

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik,
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie,
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

Selbst-Stigma bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Frauen mit Sozialer Phobie

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

Vorgelegt 2008

von Aurelia Christina Hölzer,
geboren in Basel (Schweiz)

Dekan	Prof. Dr. Christoph Peters
1. Gutachter	Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst
2. Gutachter	Prof. Dr. Almut Zeeck
Jahr der Promotion	2009

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	5
Vorwort.....	6
Zusammenfassung.....	7
 1. Einleitung.....	 8
1.1 Selbst-Stigma.....	8
1.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	10
1.3 Die Soziale Phobie.....	12
1.4 Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen.....	12
 2. Methodik.....	 13
2.1 Stichprobenbeschreibung.....	13
2.2 Messinstrumente.....	16
2.2.1 Standardisierte Interviews.....	16
2.2.2 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten.....	16
2.2.3 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Schamneigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung.....	20
2.2.4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Lebensqualität, Psychopathologie und Depressivität.....	21
2.3 Statistische Auswertung.....	24
 3. Ergebnisse.....	 24
3.1 Korrelation von Selbst-Stigma mit Depressivität.....	24
3.2 Korrelation von Selbst-Stigma mit anderen Konstrukten.....	26
3.2.1 Partielle Korrelationen von Selbst-Stigma-Maßen, kontrolliert für Depressivität.....	26
3.2.2 Zero-Order Korrelationen.....	27
3.2.3 Selbst-Stigma als Prädiktor für Selbstwert.....	28
3.2.4 Vergleiche von Selbst-Stigma-Maßen und verwandten Konstrukten zwischen den Gruppen.....	30
 4. Diskussion.....	 32
4.1 Die Auswirkung von Selbst-Stigma.....	32
4.2 Selbst-Stigma bei Frauen mit BPS.....	34
4.3 Grenzen der Studie.....	35
4.4 Fazit.....	36
 Literaturverzeichnis.....	 37

Abkürzungsverzeichnis

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
ADS	Allgemeine Depressionsskala
APA	American Psychiatric Association
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage
ES	Empowerment Scale
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
M	Mittelwert
M.I.N.I	Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview
n. s.	nicht signifikant
PSQ	Perceived Stigma Questionnaire
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
SBQoL	SmithKline Beecham Quality of Life Scale
SCID I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCID II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-R
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SSMIS	Self-Stigma in Mental Illness Scale
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
TOSCA-3	Test of Self-Conscious Affect-3

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb. 1 Entstehungsmodell von Selbst-Stigma und sein Zusammenhang mit Selbstwert nach Corrigan

Tabellen

Tab. 1 Komorbiditäten und andere erkrankungsbezogene Daten

Tab. 2 Soziodemographische Daten

Tab. 3 Medikation der BPS-Patientinnen

Tab. 4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten

Tab. 5 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Schamneigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung

Tab. 6 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Lebensqualität, Depressivität und Allgemeiner Psychopathologie

Tab. 7 Pearson-Korrelationskoeffizient für Selbst-Stigma-Maße und Depressivität

Tab. 8 Korrelationen von Stigma-Maßen mit anderen Konstrukten

Tab. 9 Regressionsanalyse der Auswirkung von Selbst-Stigma, Depressivität und Schamneigung auf Selbstwert

Tab. 10 Mittelwerte von Selbst-Stigma, Selbstwert, Lebensqualität, Allgemeiner Psychopathologie und verwandten Konstrukten

Vorwort

Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Oktober 2006 veröffentlicht:

Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G., Bohus, M., Lieb, K., Corrigan, P.W. (2006). Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 766-773.

Ich danke ganz besonders Dr. Nicolas Rüsch, meinem Betreuer und dem Leiter der vorliegenden Studie, für sein außerordentliches Engagement und seine geduldige, konstruktive und humorvolle Unterstützung.

Zusammenfassung

Hintergrund: Bisher ist wenig darüber bekannt, wie Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Frauen mit Sozialer Phobie auf das Stigma ihrer psychischen Erkrankung reagieren. Öffentliche Stigmatisierung kann zu Selbst-Stigmatisierung führen und somit Selbstwertgefühl und Lebensqualität beeinflussen. Nach dem Selbst-Stigma-Modell von Corrigan und Watson (2002) müssen der betroffenen Person die Vorurteile der Öffentlichkeit bekannt sein, darüber hinaus muss sie diesen zustimmen und sie gegen sich wenden. Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung von Selbst-Stigma und seiner Zusammenhänge mit Selbstwert, Lebensqualität, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment und Experiential Avoidance sowie mit Schamneigung und Psychopathologie. Des Weiteren sollen, unabhängig von Depressivität und Schamneigung, der Einfluss von Selbst-Stigma auf Selbstwert untersucht werden sowie Unterschiede in der Ausprägung der Selbststigmatisierung bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Frauen mit Sozialer Phobie.

Methodik: Anhand von Selbstbeurteilungsskalen wurden bei 60 stationär behandelten Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und 30 ambulant betreuten Patientinnen mit Sozialer Phobie Selbst-Stigma und verwandte Konstrukte gemessen. Zusätzlich wurden Depressivität, Lebensqualität, Schamneigung sowie Allgemeine Psychopathologie erfasst.

Ergebnisse: Selbst-Stigma zeigte eine negative Korrelation mit Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung und Lebensqualität und prädizierte, nach Kontrolle für Schamneigung und Depressivität, niedrigen Selbstwert. Stereotypenwahrnehmung korrelierte nicht signifikant negativ mit Selbstwert und Lebensqualität. Während keine Unterschiede in der Stereotypenwahrnehmung bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Frauen mit Sozialer Phobie gemessen wurden, war Selbst-Stigma bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgeprägter als bei Frauen mit Sozialer Phobie.

Diskussion: Selbst-Stigma ist assoziiert mit niedrigem Selbstwert und anderen Merkmalen eines schlechten psychischen Allgemeinzustandes. Im Vergleich zu Frauen mit Sozialer Phobie sind Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung stärker von Selbst-Stigma betroffen. Dies könnte auf den Umstand zurückgeführt werden, dass Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund häufiger stationärer Aufenthalte, sichtbarer Narben sowie zwischenmenschlicher Schwierigkeiten einem starken Etikettierungsprozess als psychisch Kranke ausgesetzt sind.

1. Einleitung

1.1 Selbst-Stigma

Menschen mit psychischen Erkrankungen können unter Selbst-Stigma leiden. Die Entstehung von Selbst-Stigma unterliegt dabei einem schrittweisen Prozess, bei dem die einzelnen Stufen aufeinander aufbauen. Zunächst müssen der betroffenen Person die Vorurteile bekannt sein, die in der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Menschen existieren, beispielsweise Gefährlichkeit oder Unzuverlässigkeit (Stereotypenwahrnehmung). Als zweiten Schritt muss die Person diesen Vorurteilen inhaltlich zustimmen (Stereotypenzustimmung; z.B. „ja, das stimmt, die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar“). Wenn psychisch Kranke nun diese Vorurteile auf sich selbst beziehen und sie auf sich anwenden (Self-Concurrence; z.B. „Ich bin psychisch krank, daher kann man mir nicht trauen“), so resultiert daraus als vierte Stufe eine Verminderung von Selbstwert und Lebensqualität (Selbstwertminderung) (Corrigan und Watson, 2002; Rüsch et al., 2005). Die negativen Auswirkungen von Selbst-Stigma wie verminderter Selbstwert und herabgesetzte Lebensqualität können selbst dann persistieren, wenn die psychiatrischen Symptome nicht mehr vorhanden sind (Link et al., 1997). Um Selbst-Stigma und seine Wirkung auf Menschen mit psychischen Erkrankungen besser zu verstehen, müssen Stereotypenwahrnehmung, Stereotypenzustimmung und Self-Concurrence von Selbst-Stigma unterschieden werden. Bisher ist wenig darüber bekannt, auf welche Weise Selbst-Stigma bei seiner Wirkung auf Selbstwert von anderen Faktoren beeinflusst wird. Neben Selbst-Stigma scheinen auch Schamneigung und Depressivität eine bedeutende Rolle bei der Verminderung von Selbstwert zu spielen (Abbildung 1; Schmitz et al., 2003; Tangney und Dearing, 2002b). Auch das Vorliegen bestimmter Persönlichkeitsstörungen scheint eine Auswirkung auf Selbstwert zu haben. Lynum, Wilberg und Karterud (2008) untersuchten Selbstwert bei Patienten mit BPS und Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung. Dabei zeigten sich bei beiden Krankheitsbildern pathologische Werte für Selbstwert, wobei die Patientengruppe mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung signifikant niedrigeren Selbstwert hatte als die Gruppe mit BPS. Depressivität konnte einen Teil der Varianz von Selbstwert erklären, jedoch trugen beide Persönlichkeitsstörungen über Depressivität hinaus zu niedrigem Selbstwert bei. Dabei schien die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung eine wesentlich größere Rolle zu spielen als die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Selbst-Stigma kann als emotionale Folge Scham hervorrufen (Abbildung 1; Lewis, 1998). Kürzlich wurde festgestellt, dass emotionale Aspekte von Selbst-Stigma wie Scham ausgesprochen relevant sind, wenngleich sie bisher bei empirischen Studien weitgehend vernachlässigt wurden (Link et al., 2004).

Die bisher angesprochenen Punkte betreffen alle psychisch kranken Menschen. Dennoch können Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen in unterschiedlichem Maße von Selbst-Stigma betroffen sein. Besonders Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; Lieb et al., 2004) haben aufgrund häufiger stationärer Behandlungen sowie sichtbarer Narben eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit, mit ausgeprägten Vorurteilen von Seiten der Gesellschaft behaftet zu sein. Diese Vorurteile können dann zu Selbst-Stigma und vermindertem Selbstwert führen (Link et al., 1987; Markham, 2003). Darüber hinaus kann Selbst-Stigma bei Frauen mit BPS zusätzlich verstärkt werden, da Scham als zentrale Emotion bei Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt (Linehan, 1993; Rüscher et al., 2007b), welche die Betroffenen womöglich noch anfälliger für Selbst-Stigma macht (Abbildung 1).

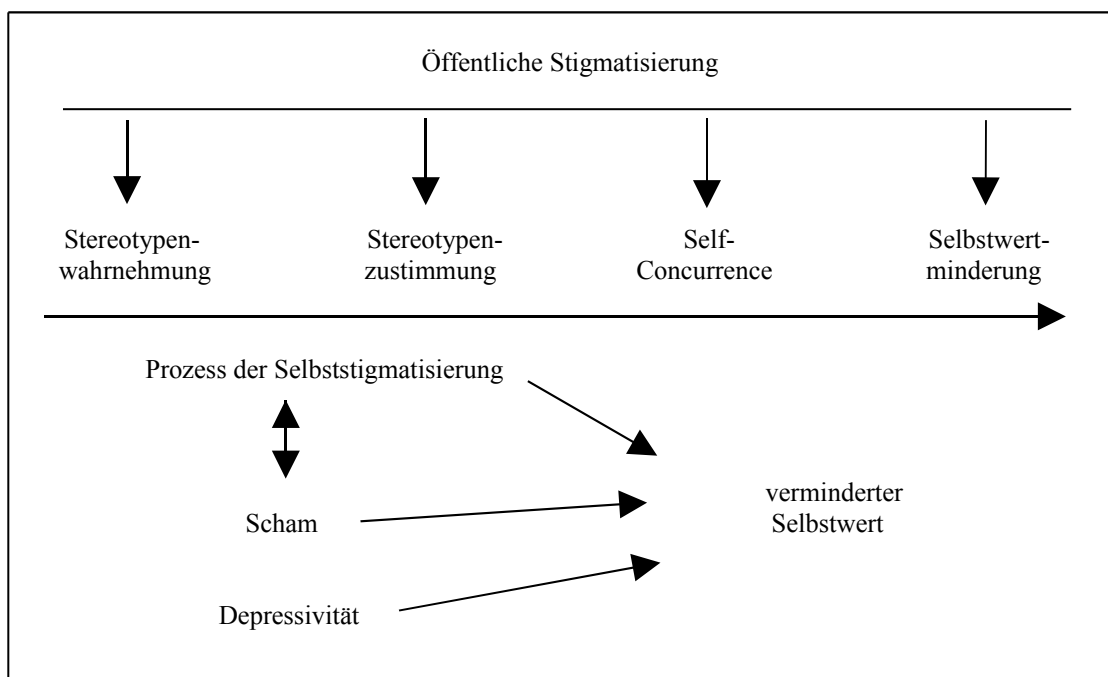


Abbildung 1. Entstehungsmodell von Selbst-Stigma und sein Zusammenhang mit Selbstwert nach Corrigan

Daher ist es wichtig, Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und somit vermutlich hoher Wahrscheinlichkeit für Selbst-Stigma wie Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Patienten zu vergleichen, die an einer weniger schweren psychischen Erkrankung wie Sozialer Phobie leiden. Da Angst vor Demütigung und Entwertung laut DSM-IV zentrale Kriterien der Sozialen Phobie sind, können Menschen mit Sozialer Phobie als besonders geeignete klinische Kontrollgruppe angesehen werden. Sowohl Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch Frauen mit Sozialer Phobie sind Teil der Gesellschaft. Daher ist davon auszugehen, dass sie, wie alle Menschen mit psychischen Erkrankungen, schon seit der Kindheit mit den Stereotypen der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Personen vertraut sind (Corrigan und Watson, 2002). Somit kann angenommen werden, dass Personen aus beiden Diagnosegruppen die gleiche Stereotypenwahrnehmung besitzen. Bezüglich der Ausprägung von Selbst-Stigma bei den beiden Diagnosegruppen gibt es bisher kaum wissenschaftliche Studien, die untersucht haben, ob Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen auf verschiedene Art und Weise auf Stigmatisierung durch die Gesellschaft reagieren und ob sie unterschiedliche Ausprägungen von Selbst-Stigma zeigen (Rüsch et al., 2006). Stattdessen wurde Selbst-Stigma vorwiegend bei Patientengruppen aus Betreuungseinrichtungen und Tagesstätten untersucht, die sehr unterschiedliche Diagnosen wie Psychosen, affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen hatten.

1.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Stern (1938) prägte den Begriff „Borderline“ als eine Art Übergangsbereich von der Neurose zur Psychose. Dieser Begriff wurde von Kernberg (1967) aufgenommen und zu „Borderline Personality Organization“ erweitert. Darunter versteht Kernberg eine Regression auf das entwicklungspsychologische Zwischenstadium der „Borderline-Struktur“, ausgelöst durch Störungen während der Differenzierung zu einer „reifen Ich-Identität“. Heute wird meist der Begriff „Borderline Personality Disorder“ oder im Deutschen „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (BPS) verwendet. Die heute in der ICD-10 zur Diagnostik verwendeten neun Borderlinekriterien basieren auf sieben von Gunderson und Kolb (1978) ermittelten Kriterien, die von Spitzer, Endicott und Gibbon (1979) durch das Kriterium „instabile Identität“ und bei der Einführung des DSM-IV (APA, 1994) durch das Kriterium „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ ergänzt wurden.

Bohus (2002) gliedert die klinische Symptomatik in fünf Problembereiche:

1) Affektregulation:

Borderlinepatientinnen werden mit „überflutenden Emotionen“ konfrontiert. Sie haben eine niedrige Reizschwelle, ein hohes Erregungsniveau und eine verzögerte Rückbildung auf das emotionale Ausgangsniveau. Dies führt zu intensiven aversiven Spannungszuständen, die oftmals in dissoziative Zustände übergehen und durch dysfunktionale Verhaltensmuster wie beispielsweise Selbstverletzung bewältigt werden.

2) Selbst und Selbstbild:

Die meisten Patientinnen fühlen sich unsicher bezüglich der eigenen Identität und Integrität. Oftmals ist auch das Körperbild gestört. „Die Patientinnen berichten über negative Kognitionen und Empfindungen, äußern Hass und Ekel oder sehen den Körper als völlig getrennt von sich selbst.“ (Haaf et al., 2001,).

3) Psychosoziale Integration:

Borderline-Patientinnen fühlen sich oft isoliert, einsam und „anders als alle anderen“. In zwischenmenschlichen Bereichen zeigen sich häufig Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation. Eine große Rolle dabei spielt die Angst davor, verlassen zu werden und anderen ausgeliefert zu sein.

4) Kognitive Funktionsfähigkeit:

Zum derzeitigen Forschungsstand ist nicht von einer generellen kognitiven Leistungsminderung auszugehen, allerdings berichten ca. 60% der Patientinnen mit BPS von einer ausgeprägten dissoziativen Symptomatik. Dies betrifft sowohl Derealisations- als auch Depersonalisationserlebnisse, sowie somatoforme dissoziative Phänomene, also Veränderungen der sensorischen Wahrnehmung, wie Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls und Kontrollverlust über die Realität. Szenisches Wiedererleben von traumatisierenden Erlebnissen der Vergangenheit, so genannte „Flashbacks“, kann von den Patientinnen nur rational, nicht aber emotional der Vergangenheit zugeordnet werden.

5) Verhaltensebene:

Das häufigste dysfunktionale Verhaltensmuster sind Selbstverletzungen wie Schneiden und Brennen der Haut oder Schlagen des Kopfes gegen eine Wand. Hinzu kommen oftmals Hochrisikoverhalten und Störungen des Ess- und Trinkverhaltens.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufig vorkommende psychische Erkrankung, deren Punktprävalenz mit etwa 1.2% angegeben werden kann, wobei Frauen mit 70% weitaus häufiger betroffen sind als Männer (Bohus, 2002).

1.3 Die Soziale Phobie

Die Soziale Phobie ist definiert als anhaltende Angst vor Situationen, in denen die Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht, wobei die Angst als übertrieben oder unvernünftig empfunden wird und in der Regel ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zur Folge hat (Möller et al., 2005). Menschen mit Sozialer Phobie erwarten eine negative Bewertung durch ihr Umfeld. Sie weisen eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit auf und beschäftigen sich intensiv mit sozial bedrohlichen Ereignissen. Die phobischen Ängste konzentrieren sich besonders auf Situationen, in denen der Patient der Beobachtung anderer Menschen ausgesetzt ist. Dies können sowohl Leistungssituationen als auch Interaktionssituationen sein. In der Angstsituation wird die Aufmerksamkeit für die Außenwelt reduziert und selektiv auf die negativen Aspekte des eigenen Verhaltens gerichtet. Der Patient selbst bewertet sein Verhalten als inakzeptabel und erwartet dafür Ablehnung. Fast immer hat die gefürchtete Situation eine unmittelbare Angstreaktion zur Folge. Diese äußert sich auch durch vegetative Symptome wie beispielsweise Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen und Übelkeit. Sie kann weit reichende emotionale Folgen haben wie „Angst vor der Angst“, Scham, sozialen Rückzug, dysfunktionales Vermeidungsverhalten und Minderung des Selbstwertgefühls. Obwohl die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist, werden die gefürchteten sozialen Situationen vermieden oder nur unter intensiver Angst und Unwohlsein ertragen. Die Erkrankung beeinträchtigt deutlich eine normale Lebensführung, berufliche Leistungsfähigkeit sowie soziale Aktivitäten und Beziehungen (Möller et al., 2005).

1.4 Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die These aufgestellt, dass Frauen mit BPS stärker von Selbst-Stigma betroffen sind als Frauen mit Sozialer Phobie. Dieser Tatsache könnten beispielsweise häufige stationäre Aufenthalte und äußere Stigmamerkmale wie Narben zugrunde liegen, wodurch die Patientinnen vermehrt öffentlichen Vorurteilen ausgesetzt sind. Darüber hinaus zeigen BPS-Patientinnen eine höhere Schamneigung und internalisieren die öffentlichen Vorurteile stärker, was wiederum mit erhöhter Self-Concurrence und Selbst-Stigma in Zusammenhang steht.

Bisher wurden weder Studien durchgeführt, die Selbst-Stigma und seine Korrelate bei Frauen mit BPS oder Sozialer Phobie untersucht haben, noch Studien, bei denen Selbst-Stigma bei Personen mit unterschiedlichen Diagnosen verglichen wurde.

In dieser Studie wurden folgende drei Hypothesen untersucht:

Erste Hypothese: Unabhängig von der Diagnose korreliert Selbst-Stigma negativ mit Selbstwert, Lebensqualität, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment und Experiential Avoidance und positiv mit Scham und Allgemeiner Psychopathologie.

Zweite Hypothese: Selbst-Stigma ist unabhängig von Depressivität und Schamneigung ein Prädiktor für niedrigen Selbstwert.

Dritte Hypothese: Trotz ähnlich ausgeprägter Stereotypenwahrnehmung bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie ist Selbst-Stigma bei Frauen mit BPS ausgeprägter und führt zu stärkerer Selbstwertminderung als bei Frauen mit Sozialer Phobie.

2. Methodik

2.1 Stichprobenbeschreibung

60 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden in den Jahren 2003 und 2004 an der Freiburger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, sowie an der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Spezialklinik für Frauen Meissenberg, Zug in der Schweiz, behandelt und eine Woche nach Aufnahme untersucht. Die Patientinnen beider Kliniken wurden nach demselben therapeutischen Konzept, der stationären Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), behandelt. Einschlusskriterien für die Studie waren die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV für Persönlichkeitssstörungen (First et al., 1997a). Achse-I-Komorbiditäten der Patientinnen mit BPS wurden mit dem Mini Internationalen Neuropsychiatrischen Interview (Sheehan et al., 1998) erfasst.

Als klinische Kontrollgruppe wurden an der Freiburger Universität und am Institut für Seelische Gesundheit Mannheim 30 Frauen mit Sozialer Phobie untersucht. Hierbei handelte es sich ausschließlich um ambulant betreute Patientinnen. Die Diagnose einer Sozialen Phobie wurde mittels SCID-I (First et al., 1997b) gestellt. In dieser Gruppe wurden Achse-I- und Achse-II-Komorbiditäten mit SCID-I und SCID-II untersucht (First et al., 1997a, 1997b). Ausschlusskriterien sowohl für die Patientinnen mit BPS als auch mit Sozialer Phobie waren die Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung, Intelligenzminderung,

akute Suizidalität und Geschäftsunfähigkeit, bei den Patientinnen mit Sozialer Phobie durfte keine BPS zusätzlich vorliegen.

Einschlusskriterien für beide Gruppen waren weibliches Geschlecht, Alter zwischen 18 und 50 Jahren, Deutsch als Muttersprache und mindestens neun Jahre Schulbildung. Alle hatten nach ausführlicher Aufklärung eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gegeben. Das Studienprotokoll bekam die Zustimmung der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Die wichtigsten erkrankungsbezogenen Daten werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1 Komorbiditäten und andere erkrankungsbezogene Daten

	Frauen mit BPS (N=60)	Frauen mit Sozialer Phobie (N=30)	T oder χ^2^a	p
Body Mass Index	27.2 (9.5)	22.2 (3.8)	3.46	0.001
Episode einer Major Depression aktuell (%)	42	20	4.16	0.04
Episode einer Major Depression früher (%)	62	30	8.03	0.005
Bipolar II-Störung früher (%)	13	0	4.39	0.04
Zwangsstörung aktuell (%)	8	7	0.08	0.78
Posttraumatische Belastungsstörung aktuell (%)	38	0	15.45	<0.001
Alkohol- oder Substanzmissbrauch aktuell (%)	42	7	11.67	0.001
Esstörung aktuell (%)	40	3	13.40	<0.001
Esstörung früher (%)	58	20	12.86	<0.001
Frühere Suizidversuche (M, SD)	3.95 (4.4)	0.18 (0.7)	6.40	<0.001
Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte (M, SD)	4.53 (4.8)	0.08 (0.3)	4.52	<0.001

Vergleiche durch χ^2 -Tests für Proportionen oder t-Tests für Mittelwerte

Die 60 Patientinnen mit BPS waren durchschnittlich knapp 28 Jahre alt und hatten über etwa zehneinhalb Jahre die Schule besucht, die Patientinnen mit Sozialer Phobie waren im Durchschnitt 35 Jahre alt und hatten etwa zwölf Jahre die Schule besucht. Damit wiesen sie in diesen Variablen keine signifikanten Unterschiede auf (Tabelle 2). Frauen mit BPS zeigten

mehr und häufiger aktuelle Komorbidität entsprechend der Achse I als Frauen mit Sozialer Phobie und hatten dementsprechend häufiger Suizidversuche und stationäre Psychriaufenthalte in der Vorgeschichte. Unter den Frauen mit Sozialer Phobie hatten 14 (47%) eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität, besonders häufig eine Ängstlich-vermeidende (13), Abhängige (2) und Zwanghafte (3) Persönlichkeitsstörung. Achse-II-Komorbidität wurde bei Frauen mit BPS nicht untersucht. Zehn der Frauen mit BPS hatten zusätzlich eine Soziale Phobie.

Tab. 2 Soziodemografische Daten

	Frauen mit BPS (N=60) M (SD)	Frauen mit Sozialer Phobie (N=30) M (SD)	T	p
Schulbildung (Jahren)	10,5 (1,5)	11,9 (1,7)	-3.99	<0.001
Alter (Jahren)	27,8 (6,9)	35,1 (11,9)	-3.09	0.004

Mittelwertvergleiche durch t-Tests

80% der BPS-Patientinnen erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung Psychopharmaka. Am häufigsten waren Antidepressiva mit rund 80%, Sedativa mit rund 44% und atypische Neuroleptika mit rund 40%. Außerdem erhielt knapp ein Drittel das Amphetamin Methylphenidat (Tabelle 3).

Tab. 3 Medikation der Patientinnen mit BPS

	Medikation N=48 (80% der BPS-Patientinnen)
Antidepressiva (%)	81.3
Methylphenidat (%)	29.2
Mittel- und/oder hochpotente Neuroleptika (%)	2.1
Atypische Neuroleptika (%)	39.6
Stimmungsstabilisierer (%)	16.7
Sedativa und/oder niederpotente Neuroleptika (%)	43.8
Sonstige Psychopharmaka (%)	6.3

2.2 Messinstrumente

2.2.1 Standardisierte Interviews

Das **M.I.N.I** wurde von Sheehan et al. (1998) entwickelt. Es wurde als ein kurzes strukturiertes Interview zur Erfassung der hauptsächlichen psychiatrischen Achse-I-Störungen im DSM-IV und ICD-10 konzipiert. Mehrere Studien konnten zeigen, dass das M.I.N.I. annnehmbar hohe Validitäts- und Reliabilitätswerte hat und in kurzer Zeit durchgeführt werden kann. In dieser Studie wurde es in der deutschen Version M.I.N.I 5.0.0/ICD-10-DSM-IV/aktualisiert (1998) verwendet, um Komorbiditäten der Patientinnen zu erfassen.

Die **BPS-Kriterien** wurden durch das strukturierte, klinische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (First, Spitzer & Gibbon, 1997), Subskala BPD, ermittelt.

2.2.2 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten

Das **Perceived Stigma Questionnaire** (PSQ; Link et al., 1989; dt. Version von Angermeyer et al., 1987) ist ein Fragebogen, der die erlebte Stigmatisierung und die Umgangsweise mit Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen misst. Er besteht aus 29 Items. Erfasst werden vier Aspekte der Stigmatisierung: wahrgenommene Diskriminierung, Geheimhaltung, Sozialer Rückzug und Edukation. Angermeyer et al. (1987) übersetzten den PSQ ins Deutsche und überprüften interne Konsistenz (Wahrgenommene Diskriminierung, $\alpha=.83$; Geheimhaltung, $\alpha=.64$; Sozialer Rückzug, $\alpha=.60$; Edukation, $\alpha=.72$) und die Anfälligkeit für Soziale Erwünschtheit mit dem Crowne-Marlowe Inventory (Crowne & Marlowe; 1960). Die Korrelation von Sozialer Erwünschtheit mit den vier Subskalen des PSQ ergab folgende Ergebnisse: mit Diskriminierung $r=-.04$, mit Geheimhaltung $r=-.15$, mit Sozialem Rückzug $r=.16$ und mit Edukation $r=.17$.

Die **Self-Stigma of Mental Illness Scale** (SSMIS; Corrigan et al., 2006, dt. Version von Rüsç & Brück) besteht aus 40 Items. Sie erfasst Stereotypenwahrnehmung (stereotype awareness), Stereotypenzustimmung (stereotype agreement), das Anwenden von Stereotypen auf sich selbst (self concurrence) und Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (self-esteem decrement). Die interne Konsistenz (stereotype awareness $\alpha=.91$; stereotype agreement $\alpha=.72$; self concurrence $\alpha=.81$; self-esteem decrement $\alpha=.88$) und die Test-Retest-

Reliabilität (stereotype awareness $r=.73$; stereotype agreement $r=.68$; self concurrence $r=.82$; self-esteem decrement $r=.78$) sind gut belegt (Corrigan et al., 2006). Die Konstruktvalidität wurde gezeigt, indem 26 signifikant positive Korrelationen der Subskalen untereinander und zwischen Depressivität, gemessen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Ventura et al., 1993) und den Subskalen Self Concurrence und Selbstwertminderung (Self-Esteem Decrement), festgestellt wurden, wohingegen der Selbstwert, gemessen mit der Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg 1965) signifikant negativ mit diesen beiden Konstrukten korrelierte (Corrigan et al., 2006).

Der **Acceptance and Action Questionnaire** (AAQ; Hayes et al., 2004, dt. Version von Rüscher & Brück) wurde in dieser Studie in der neun-Item-Version benutzt. Er erfasst „Experiential Avoidance“. Als „Experiential Avoidance“ bezeichnet man den Versuch einer Person, die Verbindung zu besonders persönlichen Erfahrungen (z.B. körperlichen Empfindungen, Emotionen, Gedanken und Bildern) zu vermeiden (Hayes, Wilson, Gifford, Folette & Strosahl, 1996) bzw. die Art oder Häufigkeit dieser Erfahrungen zu ändern. Oft ist Experiential Avoidance mit dysfunktionalem Vermeidungsverhalten vergesellschaftet. Experiential Avoidance hat verschiedene Komponenten wie übermäßiges kognitives Involviertsein, übermäßig negative Bewertung von besonders persönlichen Erfahrungen, das Unterdrücken von Gedanken sowie erfolglose Versuche, Emotionen zu regulieren. Erschwerend beinhaltet dieses dysfunktionale Vermeidungsmuster gleichzeitig eine Unfähigkeit, die nötigen Maßnahmen zur Änderung der Situation zu ergreifen. Die interne Konsistenz des AAQ liegt bei $\alpha=.70$ (Hayes et al., 2004), was akzeptabel ist (Nunnally, 1978), besonders wenn die Skala aus weniger als zehn Items besteht (Hayes et al., 2004). Die konvergente Validität mit dem White Bear Suppression Inventory von Wegner und Zanakos (1994) ergab Werte von $r=.44-.50$. Die Test-Retest-Reliabilität über vier Monate lag bei $r=.64$ (Hayes et al., 2004). Der AAQ korreliert signifikant und mittel bis hoch mit verwandten Konstrukten wie dem „Thought of Control Questionnaire“ (Wells & Davies, 1994) und der „Impact of Events Scale“ von Weiss und Marmar (Hayes et al., 2004).

Die **Empowerment-Scale** (ES; Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997; dt. Version von Klein) wurde entwickelt, indem zehn Leiter von Selbsthilfegruppen eingeladen wurden, die eine Definition für „Empowerment“ fanden, in der alle für Menschen mit psychischen Erkrankungen relevanten Elemente enthalten waren. Diese Definition entspricht gut

derjenigen, die Segal, Silverman & Temkin (1995) fanden: „Kontrolle über das eigene Leben und Einfluss auf die Organisations- und Sozialstruktur, in der man lebt“. Die ES besteht aus den 28 Items, die in der Faktorenanalyse die höchsten Faktoren erzielten. Es lässt sich ein Empowerment-Gesamtwert bilden, der sich aus fünf Faktoren zusammensetzt: Selbstwert, Macht, Gemeinschaftsaktivität und Autonomie, Optimismus und Kontrolle über die Zukunft, Gerechtfertigte Wut. Rogers et al. (1997) konnten auch die interne Konsistenz ($\alpha=.86$) und Konstrukt-Validität der Skala zeigen: Der Empowerment-Gesamtwert korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der Gesellschaftsaktivitäten, an denen sich jemand beteiligt ($r=.15$), mit dem monatlichen Einkommen ($r=.24$), mit der Lebensqualität ($r=.36$), mit sozialer Unterstützung ($r=.17$), mit Selbstwert ($r=.51$) und mit der Zufriedenheit mit der eigenen Selbsthilfegruppe ($r=.28$).

Tab. 4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten

Instrument	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Meßskalen	Richtung
PSQ	Wahrnehmung von und Reaktion auf Stigmatisierung	Diskriminierung (12; 1-6) Geheimhaltung (6; 1-6) Eduktion (5; 1-6) Sozialer Rückzug (6; 1-6)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto stärker diese Erfahrung / dieser Umgang mit Stigmatisierung
SSMIS	Selbst- Stigmatisierung	Stereotypen- wahrnehmung (10; 10-90) Stereotypen- zustimmung (10; 10-90) Self-Concurrence (10; 10-90) Selbstwert- minderung (10; 10-90)	9 Punkte von 1=„Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis 9=„Ich stimme völlig zu“	Je höher, desto stärker diese Komponente des Selbst-Stigmas
AAQ	Experiential Avoidance	Gesamtwert (9; 9-63)	7 Punkte, von 1=„nie wahr“ bis 7=„immer wahr“	Je höher, desto ausgeprägter das dysfunktionale Vermeidungsmuster
ES	Empowerment	Gesamtwert (28; 1-6) Selbstwert (9; 1-6) Macht (8; 1-6) Gemeinschafts- aktivität und Autonomie (6; 1-6) Gerechtfertigte Wut (4; 1-6) Optimismus und Kontrolle über die Zukunft (4; 1-6)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto größer die Kontrolle über das eigene Leben

2.2.3 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Schamneigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung

Die kurze Version des **Test of Self-Conscious Affect-3** (TOSCA-3; Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000; dt. Version von Rüscher & Brück, unveröffentlicht) besteht aus elf Szenarien, in denen eigenes Fehlverhalten beschrieben wird. Für jedes Szenario gibt es vier Reaktionsmöglichkeiten, die Scham, Schuld, Externalisierung und Emotionaler Unberührtheit entsprechen. Die interne Konsistenz des TOSCA-3 konnte gezeigt werden (Scham, $\alpha=.88$; Schuld, $\alpha=.83$; Externalisierung, $\alpha=.80$; Emotionale Unberührtheit, $\alpha=.77$). Daten zur Test-Retest-Reliabilität und zur Validität liegen nur zur ersten Version des TOSCA, dem Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI; Tangney, 1990), und zum TOSCA-2 (Tangney, Ferguson, Wagner, Crowley & Gramzow, 1996) vor. Der TOSCA-2 wurde zum TOSCA-3 (Tangney et al., 2000), der aus 16 Szenarien besteht, weiterentwickelt. Die kurze Version des TOSCA-3 zu verwenden scheint legitim, da die Kurzversion gut mit der Vollversion korreliert (Scham, $r=.94$, Schuld, $r=.93$). Des Weiteren zeigte eine Validationsstudie von Rüscher et al. (2007) eine interne Konsistenz von $\alpha=.91$ für Schamneigung und $\alpha=.57$ für Schuldneigung.

Die **Rosenberg Self-Esteem Scale** (RSE; Rosenberg 1965; dt. Version von Ferring & Filipp, 1996) ist eine Skala zur Erfassung des Selbstwertes. Sie besteht aus 10 Items. Die deutsche Übersetzung wurde von Ferring und Filipp (1996) hinsichtlich interner Konsistenz ($.81 < \alpha < .88$), Testhälftenreliabilität ($.81 < r < .84$) und Validität überprüft: Der RSE-Wert korreliert signifikant negativ mit Hoffnungslosigkeit ($r=-.67$), und signifikant positiv mit Befindlichkeit ($r=.55$) und Optimismus ($r=.70$).

Die **Selbstwirksamkeitserwartungs-Skala** (SWE, Jerusalem & Schwarzer, 1986) besteht aus zehn Items und erfasst die persönliche Einschätzung der eigenen Fähigkeit, generell mit Schwierigkeiten umgehen und Lösungen finden zu können. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) variiert zwischen $\alpha=.75$ und $\alpha=.91$ und die Skala zeigte sich als valide und reliabel (Schwarzer & Born, 1997). Sie korrelierte positiv mit Selbstwert und Optimismus und negativ mit Angst, Depressivität und körperlichen Symptomen (Schwarzer & Born, 1997).

Tab. 5 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Schamneigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung

Instrument	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Messskalen	Richtung
Kurzversion des TOSCA-3	Scham- und Schuldneigung	Scham (11;11-55) Schuld (11;11-55) Externalisierung (11; 11-55) Emotionale Unberührtheit (11; 11-55)	5 Punkte von 1=„nicht wahrscheinlich“ bis 5=„sehr wahrscheinlich“	Je höher, desto stärker die Neigung mit Scham / Schuld / Externalisierung / emotionaler Unberührtheit auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren
RSE	Selbstwert	Gesamtwert (10; 0-3)	4 Punkte, von 0=„trifft gar nicht zu“ bis 3=„trifft voll und ganz zu“	Je höher, desto höher der Selbstwert
SWE	Selbstwirksam- keitserwartung	Gesamtwert (10; 10-60)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto größer die Erwartung der eigenen Wirksamkeit

2.2.4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Lebensqualität, Psychopathologie und Depressivität

Die **SmithKline Beecham Quality of Life Scale** (SBQoL, Stoker et al., 1992) besteht aus 28 Items, die Lebensqualität (in mentaler, körperlicher und sozialer Hinsicht) erfassen. Untersucht wurde die SBQoL an 129 Patienten, die entweder an einer Major Depression oder einer generalisierten Angststörung litten. Der Vergleich zur Hamilton Depressionsskala (Hamilton, 1960) und Hamilton Angstskaala (Hamilton, 1959) zeigte gute Konstruktvalidität (Stoker et al., 1992). Die Konkurrenzvalidität wurde u.a. durch den Vergleich mit dem General Health Questionnaire (Goldberg et al., 1987) mit $r=.69$ bestätigt (Stoker et al., 1992). Die

interne Konsistenz (Cronbach Alpha) ergab $\alpha=.85-.95$, die Test-Retest-Reliabilität lag zwischen $r=.66$ und $r=.83$ (Stoker et al., 1992). In dieser Studie wurde die deutsche Version (Rüsch & Brück, unveröffentlicht) verwendet.

Die **Allgemeine Depressions-Skala** (ADS) ist die deutsche Version der Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff, 1977). Die Kurzform (Hautzinger & Bailer, 1993), die im Rahmen dieser Studie verwendet wurde, besteht aus 15 Items, die Depressivität erfassen. Diese Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Bei einer Bevölkerungsstichprobe lag die interne Konsistenz bei $\alpha=.90$ und die Reliabilität nach der Spearman-Brown Formel bei $r=.90$, für die Gruppe der depressiven Patienten wurden Werte von $\alpha=.93$ und $r=.93$ erzielt (Hautzinger & Bailer, 1993). Die lange und die kurze Form der ADS zeigten eine gute Übereinstimmung. Insgesamt erwies sich damit die kurze Version als reliabel und valide und nahezu identisch mit der langen Form der ADS (Hautzinger & Bailer, 1993). Die ADS korreliert mit anderen Selbstbeurteilungsdepressionsskalen wie dem BDI (Beck Depressionsinventar, Beck & Steer, 1987) hoch und positiv (Hautzinger & Bailer, 1993).

Die **Symptom Checkliste** (SCL-90-R; Derogatis, 1977, dt. Version von Franke, 1995) besteht aus 90 Items, die Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Angstneigung, Ärger/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus sowie als Gesamtwert Allgemeine Psychopathologie erfassen. Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sieben Tage. Aufgrund zahlreicher Studien kann den Items heute „face validity“ zugesprochen werden (Franke, 1995). Die interne Konsistenz für die dem SCL-90-R vorangegangene Version, die SCL-90, ergab Werte zwischen $r=.77$ und $r=.90$ (Derogatis et al., 1976).

Tab. 6 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Lebensqualität, Depressivität und Allgemeiner Psychopathologie

Instrument	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Messskalen	Richtung
SBQoL	Lebensqualität	Gesamtwert (28; 28-196)	7 Punkte, Beurteilungsintervall wurde für die einzelnen Items individuell formuliert (von 1-7)	Je höher, desto besser die Lebensqualität
ADS	Depressivität	Gesamtwert (15; 15-60)	4 Punkte, von 1=„selten“ bis 4=„meistens“	Je höher, desto stärker die Depressivität
SCL-90-R	Allgemeine Psychopathologie	Gesamtwert (90; 0-4) Somatisierung (12; 0-4) Zwanghaftigkeit (10; 0-4) Unsicherheit im Sozialkontakt (9; 0-4) Depressivität (13; 0-4) Angstneigung (10; 0-4) Aggressivität (6; 0-4) Phobische Angst (7; 0-4) Paranoides Denken (6; 0-4) Psychotizismus (10; 0-4)	5 Punkte, von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“	Je höher, desto stärker die Symptome

2.3 Statistische Auswertung

Alle Analysen wurden mit SPSS für Windows, Version 11.1.5 durchgeführt. Soziodemografische, klinische und Stigma-relevante Variablen wurden durch χ^2 -Tests für Proportionen und durch t-Tests für Mittelwerte verglichen. Die Korrelationen zwischen den einzelnen Stigma-Subskalen wurden mittels Korrelationskoeffizient nach Pearson bestimmt (Tabelle 7). Partielle Korrelationen, kontrolliert für Depressivität als Kovariable, wurden durchgeführt, um die Korrelation zwischen Stigma-Subskalen und anderen Konstrukten unabhängig von Depressivität (Tabelle 8) zu untersuchen, da eine Korrelation von Depressivität mit sowohl Stigma als auch anderen Konstrukten (Tabelle 8) zu erwarten war. Die Korrelationen zwischen Selbst-Stigma und Allgemeiner Psychopathologie wurden nicht auf Depressivität kontrolliert, da diese einen essentiellen Bestandteil allgemeiner Psychopathologie darstellt. In diesem Fall wäre Kontrolle für Depressivität irreführend gewesen, da dies einen Großteil der aussagekräftigen Varianz beseitigt hätte (siehe letzte Zeile Tabelle 8). Multiple lineare Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um den Einfluss von Selbst-Stigma, Schamneigung und Depressivität auf Selbstwert zu untersuchen, wobei in einem zweiten Schritt auch Interaktions-Werte zwischen diesen drei unabhängigen Variablen z eingeschlossen wurden (Allison, 1997). Korrigierte R^2 -Werte wurden verwendet, um das Ausmaß der Varianz von Selbstwert zu zeigen, das durch das Regressionsmodell erklärt wurde (Tabelle 9). Um den Typ I-Fehler gering zu halten, wurden in allen Analysen nur Ergebnisse mit $p < 0.01$ als signifikant gewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Korrelation von Selbst-Stigma mit Depressivität

Im ersten Durchgang der Datenanalyse wurden Stigma und verwandte Konstrukte bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie untersucht, wobei Interkorrelationen von Selbst-Stigma-Variablen mit Depressivität durch den Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet wurden (Tabelle 7). Stereotypenwahrnehmung, gemessen durch die SSMIS, korrelierte positiv mit Stereotypenzustimmung (SSMIS) und Wahrgenommener Diskriminierung, erfasst durch den PSQ, während lediglich ein Trend von positiver Korrelation mit den anderen SSMIS-Subskalen festgestellt werden konnte. Stereotypenwahrnehmung korrelierte nicht mit dem durch den PSQ gemessenen Sozialen

Rückzug. Stereotypenzustimmung korrelierte leicht mit den drei anderen SSMIS-Subskalen, jedoch nicht mit Sozialem Rückzug. Self-Concurrence und Selbstwertminderung zeigten eine starke Korrelation. Depressivität korrelierte nicht mit Stereotypenwahrnehmung, Stereotypenzustimmung und Wahrgenommener Diskriminierung, jedoch mit Selbstwertminderung und Sozialem Rückzug (Tabelle 7).

Tab. 7 Pearson-Korrelationen für Stigma-Maße und Depressivität

	Stereotypen- wahrnehmung (SSMIS)	Stereotypen- zustimmung (SSMIS)	Self Concurrence (SSMIS)	Selbstwert- minderung (SSMIS)	Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)	Sozialer Rückzug (PSQ)
Stereotypen- wahrnehmung (SSMIS)	1.0					
Stereotypen- zustimmung (SSMIS)	0.38**	1.0				
Self Concurrence (SSMIS)	0.27*	0.51**	1.0			
Selbstwert- minderung (SSMIS)	0.27*	0.47**	0.90**	1.0		
Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)	0.38**	0.25(*)	0.32*	0.29*	1.0	
Sozialer Rückzug (PSQ)	-0.04	0.05	0.26(*)	0.32*	0.16	1.0
Depressivität (ADS)	0.03	0.02	0.28(*)	0.34*	0.18	0.41**

(*)p <0.05; *p <0.01; **p <0.001

Von den vier SSMIS-Subskalen zeigten jeweils zwei ähnliche Korrelationsmuster. Erstens Stereotypenwahrnehmung und Stereotypenzustimmung, zweitens Self-Concurrence und Selbstwertminderung. Stereotypenwahrnehmung und Stereotypenzustimmung, die die beiden ersten Schritte der Selbst-Stigma-Entstehung nach unserem Modell darstellen, korrelierten

untereinander, jedoch nicht mit Depressivität (ADS). Self-Concurrence und Selbstwertminderung zeigten ebenfalls eine Korrelation untereinander und darüber hinaus eine positive Korrelation mit Depressivität (ADS).

3.2 Korrelation von Selbst-Stigma mit anderen Konstrukten

3.2.1 Partielle Korrelationen von Selbst-Stigma-Maßen, kontrolliert für Depressivität

Um die Korrelationen von Selbst-Stigma mit anderen Variablen zu analysieren, wurden partielle Korrelationen nach Kontrolle für Depressivität (ADS) berechnet. Bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie korrelierten Stereotypenwahrnehmung (SSMIS), Stereotypenzustimmung (SSMIS) und Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ) nicht signifikant mit Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment, Experiential Avoidance, Lebensqualität oder Allgemeiner Psychopathologie (Tabelle 8) außer Schamneigung (TOSCA-3), welche eine positive Korrelation mit Stereotypenwahrnehmung (SSMIS) zeigte, und Empowerment (ES), welche negativ mit Stereotypenzustimmung (SSMIS) korrelierte.

Ein anderes Bild ergaben Self-Concurrence, Selbstwertminderung (SSMIS) und Sozialer Rückzug (PSQ), welche ähnliche Korrelationsmuster zeigten: Alle drei korrelierten negativ mit Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment, Experiential Avoidance und Lebensqualität und positiv mit Allgemeiner Psychopathologie und Schamneigung. Dabei zeigte Sozialer Rückzug lediglich einen Trend positiver Korrelation mit Schamneigung.

Tab. 8 Korrelationen von Stigma-Maßen mit anderen Konstrukten

	Stereotypen- wahrnehmung (SSMIS)	Stereotypen- zustimmung (SSMIS)	Self Concurrence (SSMIS)	Selbstwert- minderung (SSMIS)	Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)	Sozialer Rückzug (PSQ)
Selbstwert (RSE)	-0.27(*) ^a -0.25(*) ^b	-0.24(*) ^a -0.22(*) ^b	-0.52** ^a -0.57** ^B	-0.53** ^a -0.60** ^b	-0.22(*) ^a	-0.32* ^a
Selbstwirksam- keitserwartung (SWE)	0.07 ^a 0.05 ^b	-0.01 ^a -0.01 ^b	-0.32* ^a -0.38** ^b	-0.32* ^a -0.39** ^b	-0.22(*) ^a	-0.34* ^a
Empowerment (ES)	-0.06 ^a	-0.32* ^a	-0.59** ^a	-0.54** ^a	-0.22(*) ^a	-0.42** ^a
Experiential Avoidance (AAQ)	0.16 ^a	0.24(*) ^a	0.46** ^a	0.48** ^a	0.18 ^a	0.34* ^a
Lebensqualität (SBQoL)	-0.22(*) ^a	-0.21 ^a	-0.48** ^a	-0.46** ^a	-0.21 ^a	-0.31* ^a
Schamneigung (TOSCA-3)	0.32* ^a	0.09 ^a	0.39** ^a	0.33* ^a	0.15 ^a	0.25(*) ^a
Allgemeine Psychopathologie (SCL-90-R)	0.06 ^b	0.10 ^b	0.37** ^b	0.39** ^b	0.13 ^b	0.52* ^b

(*)p < 0.05; *p < 0.01; **p < 0.001

^aPartielle Korrelationen, kontrolliert für Depressivität (ADS)^bPearson-Korrelationskoeffizient, nicht kontrolliert für Depressivität

3.2.2 Zero-Order Korrelationen

Corrigan et al. (2006) berichteten über Pearson-Korrelationen der vier SSMIS-Subskalen mit Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung bei 60 Patienten mit psychischen Erkrankungen. Des Weiteren zeigte sich bei ihrer Studie folgende Korrelation von Selbstwert (RSE) mit Stereotypenwahrnehmung ($r = -0,39$, $p < 0,01$); mit Stereotypenzustimmung ($r = -0,16$, n.s.); mit Self-Concurrence ($r = -0,46$, $p < 0,001$) und mit Selbstwertminderung ($r = -0,48$, $p < 0,001$). Die Pearson-Korrelation zwischen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und den SSMIS- Subskalen lagen bei $r = -0,39$, $p < 0,001$; $r = -0,05$, n. s.; $r = -0,42$, $p < 0,001$

und $r = -0,47$, $p < 0,001$. Um einen direkten Vergleich mit den Ergebnissen von Corrigan et al. durchführen zu können, wurden die entsprechenden Pearson-Korrelationen unserer Studie berechnet, wobei nicht für Depressivität als Kovariable kontrolliert wurde. Dabei wurden Korrelationen von Selbstwert (RSE) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) mit den vier SSMIS-Subskalen untersucht (Tabelle 8, Superskript b).

3.2.3 Selbst-Stigma als Prädiktor für Selbstwert

Um die zweite Hypothese zu testen, dass Selbst-Stigma unabhängig von Depressivität und Schamneigung verminderten Selbstwert zur Folge hat, wurde eine Regressionsanalyse mit Selbstwert (RSE) als abhängige Variable durchgeführt (Tabelle 9). Als unabhängige Variable wurden Depressivität (ADS), Schamneigung (TOSCA-3) und Self-Concurrence (SSMIS) verwendet, da diese dritte Subskala bei der schrittweisen Entstehung von Selbst-Stigma den Teil der Selbst-Stigmatisierung erfasst (siehe Abbildung 1). Außerdem zeigt Self-Concurrence geringere konzeptuelle Überschneidung mit der abhängigen Variablen Selbstwert (RSE) als die vierte SSMIS-Subskala, Selbstwertminderung. Die Multikollinearität dieses Modells mit Verwendung der drei oben genannten unabhängigen Variablen war mit allen drei Varianzinflationsfaktoren unter 1,5 und allen Toleranzwerten über 0,7 akzeptabel. Als erster Schritt wurden Depressivität (ADS) und Schamneigung (TOSCA-3) eingegeben, als zweiter Schritt Self-Concurrence (SSMIS; Tabelle 9, Superscript b). Dabei zeigte sich Self-Concurrence für weitere 12% der Varianz von Selbstwert in Schritt zwei verantwortlich. Das gesamte Regressionsmodell erklärte knapp die Hälfte der Varianz von Selbstwert.

Tab. 9 Regressionsanalyse der Auswirkung von Selbst-Stigma, Depressivität und Schamneigung auf Selbstwert

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β^a	T ^a	p ^a	ΔR^{2b}	Korr. R ²
Selbstwert (RSE)	Depressivität (ADS)	-0.28	-3.12	0.002	0.34	0.46
	Schamneigung (TOSCA-3)	-23	-2.43	0.017		
	Self-Concurrence (SSMIS)	-0.39	- 4.35	<0.001	0.12	

^a β , T, p und korrigiertes R² für das gesamte Regressionsmodell mit drei Prädiktoren; ^b ΔR^2 zeigt die schrittweise Zunahme des korrigierten R² an, wobei als Prädiktoren zunächst Depressivität und Schamneigung verwendet wurden und anschließend Self-Concurrence als dritte unabhängige Variable dazu genommen wurde.

Weiterhin sollte untersucht werden, ob Interaktionen der unabhängigen Variablen zusätzliche Varianz von Selbstwert erklären. Dafür wurden vier Interaktionsterme berechnet (nach Z-Standardisierung, da die drei Variablen unterschiedlich skaliert waren: Schamneigung mit Depressivität, Schamneigung mit Self-Concurrence, Depression mit Self-Concurrence und Diagnose mit Self-Concurrence). Wenn die vierte unabhängige Variable zusätzlich in die Regression von Selbstwert einbezogen wurde, konnte keine der Interaktionsterme signifikant Selbstwert vorhersagen. Auch das korrigierte R² der vier um einen Interaktionsterm erweiterten Regressionsmodelle stieg im Vergleich mit dem Regressionsmodell aus Tabelle 4 nicht an (Verfahrensweise zur hierarchischen Untersuchung von Interaktionen bei multiplen Regressionen, siehe Allison, 1977). Ausserdem wurde für die Diagnose kontrolliert, wobei sie als vierte unabhängige Variable der Regression von Tabelle 9 eingegeben wurde, zusätzlich zu Depressivität, Schamneigung und Self-Concurrence. Die Diagnose war, wie die Interaktionsterme, nicht signifikant, und das korrigierte R² war nach Einschluss der Diagnose in die Berechnung nicht größer.

3.2.4 Vergleiche von Selbst-Stigma-Maßen und verwandten Konstrukten zwischen den Gruppen

Die dritte Hypothese, welche besagt, dass Stereotypenwahrnehmung bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie gleich stark, hingegen bei Frauen mit BPS Selbst-Stigma stärker ausgeprägt ist, wurde anhand der Mittelwerte beider Gruppen untersucht (Tabelle 10). Stereotypenwahrnehmung (SSMIS), Stereotypenzustimmung (SSMIS) und Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ) waren bei beiden Patientengruppen gleich stark ausgeprägt. Bei Frauen mit BPS zeigten sich jedoch signifikant höhere Werte bei Self-Concurrence, Selbstwertminderung (SSMIS) und Sozialem Rückzug (PSQ). Darüber hinaus zeigten sich bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant höhere Werte für Experiential Avoidance (AAQ) und Allgemeine Psychopathologie (SCL-90-R) als bei Frauen mit Sozialer Phobie.

Tab. 10 Mittelwerte von Selbst-Stigma, Selbstwert, Lebensqualität, Allgemeiner Psychopathologie und verwandten Konstrukten

	Frauen mit BPS (N=60) M (SD)	Frauen mit Sozialer Phobie (N=30) M (SD)	T^a	p
Stereotypenwahrnehmung (SSMIS)	53.38 (19.5)	48.85 (17.3)	1.03	0.31
Stereotypenzustimmung (SSMIS)	30.30 (13.7)	29.19 (10.2)	0.37	0.71
Self-Concurrence (SSMIS)	34.63 (16.8)	21.73 (9.4)	4.53	<0.001
Selbstwertminderung (SSMIS)	37.97 (19.3)	21.23 (11.4)	5.00	<0.001
Wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)	4.30 (0.7)	4.15 (0.9)	0.84	0.40
Sozialer Rückzug (PSQ)	4.17 (1.0)	3.45 (0.8)	3.36	0.001
Experiential Avoidance (AAQ)	46.15 (6.6)	38.23 (6.2)	5.19	<0.001
Allgemeine Psychopathologie (SCL-90-R)	1.68 (0.7)	0.95 (0.7)	4.78	<0.001
Selbstwert (RSE)	0.97 (0.7)	1.64 (0.8)	-3.95	<0.001
Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	2.45 (1.0)	2.93 (1.0)	-2.02	0.047
Empowerment (ES)	3.71 (0.7)	4.29 (0.6)	-3.63	<0.001
Lebensqualität (SBQoL)	2.98 (0.7)	3.63 (0.8)	-3.87	<0.001
Depressivität (ADS)	27.93 (9.9)	18.50 (10.8)	3.95	<0.001
Schamneigung (TOSCA-3)	43.57 (6.9)	34.58 (7.8)	5.34	<0.001

^aVergleiche sind zweiseitige t-Tests für unabhängige Gruppen

4. Diskussion

Diese Studie untersuchte Selbst-Stigma bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie. Um wahrgenommene Diskriminierung und Selbst-Stigma zu erfassen, wurden folgende Selbstbeurteilungsskalen verwendet: Die SSMIS mit dem Vier-Stufen-Modell als Konzept des Entstehungsprozesses von Selbst-Stigma (Abbildung 1) und der PSQ als Messinstrument für wahrgenommenes Stigma und pathologischen Bewältigungsstrategien in Form von Sozialem Rückzug. Die Ergebnisse bestätigten die Annahme, dass Stigma einen Entstehungsprozess von verschiedenen Ebenen durchläuft, da die ersten beiden Ebenen, Stereotypenwahrnehmung und Stereotypenzustimmung, nicht mit Depressivität und Sozialem Rückzug und nur leicht mit den anderen beiden SSMIS-Subskalen korrelierten. Im Gegensatz dazu zeigten die letzten beiden Ebenen des Stigma-Prozesses, Self-Concurrence und Selbstwertminderung, positive Korrelationen sowohl mit Depressivität als auch mit Sozialem Rückzug. Die SSMIS scheint tatsächlich zwischen den ersten und den letzten beiden Ebenen des Vier-Stufen Modells der Stigma-Entstehung zu trennen. Somit bestätigen unsere Ergebnisse die Validationsstudie von Corrigan et al. (2006).

4.1 Die Auswirkung von Selbst-Stigma

Bei den Korrelationen der einzelnen Selbst-Stigma-Subskalen zeigten sich deutliche Unterschiede, die insbesondere bei Stereotypenwahrnehmung und Selbstwertminderung hervortraten. Stereotypenwahrnehmung korrelierte nicht oder nur schwach mit Selbstwert und anderen Kennzeichen psychischen Wohlbefindens. Als einzige Ausnahme zeigte sich eine Korrelation von Stereotypenwahrnehmung mit Schamneigung. Dies ist durchaus plausibel, da Schamneigung häufig eine unangenehme emotionale Reaktion auf Bloßstellung und Demütigung ist (Gilbert, 1998). Menschen, die sich jener allgemeinen Vorurteile bewusst sind, die sie in zwischenmenschlichen Kontaktsituationen bloßstellen und demütigen könnten, haben daher eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Schamneigung. Der Trend einer inversen Korrelation von Stereotypenwahrnehmung und Selbstwert bestätigt frühere Ergebnisse bei Patienten mit bipolaren Störungen (Hayward et al., 2002). Im Gegensatz zu Stereotypenwahrnehmung korrelierte Selbstwertminderung nach Kontrolle für Scham und Depressivität negativ mit verschiedenen Bereichen von psychischem Wohlergehen: Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment und Lebensqualität. Diese Ergebnisse bestätigen die erste Hypothese unserer Studie. Die dysfunktionalen

Bewältigungsstrategien in Form von sozialem Rückzug standen, wie Self-Concurrence und Selbstwertminderung, in negativem Zusammenhang mit den gleichen Konstrukten. Dadurch werden frühere Ergebnisse (Link et al., 1989, 2001) bestätigt, welche sozialen Rückzug als Bewältigungsstrategie und Schutz vor negativen Konsequenzen wie Etikettierung und Stigmatisierung bei psychisch Kranken als kontraproduktiv beurteilten.

Selbstwertminderung zeigte einen Zusammenhang mit starkem erfahrungsbedingtem Vermeidungsverhalten und hoher Schamneigung. Die Psychotherapieforschung wandte sich neuerdings zunehmend dem Konzept von Experiential Avoidance und Akzeptanzverhalten bezüglich der Erkrankung zu (Hayes et al., 2004a). Vermeidende Bewältigungsstrategien scheinen bei verschiedenen Erkrankungen eine Rolle zu spielen, wie beispielsweise bei BPS und Angststörungen (Hayes et al., 2004b) und könnten zur Folge haben, dass Menschen mögliche Hilfe in Form von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung nicht in Anspruch nehmen. Dementsprechend zeigte sich in unserer Stichprobe ein Zusammenhang zwischen Experiential Avoidance und Sozialem Rückzug. Scham ist eine äußerst unangenehme Emotion und wird häufig vermieden. Da Hilfesuchen bei vielen Menschen mit psychischer Erkrankung Scham hervorruft (Gilbert, 1998), kann bei der Suche nach Hilfe in Form einer Behandlung die Schamneigung ein Hindernis darstellen. In Anbetracht dieses Hintergrundes und der positiven Korrelation von Selbst-Stigma mit sowohl Experiential Avoidance als auch Schamneigung wird verständlich, wie Angst vor Stigma und Selbst-Stigma die Inanspruchnahme von Hilfe hemmt und die Compliance von psychiatrischen Patienten mindert (Corrigan und Rüsch, 2002).

Die negative Korrelation von Selbst-Stigma mit Selbstwert kann auf unterschiedliche Weise interpretiert werden. Am Besten erscheint die Erklärung, dass Selbst-Stigma zu vermindertem Selbstwert führt. Bei einer Längsstudie mit psychiatrisch schwer kranken Patienten (Link et al., 2001) zeigte sich, dass niedriger Selbstwert bei Nachuntersuchungen kein Prädiktor für Wahrgenommene Diskriminierung und Sozialen Rückzug war. Im Gegenteil, niedrige Werte von Wahrgenommener Diskriminierung und Sozialem Rückzug sagten niedrigen Selbstwert nach zwei Jahren voraus. Angesichts dieser Ergebnisse erscheint es unwahrscheinlich, dass niedriger Selbstwert zu erhöhtem Selbst-Stigma führt anstatt Selbst-Stigma zu Selbstwertminderung. Eine eindeutige Kausalität kann aus den vorliegenden Querschnittsdaten jedoch nicht abgeleitet werden.

Überraschenderweise fand sich bei Untersuchungen von Corrigan et al. (2006), dass Stereotypenwahrnehmung im Gegensatz zu Stereotypenzustimmung negativ mit Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwert korrelierte. In der vorliegenden Studie konnte dieser Befund nicht reproduziert werden. Vielmehr zeigte sich ein ähnliches Korrelationsmuster von Stereotypenwahrnehmung und Stereotypenzustimmung in folgender Hinsicht: Beide hatten keine signifikante Korrelation mit Selbstwirksamkeitserwartung und zeigten einen Trend von negativer Korrelation mit Selbstwert. Im schrittweisen Entstehungsprozess von Selbst-Stigma (Abbildung 1) scheinen Stereotypenwahrnehmung und Stereotypenzustimmung allein noch keine Minderung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung hervorzurufen, während dies bei Self-Concurrence und Selbstwertminderung der Fall ist.

Verminderter Selbstwert ist eine häufige Folge von Selbst-Stigma (Link et al., 2001). Dennoch ist Selbst-Stigma sicherlich nicht der einzige Einflussfaktor. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen wahrscheinlich zumindest zwei zusätzliche Faktoren eine große Rolle: die Ausprägung der Depressivität, die nicht nur im Rahmen von affektiven Störungen auftritt (Schmitz et al., 2003; Lynam et al., 2008) und die Neigung zu negativen Emotionen wie Scham (Tangney und Dearing, 2002b). Die Annahme, dass Selbst-Stigma, Depressivität und Schamneigung unabhängig voneinander zu niedrigem Selbstwertgefühl führen (Abbildung 1), konnte bestätigt werden.

4.2 Selbst-Stigma bei Frauen mit BPS

Es erscheint plausibel, dass Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie in gleichem Maße die Vorurteile der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken kennen, da die Frauen beider Gruppen am öffentlichen Leben teilnehmen und von Kindheit an mit den Vorurteilen und Stereotypen von psychisch Kranken vertraut sind. Andererseits scheinen Frauen mit BPS auf andere Weise mit Stigmatisierung umzugehen und unter stärker ausgeprägter Selbst-Stigmatisierung zu leiden als Frauen mit Sozialer Phobie, was unsere dritte Hypothese bestätigt. Unsere Ergebnisse bestärken die Ergebnisse einer qualitativen Studie, bei der sich zeigte, dass Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen Stigma auf verschiedene Art und Weise erleben (Dinos et al. 2004). Es gibt zwei mögliche Erklärungen für die Unterschiede bei Frauen mit BPS und Frauen mit Sozialer Phobie in unserer Studie. Erstens scheinen Etikettierungsprozesse zu Stigmatisierung zu führen (Link et al., 1987). Die Etikettierung als

psychisch Kranke ist bei Frauen mit BPS besonders ausgeprägt, da sie eine schwere psychische Erkrankung haben, häufig zwischenmenschliche Schwierigkeiten aufweisen, oft stationäre Behandlung brauchen und äußerlich sichtbare Stigmamerkmale wie Narben zeigen. Eine zweite Erklärung für die Gruppenunterschiede könnte die ausgeprägte Schamneigung bei Frauen mit BPS sein (Rüsch et al., 2007), die sie wahrscheinlich anfälliger für Selbst-Stigma macht, was wiederum in einen *Circulus vitiosus* zu münden scheint (Lewis, 1998): Schamneigung könnte von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit herrühren, wie sie bei Menschen mit BPS häufig sind, und gleichzeitig die emotionale Folge von Stigma sein. Im Sinne dieser Erklärung zeigte sich auch bei unserer Studie eine stärker ausgeprägte Schamneigung bei Frauen mit BPS sowie ein Zusammenhang zwischen Schamneigung und Selbst-Stigma. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Selbst-Stigma-Differenzen zwischen beiden Patientengruppen zumindest teilweise von unterschiedlichem Funktionsniveau herrühren.

4.3 Grenzen der Studie

Aufgrund der Verwendung von Korrelationsanalysen können keine Rückschlüsse über den kausalen Zusammenhang zwischen Selbst-Stigma und Selbstwert gezogen werden. Zukünftige Studien mit größeren Stichproben sind notwendig, um die kausalen Zusammenhänge der Hypothesen durch Pfadanalysen und durch Strukturgleichungsmodelle zu untersuchen. Durch die ausschließliche Untersuchung von Frauen hatten wir homogene Gruppen und somit gut vergleichbare Ergebnisse, dennoch sollten Männer und Frauen verglichen werden, um mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede herauszufinden. Die Tatsache, dass eine von sechs Frauen mit BPS als Komorbidität eine Soziale Phobie aufwies, mag die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen abgeschwächt haben. Allerdings spiegeln hohe Komorbiditätsraten die klinische Realität bei Frauen mit BPS wider und erhöhen somit die externe Validität dieser Studie. Eine weitere psychiatrische Vergleichsgruppe, beispielsweise Frauen mit Depression, hätte eine weitere Differenzierung der Reaktion auf Stigma bei unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern ermöglicht. Zukünftige Studien über Selbst-Stigma sollten psychosoziales Funktionsniveau messen und in die Auswertung einbeziehen sowie ambulante mit stationären Patienten vergleichen.

4.4 Fazit

Unsere Ergebnisse unterstützen die Theorie der Entstehung von Selbst-Stigma als schrittweisen Prozess, der mit niedrigem Selbstwert und reduziertem psychischem Allgemeinzustand assoziiert ist. Für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen kann Selbst-Stigma ein ebenso großes Problem darstellen wie die Symptome der Erkrankung selbst. Zukünftige Bemühungen zur Verminderung von Selbst-Stigma müssen die unterschiedlichen Elemente und Folgen von Selbst-Stigma einbeziehen, um wirksam zu sein. Da Selbst-Stigma einen Zusammenhang mit Schamneigung und Experiential Avoidance aufweist, könnte Selbst-Stigma dazu führen, dass psychiatrische Hilfe nicht gesucht wird, die Compliance der Patienten vermindert wird und die Chance auf ein unabhängig geführtes Leben sinkt. Daher sollte jeder, der im klinischen Bereich mit psychisch Kranken arbeitet, die Angst vor Stigma und Selbst-Stigma im Bewusstsein haben. Psychotherapeutische Konzepte, die beim Umgang mit Vorurteilen der Gesellschaft und mit Selbst-Stigma helfen, sollten dringend entwickelt werden. Des Weiteren ist es wichtig, auf Diagnosen oder Verhaltensmuster zu achten, die mit einer erhöhten Schamneigung oder mit Vermeidungsverhalten einhergehen und somit zu einer größeren Anfälligkeit für Selbst-Stigma führen. Frauen mit BPS scheinen eine solche Hochrisikogruppe für Selbst-Stigma zu sein.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., Link, B. G. & Majcher-Angermeyer, A. (1987) Stigma perceived by patients attending modern treatment settings: some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 175: 4-11.
- Allison PD (1997) Testing for interaction in multiple regression. *American Journal of Sociology*. 83: 144-153.
- Corrigan PW (2002) Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*. 73: 217-228.
- Corrigan PW, Rüsch N (2002) Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 6: 312-334.
- Corrigan PW, Watson AC (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9: 35-53.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 8: 875-884.
- Derogatis LR (1997) *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the R(evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Baltimore: John Hopkins University.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M (2004) Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness: A qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 184: 176-181.
- Ferring D, Philipp S-H, (1996) Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*. 42: 284-292.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997b) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I), Clinician Version*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Franke GH (1992) Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*. 38: 160-167.

- Gilbert P (1998) What is shame? Some core issues and controversies. In P Gilbert, B Andrews *Shame: Interpersonal Behaviour, Psychopathology and Culture* (pp 3-38). Oxford University Press
- Hautzinger M, Bailer M (1993) *Allgemeine Depressionsskala*. Beltz, Weinheim.
- Hayes S, Folette VM, Lineham MM (2004a) *Mindfulness and Acceptance*. New York: Guilford Press.
- Hayes S, Strosahl H, Wilson KG, Bisset RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH, Bond FW, Forsyth JP, Karekla M, McCurry SM (2004b) Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*. 54: 553-578.
- Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D (2002) Stigma and self-esteem in manic depression: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*. 69: 61-67.
- Lewis M (1998) Shame and stigma. In P Gilbert, B Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal Behaviour, Psychopathology and Culture* 126-140. Oxford: Oxford University Press.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) Borderline Personality Disorder. *Lancet*. 364: 453-461.
- Linehan MM (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Link BG (1987) Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*. 52: 96-112.
- Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF (1987) The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*. 92: 1461-1500.
- Link BG, Cullen FT, Struening EL, Shrout PE (1989) A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*. 54: 400-423.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC (2001) Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*. 52: 1621-1626.
- Link BG, Streuning EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L (1997) On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behaviour*. 38: 177-190.

- Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 30: 511-541.
- Lynum LI, Wilberg T, Karterud S (2008) Self-Esteem in Patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*. 49: 469-477.
- Markham D (2003) Attitudes towards patients with a diagnosis of “borderline personality disorder”: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*. 12: 595-612.
- Möller H-J, Laux G und Deister A: *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3. Überarbeitete Auflage, Thieme, 2005.
- Radloff LS (1977) The CES-D scale: A self- report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1: 385-401.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T (1997) A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*. 48: 1042-1047.
- Rosenberg M (1965) *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 25: 529-539.
- Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Jacob GA, Brueck R, Lieb K (2007) Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*. 150: 313-325.
- Rüsch N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW (2006) Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy in women with mental illness. *Psychiatric Services*. 57: 399-402.
- Rüsch N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, Corrigan PW, Bohus M (2007) Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 164: 500-508.
- Schmitz N, Kugler J, Rollink J (2003) On the relation between neuroticism, self-esteem and depression: Results from the National Comorbidity Survey. *Comprehensive Psychiatry*. 44: 169-176.
- Schwarzer R (1993) *Measurement of Perceived Self-Efficacy: Psychometric Scales for Cross-Cultural Research*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59(20): 22-33.
- Stoker MJ, Dunbar GC, Beaumont G (1992) The SmithKline Beecham “quality of life” scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research*. 1: 385-395.

Tangney JP, Dearing RL (2002a) *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.

Tangney JP, Dearing RL (2002) Our “intrapersonal” relationship. The self in shame and guilt. In JP Tangney, RL Dearing, *Shame and Guilt* (pp 52-77). New York: Guilford Press.

Tangney JP, Dearing RL, Wagner PE, Gramzow R (2000) *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. Fairfax: George Mason University.