference to Stigma* bewegt sich nahe an der Referenzlinie, die bei einem AUC-Wert von .5 liegt. Die Diskriminierungsfähigkeit dieser Skala geht demnach kaum über den Zufall hinaus.

Tabelle 14: AUC-Werte zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Kontrollgruppe.

Skala	AUC-Wert	p	Konfidenzintervall (95 %)	
			Untergrenze	Obergrenze
<i>IASMHS-Gesamtskala</i>	.726	.001	.610	.842
<i>Psychological Openness</i>	.703	.003	.582	.824
<i>Help-Seeking Propensity</i>	.715	.002	.593	.837
<i>Indifference to Stigma</i>	.561	.379	.426	.695

Anmerkungen. Signifikante Ergebnisse sind fett dargestellt.

5.3.3. Überprüfung der Kriteriumsvalidität anhand der Betroffenen-Gruppe

Laut Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Shapiro-Wilk Test kann die Normalverteilung für die Skala *Psychological Openness* sowie für die Gesamtskala des IASMHS angenommen werden. Für diese beiden Skalen wurden demnach Pearson-Korrelationen berechnet, während für die beiden übrig bleibenden Rangkorrelationen nach Spearman ermittelt wurden. Für die Skala *Psychological Openness* ergab sich $r = .024$ bei $p = .784$ und für die Gesamtskala $r = .038$ bei $p = .669$. Die ermittelten Rangkorrelationen betrugen $r_s = .119$ bei $p = .177$ für die Subskala *Help-Seeking Propensity* und $r_s = -.054$ bei $p = .541$ für die Subskala *Indifference to Stigma*. Es konnten in der VG demnach keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Skalen des IASMHS und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit gefunden werden.

5.3.4. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität in der Betroffenen-Gruppe

Die ROC-Kurven in Abbildung 17 und die AUC-Werte in Tabelle 15 veranschaulichen das bereits gefundene Ergebnis.

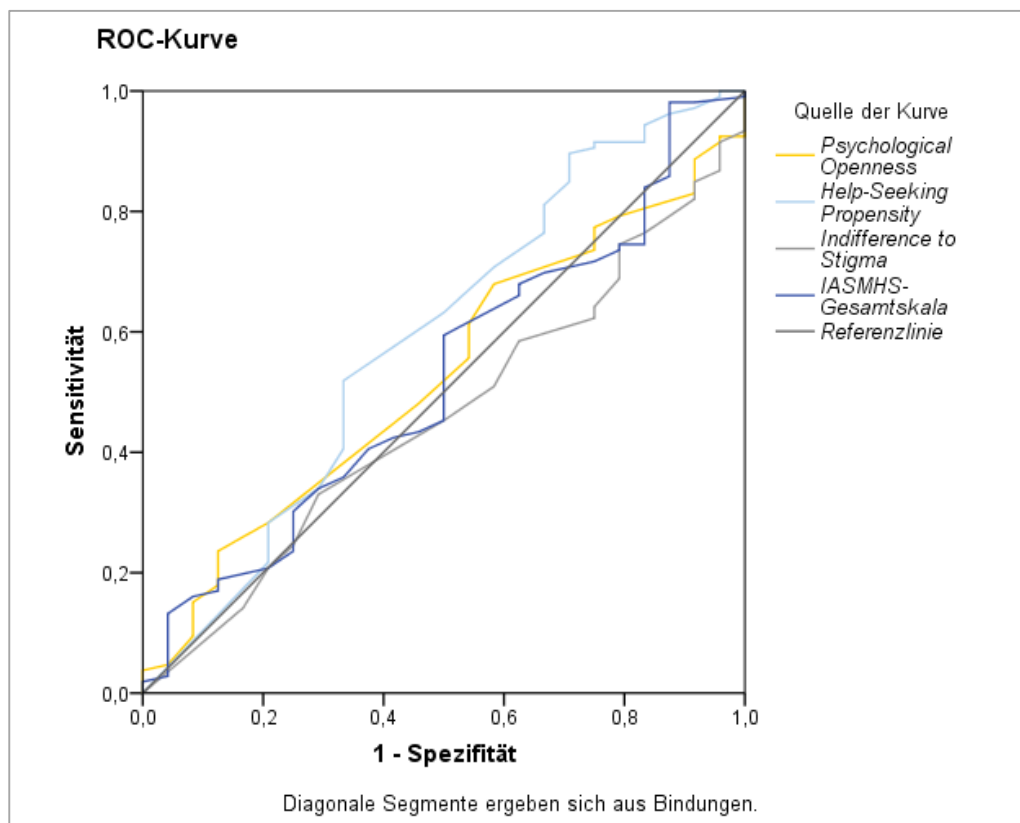


Abbildung 17. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Betroffenen-Gruppe.

Tabelle 15: AUC-Werte zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Betroffenen-Gruppe.

Skala	AUC-Wert	p	Konfidenzintervall (95 %)	
			Untergrenze	Obergrenze
IASMHS-Gesamtskala	.523	.726	.396	.650
Psychological Openness	.527	.681	.406	.648
Help-Seeking Propensity	.588	.179	.452	.724
Indifference to Stigma	.460	.540	.340	.580

Alle untersuchten Skalen liegen nahe um die Referenzlinie, die zugehörigen AUC-Werte rangieren allesamt um den Wert .5. In der Betroffenen-Gruppe vermag der

IASMHS daher nicht besser als der Zufall zwischen Personen zu unterscheiden, die schon einmal bzw. noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

5.4. Der IASMHS und dessen Trennschärfe bei Menschen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS

5.4.1. Mittelwertsvergleiche der Skalen des IASMHS

Diese Berechnungen betreffen ausschließlich die VG. Als Gruppenvariable diente eine Variable mit den drei Faktorstufen: aktuelle PTBS, überwundene PTBS und keine PTBS. Da nur für die Subskala *Psychological Openness* des IASMHS die Normalverteilung angenommen werden kann, wurden nur die Mittelwertsunterschiede der drei zu untersuchenden Faktorstufen für diese Skala mittels ANOVA berechnet. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität für diese Skala fiel nicht signifikant aus, die Varianzhomogenität kann daher angenommen werden. Für die beiden anderen Skalen musste der nicht-parametrische Kruskal-Wallis-Test herangezogen werden.

Das Ergebnis der ANOVA für die Skala *Psychological Openness* (aktuelle PTBS: $M = 25.07$, $SD = 6.68$; überwundene PTBS: $M = 26.06$, $SD = 5.01$; keine PTBS: $M = 26.31$, $SD = 6.56$) fiel bei einem korrigiertem Alpha von $\alpha_{\text{kor}} = .017$ nicht signifikant aus, $F_{(2, 127)} = .513$, $p = .600$. Als Effektstärke ergab sich $\eta^2 = .008$. Auf die Berechnung von post-hoc-Tests wurde verzichtet.

Der Kruskal-Wallis-Test für die beiden anderen Skalen ergab keine signifikanten Ergebnisse. Für die Skala *Help-Seeking Propensity* (aktuelle PTBS: $M = 34.80$, $SD = 5.08$; überwundene PTBS: $M = 34.18$, $SD = 5.57$; keine PTBS: $M = 33.33$, $SD = 6.13$) beträgt $\chi^2_{(2, n = 130)} = 1.131$, $p = .568$. Für die Skala *Indifference to Stigma* (aktuelle PTBS: $M = 32.13$, $SD = 7.37$; überwundene PTBS: $M = 31.26$, $SD = 6.38$; keine PTBS: $M = 34.25$, $SD = 5.68$) ergab sich $\chi^2_{(2, n = 130)} = 5.513$, $p = .064$, was sich einem signifikanten Ergebnis annähert.

Es wurden lediglich die Gruppenunterschiede innerhalb der Subskala *Indifference to Stigma* mittels Mann-Whitney-U-Tests genauer betrachtet. Die Ergebnisse der post-hoc-Tests sind in Tabelle 16 ersichtlich. Für diese Vergleiche gilt $\alpha_{\text{kor}} = .017$. Als Maß für die Effektstärken wurde Cohen's d berechnet. Zwar fallen die paarweisen Verglei-

che erwartungsgemäß nicht signifikant aus, jedoch weisen die berechneten Effektstärken auf kleine Effekte bei den Vergleichen der Gruppen keine PTBS mit aktueller PTBS und keine PTBS mit PTS Lebenszeit hin.

Tabelle 16: Post-hoc-Tests (Mann-Whitney-U) zur Skala Indifference to Stigma.

Verglichene Gruppen	n	Mittlere Ränge	z	p	d
keine PTBS mit aktuelle PTBS	51, 45	52.26, 44.23	-1.416	.157	.322
überwundene PTBS mit aktuelle PTBS	34, 45	37.07, 42.21	-.989	.323	.126
keine PTBS mit überwundene PTBS	51, 34	47.98, 35.53	-2.288	.022	.495

Anmerkungen. Es gilt $\alpha_{\text{kor}} = .017$. Cohen's d > .2 sind fett dargestellt.

5.4.2. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei Menschen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS

Die gefundenen Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche der drei Faktorstufen spiegeln sich in den ROC-Kurven und den dazugehörigen AUC-Werten wider.

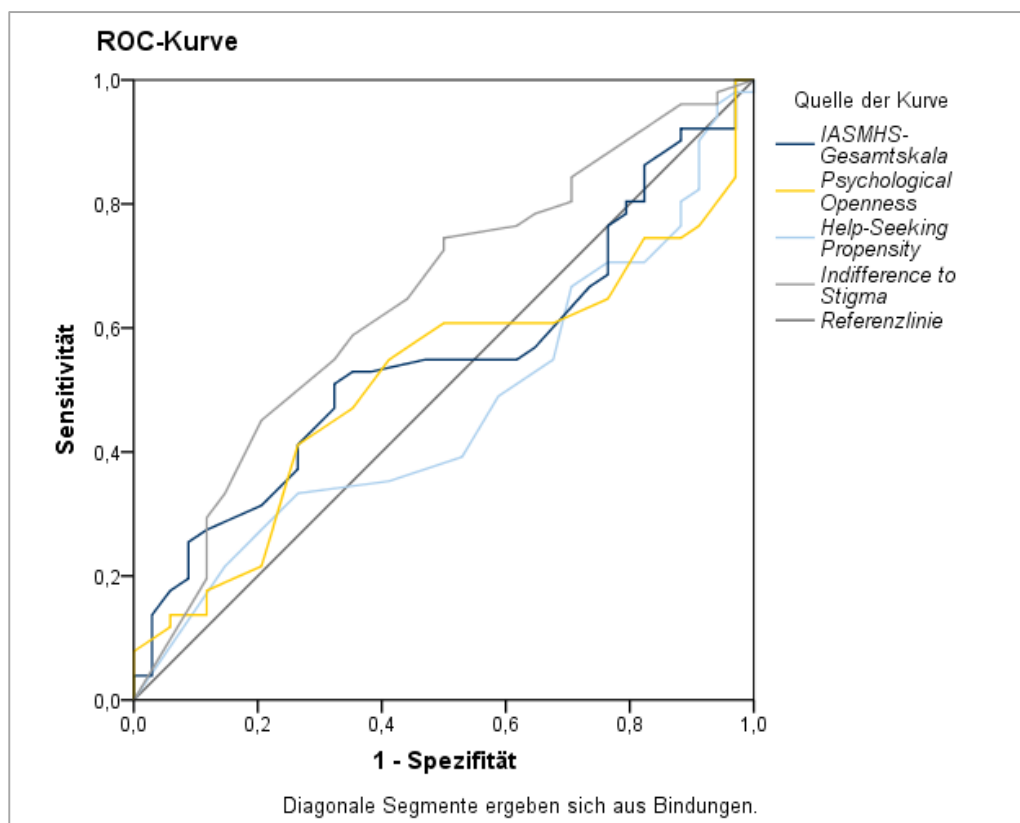


Abbildung 18. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. überwundene PTBS.

Tabelle 18: AUC-Werte zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. aktuelle PTBS.

Skala	AUC-Wert	p	Konfidenzintervall (95 %)	
			Untergrenze	Obergrenze
<i>IASMHS-Gesamtskala</i>	.541	.485	.425	.658
<i>Psychological Openness</i>	.553	.370	.437	.669
<i>Help-Seeking Propensity</i>	.439	.304	.324	.554
<i>Indifference to Stigma</i>	.584	.159	.469	.698

In allen drei Variablen bewegen sich die Gesamtskala sowie die Subskalen des IASMHS nahe der Referenzlinie bzw. die AUC-Werte rund um den Wert .5. Analog zu den Ergebnissen der Mittelwertsvergleiche sowie des Mann-Whitney-U-Tests hebt sich lediglich die Skala *Indifference to Stigma* mit einem signifikanten AUC-Wert in der Variable keine vs. überwundene PTBS etwas ab. Der kritische AUC-Wert von .80 wird jedoch nicht überschritten.

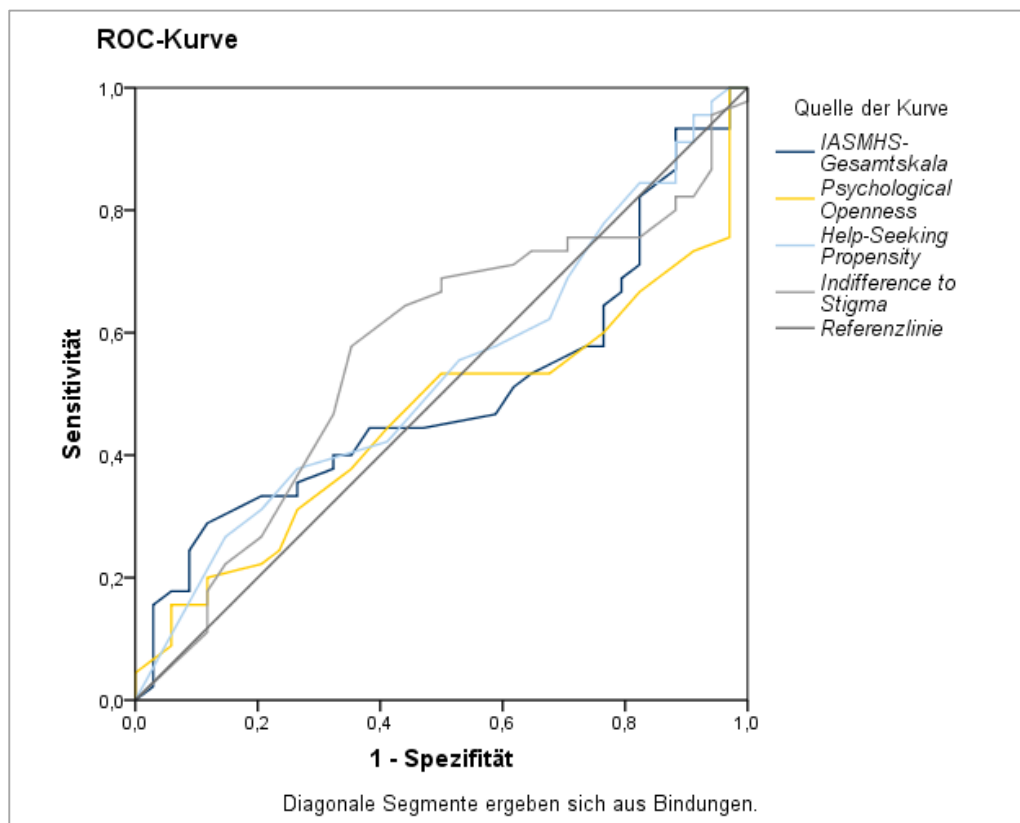


Abbildung 20. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Aktuelle vs. überwundene PTBS.

Tabelle 19: AUC-Werte zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Aktuelle vs. überwundene PTBS.

Skala	AUC-Wert	p	Konfidenzintervall (95 %)	
			Untergrenze	Obergrenze
<i>IASMHS-Gesamtskala</i>	.501	.988	.372	.630
<i>Psychological Openness</i>	.461	.552	.333	.588
<i>Help-Seeking Propensity</i>	.533	.621	.405	.661
<i>Indifference to Stigma</i>	.565	.325	.436	.694

6. Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse

Der Hauptfokus der Arbeit lag auf der erstmaligen Überprüfung der Reliabilität und Kriteriumsvalidität der deutschsprachigen Übersetzung des IASMHS. Zusätzlich zur Reliabilitätstestung wurden für die einzelnen Skalen und zum Teil auch für die Gesamtskala des IASMHS Boden- und Deckeneffekte, Item-Trennschärfen und Itemschwierigkeiten betrachtet. Dies erfolgte getrennt für zwei Stichproben. Die erste setzte sich aus freiwilligen WienerInnen (n = 71) zwischen 40 und 82 Jahren zusammen, die im häuslichen Umfeld aufgewachsen sind. Die zweite Stichprobe bestand aus Betroffenen von IA in staatlichen Kinder- und Jugendheimen (n = 130).

Ein zweiter Schwerpunkt der Arbeit beschäftigte sich mit der Frage, ob signifikante Unterschiede zwischen Personen der Betroffenen-Gruppe in den Werten des IASMHS gegeben sind, je nachdem ob diese keine, eine überwundene oder eine aktuell bestehende PTBS haben bzw. ob man anhand des IASMHS zwischen diesen drei Gruppen unterscheiden kann.

6.1. Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse

In beiden Gruppen zeigten sich rechtsschiefe Verteilungen und leichte Deckeneffekte in den Skalen *Indifference to Stigma* und *Help-Seeking Propensity*, nicht aber in der

Skala *Psychological Openness*. Der untere Messbereich hingegen wurde in beiden Stichproben kaum benötigt, der Minimalwert von 8 in keiner Skala erreicht. Dies weist darauf hin, dass die Fragen des IASMHS überwiegend bejaht bzw. bei negativ formulierten Items verneint wurden. Es zeigte sich weiter, dass zwei von drei Skalen des IASMHS vor allem im oberen Bereich beider Stichproben nicht adäquat zwischen verschiedenen Merkmalsausprägungen differenzieren konnten. Das geringe Ausmaß der gefundenen Deckeneffekte bedeutet keine gravierenden Einschränkungen für die psychometrische Güte des Instruments.

Die ermittelten internen Konsistenzen beliefen sich in der KG auf $\alpha = .808$ für die Gesamtskala, $\alpha = .599$ für die Subskala *Psychological Openness*, $\alpha = .811$ für *Help-Seeking Propensity* und $\alpha = .707$ für *Indifference to Stigma*. In der VG ergaben sich ähnliche Werte von $\alpha = .810$ für die Gesamtskala, $\alpha = .645$ für *Psychological Openness*, $\alpha = .787$ für *Help-Seeking Propensity* und $\alpha = .762$ für *Indifference to Stigma*. Für die Gesamtskala ergeben sich demnach in beiden Stichproben mittlere Reliabilitäten von $>.8$. Vor allem die interne Konsistenz der Skala *Psychological Openness* war in beiden Stichproben niedrig. Mit Ausnahme dieser Skala waren die ermittelten internen Konsistenzen der deutschsprachigen Version des IASMHS gleich gut wie die der englischsprachigen Originalversion.

Die Reliabilitätsanalyse ergab in beiden Stichproben Items mit zu geringen Item-Trennschärfen. In der KG fanden sich in der Skala *Psychological Openness* vier Items mit Trennschärfen $<.3$ und in der Skala *Indifference to Stigma* drei Items, die diesen Wert knapp unterschritten. In beiden Skalen würde der Ausschluss von einem Item zu minimalen Verbesserungen der internen Konsistenz führen. In der Versuchsgruppe ergaben sich in der Skala *Psychological Openness* zwei Items mit Trennschärfen $<.3$ und je ein Item in den Skalen *Help-Seeking Propensity* und *Indifference to Stigma*. Der Ausschluss von einem Item in der ersten, zwei Items in der zweiten und einem Item in der dritten Skala würde die innere Konsistenz jeweils minimal erhöhen. Eine Beurteilung der Skalen anhand der Item-Trennschärfen fiel in beiden Stichproben demnach gut für die Skala *Help-Seeking Propensity* und mittelmäßig für die Skala *Indifference to Stigma* aus. Die Skala *Psychological Openness* fiel in dieser Hinsicht am schwächsten aus.

Die Reliabilitätsanalyse führte in beiden Stichproben zu ähnlichen Ergebnissen, obgleich sich KG und VG hinsichtlich Bildungsgrad, Berufstätigkeit und Einkommen deut-

lich unterschieden. Die Item-Trennschärfen waren nicht zufriedenstellend und erfordern eine Überarbeitung des Instruments. Eine Möglichkeit wäre, manche Items auszuschließen. Der Ausschluss von Item 23 beispielsweise würde in beiden Stichproben die interne Konsistenz erhöhen.

Den Ergebnissen der Faktorenanalysen kann vorausgeschickt werden, dass die Stichprobengrößen in der KG und auch in der VG zum aktuellen Zeitpunkt noch zu klein sind, um eindeutige Aussagen zur Modellstruktur der Items treffen zu können. Die Ergebnisse dieser Analysen haben daher lediglich Hinweisscharakter. Die dreifaktorielle Modellstruktur konnte für die deutschsprachige Übersetzung des IASMHS in beiden Stichproben nicht eindeutig reproduziert werden. In den Stichproben ergaben sich zudem konträre Ergebnisse. So luden in der Kontrollgruppe alle Items der Skala *Help-Seeking Propensity* und nur vier der Items der Skala *Psychological Openness* auf einem gemeinsamen Faktor, während in der Betroffenen-Gruppe in Bezug auf diese beiden Skalen das genaue Gegenteil gefunden wurde. Die Skala *Indifference to Stigma* fiel in beiden Stichproben moderat aus, mit einem oder zwei Items, die nicht auf demselben Faktor luden wie die anderen Items der Skala. Hierbei muss betont werden, dass das Ergebnis der Betroffenen-Gruppe aufgrund der annähernd doppelten Stichprobengröße als gewichtiger betrachtet werden kann.

Den Ergebnissen der Reliabilitätsanalysen und der Faktorenanalysen nach sollte die Modellstruktur sowie die Zahl der Items pro Skala überarbeitet werden. Dies hätte jedoch zur Folge, dass die Skalen aus unterschiedlich vielen Items bestehen würden. Die zu niedrigen Item-Trennschärfen sowie die ungenügende Modellpassung könnten dabei auch auf die Formulierung der Items zurückgeführt werden. Zuerst sollten deshalb die Formulierungen der Items des übersetzten Instruments überarbeitet werden, gefolgt von einer erneuten Überprüfung der psychometrischen Güte sowie der Modellstruktur. Die erneute Analyse der Modellstruktur der deutschsprachigen Übersetzung sollte zudem unter Verwendung einer größeren Stichprobe erfolgen. Sollten die Ergebnisse dieser erneuten Analysen nicht besser ausfallen als bei diesen Untersuchungen, sollte überlegt werden, Items auszuschließen oder Skalen neu zu bilden, um ein reliables Instrument mit eindeutiger Modellstruktur zu erlangen.

Es ist kritisch anzumerken, dass es sich bei keiner der beiden untersuchten Stichproben um Zufallsstichproben handelte. In der KG meldeten sich bei der Personenakquirierung insbesondere Frauen freiwillig, die sich für den psychologischen Bereich interessierten und zum Teil selber in diesem tätig waren. Viele weitere Testpersonen der

KG waren Angehörige oder Bekannte von Studierenden der Psychologie. Die VG setzt sich aus Personen zusammen, die schon unzählige Behandlungen aus dem psychologischen Bereich hinter sich hatten. Zudem hatten sie verschiedene Verfahren durchlaufen, um als Opfer anerkannt und angemessen entschädigt zu werden. In beiden Fällen handelt es sich demnach um stark selektive Stichproben. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse beider Stichproben einem Bias unterliegen. Eine Verzerrung der Daten in Richtung soziale Erwünschtheit ist ebenfalls denkbar. Eine Generalisierung der Daten erscheint daher unangemessen. Auch eine Generalisierung der Betroffenen-Gruppe beispielsweise auf Personen mit PTBS allgemein ist nicht zulässig.

6.2. Ergebnisse zur Kriteriumsvalidität

Ergebnisse vorangegangener Studien weisen darauf hin, dass anhand der Werte im IASMHS zwischen Menschen, die bereits bzw. noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, unterschieden werden kann. Für die Skalen *Psychological Openness* und *Help-Seeking Propensity* konnten diesbezüglich mittlere Zusammenhänge und für die Skala *Indifference to Stigma* ein schwacher Zusammenhang festgestellt werden (Hyland et al., 2014). Es wurde überprüft, ob diese Ergebnisse für die deutschsprachige Übersetzung des IASMHS repliziert werden können und ob dieses Kriterium als Außenkriterium für die Ermittlung der Kriteriumsvalidität des IASMHS geeignet ist.

In der KG ergaben sich für die Skalen *Psychological Openness*, *Help-Seeking Propensity* sowie für die Gesamtskala signifikante Korrelationen zum Außenkriterium. Für die Skala *Indifference to Stigma* konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. Die Ergebnisse der bestehenden Studie konnten hier demnach bedingt repliziert werden. Die ermittelten AUC-Werte weisen darauf hin, dass mittels IASMHS nicht zuverlässig zwischen den beiden Gruppen differenziert werden konnte. Es zeigte sich, dass keine der gefundenen Korrelationen den Wert von $r = .4$ überschreitet, was einer mittelmäßigen Validität entspricht. Es kann daraus geschlossen werden, dass der Umstand, ob jemand bereits bzw. noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat, kein geeignetes Außenkriterium für die Validitätstestung in dieser Stichprobe darstellt.

In der VG konnten keinerlei signifikante Zusammenhänge zum Außenkriterium festgestellt werden. Dies weist darauf hin, dass die gefundenen Zusammenhänge aus den

Studien von Hyland et al. (2014) und Mackenzie et al. (2004) nicht für Personen gültig sind, die in ihrer Kindheit und Jugend IA ausgesetzt waren. Es ist nachvollziehbar, dass die Situation von Personen, die seit ihrer Kindheit und Jugend unter schweren Traumata und ihren Folgen leiden, in Bezug auf Behandlungen aus dem psychologischen Bereich eine gänzlich andere ist als die von Menschen aus der Durchschnittsbevölkerung. Ein Großteil der VG war bereits mehrmals in Behandlung. Es wurde in diesen Untersuchungen jedoch nicht berücksichtigt, wie viele Kontakte die TeilnehmerInnen aus der VG bereits mit helfenden Berufsgruppen aus dem psychischen Bereich hatten und wie zufrieden sie mit den Behandlungen waren. Behandlungszufriedenheit könnte eine moderierende Variable zwischen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Vergangenheit und den Einstellungen zu professioneller Hilfe aus dem psychischen Bereich des Gesundheitssystems darstellen. Bei den Berechnungen wurde nicht zwischen verschiedenen Arten professioneller Hilfe unterschieden, sondern es wurden stationäre Aufenthalte, psychologische, psychotherapeutische und psychopharmakologische Maßnahmen unter einer Variable subsumiert. Hier könnte in Folgestudien differenziert werden, da sich diese Hilfsmaßnahmen grundlegend unterscheiden.

Zur Objektivität des sich in Entwicklung befindenden IASMHS kann angemerkt werden, dass bei der deutschsprachigen Übersetzung, die hier zum Einsatz kam, eine Testinstruktion vorgegeben war, die zur Durchführungsobjektivität des Instruments beitrug. Klare Anweisungen zur Auswertung und Interpretation des Fragebogens fehlten jedoch und mussten aus der Literatur zur englischsprachigen Version bezogen werden. Die Auswertungsobjektivität sowie die Interpretationsobjektivität konnte daher noch nicht gewährleistet werden.

Bezüglich der Nebengütekriterien ist zu sagen, dass für den Fragebogen noch keine Normtabellen zur Verfügung stehen, das Kriterium der Eichung ist daher nicht erfüllt. Auf Grund seiner Kürze ist das Instrument gut zumutbar, physische und psychische Belastungen sind durch den IASMHS nicht zu befürchten. Der Fragebogen kann mehreren Personen gleichzeitig vorgelegt werden und ist somit als ökonomisch anzunehmen. Da Meinungen und Einstellungen unmittelbar abgefragt werden, kann die Unverfälschbarkeit des Ergebnisses nicht gewährleistet werden. Eine Person kann problemlos Antworten verzerren, wenn sie einen bestimmten Eindruck vermitteln möchte. Ob durch das Instrument bestimmte Gruppen benachteiligt werden, ist nicht bekannt. Auf sprachlicher Ebene fällt auf, dass durchgehend entweder die männliche Form oder geschlechtsneutrale Begriffe verwendet wurden. Eine Möglichkeit damit umzugehen,

ohne die Lesbarkeit der Fragen zu beeinträchtigen, wäre, weibliche und männliche Formen abzuwechseln. Die praktische Relevanz des gemessenen Merkmals ist groß, sofern ein besseres Verständnis der Einstellungen zu professioneller Hilfe im psychischen Bereich Problematiken im Gesundheitssystem aufzeigen und eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für gezielte Programme bieten kann. Die Nützlichkeit des Fragebogens wird damit als gegeben betrachtet.

6.3. Trennschärfe des IASMHS bei Personen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS

Bei den Mittelwertsvergleichen zwischen Personen der Betroffenen-Gruppe mit aktueller, überwundener und ohne PTBS konnten keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Skalen des IASMHS gefunden werden. Lediglich in der Skala *Indifference to Stigma* näherten sich die Ergebnisse beim Vergleich von Personen ohne PTBS mit Personen mit aktueller und mit überwundener PTBS signifikanten Unterschieden an. Dies zeigte sich auch in den entsprechenden ROC-Kurven und den dazugehörigen AUC-Werten. Das Ergebnis weist auf eine mögliche Tendenz hin, dass Menschen ohne PTBS höhere Werte in der Skala *Indifference to Stigma* erzielen als Menschen mit einer PTBS in der Vergangenheit. Daraus kann schlussgefolgert werden, dass Stigmatisierung bei PTBS eine Rolle spielt, wie dies auch in entsprechender Literatur vermutet wurde. Die genauen Zusammenhänge und Effekte von PTBS und Stigmata könnten in Folgestudien genauer betrachtet werden. Auch die Betrachtung hinsichtlich anderer Störungsbilder oder allgemeiner psychischer Belastung könnte spannend sein. Aufgrund der mangelnden psychometrischen Güte der deutschsprachigen Version des IASMHS sollte zuallererst jedoch die Überarbeitung und neuerliche Prüfung der Testgüte des Instruments erfolgen.

6.4. Ausblick

In späterer Folge wäre es interessant, mittels IASMHS Unterschiede der Einstellung zu professioneller Hilfe zwischen Stadt und Land in Österreich zu beforschen. Wien ist, wie zu Beginn der Arbeit dargestellt, die Region in Österreich, die am dichtesten mit behandelnden Berufsgruppen versorgt ist, wo man also verhältnismäßig leicht an

professionelle Hilfe gelangen kann. Die Vermutung liegt nahe, dass es zwischen Stadt und Land ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich der Einstellungen zu Inanspruchnahme professioneller Hilfe im psychischen Bereich geben könnte. Für die Zukunft wäre es von Interesse, sich diese Unterschiede mittels IASMHS genauer anzusehen. Es könnten auf diesem Wege die Hürden für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verschiedener Bevölkerungsgruppen wie Männer, Frauen, Personen verschiedenen Alters, Menschen mit verschiedenen Störungsbildern usw. ermittelt und diesen gezielt begegnet werden. So könnte beispielsweise bei mangelnden Informationen oder stigmatisierenden Einstellungen mit entsprechenden Kampagnen oder psychoedukativen Programmen an geeigneten Orten dagegeengehalten werden.

I Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *International Journal of Entrepreneurship Behaviour and Research*, 4(1), 28–50.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. UK: McGraw-Hill Education.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113–1127.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2008). *Sozialpsychologie* (6., aktualisierte Auflage). München: Pearson Deutschland GmbH.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.
- Bogar, C. B., & Husle-Killackey, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 318–327.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77.
- Bundschuh, C. (2012). *Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Institutionen. Nationaler und internationaler Forschungsstand: Expertise im Rahmen des Projekts“ Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen.”* München: Deutsches Jugendinstitut.

- Chouliara, Z., Karatzias, T., & Gullone, A. (2014). Recovering from childhood sexual abuse: A theoretical framework for practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 69–78.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., ... Gagnon, C. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91–102.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140.
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 415–434.
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorder survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims*, 16(6), 655–672.
- Eggerth, A., Bednar, W., & Hagleitner, J. (2010). *Versorgung mit Psychotherapie 2009*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Egle, U. T., & Hoffmann, S. O. (1989). Psychotherapie und ihre Wirksamkeit bei chronischen Schmerzzuständen. *Schmerz*, 3(1), 8–21.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645–657. doi:10.1016/j.cpr.2014.10.004

- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... Parloff, M. B. (1889). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607–619.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (Fourth Edition). London, England: SAGE Publications Ltd.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Fisher, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79–90.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., ... Daly, M. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19(6), 387–404. doi:10.1002/car.1083
- Flanagan-Howard, R., Carr, A., Shevlin, M., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., ... Egan, J. (2009). Development and initial validation of the institutional child abuse processes and coping inventory among a sample of Irish adult survivors of institutional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 586–597.
- Foa, E. B., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314.
- Gilligan, P. (2012). Contrasting narratives on responses to victims and survivors of clerical abuse in England and Wales: Challenges to Catholic Church discourse. *Child Abuse Review*, 21, 414–426. doi:10.1002/car.2251
- Goffman, E. (1987). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Vol. reprint). London: Penguin Books.
- Grossman, F. K., Sorsoli, L., & Kia-Keating, M. (2006). A gale force wind: Meaning making by male survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 434–443. doi:10.1037/0002-9432.76.4.434

- Hagleitner, J. (2013). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie–Statistik der Berufsgruppen 1991–2012*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Holowka, D. W., Marx, B. P., Gates, M. A., Litman, H. J., Ranganathan, G., & Rosen, R. C. (2014). PTSD diagnostic validity in veterans affairs electronic records of Iraq and Afghanistan veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 569–579. doi:10.1037/a0036347
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241–249.
- Horowitz, M. J. (2007). Understanding and ameliorating revenge fantasies in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 24–27.
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., Maguire, R., & Morley, K. (2015). A test of the inventory of attitudes towards seeking mental health services. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(4), 397–412.
- Hyler, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Psychiatric Services*, 42(10), 1044–1048. doi:10.1176/ps.42.10.1044
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In Figley, C. R. (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 1, pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.
- Katschnig, H., & Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen Österreich. (2004). *Österreichischer Psychiatriebericht 2001*. Wien: Bundesministerium f. Soziale Sicherheit und Generationen.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33. doi:10.1017/S1121189X00001421
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R. M. A., ... Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1561–1568.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. J., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.

- Kia-Keating, M., Grossman, F. K., Sorsoli, L., & Epstein, M. (2005). Containing and resisting masculinity: Narratives of renegotiation among resilient male survivors of childhood sexual abuse. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 169–185. doi:10.1037/1524-9220.6.3.169
- Klerman, G. L. (1989). Evaluating the efficacy of psychotherapy for depression: the USA experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238(5–6), 240–246.
- Lambert, M., Schöttle, D., Schulte-Markwort, M., Naber, D., & Karow, A. (2014). Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut*, 59(2), 95–99.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ... Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9860), 55–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61379-8
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., ... Glück, T. (2014). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 52–64.
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale1. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410–2435. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Maerker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 465–481. doi:10.1002/cpp.1805
- McLoone-Richards, C. (2012). Say nothing! How pathology within Catholicism created and sustained the institutional abuse of children in 20th century Ireland. *Child Abuse Review*, 21, 394–404. doi:10.1002/car.2209

- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, T. B., Von Korff, M., & Kessler, R. C. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1180–1188.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermayer, M. C., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368–375. doi:10.1192/bjp.bp.107.039107
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331–342.
- Pilgrim, D. (2012). Child abuse in Irish Catholic settings: A non-reductionist account. *Child Abuse Review*, 21(6), 405–413. doi:10.1002/car.2239
- PsyOnline. (2014). *Anzahl der PsychotherapeutInnen in Österreich nach Bundesländern*. Retrieved July 6, 2015, from <http://www.psyonline.at/contents/557/anzahl-der-psychotherapeutinnenin-oesterreich-nach-bundeslaendern>
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 1–10. doi:10.1007/s11920-015-0552-6
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
- RIS Rechtsinformationssystem. (2015). *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Verbrechensofergesetz*. Retrieved July 24, 2015, from <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008273>
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 985–1011. doi:10.1037/a0013397
- Rüsch, N., Angermayer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., ... Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551–552. doi:10.1192/bjp.bp.109.067157

- Schäfer, I., Schomerus, G., & Milin, S. (2013). Traumatische Erfahrungen – ein blinder Fleck der Stigmaforschung? *Psychiatrische Praxis*, 40(2), 99–101. doi:10.1055/s-0032-1332915
- Schlick, A., Wagner, S. A., Mühlhans, B., Horbach, T., Müller, A., Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2010). Agreement between clinical evaluation and structured clinical interviews (SCID for DSM-IV) in morbidly obese pre-bariatric surgery patients. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(12), 469–473. doi:10.1055/s-0030-1252003
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47–63.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100–113.
- Spröber, N., Schneider, T., Rassenhofer, M., Seitz, A., Liebhardt, H., König, L., & Fegert, J. M. (2014). Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health*, 14, 1–12.
- Staller, K. M. (2012). Missing pieces, repetitive practices: Child sexual exploitation and institutional settings. *Cultural Studies <-> Critical Methodologies*, 12(4), 274–278. doi:10.1177/1532708612446420
- Statistik Austria. (2014a). *Personal im Gesundheitswesen*. Retrieved July 6, 2015, from http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html
- Statistik Austria. (2014b). *Todesursachen im Überblick*. Retrieved May 5, 2015, from http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html
- Stecker, T., Fortney, J. C., Hamilton, F., & Ajzen, I. (2007). An assessment of beliefs about mental health care among veterans who served in Iraq. *Psychiatric Services*, 58(10), 1358–1361.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101.
- Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: A

- systematic review. *Clinical Psychology Review*, 35, 19–34.
doi:10.1016/j.cpr.2014.11.002
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Lesse, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408–415.
doi:10.1016/S0140- 6736(08)61817-6
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277–293.
- Vitiello, B. (2004). Prevention and treatment of the psychological consequences of trauma in children and adolescents. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13(1), 10–13.
- Wahlbeck, K. (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*, 14(1), 36–42.
- Walter, M., Dürsteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D., ... Vogel, M. (2015). Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen – Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 80(04), 201–210. doi:10.1055/s-0034-1399338
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124–138.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearb. d. amerikanischen Originalversion des SKID I*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G., Jette, J. L., & Poisson, S. E. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing professional and scientific understanding. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 179–191.

II Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Komponenten von Public Stigma und Self-Stigma.</i>	<i>16</i>
<i>Tabelle 2: Die sechs Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabelle 3: Beispielitems der deutschsprachigen Übersetzung des IASMHS.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabelle 4: Beispielitems zur Skala PTBS des SKID-I analog zu den Diagnosekriterien des DSM-IV.</i>	<i>40</i>
<i>Tabelle 5: Beispielitems der soziodemografischen Datenerhebung.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 6: Item-Trennschärfen der Skala Psychological Openness in der KG.</i>	<i>49</i>
<i>Tabelle 7: Item-Trennschärfen der Skala Help-Seeking Propensity in der KG.</i>	<i>50</i>
<i>Tabelle 8: Item-Trennschärfen der Skala Indifference to Stigma in der KG.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabelle 9: Rotierte Ladungsmatrix der Items des IASMHS in der Kontrollgruppe. ...</i>	<i>51</i>
<i>Tabelle 10: Item-Trennschärfen der Skala Psychological Openness in der VG.</i>	<i>55</i>
<i>Tabelle 11: Item-Trennschärfen der Skala Help-Seeking Propensity in der VG.</i>	<i>55</i>
<i>Tabelle 12: Item-Trennschärfen der Skala Indifference to Stigma in der VG.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabelle 13: Rotierte Ladungsmatrix der Items des IASMHS in der Betroffenen-Gruppe.</i>	<i>57</i>
<i>Tabelle 14: AUC-Werte zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Kontrollgruppe..</i>	<i>60</i>
<i>Tabelle 15: AUC-Werte zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Betroffenen-Gruppe.</i>	<i>61</i>
<i>Tabelle 16: Post-hoc-Tests (Mann-Whitney-U) zur Skala Indifference to Stigma.</i>	<i>63</i>
<i>Tabelle 17: AUC-Werte zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. überwundene PTBS.</i>	<i>64</i>
<i>Tabelle 18: AUC-Werte zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. aktuelle PTBS.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabelle 19: AUC-Werte zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Aktuelle vs. überwundene PTBS.</i>	<i>66</i>

III Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1. Verteilung von PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen in Österreich.....</i>	<i>12</i>
<i>Abbildung 2. Diagramm zur Theory of Planned Behavior.</i>	<i>18</i>

Abbildung 3. Das Socio-Interpersonal Model.	31
Abbildung 4. Altersverteilung in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.	43
Abbildung 5. Derzeitige berufliche Tätigkeit in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.	44
Abbildung 6. Höchste abgeschlossene Ausbildungen in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.	45
Abbildung 7. Verteilung des monatlichen Netto-Einkommens in gerundeten Prozentangaben in der VG und der KG.	45
Abbildung 8. Histogramm zur Skala Psychological Openness in der Kontrollgruppe.	47
Abbildung 9. Histogramm zur Skala Help-Seeking Propensity in der Kontrollgruppe.	48
Abbildung 10. Histogramm zur Skala Indifference to Stigma in der Kontrollgruppe.	48
Abbildung 11. Scree-Plot zur Faktorenanalyse in der Kontrollgruppe.	51
Abbildung 12. Histogramm zur Skala Psychological Openness in der Betroffenen- Gruppe.	53
Abbildung 13. Histogramm zur Skala Help-Seeking Propensity in der Betroffenen- Gruppe.	54
Abbildung 14. Histogramm zur Skala Indifference to Stigma in der Betroffenen- Gruppe.	54
Abbildung 15. Scree-Plot zur Faktorenanalyse in der Betroffenen-Gruppe.	57
Abbildung 16. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Kontrollgruppe.	59
Abbildung 17. ROC-Kurven zur Kriteriumsvalidität des IASMHS in der Betroffenen- Gruppe.	61
Abbildung 18. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. überwundene PTBS.....	63
Abbildung 19. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Keine vs. aktuelle PTBS.....	64
Abbildung 20. ROC-Kurven zur Trennschärfe des IASMHS bei PTBS. Aktuelle vs. überwundene PTBS.....	65

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

ANHANG

LEBENS LAUF/ KERSTIN HUBER, BSC

Geboren 1991 in Linz, Oberösterreich

BILDUNGSWEG:

Seit Sep. 2014: Psychotherapeutisches Propädeutikum

Seit Okt. 2013: Masterstudium Psychologie

Thema der Masterarbeit: Validierung der deutschsprachigen Übersetzung des IASMHS und dessen Trennschärfe bei Menschen mit aktueller, überwundener und ohne PTBS.

2010 - 2013: Bachelorstudium Psychologie

Thema Bachelorarbeit 1: Der Zusammenhang des Selbstwertgefühls und der Attraktivitätseinschätzung von Dysgraphiepatienten.

Thema Bachelorarbeit 2: Die Trainierbarkeit von Selbstregulation und die zu Grunde liegenden neuronalen Mechanismen.

2005 - 2010: HTL1 in Linz für Grafik und Kommunikationsdesign

2000 - 2005: Musikhauptschule in Saxen (OÖ)

1996 - 2000: Volksschule in Saxen (OÖ)

BERUFLICHE ERFAHRUNG UND PRAKTIKA:

Juli und August 2015: Zweiwöchiges Praktikum „Abenteuer Wald“; pädagogische Tätigkeiten.

Seit Okt. 2014: Clubbetreuerin bei PSZ GmbH, Standort: Klosterneuburg. Selbstständige Arbeit mit einer Gruppe erwachsener Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Juli und August 2014: Psychologisches Praktikum im Landesklinikum Tulln, Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie.

März 2010 - Sep. 2014: Betreuerin für Kinder und Jugendliche mit schweren Beeinträchtigungen und intensivem Pflegebedarf beim Diakoniewerk.

Aus meinen Tagen als Grafikerin:

Juli 2008: Vierwöchiges Praktikum bei DigiCut (Großformat Digitaldruck, Beschriftungen)

Juli 2007: Dreiwöchiges Praktikum bei FINALE (Drucksortenfinalisierung)

Juli 2007: Einwöchiges Praktikum bei Albin (Fotostudio)