



# **Evaluation eines Pilotprojekts zur psychischen Stabilisierung von langzeitarbeitslosen Menschen: Die Bedeutung des internalisierten Stigmas**

Masterarbeit

im

Masterstudiengang Psychologie

der

Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Verfasserin:

Anna-Marie Probst

Bamberg 2024

Betreuerin: Melissa Schütz (M.Sc.)

Prüferin: Prof. Dr. Astrid Schütz

Datum: Mittwoch, 19. Juni 2024

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über das Forschungsinformationssystem (FIS; <https://fis.uni-bamberg.de>) der Universität Bamberg erreichbar.

Das Werk steht unter der CC-Lizenz CC BY.

Lizenzvertrag: Creative Commons Namensnennung 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



URN: urn:nbn:de:bvb:473-irb-10.20378/irb-980888

DOI: <https://doi.org/10.20378/irb-98088>

## **Zusammenfassung**

Die Intervention Initiative für nachhaltige Gesundheitsfürsorge im Erwerbsleben INGE zielt darauf ab, die psychische Stabilität von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit mit psychischer Erkrankung oder Belastung zu fördern. Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung stellen stigmatisierte Identitäten dar, die zu sozialer Abwertung und systematischer Diskriminierung führen. Die vorliegende Studie untersucht die Auswirkungen der Internalisierung dieser Stigmata auf psychosoziale und rehabilitative Faktoren. Zur Evaluation potenzieller Vorteile einer Erweiterung der Intervention um Aspekte internalisierter Stigmata werden Untersuchungen der Interventionsgruppe ( $N = 37$ ) über einen Zeitraum von sechs Monaten sowie im Gruppenvergleich mit einer Kontrollgruppe ( $N = 25$ ) durchgeführt. Zusätzlich wird ein Zusammenhangsmodell zur Identifikation möglicher Einfluss internalisierter Stigmatisierung analysiert. Die Internalisierung von Stigmata hat signifikant negative Auswirkungen auf Selbstwert, berufliche Selbstwirksamkeit sowie die soziale Einbindung in der Zielgruppe und beeinflusst indirekt die psychische und berufliche Rehabilitation Betroffener. Die Implementierung von Ansätzen zur Bearbeitung internalisierter Stigmata könnte die deskriptiv vorgefundene Wirksamkeit der Intervention INGE optimieren.

## **Abstract**

The intervention Intervention Initiative für nachhaltige Gesundheitsfürsorge im Erwerbsleben INGE aims to promote the psychological stability of individuals experiencing long-term unemployment with mental illness or distress. Both unemployment and mental illness represent stigmatized identities, leading to social devaluation and systematic discrimination. This present study investigates the repercussions of internalizing these stigmas on psychosocial and rehabilitative factors. To assess the potential benefits of expanding the intervention to encompass aspects of internalized stigma, investigations of the intervention group ( $N = 37$ ) over a six-month period, as well as a group comparison with

a control group  $N = 25$ ), along with a Structural Equation Modeling (SEM) approach, are employed. The internalization of stigmas has significantly negative effects on self-esteem, occupational self-efficacy, and social integration in the target group, and indirectly influences the psychological and occupational rehabilitation of those affected. Implementing approaches to address internalized stigmas could optimize the descriptively observed effectiveness of the INGE intervention.

## Einleitung

„Wer arbeitet, soll etwas zu essen haben, wer nicht arbeitet, braucht nichts zu essen,“ dieses Zitat aus dem Jahr 2006 des damaligen Bundesministers für Arbeit und Soziales Franz Müntefering verdeutlicht die gesellschaftliche Haltung gegenüber Personen in Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit ist vorurteilsbehaftet – auch bei der Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt. Arbeitslose Personen werden negativer bewertet (Ho et al., 2011 und je länger die Arbeitslosigkeit besteht, desto negativer wird die Haltung Betroffenen gegenüber (Nüß, 2018). Viele Personen in Arbeitslosigkeit sind psychisch durch die Arbeitslosigkeit selbst oder psychische Erkrankungen belastet (Olesen et al., 2013). Auch gegenüber mentalen Erkrankungen persistieren negative Überzeugungen (Angermeyer et al., 2014). Die Identitäten als psychisch erkrankt und arbeitslos stellen somit nach Goffman (1997) ein Stigma dar, welches zur sozialen Abgrenzung von Betroffenen führt (Coleman Brown, 2013). Dabei kann neben strukturellem und gesellschaftlichen Stigmata auch das internalisierte Stigma differenziert werden (Schomerus et al., 2022). Als internalisiertes Stigma wird die Übernahme negativer Haltungen gegenüber der eigenen sozialen Gruppe in das Selbstbild verstanden (Vogel et al., 2013). Betroffene von sowohl Arbeitslosigkeit als auch psychischer Erkrankung und Belastung sind von den Auswirkungen des sogenannten *double stigma* besonders betroffen (Staiger et al., 2018).

## Die Intervention INGE

Die Initiative für nachhaltige Gesundheitsfürsorge im Erwerbsleben (INGE) ist eine durch die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste (GGSD) durchgeführte und durch die Deutsche Angestellten Akademie (DAA) getragene Intervention für langzeitarbeitslose Personen mit psychischen Erkrankungen oder Krisen. Die Maßnahme wird in Stadt und Landkreis Bamberg in Oberfranken (Bayern) durchgeführt und durch das zuständige Jobcenter gefördert. Als Zielgruppe sind psychisch erkrankte oder belastete Personen in Langzeitarbeitslosigkeit von mehr als 12 Monaten definiert, die auf dem Arbeitsmarkt

überfordert sind und sich bei der Vernetzung zu psychiatrischer und/oder psychosozialer Versorgung, Bearbeitung von bürokratischen Abläufen, sozialer Anbindung und Austausch sowie der potenziellen Kontaktförderung zu möglichen Arbeitgebenden Unterstützung wünschen *INGE – ein innovatives Projekt der GGSD*, o. J. . Die Intervention umfasst 15 bis 30 Wochenstunden an zwei bis fünf frei wählbaren Werktagen und verfolgt dabei das primäre Ziel der psychischen Stabilisierung und Ressourcenstärkung sowie der Förderung von Selbstfürsorge, Gesundheit und Wohlbefinden und die Entwicklung von neuen Perspektiven und Selbstwirksamkeitserwartung. Die psychische Stärkung der Teilnehmenden soll ihnen perspektivisch eine Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt ermöglichen. Die Begleitforschung übernimmt das an die Otto-Friedrich-Universität Bamberg angeschlossene Kompetenzzentrum für angewandte Personalpsychologie (KAP) und wird durch die DAA – Stiftung und Bildung gefördert *INGE – ein innovatives Projekt der GGSD*, o. J. .

### **Relevanz und Zielsetzung**

Die geplante Studie gilt der Ableitung erster Erkenntnisse hinsichtlich der Bedeutung internalisierter Stigmatisierung für die psychische Stabilisierung und berufliche Rehabilitation der Teilnehmenden und soll so als Entscheidungshilfe bei der Weiterentwicklung der Intervention INGE um Aspekte der internalisierten Stigmatisierung dienen. In der bisherigen Konzeption der Intervention INGE wurde das internalisierte Stigma nicht explizit berücksichtigt, weshalb es auch nicht Teil des Erhebungskatalogs der Intervention ist. Durch diese methodischen Limitationen ist eine direkte Untersuchung des internalisierten Stigmas in der Interventionsgruppe sowie im Gruppenvergleich zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Die Nutzung der verfügbaren Daten der INGE soll hierbei ermöglichen das Konstrukt internalisiertes Stigma über assoziierte Faktoren zu approximieren. Innerhalb der Kontrollgruppe soll mittels Überprüfung des Zusammenhangsmodells nach Drapalski und Kolleg innen 2014 und Stuart 2004 sowie der Sicherstellung von Gruppenvergleichbarkeit

eine mittelbare Übertragbarkeit der Erkenntnisse zum internalisierten Stigma erlangt werden. Außerdem soll ein Vergleich assoziierter Maße des internalisierten Stigmas zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe Erkenntnisse über interventionsbedingte Veränderungen bieten.

## **Forschungsstand**

### **Stigma**

Der Ursprung des Begriffs Stigma liegt im Griechischen und bezeichnet die Kennzeichnung von Sklavinnen durch ein Brandmal zum Zweck der sozialen Ausgrenzung (Goffman, 1997). Hierbei werden im Prozess sozialer Wahrnehmung zunächst Unterschiede von der Norm als Abweichungen erkannt (Link & Phelan, 2001). Ob diese Abweichungen als Stigmata gelten ist von inter- und intrakulturellen Bewertungsprozessen abhängig (Coleman & Brown, 2013; Tröster & Pulz, 2022). Die Aktivierung negativer kultureller Überzeugungen hinsichtlich einer Personeneigenschaft führt zur Stereotypisierung und Kategorisierung in die stigmatisierte Gruppe (Link & Phelan, 2001). Als Konsequenz erleben Betroffene Diskriminierung und das Bewusstsein über mögliche Stigmatisierung kann zu stereotypischen Verhaltensweisen führen und die Identität bedrohen (Major & O'Brien, 2005). Stigma differenziert sich in verschiedene Subtypen. Das soziale oder gesellschaftliche Stigma bezieht sich auf das Erleben interpersoneller Diskriminierung und Entwertung, während das strukturelle Stigma systematische Ungleichbehandlung beschreibt (Schomerus et al., 2022). Neben diesen Stigmatisierungsformen, die von außen auf Betroffene wirken, kann sich Stigma internalisieren und die Übertragung der negativen gesellschaftlichen Überzeugungen auf das Selbst zu Selbstablehnung führen (Schomerus et al., 2022).

### ***Stigma psychischer Erkrankung***

Mit welchen stereotypischen Annahmen Betroffene im Alltag konfrontiert sind, variiert je nach Stigma. In der vorliegenden Zielgruppe langzeitarbeitsloser Personen mit

psychischen Erkrankungen oder Krisen liegt ein *double stigma* vor (Staiger et al., 2018 . Gleichzeitig stehen Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung in enger Verbindung (Modini et al., 2016b . Seit 1990 ist ein Rückgang gesellschaftlicher Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu beobachten, wobei die Ablehnung Betroffener persistiert (Angermeyer et al., 2014). Psychische Erkrankungen und Arbeitslosigkeit stehen in reziprokem Zusammenhang (Olesen et al., 2013 . Die psychische Belastung von Personen in Arbeitslosigkeit ist dabei sowohl durch zuvor bestehende Probleme der psychischen Gesundheit als auch Auswirkungen der Arbeitslosigkeit selbst bedingt (Olesen et al., 2013 . Laut des Deprivationsmodells werden psychologische Bedürfnisse, wie das mit einer Arbeitstätigkeit verknüpfte Kompetenzbedürfnis, aufgrund von Arbeitslosigkeit frustriert (Zechmann Paul, 2019 . Zusätzlich reduziert sich die Einstellungswahrscheinlichkeit bei geringerer psychischer Gesundheit um bis zu 1,6% (Bryan et al., 2022 . Von Bedeutung ist hierfür die strukturelle Stigmatisierung von Personen mit psychischer Erkrankung auf dem Arbeitsmarkt aufgrund stereotyper Überzeugungen wie beispielsweise einer verringerten Kompetenz von Betroffenen Brohan & Thornicroft, 2010; Krupa et al., 2009; Stuart, 2004 .

### ***Stigma der Arbeitslosigkeit***

Eine vergleichbare Benachteiligung wird ebenso durch Arbeitslosigkeit bedingt (Karren Sherman, 2012 . Dabei führt der Status der Arbeitslosigkeit zu einer verringerten Beurteilung der Einstellungsfähigkeit von Bewerbenden (Ho et al., 2011 . Diese systematische Verzerrung erhöht sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit (Nüß, 2018 . Die Diskriminierung der Betroffenen tritt dabei sofort sowie ungerechtfertigt ein und funktioniert attributionsbasiert: ehemals arbeitslose Mitarbeitende werden auch mit Kontrolle für die tatsächliche Leistungsfähigkeit im Job negativer bewertet und der Anstellungsbias setzt beinahe direkt nach der Arbeitslosigkeit ein (Norlander et al., 2020 .



### ***Double Stigma***

Wenn Personen sowohl von psychischen Erkrankungen als auch Arbeitslosigkeit betroffen sind, erleben sie laut der *Double Disadvantage Hypothesis* stärkere negative Konsequenzen als jene Betroffene eines Stigmas (Denise, 2014). Betroffene zeigen eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich ihrer Arbeitssuche und nehmen höhere Barrieren zur psychosozialen Versorgung wahr (Staiger et al., 2018). Die Überschneidungen der beiden Stigmata kann somit Langzeitarbeitslosigkeit bedingen (Staiger et al., 2018). Bei Betroffenen wird ein *Why-try Effekt* beobachtet, der sich sowohl auf die psychische Rehabilitation als auch auf die berufliche Wiedereingliederung auswirkt. Betroffene lehnen psychosoziale Hilfsangebote aufgrund geringer Selbstwirksamkeitserwartung ab (Corrigan et al., 2009) und/oder haben eine verringerte Arbeitssuchmotivation (Brouwers, 2020). Aber woher rührt der Why-try Effekt? Eine Ursache für die negative Erwartung an das Selbst kann die Internalisierung der erfahrenen Stigmatisierung darstellen (Corrigan et al., 2009).

### **Internalisiertes Stigma**

Um der Konzeptionalisierung internalisierten Stigmas in einer aktuellen Übersichtsarbeit von Fernández und Kolleg\*innen (2023) zu folgen, wird Self-Stigma nicht als Synonym für internalisiertes Stigma verwendet, jedoch werden Studien mit solch synonymem Begriffsnutzung einbezogen. Als für das Konzept internalisiertes Stigma relevant werden daher alle theoretischen und empirischen Erkenntnisse angesehen, die dem folgenden Verständnis entsprechen: internalisiertes Stigma umfasst die Stigmatisierung des Selbst durch das Selbst und wird über die Komponenten der Akzeptanz von Stereotypen und Vorurteilen, Internalisierung dieser und den daraus folgenden Auswirkungen wie niedrigem Selbstwert und geringer Selbstwirksamkeitserwartung definiert (Fernández et al., 2023). Self-Stigma hingegen umfasst die Stigmata inklusiver aller Subtypen, welche sich gegen das Selbst richten wie interpersonelle Entwertung oder systematische Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt (Fernández et al., 2023). Diese Definition von internalisiertem Stigma basiert

auf dem sozial-kognitiven Modell (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2011). Demnach entwickelt sich das internalisierte Stigma aus der gesellschaftlichen Stigmatisierung (Vogel et al., 2013). Der Kernprozess der Internalisierung beginnt mit dem Bewusstsein gesellschaftlicher Stereotype gegenüber der eigenen Identität gefolgt von der Zustimmung zu diesen Stereotypen und der Anwendung dieser Stereotype auf das Selbst (Corrigan et al., 2011). Das Ausmaß der Gruppenidentifikation und die wahrgenommene Legitimität und Zustimmung zu den Stigma-Inhalten hängen eng zusammen und nehmen Einfluss auf den Umgang mit erlebter Stigmatisierung (Corrigan & Watson, 2002; Watson et al., 2006). Die Bewältigungsstile Betroffener können dabei direkte Auswirkung auf die Internalisierung nehmen. Geheimhaltung und soziale Distanzierung führen zu vermehrter Internalisierung, während das Erfahren von sozialer Unterstützung Internalisierung hemmt (Chronister et al., 2013). Weitergehend ist soziale Unterstützung mit geringerer Geheimhaltung sowie sozialer Distanzierung verbunden und könnte damit sowohl direkt als auch indirekt vor internalisiertem Stigma schützen (Chronister et al., 2013). Da die konkreten Auswirkungen des internalisierten Stigmas abhängig von den Inhalten des sozialen Stigmas sind, müssen diese für die Zielgruppe der INGE näher beleuchtet werden.

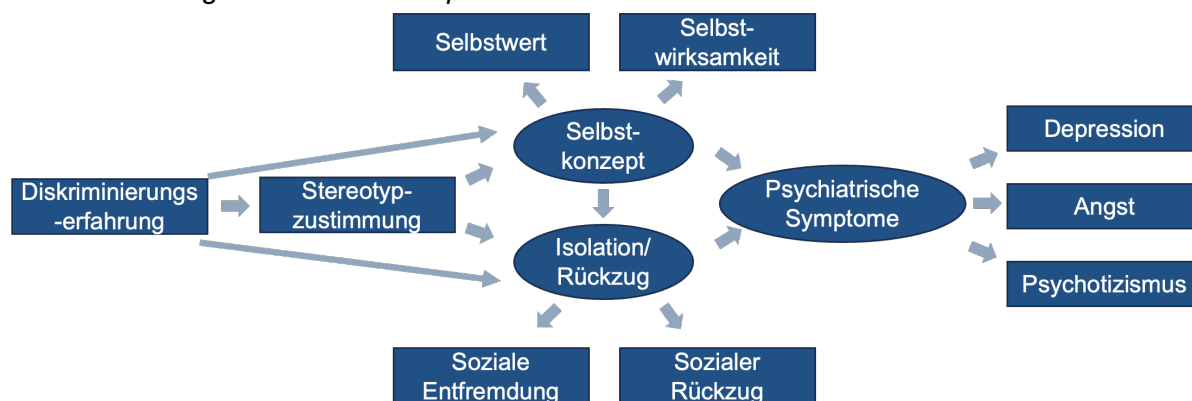
### ***Internalisiertes Stigma psychischer Erkrankung***

Bei verschiedenen psychischen Erkrankungen ist ein hoher Grad der Internalisierung zu beobachten (Tanriverdi et al., 2020). Soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Art der psychischen Erkrankung der Betroffenen sind bei der Internalisierung des Stigmas psychischer Erkrankung von geringerer Bedeutung (Picco et al., 2016; Vieira et al., 2023). Die Internalisierung des Stigmas verstärkt dabei die hindernden Auswirkungen erlebter Diskriminierung auf die psychische Erholung (Tanriverdi et al., 2020). Ein Grund hierfür könnte die Vermeidung von Behandlungsangeboten bei erhöhtem internalisiertem Stigma sein, welche über einen geringen Selbstwert mediert wird (Vieira et al., 2023). Das internalisierte Stigma psychischer Erkrankungen wirkt als Symptomverstärker (Drapalski et al., 2014) und besonders junge Erwachsene sind von vermehrten Suizidgedanken betroffen

(Vieira et al., 2023 . Zudem ziehen sich Betroffene vermehrt sozial zurück, Selbstwertschätzung und Selbstwirksamkeitserwartung sowie Lebensqualität nehmen ab und die generelle Funktionsfähigkeit wird beeinträchtigt (Corrigan et al., 2006; Drapalski et al., 2014; Jahn et al., 2020; Lysaker et al., 2006; Picco et al., 2016 . Die Zusammenhänge der psychosozialen Auswirkungen internalisierter Stigmatisierung zeigt das Modell nach Drapalski und Kolleg innen auf (Abbildung 1 : Die Internalisierung des Stereotyps psychisch-erkrankter Personen beeinflusst das Selbstkonzept und die soziale Einbindung Betroffener. Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung sinken, während sich Betroffene stärker zurückziehen. Diese Konsequenzen bedingen die Erhöhung psychiatrischer Symptome. Neben den psychischen Auswirkungen zeigen sich die negativen Folgen des internalisierten Stigmas auch durch eine mögliche Verschlechterung des physischen Gesundheitszustands (Brown Batty, 2021 . Die Problematik der Internalisierung von Stigmatisierung sollte in der Behandlung von psychischen Erkrankungen explizit adressiert werden, um Betroffenen die Rehabilitation zu erleichtern, Symptomverschlechterungen zu vermeiden sowie aufrechterhaltende Bedingungen aufzulösen und schlussendlich ihr Leiden und ihre Lebensrealität vollumfänglich in die Behandlung einfließen zu lassen (Jahn et al., 2020 .

### Abbildung 1

*Zusammenhangsmodell nach Drapalski et al.*



Anmerkung. Übersetzt nach Drapalski et al. 2014 .

### ***Internalisiertes Stigma der Arbeitslosigkeit***

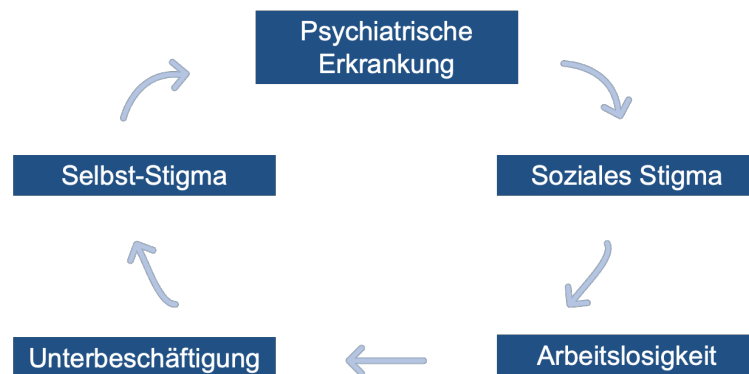
Auch das internalisierte Stigma der Arbeitslosigkeit wirkt sich auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Krug et al., 2019; O'Donnell et al., 2015). Mit Dauer der Arbeitslosigkeit steigt die Internalisierung, sodass Personen in Langzeitarbeitslosigkeit im Besonderen vom internalisierten Stigma betroffen sind (Blau et al., 2013). Weiterhin schätzen Betroffene ihre Rehabilitation auf dem Arbeitsmarkt pessimistischer ein (Krug et al., 2019) und durch den bereits erwähnten Why-Try Effekt kann sich das internalisierte Stigma negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung bei der Arbeitssuche auswirken (Staiger et al., 2018).

### ***Internalisiertes Double Stigma***

Über die direkten Effekte des internalisierten Stigmas der Arbeitslosigkeit hinaus, ist bei Personen mit psychischen Erkrankungen in Arbeitslosigkeit ein höheres internalisiertes Stigma psychischer Erkrankung zu beobachten (Bedaso et al., 2022). Die Arbeitstätigkeit von Personen mit psychischen Erkrankungen kann vor wahrgenommener Diskriminierung schützen (Modini et al., 2016). Das soziale Stigma von psychischen Erkrankungen kann dabei sowohl zur Aufrechterhaltung als auch Erlangung des Erwerbslosigkeitsstatus beitragen (Brouwers, 2020; Staiger et al., 2018). Theoretische Rahmenmodelle definieren die Mechanismen aus Stigmatisierung und die daraus resultierende Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt als sich selbst aufrechterhaltenden Kreislauf (Stuart, 2004). Gemäß Stuarts Entstehungsmodell (2004; Abbildung 2) hemmt die Angst vor Ablehnung und Diskriminierung im Bewerbungsprozess sowie an der Arbeitsstelle selbst die Betroffenen aufgrund der Überzeugung, sie seien nicht-beschäftigbar (Link, 1982; Wahl, 1999). Die Unterbeschäftigung als Konsequenz der Arbeitslosigkeit führt zur Internalisierung des erlebten Stigmas, was wiederum die psychische Symptomatik verschlechtert und die Rehabilitation psychischer Gesundheit sowie die berufliche Wiedereingliederung behindern kann.

## Abbildung 2

Entstehungsmodell nach Stuart (2004)



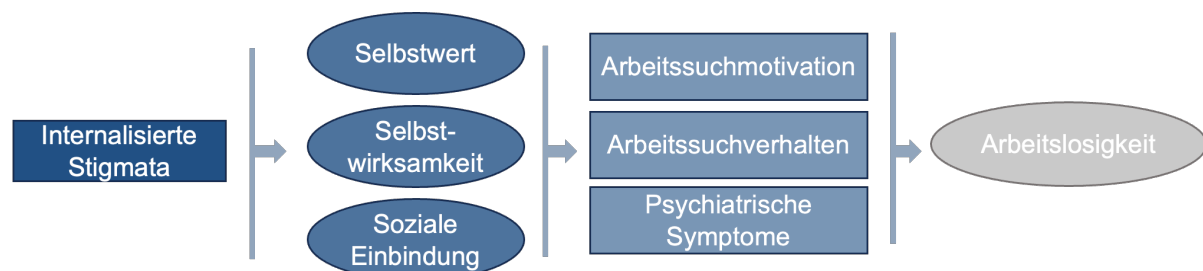
Anmerkung. Übersetzt nach Stuart 2004 .

Zieht man sowohl Stuarts Entstehungsmodell als auch das Modell internalisierter Stigmatisierung psychischer Erkrankungen von Drapalski und Kolleg innen heran, lässt sich ein differenziertes Zusammenhangsmodell ableiten (Abbildung 3 .

H1: Das internalisierte Stigma beeinflusst Selbstwert, Selbstwirksamkeit und soziale Einbindung Betroffener negativ. Diese psychosozialen Auswirkungen beeinflussen Arbeitssuchverhalten und -motivation sowie auch psychiatrische Symptome negativ.

## Abbildung 3

Abgeleitetes Zusammenhangsmodell



Anmerkung. Nach Drapalski et al. (2014) und Stuart (2004 .

### **Interventionen gegen internalisierte Stigmatisierung**

Um Betroffene zu unterstützen, bedarf es gezielten Eingreifens in den Zusammenhangskomplex aus sozialer Diskriminierung, Internalisierung sowie den

psychosozialen Auswirkungen dieser Internalisierung (Garcia-Lorenzo et al., 2021). Als Interventionen werden verschiedene Ansätze verfolgt, die sich in Psychoedukation, kognitiv-behaviorale Methoden, Arbeitsbeschaffung, soziale Unterstützung und Peerberatung sowie Awareness-Interventionen und Selbstoffenbarungstrainings aufgliedern lassen.

### ***Interventionen gegen das internalisierte Stigma psychischer Erkrankung***

Viele Interventionsansätze zeigten sich als zur Reduktion internalisierter Stigmatisierung geeignet und konnten zusätzlich assoziierte Faktoren wie die Rehabilitationsorientierung, Bewältigungsstrategien und den Selbstwert der Teilnehmenden verbessern (Alonso et al., 2019 . Alonso und Kolleg innen 2019 zeigten ebenfalls Vorteile der Durchführung im Gruppenkontext auf. Eine peergeleitete Durchführung konnte nicht nur internalisierte Stigmatisierung und stigmabasierten Stress reduzieren, sondern darüber hinaus auch zuträglich für die Rehabilitationsorientierung Betroffener sein sowie signifikant die Selbstwirksamkeitserwartung und die Suche nach professioneller Unterstützung erhöhen (Sun et al., 2022 . Teilnehmende identifizieren hierbei die gleiche Altersgruppe, geteiltes Verständnis bezüglich des Lebens mit psychischer Erkrankung, gesteigerte Kenntnisse über mentale Gesundheit sowie gegenseitige Unterstützung als zentrale Wirkmechanismen (Conner et al., 2015 . Auch empirisch gestützte psychiatrische Behandlungen ohne Fokus auf internalisierte Stigmatisierung reduzieren bei variablen Personen- und Krankheitseigenschaften das internalisierte Stigma psychischer Erkrankungen über den Behandlungsverlauf (Pearl et al., 2017 . Eine stärkere Reduktion des internalisierten Stigmas hing dabei mit einer höheren Symptomverbesserung zusammen, wobei die Wirkrichtung noch ungeklärt ist (Pearl et al., 2017 . Das internalisierte Stigma selbst beeinflusst jedoch die proaktive Suche und Einstellung gegenüber professioneller Hilfe. Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Stigma und der reduzierten Inanspruchnahme von Beratungsmaßnahmen, wird vollständig durch das internalisierte Stigma mediert (Vogel et al., 2007).

### ***Interventionen gegen das internalisierte Stigma der Arbeitslosigkeit***

Interventionen, die sich an Personen in Arbeitslosigkeit richten, fokussieren als Primärziel die Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen wie der bipolaren Störung oder Schizophrenie erweisen sich hier insbesondere Interventionen erfolgreich, die eine schnelle Einstellung und langfristige Unterstützung der Teilnehmenden verfolgen (Modini et al., 2016a; Suijkerbuijk et al., 2017). Die Erweiterung dieses Ansatzes um Interventionen wie Fertigkeitstrainings oder Übergangsinterventionen außerhalb des ersten Arbeitsmarkt steigern die Effizienz dieses Ansatzes (Suijkerbuijk et al., 2017). Auch ein multidisziplinäres Vorgehen kann gegenüber rein psychotherapeutischen Maßnahmen zu besserer beruflicher Rehabilitation und Einstellbarkeit der Teilnehmenden führen (Berglund et al., 2018). Jedoch gibt es keine Untersuchungen zu den Auswirkungen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen auf das internalisierte Stigma Betroffener.

In einigen Interventionen werden die erlebte Diskriminierung und das Stigma der Arbeitslosigkeit konkretisiert behandelt. Dabei erweisen sich Maßnahmen als hilfreich, welche die Selbstisolation Betroffener reduzieren und so im sozialen Austausch zur Bearbeitung von Selbstvorwürfen anregen (Sharone Vasquez, 2017). Die Erkenntnis, dass die Ursache der Arbeitslosigkeit durch externale Faktoren bedingt ist und nicht in persönlicher Mangelhaftigkeit liegt, reduziert die Internalisierung des Stigmas (Sharone, 2023). Die geteilte Erfahrung in Bezug auf Arbeitslosigkeit baut darüber hinaus die soziale Isolation ab und stärkt die soziale Unterstützung und das persönliche Netzwerk Betroffener (Sharone, 2023). Die Awareness für das Stigma zu stärken ist eine Strategie, die in Interventionen bei Personen in Arbeitslosigkeit mit psychischer Erkrankung expliziter verfolgt wird.

### ***Interventionen gegen das internalisierte double Stigma***

Die Aufklärung über mögliche Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt und die Vorbereitung auf diese stellen dabei zentrale Ziele dieser Awareness-Interventionen dar (Janssens et al., 2023a). Die Ergänzung der typischen beruflichen Rehabilitation um Stigma-

Awareness-Trainings verdoppelte die erfolgreiche Arbeitssuche der Teilnehmenden (Janssens et al., 2023b) und trug ebenso zur vermehrten Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe bei (Janssens et al., 2023b). Langzeitarbeitslosigkeit und psychische Erkrankung sind nicht direkt erkennbar und zählen daher zu den unsichtbaren Stigmata. Im Arbeitskontext kann sich die Offenbarung einer psychischen Erkrankung sowohl vorteilhaft durch verbesserte Beziehungen, Authentizität sowie Unterstützung am Arbeitsplatz als auch nachteilig durch Stigmatisierung und Diskriminierung auswirken (Brouwers et al., 2020). Die Entscheidung zur Selbstoffenbarung ist daher höchstkomplex und ihr Erfolg wird von Faktoren beeinflusst, die nicht allein bei den Betroffenen selbst liegen (Brouwers et al., 2020; Chaudoir & Fisher, 2010; Quinn et al., 2014). Für die vorliegende Zielgruppe hat die Selbstoffenbarung vor dem Hintergrund der in Deutschland für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen gesetzlich verankerten beruflichen Nachteilsausgleiche auch arbeitsrechtliche Relevanz (§ 168 SGB IX; §185 SGB IX; §208 SGB IX). Selbstoffenbarungsfokussierte Interventionen können den mit Selbstoffenbarung verbundenen Stress verringern (Sun et al., 2022) und das internalisierte Stigma sowie depressive Symptome verbessern (Klein et al., 2023; Rüscher et al., 2019). Ein Überblick über wirksame Interventionsansätze ist Tabelle 1 zu entnehmen.

**Tabelle 1**

*Überblick über wirksame Interventionsansätze der Bearbeitung internalisierter Stigmata zur psychischen und beruflichen Rehabilitation*

<b>Interventionsansatz</b>	<b>Quelle</b>
Psychoedukation	Alonso et al., 2019; Conner et al. 2015
Stigma-Awareness-Trainings	Janssens et al., 2023a; Janssens et al., 2023b
Kognitiv-behaviorale Ansätze	Lucksted et al., 2017; Sharone, 2023; Sharone & Vasquez, 2017
Gruppenkontext/Peerberatung	Alonso et al., 2019; Conner et al., 2015
Selbstoffenbarung	Klein et al., 2023; Rüscher et al., 2019; Sun et al., 2022
Multidisziplinarität	Berglund et al., 2018
Multimethodalität	Suijkerbuijk et al., 2017



### ***Intervention INGE im Kontext internalisierter Stigmata***

In der Intervention INGE ist das internalisierte Stigma noch nicht Teil des Interventionskonzepts. Dennoch umfasst die Intervention Elemente, die wirksam für die Reduktion internalisierter Stigmata sein könnten. In Anlehnung an das abgeleitete Zusammenhangsmodell nach Drapalski und Kolleg innen 2014 und Stuart 2004 lässt sich daher vermuten, dass das internalisierte Stigma sowie damit verbundene Konstrukte durch die Intervention INGE positiv beeinflusst werden. Durch das Gruppensetting wird der soziale Austausch Teilnehmender gefördert und Erfahrungen über strukturelle und gesellschaftliche Diskriminierung können geteilt werden. Auch die angebotenen Einzelgespräche bieten Raum zur Mitteilung sowie Bearbeitung internalisierter Stigmatisierung durch kognitiv-behaviorale Ansätze.

H2: Die psychosoziale Situation der Teilnehmenden verbessert sich im Verlauf der sechsmonatigen Intervention.

H2a: Der Selbstwert der Teilnehmenden ist nach sechsmonatiger INGE-Teilnahme höher als zu Beginn der Intervention.

H2b: Die Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmenden ist nach sechs Monaten INGE-Teilnahme höher als zu Beginn der Intervention.

H2c: Die soziale Einbindung der Teilnehmenden ist nach sechsmonatiger Intervention höher als vor der Interventionsteilnahme.

INGE verfolgt einen multimethodischen und multimethodalen Ansatz. So werden psychoedukative Inhalte zu kognitiven und sozialen Fertigkeiten, wie beispielsweise der Stressbewältigung angeboten. Teilnehmende können sich darüber hinaus im geschützten Raum in Form von handwerklichen, kreativen oder sozialen Projektarbeiten beruflich erproben, die durch psychotherapeutische, sozialpädagogische und ergotherapeutische Fachkräfte begleitet werden. Als weitere Option steht den Teilnehmenden auch die unterstützte Vernetzung zu potenziellen Arbeitgebenden offen. *INGE – ein innovatives Projekt der GGSD*, o. J. . Die zuvor diskutierten Studien legen nahe, dass sich somatische

Symptome verbessern sowie Symptome der Depression und Angst reduziert werden könnten.

H3: Die Gesundheit der Teilnehmenden ist nach sechsmonatiger Intervention gesteigert.

H3a: Somatische Symptome der Teilnehmenden sind sechs Monate nach Beginn der Intervention geringer als zu Beginn der Intervention.

H3b: Depressions- und Angstsymptome der Teilnehmenden nehmen im Verlauf der sechsmonatigen Intervention ab.

H3c: Stresssymptome der Teilnehmenden sind sechs Monate nach Beginn der Intervention geringer als zu Beginn der Intervention.

Durch die vermutlich gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung und die Aktivierung sozialer Unterstützung liegt nahe, dass sich die Arbeitssuchmotivation verbessert und das Arbeitssuchverhalten gesteigert wird.

H4: Nach sechsmonatiger Intervention weisen die Teilnehmende eine verbesserte Arbeitssuche auf.

H4a: Die Arbeitssuchmotivation der Teilnehmenden steigt im sechsmonatigen Verlauf der Intervention.

H4b: Das Arbeitssuchverhalten der Teilnehmenden ist sechs Monate nach Beginn der Intervention höher als zu Beginn der Intervention.

Neben der Wirksamkeit der Intervention im Längsschnitt, sollten sich auch Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ohne Intervention zeigen. So lassen sich Unterschiede in Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwert im Gruppenvergleich vermuten.

H5: Gegenüber der Kontrollgruppe ist die psychosoziale Situation der Teilnehmenden nach sechsmonatiger Intervention verbessert.

H5a: Der Selbstwert der Teilnehmenden nach sechsmonatiger Intervention ist

höher als der Selbstwert von Personen in der Kontrollgruppe.

H5b: Die Selbstwirksamkeitserwartung ist nach sechsmonatiger Intervention höher als die Selbstwirksamkeitserwartung von Personen der Kontrollgruppe.

H5c: Teilnehmende der Intervention weisen nach sechs Monaten eine höhere soziale Eingebundenheit auf als Personen der Kontrollgruppe.

Darüber hinaus sollte die INGE-Gruppe ebenso eine bessere Gesundheit und gesteigerte Arbeitssuche als die Kontrollgruppe ohne Intervention aufweisen. Die gesteigerte Gesundheit sollte sich hier in reduzierten somatischen sowie psychiatrischen Symptomen gegenüber der Kontrollgruppe zeigen.

H6: Teilnehmende der Intervention weisen nach sechsmonatiger Intervention einen gesteigerten Gesundheitszustand gegenüber der Kontrollgruppe auf.

H6a: Die somatischen Symptome der Teilnehmenden sind nach sechsmonatiger Intervention geringer als die somatischen Symptome der Personen in der Kontrollgruppe.

H6b: Die Teilnehmenden weisen nach sechsmonatiger Intervention eine geringere depressive Symptomatik auf als Personen der Kontrollgruppe.

H6c: Die Stresssymptomatik der Teilnehmenden ist nach der Intervention geringer als die der Personen in der Kontrollgruppe.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe sollten INGE-Teilnehmende eine höhere Arbeitssuchmotivation und ein gesteigertes Arbeitssuchverhalten vorweisen.

H7: Gegenüber der Kontrollgruppe weisen Teilnehmende nach sechsmonatiger Teilnahme an INGE eine gesteigerte Arbeitssuche auf.

H7a: Die Arbeitssuchmotivation ist bei Teilnehmenden nach der Intervention höher als bei Personen der Kontrollgruppe.

H7b: Im Vergleich zur Kontrollgruppe weisen Teilnehmende nach sechsmonatiger Intervention ein höheres Arbeitssuchverhalten auf.

## **Studiendesign und Methodik**

### **Teilnehmende Interventionsgruppe und Kontrollgruppe**

Die Inklusionskriterien für die Teilnahme an der Intervention INGE als auch an der Erhebung der Kontrolle waren Volljährigkeit, das Bestehen von Erwerbslosigkeit seit mindestens einem Jahr sowie das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Krise.

Die Intervention INGE fand zwischen 2020 und 2024 statt. Teil dieser Studie sind alle Teilnehmenden, die im März 2024 bereits sechs Monate an der Intervention teilgenommen haben ( $N = 43$ ). Von diesen wurden sechs Personen aufgrund nicht zuordnungsbarer Versuchsteilnehmenden-Codes von der Untersuchung ausgeschlossen. Die untersuchte Stichprobe umfasste somit 37 Teilnehmende der Intervention INGE. Aufgrund von komplett fehlender Beantwortung einzelner Instrumente wurden für die betreffenden Untersuchungen einzelne Teilnehmende ausgeschlossen. Der Ausschluss von Teilnehmenden wird in den jeweiligen Ergebnistabellen indiziert.

Die Erhebung der Kontrollgruppe fand vom Dezember 2023 bis März 2024 im Raum Bamberg statt. Die Inklusionskriterien der Kontrollgruppe wurden um den Ausschluss einer Teilnahme am Projekt INGE erweitert. Die Rekrutierung fand über die Auslage von Flyern im Jobcenter Bamberg Stadt und der Einrichtung OASE e.V. statt. 35 Personen haben an der Befragung teilgenommen. Aufgrund mangelnder Passung zu den Inklusionskriterien wurden sieben Fälle ausgeschlossen. Weitere drei Fälle wurden aufgrund früher Drop Outs von den Untersuchungen ausgeschlossen. Als Anreizförderung erhielten 25 Teilnehmende nach Abschluss der Befragung einen Bamberg-Gutschein im Wert von jeweils 10 €. Drei Teilnehmende konnten aufgrund fehlender Hinterlegung einer Kontaktmail bei der Gutscheinvergabe nicht berücksichtigt werden.

### **Messinstrumente**

Die Erhebung demographischer Daten umfasste Geschlecht, Alter, höchsten Bildungsabschluss sowie die Diagnose einer psychischen Erkrankung in der Kontrollgruppe.

In der Interventionsgruppe wurden zusätzlich Informationen über die Wohnsituation erhoben, die für die vorliegende Studie jedoch nicht berücksichtigt wurden. Tabelle 2 bietet eine Übersicht über die verwendeten Erhebungsinstrumente.

**Tabelle 2**

*Überblick über verwendete Instrumente*

Konstrukt	Instrument	Cronbachs $\alpha$			Literatur
		KG	IG T0)	IG T1	
Selbstwert	Rosenberg Self-Esteem Scale RSES (Rosenberg, 2011)	.85	.84	.91	.88 (N = 4988 Roth et al. 2008)
Selbstwirksamkeitserwartung	Adaptiert nach Schyns Von Collani 2002	.76	.89	.9	
Soziale Eingebundenheit	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14)	.92	.93	.93	.94 (N = 2507 Fydrich et al. 2009)
Somatische Symptome	Patients Health Questionnaire PHQ-D)	.7	.86	.86	.79 (N = 528 Gräfe et al. 2004)
Depressions- und Angstsymptome (Interventionsgruppe)	Patients Health Questionnaire PHQ-4)		.87	.83	.82 (N = 5003 Löwe et al. 2010)
Depressionssymptome (Kontrollgruppe)	Patients Health Questionnaire PHQ-D)	.78			.79 (N = 528 Gräfe et al. 2004)
Stresssymptome	Patients Health Questionnaire PHQ-D)	.43	.61	.56	.79 (N = 528 Gräfe et al. 2004)
Arbeitssuchmotivation	Adaptiert nach Vansteenkiste et al. (2004)	.84	.86	.87	
Arbeitssuchverhalten	Adaptiert nach van Hooft et al. 2021	.92	.88	.87	
Internalisiertes Stigma psychischer Erkrankungen (Kontrollgruppe)	Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI-10; Boyd et al., 2014)	.83			.75 - .90 Ociskova et al. 2016
Internalisiertes Stigma der Arbeitslosigkeit (Kontrollgruppe)	Adaptiert nach Blau et al. 2013	.94			

*Anmerkung.* KG: Kontrollgruppe. IG – T0: Interventionsgruppe zu Zeitpunkt T0 Baseline . IG – T1: Interventionsgruppe zu Zeitpunkt T1 (nach sechsmonatiger INGE-Intervention). Die Skalen zu internalisierten Stigmata wurden mittels Rückübersetzung einer Englischmuttersprachlerin ins Deutsche übersetzt.

## Datenanalyse

Die Analyse erfolgte mit R Version 4.3.2 *Eye Holes*. Die längsschnittlichen Untersuchungen (H2-H6) wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben und die Analysen im Querschnitt (H7-H11) mittels t-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Aufgrund des multiplen Testens und der Gefahr der Alphafehler-Kumulierung wurde zur Korrektur die Bonferroni-Adjustierung angewandt. Um das angenommene Zusammenhangsmodell (H1) zu überprüfen wurde ein Strukturgleichungsmodell berechnet, das erlauben soll, mögliche Erkenntnisse aus den Untersuchungen assoziierter Maße aus der Interventionsgruppe auf das internalisierte Stigma zurückzuführen.

## Ergebnisse

Die Teilnehmenden in der INGE ( $N = 37$ ) waren zwischen 20 und 61 Jahren alt ( $M = 34.22$ ;  $SD = 12.72$ ). Die Kontrollgruppe ( $N = 25$ ) wies mit einer Altersverteilung von 21 bis 62 Jahren ( $M = 40.28$ ;  $SD = 13.15$ ) ein ähnliches Altersspektrum auf ( $t(50.48) = -1.805$ ,  $p = .077$ ). Ebenso wichen die Gruppen in Geschlechterverteilung und formalem Bildungsgrad in exakten Fisher-Tests nicht signifikant voneinander ab (Geschlechterverteilung:  $p = .808$ , zwei-seitig; formaler Bildungsgrad:  $p = 0.211$ , zweiseitig). Die Gruppen sind als vergleichbar zu betrachten (Tabelle 3).

**Tabelle 3**

### Demographie

Merkmal	Interventions- gruppe $N = 37$	Kontrollgruppe $N = 25$	p-Wert
<b>Alter</b>			.077
Mittelwert	34.22	40.28	19.06.
Standardabweichung	12.72	13.15	24 16:16: 00
<b>Geschlecht</b>			.808
Männlich	16 43%	13 52%	
Weiblich	20 54%	11 44%	
Divers	1 3%	1 4%	

Merkmal	Interventions- gruppe N = 37)	Kontrollgruppe N = 25)	p-Wert
<b>Bildungsstand</b>			0.211
Schule beendet ohne Abschluss	3 (8.11%)		
Volkshochschule, Hauptschule, Quali	6 16.22%	7 28%	
Mittlere Reife, Realschule und gleichwertig	10 27%	4 16%	
Abgeschlossene Lehre/Berufsausbildung	7 18.92%	2 8%	
Fachabitur, Fachhochschulreife	2 5.41%		
Abitur, Allgemeine Hochschulreife	3 8.11%	5 20%	
Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss	5 5.41%	6 24%	
Sonstiger Abschluss	1 2.7%		
<b>Diagnose einer psychischen Erkrankung</b>			
Ja		25 100%	
Nein			

*Anmerkung.* Die Altersvergleichbarkeit wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft ( $t = 50.48$ ,  $p = -1.805$ ,  $p = .077$ ). Zur Überprüfung der Vergleichbarkeit bezüglich des Geschlechtes und Bildungsstands wurden Fisher-Tests berechnet ( $p = 0.808$  bzw.  $p = 0.211$ , zweiseitig).

Zur Analyse des postulierten Zusammenhangsmodells nach Drapalski und Kolleg innen 2014 und Stuart 2004 wurde ein Strukturgleichungsmodell (SGM) herangezogen (Abbildung 4; Tabelle 4). Dabei zeigte sich nach Hu und Bentler 1999 eine insgesamt gute Modellpassung ( $\chi^2(6) = 6.112$ ,  $p = 0.411$ , CFI = 0.999, TLI = 0.995, RMSEA = 0.027 (90%-CI [0.000, 0.262]), SRMR = 0.059). Die Internalisierung der Stigmata von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankungen nahm dabei signifikant negativen Einfluss auf den Selbstwert ( $\beta = -0.458$ ,  $p = .010$ ), die berufliche Selbstwirksamkeit ( $\beta = -0.680$ ,  $p < .001$ ) und die soziale Einbindung ( $\beta = -0.483$ ,  $p = .006$ ) der Betroffenen. Darüber hinaus zeigten sich signifikante positive Auswirkungen der beruflichen Selbstwirksamkeit auf das Arbeitssuchverhalten ( $\beta = 0.667$ ,  $p < .001$ ) sowie auf die Arbeitssuchmotivation ( $\beta = 0.650$ ,  $p < .001$ ). Die soziale Einbindung der Betroffenen nahm signifikant positiven Einfluss auf ihr Arbeitssuchverhalten ( $\beta = 0.293$ ,  $p = 0.034$ ) und führte zu einer signifikanten Reduktion psychiatrischer Symptome des PHQ-D ( $\beta = -0.368$ ,  $p = .021$ ). Die psychiatrische Symptomatik wurde außerdem durch den Selbstwert signifikant negativ beeinflusst ( $\beta = -0.540$ ,  $p = .001$ ).

**Tabelle 4***Pfadanalysen*

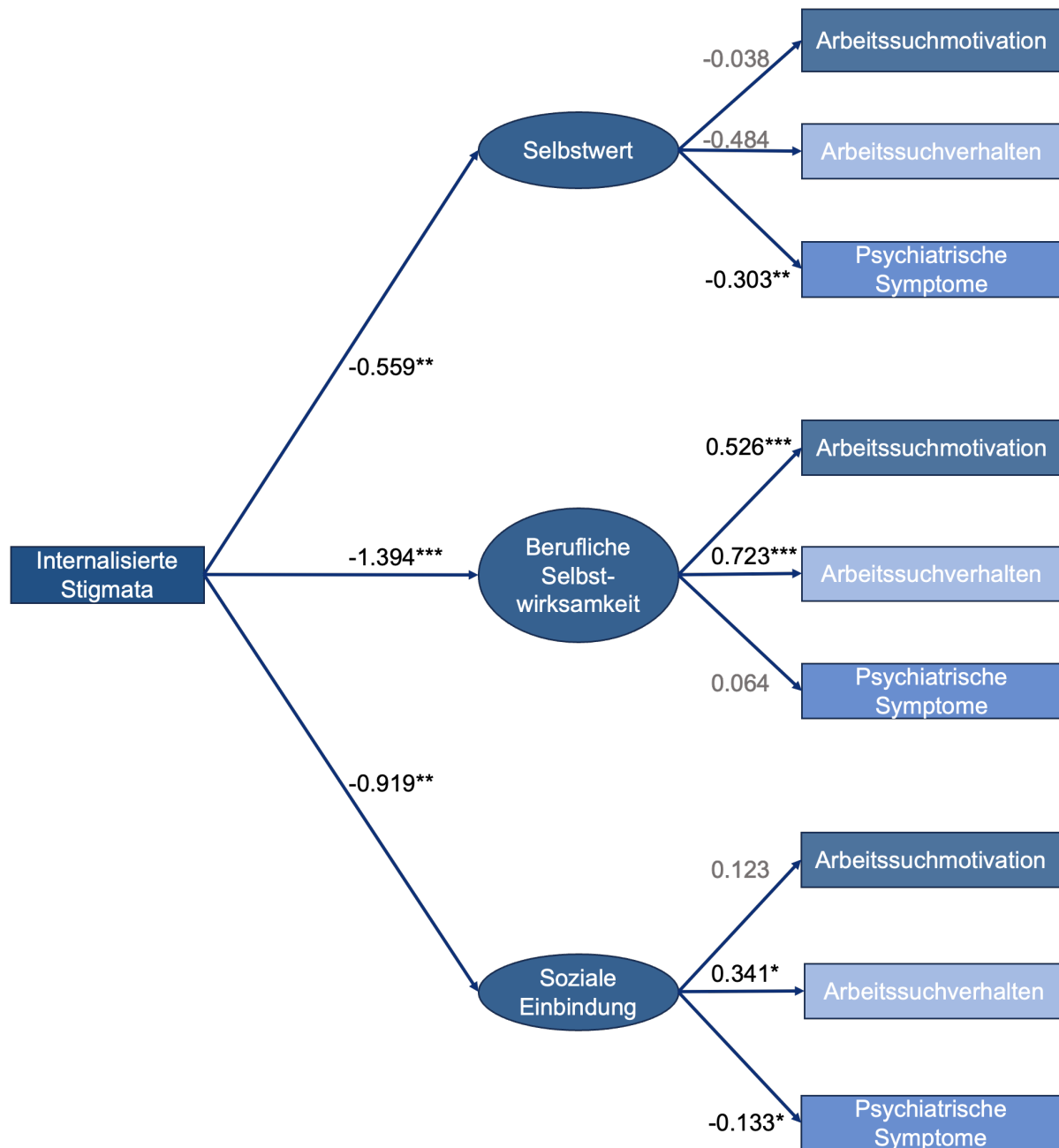
<b>Pfad</b>	<b>Schätz- wert</b>	<b>Standard- fehler</b>	<b>z-Wert</b>	<b>p-Wert</b>	<b>Standardisierte Ladung (<math>\beta</math>)</b>
Internalisierte Stigmata → Selbstwert	-0.559	0.217	-2.576	.010	-0.458
Internalisierte Stigmata → Berufl. Selbstwirksamkeit	-1.394	0.301	-4.634	< .001*	-0.680
Internalisierte Stigmata → Soziale Einbindung	-0.919	0.333	-2.756	.006	-0.483
Selbstwert → Arbeitssuchmotivation	-0.038	0.206	-0.186	.853	-0.028
Selbstwert → Arbeitssuchverhalten	-0.484	0.249	-1.945	.052	-0.266
Selbstwert → Psychiatrische Symptome	-0.303	0.089	-3.395	.001	-0.540
Berufl. Selbstwirksamkeit → Arbeitssuchmotivation	0.526	0.127	4.149	< .001	0.650
Berufl. Selbstwirksamkeit → Arbeitssuchverhalten	0.723	0.153	4.725	< .001*	0.667
Berufl. Selbstwirksamkeit → Psychiatrische Symptome	0.064	0.055	1.174	0.241	0.193
Soziale Einbindung → Arbeitssuchmotivation	0.123	0.133	0.923	0.356	0.141
Soziale Einbindung → Arbeitssuchverhalten	0.341	0.161	2.126	.034	0.293
Soziale Einbindung → Psychiatrische Symptome	-0.133	0.058	-2.300	.021	-0.368

Anmerkung. \*\*\*:  $p < 0.001$ ; :  $p < 0.01$ ; :  $p < 0.05$



**Abbildung 4**

Ergebnisse des Zusammenhangsmodells



Anmerkung. \*\*\*:  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Zur näheren Betrachtung der Zusammenhänge wurden zusätzlich Mediationsanalysen (Tabelle 5) durchgeführt. Hierbei fielen vor allem signifikante direkte Einflüsse des internalisierten Stigmas auf Arbeitssuchverhalten ( $ADE = -1.077$ ,  $p = 0.014$ ) und die psychische Symptomatik auf ( $ADE = 0.5085$ ,  $p = 0.006$ ). Somit zeigte die Analyse des SGM die direkte Bedeutung der Internalisierung von Stigmata auf zentrale

psychosoziale Faktoren sowie ihren indirekten Einfluss über diese Faktoren auf psychische und berufliche Rehabilitation Betroffener. Außerdem konnten weitere potenziell bedeutsame Zusammenhänge aufgedeckt werden.

**Tabelle 5**

*Mediationsanalysen*

Analyse	ACME Estimate	p-Wert (ACME)	ADE Estimate	p-Wert (ADE)	Total Effect Estimate	p-Wert (Total Effect)	Prop. Mediated Estimate	p-Wert (Prop. Mediated)
2	0.134	0.506	-1.054	0.028*	-0.920	0.030*	-0.118	0.528
4	-0.902	0.002*	0.268	0.432	-0.633	0.064	1.390	0.066
6	-0.172	0.320	-0.452	0.220	-0.624	0.050*	0.236	0.360
			<0.001*					
8	0.150	0.032*	0.180	0.158	0.330	0.022*	0.435	0.050*
9	0.115	0.096	0.221	0.118	0.336	0.012*	0.311	0.108

Anmerkung. ACME: Average Causal Mediation Effect. ADE: Average Direct Effect. Prop. Mediated: Proportion Mediated.

Analyse 1: Internalisierte Stigmata → Berufl. Selbstwirksamkeit → Arbeitssuchverhalten

Analyse 2: Internalisierte Stigmata → Selbstwert → Arbeitssuchverhalten

Analyse 3: Internalisierte Stigmata → Soziale Einbindung → Arbeitssuchverhalten

Analyse 4: Internalisierte Stigmata → Berufl. Selbstwirksamkeit → Arbeitssuchmotivation

Analyse 5: Internalisierte Stigmata → Selbstwert → Arbeitssuchmotivation

Analyse 6: Internalisierte Stigmata → Soziale Einbindung → Arbeitssuchmotivation

Analyse 7: Internalisierte Stigmata → Berufl. Selbstwirksamkeit → Psychiatrische Symptome

Analyse 8: Internalisierte Stigmata → Selbstwert → Psychiatrische Symptome

Analyse 9: Internalisierte Stigmata → Soziale Einbindung → Psychiatrische Symptome

\*\*\*:  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$

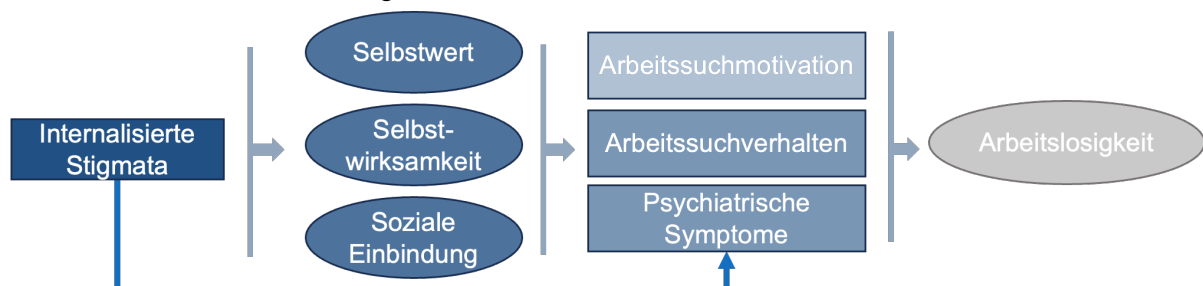
Eine Untersuchung der Modifikationsindizes (Tabelle 6) zeigte mögliche Verbesserungen der Modellpassung durch eine Ergänzung um Kovarianzen zwischen jeweils Selbstwert (MI = 2.900, EPC = 0.118) soziale Einbindung (MI = 2.900, EPC = 0.169) und beruflicher Selbstwirksamkeit (MI = 2.900, EPC = 0.091) mit der psychiatrischen Symptomatik sowie einen direkten Pfad zwischen internalisierten Stigmata und psychiatrischen Symptomen (MI = 2.900, EPC = 0.223).

**Tabelle 6***Modifikationsindizes*

Pfad	MI	EPC	SPEC.nox
Kovarianz: Soziale Einbindung ~~ Psychiatrische Symptome	2.900	0.169	0.789
Kovarianz: Selbstwert ~~ Psychiatrische Symptome	2.900	0.118	0.844
Kovarianz: Berufl. Selbstwirksamkeit ~~ Psychiatrische Symptome	2.900	0.091	0.469
Internalisierung → Psychiatrische Symptome	2.900	0.223	0.650
Psychiatrische Symptome → Internalisierte Stigmata	2.207	0.663	0.455

Anmerkung. Umfasst nur MI > 2. MI: Modifikationsindex; EPC: Expected Parameter Change. SPEC.nox: Standardized Expected Parameter Change on All Parameters Excluding the Original.

Aufgrund des Fokus der Untersuchung auf das internalisierte Stigma sowie die Evidenz für die direkte Auswirkung von internalisiertem Stigma auf die psychische Verfassung z.B. O'Donnell et al., 2015, erfolgte die Erweiterung des Ursprungsmodells um einen direkten Pfad zwischen internalisierter Stigmata und psychiatrischen Symptomen als Modellmodifikation (Abbildung 5).

**Abbildung 5***Modifiziertes Zusammenhangsmodell*

Anmerkung. Ergänzung um direkten Pfad zwischen internalisierten Stigmata und psychiatrischer Symptome.

Das modifizierte Modell wies hinsichtlich der Fit-Indizes eine geringfügige Verbesserung gegenüber dem ursprünglichen Modell auf  $\chi^2(5) = 2.959$ ,  $p = 0.706$ , CFI = 1, TLI = 1.113, RMSEA = <.001 (90%-CI [0.000, 0.445]), SRMR = 0.047; Tabelle 7. In einem Chi-Quadrat-Differenztest konnte jedoch keine signifikant bessere Modellpassung festgestellt werden  $\Delta\chi^2(1) = 3.153$ ,  $p = .076$ ). Durch die Modellmodifikation wurde dennoch die potenzielle Bedeutung des direkten Einflusses von internalisierter Stigmatisierung auf psychiatrische Symptome deutlich  $\beta = 0.292$ ,  $p = .064$ .

**Tabelle 7***Modellvergleich*

Modell	$\chi^2$ -Wert	df	p-Wert	AIC	BIC	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Ursprüngliches Modell	6.122	6	.411	293.18	318.78	.999	.995	.027	.059
Modifiziertes Modell	2.959	5	.706	292.03	318.84	1	1.113	<.001	0.047

*Anmerkung.* AIC = Akaike. BIC = Bayesian. CFI = Comparative Fit Index. TLI = Tucker-Lewis Index. RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation. SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Demnach konnte das postulierte Zusammenhangsmodell H1) in großen Teilen gestützt werden.

Die Haupthypothesen 2 bis 4 nahmen längsschnittliche Veränderungen der Interventionsgruppe nach sechsmonatiger INGE-Teilnahme hinsichtlich psychosozialer, gesundheitlicher und arbeitssuchbezogener Faktoren an und wurden mittels einseitigem t-Test für abhängige Stichproben oder bei Verstoß gegen Voraussetzungen mit dem nicht-parametrischen Äquivalent des Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest untersucht.

Für den Selbstwert H2a war eine leicht-positive Entwicklung zu beobachten, die jedoch nicht signifikant wurde  $t(36) = -0.745, p = .230, \text{adj. } p = 0.461$ ). Selbes galt für die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung H2b;  $t(36) = -0.085, p = 0.466, \text{adj. } p = 0.933$ .

Für die soziale Eingebundenheit konnte eine minimal negative Entwicklung festgestellt werden, die jedoch ebenfalls nicht signifikant ausfiel  $t(36) = 0.331, p = .629, \text{adj. } p = 1$ . Es zeigten sich keine signifikanten psychosozialen Verbesserungen im sechsmonatigen Interventionsverlauf Tabelle 8. Haupthypothese 2 und ihre Unterhypothesen konnten nicht bestätigt werden.

**Tabelle 8***Haupthypothese 2: Psychosoziale Faktoren im Längsschnitt*

Variable	M (SD) T0	M (SD) T1	t-Wert (df)	p-Wert	p-Wert (adj.)
Selbstwert	2.42 0.66)	2.48 0.78)	-0.745 36)	.230	.461
Berufliche Selbstwirksamkeit	3.35 0.98)	3.36 1)	-0.085 36)	.466	.933
Soziale Eingebundenheit	3.45 1.02)	3.42 0.95)	0..331 36)	.6287	1

*Anmerkung.* In den Analysen der beruflichen Selbstwirksamkeit wurde ein\*e Teilnehmer in aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen  $n = 36$ ). T0: Interventionsgruppe zu T0 Baseline;  $N = 37$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. :  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Die somatischen Symptome der Teilnehmenden H3a verringerten sich von T0 zu T1 signifikant  $t(33) = 2.432, p = .010, \text{adj. } p = 0.021$  mit einer niedrigen Effektstärke nach Cohens  $d = 0.417$ . Die Depressions- und Angstsymptomatik der Teilnehmenden (H3b) wurde aufgrund von Verstößen gegen Voraussetzungen mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest untersucht. Die zu beobachtende Reduktion der Beschwerden war jedoch nicht signifikant  $V = 232.5, p = .074, \text{adj. } p = 0.148$ . Auch die Stresssymptomatik der Teilnehmenden (H3c) reduzierte sich, nahm jedoch nicht signifikant ab  $t(36) = 1.0711, p = .146, \text{adj. } p = 0.291$ . Die Haupthypothese 3 konnte durch die Bestätigung signifikanter Verbesserungen somatischer Beschwerden nach sechsmonatiger Intervention H3a teilweise gestützt werden.

**Tabelle 9***Haupthypothese 3: Rehabilitative Faktoren im Längsschnitt (Gesundheit)*

Variable	M (SD) T0	M (SD) T1	t-Wert (df)	Wilcoxon V	p-Wert	p-Wert (adj.)	Effektstärke (Cohen's $d$ )
Somatische Symptome	1.86 (0.48)	1.77 (0.46)	2.432 (33)	-	0.010*	.021	.417
Depressions- und Angstsymptome	2.73 (0.91)	2.51 (0.72)	-	232.5	.074	.148	-
Stresssymptome	2.01 (0.42)	1.95 (0.38)	1.071 (36)	-	.146	.291	

*Anmerkung.* In den Analysen der somatischen Symptome wurden zwei Teilnehmende aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen  $n = 35$ ). Die  $p$ -Werte entstammen t-Tests sowie Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtests. T0: Interventionsgruppe zu T0 Baseline;  $N = 37$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. \*\*\*:  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Für die Arbeitssuchmotivation (H4a) zeigte sich nach sechsmonatiger INGE-Teilnahme eine leichte Verschlechterung, die jedoch nicht signifikant wurde ( $t(33) = 1.188$ ,  $p = .878$ , adj.  $p = 1$ ). Das Arbeitssuchverhalten stieg hingegen an (H4b), wies dabei aber keine signifikante Verbesserung auf ( $t(33) = -0.258$ ,  $p = .399$ , adj.  $p = 0.798$ ). Die Arbeitssuche konnte durch die sechsmonatige INGE-Teilnahme nicht signifikant gefördert werden (Tabelle 10). Haupthypothese 4 und ihre Unterhypothesen konnten nicht bestätigt werden.

**Tabelle 10**

*Haupthypothese 4: Rehabilitative Faktoren im Längsschnitt (Beruf)*

Variable	M (SD) T0	M (SD) T1	t-Wert (df)	p-Wert	p-Wert (adj.)
Arbeitssuchmotivation	3.29 (0.77)	3.14 (0.77)	1.188 (33)	.878	1
Arbeitssuchverhalten	1.9 (0.86)	1.94 (0.8)	-0.258 (33)	.399	.798

*Anmerkung.* In den Analysen der Arbeitssuchmotivation wurden zwei Teilnehmende aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 35$ ). In den Analysen des Arbeitssuchverhalten wurde ein\*e Teilnehmer in aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 36$ ). T0: Interventionsgruppe zu T0 (Baseline;  $N = 37$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. \*\*\*:  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Die Haupthypothesen 5 bis 7 fokussierten querschnittliche Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nach sechsmonatiger INGE-Teilnahme hinsichtlich psychosozialer, gesundheitlicher und arbeitssuchbezogener Faktoren. Die Auswertung erfolgte durch t-Tests für unabhängige Stichproben oder dem nicht-parametrischen Äquivalent des Wilcoxon-Rangsummentests.

Die Interventionsgruppe zeigte hinsichtlich des Selbstwerts (H5a) höhere Werte, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war ( $t(60) = 1.087$ ,  $p = .281$ , adj.  $p = 0.563$ ). Dies war ebenso für die berufliche Selbstwirksamkeit (H5b) ( $t(49.9) = -1.018$ ,  $p = .314$ , adj.  $p = 0.628$ ) sowie die soziale Eingebundenheit (H5c) beider Gruppen zu beobachten ( $t(60) = -1.8835$ ,  $p = .065$ , adj.  $p = 0.129$ ). Somit zeigte sich in der Interventionsgruppe eine bessere psychosoziale Situation, die jedoch nicht signifikant von der Kontrollgruppe

abwich (Tabelle 11). Diese Ergebnisse konnten die Haupthypothese 5 und ihre Unterhypothesen nicht stützen.

**Tabelle 11**

*Haupthypothese 5: Psychosoziale Faktoren im Querschnitt*

Variable	M (SD) KG	M (SD) T1	t-Wert (df)	p-Wert	p-Wert (adj.)
Selbstwert	2.28 0.62)	2.48 0.78)	-1.087 60)	.281	.563
Berufliche Selbstwirksamkeit	3.09 1.05)	3.36 1)	-1.018 49.9)	.314	.628
Soziale Eingebundenheit	2.95 0.97)	3.42 0.95)	-1.884 60)	.065	.129

*Anmerkung.* In den Analysen der beruflichen Selbstwirksamkeit wurde ein\*e Teilnehmer in der Interventionsgruppe aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 36$ ). KG: Kontrollgruppe ( $N = 25$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. \*\*\*:  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Die Kontrollgruppe zeigte eine geringere Ausprägung somatischer Beschwerden (H6a). Dieser Unterschied erwies sich als nicht-signifikant ( $t(58) = -0.659$ ,  $p = .512$ , adj.  $p = 1$ ). Auch hinsichtlich der Stresssymptomatik (H6c) wiesen beide Gruppen keinen signifikanten Unterschied auf ( $t(60) = 0.322$ ,  $p = .749$ , adj.  $p = 1$ ). Aufgrund von Unterschieden in Erfassungsinstrumenten der Depressionssymptomatik (H6b) zwischen Kontrollgruppe (PHQ-D) und Interventionsgruppe (PHQ-4) erfolgte die Auswertung möglicher Gruppenunterschiede in zwei Schritten mittels Wilcoxon-Rangsummentest. Im ersten Schritt erfolgte die Analyse der identischen Items zur Erfassung der Depression in PHQ-D und PHQ-4. Hierbei wies die Interventionsgruppe eine signifikant niedrigere Depressionssymptomatik als die Kontrollgruppe ( $W = 612$ ,  $p = .015$ , adj.  $p = .044$ ) mit einer mittleren Effektstärke nach Cohen auf ( $d = 0.566$ ). Daraufgehend wurde die gesamte Skala PHQ-D in der Kontrollgruppe herangezogen und mit den Depressionsitems des PHQ-4 innerhalb der Interventionsgruppe verglichen. Auch in dieser Analyse zeigte sich eine geringere Symptomausprägung in der Interventionsgruppe, die jedoch nicht signifikant war ( $W = 572$ ,  $p = .05635$ , adj.  $p = .225$ ). Die Interventionsgruppe nach der sechsmonatigen INGE-Teilnahme wies gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der

Depressionssymptomatik H6b einen besseren Gesundheitszustand auf (Tabelle 12 .

Haupthypothese 6 konnte teilweise unterstützt werden.

**Tabelle 12**

*Haupthypothese 6: Rehabilitative Faktoren im Querschnitt (Gesundheit)*

Variable	M (SD) KG	M (SD) T1	t-Wert (df)	Wilcoxon W	p- Wert	p- Wert (adj.)	Effekt- stärke (Cohen's d)
Somatische Symptome	1.7 0.35)	1.8 0.48)	-0.659 58)		.512	1	
Depressions- symptome (Vergleich 1)	3.08 0.8)	2.62 0.79)		612	.015	.044	0.566
Depressions- symptome (Vergleich 2	2.9 0.61)	2.62 0.79)		572	.056	.225	
Stress- symptome	1.99 0.37)	1.95 0.38)	0.322 (60		.749		

*Anmerkung.* In den Analysen der somatischen Symptome wurden zwei Teilnehmende der Interventionsgruppe aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 35$ ). Die  $p$ -Werte entstammen t-Tests sowie Wilcoxon-Rangsummentests. Der Vergleich der Depressionssymptome unterscheidet sich in dem Einschluss verschiedener Items der Erfassungsinstrumente des PHQ-D und PHQ-4. KG: Kontrollgruppe ( $N = 25$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. :  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

Die Arbeitssuchmotivation (H7a) der INGE-Teilnehmenden war nach sechsmonatiger Teilnahme etwas höher als in der Kontrollgruppe, jedoch erwies sich dieser Gruppenunterschied als nicht-signifikant ( $t(58) = -0.312, p = .756, \text{adj. } p = 1$ ). Für Untersuchung des Arbeitssuchverhaltens H7b wurde aufgrund von Voraussetzungsverstößen ein Wilcoxon-Rangsummentest herangezogen. Hierbei zeigte die Interventionsgruppe höheres Arbeitssuchverhalten als die Kontrollgruppe, was jedoch zu keinem signifikanten Gruppenunterschied führte ( $W = 478.5, p = .734, \text{adj. } p = 1$ ). Die verbesserte Arbeitssuche innerhalb der Interventionsgruppe war im Vergleich mit der Kontrollgruppe nicht signifikant (Tabelle 13). Die Ergebnisse widersprachen Haupthypothese 7 und ihren Unterhypothesen.



**Tabelle 13***Haupthypothese 7: Rehabilitative Faktoren im Querschnitt (Beruf)*

Variable	M (SD) KG		M (SD) T1		t-Wert (df)	Wilcoxon W	p-Wert	p-Wert (adj.)
Arbeitssuch- motivation	3.07	0.85)	3.14	0.77)	-0.312 58)		0.756	1
Arbeitssuch- verhalten	2.17	1.11)	1.94	(0.8		478.5	0.734	1

*Anmerkung.* In den Analysen der Arbeitssuchmotivation wurden zwei Teilnehmende der Interventionsgruppe aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 35$ ). In den Analysen des Arbeitssuchverhalten wurde ein\*e Teilnehmer in der Interventionsgruppe aufgrund komplett fehlender Werte ausgeschlossen ( $n = 36$ ). Die  $p$ -Werte entstammen t-Tests sowie Wilcoxon-Rangsummentests KG: Kontrollgruppe ( $N = 25$ ). T1: Interventionsgruppe zu T1 (nach sechsmonatiger Intervention;  $N = 37$ ). M: Mittelwert. SD: Standardabweichung. df: Degrees of Freedom. Adj.: Adjustiert. :  $p < 0.001$ . \*\*:  $p < 0.01$ . \*:  $p < 0.05$ .

## Diskussion

Ziel dieser Studie war es die Intervention INGE hinsichtlich ihrer Ziele der Förderung psychischer Stabilisierung und beruflichen Rehabilitation von Personen in Langzeitarbeitslosigkeit mit psychischer Erkrankung oder Belastung vor dem theoretischen Hintergrund internalisierter Stigmatisierung zu evaluieren. Hierzu wurden sowohl längsschnittliche Untersuchungen des sechsmonatiger Interventionsverlaufs als auch querschnittliche Gruppenvergleiche zu einer Kontrollgruppe hinsichtlich psychosozialer und rehabilitativer Faktoren, die mit Internalisierung von Stigmatisierung assoziiert sind, angestellt. Um mögliche Vorteile einer Erweiterung der Intervention um Aspekte internalisierter Stigmata identifizieren zu können, wurde innerhalb der Kontrollgruppe ein Zusammenhangsmodell der zentralen Variablen des Erhebungskatalogs der INGE aufgestellt und mittels SGM-Analysen untersucht.

Die sechsmonatige Teilnahme an der Intervention INGE konnte weder die psychosoziale Situation H2) noch die Arbeitssuche H4) der Teilnehmenden signifikant steigern. Der Gesundheitszustand H3) konnte nur bezüglich der somatischen Symptome signifikant verbessert werden. Depressions- und Angstsymptome H3b) sowie die Stresssymptomatik H3c der Teilnehmenden sanken nicht signifikant. Weiterhin zeigten sich sowohl deskriptive Verbesserungen des Selbstwerts (H2a und der beruflichen Selbstwirksamkeit (H2b als auch des Arbeitssuchverhaltens (H4b). Die soziale Einbindung

(H2c) und die Arbeitssuchmotivation (H4a) reduzierten sich im Verlauf der Intervention. Insgesamt deutet dies auf die grundlegende Wirksamkeit des Interventionsansatzes zum Zweck der psychischen und beruflichen Rehabilitation hin. Die nicht-signifikanten Verbesserungen hinsichtlich psychosozialer sowie arbeitssuchbezogener Faktoren als auch der bestehenden psychischen Belastung der Teilnehmenden, legen jedoch nahe, dass der sechsmonatige Interventionszeitraum für nachhaltige Veränderungen nicht ausreichend ist. Dies deckt sich mit Erkenntnissen von Alonso und Kolleg\*innen (2019). Diese Schlüsse lassen sich auch mit den Ergebnissen im Querschnitt stützen.

Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der psychosozialen Situation (H5) oder der Arbeitssuche (H7). Für die Intervention war eine deskriptive positive Wirksamkeit für Selbstwert (H5a), berufliche Selbstwirksamkeit (H5b) und soziale Einbindung (H5c) zu erkennen. Hinsichtlich der somatischen Symptome (H6a) schnitt die Kontrollgruppe marginal besser ab. Durch die methodische Limitation in der Analyse der Depressionssymptomatik im Gruppenvergleich, wies nur eine Untersuchungsmethode eine signifikante Reduktion depressiver Symptome auf (H6b). Die Stresssymptomatik war in der Interventionsgruppe deskriptiv geringer als in der Kontrollgruppe (H6c). Sowohl Arbeitssuchmotivation (H7a) als auch Arbeitssuchverhalten (H7b) waren in der Interventionsgruppe etwas stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe.

Das postulierte Zusammenhangsmodell (H1) wurde in großen Teilen gestützt. Die theoretischen Erkenntnisse aus der Analyse des SGM können herangezogen werden, um die deskriptiv positive Wirkung der INGE-Teilnahme zu fördern.

### **Theoretische Implikationen**

Das postulierte Zusammenhangsmodell stützt die Annahme eines direkten, negativen Einflusses der Internalisierung von Stigmata auf Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung sowie die soziale Einbindung Betroffener nach Drapalski und Kolleg\*innen (2014). Ferner bestätigt sich die Modellannahme, dass die Reduktion internalisierter Stigmata nicht nur

psychosoziale Outcomes positiv beeinflussen kann, sondern auch vermittelt über den Selbstwert zur Reduktion psychischer Symptome beiträgt. Die Bedeutung des indirekten Einflusses der internalisierten Stigmatisierung beschränkt sich dabei jedoch nicht nur auf die psychische Gesundheit. Auch die durch Stuarts Entstehungsmodell (2004) nahegelegten Auswirkungen internalisierter Stigmata auf Arbeitssuchverhalten und -motivation werden über die berufliche Selbstwirksamkeit vermittelt. Die Mediationsrolle der sozialen Einbindung Betroffener lässt sich hingegen nicht bestätigen. Jedoch legen die durchgeführten Pfadanalysen einen direkten positiven Einfluss der sozialen Einbindung auf das Arbeitssuchverhalten und die psychische Symptomatik nahe. Die Mediationsanalysen sowie die Analyse des modifizierten Zusammenhangsmodells deuten darüber hinaus auf einen neuen Befund hinsichtlich einer direkten Assoziation zwischen internalisiertem Stigma und psychischen Symptomen hin. Ein solcher direkter Einfluss auf die psychische Symptomatik deckt sich auch mit empirischen Erkenntnissen zu einer psychischen Gesundheitsverschlechterung bei erhöhtem internalisiertem Stigma (Vieira et al., 2023). Weiterhin zeigt sich ein signifikanter direkter Einfluss des internalisierten Stigmas auf das Arbeitssuchverhalten, was auf den postulierten selbsterhaltenden Kreislauf nach Stuart (2004) aus Vermeidung der Arbeitssuche wegen der internalisierten Überzeugung beruflich abgelehnt zu werden und der Selbstverurteilung aufgrund von Arbeitslosigkeit hindeuten könnte.

Die Ergänzung des Modells des internalisierten Stigmas psychischer Erkrankungen nach Drapalski und Kolleg\*innen (2014) um Annahmen des internalisierten Stigmas der Arbeitslosigkeit nach Stuart (2004) bietet damit ein geeignetes Erklärungsmodell des internalisierten *double stigmas* bei psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit. Das Modell impliziert die zentrale Bedeutung der Reduktion der internalisierten Stigmata für die psychosozialen Lebensbedingungen Betroffener sowie für ihre psychische und berufliche Rehabilitation und bietet somit einen wichtigen Ansatzpunkt für die praktische Umsetzung von Interventionen gegen internalisierte Stigmata.

## Praktische Implikationen

Praktische Implikationen für die Implementierung der Bearbeitung internalisierter Stigmata in der Intervention INGE lassen sich aus der Übersicht wirksamer Interventionsansätze (Tabelle 1) sowie den Konzeptionen von erfolgreichen Interventionen zur Reduktion internalisierter Stigmata schlussfolgern. Als Grundlage sollten Teilnehmende zunächst Psychoedukation zu den Themenkomplexen der Diskriminierung und der Internalisierung von Stigmatisierung erhalten (Drapalski et al., 2021; Ivezić et al., 2017; Lucksted et al., 2017). Aufbauend darauf sollte eine kognitiv-behaviorale Bearbeitung negativer Selbstüberzeugungen aufgrund von internalisierter Stigmatisierung erfolgen. Ein mögliches Vorgehen stellt die Erarbeitung eines konstruktiven Selbstbilds durch den Bericht persönlicher Erfahrungen im Gruppenkontext mit simultaner Aufarbeitung internalisierter negativer Überzeugungen dar, was das internalisierte Stigma sowohl im Vergleich zu anderen Interventionen (Hansson et al., 2017) als auch einer Wartekontrollgruppe signifikant reduzieren kann (Roe et al., 2014). Neben der kognitiven Rekonstruktion durch die Disputation negativer Selbstüberzeugungen sollten kognitiv-behaviorale Ansätze um Trainings zum Aufbau von Strategien und Fertigkeiten zum Umgang mit erlebter Stigmatisierung ergänzt werden. Als erfolgsversprechend zeigen sich hierbei insbesondere der Aufbau assertiver Kommunikationsfertigkeiten (Best et al., 2018; Fung et al., 2011) sowie Problemlösestrategien (Drapalski et al., 2021). Die Steigerung von Akzeptanz im Sinne der *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) bezüglich Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung und den damit verbundenen Barrieren und Herausforderungen, kann ebenfalls den Umgang mit Stigmatisierung verbessern und so die internalisierten Stigmata signifikant reduzieren (Rüsch et al., 2019). Selbstoffenbarungstrainings ermöglichen eine zusätzliche Vorbereitung Betroffener auf den Umgang mit ihren Stigmata auf dem Arbeitsmarkt und an ihrem zukünftigen Arbeitsplatz, indem sie offen Vor- und Nachteile der Selbstoffenbarung einer stigmatisierten Identität diskutieren und Selbstoffenbarungsbestreben gezielt

vorbereiten (Corrigan et al., 2015). Grundsätzlich empfiehlt sich die Durchführung einer Intervention zur Reduktion internalisierter Stigmatisierung im Gruppenkontext, da so ein direkter Erfahrungsaustausch und Peerunterstützung ermöglicht (Best et al., 2018; Conner et al., 2015) sowie die Selbstisolation von Betroffenen reduziert wird (Sharone, 2023; Sharone & Vasquez, 2017). Zusätzlich bietet sich die Erprobung erlernter Strategien im Alltag durch das Umsetzen von Hausaufgaben an (Drapalski et al., 2021; Rüsch et al., 2019; Yanos et al., 2011). Bei der Durchführung sollte zudem die Persistenz von Stereotypen und stigmatisierenden Überzeugungen beachtet und eine Langzeitintervention angestrebt werden (Alonso et al., 2019).

Die Implementierung dieses Vorgehens ließe sich im Kontext der INGE durch kleine Anpassungen ressourcenschonend umsetzen. So kann psychoedukative Aufklärung in Workshops integriert werden, indem über Auswirkungen von Diskriminierung, mögliche Barrieren aufgrund von Stigmata informiert und Bewusstsein für mögliche Internalisierung negativer gesellschaftlicher Haltungen geschaffen wird. Sowohl die Beratung im Einzel- als auch im Gruppenkontext bietet die Möglichkeit Aussagen von Teilnehmenden hinsichtlich internalisierter Stigmata einzuordnen und durch kognitiv-behaviorale Strategien zu rekonstruieren. Dies könnte um die Nutzung von Peerunterstützung und -anleitung ergänzt werden. Auch bereits bestehende Konzeptionen zur Förderung kognitiver und sozialer Fertigkeiten ließen sich um Strategien zum Umgang mit erlebter Diskriminierung beispielsweise durch Rollenspiele ergänzen. Aufbauend darauf könnte ein neuer Workshop zum Thema der Selbstoffenbarung erarbeitet werden, der zunächst auf die Herausforderungen einer Selbstoffenbarung aufmerksam macht und gemeinsam mit den Teilnehmenden einen konstruktiven Umgang mit der Offenbarung einer stigmatisierten Identität auf dem Arbeitsmarkt und am Arbeitsplatz findet. Darüber hinaus empfiehlt es sich Trainer innen und Berater innen vor der Durchführung von Interventionen bezüglich internalisierter Stigmatisierung für die Auswirkungen von Stigmatisierung zu sensibilisieren, um ihre Beratungskompetenz zu verbessern und das Verständnis für individuelle Barrieren

aufgrund von struktureller Diskriminierung und Herausforderungen der Internalisierung von Stigmata zu steigern (Janssens et al., 2023a).

Da die Bereitschaft zur Annahme von Hilfsangeboten mit Dauer der Arbeitslosigkeit (Rüsch et al., 2019) sowie steigendem internalisiertem Stigma sinkt (Vogel et al., 2007) und die strukturelle Diskriminierung bei Langzeitarbeitslosigkeit erhöht ist (Nüß, 2018), erscheint es sinnvoll der Internalisierung bereits präventiv entgegenzusteuern. Zur Prävention eignet sich insbesondere das frühzeitige Durchbrechen des Internalisierungsprozesses (Corrigan et al., 2011). Hier zeigte die psychoedukativ-kognitiv-behaviorale Intervention *Ending Self Stigma* durch die Reduktion von Stereotypzustimmung und Selbstidentifikation Betroffener mit dem Stereotyp eine potentiell präventive Wirkung (Lucksted et al., 2017). Somit sollten bei der psychosozialen Betreuung von Personen in Arbeitslosigkeit mit psychischer Erkrankung bereits frühzeitig psychoedukative Inhalte zu Diskriminierung und Stigmata sowie die Bearbeitung der Internalisierung implementiert werden, um psychischer Destabilisierung vorzubeugen.

### **Limitationen und künftige Forschung**

Limitationen dieser Studie liegen in der geringen Teilnehmendenzahl in Interventions- und Kontrollgruppe aufgrund der schweren Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie des hohen Dropouts. Dies deckt sich mit der Zielgruppenerfahrung aus anderen empirischen Untersuchungen, die ebenfalls ein womöglich vermehrtes unzuverlässiges Antwortverhalten durch geringe Motivation innerhalb der Zielgruppe implizieren (Rüsch et al., 2019). Methodisch ist die Studie aufgrund der Erhebung der Kontrollgruppe zu nur einem Zeitpunkt limitiert. Durch die statistische Absicherung der Gruppenvergleichbarkeit wurde dies versucht abzufangen. Aufgrund der querschnittlichen Untersuchung des Zusammenhangsmodells lassen sich keine kausalen Schlüsse daraus ableiten. Außerdem könnten die unterschiedlichen Erhebungsmethoden depressiver Symptome zu Verzerrungen in der Auswertung geführt haben. Darüber hinaus bestätigten alle Personen in der Kontrollgruppe

mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert worden zu sein, während diese Angabe in der Interventionsgruppe nicht erhoben wurde. Obwohl es keine Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich des internalisierten Stigmas bei verschiedenen psychischen Erkrankungen gibt (Picco et al., 2016; Tanriverdi et al., 2020), könnten Kontroll- und Interventionsgruppe im Ausmaß des Schweregrads ihrer psychischen Beschwerden voneinander abweichen. Weiterhin können keine direkten Schlüsse bezüglich des internalisierten Stigmas innerhalb der Interventionsgruppe gezogen werden, da entsprechende Fragebögen nicht Teil des Erhebungskatalogs der INGE waren. Die Erkenntnisse dieser Studie legen jedoch nahe, die Internalisierung von Stigmatisierung in einer Weiterentwicklung von INGE ebenso wie in nachfolgenden Interventionen mit gleicher Zielgruppe zu integrieren, um diese im Interventionskontext näher zu beleuchten und Erkenntnisse über eine wirksame Implementierung der Aspekte internalisierter Stigmata zu gewinnen.

Nachfolgende Studien sollten die internalisierten Stigmata von psychischer Erkrankung und Arbeitslosigkeit in der Intervention direkt betrachten. Außerdem erscheint es sinnvoll eine wartende Kontrollgruppe zu integrieren, um sowohl die Erreichbarkeit der Kontrollgruppe im Interventionsverlauf zu gewährleisten als auch mögliche Zeiteffekte und Spontanremissionen in der Kontrollgruppe abbilden zu können. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll das Strukturgleichungsmodell nochmals im Längsschnitt zu betrachten, um kausale Veränderungsmuster und -prozesse untersuchen zu können (Little, 2024) sowie die Genauigkeit der Modellschätzung zu verbessern, um die Ableitung möglicher neuer theoretischer Erkenntnisse abzusichern (Selig & Little, 2012).

Weiterhin könnte die Integration einer intersektionalen Perspektive hinsichtlich der betrachteten Stigmata psychischer Erkrankung und Arbeitslosigkeit die Auswirkungen der Diskriminierung auf unterschiedliche Personengruppen differenziert zugänglich machen. So könnten männliche Betroffene aufgrund stereotyper Rollenerwartungen an Männer als starke Versorger stärker unter gesellschaftlicher Diskriminierung und internalisierter Stigmata psychischer Erkrankungen und Arbeitslosigkeit leiden. Für die Auswirkung von

Arbeitslosigkeit auf das Wohlbefinden konnte für Männer bereits ein stärkerer Leidensdruck identifiziert werden (Gedikli et al., 2023).

### **Conclusio**

Zusammenfassend bietet die vorliegende Studie erste Erkenntnisse über die zentrale Bedeutsamkeit der internalisierten Stigmata psychischer Erkrankungen und Arbeitslosigkeit für Interventionen zur psychischen Stabilisierung sowie beruflichen und psychischen Rehabilitation von Personen in Langzeitarbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung. Die Untersuchungen des Zusammenhangsmodells bestätigen dabei die direkten Einflüsse der Internalisierung von Stigmata auf psychosoziale Outcomes sowie deren vermittelnde Wirkung auf berufliche und psychische Rehabilitation Betroffener. Auf Basis dieser theoretischen Erkenntnisse im Zusammenspiel mit empirischen Erkenntnissen verschiedener Interventionsansätze zur Bearbeitung internalisierter Stigmatisierung lässt sich die in längs- und querschnittlichen Analysen vorgefundene deskriptive Wirkung der Intervention INGE fördern. Zukünftige Studien sollten methodische Limitationen berücksichtigen und könnten durch die Erprobung verschiedener Interventionsansätze wichtige Erkenntnisse für eine effiziente Umsetzung von Interventionsbestrebungen hinsichtlich der Reduktion internalisierter Stigmata bieten. Weiterhin bietet die Übernahme intersektionaler Perspektiven die Chance komplexe gesellschaftliche Herausforderung für einzelne Personengruppen in der Zielgruppe zu berücksichtigen und so in Zukunft mögliche Barrieren explizit adressieren zu können.



## Literaturverzeichnis

- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. 2019 . Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. 2014 . Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29 (6), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004>
- Bedaso, A., Workie, K., Gobena, M., & Kebede, E. 2022 . The magnitude and correlates of internalized stigma among people with mental illness attending the outpatient department of Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Heliyon*, 8 (5), e09431. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09431>
- Berglund, E., Anderzén, I., Andersén, Å., Carlsson, L., Gustavsson, C., Wallman, T., & Lytsy, P. (2018). Multidisciplinary Intervention and Acceptance and Commitment Therapy for Return-to-Work and Increased Employability among Patients with Mental Illness and/or Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2424. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112424>
- Best, M. W., Grossman, M., Milanovic, M., Renaud, S., & Bowie, C. R. 2018 . Be outspoken and overcome stigmatizing thoughts BOOST : A group treatment for internalized stigma in first-episode psychosis. *Psychosis*, 10 (3), 187–197. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1472630>
- Blau, G., Petrucci, T., & McClendon, J. 2013 . Correlates of life satisfaction and unemployment stigma and the impact of length of unemployment on a unique unemployed sample. *Career Development International*, 18 (3), 257–280. <https://doi.org/10.1108/CDI-10-2012-0095>
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. 2014 . Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness ISMI scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (1), 17–23. <https://doi.org/10.1037/prj0000035>
- Brouwers, E. P. M. 2020 . Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: Position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8 (1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., Van Zelst, C., & Van Weeghel, J. 2020 . To Disclose or Not to Disclose: A Multi-stakeholder Focus Group Study on Mental Health Issues in the Work Environment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30 (1), 84–92. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09848-z>
- Brown, R. L., & Batty, E. 2021 . The impact of internalized stigma on physical health indicators and health care utilization over a 3-year period. *Stigma and Health*, 6 (2), 143–150. <https://doi.org/10.1037/sah0000263>
- Bryan, M. L., Rice, N., Roberts, J., & Sechel, C. 2022 . Mental Health and Employment: A Bounding Approach Using Panel Data . *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 84 (5), 1018–1051. <https://doi.org/10.1111/obes.12489>
- Catalano, L. T., Brown, C. H., Lucksted, A., Hack, S. M., & Drapalski, A. L. 2021 . Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.014>
- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. 2010 . The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136 (2), 236–256. <https://doi.org/10.1037/a0018193>
- Chronister, J., Chou, C., & Liao, H. 2013 . THE ROLE OF STIGMA COPING AND SOCIAL SUPPORT IN MEDIATING THE EFFECT OF SOCIETAL STIGMA ON INTERNALIZED STIGMA, MENTAL HEALTH RECOVERY, AND QUALITY OF LIFE AMONG PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS. *Journal of Community Psychology*, 41 (5), 582–600. <https://doi.org/10.1002/jcop.21558>

- Coleman Brown, L. 2013 . Stigma: An enigma demystified. In *The Disability Studies Reader* (S. 147–160).
- Conner, K. O., McKinnon, S. A., Ward, C. J., Reynolds, C. F., & Brown, C. 2015 . Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 2), 186–193. <https://doi.org/10.1037/prj0000109>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. D., Fontecchio, M. J., Castro, D., Gause, M., Krzyżanowski, R., & Rüsch, N. 2015 . Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229 1), 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. 2009 . Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8 2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. 2011 . Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189 3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. 2002 . The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. 2006 . The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Denise, E. J. 2014 . Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*, 55 1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Brown, C. H., & Fang, L. J. 2021 . Outcomes of Ending Self-Stigma, a Group Intervention to Reduce Internalized Stigma, Among Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 72 2), 136–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900296>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. 2014 . A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Fernández, D., Grandón, P., López-Angulo, Y., Vladimir-Vielma, A., Peñate, W., & Díaz-Pérez, G. (2023). Internalized stigma and self-stigma in people diagnosed with a mental disorder. One concept or two? A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 69 8), 1869–1881. <https://doi.org/10.1177/00207640231196749>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. 2011 . Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189 2), 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013>
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. 2009 . Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform K-14). *Zeitschrift Für Medizinische Psychologie*, 18 1 , 43–48.
- Garcia-Lorenzo, L., Sell-Trujillo, L., & Donnelly, P. 2021 . Responding to stigmatization: How to resist and overcome the stigma of unemployment. *Organization Studies*. <https://doi.org/10.1177/01708406211053217>
- Gedikli, C., Miraglia, M., Connolly, S., Bryan, M., Watson, D. 2023 . The relationship between unemployment and wellbeing: An updated meta-analysis of longitudinal evidence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 32 1), 128–144. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2022.2106855>
- Goffman, E. 1997 . Selections from stigma. In *The Disability Studies Reader* (S. 215).
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. 2004 . Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50, 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. 2017 . The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: A randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415–1423.

- <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1385-x>
- Ho, G. C., Shih, M., Walters, D. J., & Pittinsky, T. L. 2011 . *The Stigma of Unemployment: When joblessness leads to being jobless*. <https://escholarship.org/uc/item/7nh039h1>
- Hu, L., & Bentler, P. M. 1999 . Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6 1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- INGE – ein innovatives Projekt der GGSD. (o. J. . DAA Stiftung. Abgerufen 23. April 2024, von <https://www.daa-stiftung.de/inge-ein-innovatives-projekt-der-ggsd>
- Ivezić, S. Š., Sesar, M. A., & Mužinić, L. (2017). Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 29 1), 66–73.
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S., Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43 2), 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Janssens, K. M. E., Joosen, M. C. W., Henderson, C., Bakker, M., Den Hollander, W., Van Weeghel, J., Brouwers, E. P. M. 2023 . Effectiveness of a Stigma Awareness Intervention on Reemployment of People with Mental Health Issues/Mental Illness: A Cluster Randomised Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10129-z>
- Janssens, K. M. E., Joosen, M. C. W., Henderson, C., Van Weeghel, J., Brouwers, E. P. M. (2023). Improving Work Participation Outcomes Among Unemployed People with Mental Health Issues/Mental Illness: Feasibility of a Stigma Awareness Intervention. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10141-3>
- Karren, R., & Sherman, K. 2012 . Layoffs and unemployment discrimination: A new stigma. *Journal of Managerial Psychology*, 27 8), 848–863. <https://doi.org/10.1108/02683941211280193>
- Klein, T., Kösters, M., Corrigan, P. W., Mak, W. W. S., Sheehan, L., Conley, C. S., Oexle, N., Rüsch, N. 2023 . Does the peer-led Honest, Open, Proud program reduce stigma's impact for everyone? An individual participant data meta-regression analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(11), 1675–1685. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02491-3>
- Krug, G., Drasch, K., & Jungbauer-Gans, M. 2019 . The social stigma of unemployment: Consequences of stigma consciousness on job search attitudes, behaviour and success. *Journal for Labour Market Research*, 53 1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12651-019-0261-4>
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. 2009 . Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33 4), 413–425. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0890>
- Link, B. (1982). Mental Patient Status, Work, and Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label. *American Sociological Review*, 47 2), 202–215. <https://doi.org/10.2307/2094963>
- Link, B. G., Phelan, J. C. 2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 1 , 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Little, T. D. (2024). *Longitudinal Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122 1), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Lucksted, A., Drapalski, A. L., Brown, C. H., Wilson, C., Charlotte, M., Mullane, A., Fang, L. J. (2017). Outcomes of a Psychoeducational Intervention to Reduce Internalized Stigma Among Psychosocial Rehabilitation Clients. *Psychiatric Services*, 68 4), 360–367. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600037>
- Lysaker, P. H., Roe, D., Yanos, P. T. (2006). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders.

- Schizophrenia Bulletin*, 33 1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Major, B., O'Brien, L. T. 2005 . The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56 1), 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24 4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., Harvey, S. B. 2016 . Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209 1 , 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Norlander, P., Ho, G. C., Shih, M., Walters, D. J., & Pittinsky, T. L. 2020 . The Role of Psychological Stigmatization in Unemployment Discrimination. *Basic and Applied Social Psychology*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01973533.2019.1689363>
- Nüß, P. 2018 . *Duration dependence as an unemployment stigma: Evidence from a field experiment in Germany* (Working Paper 2018–06). Economics Working Paper. <https://www.econstor.eu/handle/10419/179941>
- Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M. 2016 . Evaluation of the psychometric properties of the brief Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-10). *Neuroendocrinology Letters*, 37, 511–517.
- O'Donnell, A. T., Corrigan, F., Gallagher, S. 2015 . The impact of anticipated stigma on psychological and physical health problems in the unemployed group. *Frontiers in Psychology*, 6, 147365. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01263>
- Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaheer, M., Pirkis, J. 2013 . Mental health affects future employment as job loss affects mental health: Findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry*, 13 1), 144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-144>
- Pearl, R. L., Forgeard, M. J. C., Rifkin, L., Beard, C., & Björgvinsson, T. 2017 . Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*, 2 1), 2–15. <https://doi.org/10.1037/sah0000036>
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., Subramaniam, M. 2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., & Yanos, P. T. (2014). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Clinical Psychology*, 70 4), 303–312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Rosenberg, M. 2011 . *Rosenberg Self-Esteem Scale* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Roth, M., Decker, O., Herzberg, P. Y., & Brähler, E. 2008 . Dimensionality and Norms of the Rosenberg Self-esteem Scale in a German General Population Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 24 3), 190–197. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.3.190>
- Rüsch, N., Staiger, T., Waldmann, T., Dekoj, M. C., Brosch, T., Gabriel, L., Bahemann, A., Oexle, N., Klein, T., Nehf, L., & Becker, T. 2019 . Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial. *International Journal of Social Psychiatry*, 65 4), 333–337. <https://doi.org/10.1177/0020764019846171>
- Schomerus, G., Leonhard, A., Manthey, J., Morris, J., Neufeld, M., Kilian, C., Speerforck, S., Winkler, P., Corrigan, P. W. 2022 . The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. *Journal of Hepatology*, 77 2), 516–524. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.04.026>
- Schyns, B., & Von Collani, G. 2002 . A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 2), 219–241. <https://doi.org/10.1080/13594320244000148>
- Selig, J. P., & Little, T. D. 2012 . Autoregressive and cross-lagged panel analysis for longitudinal data. In *Handbook of developmental research methods* (S. 265–278). The Guilford Press.

- Sharone, O. 2023 . Addressing Internalized Stigma. In D. L. Blustein & L. Y. Flores, *Rethinking Work* (1. Aufl., S. 123–127). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003272397-26>
- Sharone, O., & Vasquez, A. 2017 . Sociology as a Strategy of Support for Long-Term Unemployed Workers. *The American Sociologist*, 48 (2), 246–265. <https://doi.org/10.1007/s12108-016-9321-1>
- Staiger, T., Waldmann, T., Oexle, N., Wigand, M., & Rüscher, N. 2018 . Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: The role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1091–1098. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1535-9>
- Stuart, H. 2004 . Stigma and Work. *Healthcare Papers*, 5 (2), 100–111. <https://doi.org/10.12927/hcpap..16829>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., Van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. 2017 . Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017 (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Sun, J., Yin, X., Li, C., Liu, W., & Sun, H. 2022 . Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 915617. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.915617>
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. 2020 . The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25 (3), 251–257. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675790>
- Tröster, H., & Pulz, I. 2022 . *Stigma und Stigmabewältigung*. (S. 173–184).
- van Hooft, E. A. J., Kammeyer-Mueller, J. D., Wanberg, C. R., Kanfer, R., Basbug, G. 2021 . Job search and employment success: A quantitative review and future research agenda. *Journal of Applied Psychology*, 106 (5), 674–713. <https://doi.org/10.1037/apl0000675>
- Vansteenkiste, M., Lens, W., De Witte, S., De Witte, H., & Deci, E. L. 2004 . The ‘why’ and ‘why not’ of job search behaviour: Their relation to searching, unemployment experience, and well-being. *European Journal of Social Psychology*, 34 (3), 345–363. <https://doi.org/10.1002/ejsp.202>
- Vieira, M., Fonseca Silva, B., & Silva Ribeiro, J. 2023 . INTERNALIZED STIGMA – HOW WE VIEW OUR MENTAL ILLNESS. *European Psychiatry*, 66(S1), S1032–S1032. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2190>
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. 2013 . Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60 (2), 311–316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. 2007 . Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Wahl, O. F. 1999 . Mental Health Consumers’ Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 467–478. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., Sells, M. 2006 . Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. 2011 . Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *International journal of group psychotherapy*, 61 (4), 576–595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Zechmann, A., & Paul, K. I. 2019 . Why do individuals suffer during unemployment? Analyzing the role of deprived psychological needs in a six-wave longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24 (6), 641–661. <https://doi.org/10.1037/ocp0000154>