

**Für Janek**

- Das beste Mängel Exemplar der Welt -

## **Widmung**

Wir möchten die vorliegende Arbeit all denjenigen widmen, die als Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter Stigmatisierungen leiden und dadurch in ihrem Sein eingeschränkt werden.

Wir möchten sie den Angehörigen und Freunden widmen, die aufgrund der Erkrankung eines geliebten Menschen, Vorurteile und Diskriminierung erleben und wir möchten sie allen Sozialarbeiter\_innen, Psycholog\_innen, Psychotherapeut\_innen und weiteren Fachkräften widmen, die durch ihre Arbeit versuchen, Stigmatisierungen entgegen zu treten und zu bekämpfen.

Unser Dank gilt unseren Familien und Freunden,  
für die Unterstützung, Motivation und Liebe  
über diese ereignisreiche und prägende Zeit hinweg.



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

## **Masterarbeit**

zur Erlangung des Grades Master of Arts  
im Studiengang Beratung

# **Mängelexemplar**

## **Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

vorgelegt von

Josefin Drechsel

Annegret Fechtner

Erstgutachter:

Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitgutachter:

Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

URN:

urn:nbn:de:gbv:519-thesis

Abgabetermin:

09.10.2018

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Terminologien .....</b>	<b>6</b>
1.1 Von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung .....	6
1.2 Stigmatisierung .....	10
<b>2 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.....</b>	<b>20</b>
2.1 Stigmatisierung im öffentlichen Kontext.....	22
2.1.1 Die öffentliche Meinung – Das Bild in der Gesellschaft .....	22
2.1.2 Die öffentliche Meinung und der Einfluss der Medien.....	30
2.2 Stigmatisierung im professionellen Kontext.....	41
2.2.1 Psychiatrie .....	42
2.2.2 Stigmatisierung durch strukturelle und institutionelle Diskriminierung ....	50
2.3 Selbststigmatisierung und Stigmatisierung von Angehörigen .....	57
2.3.1 Selbststigmatisierung von Betroffenen .....	57
2.3.2 Die Angehörigen .....	68
<b>3 Folgen von Stigmatisierung.....</b>	<b>74</b>
<b>4 Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung.....</b>	<b>78</b>
4.1 Ansätze zur Reduzierung öffentlicher Stigmatisierung .....	82
4.1.1 Ansätze zur Reduzierung von gesellschaftlicher Stigmatisierung.....	82
4.1.2 Ansätze zur Reduzierung öffentlicher Stigmatisierung durch Medien.....	84
4.1.3 Resume: .....	96
4.2 Ansätze im professionellen Kontext.....	98
4.2.1 Anthropologischer Ansatz.....	98
4.2.2 Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung durch Professionelle .....	99
4.3 Ansätze gegen Selbststigmatisierung.....	107
4.3.1 Empowerment.....	109
4.3.2 Selbsthilfegruppen für Angehörige.....	114
<b>5 Fazit .....</b>	<b>120</b>
<b>6 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>124</b>
<b>7 Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>125</b>
<b>8 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>126</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>138</b>

## Einleitung

[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]

10:30 Uhr an einem Septembermorgen: Ich sitze in einer Uni-Bibliothek in Mecklenburg-Vorpommern. Ich habe mich zum Schreiben in den alten Eltern-Kind-Raum gesetzt, da er meistens leer ist und die Sonne wunderbar durch die Fenster scheint. Ich sitze allein hier und arbeite an dem, was einmal meine Masterthesis werden soll. Die Tür geht auf und ein Mann betritt den Raum. Seine Haare und Augenbrauen sind schwarz gefärbt, er trägt eine schwarze Anzughose und dazu ein schwarzes Hemd. Als er den Raum betritt, sieht er mich kurz an und bleibt dann für ein, zwei Minuten an der offenen Tür stehen. Ich sage freundlich "Hallo" - keine Reaktion. Er wirkt irritiert von meiner Anwesenheit, entscheidet sich dann aber dafür, sich an den leeren Tisch mir gegenüber zu setzen. Er verweilt sitzend für etwa zehn Minuten, dann nimmt er seine mitgebrachte Geschenktüte, stellt sie vor sich auf den Tisch und holt ein Fahrradschloss heraus. Es ist mit einem Zahlencode versehen und jede Zahlenreihe ist in einer anderen Farbe gestaltet. Ich versuche mich weiter auf meine Aufgabe zu konzentrieren, doch diese Person und sein Tun haben meine Neugier geweckt. Über den Rand meines Laptop-Bildschirms versuche ich, das weitere Geschehen zu beobachten: Er nimmt das Schloss in die Hand, löst den Zahlencode, öffnet dieses, schließt es dann wieder und verdreht die Zahlen. Er wiederholt diesen Vorgang drei Mal, dazwischen lässt er immer eine kurze Pause. Dann steht er auf, packt das Zahlenschloss sorgfältig zurück in die bunt verzierte Tüte und verlässt den Raum. Eine halbe Stunde später kommt ein Bekannter von mir in den Raum, den ich hier Fabian nennen möchte, um gemeinsam mit mir zu arbeiten. Ich berichte ihm von meinen Beobachtungen und merke, wie spannend diese Person für mich ist. Seit zwei Wochen sitze ich jeden Tag in dieser Bibliothek, an unterschiedlichen Plätzen, auf unterschiedlichen Etagen. Ich sehe dabei wahrscheinlich mehr als 300 fremde Gesichter jeden Tag. Keines von diesen konnte meine Aufmerksamkeit wecken. Als ich meine Erzählungen zum Verhalten des Mannes beendet habe, wird klar, dass ich nicht die Einzige bin, der diese Person aufgefallen ist. Mein Bekannter sitzt fast täglich in diesem Raum und kann meine Beobachtungen durch eine detailliertere Analyse ergänzen: Er holt eines seiner Arbeitsblätter heraus, auf das er am Rand mit Bleistift Zahlen vermerkt hat: 30 Sekunden, 3 Minuten und 10 Sekunden, 2 Stunden und 10 Minuten. In den letzten Tagen hat er das Verhalten des Mannes, beziehungsweise das, was er davon

*mitbekommen hat, versucht zu dokumentieren und den von ihm so bezeichneten ‚Code‘ zu entziffern. Nach seiner Theorie verfolgt der Mann einen strikten Zeitplan, um seine Aufgabe zu erfüllen. Fabian erklärt seine Vermutungen präzise und sagt dann “das ist doch mindestens ´ne Zwangsstörung, oder?”. Es ist nicht meine Aufgabe, und schon gar nicht mein Recht, das zu beurteilen. Und trotzdem war auch das mein erster Gedanke. Wir diskutieren noch eine Weile über das Geschehen. Fabian versucht, weitere Erklärungsmuster für seinen “Code” zu finden, während ich mich frage, welchen Einfluss unsere Anwesenheit in diesem Raum hat. Ob er anders handeln würde, wenn wir nicht da wären, ob er sich von uns gestört fühlt, was passieren würde, wenn ‚sein‘ Platz auch besetzt wäre. Ob es vermessen wäre, ihn einfach anzusprechen. Es sind eine Menge Fragen. An diesem Tag bin ich nicht wirklich produktiv. Das ist an sich nichts Ungewöhnliches, denn es fällt mir nicht schwer, zu prokrastinieren. Doch heute hat es einen bestimmten Grund: Seit mehr als fünf Jahre studiere ich jetzt schon und beschäftige mich noch viel länger mit Menschen, die durch die unterschiedlichsten Gründe aus einem Bezugsrahmen unserer Gesellschaft rausfallen, und dabei lerne ich jeden Tag mehr dazu. Ich versuche das, was ich gelernt habe und für ‚richtig‘ halte, umzusetzen, in meiner Arbeit und auch im Privaten. Ich achte auf meine “political correctness”, arbeite mit Menschen aus anderen Kulturkreisen und strapaziere mein Umfeld regelmäßig mit meinem beständigen Wunsch nach Reflektion. Doch das alles ändert nichts daran:*

*Ich stigmatisiere.*

*Das ist nichts Neues, nicht für mich und nicht für Andere. Doch gerade deswegen muss ich es aussprechen. Die Absurdität des Ganzen liegt wohl darin, dass ich mich seit Monaten intensiv mit der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandersetze und dann selbst nichts besseres zu tun habe, als mein Gegenüber auf seine vermutete psychische Beeinträchtigung zu reduzieren.*

Diese Geschichte ist wohl nur eine von vielen, bei denen Personen unbewusst die Menschen in ihrer Umgebung auf das beobachtete Merkmal begrenzen und dadurch nicht mehr offen sind für die eigentliche Pluralität der Persönlichkeiten. In dieser Arbeit soll genau dieses gesellschaftliche Phänomen genauer betrachtet werden. Stigmatisierung ist in unserer Gesellschaft als bewusster oder unbewusster Vorgang in der Alltäglichkeit fest verankert. Arbeitslose, Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende oder Transsexuelle – immer dann, wenn man als Person nicht mehr dem „Normfall“ entspricht und ein gesellschaftlich erwünschtes Verhalten oder eine Erwartung nicht erfüllen kann, ist man Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt. In vielen Fällen sind diese Merkmale jedoch nicht auf den ersten Blick erkennbar, sondern zeigen sich erst im mittelbaren oder unmittelbaren Kontakt. Für das Spektrum der psychischen Beeinträchtigungen trifft das ebenso zu: Einige Symptome psychischer Erkrankungen erregen, wie in der Geschichte beschrieben, schnell Aufmerksamkeit und sind vermeintlich sofort sichtbar. Andere psychische Erkrankungen sind hingegen von außen betrachtet nicht erkennbar. Als Gemeinsamkeit aller psychischen Erkrankungen ist jedoch festzuhalten, dass sie in unserer Gesellschaft in den meisten Fällen auf Irritation, Unverständnis und Unwissenheit stoßen und in deren Folge auf Stigmatisierungen.

Jedes Jahr sind ca. 17,8 Millionen der volljährigen Personen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen. Obwohl dies 27,8% der erwachsenen Bevölkerung ausmacht, wird diese Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Literatur gerne unverständlicherweise als Minderheit bezeichnet (vgl. DGPPN 2 2018, Internetquelle). Diese Zahlen verdeutlichen die hohe Wahrscheinlichkeit, Menschen mit psychischen Erkrankungen im privaten oder beruflichen Alltag zu begegnen. Auch wir haben im privaten und auch beruflichen Kontext die Erfahrung gemacht, mit Personen mit psychischen Erkrankungen in Kontakt zu treten, obwohl dies kein Kernbereich unseres jeweiligen Arbeitsfeldes war. Dennoch gehörte es zu unserem Aufgabenbereich, diese Menschen zu begleiten, zu beraten und zu unterstützen. Unser Tätigkeitsfeld beschäftigt sich dabei nicht mit den psychischen Erkrankungen an sich, sondern mit den äußeren Umständen, die die Krankheit begleiten und beeinflussen. Dies hat sich auch in unserem Studium der Beratung bestätigt. So ist Psychosoziale Beratung in unserem Verständnis ein beidseitiger Reflexionsprozess, mit den Themen Sach- und Lebensprobleme. Wenn das Selbst jedoch mit sich selbst ein Problem hat, wie es bei



psychischen Erkrankungen der Fall ist, ist dies nicht mehr Aufgabe der psychosozialen Beratung, sondern fällt in den Bereich der Psychologisch-Psychotherapeutischen Arbeit. Folglich geht es auch im Tätigkeitsfeld der Beratung in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen unter anderem um die Reflexion und Bearbeitung der mit der Krankheit verknüpften äußeren Umstände. Dabei stoßen wir als Beraterinnen zwangsläufig auf die Problematik der Stigmatisierung, die nicht nur unser Klientel an sich betrifft, sondern ebenso deren soziales Umfeld und die professionell Tätigen. Die Stigmatisierungen wirken dabei wie ein Stempel, der den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgedrückt wird und diese in der Folge als „Mängelexemplare“ von der Gesellschaft wahrgenommen werden. In jedem Buchladen finden sich Bücher mit dem Aufdruck „Mängelexemplar“, die aufgrund kleiner Makel, wie geknickten Seiten oder verkehrt aufgedruckten Seitenzahlen, als „weniger wert“ eingeschätzt und unter Wert verkauft werden. Dies lässt sich in gewissem Sinne auf Menschen mit psychischen Erkrankungen übertragen. Die, durch die Gesellschaft als Makel definierte, psychische Erkrankung führt dazu, dass Betroffene häufig nicht als vollwertige Erwachsene behandelt werden. Dies zeigt sich beispielsweise in bevormundendem oder abwertendem Verhalten. Gleichzeitig schätzen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht selten auch selbst als geringwertiger ein. Die daraus entstehenden Problemkonstruktionen bilden einen essentiellen Aufgabenbereich der Berater\_innen und Sozialarbeiter\_innen in der Arbeit mit Betroffenen von psychischen Erkrankungen.

„Mängelexemplar - Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ befasst sich darum mit den Formen, Ursachen, Wirkmechanismen sowie den Folgen von Stigmatisierungsprozessen in erster Instanz und darauf aufbauend mit einzelnen ausgewählten Ansätzen zur Reduzierung von Stigmatisierung.

Anders formuliert beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Frage, wie sich Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen äußern, welche Auswirkungen diese auf Betroffene, Angehörige und das professionelle Tätigkeitsfeld haben und inwiefern man diesem Prozess als Gesellschaft, Professionelle, Betroffene und Angehörige entgegentreten kann.

Im ersten Abschnitt klärt die Arbeit zunächst notwendige Begriffe für ein grundlegendes Verständnis von Stigmatisierung, die für eine anschließende nähere Beschreibung des Terminus notwendig sind. Darauf aufbauend wird im zweiten

Abschnitt Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen genauer definiert, um anschließend die Formen und Wirkmechanismen der gesellschaftlichen, professionell-strukturellen sowie individuellen Stigmatisierung vorzustellen. Abschnitt drei fasst die Folgen von Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zusammen und führt den Begriff der „zweiten Krankheit“ ein. Das finale Kapitel zeigt einzelne Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierungsprozessen auf und schließt die Arbeit mit dem Fazit ab.

# 1 Terminologien

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Um die Bedeutung von Stigmatisierung fassen zu können, ist es wichtig, alle relevanten Begrifflichkeiten in diesem Kontext zu klären. Im Folgenden werden darum zunächst die Termini Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung näher beschrieben. Darauf aufbauend wird ein grundlegendes Verständnis von Stigmatisierung herausgearbeitet und auf Ursprünge, Ursachen, Wirksamkeit und Folgen eingegangen.

## 1.1 Von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Für die Auseinandersetzung mit der Thematik der Stigmatisierung bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung des Begriffes Stigma und den damit im Zusammenhang stehenden weiteren Termini sowie der Einordnung dieser in den Gesamtkontext.

Das Wort Stigma stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen und meint so viel wie „Zeichen“ oder „Merkmal“. Dieses kennzeichnet ihre Träger und Trägerinnen dauerhaft und hebt sie außerordentlich hervor (vgl. Groß 2000, S. 5). Im Duden wird Stigma folgend abgebildet: „(bildungssprachlich) etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderem unterscheidet“ (Bibliographisches Institut GmbH 2017, Internetquelle). Soziologisch meint der Terminus Stigma laut des Fremdwörterbuches des Dudens von 2007: „jemandem bestimmte, von der Gesellschaft als jemandem bestimmte, von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zuordnen, jemanden in diskriminierender Weise kennzeichnen“ (Finzen 2013, S. 37).

Tatsächlich wird der Begriff Stigma im Kontext mit der Thematik der Stigmatisierung zu forderst soziologisch verstanden. Denn die meisten psychologischen und soziologischen fachliterarischen Auseinandersetzungen basieren auf den Grundüberlegungen des Soziologen Erwin Goffmans. Er widmete als erster der Problematik der Stigmatisierung ein gesamtes Buch: „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ und legte damit den Grundstein für alle folgenden Arbeiten (vgl. Finzen 2013, S. 37 f.) Goffman beschreibt Stigma als Eigenschaften unerwünschter Natur, welche die Träger „[...]

beflecken, beeinträchtigen, herabmindern“ (Goffman 2007, S. 11). Im Besonderen, wenn diese Attribute eine stark benachteiligende Wirkung haben (vgl. Goffman 2007, S. 10 ff.). Er unterscheidet in seinem Werk drei Typen von Stigmata. Den ersten Typ fasst er unter dem Begriff - Abscheulichkeiten des Körpers - zusammen. Damit meint er alle auffallenden körperlichen Abnormitäten. Die - individuellen Charakterfehler - bilden den zweiten Typus. Beobachtbar sind sie in Form von „Willensschwäche, beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften, tückische und starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit, welche alle hergeleitet werden aus einem bekannten Katalog, zum Beispiel von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischem Verhalten“ (Goffman 2003, S. 12 f.). Zuletzt führt er als dritten Typus die – phylogenetischen Stigmata – an, die Menschen nach „Rasse, Nation und Religion“ kategorisieren (Goffman 2003, S. 13). Besonders an diesem Typ ist, dass er sowohl die gesamte Familie umfasst und zudem generationsübergreifend ist (vgl. Goffman 2003, S. 12 ff.). Asmus Flinzen hingegen wählt in seinem Buch – Stigma psychische Krankheit - andere Unterscheidungskriterien. Er unterteilt Stigmata in angeborene, durch Krankheit erworbene und durch Minderheitenzugehörigkeit hervorgerufene. Unter angeborenen Stigmata fasst er neben körperlichen Merkmalen, wie Gehörlosigkeit oder Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, auch vermeidlich harmlose Attribute, wie etwa rotes Haar, auch geistige Beeinträchtigungen. Da die Betroffenen von Geburt an mit dem vermeintlichen Defizit leben, werden sie von Beginn an mit den Reaktionen ihrer Umwelt konfrontiert und müssen einen eigenen Weg finden, damit umzugehen.

Durch Krankheit erworbene Stigmata treten im Vergleich zu angeborenen erst später im Leben auf. Gemein ist den beiden Typen, dass sie sowohl physische als auch geistige Merkmale umfassen können. Dennoch unterscheiden die Typen sich deutlich voneinander: Die Betroffenen erworbener Stigmata haben in ihrem bisherigen Lebensverlauf bereits eine Vorstellung davon entwickelt, was sie als – Normalität – definieren. Diese Vorstellung deckt sich nach dem Erwerb eines krankheitsbedingten Stigmas häufig nicht mehr mit dieser Normalität. Das birgt die teils schwierige Entwicklungsaufgabe in sich, dass auf der einen Seite der Umgang mit den gesellschaftlichen Reaktionen erlernt und auf der anderen Seite auch ein individueller Umgang mit der entstandenen Normalitätsdisparität

gefunden werden muss, um ein neues Identitätskonzept entwickeln zu können. Dies gilt ebenso für durch psychische Krankheiten entstehende Stigmata, unabhängig von deren Sichtbarkeit.

Der dritte Typus – das Stigma der Minderheitenzugehörigkeit – weist viele Gemeinsamkeiten mit den zuvor beschriebenen auf. Ausschlaggebender Moment für eine Unterscheidung ist hierbei, dass die Betroffenen physisch und psychisch gesund sind. Das Merkmal wird erst dann zum problemtragenden Stigma, wenn sie Kontakt zu Menschen außerhalb ihrer Minderheitsgruppierung haben. Ein aktuelles Beispiel dafür sind die Menschen mit Fluchterfahrung in Europa. Ihre kulturellen, religiösen und ethnischen Unterschiede führen zu Stigmata, welche vergleichbare Konflikte hervorrufen, wie sie zuvor bei Stigmata durch Krankheit beschrieben wurden (vgl. Finzen 2013, S. 44 f.).

Die Sozialpsychologie unterteilt Stigma daneben in Teilaspekte kognitiver, affektiver und verhaltensorientierter Art. Der kognitive Aspekt von Stigma wird durch Stereotype abgebildet. Stereotypen sind Kategorisierungsversuche von kollektiven Meinungen und Informationen der Allgemeinbevölkerung über diverse soziale Gruppen (vgl. Rüscher/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2015, S. 4). Damit bilden sie ein verhältnismäßig starres, pauschalisiertes und simples Bild eines Meinungsobjektes ab (vgl. Grausgruber 2005, S. 22 f.). Die Stereotypen können dabei sowohl positiv als auch negativ konnotiert sein. Das Wissen um Stereotypen ist dabei nicht zwangsweise gleichbedeutend mit der Anerkennung dieser (vgl. Rüscher/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2015, S. 4). An dieses Verständnis von Stereotypen knüpft auch die Stigmadefinition von Jones et al. an, die beschreibt: „...that stigma can be seen as a relationship between an ‚attribute and a stereotype‘ to produce a definition of stigma as a ‚mark‘ (attribute) that links a person to undesirable characteristics (stereotypes)“ (Jones et al. 1984 zitiert nach Grausgruber 2005, S. 22). Die Unterstützung negativer Stereotypen in Verbindung mit einer negativen emotionalen Reaktion wird als Vorurteil bezeichnet und bildet die emotionale Ebene von Stigma (vgl. Rüscher/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2015, S. 4). Dienen Stereotype durch ihre schon zuvor beschriebene pauschalisierende und vereinfachende Wirkung der sozialen Orientierung, so führen Vorurteile zu einer unumstößlichen subjektiven Befangenheit. In deren Folge werden reale Beobachtungen falsch interpretiert oder bleiben unbeachtet, bestätigende Faktoren werden ignoriert und nicht-bestätigende wiederum hingenommen.

Zusammen führen diese zu übereilten, pauschalisierenden Urteilen. (vgl. Grausgruber 2005, S. 22 f.). Aus diesem Grund sehen Autoren, wie etwa Hohmeier Stigma als „...Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden“ (Hohmeier 1975, S. 7 zitiert nach Grausgruber 2005, S. 23).

Neben den häufig tradierten Stereotypen führt vor allem das Gefühl der Fremdheit zu abwertenden, also negativen Vorurteilen. Unabhängig von Stigma werden Vorurteile unterschieden in negative, positive und wertneutrale Formen. Beispielsweise in der Werbung sollen positive Vorurteile geprägt werden, um sich über ein gutes Image von anderen Produkten abzuheben. Wertneutrale Vorurteile dienen hauptsächlich der Vereinfachung von alltäglichen Situationen und Entscheidungen. Sie dienen dabei als Mechanismen zur Herstellung von Routinen, welche eine reibungslose Alltagsbewältigung trotz omnipräsenter Ambivalenzen ermöglicht und vor Reizüberflutung schützt. Allen Formen von Vorurteilen ist gemein, dass sie zu vielfältigen Problemen führen können, wenn sie unreflektiert übernommen werden und eine Überprüfung in der Realität blockieren (vgl. Finzen 2013, S. 27 ff.). Vor allem Diskriminierung als Handlungskonsequenz von ablehnenden Vorurteilen ist hierbei als besonders problematisch hervorzuheben (vgl. Rüscher/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2015, S. 4). Seit dem 19. Jahrhundert wird der Begriff diskriminieren als Synonym für herabsetzen und herabwürdigen verwendet. Diskriminiert zu werden bedeutet, von seinen Mitmenschen im öffentlichen und privaten Raum entlang von erniedrigendem und inadäquatem Verhalten benachteiligt zu werden. So werden den Betroffenen in ihrem alltäglichen sozialen Leben viele grundsätzliche Rechte vorenthalten. Darüber hinaus zeigt sich Diskriminierung auch in negativen verbalen Äußerungen, wie etwa Verspottung und Beleidigungen als Formen psychischer Gewalt. Diskriminierung in Form von physischer Gewalt meint sowohl die Zerstörung von Eigentum, als auch körperliche Angriffe gegen Personen oder Personengruppen bis hin zu vernichtenden Ausmaßen, wie etwa Massen- und Völkermorden. Nebst diesen negativen Typen von Diskriminierung, kann die Privilegierung von Personen ebenfalls negative soziale Folgen haben. Positive Diskriminierung ist vor allem dann sozial fragwürdig, wenn sie sich auf Kosten Nichtbetroffener manifestiert (vgl. Finzen 2013, S. 30 ff.). So haben beispielsweise diagnostizierte psychisch Kranke im Gegensatz zu nicht diagnostizierten

Menschen mit psychischen Auffälligkeiten Zugang zu speziellen Hilfsangeboten und gezielter Förderung. Damit diskriminiert der Fakt der Diagnose alle nicht professionell beurteilten trotz selbiger Auffälligkeit. Auf der anderen Seite birgt die - privilegierende Diagnose - jedoch das Risiko, über den so erhaltenen „Master-Status“, ausschließlich als Träger des legitimierten Stigmas wahrgenommen zu werden. In dessen Folge wird jedes vergangene und aktuelle Verhalten, jede Äußerung, sprich die Gesamtheit der Person, vor dem Hintergrund ihres Stigmas wahrgenommen und beurteilt. Vereinfacht dargestellt heißt das zum Beispiel, dass ein Mensch mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zum – Borderliner - personifiziert wird (vgl. von Kardorff 2010, S. 281 ff.). Häufig sind positive Diskriminierungen vor allem deswegen gefährlich, weil sie auf den ersten Blick zeitgemäß und fortschrittlich erscheinen, jedoch auf den Zweiten nicht minder ideologisch und ausgrenzend sind (vgl. Baer/ Domingo/ Amsler 2003, S. 218 f.) Auf der gesellschaftlichen Ebene kann Diskriminierung von Personen oder Personengruppen zu sozialen Spannungen führen. Die individuellen Folgen reichen von sozialem Ausschluss bis hin zur Vereinsamung. Zudem bildet Diskriminierung als verhaltensorientierter Aspekt von Stigma in Kombination mit Vorurteilen, im Falle ihrer Chronifizierung, die Vorstufe von Stigmatisierung. (vgl. Finzen 2013, S. 27 ff.).

## 1.2 Stigmatisierung

[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]

*„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängt und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird.“* (Goffman 2003, S. 13).

So definiert Goffman in seinem Buch - Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität - Stigmatisierung. Um diese Beschreibung genauer fassen zu können, führt er zudem verschiedene soziologische Vorstellungen über Identität und Diskreditierung ein. Ausgangspunkt seiner Arbeit ist dabei die Annahme, dass Gesellschaft Instrumente zur Kategorisierung von Menschen gestaltet. Mitgliedern einer Kategorie ist gemein, dass ihre umfassenden Merkmale von der Gesellschaft als natürlich und alltäglich verstanden werden.



Sinn dieser Kategorisierungen ist es, dass beim ersten Aufeinandertreffen die – soziale Identität – des Gegenübers augenblicklich erfasst werden kann. Die soziale Identität umfasst dabei sowohl die Charaktereigenschaften als auch die strukturellen Attribute einer Person. Aus diesem ersten Eindruck werden dann die normativen Erwartungen abgeleitet, aus denen im Anschluss Anforderungen ans Gegenüber gestellt werden können. Dieser Prozess verläuft laut Goffman als Zuschreibungen im Effekt. Er bezeichnet ihn als - virtuelle soziale Identität -. Dem gegenüber stellt er die - aktuelle soziale Identität -, die alle tatsächlich gezeigten Merkmale einer Person fasst (vgl. Goffman 2003, S. 9 ff.). Entlang dieser zugeschriebenen sozialen Identität wird die soziale Stellung folgenreich definiert.

Neben dieser gesellschaftlichen Komponente von Identität führt Goffman mit den Begriffen - persönliche Identität - und – Ich-Identität - den individuellen Aspekt der Identität ein. Die persönliche Identität bildet sich aus allen, unverkennbaren, die Person auszeichnenden Attributen. Diese können sich im Laufe des Lebens unbewusst oder gezielt gesteuert verändern, sei es durch den erworbenen sozialen Status, bestimmte physische Merkmale oder die Erweiterung beziehungsweise Ausprägung des Habitus. Die Aufgabe der Identitätsbildung einer jeden Person besteht schlussendlich darin, die soziale und persönliche Identität trotz möglicher Differenzen in ihrer Ich-Identität sinnvoll miteinander zu verbinden. Während dieses Prozesses müssen die kognitiven und emotionalen Elemente der beiden Identitätsformen aktiv verknüpft werden und sich im Verhalten adäquat Widerspiegeln. Die innerpsychische Seite der Ich-Identität bezeichnet Goffman als – empfundene Identität –, welche sich durch die persönliche Wahrnehmung der eigenen Situation, der Eigenartigkeit und Beständigkeit des Selbst auszeichnet. Das entstehende Selbstbild einer Person ist das Ergebnis eines reflexiven Prozesses des Selbsterlebens in mannigfaltigen sozialen Begebenheiten (vgl. von Kardorff 2009, S. 141 f.).

Ist eine Person Träger eines Stigmas, entsteht der Theorie nach eine starke Widersprüchlichkeit zwischen der virtualen und der aktuellen sozialen Identität. Denn die der Kategorie zugeschriebenen Merkmale weichen von den tatsächlich beobachtbaren Merkmalen in bestimmter Weise ab. Entscheidend ist dabei jedoch die Relation, nicht die Eigenschaft an sich (vgl. Goffman 2003, S. 10 f.). Demzufolge sind die negativen Assoziationen, die an ein Merkmal geknüpft sind, ausschlaggebend und nicht das Merkmal per se (vgl. Grausgruber 2005, S. 21).



So kann ein Merkmal für die eine Person stark benachteiligend wirken und für eine andere wiederum als Bestätigung für seine Normalität dienen (vgl. Goffman 2003, S. 10 f.). Im Falle eines Stigmas mit benachteiligender Wirkung unterteilt Goffman die Betroffenen in diskreditierte und diskreditierbare Personen. Bei diskreditierten Personen ist die Diskrepanz zwischen aktueller und virtueller sozialer Identität entweder bereits vor der ersten Begegnung bekannt oder ist während des ersten Aufeinandertreffens sofort erkennbar. Im Gegensatz dazu ist die Widersprüchlichkeit bei diskreditierbaren Personen weder offiziell bekannt, noch direkt erkennbar. Ebenso als diskreditierbar gelten Betroffene, denen nicht bekannt ist, dass ihr Gegenüber bereits Kenntnis von ihrem Stigma hat. Die unterschiedlichen Grundvoraussetzungen für den Erstkontakt führen zeitgleich zu unterschiedlichen Umgangsformen. Im Falle diskreditierter Personen besteht die Hauptmöglichkeit des Umgangs in einer Kooperation des Diskreditierten und seiner Interaktionspartner darin, dass benachteiligende Merkmal zu übersehen. Gemeint ist damit, dass ein Erkennen eben dieses Attributs nicht offen gezeigt wird, also mit einem geflissentlichen Nichtbeachten bedacht wird. Die Präsenz der – Andersartigkeit – wird von den vermeintlich – Normalen – als unwichtig eingestuft und damit als übergebar deklariert. Der Kontakt ist darum häufig angespannter, gehemmter und doppelsinniger Natur. Sind in Interaktionen mit diskreditierten Menschen zuvorderst die Nichtbetroffenen handlungsleitend, müssen diskreditierbare Betroffene auf Grund des möglichen oder vermeintlichen Nichtwissens des Gegenübers die Handlungsleitung in Form von Informationskontrolle übernehmen. Informationskontrolle in diesem Kontext meint ob, inwieweit, zu welchem Zeitpunkt und vor allem welcher Person gegenüber die Betroffenen Angaben zu ihrem noch unbekannten Stigma machen. Eine Nichtoffenbarung hat zu Folge, dass die Betroffenen auf der einen Seite damit umgehen müssen, unter falschen Vorzeichen von ihrer Umwelt akzeptiert zu werden. Auf der anderen Seite jedoch zu jedem Zeitpunkt Gefahr laufen, als Personen erkannt zu werden, welche nicht den Normen entsprechen und damit diskreditierbar werden. (vgl. Goffman 2003, S. 56 f.). Der Versuch der Informationskontrolle wird in der Fachliteratur auch als Stigmamanagement bezeichnet. Das Fundament des individuellen Stigmamanagements bildet die Ich-Identität. Die Hauptaufgabe der Ich-Identität in Bezug auf das Stigmamanagement ist es, wie oben bereits beschrieben, die Differenzen zwischen zugeschriebener

sozialer Identität und der persönlichen Identität in Einklang zu bringen. Genau gefasst bedeutet das für die Betroffenen, dass sie ihre soziale Identität stetig kontrollieren müssen und zudem die Attribute ihrer persönlichen Identität in treffender Weise darbieten müssen. Trotz beständig wechselnder Präsentationsformen muss eine stringente biografische Individualität für die Betroffenen erhaltbar sein. Da hier sowohl der eigene, als auch der Blick Anderer auf das eigene Identitätsgebilde logisch und geeignet sein muss, birgt Stigmamanagement aufgrund des hohen Emotionsanteils eine große Anfälligkeit für Irritationen (von Kardorff 2009, S. 141 f.). Ervin Goffman beschreibt im Kapitel – Techniken der Informationskontrolle – verschiedene Möglichkeiten des Stigmamanagements. Bei sichtbaren beziehungsweise offensichtlichen – Stigma-Symbolen – können Betroffene versuchen, dieses zu verschleiern oder zu verdecken. Ebenso können Betroffene versuchen, die Anzeichen ihres Stigmas anderen Merkmalen zuzuschreiben, welche weniger von Stigmatisierung bedroht sind. So können Betroffene einer psychischen Beeinträchtigung, beispielsweise medikamentenbedingte Nebenwirkungen, einer nicht vorhandenen körperlichen Erkrankung zuschreiben, die aus ihrer Perspektive weniger oder gar nicht stigmatisierend wirkt. Eine dritte Möglichkeit bestehe für die Träger eines Stigmas in der Aufteilung der sozialen Umwelt in eine kleine Gruppe Eingeweihter und eine große Gruppe Unwissender. In diesem kleinen, intimen Kreis ist es den Betroffenen möglich ein Stückweit ohne Scheinanpassung zu leben und sich anderen anzuvertrauen. Zudem neigen die engen Vertrauten dazu, die Scheinanpassung in der Öffentlichkeit aktiv zu unterstützen, um den Betroffenen als auch sich selbst ein Leben ohne Stigmatisierung zu ermöglichen (vgl. Goffman 2003, S. 116 ff.). Goffman weist abschließend darauf hin, „[...] dass Stigma-Management ein allgemeiner Bestandteil von Gesellschaft ist, ein Prozeß, der auftritt, wo immer es Identitätsnormen gibt“ (Goffman 2003, S. 160 f.). Dabei spielt es laut Goffman keine Rolle, ob es sich bei dem Merkmal um ein stigmatisierendes oder ein belangloses Attribut handelt, welches Schamgefühl hervorruft. Grundlegend ist immer die Identitätswahrung des Individuums (vgl. Goffman 2003, S. 160 f.)

Gaebel, Möller und Rössler stellen Stigmatisierung vereinfacht als Prozess dar, „[...] bei dem eine Person auf Grund einer Eigenschaft oder eines Verhaltens von anderen zunächst als verschieden wahrgenommen wird, dann wegen dieses Unterschiedes mit unerwünschten Eigenschaften verbunden und in der Folge von

der Gesellschaft abgelehnt und vermieden wird.“ (Gaebel/ Möller/ Rössler 2005, S. 1). Diese Darstellung soll im weiteren Verlauf der Arbeit als Grundlage zum Verständnis von Stigmatisierung dienen. Eine differenziertere Betrachtung des Prozesses in Bezug auf das Stigma der psychischen Beeinträchtigung wurde von den Soziologen Bruce Link und Joe Phelan geprägt. So beginnt der Prozess mit der Beobachtung eines Unterschiedes und dessen Bezeichnung. Während einer psychischen Erkrankung zeigen Betroffene ein verändertes Verhalten, welches für ihr soziales Umfeld befremdlich und unerklärbar erscheint. Eine Diagnose durch Professionelle fasst die beobachteten Verhaltensänderungen in einer allgemeinen fachspezifischen Begrifflichkeit zusammen. Diese Begrifflichkeiten sind beziehungsweise werden häufig mit negativen Eigenschaften verknüpft. Die so gebildeten oder im Vorfeld bestehenden Stereotype gelten dann unabhängig von dem tatsächlich beobachteten Verhalten der Betroffenen. Sie bekommen vereinfacht ausgedrückt ein Etikett, losgelöst von ihrer realen Persönlichkeit. Das soziale Umfeld beginnt daraufhin gegebenenfalls, sich von den Trägern des Stigmas zu distanzieren und abzugrenzen. Durch die Emotionalisierung der Stereotypen entstehen Vorurteile, die in Verbindung mit der bereits vollzogenen Abgrenzung eine konkrete Diskriminierung der Betroffenen gesellschaftlich legitimieren (vgl. Schulze 2004, S. 851).

**Ursprünge** für das beschriebene Verhalten lassen sich kognitiv, psychologisch, ökonomisch sowie evolutionstheoretisch erklären. Kognitive Prozesse sind allgemein dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Entwicklungsgeschichte eines Menschen herausbilden, automatisch ablaufen und zudem nicht bewusst kontrollierbar sind. Bei der Flut an Informationen in der heutigen Gesellschaft ist es zwingend erforderlich, durch Vereinfachung und Filterung nach bestimmten Kriterien dieser Herr zu werden. Des Weiteren vereinfacht diese Kategorisierung die Beurteilung von gefährlichen und bedrohlichen, aber auch alltäglichen sozialen Situationen. Dabei liegt der Fokus eher auf den negativen als auf den positiven Eigenschaften, da bedrohliche und gefährliche Situationen vermieden werden sollen. Des Weiteren werden häufig beobachtete Verhaltensweisen einer Person einfachheitshalber der Gruppe zugeordnet, zu welcher diese Person gehört. Durch diese Verallgemeinerung wird die Gruppe schneller einschätzbar. Außerdem werden die Merkmale einer Gruppe auf ein Minimum reduziert, um einer Informationsüberlastung mittels Stereotypisierung entgegenzuwirken. Zudem

neigen Menschen dazu, das Auftreten seltener negativer Erlebnisse Minderheiten zuzuschreiben. Begründet liegt dies in der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Gruppen bieten seit jeher ihren Mitgliedern vor allem Sicherheit und Schutz. Zur Aufrechterhaltung dieses Status wurden die Schuld für das negative Erlebnis entweder anderen Gruppen zugeordnet oder die verantwortliche Person wurde aus der Gruppe ausgeschlossen. Ausgangspunkt für die psychologische Erklärungsebene ist die Orientierung der Menschen durch soziale Vergleiche, aus denen sich ihr Selbst- und Weltbild entwickelt. Bedeutend für das eigene Selbstbild ist es, wenn es vergleichbar ist mit schlechter gestellten Personen. Hervorzuheben ist, dass Menschen mit einem geringen Selbstwertgefühl häufiger dazu neigen, andere Personen herablassend zu behandeln, als Menschen mit einem hohen Selbstwertgefühl. Grundlegend für das Weltbild einer Person sind dauerhaft verlässliche Werte und Normen und daraus abgeleitete Erwartungen. Im Falle einer Normabweichung, durch die das Weltbild bedroht wird, entwickelt sich das Bedürfnis, sich von der auslösenden Person oder Gruppe abzugrenzen und einen Umgang mit ihr zu vermeiden. Der ökonomische Ursprung von Stigmatisierung liegt in der Ressourcenknappheit einer jeden Gesellschaft und dem daraus resultierenden Konkurrenzkampf. Es hat sich gezeigt, dass die Diskriminierungsbereitschaft von Menschen in wirtschaftlichen Krisenzeiten wesentlich höher ist, als zu Wohlstandzeiten. Der Konkurrenzkampf ist ebenfalls das entscheidende Moment der evolutionstheoretischen Erklärungsebene. Jedoch nicht um wirtschaftliche Ressourcen, sondern um Nahrung und geeignete Fortpflanzungspartner. Alle vier Erklärungsebenen verfolgen damit ein und dasselbe Ziel: Die Sicherung des Überlebens in einer durch Konkurrenzkampf geprägten Umwelt und Gesellschaft (Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004, S. 876).

**Ursachen:** Darauf aufbauend sind die Überlegungen bezüglich der gesellschaftlichen Ursachen von Stigmatisierung zu betrachten. Jedoch sind dies keine ausgearbeiteten und fundierten Theorien, sondern bisweilen als allgemeine Hypothesen zu verstehen. Die erste Hypothese sieht eine Ursächlichkeit von Stigmatisierung im Interesse einflussreicher, machthabender, internationaler, gesellschaftlicher Institutionen und Interessengruppen begründet. Ausschlaggebender Punkt ist hierbei die Idee, dass Herrschaftsstrukturen maßgeblich für die Normierung und deren Gewichtung in einer Gesellschaft verantwortlich sind. Sie bestimmen, welches Verhalten als besonders erwünscht

oder deviant verstanden wird und in welcher Weise dies zu honorieren oder zu sanktionieren ist. Einen weiteren Teilaspekt bildet die Dynamik, welche von der gesellschaftlichen Gliederung in Gruppen ausgeht. Dabei dienen die entwickelten Regeln und Leistungsnormen der Regulation der sozialen Beziehungen innerhalb einer Gruppe sowie zwischen verschiedenen Gruppen. Bei Normabweichung wird damit die Stigmatisierung der Betroffenen ermöglicht. Wichtig ist hierbei das Vorhandensein eines Machtgefälles sowie das Einschreiten von gesellschaftlichen Aufsichtsinstanzen. So werden Gruppenmitglieder mit einem hohen gesellschaftlichen beziehungsweise gruppenspezifischen Status weniger von Stigmatisierung und weitreichender Sanktionierung bei normabweichendem Verhalten bedroht sein als Mitglieder mit einer geringeren Stellung. Den beschriebenen Ursprüngen von Stigmatisierung sehr ähnlich ist die Idee einer - anthropologischen Grundausstattung – von Personen. Ausgegangen wird hierbei davon, dass ein natürlicher und sozialisatorisch beeinflusster Wunsch nach Unterscheidung von anderen Menschen besteht, die mittels Projektion von negativen Anteilen auf Andere und durch Vorurteilsorientierung zur Entlastung bezüglich dieser Unterscheidungsprozesse führt (vgl. Grausgruber 2005, S. 23 ff.).

**Wirksamkeit:** Die zuvor bereits des Öfteren angesprochene Normabweichung ist zudem eine der Grundvoraussetzungen für die Wirksamkeit von Stigmatisierung. Die Wirksamkeit der Normabweichung ist dabei stark davon abhängig, inwieweit die erwünschte Norm verbreitet ist und darüber hinaus auch welches Maß der Verbindlichkeit ihr durch das jeweilige soziale Gefüge zugesprochen wird. Beeinflusst wird die Wertung des Normbruchs ebenfalls durch die Art und Weise sowie den Umfang des Eingreifens von Sanktionsinstanzen und der Bewertung durch betroffene gesellschaftliche Interessengruppen. Eine weitere Voraussetzung der Durchsetzung von Stigmatisierung ist die generalisierende Wirkung eines Stigmas. Gemeint ist damit, dass der betroffenen Person über das eigentliche Attribut hinaus alle damit verknüpften negativen Eigenschaften zugeschrieben werden, unabhängig davon, ob diese real existieren. Diese Verallgemeinerung durch die Subsumtion einer Person unter lediglich einem spezifischen Merkmal verleiht der Stigmatisierung seine weitreichende Dynamik. Das dritte wichtige Element für Durchsetzungsfähigkeit der Stigmatisierung ist ein bestehendes Machtgefälle zwischen stigmatisierten und stigmatisierenden Personen. Dabei verfügen die Betroffenen häufiger über weniger Macht und gesellschaftlichen

Einfluss als die Personen, von denen sie stigmatisiert werden (vgl. Grausgruber 2005, S. 23).

**Funktion:** Allen Ursprüngen und beschriebenen Ursachen des omnipräsenten Phänomens der Stigmatisierung wohnt die soziale Funktion des regulativen Eingriffes in das Zusammenleben von Menschen inne. Dabei lassen sich nochmals zwei Ebenen des Eingreifens unterscheiden. Unterteilt wird in die Mikroebene mit individuellen und die Makroebene mit gesellschaftlichen Funktionsaspekten. Für das Individuum dient Stigmatisierung auf der Grundlage einer Idee von Normalität seiner Orientierung. Differenzierter betrachtet lassen sich durch Stigmata Situationen im Voraus strukturieren und erleichtern zunächst die Einstellung auf eben diese. Des Weiteren dienen sie der Minimierung von möglicher Verunsicherung und als Entscheidungshilfen. Gleichzeitig verhindert die pauschalisierende und unreflektierte Beurteilung der Betroffenen eine tatsächliche, allumfassende Einschätzung der Gesamtsituation. Tiefenpsychologisch betrachtet erfüllt Stigmatisierung ebenfalls eine Entlastungsfunktion für den Einzelnen (vgl. Grausgruber 2005, S. 24 f.). „[...] Stigmatisierungen [können] als Selektionen verstanden werden, welche auch die Aufgabe der ‚Abreaktion von Aggressionen‘ übernehmen“ oder auch „[...] als Projektionen von verdrängten eigenen Triebansprüchen verstanden werden“ (Grausgruber 2005, S. 25). Zudem dienen sie dem Individuum zur Sicherung der eigenen Identität, insbesondere dann, wenn ihre Identität durch die Erinnerung an eigene Abweichungsbedürfnisse bedroht erscheint. Die Stigmatisierung dient in diesem Fall dazu, den Kontakt zum Träger des Stigmas zu vermeiden beziehungsweise zu beenden, um somit das eigene psychische Gleichgewicht wieder herzustellen und bewahren zu können. Gleiches gilt, wenn es Probleme im kognitiven, emotionalen sowie im unmittelbaren Umgang mit Betroffenen gibt. Die durch die Stigmatisierung erreichte Abgrenzung dient damit ebenso der Wiederherstellung des bedrohten seelischen Gleichgewichts der Stigmatisierenden. Die Sozialpsychologie lenkt ihren Blick auf die Funktion des – Terror-Managements -. Ausgangspunkt dieser Sichtweise ist die Annahme, dass Menschen über ein Bewusstsein bezüglich ihrer eigenen Sterblichkeit und anderer bedrohlicher Ereignisse verfügen, vor dessen Hintergrund sie nach einem sinnstiftenden Weltbild suchen, welches ihrem Leben Ordnung und Bedeutung verleiht. Die Aufgabe der Stigmatisierung liegt folglich

darin, sich von Menschen abzugrenzen, welche dieses Weltbild bedrohen. Eine weitere Funktion von Stigmatisierung bildet die Steigerung des Selbstwertes. Die Erhöhung des Selbstwertes wird durch die Erniedrigung in Form von Stigmatisierung Anderer erreicht. Selbiges Prinzip verfolgt auch die Wertsteigerung der eigenen Bezugsgruppe. Die durch die Erniedrigung anderer Gruppen erreichte Überlegenheit und Bedeutung der eigenen Bezugsgruppe bildet die Rechtfertigungsgrundlage für Diskriminierung und Stigmatisierung, vor allem dann, wenn sich die Gruppen in einer Wettbewerbssituation befinden oder ihre Interaktionen von Angst und Druck geprägt werden. Diese regulatorische Funktion lässt sich auch auf der Makroebene ausmachen. So steuert die Stigmatisierung auch Interaktionsprozesse zwischen spezifischen gesellschaftlichen Zusammenschlüssen. Darüber hinaus dient sie der Stabilisierung von gesellschaftlichen Systemen. Nicht nur zwischen den Systemen selbst wird eine Stabilität hergestellt, sondern auch bezüglich des Erreichens von beispielsweise besseren Lebenschancen, Berufspositionen oder sozialen Stellungen. In extremen Fällen dient die Stigmatisierung auch als Legitimationsgrundlage für die ungleiche Behandlung von Gruppen untereinander oder den jeweiligen Personen innerhalb der Gesellschaft in unterschiedlich hohen sozialen Positionen. Zeitgleich dient die hergestellte Ungleichheit in gesellschaftlichen Systemen und Subsystemen der Minimierung von Konflikten. So können Untergruppen mit niedrigem Rang und wenig Macht beispielsweise als Schuldträger für gesellschaftliche, soziale und andere Probleme herangezogen werden. Schlussendlich wird Stigmatisierung auch zur Stärkung der Normkonformität unabdingbar. Die Gesellschaft benötigt einen Gegenspieler zur Normalität, damit diese überhaupt als solche definiert und so ihre Berechtigung und Machtposition begründen kann (vgl. Grausgruber 2005, S. 25 f.).



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Stigmatisierung als gesellschaftlicher unumgänglicher Normfall anzusehen ist, der bis heute einen generellen und anhaltenden Modus sozialer Klassifikation beschreibt. Auf der Grundlage der gesellschaftlichen Normalitätsvorstellung begegnet sie den Betroffenen in Form von struktureller Gewalt, ausgeübt von gesellschaftlichen Autoritätsgefügen (vgl. Kardorff 2009, S. 144). PHELAN und LINK schrieben dazu, dass „[...] , (...) stigma exists when elements of labeling, stereotyping, seperation, status loss, and discrimination occur in a power situation that allows them“ (Link/Phelan 2001 nach Kardorff 2009, S. 146).

Damit wird der Stigmatisierungsprozess von Macht- und Herrschaftsverhältnissen sowie struktureller Gewalt bestimmt und legitimiert. Stigmatisierung kann so nur im Hinblick auf ein Zusammenspiel von Gesellschaft, Organisationen und Professionellen sowie individuellen Voraussetzungen der Betroffenen allumfassend verstanden werden (vgl. Kardorff 2009, S. 145 f.). Aus diesem Grund werden die Formen von Stigmatisierung häufig dreigeteilt untersucht. Diesem Prinzip folgend untersucht diese Arbeit im nächsten Kapitel – Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen - die öffentliche Stigmatisierung, strukturelle Diskriminierung sowie die Selbststigmatisierung und geht im Anschluss auf deren Auswirkungen ein.



## 2 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Menschen mit psychischen Erkrankungen bekommen in unserer Gesellschaft viele verschiedene Namen. Mal sind es die – Wahnsinnigen –, mal die – Psychiatrieerfahrenen – beziehungsweise – psychisch Kranke – oder es heißt, dass sie unter einer seelischen Behinderung leiden. Jeder Begriff impliziert dabei eine spezifische Umgangsform mit den so Bezeichneten. Muss der Wahnsinnige entweder von der Gesellschaft ausgeschlossen oder aber unter Zwang wieder der Normalität angepasst werden, verschafft die Bezeichnung – psychisch Kranke – einen Entlastungsrahmen, in dem ihre Auffälligkeiten der Krankheit an sich zugeschrieben werden und nicht mehr den betroffenen Personen oder ihren Angehörigen. Damit wird ihr normabweichendes Verhalten zwar nicht mehr moralisiert, aber die Betroffenen werden zeitgleich in den Verantwortungsbereich der Psychiatrie abgeschoben, damit diese sich um sie kümmert. Der Titel seelische Behinderung wiederum bildet die Zugangsvoraussetzung für sozialrechtliche Leistungen der Versorgungssysteme. Die von Betroffenen entwickelte Bezeichnung –Psychiatrieerfahrener – legt das Hauptaugenmerk wiederum auf die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen, welche diese innerhalb des psychiatrischen Systems gemacht haben. Egal, welche Bezeichnung man für Menschen mit psychischen Erkrankungen wählt und welche Absicht dahinter steht, vermag keiner der angeführten Begrifflichkeiten ein objektives Gesamtverständnis von psychischen Erkrankungen abzubilden, denn diese Begrifflichkeiten sind lediglich beispielhaft für gesellschaftliche, strukturelle und individuelle Perspektiven auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie sind damit vielmehr als unabhängige Teilperspektiven zu verstehen. Die Bezeichnung als – Ver-rückte – ermöglicht hingegen eine Perspektive, welche das Selbsterleben der Betroffenen sowie deren gesellschaftliche Betrachtung und Einordnung umfasst (vgl. Kardorff 2010, S. 280 f.). In der Logik des Terminus sind Menschen mit psychischen Erkrankungen „[...] aufgrund eines ihnen selbst und ihren Mitmenschen oft fremd gewordenen, ängstigenden, lähmenden oder irritierenden Erlebens, Denkens und Handelns aus ihrer eigenen Mitte und der ihres Umfeldes ver-rückt [...].“(Kardorff 2010, S. 281). Dabei gilt dies nie für die Gesamtheit ihrer Person oder ihres Verhaltens, noch beschreibt es einen

dauerhaft anhaltenden Zustand (vgl. Kardorff 2010, S. 281). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit dient diese Logik als Grundlage für das Verständnis von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Stigma der psychischen Erkrankung ist gekennzeichnet durch verworrene und kaum nachvollziehbare Kommunikationsstrukturen, andersartig und undurchdacht wirkende Verhaltensweisen, als auch durch inadäquate Reaktionen und gemindert Leistungspotenzial ihrer Träger, in deren Folge die gestellten Anforderungen des alltäglichen Lebens nicht mehr von den Betroffenen erfüllbar sind und sie zudem nicht mehr in das gesellschaftliche Ordnungssystem passen. Dies hat sowohl Auswirkungen auf den gesellschaftlichen wie strukturellen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, als auch unmittelbar für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen (vgl. Kardorff 2008, S. 295 f.). In den nächsten drei Abschnitten soll darauf im Einzelnen eingegangen werden, bevor die Folgen von Stigmatisierung zusammenfassend herausgearbeitet werden.

## 2.1 Stigmatisierung im öffentlichen Kontext

*[von Josefin Drechsel]*

Seit Beginn der Psychiatrie scheint die Aufgabe zu bestehen, das Bild der Psychiatrie und das von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit zu verbessern und Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken sowie Ängste und Vorurteile gegenüber Betroffenen abzubauen. Die öffentliche Meinung über Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist geprägt von dubiosen Theorien über Krankheitsbilder und psychiatrische Verfahrensweisen (vgl. Finzen 2013, S. 95 f./ vgl. Finzen 2001, S. 12 f.). Doch wie kommt es zu dieser scheinbar verfestigten Haltung?

### 2.1.1 Die öffentliche Meinung – Das Bild in der Gesellschaft

*[von Josefin Drechsel]*

Die Schwierigkeit besteht zunächst darin, ein umfassendes Meinungsbild in einer pluralisierenden Gesellschaft feststellen zu wollen. ZÄSKE / BAUMANN / GAEBEL verweisen dafür auf die Ergebnisse der –Community- Attitudes –towards- the- Mentally- Ill- (CAMI) Studie von TAYLER und DEAR aus dem Jahr 1981. Dabei wurden den Probanden Fragen zu ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in vier verschiedenen Typologien gestellt. Diese Typologien zeigen ein jeweiliges Einstellungsmuster auf:

**Authoritarianism:** Autoritarismus oder auch Abgrenzung (im Folgenden auch als Abgrenzung bezeichnet) umfasst die Einstellung, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht werden können und ein protektiver, durch Anleitung bestimmter Umgang mit ihnen nötig sei. Der Typus vertritt die Ansicht, dass Personen, die Anzeichen einer psychischen Störung zeigen, schnellstmöglich in einem stationären Setting unterzubringen sind. Zudem betont der Typus die Diskrepanz zwischen ‘Gesunden’ und ‘Erkrankten’.

**Benevolence:** Der Typus Benevolenz bezeichnet ein wohlwollendes Meinungsbild, dass die Gesellschaft und gesellschaftliche Systeme als ursächlich für psychische Beeinträchtigungen beschreibt. Prägnant für diesen Typus ist die Bereitschaft zum persönlichen Engagement, Empathie für Betroffene und deren Umfeld sowie die Forderung, mehr finanzielle Ressourcen für das psychiatrische Versorgungssystem zur Verfügung zu stellen.

**Social restrictiveness:** Vertreterinnen und Vertreter des Typus Soziale Kontrolle stellen die potenzielle Gefährlichkeit und Verantwortungslosigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Mittelpunkt. Der Typus ist charakteristisch für ein intensives Bedürfnis nach Abgrenzung und der Herstellung von sozialer Distanz. Problemlagen und Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden häufig bagatellisiert.

**Community mental health ideology:** Die gemeindepsychiatrische Orientierung (im Folgenden auch als Typus Integration bezeichnet) sieht eine deinstitutionale Versorgung als zentralen Faktor für eine gelingende Fürsorge von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei wird insbesondere der therapeutische Wert einer gelingenden Gemeindepsychiatrie als elementar angesehen.

Die vier Typologien sind dabei nicht ausschließlich unabhängig voneinander zu betrachten, sondern können in positiver oder negativer Verbindung miteinander stehen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005, S. 65 f.), (vgl. Taylor/ Dear. 2017, Internetquelle). Diese von TAYLER und DEAR entworfene CAMI- Studie wurde 2003 von ANGERMEYER et al. genutzt, um die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu erforschen. Die dafür ins Deutsche übersetzten und mehrfach geprüften Fragebogen wurden postalisch an 1000 Personen über 18 Jahren aus drei deutschen Kleinstädten verschickt, wovon 832 Personen ihre Ergebnisse zurücksendeten. Diese wurden per Zufallsstichprobe der Einwohnermeldeämter ermittelt. Neben dem CAMI-Inventar und Angaben zu soziodemografischen Merkmalen enthielt der Fragebogen zudem Fragen, die Auskunft über die persönlichen Erfahrungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen geben sollten (vgl. Angermeyer u. a. 2003, S. 202 f.).

Die Ergebnisse der Befragung zeigen Folgendes:

**Tabelle 2-1:** Die vier Dimensionen des Community – Attitudes-towards-the-Mentally -III(CAMI)-Inventars<sup>1</sup>

	1	2	3	4	5	
<b>Ausgrenzung</b>						
39. Der Gedanke, dass Menschen mit psychischen Problemen in Wohngebieten leben, ist beängstigend.	4,3	4,5	22,7	26,2	42,3	0,76
38. Dass psychiatrische Patienten in Wohngebieten leben, mag gut für deren Behandlung sein, aber die Risiken für die dortigen Bewohner sind zu groß.	5,1	9,2	29,8	26,6	29,3	0,74
37. Die Bewohner eines Viertels haben guten Grund, sich gegen die Ansiedlung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in ihrer Gegend zu wehren.	4,4	7,2	21,1	22,6	44,7	0,73
36. Psychiatrische Versorgungseinrichtungen sollten außerhalb von Wohngebieten eingerichtet werden.	6,6	9,3	22,3	21,5	40,2	0,70
40. Die Ansiedlung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in einer Wohngegend bewirkt, dass es mit dem Viertel bergab geht.	2,1	4,4	15,9	20,7	56,9	0,62
35. Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrische Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, nichts zu befürchten.	36,4	26,9	25,7	7,1	3,9	-0,60
34. Die Ansiedlung von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.	37,2	24,5	24,3	8,3	5,7	-0,56
31. Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.	51,4	21,7	20,5	3,1	3,3	-0,46
<b>Integration</b>						
32. Für viele psychiatrische Patienten ist es die beste Therapie, in einem normalen Umfeld zu leben.	60,9	25,5	10,5	1,3	1,8	0,78
27. Psychiatrische Patienten sollten dazu ermutigt werden, die Aufgaben des täglichen Lebens wieder zu übernehmen.	84,3	10,4	2,7	0,8	1,8	0,69
28. Niemand hat das Recht, psychisch Kranke aus seiner Nachbarschaft auszuschließen.	73,0	15,3	6,1	1,7	3,9	0,67
29. Psychisch Kranke stellen viel weniger eine Gefahr dar, als die meisten Menschen vermuten.	38,4	26,9	27,6	3,7	4,4	0,65
33. Die psychiatrische Versorgung sollte so weit wie möglich durch gemeindenähe Einrichtungen geleistet werden.	49,3	24,6	18,1	4,7	3,3	0,61
31. Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.	51,4	21,7	20,5	3,1	3,3	0,60
35. Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrische Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, nichts zu befürchten.	36,4	26,9	25,7	7,1	3,9	0,51
34. Die Ansiedlung von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.	37,2	24,5	24,3	8,3	5,7	0,49
30. Den meisten Frauen, die einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus waren, kann man als Babysitter vertrauen.	11,3	18,1	44,2	13,5	12,9	0,40
<b>Benevolenz</b>						
18. Erhöhte Ausgaben für die psychiatrische Versorgung sind eine Verschwendung von Steuergeldern.	1,8	2,2	11,7	15,8	68,4	-0,72
17. Psychisch Kranke sind eine Last für unsere Gesellschaft.	2,2	4,3	12,2	18,4	62,9	-0,59
13. Wir müssen in unserer Gesellschaft eine viel tolerantere Einstellung gegenüber psychisch Kranken einnehmen.	56,6	23,8	15,3	2,7	1,6	0,59
12. Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.	29,8	20,4	33,7	7,8	8,3	0,57
19. Es gibt bereits genügend Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke.	6,4	6,4	41,3	21,9	24,0	-0,56
16. Psychisch Kranke verdienen kein Mitgefühl.	1,8	1,7	5,3	10,7	80,5	-0,46
20. Es ist am besten, psychisch kranke Menschen zu meiden.	1,4	3,2	7,6	16,4	71,3	-0,43
15. Es liegt in unserer Verantwortung, psychisch Kranken die bestmögliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.	64,0	23,4	9,5	2,1	1,0	0,42
11. Psychisch Kranke sind schon zu lange dem Spott der Leute ausgesetzt gewesen.	50,7	19,0	18,2	5,2	6,9	0,40
<b>soziale Kontrolle</b>						
5. Psychiatrische Patienten brauchen klare Regeln und Kontrolle, genau wie kleine Kinder.	24,5	19,5	28,8	15,9	11,3	0,70
4. Sobald jemand Anzeichen für eine psychische Störung zeigt, sollte er in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	9,8	8,3	22,4	22,7	36,8	0,69
25. Jeder Mensch, der einmal psychisch krank war, sollte von der Ausübung öffentlicher Ämter ausgeschlossen werden.	4,8	5,9	19,6	22,3	47,4	0,57
3. Psychisch Kranke haben etwas an sich, das sie leicht von normalen Menschen unterscheiden lässt.	6,7	7,0	22,1	26,8	36,8	0,54
1. Eine der Hauptursachen für psychische Krankheiten ist ein Mangel an Selbstdisziplin.	4,7	6,1	18,4	17,0	54,1	0,54
21. Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.	6,4	5,9	29,2	21,6	37,0	0,52
2. Die beste Art mit psychisch Kranken umzugehen ist es, sie in geschlossenen Anstalten unterzubringen.	3,6	5,7	21,2	19,1	50,4	0,52
23. Es wäre dumm, jemanden zu heiraten, der an einer psychischen Krankheit gelitten hat, auch wenn er/sie vollständig genesen scheint.	4,3	5,4	15,5	18,7	56,1	0,43

<sup>1</sup> Angaben in % bezogen auf n = 832. Die Item-Nummern 1 – 10 beziehen sich auf die Skala „authoritarianism“, die Nummern 11 – 20 auf die Skala „benevolence“, die Nummern 21 – 30 auf die Skala „social restrictiveness“ und die Nummern 31 – 40 auf die Skala „community mental health ideology“ der Originalversion des CAMI-Inventars

In der Kategorie Ausgrenzung zeigt sich, dass nur ein geringer Teil der Befragten sich gegen psychiatrische Versorgungseinrichtungen in Wohngebieten



ausspricht. Ganze 51,4 Prozent der befragten Personen stimmen sogar voll zu, dass Bewohner eines Viertels die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen akzeptieren sollten, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt. Den Gedanken, dass Menschen mit psychischen Problemen in Wohngebieten leben, finden 68,5 Prozent nicht oder überhaupt nicht beängstigend. Für den Bereich der Integration zeigt sich, dass 86,4 Prozent der befragten Personen der Meinung sind, dass, in einem normalen Umfeld zu leben, für viele psychiatrische Patienten die beste Therapie darstellt. Die höchste Zustimmung (94,7 Prozent) findet die Aussage, dass psychiatrische Patienten und Patientinnen dazu ermutigt werden sollten, wieder die Aufgaben des täglichen Lebens zu übernehmen. Sehr großen Zuspruch finden hierbei auch die Forderung nach so weit wie möglich gemeindenahen Einrichtungen (73,9 Prozent). Bei der Aussage, dass man den meisten Frauen, die einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus waren, als Babysitter vertrauen kann, findet sich die geringste Zustimmung mit 29,4 Prozent; 26,4 Prozent der Befragten lehnen dies ab. Die Dimension Benevolenz zeigt in der Umfrage, dass 80,4 Prozent der Befragten zustimmen, dass unsere Gesellschaft eine viel tolerantere Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen einnehmen muss. Nur ein sehr kleiner Teil der befragten Personen (3,6 Prozent) vertritt die Ansicht, dass es am besten ist, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu meiden. Der Bereich der sozialen Kontrolle zeigt mit einer Ausnahme, dass der Großteil der Befragten die Elemente dieser Dimension ablehnen. So findet die Aussage, dass jeder Mensch, der einmal psychisch erkrankt war, von der Ausübung öffentlicher Ämter ausgeschlossen werden sollte, nur 10,7 Prozent Zustimmung. Von den Befragten halten 9,3 Prozent es für die beste Art mit Menschen mit psychischen Erkrankungen umzugehen, indem sie in geschlossenen Anstalten untergebracht werden, 69,5 Prozent der befragten Personen stimmen dem nicht zu. Einzig die Aussage, dass psychiatrische Patienten klare Regeln und Kontrolle vergleichbar mit kleinen Kindern benötigen, findet mit 44 Prozent der Befragten mehr Zustimmung als Ablehnung (27,2 Prozent), (vgl. Ebd. S. 203 ff.).

Mit der Auswertung der erhobenen soziodemografischen Daten und der persönlichen Erfahrung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen durch multiple Regressionsanalysen zeigen sich folgende Ergebnisse: Das Alter der befragten Personen bildet den stärksten Einflussfaktor und zeigt, dass mit

steigendem Alter der Befragten deren Bereitschaft zur Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen seltener befürwortet wird. Gleichzeitig nimmt das Einverständnis zur Ausgrenzung und sozialen Kontrolle mit dem Alter der befragten Personen zu. Die Schulbildung der Befragten hat ebenso einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Je höher die Schulbildung, desto größer ist die Befürwortung der Integration und einer benevolenten (wohlwollenden) Haltung, desto geringer ist das Verlangen nach sozialer Kontrolle. Dieses Ergebnis deckt sich, wie auch das Ergebnis zum Alter, mit dem aus früheren Studien mit dem CAMI-Inventar. Für den Aspekt des Geschlechtes zeigt sich, dass dieser lediglich für den Bereich der Integration Unterschiede aufweist. Demnach tendieren Frauen stärker zur Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen als Männer. Laut ANGERMEYER et. al. hat ein bereits bestehender Kontakt beziehungsweise Erfahrungen der Befragten mit Menschen mit psychischen Erkrankungen einen geringen Einfluss auf deren Einstellung. Befragte Personen, die in ihrem direkten Umfeld, also Familien- und Freundeskreis, Menschen mit psychischen Erkrankungen haben, befürworten weniger soziale Kontrolle. Bei Erfahrungen mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch das Berufsleben oder ehrenamtliches Engagement tendieren die Befragten weniger zur Ausgrenzung. Insgesamt ist festzustellen, dass durch die genannten Variablen nur ein kleiner Teil der Varianz aufgeklärt werden konnte (vgl. Ebd., S. 205).

Als Ergebnis der Umfrage zur Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigt sich ein eher positives Bild. Der Großteil der Befragten lehnte die Ausgrenzung sowie die soziale Kontrolle von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ab und befürwortete deren Integration. Zudem nahmen die befragten Personen vermehrt eine wohlwollende Haltung ein. Wie kommt es zu diesem auffallend positiven Bild über psychisch Erkrankte, dass doch durch FINZEN wesentlich dramatischer beschrieben wurde? Zunächst ist festzustellen, dass die Ergebnisse durch die Anzahl der befragten Personen und die Auswahl der Befragungsorte (drei Kleinstädte, davon zwei in den neuen Bundesländern) nicht als repräsentativ für die Situation in Deutschland gesehen werden können. Aufgrund der Form der Befragung (postalisch) muss davon ausgegangen werden, dass die Responder und Responderinnen der Umfrage größtenteils auch Personen sind, die ein Interesse für das Thema haben und diesem

aufgeschlossen gegenüberstehen. Diese Annahme wird gestützt durch die Feststellung, dass überdurchschnittlich viele der Responderinnen und Responder (23 Prozent) angaben, im Beruf oder Ehrenamt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in Kontakt zu stehen und somit überrepräsentiert waren. Es besteht die Annahme, dass diejenigen Personen, die dem Themengebiet - Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen - reserviert bis abgeneigt gegenüberstehen, auch kein Interesse daran hatten, an einer Umfrage zu diesem Bereich teilzunehmen (vgl. Ebd., S. 205 f.).

ANGERMEYER, MATSCHINGER und SCHOMERUS haben 2013 im *British Journal of Psychiatry* ebenfalls zum Themenbereich der Einstellungsforschung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen einen Artikel veröffentlicht, in dem sie vergleichend Ergebnisse ihrer Befragungen aus dem Jahr 1990 (n=3067, Antwort-Rate bei 70,0 Prozent) und 2011 (n=2951, Antwort-Rate bei 64,0 Prozent) in Deutschland vorstellen. Die Befragten waren dabei mindestens 18 Jahre alt und wurden auf der Straße durch trainierte Interviewerinnen und Interviewer angesprochen und persönlich befragt, wobei die Ergebnisse durch die Interviewenden notiert wurden (vgl. Angermeyer/ Matschinger/Schomerus 2003, S.146 f.). Dabei kann zunächst festgestellt werden, dass die Einstellung und Einschätzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Befragten in Abhängigkeit der unterschiedlichen Erkrankungen und Diagnosen geschieht. Genau wie für die Bereiche der Behandlungs-Empfehlungen und den der Ursachen-Erklärungen zeigen sich auch im Bereich der emotionalen Reaktionen sowie dem Wunsch nach sozialer Distanz teilweise große Unterschiede in Bezug zu den jeweils untersuchten Erkrankungen, in diesem Fall bezogen auf Schizophrenie, schwere Depressionen und Alkoholabhängigkeit. So geben mehr Befragte an, dass sie Sympathie für Menschen mit einer Depression haben, als für Menschen, die unter einer Alkoholabhängigkeit leiden (sowohl 1990 als auch 2011). Gleichzeitig geben mehr befragte Personen an, dass sie mit einem Menschen zusammenarbeiten würden, der von einer Alkoholabhängigkeit betroffen ist, im Vergleich zur Zusammenarbeit mit einer Person, die an Depressionen erkrankt ist (sowohl 1990 als auch 2011). Diese Diskrepanz von Sympathie und Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist dabei bemerkenswert (vgl. Ebd., S. 148 f.).



Betrachtet man die Veränderungen der Ergebnisse von 1990 und 2011 lässt sich feststellen, dass im Bereich der emotionalen Reaktionen einerseits die Angst vor Menschen mit einer schizophrenen Störung gestiegen ist und mehr Menschen angaben, dass sie sich in Gegenwart von Personen mit einer schizophrenen Störung unwohl fühlen.

**Tabelle 2-2:** Changes in emotional reactions to people with mental disorder between 1990 and 2011

<b>Table 4</b> Changes in emotional reactions to people with mental disorder between 1990 and 2011 (multinomial logit regression) <sup>a</sup>									
Response category: agree	Predicted percentages								
	Schizophrenia			Major depression			Alcohol dependence		
	1990	2011	Change <sup>b</sup>	1990	2011	Change <sup>b</sup>	1990	2011	Change <sup>b</sup>
I feel the need to help him/her	<b>65</b>	<b>60</b>	– 5	<b>61</b>	<b>68</b>	<b>7</b>	55	53	– 2
I feel pity for him/her	<b>59</b>	<b>68</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>7</b>	56	56	0
I feel sympathy for him/her	23	24	1	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	13	18	5
I feel uncomfortable	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>8</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	– 6	45	42	– 3
He/she makes me feel insecure	32	30	– 2	24	21	– 4	27	25	– 2
He/she scares me	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>7</b>	23	20	– 3	27	26	– 2
I feel annoyed by him/her	12	13	1	9	9	0	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>8</b>
I react angrily	8	9	1	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>9</b>
I am amused by something like that	4	5	1	4	3	– 1	3	4	1

a. Statistically significant changes are in bold.  
b. As a result of rounding the figures shown will not always equal the difference between predicted percentages.

**Tabelle 2-3:** Changes in the desire for social distance from people with mental disorders between 1990 and 2011

<b>Table 5</b> Changes in the desire for social distance from people with mental disorders between 1990 and 2011 (multinomial logit regression) <sup>a</sup>									
Response category: would reject	Predicted percentages								
	Schizophrenia			Major depression			Alcohol dependence		
	1990	2011	Change <sup>b</sup>	1990	2011	Change <sup>b</sup>	1990	2011	Change <sup>b</sup>
Have as neighbour	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	16	15	– 2	36	31	– 4
Work together	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	15	18	3	35	34	– 1
Introduce to a friend	<b>39</b>	<b>53</b>	<b>15</b>	33	37	3	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>5</b>
Recommend for a job	<b>44</b>	<b>63</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	62	66	3
Rent a room	<b>46</b>	<b>58</b>	<b>13</b>	37	35	– 2	62	61	– 1
Have married into family	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>52</b>	<b>41</b>	– 11	<b>75</b>	<b>68</b>	– 7
Take care of children	<b>67</b>	<b>79</b>	<b>12</b>	58	62	– 4	80	81	1

a. Statistically significant changes are in bold.  
b. As a result of rounding the figures shown will not always equal the difference between predicted percentages.

Andererseits gaben mehr befragte Personen an, das Bedürfnis zu haben, einer Person mit einer Depression zu helfen und sie Mitleid haben. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit gaben 2011 mehr Personen an, dass Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bei ihnen Wut und Verärgerung auslösen. Die Ergebnisse aus dem Jahr 2011 zeigten für den Bereich soziale Distanz, dass mehr befragte Personen in allen erhobenen Punkten dieses Abschnitts das Bedürfnis haben, sich von Menschen mit einer schizophrenen Störung abzugrenzen. Für die

Krankheitsbilder schwere Depressionen und Alkoholabhängigkeit traten für den untersuchten Abschnitt der sozialen Distanz kaum relevante Änderungen auf. Somit zeigt sich, dass sich die Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen für den Bereich schizophrene Störungen in den zwei Jahrzehnten zwischen 1990 und 2011 eindeutig verschlechtert hat. Für die untersuchten Bereiche der Alkoholabhängigkeit und der schweren Depressionen lassen sich keine eindeutigen Trends festlegen, die Einstellungen gegenüber betroffenen Personen dieser Störungsbilder haben sich nicht signifikant verändert im Vergleich zu 1990 (vgl. Ebd., S. 184 f.).

Erstaunlicherweise hat sich die Haltung der befragten Personen gegenüber der Versorgung und den Versorgungsmethoden von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eindeutig verbessert, was jedoch nicht gleichermaßen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zutrifft. Dieses Ergebnis ist kein Einzelphänomen, sondern findet sich auch in vergleichbaren Studien wieder, die in den USA, Australien und anderen europäischen Ländern durchgeführt wurden. Die steigende Angst und der Wunsch nach Distanz gegenüber Menschen mit einer schizophrenen Störung zeigen Parallelen zur steigenden Anerkennung von biologischen Faktoren als Ursache für Schizophrenie. Damit verbunden gibt es eine steigende Zustimmung für die Genehmigungen von Zwangseinweisungen in der Bevölkerung und die Annahme, dass psychiatrische Kliniken notwendig sind, um die Bevölkerung vor Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schützen (vgl. Ebd., S. 150 f.).

Zusammenfassend für die öffentliche Meinung über Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist zu sagen, dass es durchaus Bevölkerungsgruppen gibt, die dem Bereich der psychischen Erkrankungen offen gegenüberstehen. Mit dem 2003 durchgeführten CAMI-Inventar wird deutlich, dass Personen, die ein generelles Interesse an dem Themengebiet haben, auch eine annehmendere Haltung gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vertreten. Dabei spielen das Alter der Personen sowie die Schulbildung eine wichtige Rolle. Dennoch zeigt die Studie von ANGERMEYER et al., dass sich die Einstellung der deutschen Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen 2011 im Vergleich zu 1990 nicht verbessert hat. Ganz im Gegenteil hat sich die grundsätzliche Haltung gegenüber beispielsweise Menschen mit einer schizophrenen Störung, trotz Bemühungen in Form von Anti-Stigma-Arbeit,

entgegen den Stigmatisierungen, drastisch verschlechtert. Die öffentliche Meinung über Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist dabei abhängig von der jeweiligen Störung. “Seemingly, the changes that have taken place in psychiatry over the past decades have benefited the image of psychiatry, but have failed to improve the image of its patients.” (Angermeyer, Matschinger, Schomerus 2013, S. 151). In mehr als 20 Jahren hat sich das Bild in der Gesellschaft über Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht zum Positiven gewendet, sondern tendenziell verschlechtert. Es zeigt sich damit ein dringender Handlungsbedarf, um die Haltung in der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und Stigmatisierungsprozessen entgegen zu wirken.

### 2.1.2 Die öffentliche Meinung und der Einfluss der Medien

*[von Josefin Drechsel]*

In der Auseinandersetzung mit dem Bild der Öffentlichkeit in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es zwingend notwendig, sich in diesem Kontext ebenso mit der medialen Darstellung dieser zu beschäftigen. „Medien vermitteln ein Abbild der Wirklichkeit. Dieses ist ein Spiegel der Gesellschaft sowie ihrer Individuen“ (Pupato 2005, S. 84).

**Die Bedeutung der Medien:** Medien werden als Massenkommunikationsmittel genutzt, durch die die Gesellschaft die Möglichkeit hat, Vorstellungen, Geschehnisse und Bilder darzubieten. So unterstützen die Medien dabei, komplexe Sachverhalte unserer Realität aufzunehmen und diese zu bewältigen. Das Bedürfnis, bestimmte Vorstellungen zu vermitteln, entspringt hierbei einerseits dem Wunsch nach Bildung neuer Überlebensstrategien und der Entwicklung dieser sowie auch der Integration und Bewältigung von Gefahrensituationen. Ebenso der Wunsch nach Kontakt und Austausch für Menschen als soziale Lebewesen ist hierbei von Relevanz (vgl. Pupato 2005, S. 83 f.). Die Bedeutung der Medien ist, und dies geschieht hier in Abgrenzung beziehungsweise Weiterführung von PUPATO, nicht ausschließlich als Abbild der Wirklichkeit zu verstehen. Vielmehr sind die Medien als elementare Akteure bei der „[...] kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit [...]“ (Bidlo/Englert/Reichert 2012, S. 1) zu begreifen, die durch die ausgewählten Kommunikationsinhalte und ihre

Darstellungsformen einen erheblichen Einfluss auf das gesellschaftliche Meinungsbild haben, dieses prägen und mitgestalten. Die moderne Gesellschaft und Kultur wird zunehmend durch die – Mediatisierung – modelliert. Entscheidend in diesem Kontext ist, dass die Medien in ihrem Wirken nicht nur Sachverhalte und Informationen vermitteln und durch Darstellungen irritieren, sie fungieren auch als selbstständige Akteure bei der Gestaltung gesellschaftlicher Diskurse und können darüber eigene Interessen verfolgen. Die Verantwortlichkeit zur Kommunikationsvermittlung liegt hauptsächlich bei den Medien selbst, wodurch sie von einer im ursprünglichen Sinne vermittelnden Rolle zwischen Öffentlichkeit und Politik zu einer eigenständig politischen Position gewachsen sind (vgl. Bidlo/ Englert/ Reichertz. 2012, S. 1 f.).

Diese erworbene Machtstellung hat damit auch Auswirkungen auf die Darstellung von bestimmten Minderheiten und Randgruppen. Betrachtet man die öffentliche Berichterstattung in den Medien über Menschen mit psychischen Erkrankungen, so kommt man zu folgenden Schlussfolgerungen über die Betroffenen: „Sie sind gefährliche Irre, zu denen man auf Distanz gehen sollte; sie sind rebellische Freigeister, für die man Entscheidungen autoritär treffen muss [und] sie haben rührend-kindliche Wahrnehmungen der Welt, sodass sie wie Kinder wohlütig umsorgt werden sollten.“ (Rüsch/ Berger 2015, S. 807). Menschen mit psychischen Erkrankungen werden damit auf drei grundlegende, hier überzogen dargestellte, (negative) Annahmen reduziert: Sie sind gefährlich, sie sind nicht in der Lage, Entscheidungen für sich selbst zu treffen und sie befinden sich auf dem geistigen Entwicklungsstand eines Kindes. Ausgehend davon wird deutlich, dass das Bild, welches in den Medien von Betroffenen einer psychischen Erkrankung propagiert wird, als klassische Fehleinschätzung anzunehmen ist. Darstellungen über die realen Chancen eines Heilungsprozesses oder Rehabilitationsmöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind rar. Besonders häufig hingegen berichten die Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehsender und Co. von Gewalt und Gefahren, welche vermeintlich von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgehen. Dabei wird das Gewaltrisiko dieser Personengruppe stark übertrieben und nicht mit den tatsächlichen wissenschaftlichen Befunden abgeglichen oder mit anderen Risikofaktoren der betreffenden Person in Verbindung gebracht. Somit fördert die Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur die Stigmatisierung dieser Gruppe, sie ist selbst in verheerendem Maße

stigmatisierend (vgl. Rüsch/ Berger 2015, S. 807, 810 - 811). Zur genaueren Betrachtung dieses Sachverhaltes können die Medien in visuelle, also Printmedien und audiovisuelle, also Film und Fernsehen unterschieden werden. Zudem wird im Folgenden nicht nur die Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen näher betrachtet, sondern ebenso die mit diesen arbeitenden Berufsgruppen und Institutionen, wie beispielsweise die Psychiatrie.

**Die Darstellung in den Printmedien:** Um die Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in gedruckten Medien näher zu betrachten, ziehen wir an dieser Stelle die Arbeit von ULRIKE HOFFMANN-RICHTER heran, die sich im Jahr 2000 in ihrer Untersuchung „Psychiatrie in der Zeitung - Urteile und Vorurteile“ mit sechs deutschsprachigen, meinungsführenden Tages- und Wochenzeitungen des Jahrgangs 1995 auseinandergesetzt und diese analysiert hat. Aus ihren Untersuchungen lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Zum einen stellt sie fest, dass die Psychiatrie als Thema in den visuellen Medien zwar oft vertreten ist, es dabei aber nicht um psychiatrische Inhalte geht. Es gibt also eine alltägliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Begrifflichkeiten der Psychiatrie und psychischen Erkrankungen, es mangelt aber an einer tatsächlichen inhaltlichen Bearbeitung der Thematik und Ausführungen zu wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zudem werden Menschen mit psychischen Erkrankungen verhältnismäßig oft in Zeitungs- oder Zeitschriftenartikeln im Kontext von Straftaten aufgeführt (vgl. Pupato 2005, S. 84 f.). Laut HOFFMANN-RICHTER „[...] sind Berichte über Straftaten der fast ausschließliche Anlass, um über psychisch Kranke zu berichten.“ (Pupato 2005, S. 85). Der Verein Einblicke e. V. hat auf seiner Internetseite - <http://www.einblicke-altenburg.de/?q=fundstellen> - eine Auflistung verschiedener Zeitungs- und Zeitschriftenartikel von 2015 erstellt, in der die Darstellung von Personen mit psychischen Erkrankungen in den Printmedien deutlich wird. Die Auswahlkriterien des Vereins wurden dabei nicht bekannt gegeben. Die meisten Artikel werben schon mit eindeutigen Schlagworten in der Überschrift, wie etwa „Macheten-Mann entgeht der Psychiatrie“ aus der Passauer Neuen Presse, „Endstation geschlossene Psychiatrie – monatelanger Terror im Wohnumfeld“ aus dem Volksfreund oder „Heinrich der Meilen – Schreck: Endlich! Amtsrichter sperrt Randalierer in die Psychiatrie“ aus der Bild-Zeitung. Der überwiegende Teil der Artikel setzt sich mit Straftaten auseinander, im Speziellen Gewalttaten (vgl. Einblicke e.V. 2017, Internetquelle). Durch diese Form der

Darstellung werden Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gebildet und verhärtet. Durch die Verbindung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und auffälligem, straffälligem und/oder gewalttätigem Verhalten in der visuellen Berichterstattung, wird die Stigmatisierung dieser Gruppe gefördert und vorangetrieben. Zudem ist zu erwähnen, dass in den diversen Artikeln zwar der Gebrauch von Fachwörtern üblich, die korrekte Bedeutung oder Anwendung dieser aber keinesfalls gegeben ist. So werden Begriffe wie – schizo – oder – schizophren – in den Printmedien genutzt, ohne dass die fachliche Bedeutung für die Adressatinnen und Adressaten deutlich wird oder ist und auch ohne, dass die Autorin beziehungsweise der Autor den fachlichen Hintergrund zu kennen scheint. Dies führt dazu, dass in der gesellschaftlichen Alltagssprache Fachwörter einfließen, die unsere Vorstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen prägen, ohne dass diese in einen geprüften fachlichen Kontext eingebettet sind. Daran anknüpfend stellt HOFFMANN-RICHTER fest, dass Themen der Psychiatrie in den visuellen Medien nicht als medizinische Fachdisziplin wahrzunehmen sind, sondern vielmehr als ausgeweitetes Allgemeinwissen. Psychiatrische Motive werden so als gesellschaftliche und kulturelle Gegenstände diskutiert und nicht als Fachgebiet der Medizin anerkannt. Diese Diskrepanz zwischen der fachlichen Auseinandersetzung und den tatsächlichen Darstellungen in den Printmedien wird jedoch nicht als Mangel an Wissen wahrgenommen, da die Anerkennung der Psychiatrie als medizinisch-psychiatrisches Fachgebiet, für die eine entsprechende professionelle Kompetenz notwendig ist, durch die Gesellschaft nicht stattfindet. Diese Annahme erschwert die Vermittlung von Fachwissen in den Medien. Die Gesellschaft bestätigt sich durch diese Form der Berichte über Menschen mit psychischen Erkrankungen das Stigma, dass diesen Personen längst gegeben wurde. Psychisch gesund wird als gesellschaftliche Norm gesetzt und von den Menschen einer Gemeinschaft erwartet. Kann man diesen Erwartungen beziehungsweise dieser gesellschaftlichen Norm nicht entsprechen, führt dies zu einer Wertung als –gestört-, -vermeintlich gefährlich- oder – sozial auffällig-. In den einzelnen Artikeln oder Beiträgen von Printmedien werden selten Einzelschicksale von Personen dargestellt, sondern stigmatisierte Bilder von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachgebildet. Dadurch werden bereits gefestigte Meinungsbilder über diese Personengruppe für die Lesenden bestätigt



und die Stigmatisierung verfestigt sich. Es gibt somit eine klare Unterscheidung zwischen der realen Perspektive auf beispielsweise die Psychiatrie und deren sozialer Repräsentation. Zusammenfassend werden psychiatrische Ereignisse in den Printmedien oft thematisiert, aber nur selten intensiv inhaltlich ausgeführt. Die Berichterstattung beschränkt sich häufig auf sensationsartige und negative Elemente, wie Gewalttaten, welche durch Urteile und Vorurteile geprägt sind. Somit bilden die visuellen Medien vor allem die allgemein gängigen und stigmatisierenden Ansichten über Menschen mit psychischen Erkrankungen beziehungsweise die Psychiatrie ab und werden demzufolge aktiv zum stigmatisierenden und stigmatisierungs-fördernden Medium (vgl. Pupato 2005, S. 86, 95).

**Die Darstellung in den audiovisuellen Medien- Film und Fernsehen:** Im Gegensatz zu den Printmedien, wie beispielsweise Zeitungen, werden die audiovisuellen Medien noch stärker zu Unterhaltungszwecken genutzt. Der Konsum von Filmen und Fernsehprogrammen geschieht durch die Rezipienten passiver als bei Printmedien und verfolgt dabei die Idee einer Unterhaltungskonkurrenz viel stärker als im Vergleich zu den visuellen Medien. Die Zuschauenden haben einen niedrig-schweligen Zugang zur Diversität des Film- und Fernsehprogramms, wodurch die Produzenten dem Druck unterliegen, die Rezipienten durch einen exklusiven Unterhaltungswert an sich zu binden. Bei der Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Fernsehen lassen sich zunächst zwei Kategorien unterscheiden. Zum einen sind diverse Genres des Spielfilms zu betrachten, die in ihren Erzählungen fiktionale Geschichten abhandeln, zum anderen sind non-fiktionale Filme zu untersuchen, wie beispielsweise Dokumentationen und Mischformen der beiden Kategorien. Zur Betrachtung dieser Filme im Hinblick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Psychiatrie wird hier eine Recherchearbeit von PUPATO aus dem Jahre 2002 herangezogen, die sich mit insgesamt 300 Filmwerken aus beiden Kategorien auseinandergesetzt hat. In den betrachteten fiktionalen und non-fiktionalen Filmen wird ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen dargestellt, angefangen von Affektiven Störungen, über Drogenabhängigkeit und Sucht bis hin zu Neurotischen- und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Pupato 2005, S. 89 f.).

In den untersuchten fiktionalen Filmen geht es um den Unterhaltungswert und den Spannungsaufbau innerhalb der Geschichte, der Fokus der Zuschauenden soll auf das Medium an sich gerichtet werden, weshalb die psychische Erkrankung oder Erkrankungen nicht ausdrücklich im Mittelpunkt stehen. Genauer aufgeführt, geht es nicht um eine medizinische Darstellung, den Krankheitsverlauf oder eine realistische Abbildung eines bestimmten Störungsbildes. Je nach Genre übernimmt der Aspekt eines Protagonisten mit einer psychischen Erkrankung eine andere Funktion im Spielfilm. Besonders in Krimis, Thrillern, Science- Fiction - und Horrorfilmen werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung zum Thema. Dabei wird die psychische Erkrankung zur dramatischen Inszenierung der Geschichte missbraucht: In den sogenannten – Psychofilmen – werden Personen, die unter einer psychischen Störung leiden zu „[...] Massenmörder[n], unberechenbare[n] Triebtäter[n] oder hinterhältige[n] Lustmörder[n] [...]“ (Pupato 2005, S. 91), (vgl. Pupato 2005, S. 89 ff.). Diese Aufmachung vermittelt ein sehr einseitiges, teilweise absurdes und übertriebenes Abbild von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die zum Zweck einer dramaturgischen Spannung irrational dargestellt werden. Trotz der Fiktionalität der Filme tragen diese Darbietungen zur Stigmatisierung bei, da sie ein klischeehaftes Bild einer bestimmten Personengruppe reproduzieren und dadurch selbst stigmatisierend agieren.

Im Gegensatz dazu richten non-fiktionale Filme ihren Blick eher auf die Aufklärung und den Informationsgehalt ihrer filmischen Darstellungen. So steht neben dem Unterhaltungsaspekt auch die Idee dahinter, durch die Produktionen Hilfestellungen zu leisten und beispielsweise Betroffene und Angehörige zu unterstützen. Sie setzen die psychische Erkrankung an sich in den Fokus und beziehen dabei auch bestimmte Interessen aus dem psychosozialen Bereich mit ein. Dem inbegriffen sind beispielsweise Stellungnahmen von Institutionen und Berufsverbänden, die sich fachlich mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzen, aber auch von Betroffenenengruppen oder Gesundheits- und Sozialpolitikern. Zu dieser Kategorie gehören Reportagen und Diskussionssendungen, wie Gesundheitsmagazine, die häufig einen zusammenfassenden Querschnitt bezüglich Entstehung, Symptomatik, Erfassung und Behandlung einer psychischen Erkrankung geben. Hierbei werden Experten zur Erstellung hinzugezogen. Jedoch gibt es auch in diesem Bereich sehr



unterschiedliche Ausführungen. Je nach Charakter des Sendungsformates wird der Bereich der psychischen Erkrankungen in verschiedener Weise betrachtet und akzentuiert. Wochenschauberichte setzen auf zeitlich kurz gehaltene und prägnante Informationen, die durch eine plakative Vermittlungsweise bei den Zuschauenden einen gewichtigen Eindruck hinterlassen. Wissenschaftliche Dokumentationen nutzen die Möglichkeit, physiologische und neurologische Vorgänge sowie Forschungsergebnisse bildlich darzustellen und erreichen damit ein anspruchsvolles Publikum, welches für ein eingehendes Verständnis über gewisse Vorkenntnisse verfügen sollte. Im Gegensatz dazu legt der historisch-biographische Film den Fokus auf die Erzählung einer Lebensgeschichte, in der ein Einzelschicksal mit dem jeweiligen Störungsbild, einem individuellen Krankheitsverlauf und dem subjektiven Wirken einer Persönlichkeit aufbereitet wird. In Diskussionssendungen können von psychischen Erkrankungen betroffene Personen sich zu ihren persönlichen Erfahrungen äußern, wobei sich die Spanne der Ausführungen, abhängig von Format und Leitung, zwischen selbstdarstellerischer Präsentation und fachlichem Austausch bewegen kann.

Diese unterschiedlichen Darstellungsmöglichkeiten in den audiovisuellen Medien zeigen eine starke Diskrepanz in den Präsentationsformen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, weshalb sich keine generelle Aussage zur Rolle von Film und Fernsehen für die Stigmatisierung dieser Personengruppe treffen lässt. Elementar für die Bedeutung in diesem Kontext ist die Zielstellung des jeweiligen Sendeformats, die von einer reinen Unterhaltungsidee, über Informations- und Aufklärungsgedanken bis hin zur Unterstützungs- und Hilfeangeboten variiert (vgl. Pupato 2005, S. 91 ff., 95 f.).

***Die historische Entwicklung der medialen Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Film:*** Um dieses Thema in seiner Gesamtheit besser fassen zu können, bedarf es an dieser Stelle eines kurzen Exkurses zum Thema historische Entwicklung der audiovisuellen Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Schon zu Beginn der Filmgeschichte war das Thema psychischer Störungen von Relevanz, wobei sich dessen mediale Präsentation im Laufe der Jahre im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Filmtechnik, aber auch der Veränderung des öffentlichen Bildes über Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt hat. Die Form der Darstellung in Filmproduktionen der 1920er und 1930er Jahre legt den Fokus hauptsächlich auf

karikierte und verzerrte Vorführungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in ihrer Wirkung von geheimnisvoll bis angsteinflößend, unheimlich und schuldzuweisend reichen. Das Bild der Psychiatrie gleicht einer dämonischen, veralteten Darstellung. Die Abhandlung in den 1950er und 1960er Jahren hingegen zeigt eine präzisere Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen. Auch wenn das Thema Psychiatrie in dieser Zeit noch dazu dient, Schockeffekte oder Spannungsmomente hervorzurufen, zeigt sich in diversen Filmwerken eine Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten der psychoanalytischen Praxis, wie beispielsweise der Verdrängung. Oft wird diese Präzisierung aufgrund des Unterhaltungswertes jedoch reduziert und führt zu Reproduktionen eines Bildes der Psychiatrie, das sich auf die Ausführungen einer Menschen-entwürdigenden und demütigenden Institution beschränkt (vgl. Pupato 2005, S. 93 f.). Im Kontext von Filmproduktionen der 1970er Jahre lässt sich feststellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Interessenfeld der Filmindustrie lagen. So entstanden zahlreiche Filme, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelten. Dabei war eine kritische Auseinandersetzung mit den vorherrschenden Bedingungen, unter denen Betroffene einer psychischen Erkrankung in der Psychiatrie litten, Thema, ebenso wie die Dokumentation dessen. Hierbei wird das Thema der – Antipsychiatrie- immer weiter in den Fokus gerückt. Die 1980er Jahre zeichnen sich durch eine ernsthafte Bearbeitung der Thematik in Filmen aus, bei denen das Verständnis für die Lage von Menschen mit psychischen Erkrankungen hervorgerufen werden soll. Zudem werden auch Fachleute sowie Angehörige und Betroffene selbst aktiv bei der Ausgestaltung filmischer Darstellungen. Die innerperspektivische beziehungsweise subjektive Sichtweise von Betroffenen rückt in den Mittelpunkt der filmischen Inszenierung und stellt damit einen Wendepunkt für die audiovisuelle Präsentation von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Im Zeitraum der 1990er Jahre und des beginnenden 21. Jahrhunderts wird die Behandelbarkeit von psychischen Erkrankungen in Filmproduktionen deutlich gemacht, die Betroffenen von psychischen Störungen sind in ihrer Darstellung auch als – normale Patienten – wiederzufinden. Dabei können die Präsentationen von psychischen Erkrankungen teilweise als romantisiert beschrieben werden, wenn sie die Betroffenen ausschließlich als geniale Kreative zeigen (vgl. Pupato 2005, S. 94 f.).

Dieser kurze Exkurs soll verdeutlichen, dass sich in der Entwicklung der Filmgeschichte seit den 1920er Jahren auch das dargestellte Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewandelt hat. Es gibt mittlerweile nicht mehr nur Produktionen, die betroffene Personen als – Irre - oder – Wahnsinnige – anpreisen, sondern ebenso Filme, die ein differenziertes und reflektierteres Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen vermitteln. Diese Darstellungen vermitteln darüber hinaus auch eine neue Perspektive für die Zuschauenden, durch die die Adressatinnen und Adressaten Menschen mit psychischen Erkrankungen als selbstbewusste Akteure wahrnehmen können (vgl. Pupato 2005, S. 95). In den letzten 13 Jahren seit der Studie haben sich zudem Mediendienste wie Netflix, Sky oder Amazon Prime in die Medienwelt aktiv eingebracht. Hierfür bedarf es neuerer Studien, die diese Anbieter ebenso mit einbeziehen.

### ***Die mediale Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und dessen Folgen im Kontext der Stigmatisierung***

*Die Wirkung der Medien auf die Zuschauenden:* Die Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien bewegt sich, wie eben aufgeführt, zwischen der Reproduktion von stigmatisierenden und diskriminierenden Bildern in Abhängigkeit der diversen Diagnosen und dem Versuch, Aufklärung zu betreiben und eine differenzierte Darstellung von Betroffenen zu ermöglichen. Die Spanne von plakativen Stereotypen-Abbildungen bis hin zu Informationssendungen ist enorm und dadurch schwer zu fassen. Elementar für den Bezugsrahmen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist hierbei die Wirkung dieser Darstellungen auf die Zuschauenden und deren subjektive Einstellungen.

Tendenziell hat jede durch Medien vermittelte Information das Potenzial, die Zuschauenden, zumindest vorläufig, zu beeinflussen (vgl. Pupato, S. 96). NOELLE- NEUMANN betont die Bedeutung der Massenmedien, also sowohl der Printmedien als auch der audiovisuellen Medien als „[...] größtmögliche Öffentlichkeit moderner Gesellschaften [...]“. (Wittkowski 1995, S. 233). Im Kontext der Stigmatisierung führt die Autorin an, dass Massenmedien durch ihre institutionelle Macht Abwertungen und Diskriminierungen von Personengruppen öffentlich machen beziehungsweise machen können und darüber diskreditierende Identitätszuweisungen errichten und verfestigen. Diesen durch die Massenmedien

reproduzierten Prozessen der Stigmatisierung können die von psychischen Erkrankungen Betroffenen nicht oder nur schwer entgegenwirken (vgl. Wittkowski 1995, S. 255). Dabei gilt es jedoch näher zu betrachten, inwieweit die Medien auf die konkrete Einstellung der Zuschauenden in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen einwirken. PUPATO unterscheidet in ihren Ausführungen zwischen momentanen Veränderungen, die durch Medien bewirkt werden und realen Einstellungsänderungen. Die Autorin macht dabei deutlich, dass die reale Einstellung einer Person zu einem bestimmten Thema schwer zu beeinflussen ist. Vielmehr suchen sich die Zuschauenden Informationen, die ihre bereits vorhandene Sichtweise bestätigen und vermeiden gleichermaßen Informationen, die Sachverhalte entgegengesetzt beziehungsweise widersprüchlich zu ihrer Einstellung darlegen. Somit ist der vermittelte Inhalt der Medien nicht allein verantwortlich für die Einstellung der Zuschauenden, sondern in hohem Maße die zuschauende Person selbst. Die Einstellung zu einem bestimmten Thema, wie die Sichtweise auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, wird damit von dem subjektiven Weltbild der Person, seiner beziehungsweise ihrer Persönlichkeitscharakteristika, Erwartungshaltungen und Interessen sowie auch der schon bestehenden Einstellung zu einem Themengebiet definiert. Diese Attribute bestimmen, inwieweit eine Person ihre/seine Einstellung durch mediale Einwirkungen erneuert beziehungsweise abändert oder verfestigt. Bei schon vorhandenen Meinungsbildern über eine Thematik kann der Einfluss der Medien zwar bestehende Einstellungen verfestigen und in seltenen Fällen auch abändern, jedoch wird die Einstellung einer Person in der Regel nicht generell dadurch verändert. Ein anderes Bild zeigt sich, wenn es um noch nicht vorhandene Meinungsbilder bei den Zuschauenden geht. In diesem Fall sind die in den Medien präsentierten Inhalte als effektive Mittel zur Meinungs- und Einstellungsbildung zu werten, wodurch den Medien eine hohe Verantwortung zuzusprechen ist. Für einen Themenbereich, mit dem die Allgemeinbevölkerung eher wenige Berührungspunkte hat, so wie der Bereich der Menschen mit psychischen Erkrankungen und der der Psychiatrie, bedeutet dies, dass der Einfluss der Medien auf die Meinungsbildung der Zuschauenden als sehr hoch einzuschätzen ist. Somit begünstigen und fördern stigmatisierende und stigmatisierte Darstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den

Medien die Stereotypen-Bildung, ebenso wie die Stigmatisierung bei den Zuschauenden (vgl. Pupato 2005, S. 96).

*Negative Folgen der medialen Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen:* Die oben aufgeführte, großteils negative Präsentations-Weise von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Printmedien und den audiovisuellen Medien kann zu einer verdrehten beziehungsweise falschen Sichtweise auf Betroffene einer psychischen Erkrankung sowie deren Angehörige führen. Daraus kann im Folgenden Unverständnis und Angst resultieren, was wiederum die Ausgrenzung der betreffenden Personengruppe begünstigt. Zudem kann sich durch die verdrehte mediale Darstellung Misstrauen gegenüber der Psychiatrie und ihren Vorgehensweisen und Behandlungsansätzen entwickeln. Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, erfahren durch den eigenen Konsum von visuellen und audiovisuellen Medien Diskriminierungen. Dabei besteht die Gefahr, dass sich der Krankheitszustand in Folge dessen verschlechtert oder Rückfälle hervorgerufen werden. In jedem Fall sind diese diskriminierenden Ausführungen als zusätzliche Stressfaktoren anzusehen. Zudem kann der Zugang und das Vertrauen der Betroffenen in die Behandlungen und das Fachpersonal negativ beeinflusst werden. Die Einschätzung von Laien über die Praxis der Psychiatrie ist an sich schon geprägt durch ein verzerrtes Bild von Zwangseinweisungen, Experimenten mit Medikamenten und weiteren absurden Praktiken, die sich häufig aus Bildern der vergangenen Psychiatrie-Zeit der letzten 50 bis 100 Jahre speisen. Eine negative Darstellung in den Medien verstärkt damit nur gängige Stigmatisierungsprozesse gegenüber dem Themengebiet der psychischen Erkrankungen bei Zuschauenden im Allgemeinen und den Betroffenen selbst. Die Medien rufen damit im doppelten Sinne negative Folgen hervor: Sind sowohl Produzent als auch Reproduzent von Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Pupato 2005, S. 96 f.).

## 2.2 Stigmatisierung im professionellen Kontext

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Klapse, Irrenanstalt oder andere diffamierende Bezeichnungen der Psychiatrie finden auch heute noch oft umgangssprachliche Verwendung beziehungsweise sind derlei abwertende Bezeichnungen dem Großteil unsere Gesellschaft durchaus geläufig. Die damit verbunden Stereotypen führen primär zur Stigmatisierung der dort behandelten Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen. Neben dieser primären Form der Stigmatisierung führen die mit dem Versorgungssystem verknüpften Stereotype auch zur Stigmatisierung der im Versorgungssystem von Menschen mit psychischen Erkrankungen Tätigen, wie zum Beispiel psychiatrisch Tätige oder Sachbearbeitende im allgemeinen psychiatrischen Dienst (vgl. Rüscher/ Berger 2015, S. 810). Aber nicht zuletzt trägt auch das Versorgungssystem selbst zur Diskriminierung und Stigmatisierung der Betroffenen und ihren Angehörigen bei (vgl. Kardorff 2017, S. 574). Die Gefahren der strukturellen Diskriminierung liegen dabei in der – sozialen Kontrolle – und der – Behandlung und Korrektur auffälligen Verhaltens – sowie im – Angebot zur Unterstützung und Begleitung –.

So führt die – soziale Kontrolle – des psychisch auffälligen Verhaltens von Menschen mit psychischer Erkrankung häufig zur Verletzung ihrer Menschenwürde sowie der Integrität ihrer Person. Im Falle der – Behandlung und Korrektur auffälligen Verhaltens – besteht die Gefahr darin, durch eine strikte Orientierung an wissenschaftlichen Konzepten und routinierten Behandlungsideen die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen zu verletzen sowie deren Expertenwissen in eigener Sache ungenutzt zu lassen. Das – Angebot zur Unterstützung und Begleitung – wiederum birgt auf Grund unterschiedlicher Zugangsvoraussetzungen das Risiko der Fehlversorgung im Allgemeinen sowie der Unter- beziehungsweise Überversorgung bestimmter psychischer Erkrankungsgruppen im Besonderen (vgl. Kardorff 2010, S. 295). Diese Diskriminierung wirkt sich wiederum wechselseitig auf die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, aus wie in den folgenden Unterkapiteln genauer aufgezeigt werden soll.

### 2.2.1 Psychiatrie

*[von Annegret Fechtner]*

Nicht nur die häufig als traumatisch empfundenen Erstkontakte Betroffener mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Form von unfreiwilligen Einweisungen auf der Grundlage der länderspezifischen Unterbringungsgesetze für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die damit verbundenen temporären Einschränkungen des Selbstbestimmungsrechtes prägen die negative Wahrnehmung des Versorgungssystems (vgl. Kardorff 2010, S. 295). Auch die allgemeinen gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotype gegenüber psychiatrischen Behandlungen bestimmen die Einstellung von Betroffenen gegenüber psychiatrischen Einrichtungen. Als Personen des öffentlichen Lebens teilen Betroffene vor der Inanspruchnahme stationärer und teilstationärer Therapien die in der Bevölkerung allgemein gültigen Vorstellungen über Psychiatrien (vgl. Rüschi/ Berger 2015, S. 810). So hält sich beispielsweise seit langer Zeit die Auffassung, dass eine vorübergehende Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung zuvorderst dem Eigenschutz der Person aber auch dem Schutz der Bevölkerung dient oder die Verabreichung von Psychopharmaka hauptsächlich darauf abzielt, die Patienten ruhigzustellen. Eine Arbeitsgruppe um Angermeyer hat in einer Befragungsserie von 1994 eben diese allgemeingesellschaftlichen Ideen von psychiatrischer Unterbringung untersucht. Die Studie zeigt unter anderem, dass 28 Prozent der Befragten der Meinung waren, dass keine Behandlung, sondern lediglich eine Ruhigstellung in stationären Einrichtungen stattfindet. Darüber hinaus vertraten 26 Prozent der befragten Personen die Ansicht, dass Patienten eine psychiatrische Klinik eher kränker verließen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine repräsentative Telefonumfrage in der Schweiz von Lauber u. a. aus dem Jahr 2001. So waren 21 Prozent der Befragten der Auffassung, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung schädlich sei. Gerade einmal 15 Prozent gaben an, dass stationäre Behandlung nützlich sei. Nicht nur die stationäre Unterbringung wird von einem Großteil der Bevölkerung negativ bewertet. Auch der Gabe von Psychopharmaka steht ein Großteil der Bevölkerung kritisch gegenüber. Antidepressiva zum Beispiel wurden zwar von 21 Prozent der Umfrageteilnehmenden als nützlich beschrieben, dagegen von 33 Prozent als schädlich. Neuroleptika genießen einen noch schlechteren Ruf in der Gesellschaft. 35 Prozent der Befragten gaben an, dass



Neuroleptika in ihren Augen schädlich seien und lediglich zehn Prozent bewertete die Medikation positiv (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005, S. 70 f.). Diese allgemeinen Auffassungen bezüglich des psychiatrischen Versorgungssystems führen dazu, dass viele Betroffene aus Angst vor Stigmatisierung notwendige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen ablehnen (vgl. Rüscher/ Berger 2015, S. 810). Dass diese Ängste nicht unbegründet sind, zeigt zum Beispiel eine Befragung von Patienten einer psychiatrischen Einrichtung durch Gaebel u. a. aus dem Jahr 2001. Sie gaben an, dass es viele Situationen im direkten Umgang mit nicht Betroffenen gab, in denen sie sich diskriminiert fühlten. Die Befragten beschrieben, dass sie in der Öffentlichkeit gemustert wurden oder soziale Herabsetzung und abweisende Behandlung erfuhren. Die Teilnehmenden wurden außerdem danach befragt, von welchen Personengruppen sie am ehesten diskriminiert wurden. Es zeigte sich, dass mit 33 Prozent die Gruppe der Vorgesetzten und Kollegen am häufigsten von den Befragten angegeben wurde. Des Weiteren beschrieben 19 Prozent der Umfrageteilnehmenden Diskriminierungserfahrungen im Umgang mit der Polizei sowie dem Ordnungsamt. Neben diesen öffentlichen Personengruppen sahen sich die Befragten auch Diskriminierungen im privaten Umfeld gegenüber. Die Studie zeigte, dass 20 Prozent der Befragten im Bekanntenkreis Diskriminierungen erfahren haben. Außerdem gaben 16 Prozent der Teilnehmenden die Familie als Ort für Diskriminierungserfahrungen an (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005, S. 69).

Es ist bei weitem jedoch nicht so, dass allein das öffentliche Bild von Psychiatrien die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beeinflusst, sondern auch die Einstellung von professionellen Helfern, insbesondere von Psychiatern, ist ein ausschlaggebender Faktor. Untersuchungen in der Schweiz haben gezeigt, dass institutionelle Psychiater im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und anderen in der Psychiatrie Tätigen ein deutlich schlechteres Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. In Bezugnahme auf diese Erkenntnisse zeigt der Vergleich der Einstellungen von niedergelassenen Psychiatern mit denen der allgemeinen Bevölkerungen zum Teil ein positiveres Bild. Wenn auch die Mehrheit (98,9 Prozent) der niedergelassenen Psychiater laut einer Studie von Zogg u. a. aus dem Jahr 2003 das Mittel der Zwangseinweisung unterstützen, distanzieren sie sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von der Befürwortung anderer freiheitseinschränkenden

Maßnahmen, wie etwa dem Stimmrechtsentzug oder dem Schwangerschaftsabbruch. Auch der gemeindepsychiatrischen Versorgung stehen niedergelassene Psychiater laut einer Studie von Lauber u. a. aus dem Jahr 2004 wesentlich positiver gegenüber als es die allgemeine Bevölkerung tut. Was diese Studien aber auch gezeigt haben ist, dass Psychiater genauso wie die Allgemeinheit der Auffassung sind, dass psychiatrische Einrichtungen ein Wohngebiet beziehungsweise Stadtgebiet unattraktiv werden lassen. Des Weiteren muss hervorgehoben werden, dass auch im Bereich der sozialen Distanzierung keinerlei Unterschiede zwischen Psychiatern und der Bevölkerung auszumachen sind. Psychiater würden ebenso wenig wie die Allgemeinheit einst psychisch erkrankte Menschen als Babysitter engagieren oder sie als Familienmitglieder haben wollen (vgl. Rössler 2017, S. 379 f.). Bereits 1986 gab Dr. Paul FINK zu bedenken, dass eine inadäquate Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Ergebnis von Stigmatisierung durch die Profession selbst sein kann. Zum einen entsteht diese Form der Stigmatisierung seiner Meinung nach durch einen zunehmend unsachgemäß geführten fachlichen Diskurs über angewandte Behandlungsmethoden; zum anderen aus dem mangelnden Wissensstand der allgemein praktizierenden Ärzte. Häufig - so FINK - wissen sie kaum mehr als die Allgemeinbevölkerung über psychische Erkrankungen und teilen ihre Ansichten und damit auch die Art der Stigmatisierung. Des Weiteren zeigt FINK auf, dass es Behandlungsvorlieben gibt. So behandeln die im psychiatrischen Kontext Arbeitenden psychotherapeutisch behandelbare Patienten lieber als chronisch Erkrankte. Durch diese offensichtliche Benachteiligung von chronisch erkrankten Patienten kann ihr Stigma der psychischen Erkrankung durchaus gesteigert werden. Ein weiteres Problem stellt die zum Teil mangelnde fachliche Ausbildung von Beschäftigten im psychiatrischen Kontext dar. Um die Erlebnisse mit Menschen mit psychischen Erkrankungen verarbeiten zu können, entwickeln sie nicht selten stereotype Vorstellungen über die Erkrankungen. So ließ sich in Untersuchungen aufzeigen, dass, je qualifizierter ein psychiatrisch Tätiger ist, desto vorurteilsfreier ist auch sein Umgang mit den Patienten (vgl. Krumm/ Becker 2005, S. 188 ff.).

Ein weiteres entscheidendes Moment der Diskriminierung von Patienten bildet die strukturelle Asymmetrie der Patienten-Arzt-Beziehung. Die soziale Kontrolle als Hauptaufgabe der Ärzte führt zu einer asymmetrischen Beziehungsstruktur

zwischen ihnen und ihren Patienten. Den Ärzten wird aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz die Expertenmacht zuteil, welche wiederum ergänzt wird durch die damit einhergehende Definitionsmacht, denn nur sie allein haben das Recht, die Patienten zu behandeln, eine Diagnose zu stellen und gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Komplettiert werden diese beiden Formen der Macht durch die Steuerungsmacht, sprich die Autorität, den Beginn sowie den Verlauf und das Ende einer Behandlung festzulegen. Beeinflusst werden diese Machtverhältnisse durch Faktoren auf der institutionellen, soziokulturellen und individuellen Ebene.

Auf der institutionellen Ebene zeigen sich große Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. So sind in ambulanten Einrichtungen zumeist mehr Entscheidungsoptionen sowie Möglichkeiten der Verhandlung über bestimmte Behandlungsmethoden gegeben. Das liegt vor allem daran, dass ambulante Einrichtungen im Gegensatz zu stationären einem höheren wirtschaftlichen Druck unterliegen, Patienten zu finden und dann an die Einrichtung zu binden. Der Grad des Mitbestimmungsrechts ist also abhängig vom vorherrschenden Wettbewerbsdruck unter den verschiedenen ambulanten Angeboten. Im Falle einer staatlich organisierten ambulanten Behandlungskultur mit starker bürokratischer Ausrichtung verhält es sich genau entgegengesetzt, also Autonomie auf Seiten der Ärzte. Ähnliches trifft auch auf die institutionellen stationären Einrichtungen zu. In Krankenhäusern zum Beispiel führen die organisational festgelegten Regeln zum Ausbau der asymmetrischen Patienten-Arzt-Beziehung. So sind die Patienten unter anderem ständig abrufbar und die persönliche Einflussnahme auf den Behandlungsprozess als sehr gering zu bewerten.

Darüber hinaus führen soziokulturelle Einflussfaktoren zum Ausbau der Distanz und Asymmetrie zwischen den Ärzten und Patienten. Ausschlaggebende Faktoren sind zum Beispiel Schichtzugehörigkeit, Alter oder Geschlecht. Laut BERBSTEIN lassen sich entlang sogenannter - schichtspezifischer Sprachcodes – Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Schichten ausmachen. Gehören Ärzte in aller Regel zum Kreis des Sprachcodes der sozialen Mittelschicht, der sich durch eine hoch entwickelte Ausdrucksweise auszeichnet, verwenden besonders Patienten aus unteren sozialen Schichten den resignierten Sprachcode. Dieser ist gekennzeichnet durch eingeschränkte Flexibilität in

Interaktionen und Abstraktionen sowie der inadäquaten Benennung der eigenen Bedürfnisse und Anliegen. Diese Defizite wirken sich im Besonderen auf die Diagnose- und Therapieentscheidung der jeweiligen Ärzte aus.

Auf der individuellen Ebene beeinflussen neben den im Verlauf von Therapien auftretenden Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen auch die persönlichen Einstellungen sowie die individuellen Persönlichkeitsmerkmale sowohl der Ärzte als auch der Patienten die Asymmetrie ihrer Beziehung.

Aus der strukturellen Asymmetrie und der sie bedingenden Einflussfaktoren ergibt sich auf Seiten der Patienten erhebliche Unzufriedenheit. Aufgrund ihrer Erkrankung befinden sich Patienten zumeist im Zustand emotionaler und kognitiver Verunsicherung. Befragungen haben gezeigt, dass dieser Verunsicherung immense Informationsdefizite gegenüberstehen, wie sie zum Beispiel aus den soeben beschriebenen soziokulturellen Einflussfaktoren erwachsen. Diese Informationsdefizite stehen in enger Verbindung mit der Unzufriedenheit bezüglich der ärztlichen Kommunikation. Diese ist oftmals zu fachspezifisch oder oberflächlich, sozial diskriminierend beziehungsweise umgangssprachlich. In der Folge trauen sich Patienten häufig nicht, Nachfragen zu stellen. Diese Unzufriedenheiten gipfeln sehr häufig in der mangelnden Bereitschaft der Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen. Non-Compliance in Psychiatrien ist deshalb sehr problematisch, da sich dadurch die Behandlungszeiten vielfach verlängern, die Medikamentenverordnung umfangreich und vielschichtig ist und nicht zuletzt auch die Nebenwirkungen häufig mannigfaltig sind. Damit wirkt sich die asymmetrische Struktur der Patienten-Arzt-Beziehung im Allgemeinen und die Non-Compliance im Besonderen sowohl mittelbar als auch unmittelbar auf die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus (vgl. Möller-Leimkühler 2017, S. 408 ff.).

Der Begriff – Stigma by Courtesy –, welcher von Ervin GOFFMAN geprägt wurde umfasst nicht nur die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie es im Abschnitt Stigmatisierung der Betroffenen und ihren Angehörigen noch ausführlicher beschrieben wird, sondern auch die Menschen, die beruflich mit den Betroffenen in Kontakt stehen (vgl. Finzen 2013, S. 52). Die sekundäre Stigmatisierung trifft also neben dem sozialen Umfeld der Betroffenen auch die psychiatrisch Tätigen, wie etwa Ärzt\_Innen, Psycholog\_innen,

Sozialarbeiter\_innen und andere Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag Berührungspunkte mit Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Häufig fühlen sich die psychiatrisch Tätigen von der Gesellschaft und Berufskollegen ohne Kontakt zu Betroffenen geringschätzig behandelt. Eines der bekanntesten Vorurteile gegenüber Psychiatern und Psychologen ist, dass sie ihren Beruf nur gewählt haben, um ihre eigenen Probleme zu bewältigen. Auch wenn das in einigen Fällen zutreffend sein kann, bietet es der breiten Masse der Gesellschaft einen großen Raum für Vermutungen und abstruse Fantasien über die Betroffenen selbst als auch über die Berufsgruppen, welche sie betreuen, behandeln und begleiten. Die Umgangsform der psychiatrisch Tätigen mit dieser sekundären Stigmatisierung ist vielfältiger Natur. Während die einen gelassen damit umgehen, da ihnen bewusst ist, dass es sich um ein Übertragungsphänomen handelt, gegen das sie nur wenig ausrichten können, gehen andere in den Widerstand oder versuchen der Stigmatisierung auszuweichen, in dem sie eine weniger vorurteilsbehaftete Berufsbezeichnung wählen. Obwohl viele der psychiatrisch Tätigen eingesehen haben, dass sie ihrer sekundären Stigmatisierung nur entgegentreten können, in dem sie das Bild der Öffentlichkeit über ihren Beruf und die Behandlung und Betreuung der ihnen anvertrauten Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern, wählen einige dennoch den Weg der Distanzierung von den Betroffenen. Auch wenn die klassischen Anstaltsleiter als Beschützer der Allgemeinheit der Vergangenheit angehören, besteht nach wie vor die Gefahr, dass negative Bilder von Patienten, zum Beispiel bezüglich ihres Krankheitsverlaufes, zu neuen Vorurteilen führen, die dann wiederum auch das öffentliche Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen beeinflussen (vgl. Finzen 2013, S. 57 ff.).

Komplementiert wird die aus der Psychiatrie erwachsende primäre beziehungsweise sekundäre Stigmatisierung durch strukturelle Diskriminierungsmomente aufgrund der Funktionsbestimmung des Behandlungs- und Versorgungssystems. So führt die Aufgabe der sozialen Kontrolle von psychisch divergentem Verhalten unter anderem auch zur Verletzung der Menschenwürde der Betroffenen sowie zur Beschädigung der Unbescholtenheit der Person. Des Weiteren kann die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Ziel der Korrektur ihres abweichenden Verhaltens dazu führen, dass das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und ihre

Professionalität in eigener Sache dadurch missachtet werden; besonders dann, wenn wissenschaftliche Konzepte zu strikte und vehemente Anwendung finden und zudem Routinen ein zu engstirniges Behandlungsregime fördern (vgl. von Kardorff 2010, S. 295). In der Folge wird die bereits erwähnte Non-Compliance, also die Nichteinhaltung therapeutisch notwendiger Pflichten, der Betroffenen als Vorbote einer negativen Prognose, als Symptom oder als Ergebnis einer gescheiterten Patienten-Arzt-Beziehung gewertet. Eine Fokussierung der professionellen Sichtweise auf Krankheit birgt laut THOMAS BOCK das Risiko, den subjektiven Sinn und Krankheitsgewinn für den einzelnen Betroffenen zu übersehen und damit das Wiedererlangen der eigenen Autonomie sowie Lebensqualität zu gefährden. (vgl. von Kardorff 2017, S. 578 f.).

Nicht zuletzt führen unterschiedliche Zugangsbedingungen zu Unterstützungs- und Begleitungsangeboten zu einer Fehl-, Über- oder aber Unterversorgung von spezifischen Erkrankungsgruppen (vgl. von Kardorff 2010, S. 295). Diese strukturellen Mängel verhindern eine gleichberechtigte Teilhabe der Betroffenen am psychiatrischen Versorgungssystem. Differente Zugangsbedingungen zeigen sich nicht nur in der räumlichen Betrachtung, also den erkennbaren Ost-West-, oder Stadt-Land-Gefällen, sondern auch indikationsspezifisch. WITTCHICH und JACOBI gehen davon aus, dass die Anzahl der behandlungsbedürftigen Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich höher sein müsste, als es de facto derzeit ist. Gravierende Unterschiede zeigen sich entlang der einzelnen Diagnosegruppen. Eine relativ gute Versorgung gibt es für Erkrankungen, wie Zwangsstörungen, Medikamentenmissbrauch oder etwa die psychotischen Störungen. Erhebliche Unterversorgungen wiederum zeigen sich in den Bereichen der Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie den somatoformen Störungen oder spezifischen Phobien. Zu diesen Unter- oder Überversorgungssituationen kommt hinzu, dass trotz vieler institutioneller Reformen mit dem Ziel gemeinwesennahe Konzepte zu implementieren, insbesondere in den neuen Bundesländer Menschen mit psychischen Erkrankungen noch eher überwiegend in Heimen wohlverwahrt werden, als wieder in das gesellschaftliche Leben eingegliedert zu werden.

Am Rande soll auch die noch mangelnde Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kurze Erwähnung finden. Die Unterversorgung dieser doch großen Bedarfsgruppe liegt nicht ausschließlich an den zunächst offensichtlich

erscheinenden Hindernissen sprachlicher oder kultureller Art. Viel schwerer trägt der mangelnde Kenntnisstand von Fach- und Allgemeinärzten sowie die Begebenheit, dass trotz des großen Bedarfs keine Informationen darüber vorhanden sind, wie sich Menschen mit Migrationshintergrund für gewöhnlich Hilfe suchen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hauptschwierigkeit für Betroffene und ihre Angehörigen darin besteht, sich im Dschungel der pluralen Hilfsangebote zu orientieren und darüber hinaus die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen und die damit verbundenen Kosten zu kennen. Dazu kommen Probleme der mangelnden Koordination, Kooperation sowie Vernetzung der einzelnen Hilfeleistenden und die daraus resultierenden Defizite hinsichtlich der Wirksamkeit des Hilfeverbundes. Gemeinsam mit der noch häufig fehlenden Teilhabemöglichkeit der Betroffenen am und im Hilfeverlauf führt es dazu, dass sich die meisten von ihnen in einem Maßnahmenkarussell befinden, welches geprägt ist von Perspektivlosigkeit, erlernter Machtlosigkeit und schicksalsergebener Selbstgefälligkeit (vgl. von Kardorff 2017, S. 579 f.).

Psychiatrie als Ort der Rehabilitation und Behandlung übernimmt jedoch auch heute noch ein staatliches Amt mit dem Aufgabenbereich der Ordnungs- und Sozialpolitik. So hat sie das Definitionsmonopol im Bereich der Kategorisierung von Normalität und abweichendem Verhalten. Somit beeinflusst sie das öffentliche Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die jeweiligen Interpretationsgrundlagen für die Beurteilung dieser Menschen enorm. Die Betroffenen erhalten das Etikett, nicht mehr der sozialen Normalität zuordenbar zu sein. Zeitgleich ermöglicht die Psychiatrie durch medizinische Begründungen, dass die Selbstbestimmungsrechte von Betroffenen eingeschränkt und Freiheitsrechte aufgehoben werden (vgl. von Kardorff 2017, S. 583).

Diese Benachteiligungen sowie Wahrnehmungen wirken sich sowohl mittelbar als auch unmittelbar auf die Psychiatrie und ihre Patienten aus und bedingen damit folglich auch den Erhalt sowie Ausbau der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.



### **2.2.2 Stigmatisierung durch strukturelle und institutionelle Diskriminierung**

*[von Josefin Drechsel]*

Strukturelle Diskriminierung umfasst alle öffentlichen und privaten Instanzen, die durch ihre Stellung eine machthabende Rolle in der Gesellschaft einnehmen und die Rechte von Minderheiten, in diesem Fall bezogen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, beabsichtigt oder unabsichtlich beeinträchtigen. Dies kann im Kontext von gesetzlichen Bestimmungen, aber auch durch spezifische Umgangsformen oder Regelungen geschehen. Diese Festlegungen wirken zudem als Vorbild für den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Rüscher/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2004, S. 5). Als Grundlage entgegen jeglicher Form von Diskriminierung, also auch struktureller Diskriminierung, dienen umfassende rechtliche Bestimmungen, die häufig unter dem Begriff des Diskriminierungsverbotes zu finden sind. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Art. 2 AEMR), die europäische Menschenrechtskonvention (Art. 14 EMRK), die EU-Grundrechtscharta (Art. 21 EU-Grundrechtscharta, 2000) und das Grundgesetz (Art. 3 GG) sind nur ein Teil der Einigungen, die als Rechte gegen Diskriminierungen festgelegt sind. "Das Diskriminierungsverbot ist demnach nicht nur eine Norm neben der anderen, sondern hat darüber hinaus den Stellenwert eines Strukturprinzips für den Menschenrechtsansatz im Ganzen." (Bielefeldt 2010, S. 23). Das 2006 verabschiedete bundesdeutsche Gesetz zur Allgemeinen Gleichbehandlung brachte dabei erstmals in Deutschland die Dimension der strukturellen und institutionellen Diskriminierung ein. So bezieht sich der § 2 des AGG auf Kernelemente des gesellschaftlichen Lebens und umfasst neben der Versorgung mit Gesundheits- und sozialen Diensten auch die Themenbereiche Erwerbstätigkeit, Bildung und Wohnen (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2006, Internetquelle). Elementar für den Schutz vor institutioneller und struktureller Diskriminierung ist der § 3 Absatz 2 des AGG: " (2) Eine mittelbare Benachteiligung liegt vor, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren Personen wegen eines in § 1 genannten Grundes gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können, es sei denn, die betreffenden Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sind durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt und die Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich." (vgl.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2006, Internetquelle). Damit werden auch Formen der mittelbaren Diskriminierung in die Gesetzgebung aufgenommen und greifbar gemacht. Dieser Schritt ist notwendig, da somit institutionelle Handlungskontexte als Ursache für Ungleichheitseffekte aufzeigbar sind (vgl. Gomolla 2010, S. 61 f.). Betrachtet man die gesetzlichen Grundlagen im Speziellen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, so kann man zunächst auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die 2009 in die deutsche Gesetzgebung aufgenommen wurde, hinweisen. Auch hier wird in Artikel 3 Absatz b) die Nicht-Diskriminierung als allgemeiner Grundsatz festgeschrieben, der im Artikel 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung konkreter aufgeführt wird (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017, Internetquelle). Zur Umsetzung bestimmter Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention wurde das Bundesteilhabegesetz (BTHG) erlassen, welches ebenso eine Stärkung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen versucht zu erreichen (vgl. Conty 2018, S. 132).

**Strukturelle Diskriminierung im Bereich des Bildungssystems:** Trotz einer erweiterten Gesetzeslage sieht die Praxis für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiterhin schwierig aus: Die prekären strukturellen Bedingungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden in den einzelnen Systemen und Instanzen sichtbar. Eine dieser Instanzen bildet die Schule beziehungsweise das Bildungssystem an sich. Schule stellt eine zentrale gesellschaftliche Institution dar, in welcher soziale Verhältnisse erzeugt und reproduziert werden. Dadurch werden ebenso strukturelle Rahmenbedingungen für den Umgang mit stigmatisierbaren und stigmatisierten Personengruppen vorgegeben und geprägt als auch vorgelebt. Die Schülerinnen und Schüler verbringen im Laufe ihres Bildungsweges bis zu 12 000 Stunden in der Schule, wodurch diese zu einem elementaren Ort der Bildungserfahrung wird. Dabei ist die Vermittlung von bestimmten Werten, die sich gegen Stigmatisierung richten, wie etwa Gerechtigkeit und Gleichwertigkeit, jedoch nur teilweise durch den direkten Unterricht zu leisten. Eine reine Wissensvermittlung ist in diesem Punkt nicht ausreichend, um Stigmatisierungsprozessen entgegen zu wirken. Die aktuelle Wirklichkeit, die sich in deutschen Klassenräumen hauptsächlich widerspiegelt, zeigt Gruppen von Schülerinnen und Schülern, die herkunfts- und leistungsregiert

sind. In den Organisationsstrukturen und den Selektionsprozessen, die das Schulsystem anwendet, manifestiert sich so eine Exklusionskultur für Menschen mit besonderen Bedarfen (vgl. Pates/ Schmidt/ Karawanskij 2010, S. 114 ff./ vgl. Bielefeldt 2010, S. 30). Dabei fassen die Autor\_Innen des Werkes – Antidiskriminierungspädagogik – diese Idee in einem einfachen Satz: "Schule ist ungerecht" (Pates/ Schmidt/ Karawanskij 2010, S. 115). Nun bezieht sich die strukturelle Diskriminierung im Bereich Schule nicht explizit oder ausschließlich auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dennoch lässt sich anhand dieser Aufführung ablesen, wie eindeutig diskriminierende und stigmatisierende Prozesse in unseren Alltag eingebunden sind. Die Instanz der Schule ist deshalb hier mit anzuführen, da sie als grundlegende Bildungsinstitution gleichermaßen für alle (in Deutschland lebenden) Kinder und Jugendlichen von elementarer Bedeutung ist. Im Gegensatz zu anderen Institutionen ist sie auf jeden Fall fester Bestandteil eines Lebens. Wenn man davon ausgeht, dass selbst im Bereich der grundlegenden Bildung die Tür für diskriminierende Strukturen offen gehalten wird, kann sich kein Verständnis für eine inklusive Kultur entwickeln. Diese grundlegende Bildungserfahrung stellt eine Möglichkeit dar, elementare Werte entgegen den Stigmatisierungen zu manifestieren, (vor-) zu leben und zu schaffen, jedoch fördert ein Großteil des deutschen Bildungssystems aktuell das Gegenteil. (Ausnahmen finden sich beispielsweise durch reformpädagogische Schulen oder inklusive Schulmodelle.)

Eine 2018 in Deutschland veröffentlichte Studie des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. in Zusammenarbeit mit SPECK und STEINHART beschäftigt sich unter anderem mit den Teilhabechancen von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen im Bereich Bildung. Die Ergebnisse zeigen, dass von 1 777 befragten Personen 11,6 Prozent keinen Schulabschluss und 37,0 Prozent einen niedrigen Schulabschluss haben (bei einer Einteilung in vier Kategorien: Kein Schulabschluss, niedriger Schulabschluss, mittlerer Schulabschluss, hoher Schulabschluss. Statistisch haben die befragten Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen viermal so häufig keinen Schulabschluss im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland (vgl. Daum 2018, S. 85 ff.). Damit fehlt vielen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, nicht allein durch ihre Erkrankung selbst, schon

durch den erschwerten Weg innerhalb des Bildungssystems die Grundlage, um im Weiteren auf dem Arbeitsmarkt reale Teilhabechancen zu haben.

**Strukturelle Diskriminierung im Bereich des Arbeitsmarktes:** Vergleichbar mit dem Bildungssystem ist der Bereich der Arbeitswelt in Deutschland noch stärker geprägt durch gesteigerte Leistungsansprüche und wachsenden Anforderungen an die Arbeitenden. Betriebliche Rationalisierungen, die Komprimierung von Arbeit und erhöhte Ansprüche fördern zunehmend den Ausschluss von Personen, die weniger leistungsfähig sind, vor allem im Bereich der dauerhaften Beschäftigung. Davon betroffen sind in erster Linie Menschen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, Personen mit körperlichen Erkrankungen oder Lernbehinderungen sowie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Ein besonders hohes Risiko, vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu werden, gilt dabei für Personen, die während einer Beschäftigungszeit neu oder durch die Beschäftigung bedingt an einer psychischen Störung erkranken. Hierbei ist die Gefahr durch strukturelle Diskriminierung am Arbeitsplatz in Form von beispielsweise Mobbing besonders hoch (vgl. Kardorff 2010, S. 289). „All dies trifft psychisch vulnerable Personen zuerst und in besonderer Weise.“ (Kardorff 2010, S. 289). Strukturelle Diskriminierung zeigt sich dabei in diversen Elementen. Vorurteile und Stigmatisierungen am Arbeitsplatz sind ein entscheidender Faktor dafür, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen aus Angst davor, ihre Erkrankung gegenüber dem Arbeitgebenden und den Arbeitskolleg\_Innen verheimlichen. Häufig verzichten Betroffene daher auf einen ihnen zustehenden Schwerbehindertenausweis und sind damit von den besonderen Leistungen des SGB IX, Teil 2, ausgeschlossen. Stigmatisierungen sind aus Sicht von Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen als eine elementare Barriere für den Zugang zur Arbeitswelt zu sehen (vgl. Kardorff 2010, S. 290 ff.). Studien zeigen, dass die Angst vor Stigmatisierungen am Arbeitsplatz gerechtfertigt sind. Im Jahr 1990 lehnten 20 Prozent der Befragten es ab, mit einer Person zu arbeiten, die eine schizophrene Störung hat. Dieser Wert stieg bei einer erneuten Befragung 2011 um 11 Prozent auf ganze 31 Prozent (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014, Internetquelle).

Frühberentung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss nicht zwangsläufig als Form von struktureller Diskriminierung gewertet werden, jedoch

zeigt sich, dass überdurchschnittlich viele Menschen mit psychischen Erkrankungen davon betroffen sind. Für ältere Arbeitnehmende mit psychischen Beeinträchtigungen kann diese Form des frühzeitigen Austretens aus der Erwerbstätigkeit mehr Entlastung bieten, als Rehabilitationsmaßnahmen zu durchlaufen, die kaum eine Perspektive für eine Wieder-Eingliederung bieten. Jedoch wird dieser Schritt vermehrt auch bei jüngeren Betroffenen einer psychischen Erkrankung eingesetzt. Ursache dafür ist zum einen, dass Betroffene sich durch eine Frühberentung dem Aufwand einer Rehabilitationsmaßnahme entziehen können. Dies geschieht vor allem, wenn die betroffenen Personen schon mehrfach Rehabilitationsmaßnahmen ohne Aussicht auf Besserung durchlaufen haben. Zum anderen empfehlen teilweise auch die Arbeitgebenden eine Frühberentung. Im Jahr 2002 lag der Anteil der psychisch Erkrankten aller Frühberentungen in der Gruppe der unter 40-jährigen für Männer bei 46,2 Prozent, für Frauen bei 45,2 Prozent. Damit ist der Prozentsatz der Frühberenteten im Bereich psychische Erkrankungen seit 1993 für beide Geschlechter um mehr als 10 Prozent gestiegen und zeigt, wie präsent die Maßnahme der Frühberentung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist (vgl. Kardorff 2010, S. 291 f.). Diese Ergebnisse sind einerseits negativ zu bewerten für den Bereich der Inklusion am Arbeitsmarkt, andererseits bedeutet dies auch die Anerkennung von Erkrankungen als Beeinträchtigung, was wiederum positiv gesehen werden kann. In der Folge zeigt sich, dass die Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf mehreren Ebenen stark begrenzt sind. Im Vergleich zu Menschen, die keine psychischen Beeinträchtigungen vorweisen, haben Betroffene von psychischen Erkrankungen ein doppelt so hohes Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und weisen eine fast doppelt so hohe Erwerbslosigkeit auf, verglichen mit der restlichen Bevölkerung. Eine Studie von HOFFMANN, die 2004 in Deutschland durchgeführt wurde, untermauert dies: Von den befragten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind ganze 43 Prozent aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, wovon 16,5 Prozent Langzeiterwerbslose sind. Insgesamt sind von den erwerbstätigen Befragten nur 5,6 Prozent voll beschäftigt. Die weiteren befragten Personen haben eine Teilzeitbeschäftigung, einen geschützten Arbeitsplatz oder befinden sich in einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation, was als Teilhabechance gewertet werden kann (vgl. Kardorff 2010, S. 292 f.). Zudem haben Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen häufig ein

niedrigeres Arbeitseinkommen. Die geringen Beschäftigungszahlen im Erwerbsbereich wirken sich dabei auch auf die finanzielle Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus. Es zeigt sich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger Mietrückstände haben und ein erheblicher Teil dieser von Obdachlosigkeit betroffen ist oder in prekären sozialen Verhältnissen lebt (vgl. ebd., S. 289 f.). Diese Umstände können jedoch auch durch die Erkrankung an sich bedingt sein und sind somit nicht zwangsläufig Folgen der Arbeitsmarktpolitik.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Arbeitsmarkt eine geringe Toleranz gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufzeigt. Die moderne Arbeitsgesellschaft orientiert sich hauptsächlich an den Werten Leistung und Effizienz und lässt dabei kaum Raum für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Gesundheit nicht perfekt in ein vorgegebenes Leistungsmuster passen.

In der Konsequenz ist der Anteil an erwerbslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr hoch. Die Erwerbslosigkeit stellt dabei an sich ein erneutes Risiko dar: Lang anhaltende Erwerbslosigkeit beeinträchtigt nicht nur die Stabilität der täglichen Lebensführung, den Familienzusammenhalt und das seelische Gleichgewicht, sie führt zu einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und begünstigt die Entwicklung von psychischen Beeinträchtigungen, wie etwa Depressionen oder Apathie. In der Folge kann es dabei zu generationsübergreifenden Problemstellungen kommen, die sich beispielsweise in der Verfestigung von Armutslagen oder verringerten Bildungschancen für Kinder von Betroffenen zeigen können. Die Negativ-Spirale der gesellschaftlichen Isolation wird damit auf mehreren Ebenen weiter voran getrieben und erhöht auch das Suizid-Risiko (vgl. ebd., S. 292 f.).

**Strukturelle Diskriminierung im Bereich des Versorgungssystems:** In Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose zeigt sich für den Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, dass es weiterhin eine hohe Unterversorgung für als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzte Menschen gibt. Die Versorgungsrate von Personen mit psychotischen Störungen, Medikamentenabhängigkeit und Zwangs- oder Panikstörungen wird als relativ gut eingeschätzt. Eine deutliche Unterversorgung, die in Nicht-Behandlungsquoten



ihren Ausdruck findet, ist für Drogenabhängigkeit, Alkoholismus, spezifische Phobien und weitere Angststörungen sowie für somatoformen psychischen Störungen und Essstörungen erkennbar. Es fehlt zudem an bedarfsgerechten Angeboten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, Kindern von Betroffenen sowie an Vollzeit-geöffneten Krisendiensten mit Krisenbetten und niedrigschwelligem Zugang. Außerdem bedarf es ambulanten Hilfen für alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Versorgungslösungen für psychisch beeinträchtigte Straftäter und betriebsnahe Eingliederungsmaßnahmen. Ebenso ist die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Erkrankung als problematisch zu betrachten, da ein Mangel an Fachkräften mit kulturspezifischem Hintergrundwissen besteht und Angebote zu Weiterbildungen in diesem Sinne kaum vorhanden sind. Es mangelt im Weiteren an einer geschlechtersensiblen Praxis in den psychiatrischen Versorgungshilfen (vgl. Kardorff 2010, S. 297 f.). Für chronifizierte Psychosen kann auch unter Einbezug des Stadt–Land-Gefälles eine gute Versorgung gewährleistet werden, welche “[...] die erlernte Hilflosigkeit, das Zirkulieren in endlosen Maßnahmeschleifen und die (Selbst-) Ausschließung in ambulanten Ghettos begünstigt.” (Kardorff 2010, S. 298). Obwohl die gesetzliche Lage und neue Reformen die Bedürfnisse und Perspektiven von Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker einbeziehen, zeichnet sich weiterhin ein Bild der von GOFFMAN so bezeichneten – totalen Institutionen – im Bereich der versorgenden Einrichtungen. In diesen Institutionen zeigen sich Stigmatisierungen und strukturelle Diskriminierungen in Form von begrenzter Selbstbestimmung, eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten und geringen Chancen auf echte gesellschaftliche Teilhabe. Mit der Zunahme an stationären Aufenthalten steigt ebenso die Diskriminierung und die Bewohnenden entwickeln eine erlernte Hilflosigkeit, Passivität und Bequemlichkeit. Der schon in den 1990er Jahren von DÖRNER beschriebene Weg zur Enthospitalisierung soll dem entgegenwirken und gemeindennahe Strukturen etablieren. Hierfür konnten in den vergangenen 30 Jahren vielfältige Hilfeformen und innovative Modelle entwickelt werden. Der Fokus richtet sich dabei auf Selbstbestimmung und Teilhabechancen und kann durch eine effektivere Maßnahmenevaluation Defizite besser aufzeigen. Die Psychiatrieplanung ist schon in den 1980er Jahren von einer angebotsorientierten zu einer nachfrageorientierten und bedarfsgerechten Planung übergegangen. Um



die aktuellen Missstände im psychiatrischen Versorgungssystem zu beseitigen, bedarf es dem Übergang zu einer zivilgesellschaftlichen und inklusiven Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die durch flexibilisiertere Hilfen ausgestattet werden. Dies soll im Endeffekt den noch bestehenden strukturellen Diskriminierungen und Benachteiligungen entgegenwirken (vgl. Ebd., S 298f.).

Strukturelle Diskriminierungen zeigen sich somit auf mehreren Ebenen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In ihrer Gesamtheit verwehren sie Betroffenen von psychischen Beeinträchtigungen den Zugang zur gesellschaftlichen Teilhabe und verhindern, dass diese sich im Rahmen ihres vollen Potenzials entwickeln können und eine optimale Versorgung erhalten.

## 2.3 Selbststigmatisierung und Stigmatisierung von Angehörigen

[von Annegret Fechtner]

Stigmatisierung auf der individuellen Ebene gliedert sich in die zwei Teilbereiche Selbststigmatisierung von Betroffenen und Stigmatisierung der Angehörigen. Diese unterliegen den verschiedenen Formen von Stigmatisierung. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, was passiert, wenn Betroffene sich selbst stigmatisieren. Über den Vergleich der soziologischen und psychiatrischen Perspektive auf Selbststigmatisierung werden die Ursachen und Wirkmechanismen beschrieben. Der zweite Abschnitt widmet sich dann der Stigmatisierung von Angehörigen.

### 2.3.1 Selbststigmatisierung von Betroffenen

[von Annegret Fechtner]

*„[...] Selbststigmatisierung entsteht, wenn Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe die Stereotype über sich selbst kennen, ihnen zustimmen und sie gegen sich selbst wenden, so dass Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen.“*

(Rüsch/ Berger/Finzen/Angermeyer 2004, S. 5).

Diese Definition ist eine von vielen Begriffsbestimmungen, die sich in der Fachliteratur zum Thema Selbststigmatisierung finden lassen. Auf diese Diversität und die daraus resultierenden zentralen Probleme der entsprechenden Forschung verweist FINZEN in seinem Buch – Stigma psychische Krankheit -. Für ihn liegt

das Hauptproblem in der Übernahme des ursprünglich soziologisch geprägten Begriffes durch die Psychiatrie, welche diesen zudem einem Bedeutungswandel unterzogen hat.

Ganz anders in der Soziologie, dort versteht man unter Selbststigmatisierung, wie es das Wort an sich schon nahe legt, einen aktiven Prozess in Bezug auf sich selbst. Dabei beabsichtigt der Selbststigmatisierende nicht, auf ein eigens stigmatisierendes Merkmal aufmerksam zu machen, sondern auf die Verantwortlichkeit und die bestehenden Missstände der Gesellschaft. Selbststigmatisierung kann also als ein manipulatives Mittel verstanden werden, mit dem es den – Schwächeren – gelingt, Einfluss auf die Gesellschaft zu nehmen (vgl. Finzen 2013, S. 60 f.). Ein einprägsames Beispiel für die soziologische Bedeutung von Selbststigmatisierung ist der Fall des Studenten Jan Palach, der sich am 16. Januar 1969 auf dem Wenzelsplatz in Prag selbst verbrannte. Er wollte mit dieser Aktion gegen die Niederschlagung des Prager Frühlings protestieren (vgl. Schmidt 2014, Internetquelle). Demnach beschreibt Selbststigmatisierung im soziologischen Sinne einen Prozess, in dem sich eine beliebige Person, welche „[...] primär nicht ausgeschlossen und nicht krank ist, sich aus ideologischen oder politischen Gründen aktiv in die Rolle des Stigmatisierten begibt, um seine Ziele zu erreichen.“ (Finzen 2013, S. 69). Wolfgang LIPP, der die soziologische Begriffsprägung von Selbststigmatisierung für sich beansprucht, unterteilt Selbststigmatisierung nochmals in verschiedene Gruppen in Bezugnahme auf die Form und Ausdruckweise ihres Widerstandes. Die Gruppe der Exhibitionisten beispielsweise provoziert mit der öffentlichen und überspitzten Zurschaustellung ihrer körperlichen Auffälligkeiten oder den von der Gesellschaft zugeschriebenen Makel. Vereinfacht ausgedrückt heißt das, dass sich der Selbststigmatisierende mit seinem Stigma personifiziert. In dessen Folge wird das stigmatisierende Merkmal als natürliches, die Identität bestätigendes Anrecht der Person verstanden. Provokateure hingegen versuchen durch die offensive Veröffentlichung ihres durch die Gesellschaft verrufenen Merkmals, wie etwa psychische Erkrankung, die allgemein gültigen Werte und Normen der Gesellschaft in Frage zu stellen und ihre natürlichen Rechte einzufordern. Die Gruppe der Asketen kann als eine Unterform der Provokateure verstanden werden. Diese verzichten freiwillig auf bestimmte gesellschaftlich befürwortete Ressourcen, um die Gesellschaft zum Beispiel auf deren schonungslosen

Umgang mit ihnen aufmerksam zu machen. So könnte eine Absicht der Veganer beispielsweise darin liegen, mit dem Verzicht auf tierische Produkte gegen Massentierhaltung zu protestieren. Der schon zuvor angesprochene Student Jan Palach wird von LIPP den Ekstatikern zugeordnet. Diese versuchen, die gesellschaftliche Verantwortung für bestimmte Geschehnisse, welche ihnen selbst zum Teil zum Vorwurf gemacht werden, zu verdeutlichen (vgl. Finzen 2013, S. 61 f.). Nicht zuletzt verdeutlichen diese vier Gruppen nochmals die Selbststigmatisierung aus soziologischer Perspektive als „[...] eine aktive Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und moralischen Normen, die man ablehnt und mit den Mitteln der Umkehrung von Stigmatisierung aus den Angeln zu heben versucht [...]“ (Finzen 2013, S. 62). Folglich wird das Stigma zum manipulativen Mittel des Aufstandes gegen die Stigmatisierenden. Das setzt voraus, dass es sich im Falle des Selbststigmatisierenden um eine starke Persönlichkeit handelt. Dieser Fakt und der, der Selbststigmatisierung als einen aktiven sowie interaktiven sozialen Prozess beschreibt, sind für FINZEN die Hauptgründe für die schwerwiegenden Verständigungsprobleme zwischen Psychiatern und Soziologen.

Wie schon durch die Definition am Anfang dieses Kapitels, welche dem psychiatrischen Kontext zugeordnet werden kann, deutlich wird, versteht die Psychiatrie unter Selbststigmatisierung etwas ganz anderes. Grundlegend für Selbststigmatisierung im psychiatrischen Verständnis sind damit die von CORRIGAN u. a. eingeführten drei Begrifflichkeiten – awareness – also die Beobachtung und Bewusstwerdung von Vorurteilen, - agreement – im Sinne der Konformität mit eben diesen und – application – sprich der Anwendung dieser auf sich selbst (vgl. Finzen 2013, S. 63 f.). Laut GOFFMAN führt ein Stigma, wie etwa eine psychische Erkrankung zur Beschädigung der eigenen Identität. Wie bereits in Kapitel 1 dieser Arbeit angesprochen, müssen sich die Träger eines Stigmas tagtäglich mit der Abweichung zwischen ihrer virtualen sozialen Identität und ihrer aktuellen sozialen Identität befassen. Diese Abweichungen von dem tatsächlich gezeigten Verhalten der Betroffenen und den ihnen zugeschriebenen Persönlichkeiten, führt zur Beschädigung ihrer eigenen Identitäten. GOFFMAN zu Folge hat das den Effekt, dass sich die Betroffenen von der Gesellschaft sowie von sich selbst distanzieren. Durch diesen Effekt werden die Bemühungen der Stigmaträger um einen eigenständigen Identitätsentwurf erschwert und

beschädigt, da dieser nur vor dem Hintergrund der Stigmatisierung und deren Zuschreibungen entwickelt werden kann. Das gelingt den Betroffenen der Theorie von GOFFMANN nach nur durch die Annahme der ihnen zugeschriebenen Rolle oder mittels einer ironischen Distanzierung von ihrem Stigma. Diese Beschreibung von beschädigter Identität und deren Folgen wird vor allem von Befürwortern der – Disability Studies – und den Betroffenen auf verschiedenen Ebenen kritisch hinterfragt. Ihnen zu Folge ist diese Formulierung von GOFFMAN auf der normativen Ebene als eine grundlegende Defizitunterstellung zu verstehen, welche die gesamte Persönlichkeit der Betroffenen umfasst. Auf der fachlichen Ebene beschreibt der Begriff der beschädigten Identität kritisch betrachtet eine durch Professionelle vorgegebene Beschränkung der persönlichen Weiterentwicklung und aus machtheoretischer Sicht eine durch die dominierende Gesellschaftskultur unterstellte negative Identität der Betroffenen, in deren Folge sie die Selbstbestimmung der Stigmaträger konzeptionell unterbinden können. Untermuert wird diese Kritik von Studien im Bereich der Rehabilitations- und Gesundheitsforschung, welche gezeigt haben, dass sich die von GOFFMAN als – moralische Karrieren - bezeichneten Lebensläufe der Betroffenen unter den sich verändernden gesellschaftlichen Voraussetzungen anders darstellen. Gerade auch deshalb, weil die Betroffenen zunehmend durch verschiedene Strategien des Stigmamanagements die gesellschaftliche Wahrnehmung sowie die sozialen Repräsentationen von Diskrepanzen aktiv beeinflussen und verändern (vgl. Kardorff 2009, S. 146 f.).

Was trotz aller Kritik an Ervin GOFFMANS Ausführungen unbestritten bleibt, ist, dass Stigma im Allgemeinen und das der psychischen Erkrankungen im Besonderen die Identität seiner Träger beschädigt. Zudem ist es, um den Prozess der Selbststigmatisierung im Sinne der Psychiatrie zu verstehen, von elementarer Bedeutung, sich mit den Phasen der Krankheitskarriere der Betroffenen zu befassen (vgl. Finzen 2013, S. 67). Von fundamentaler Bedeutung ist dabei, dass sich eine psychische Erkrankung häufig erst mit Ende des zweiten Lebensjahrzehnts oder danach zeigt (vgl. Finzen 2013, S. 64). Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Betroffenen zumeist ein vollständig integrierter Teil der Gesellschaft. Das heißt, dass sie in der Regel die vorherrschenden Normen und Werte ihrer Gesellschaft akzeptieren und unterstützen sowie ähnliche Vorstellungen über abzulehnendes oder zu befürwortendes Verhalten haben.

Folglich teilen sie auch die gebräuchlichen Vorurteile und das gesellschaftstaugliche Diskriminierungsverhalten. Mit Beginn der Erkrankung verändert sich die Wahrnehmung der Betroffenen bezüglich ihrer Welt und damit auch von ihrem sozialen Umfeld. Gleichzeitig entfremdet sich die soziale Umgebung häufig von ihnen, da sie als Menschen mit psychischer Erkrankung ein verändertes, nicht normkonformes Verhalten zeigen, welches von ebendiesen in der Regel nicht akzeptiert werden kann. In dessen Folge distanzieren sich die Mitmenschen von den Betroffenen, bis diese völlig isoliert sind. Zumeist unterstützen sie damit sogar die eigenen Rückzugsbestrebungen der Betroffenen. Nach einer gewissen Zeit folgt dann für gewöhnlich ein diagnostischer Klinikbesuch. Die Diagnose scheint für das soziale Umfeld auf den ersten Blick eine gute Erklärung für das veränderte Verhalten der Betroffenen zu bieten. Häufig ist es jedoch vielmehr so, dass die jeweilig diagnostizierte Erkrankung nur sehr schwer zu erfassen ist und dadurch die abstrusen Vorstellungen und bestehenden Vorurteile tatsächlich eher erneuert und verstärkt werden. Insbesondere die folgenreichen Vorurteile, wie zum Beispiel die der Unberechenbarkeit oder potenziellen Gefährlichkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung. Ergänzt wird diese negative Schleife durch die fälschliche Vorstellung, dass psychische Erkrankungen im Allgemeinen unheilbar sind und die Betroffenen in den Augen ihrer Mitmenschen nie mehr – normal – werden. Diese negative Spirale führt unweigerlich zum gesellschaftlichen Ausschluss der Betroffenen sowie zu Diskriminierung in mannigfaltigen sozialen Bezügen.

Zu Beginn der Erkrankung fehlt den Betroffenen aufgrund krankheitsbedingter Einschränkung ihrer kognitiven Fähigkeiten häufig die Einsichtsfähigkeit. Nicht selten wehren sie sich gegen die professionelle Diagnose. Schlussendlich bleibt den Betroffenen jedoch nichts weiter übrig, als sich ihre persönliche Veränderung und die ihrer Umwelt einzugestehen. Da die wahrgenommenen Vorurteile der Gesellschaft ursprünglich auch die der Betroffenen waren, übernehmen und teilen sie häufig das Bild der Öffentlichkeit über ihre Person. Für die Aktualisierung der eigenen Vorstellungen der Betroffenen über Werte, Normen und Vorurteile erwächst daraus ein grundlegendes Problem. Denn infolge der Anerkennung des öffentlichen Bildes ihrer Person können sich die Stigmaträger nicht gegen die Auswirkungen ihrer Stigmatisierungen wehren, da sie sie im Prinzip als adäquat und damit als gerechtfertigt anerkennen.

Diese Beschreibung des Selbststigmatisierungsprozesses zeigt, dass die Betroffenen in keiner erdenklichen Weise aktiv Einfluss auf ihn nehmen. Selbststigmatisierung ist im psychiatrischen Verständnis folglich kein aktiver und manipulativer Prozess, wie LIPP als Vertreter der soziologischen Schule ihn beschrieben hat. Es sei am Rande jedoch erwähnt, dass es auch Begebenheiten gibt, in denen genesene Betroffene oder Angehörige ihre Situation als Werkzeug für die Erneuerung ihrer Identität nutzen. Unter diesen Voraussetzungen wäre dann eher die soziologische Begriffsklärung zutreffend (vgl. Finzen 2013, S. 67 ff.).

Da Betroffene somit keine aktive Rolle im Prozess der Selbststigmatisierung einnehmen, vertritt FINZEN die Auffassung, dass es keinen Unterschied zwischen Selbststigmatisierung und Stigmatisierung gibt. Er stützt seine Auffassung auf die Aussagen des psychiatriee erfahrenen Michael SPENNATO (vgl. Finzen 2013, S. 66). Ihm zu Folge ist Selbststigmatisierung die destruktivste Form von Stigmatisierung, da „[...] sich dabei das Selbst gegen das Selbst wende“ (Finzen 2013, S. 66) als das Ergebnis einer jahrelangen Entmutigung.

John E. LARSON und Patrik CORRIGAN hingegen sind der Meinung, dass es einer Unterscheidung in öffentliches Stigma und Selbststigma bedarf, um das Stigma der psychischen Erkrankungen beschreiben und verstehen zu können. Unter öffentlichem Stigma verstehen sie die Befürwortung von Stereotypen und diskriminierendes Verhalten durch Mitglieder der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Selbststigmatisierungsprozess umfasst anfänglich Selbst-Stereotypen, welche den Betroffenen entlang von sozial anerkannten Stereotypen bewusst werden. Durch die Befürwortung dieser Stereotypen entstehen Selbstvorurteile. Der letzte Schritt ist Selbstdiskriminierung, in der die Betroffenen die Stereotype auf sich selbst übertragen. Dieser Selbststigmatisierungsprozess führt zu einem geringen Selbstwertgefühl, geringer Selbstwirksamkeit sowie negativen Verhaltensweisen der Betroffenen, wie beispielsweise die Aufgabe der Bemühungen um einen Arbeitsplatz. Für die Autoren führen Selbststereotype, Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung damit zu bedeutenden Störungen der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Larson/ Corrigan 2008, S. 88).

Autoren wie CORRIGAN verfolgen in FINZENS Augen damit ein bestimmtes Ziel. Denn durch diese Zweiteilung können auch die Bewältigungsverantwortungen



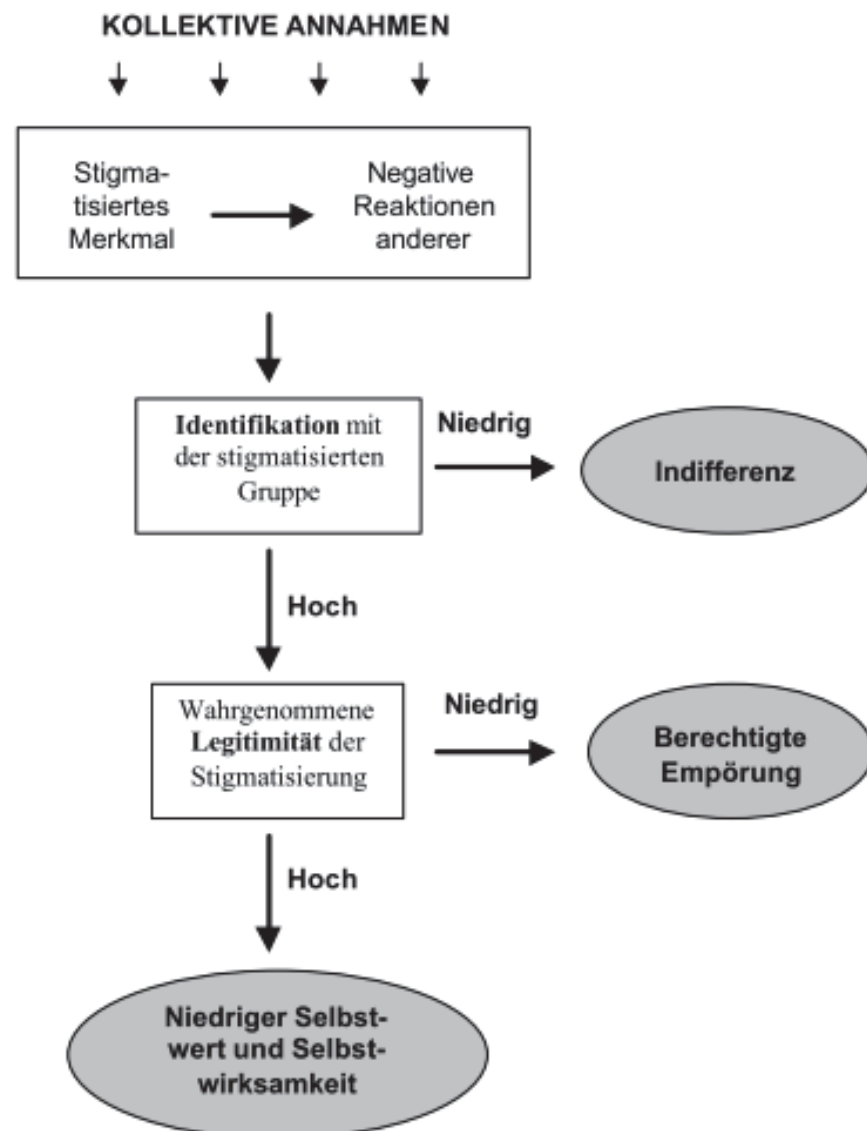
einzelnen Gruppen zugewiesen werden. So kann die Aufgabe der Aufhebung beziehungsweise Vermeidung von struktureller Diskriminierung und der öffentlichen Stigmatisierung an die Gesellschaft und die der Selbststigmatisierung wiederum an das psychiatrische Versorgungssystem übertragen werden. Problematisch ist für FINZEN daran nicht die Bereitstellung von Hilfe, sondern die vorgenommene Trennung von zwei Bereichen, die zwingend zusammen betrachtet werden müssen. Denn auch die Theorie von CORRIGAN über den Entstehungsprozess von Selbststigmatisierung wird ohne das Vorhandensein von öffentlichem Stigma ad absurdum geführt. Um Selbststigmatisierung angemessen und erfolgreich begegnen zu können, muss zu Beginn einer jeden Hilfe das zentrale Problem der Betroffenen verstanden werden (vgl. Finzen 2013, S. 64 f.); nämlich das sich „[...] deren Wertesystem aus gesunden Tagen sich gegen sich selbst kehrt.“ (Finzen 2013, S. 65). Bleibt dieser Schritt aus, führt das unweigerlich zum sogenannten – Why-try-Phänomen – also zur Verminderung der Eigenbemühungen der Betroffenen bezüglich der Verbesserung ihrer Lebensqualität bis hin zur totalen Resignation (vgl. Finzen 2013, S. 65).

Die Autorinnen Nilüfer AYDIN und Katrin FRITSCH fassen das zuvor kleinschrittig aufgegliederte Verständnis von Selbststigmatisierung kurz aber umfassend zusammen: Von Selbststigmatisierung kann immer dann gesprochen werden, wenn das öffentliche Stigma mit den dazugehörigen Bedenken und Vorurteilen von den Betroffenen verinnerlicht wird. Durch die Anerkennung dieser Vorurteile gegenüber der Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Betroffenen können Selbstvorurteile entstehen, in deren Folge sie häufig ihren individuellen Selbstwert sowie ihre persönliche Selbstwirksamkeit verlieren. Diese Internalisierung der öffentlichen Stereotypen und Vorurteile führt bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu depressiven Symptomen, potenziertem Schamgefühl und verringertem Selbstwertgefühl. Aus den internalisierten Vorurteilen kann selbststigmatisierendes Verhalten erwachen, welches dann wiederum zur Bestätigung der Selbstvorurteile führt (vgl. Aydin/ Fritsche 2015, S. 250).

Forschungsergebnisse haben jedoch auch aufgezeigt, dass es Betroffene gibt, die keine Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen haben und dementsprechend auch kein vermindertes Selbstwertgefühl aufweisen. Diskriminierendes Verhalten der Öffentlichkeit führt in ihrem Fall zu



Abwehrbemühungen bezüglich ihrer negativen Beurteilung und gleichzeitig zu einer positiven Selbstwahrnehmung. Die Auswirkungen der öffentlichen Stigmatisierung auf Menschen mit psychischen Erfahrungen beschreibt also einen abgeschlossenen Raum zwischen Selbstbestimmung und Selbststigmatisierung. In diesem gibt es Gruppen von Betroffenen, die auf öffentliche Stigmatisierung mit Aufstand reagieren, andere, die sie akzeptieren, und wieder andere, die indifferent bleiben und damit keiner der anderen beiden Gruppen eindeutig zuordenbar sind. Bezeichnet wird diese Begebenheit als – Paradox von Selbststigma und psychischen Erkrankungen -. CORRIGAN und WATSON haben für diese unterschiedlichen Reaktionen von Betroffenen auf ihre Stigmatisierung ein Modell entwickelt.



**Abbildung 1:** Modell persönlicher Reaktion auf das Stigma psychischer Erkrankung  
(Rüsch/ Berger/Finzen/Angermeyer 2004, S. 6)

Ausgangspunkt des Modells ist die öffentliche Stigmatisierung in Form einer kollektiven Annahme über ein stigmatisierendes Merkmal und der negativen Reaktion auf eben dieses. Ist die Identifizierung der Betroffenen mit der stigmatisierten Gruppe eher niedrig, bleiben sie in ihren Reaktionen eher indifferent, da sie die Vorurteile und Diskriminierung in Bezug auf die stigmatisierte Gruppe nicht auf sich beziehen werden. Im Falle einer hohen Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe ergeben sich zwei konträre Reaktionsmöglichkeiten. Empfinden die Betroffenen die Stigmatisierung als illegitim, reagieren sie zumeist mit berechtigter Empörung auf ihre Stigmatisierung. Diese Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen engagiert sich häufig in Selbstinitiativen und Selbsthilfegruppen. Sollte die Legitimität der Stigmatisierung von Betroffenen jedoch als hoch und damit als gerechtfertigt bewertet werden, kommt es zu einem Abfall ihres Selbstwertgefühls sowie ihrer Selbstwirksamkeit. Dieses beschriebene Reaktionsmodell wird im Fall des Stigmas der psychischen Erkrankungen zudem von drei weiteren Faktoren beeinflusst. Das sind Depressivität, Krankheitseinsicht und soziale Wahrnehmung. Der Faktor der Depressivität muss insofern Beachtung finden, als dass das in Folge der Selbststigmatisierung entstehende niedrige Selbstwertgefühl sowie die verringerte Selbstwirksamkeit von ähnlichen Phänomenen, die zum Beispiel durch affektive Störungen hervorgerufen werden, unterschieden werden müssen. Die Reaktion der Betroffenen wird zudem durch ihre jeweilige Krankheitseinsicht beeinflusst, denn diese kann beispielsweise im Falle akuter manischer oder psychotischer Phasen zum Teil oder vollständig fehlen. Damit sind eine Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe sowie die Wahrnehmung der Stigmatisierung nahezu ausgeschlossen. Nicht zuletzt beeinflusst auch die soziale Wahrnehmung den Reaktionsprozess. So kann die Wahrnehmung von Vorurteilen und diskriminierendem Verhalten der sozialen Umwelt gegenüber der stigmatisierten Gruppe etwa aufgrund einer Schizophrenie- oder Demenzerkrankung stark eingeschränkt sein (vgl. Rüsch/ Berger/ Finzen/ Angermeyer 2004, S. 5 ff.).

Eine differenzierte Betrachtung der Ursachen von Selbststigmatisierung führt zum Beispiel die neuseeländische Autorengruppe um Debbie PETERSON in ihrem Werk – *Fighting Shadows – Self-stigma and Mental Illness* – ein. Teilnehmende ihrer Studie wurden gefragt, was sie glauben, woher Selbststigmatisierung kommt. Sie erklärten, dass die Erfahrung, diskriminiert zu werden, der Hauptgrund sei,

welcher zu ihrer Selbststigmatisierung geführt hat. Des Weiteren führten die Befragten an, dass die Selbststigmatisierung häufig aus Unwissenheit, Angst und einem Mangel an Informationen und Verständnis resultierte. Die Betroffenen gaben zudem drei verschiedene Formen von Diskriminierungserfahrungen an: Diskriminierung durch das Gesundheitssystem, Diskriminierung durch die Familie und Diskriminierung im Arbeitsverhältnis. Einige Probanden beschrieben, dass die institutionelle Behandlung den Ausgangspunkt ihrer Selbstzweifel markierte. Genauer, dass die Selbststigmatisierung und die anschließende Selbstdiskriminierung häufig davon abhängig waren, wie gut sie von ihrem Haus- oder Klinikarzt über ihre Diagnose informiert wurden. Die Diagnose und wie sie von anderen Menschen aufgenommen wird, ist zudem ebenso bedeutsam, wie das Verständnis der Betroffenen um ihre Voraussetzungen und wie sie diese in ihr Leben integrieren. Die Probanden erklärten, dass der Fakt der Diagnose entscheidend für sie war, da sie sich gegenüber den damit verbunden Stigmata am verwundbarsten fühlten und die große Gefahr darin bestand, die negativen Aussagen zu internalisieren.

Ebenso trug laut den Probanden das Familien-Stigma, resultierend aus ihrer psychische Erkrankung, zu den ersten Selbststigmatisierungserfahrungen bei, denn während Familienmitglieder es besser machen wollten, fühlten sich die Betroffenen häufig als Versager, wenn die Genesung nur langsam voranging, oder sie nicht die Familienerwartungen erfüllten. Damit ist das Verständnis der Familie von psychischen Erkrankungen ein ebenso bedeutsamer Faktor, welcher zudem das Verständnis der Betroffenen über ihre eigenen Voraussetzungen beeinflusst, denn wie Familie und Freunde in Verbindung mit Menschen mit psychischer Erkrankung gebracht werden, bildet die Grundlage, auf der die Überzeugungen der Betroffenen über sich selbst basieren.

Beschäftigungsbedingte Diskriminierungen als Quelle von Selbststigmatisierung umfassen beispielsweise Arbeitgeber mit einem Mangel an Vertrauen in die Fähigkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Andere Probanden gaben zudem ihre Probleme der Offenlegung an und wie schwierig es war, nach Jobs Ausschau zu halten, wenn sie sich nicht wohl damit fühlten, ihre psychische Erkrankung offen zu legen. Des Weiteren beeinflusst auch der Umgang der Kollegen mit den Betroffenen bedeutsam die Selbststigmatisierung. So fördern beispielsweise diskriminierende Verhaltensweisen, wie etwa Mobbing am

Arbeitsplatz aufgrund einer psychischen Erkrankung, die Internalisierung der vorgebrachten Ansichten. Neben diesen Formen der Diskriminierung führten die Probanden noch weitere Gründe für Selbststigmatisierung an, die hier aber nur am Rande und der Vollständigkeit halber kurz Erwähnung finden. Dies sind neben den öffentlichen Stereotypen, wie etwa die Bezeichnung als krank, welche die Betroffenen zu Hilflosen machen, auch das mediale Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder die Übereinstimmung mit der Auffassung des – anders seins –, so wie viele individuelle, als Ursachen empfundene Quellen von Selbststigmatisierung (vgl. Peterson/ Barnes/ Duncan 2008, S. 38 ff.).

So unterschiedlich die empfundenen Ursachen sind, so sind es auch die Definitionen beziehungsweise Beispiele dafür, was Selbststigmatisierung für Betroffene bedeutet. Die Befragten beschrieben mehr als 20 Charakteristika mit Beispielen für jedes Einzelne. Die Beschreibungen von Selbststigmatisierungserfahrungen beinhalteten dabei stets, nicht normal zu sein, diskriminiert zu werden und isoliert zu sein (vgl. Peterson/ Barnes/ Duncan 2008, S. 27). Diese drei Faktoren lassen sich unverändert auch als Merkmale von Stigmatisierung im Allgemeinen anführen. Deshalb wirft FINZEN die berechtigte Frage auf, ob es des Begriffes der Selbststigmatisierung überhaupt bedarf, oder ob es sich hierbei nicht vielmehr um eine direkte Folge der Stigmatisierung handelt und nicht um eine differenzierte Form, wie etwa die öffentliche Stigmatisierung.

Unabhängig davon, wie die Selbststigmatisierung einzuordnen ist, ist es jedoch wichtig, um sie zu wissen und ihre Auswirkungen auf den einzelnen zu kennen, damit dem Prozess der Stigmatisierungen allumfänglich begegnet werden kann (vgl. Finzen 2013 S. 66 f.).

### 2.3.2 Die Angehörigen

*[von Annegret Fechtner]*

Stigmatisierung wirkt sich nicht nur auf die jeweiligen stigmatisierten Menschen mit psychischen Erkrankungen aus, sondern auch auf die Menschen welche mit ihnen in Beziehung stehen. Dies trifft neben Freunden, Bekannten, Kollegen vor allem auf die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu. Ervin GOFFMAN bezeichnete dieses Phänomen als – Stigma by Courtesy -. In der deutschen Übersetzung seines Werkes wird dafür der Begriff des – Ehrenstigmas - verwandt. Gemeint ist damit aber kein klassischer Titel wie man ihn Ehrenhalber verliehen bekommt sondern vielmehr - Sippenhaft – als Bezeichnung für die Übertragung des Stigmas von Betroffenen auf ihr soziales Umfeld. Dabei geht es nicht nur um die Stigmatisierung an sich, sondern darüber hinaus auch um die zahlreichen sozialen Auswirkungen auf den Familienverbund und sein Zusammengehörigkeitsgefühl (vgl. Finzen 2013, S. 52f.). Die Ausweitung des Stigmas auf die Angehörigen durch die Öffentlichkeit zeigt sich in den 3 voneinander unterscheidbaren Bereichen öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung der Familie und Belastung der Familie infolge der Stigmatisierung der Betroffenen (vgl. Rüscher/ Berger 2015, S. 810).

Die Tatsache, dass Familienmitglieder Stigmatisierung aufgrund ihrer Beziehung zu ihren Verwandten mit psychischen Erkrankungen erfahren, bezeichnen LARSON und CORRIGAN in ihrem Aufsatz – The Stigma of Families with Mental Illness - als –Family-Stigma-. Dieses Stigma umfasst neben den Eltern auch die Geschwister, (Ehe-)Partner\_Innen und Kinder von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Family-Stigma besteht grundsätzlich aus den drei Stereotypen Schuld, Scham und Kontamination. Die Öffentlichkeit teilt auch heute noch häufig die Ansicht, dass – inkompetente - Familienmitglieder am Ausbruch der psychischen Erkrankung beziehungsweise am Rückfall der Verwandten in eben diese, Schuld sind. Ein typisches Beispiel für Schuld ist die Annahme, dass die schlechte Erziehung der Eltern zur psychischen Erkrankung ihrer Kinder geführt hat, obwohl diese schon durch biologische und genetische Modelle sowie die Medizin widerlegt wurde. Infolge dessen schämen sich die Familienmitglieder für die unterstellte Schuld an der psychischen Erkrankung ihrer Verwandten. Das führt häufig dazu, dass Familienmitglieder zunehmend den Kontakt zu Freunden und Nachbarn vermeiden.

Kontamination meint in diesem Zusammenhang, das nahe Verbindungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Minderung ihrer eigenen Geltung führen kann. So werden Kinder von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Beispiel nur noch vor dem Hintergrund der Erkrankung ihrer Eltern wahrgenommen. Dieses als Prozess zu verstehende Model von Family-Stigma wirkt sich in vielfältiger Weise auf die beteiligten Familienmitglieder aus. Neben der schon zuvor beschriebenen Vermeidung des Kontakts mit Freunden und Nachbarn, vermeiden Familienmitglieder im späteren Verlauf auch alle weiteren sozialen Situationen, verwenden zudem viel Energie und Ressourcen um das Geheimnis ihrer Verwandten zu bewahren.

Zudem erfahren sie ebenfalls Diskriminierung in beruflichen und privaten Situationen. Nationale Studien in der USA haben gezeigt, dass die Rolle innerhalb der Familie die Stigmatisierung bestimmt. Eltern werden zum Beispiel für den Ausbruch der psychischen Erkrankung verantwortlich gemacht und darüber hinaus auch dafür, ihre Kinder nicht dabei zu unterstützen sich an die empfohlenen Interventionen zu halten. Des Weiteren hat diese nationale Studie herausgefunden, dass wenn die Familie von der allgemeinen Öffentlichkeit für die psychische Erkrankung ihrer Verwandten verantwortlich gemacht wird, eben diese weniger Mitleid empfindet und sie die Hilfeangebote für Familienmitglieder verringert. Darüber hinaus haben aktuelle Studien gezeigt, dass sich die öffentliche Wahrnehmung nicht nur negativ auf die Familienmitglieder auswirkt sondern zeitgleich auf deren Verwandte mit psychischen Erkrankungen (vgl. Larson/Corrigan 2008, S. 87ff.).

Neben den soeben beschriebenen Auswirkungen öffentlicher Stigmatisierung auf die Familie reagieren Familienmitglieder auch mit Selbststigmatisierung auf die Stigmatisierung ihrer Verwandten mit psychischen Erkrankungen. Circa ein Fünftel der Familienmitglieder leidet in Folge der Stigmatisierung eines stigmatisierten Verwandten an einem verringerten Selbstwertgefühl. Andere hingegen reagieren auf diese Stigmatisierung ähnlich wie schon im Kapitel zum Thema Selbststigmatisierung von Betroffenen beschrieben, mit verständlicher Empörung und engagieren sich darum nicht selten in Selbsthilfegruppen oder Lobbys für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen.

Die Belastung der Familie resultiert, wie Studien belegen, aus der Besorgnis der Familienmitglieder bezüglich der Stigmatisierung ihrer Verwandten, sowie deren

psychischen Erkrankungen. Somit sind sie mittelbar auch von Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betroffen (vgl. Rüsch/ Berger 2015, S. 810). Außerdem erwächst aus dem Stereotyp der Verantwortlichkeit für die Erkrankung ein gestiegenes Verantwortungsgefühl gegenüber ihren Verwandten mit psychischen Erkrankungen. Aus diesem Verantwortungsgefühl für ihre Verwandten entsteht noch ein weiteres Problem: Auf der einen Seite fühlen sich die Verwandten mit psychischen Erkrankungen häufig überbehütet und fremdbeherrscht von ihren Familienmitgliedern (vgl. Heim 2001, S. 9ff.). Auf der anderen Seite wird den Familienmitgliedern von der Öffentlichkeit suggeriert sie verhielten sich „[...]verantwortungslos, kümmern sich zu wenig, lassen die Kranken verkommen und schieben sie am Ende eiskalt in die Klappe ab...“(Heim 2001, S. 11). Weitere belastende Momente entstehen zudem zum Beispiel aus den parallel ablaufenden Prozessen der Krankheit und Ablösung. Denn der natürliche Prozess der Ablösung der Kinder von ihren Eltern oder der notwendige Aushandlungsprozess zwischen Geschwister oder Partnern zur Erlangung und dem Erhalt von Selbständigkeit sowie das Verständnis der Kinder um den Eigensinn der alternden Eltern, wird durch den eigensinnigen Prozess der psychischen Erkrankung des betroffenen Familienmitgliedes überlagert. Die Belastung der Familie resultiert folglich aus dem Problem beiden Prozessen genügend Platz einzuräumen ohne den jeweilig anderen hinten an zu stellen (vgl. Bock 2008, S. 108f.).

Bis heute gibt es jedoch nur wenige Untersuchungen zum Thema Family-Stigma. Zukünftige Forschung, so LARSON und CORRIGAN, sollten das weite Spektrum der auftretenden Probleme sowie sinnvolle Interventionen für eine effektive Reduzierung von Family-Stigma untersuchen. Den jetzigen Studien fehlt es ihnen zufolge vor allem an einem zusammenhängenden und umfassenden Modell. Heutige Forschungen untersuchen lediglich ob Familienmitglieder ähnliche Diskriminierung erfahren wie Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Studien zeigten, dass zwischen 25 und 50 Prozent der Familienmitglieder der Auffassung sind, dass sie die Beziehung zu ihrer/ihrer Angehörigen mit psychischen Erkrankungen verheimlichen müssen, um einer Beschämung ihrer Familie vorzugreifen. Drei weitere Studien machten deutlich, dass die Verwandtschaft mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem angespannten Verhältnis mit anderen, außenstehenden Familienmitgliedern führt.



Wieder andere Studien zeigten zudem, dass 10 Prozent der Befragten gelegentlich von anderen Leuten gemieden werden. Beziehungsweise das zwischen 20-30 Prozent der Teilnehmenden von einem gesunkenen Selbstwertgefühl aufgrund ihrer Beziehung zu ihren Verwandten mit psychischen Erkrankungen berichteten. Des Weiteren legen zwei Studien nahe, dass es in Abhängigkeit von der familiären Rolle unterschiedliche Wahrnehmungen bezüglich der Ablehnung gibt. So berichteten die Ehepartner im Vergleich zu den Eltern mehr als doppelt so oft davon, vermeidendes Verhalten wahrzunehmen. Ebenso wurde deutlich, dass Eltern, welche mit ihren Kindern mit psychischer Erkrankung zusammenleben, mehr Vermeidung erfahren als Eltern, die nicht mit ihren erkrankten Kindern zusammenleben. Darüber hinaus fand eine Studie mit 178 teilnehmenden Familienmitgliedern heraus, dass 25 Prozent von ihnen Angst davor haben, für die psychische Erkrankung ihrer Verwandten verantwortlich gemacht zu werden. Ergänzende Untersuchungen zeigen, dass Familienmitglieder mit höherer Bildung eher von wahrgenommener Vermeidung berichteten (vgl. Larson/ Corrigan 2008. S. 88). Es wird also deutlich, dass die Belastung der Angehörigen nicht allein durch die Erkrankung ihres/ihrer Verwandten entsteht, sondern auch durch das öffentliche Bild über Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Darüber hinaus kann auch der Umgang von professionellen Hilfskräften und Versorgungsinstitutionen mit den Angehörigen, sowie gesetzliche Regelungen zusätzliche Belastungen für die Familien schaffen, wie es bereits im vorherigen Abschnitt – Stigmatisierung im professionellen Kontext – beschrieben wurde. Eine weitere, nicht zu unterschätzende familiäre Belastung entsteht durch die Dehospitalisierungsbestrebungen. So übernehmen Eltern beispielsweise einen erheblichen Teil der psychiatrischen Versorgung ihres Kindes. Denn sie sind auch die Einzigen, die sich ohne Unterbrechung für die psychiatrische Versorgung des Kindes verantwortlich fühlen. Professionelle Institutionen übernehmen häufig nur für kurze Zeitabschnitte die Hauptverantwortung für die Versorgung. Auch die Partner\_Innen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zum Teil durch die Fürsorge für ihre Angehörigen schwer belastet. So kann die psychische Erkrankung der Partner\_Innen dazu führen, dass der/die Angehörige gezwungen ist, die berufliche Tätigkeit aufzugeben und zudem einer fast vollständigen sozialen Isolation ausgesetzt ist. Erschwerend hinzu kommt noch die

Rollenänderung vom gleichgestellten Partner zum Betreuenden. Diese aufgezeigten Belastungen wurden auch schon durch repräsentative, postalische Befragungen von Angehörigen wissenschaftlich bestätigt. So gaben zwei Drittel der Befragten an, dass sie in der Woche mehr als fünf Stunden für die Betreuung ihrer Angehörigen mit psychischen Erkrankungen benötigen und knapp 20 Prozent sogar über 20 Stunden. Zudem gaben 50 Prozent der befragten Angehörigen an, durch die Erkrankung ihres Verwandten finanziell stark belastet zu sein. 25 Prozent beschrieben, dass sich die familiären Beziehungen verschlechtert haben. Ein Drittel der Probanden gab desweiteren an, dass sie sich gesellschaftlich zurückgezogen haben. Diskriminierungen sahen sich ebenfalls ein Drittel der Befragten ausgesetzt und 75 Prozent berichteten von negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit.

Diese Ergebnisse veranschaulichen nochmalig die erheblichen Auswirkungen, die die Stigmatisierung ihrer Verwandten mit psychischen Erkrankungen direkt oder indirekt auf sie hat vgl. Bear/ Domingo/ Amsler 2003, S. 430f.).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Angehörigen als Mit-Betroffene anzusehen sind, die sich aufgrund der Erkrankung des stigmatisierten Angehörigen erhöhten Anforderungen bezüglich der psychischen Versorgung und konkreten Hilfestellungen gegenüber sehen. Zeitgleich müssen sie auch die für sie veränderte Situation be- und verarbeiten, auf welche sie durch ihr vorheriges Leben nicht im geringsten vorbereitet wurden. Außerdem verändert sich ihr soziales Umfeld häufig erheblich oder fällt zur Gänze zusammen. Folglich wird Unterstützung und Rat durch Außenstehende damit unerreichbar. Komplementiert werden diese Entwicklungen durch direkte oder indirekte Schuldzuweisungen und den ständigen Kampf das ihnen – ehrenhalber - zugeschrieben Stigma zu beseitigen. Diesen Kampf kämpfen sie nicht nur für sich, sondern auch für ihre stigmatisierten Angehörigen, um sie weiterhin wirksam unterstützen zu können.

Zum Abschluss dieses Kapitels soll die Darstellung der systematisierten Dimensionen von Stigmatisierung nach ANGERMEYER u.a. als veranschaulichende Zusammenfassung des vorangegangenen dienen. (vgl. Finzen 2013, S. 53f.)

Die erste Dimension bildet „[...]die interpersonelle Ebene mit der Erfahrung von Stigma und Diskriminierung in ihren sozialen Beziehungen[...]“ (Finzen 2013, S. 54). Gemeint sind damit die verringerten sozialen Kontakte, die

Schuldzuschreibung und der daraus resultierende Scham, sowie die Folgen der Versuche die Krankheit zu verbergen. Die Folgen des tatsächlichen und metaphorischen Umgangs der Medien mit den psychischen Erkrankungen sowie den Betroffenen als auch die Weitergabe von Stereotypen und Vorurteilen bildet die zweite Dimension von Stigmatisierung. (vgl. Finzen 2013, S. 54) In der dritten Dimension werden die strukturellen Diskriminierungen also die Auswirkungen des Stigmas der psychischen Erkrankung „[...] auf den sozialen Rahmen, auf gesetzliche Regelungen sowie auf die psychiatrische Versorgung (einschließlich der Legitimierung von gesetzlicher Betreuung, Zwangsmaßnahmen einschließlich Zwangsmedikation und anderen Folgen des sozialen Zwangs)“ (Finzen 2013, S.54) zusammengefasst. Die vierte Dimension umfasst dann noch den eingeschränkten Zugang zu gewissen gesellschaftlichen Funktionen und sozialen Rollen.

Diese 4 Dimensionen veranschaulichen damit nicht nur die pluralen Auswirkungen von Stigmatisierung auf den einzelnen Betroffenen, sondern vor allem die mittel- oder unmittelbaren Konsequenzen für die Mit-Betroffenen - by Courtesy -. (vgl. Finzen 2013, S. 54).

### 3 Folgen von Stigmatisierung

#### - Das Stigma als zweite Krankheit -

*[von Josefin Drechsel]*

Durch das Wissen um Stigmatisierungsprozesse drängt sich die Frage auf: Wozu führt das Erleben von Stigmatisierung bei den Betroffenen und welche Auswirkungen haben diskriminierende Handlungen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen? In den vorangegangenen Abschnitten konnten schon einige Folgeerscheinungen von Stigmatisierungen erörtert werden. Dieses Kapitel dient dazu, die gravierenden Auswirkungen von Stigmatisierungen für Betroffene und Angehörige nochmal zu zusammenfassend darzulegen und somit zu verdeutlichen, wie elementar Stigmatisierungsprozesse das Leben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Umfeld negativ beeinflussen. Die Erfahrungen, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Umgang mit ihrem privaten, beruflichen und alltäglichen Umfeld machen, sind geprägt von diversen Formen der Stigmatisierung. Wichtig dabei ist die Feststellung, dass die Folgen von Stigmatisierungen, genau wie Stigmatisierungen selbst, sehr vielfältig sind und dabei keinesfalls einer Zwangsläufigkeit unterliegen (vgl. Kardorff 2009, S. 145). Stigmatisierungen zeigen sich in verdeckten Formen durch Vorbehalte und Argwohn gegenüber den Betroffenen, aber ebenso durch Unehrllichkeit und fürsorgliche Belagerung. Personen mit psychischen Erkrankungen erleben, wie ihr soziales Umfeld ihnen die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, abspricht und sie damit enteignend bevormundet. An der Spitze dieser Reaktionen steht das Erleben von direkter und offener Stigmatisierung und Diskriminierung. Die Betroffenen erfahren dabei durch die diversen Formen, dass sie eine Sonderrolle einnehmen und in ihrer Position nicht gänzlich ernst genommen werden. Ihre soziale Stellung prägt sich durch das Gefühl des – lästig Seins -, durch Mitleidsbekundungen, aber auch durch scheinheilige Gründe für Absagen bei Vorstellungsgesprächen. Eine psychische Folge kann sich in dem Verlust beziehungsweise der Verringerung des Selbstwertgefühls zeigen. Daran anknüpfend können Stigmatisierungserfahrungen zu sozialen Kontaktängsten und dem Gefühl der Beschämung führen. Durch das Erleben, dass der eigene Wert nicht hoch geschätzt und man als Person nicht gebraucht wird, kann es bei den betroffenen Menschen auf der persönlichen Ebene zu Sinnverlust,

Aussichtslosigkeit und Verzweiflung kommen. Damit einhergehend kann sich so Wut und Verbitterung entwickeln. Diese Folgen sind dabei nicht nur in ihrer Singularität extrem belastend für die erlebenden Personen, sie potenzieren sich zudem und bedingen sich gegenseitig. Das verringerte Selbstbewusstsein führt zur weiteren Vermeidung von bestimmten Situationen und Kontakten und begünstigt dadurch eine schrittweise Isolation und damit einen schleichenden Prozess des sozialen Ausschlusses (vgl. Kardorff 2010, S. 286). Man kann dabei auch von einem gesellschaftlichen Abstieg sprechen, der durch die Stigmatisierung hervorgerufen wird (vgl. Kardorff 2009, S. 145). Zudem entwickeln die Betroffenen einer psychischen Erkrankung gegenüber ihrem Umfeld die Erwartungshaltung, stigmatisiert und vorverurteilt zu werden. Als Folge eines verringerten Selbstwertgefühls orientieren sich Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch stärker an den Bewertungen ihrer Umgebung und es kommt zu einer Wechselwirkung zwischen der Selbststigmatisierung und der Fremdstigmatisierung, die dazu führen kann, dass die Selbststigmatisierung weiter gefördert wird. Betroffene fügen sich dann in die Rolle der psychisch kranken Person ein, indem sie ihr Verhalten den Erwartungen ihrer Umgebung anpassen. Die Stigmatisierungen durch die Gesellschaft, Professionelle und Angehörige, die Selbststigmatisierungen der Betroffenen und die damit einhergehenden Erwartungshaltungen aller Perspektiven begünstigen und befördern sich wechselseitig und schaffen damit eine vermeintliche 'Endlosschleife' von Stigmatisierungen (vgl. Holzer 2016, S. 7 f.). Die Belastungen, die die Betroffenen durch Stigmatisierungen erfahren, stellen dabei jedoch nur einen Teilaspekt des Gesamten dar. Die Einschränkungen durch Nebenwirkungen von Medikamenten, die geringere Leistungsfähigkeit und der grundsätzliche Umgang mit der eigenen Erkrankung sowie die dadurch auftretende Hilflosigkeit, sprich die direkten Folgen der psychischen Erkrankung, sind dabei ebenfalls als belastende Kriterien nicht außer Acht zu lassen (vgl. Kardorff 2010 S. 286). Dramatisch an diesem Sachverhalt ist zudem, dass Betroffene einer psychischen Erkrankung aufgrund der Stigmatisierungen gegenüber der Erkrankung und ihnen selbst, aber auch gegenüber den helfenden und behandelnden Institutionen sehr häufig keine Behandlung in Anspruch nehmen. Damit verhindern Stigmatisierungen, dass betroffene Personen Hilfe annehmen und ihre Störungen überwinden oder einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung finden können. Laut dem U. S. Center for

Disease Control and Prevention bilden Stigmatisierungen das größte Hindernis für Behandlungen von psychischen Erkrankungen. Begeben sich Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in Behandlung, kann dies wiederum zu einer Verschlechterung des Krankheitszustandes führen und bringt damit, neben den tatsächlichen Krankheitsfolgen, auch weitere Stigmatisierungsmomente mit sich. Personen, die sich in eine Behandlung begeben, erfahren aber auch dabei häufig stigmatisierende Zuweisungen durch die Gesellschaft, Angehörige und auch Professionelle und erleben Gefühle des Scheiterns, Schuld, Scham und Schwäche. Dabei kann es zu weiteren Begleiterkrankungen kommen, wie etwa Depressionen oder Angststörungen. Somit kann im ungünstigsten Fall schon die Behandlung an sich als Stigmatisierung gewertet werden (vgl. Kobau et al 2012, S. 3 ff.). Dabei wird der abwärts führende Weg für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter angetrieben. Für Jugendliche mit einer psychischen Beeinträchtigung besteht eine besondere Schwere der Folgen: Die Adoleszenten befinden sich in einer sensiblen Stufe ihrer Entwicklung, in der sie prägende Stigmatisierungserfahrungen machen. Eine Befragung der Case Western Reserve University Mandel School of Applied Social Sciences von 40 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, die an einer psychischen Erkrankung leiden und auch medikamentös behandelt werden ergab, dass 90 Prozent der Befragten schon Stigmatisierungen erlebt haben. Diese Stigmatisierungserlebnisse werden von den Jugendlichen gerade in der Phase ihres Lebens, in der sie sich mit der Entwicklung ihrer Identität auseinandersetzen, verinnerlicht und können elementare Auswirkungen auf ihre weiterführende Entwicklung, ihr Selbstbild und ihre Handlungsstrategien im Erwachsenenalter haben (vgl. Griffith 2010). Für den Bereich der Erwerbstätigkeit weisen Menschen mit psychischen Erkrankungen ein doppelt so hohes Risiko für den Verlust eines Arbeitsplatzes auf. Die Zahl der erwerbslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen ist fast doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Als Folge von Stigmatisierungen fördern die schlechten Teilhabechancen auf dem Arbeitsmarkt den Effekt, dass viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in prekären sozialen Lagen beziehungsweise an der Armutsgrenze leben und/oder von Obdachlosigkeit betroffen sind (vgl. Kardorff 2010, S. 289). Dabei ist doch entscheidend zu erwähnen, dass die direkten Folgen der Erkrankung auf diese Faktoren ebenso einen Einfluss haben und die tatsächlichen Auswirkungen der Teilhabechancen

am Arbeitsmarkt davon nicht getrennt werden können. Neben den Betroffenen einer psychischen Erkrankung selbst leidet auch das soziale Umfeld und besonders die Angehörigen unter den Folgen der Stigmatisierungen. Angehörige, wie Eltern, werden stigmatisiert und für die Erkrankung ihrer Kinder verantwortlich gemacht, Ehepartner\_Innen werden als Schuldige für den Ausbruch oder Wiederausbruch einer Erkrankung dargestellt und Kinder von Betroffenen einer psychischen Beeinträchtigung werden aufgrund der Erkrankung ihrer Eltern gemobbt. Alle dargestellten Folgen von Stigmatisierungen können (häufig in abgemilderter Form) auch die Angehörigen und weitere enge soziale Kontakte von Menschen mit psychischen Erkrankungen treffen und negativ beeinflussen (vgl. Bear/Domingo/Amsler 2003, S. 430 f. /vgl. Finzen 2013, S. 54). FINZEN fasst die Bedeutung der Folgen von Stigmatisierungen für die Betroffenen prägnant zusammen: „Die sozialen Folgen der Stigmatisierung müssen als **zweite Krankheit** verstanden werden, die Folgen der Schuldzuweisungen und die unmittelbaren Stigmatisierungsfolgen für die Angehörigen gleichsam als Dritte“ (Finzen 2001, S. 178). Damit verdeutlicht er nicht nur den enormen Einfluss der Stigmatisierungserfahrungen und dessen gravierende Auswirkungen für die von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen selbst, sondern auch die damit einhergehenden Konsequenzen für das direkte soziale Umfeld. Die aufgeführten Folgen für die Betroffenen von Stigmatisierungen führen letztendlich dazu, dass die Möglichkeiten zur Partizipation am gesellschaftlichen Leben, die durch die eigentliche psychische Erkrankung häufig schon eingeschränkt sind, immer weiter reduziert werden. Dieser Prozess potenziert sich in seinem Verlauf und kann Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch die – zweite Krankheit – in die Isolation treiben (vgl. Rössler 2011, S. 345). Die Pluralität der Konsequenzen von Stigmatisierungen scheint dabei endlos zu sein und schwer in seiner Gänze zu fassen - vor allem bewirkt sie aber einen schrittweisen Ausschluss von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf mehreren Ebenen.



## 4 Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung

*[von Annegret Fechtner]*

In unserer modernen Gesellschaft gibt es Grundsätze, ohne die unser soziales Gefüge Gefahr laufen würde, auseinanderzufallen. Einer dieser Grundsätze ist die Gliederung unserer Gesellschaft in soziale Gruppen, wie zum Beispiel Familie, Kollegen oder Freundeskreis. Allen sozialen Gefügen gemein ist, dass sie gruppenspezifische Regeln aufstellen und bestimmte Erwartungen an die Mitgliedschaft knüpfen. Unabhängig von der Art des sozialen Gefüges und seiner internen Organisation, gilt für alle, dass sie sich über Grenzen definieren. Diese Grenzen bestimmen auf der einen Seite die Zugehörigkeit von Personen und auf der anderen Seite den Ausschluss von Personen. Man kann in eine Gruppierung hineingeboren werden, wie zum Beispiel in die Familie oder eine Mitgliedschaft erwerben, wie es in etwa beim Eintritt in einen Sportverein der Fall ist. Wiederum haben alle sozialen Gruppen unserer Gesellschaft eine entscheidende Voraussetzung gemeinsam und zwar, dass es für den Fortbestand einer Mitgliedschaft unabdingbar ist, sich an die gruppenspezifischen Regeln und Werte zu halten, denn bei Missachtung, absichtlicher oder unabsichtlicher Natur, droht im schlimmsten Fall der Ausschluss aus der Gruppe (vgl. Finzen 2013, S. 48 f.). Diese Ab- und Ausgrenzung entlang sozialer Gruppierungen hilft dem Individuum zudem, sich selbst innerhalb der Gesellschaft über den identitätsbildenden Vergleich zu orientieren und zu positionieren. Des Weiteren bieten die Gruppen dem Einzelnen Rückhalt und Bestätigung (vgl. von Kardorff 2017, S. 582 f.). Im Fall der psychischen Erkrankung als Grenzwert dient die Distanzierung vom – kranken – Gegenüber der Bestätigung und Stärkung der eigenen intakten Identität. Der – Gesunde – kann sich also der Illusion hingeben, unversehrt und ganz normal zu sein (vgl. Krumm/ Becker 2005, S. 193).

Auch Professionen und Institutionen können als gesellschaftliche Teilsysteme mit eigenen Grenzen verstanden werden. Institutionen definieren die Zugehörigkeit über den Grenzwert der Leistungsberechtigung und Professionen über ihr internes Klassifikations- und Diagnoseverfahren. Die Definition, also die Grenzbestimmung von psychischen Erkrankungen durch die Psychiatrie bildet des Weiteren eine gesellschaftliche Normvorstellung. Durch vermeintlich objektive, wissenschaftliche Erkenntnisse werden anerkannte gesellschaftliche Ab- beziehungsweise Ausgrenzungsmerkmale geschaffen, die zumeist unhinterfragt zurate gezogen

werden. So werden Menschen mit diesen abweichenden Merkmalen aus den sozialen Bezugsgruppen häufig ausgeschlossen und gesellschaftlich anerkannt den Psychiatrien übergeben (vgl. von Kardorff 2017, S. 582 f.).

Stigmatisierung dient in diesem Kontext folglich dem Sichtbarmachen und Ziehen von Grenzen zur Sicherung des Fortbestandes der jeweiligen Bezugsgruppe.

Da soziale Gefüge aus soziologischer Perspektive ohne Grenzziehung nicht existieren können, scheint eine Gesellschaft ipso facto ohne Stigmatisierung undenkbar. Jedoch gilt es, der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Form von instrumentalisierter Grenzbestimmung und kollektivem Ausschluss aus der Gesellschaft entgegenzuwirken (vgl. Finzen 2013, S. 48 f.). Für eine erfolgreiche Bekämpfung von Stigmatisierung ist es unabdingbar, sich mit den Ursachen, individuellen Voraussetzungen sowie den spezifischen Wirkmechanismen und Folgen von Stigmatisierung zu beschäftigen. Diese Arbeit hat in den vorausgehenden Kapiteln genau diese Idee verfolgt, nämlich einen kurzen, aber umfassenden Einblick in die benötigten Bereiche zu gewähren.

Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung werden häufig vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der traditionellen Einstellungsforschung entwickelt. Dabei sind die Projekte auf eine bestimmte Zielgruppe hin ausgerichtet und versuchen, sowohl die Einstellungen und Werturteile als auch das Verhalten der Teilnehmenden zu verändern. Diese Veränderungen bleiben jedoch zumeist auf die jeweilige Zielgruppe beschränkt und haben nur eine geringfügige Außenwirkung (vgl. Grausgruber 2005, S. 34 f.). Zum Beispiel hat sich gezeigt, dass gezielte Aufklärungskampagnen in der Öffentlichkeit dazu beitragen können, dass sehr eindringliche und bestimmende Vorurteile abgebaut werden. Gleichzeitig löste die Konfrontation mit Betroffenen bei vielen Teilnehmenden die irrationale Angst aus, selbst einmal – verrückt – zu werden. Damit vermischen sich das erworbene Wissen und das Gefühl der Angst und es entsteht ein Gefüge, das zum erneuten Nährboden für die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird (vgl. Finzen 2013, S. 48 f.). Auch die gezielte Aufklärung von Arbeitgebern kann zur zeitweisen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen. Wenn jedoch keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden, um diese Menschen in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen, zum Beispiel durch persönliche Assistenzen, um Krisen frühzeitig zu

erkennen und abwenden zu können, werden sich die positiven Veränderungen schnell wieder ins Gegenteil verkehren (vgl. Grausgruber 2005, S. 35).

Auf der individuellen Ebene führt ein unbedingter Wille nach Ent-Stigmatisierung zu weiteren Widersprüchlichkeiten. Wie schon beschrieben, geht GOFFMAN davon aus, dass eine gelingende Interaktion nur dann funktioniert, wenn die Betroffenen in Bezug auf ihre soziale Identität eine Scheinnormalität entwickeln und ihre personale Identität durch eine Scheinindividualität ersetzen. Der Betroffene muss also paradoxer Weise, wenn er normal sein will, seinen Unterschied hervorheben. Beispielhaft für diesen Mechanismus ist es, wenn sich gleichermaßen Stigmatisierte in einer Gruppe, wie die der – Psychiatrieerfahrenen – organisieren und die gemeinsame neue Identität dazu führt, dass eine scheinbar undurchdringbare Mauer zu nicht Betroffenen geschaffen wird. Diese Distanzierung dient zwar innerhalb der Gruppe als eine Art Kontrollfunktion, jedoch zwingt sie die Gruppenmitglieder außerhalb der Gruppe dazu, ihre Differenz zu betonen (vgl. von Kardorff 2009, S. 148.).

Alle drei aufgezeigten Beispiele haben gemein, dass die einzelnen Kampagnen zwar kurzfristig zur Verbesserung beitragen, auf lange Sicht jedoch kaum anhaltenden Erfolg versprechen. Vielversprechender sind im Vergleich dazu die Maßnahmen aus dem sogenannten erweiterten Stigma-Konzept. Denn diese beachten explizit die bereits erwähnten notwendigen Teilaspekte der unterschiedlichen Wirkmechanismen, Folgen, Ursachen und Voraussetzungen von Stigmatisierung. Zudem sollen diese Maßnahmen sowohl auf der individuellen, also auch auf der strukturellen und gesellschaftlichen Ebene, Anwendung finden. Des Weiteren versuchen derlei Interventionsprojekte auch den enorm bedeutsamen Faktor – Macht – zu beachten. Es wird angestrebt, den einflussreichen gesellschaftlichen Gruppen entweder den Nährboden für ihre Machtposition zu entziehen oder von ihnen geteilte und besonders tief verwurzelte Stereotype aufzuweichen. Eine sinnvolle Kombination der Maßnahmen lässt sich am einfachsten entlang des Stigmatisierungsprozesses beschreiben. In der ersten Phase dieses Prozesses werden Unterschiede wahrgenommen. Wirksame Interventionsmöglichkeiten sollten sich darum auf eine Reduzierung der Sichtbarwerdung eben dieser Unterschiede konzentrieren, wie es zum Beispiel durch die Vermeidung erkennbarer pharmakologischer Nebenwirkungen oder psychiatrischer Diagnosen, welche unweigerlich zu Stigmatisierung führen,

erreicht werden kann. In der zweiten Phase, also dem Verknüpfen der Betroffenen mit negativen Stereotypen, sind vor allem Maßnahmen notwendig, welche eben diese negativen Stereotype thematisieren; weg von einseitiger negativer Berichterstattung hin zu Aufklärung und Information durch die klassischen und neuen Medien, zum Beispiel. In der darauf folgenden Phase führen die zugeordneten Stereotype zur Ab- und Ausgrenzung von Betroffenen sowie ihren Angehörigen. Ein adäquates Mittel dagegen ist der direkte Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Grausgruber 2005, S. 34 ff.). Ein Beispiel für diese Art der Intervention ist die Arbeit des Vereins – Irrsinnig menschlich e. V. –, welcher schwerpunktmäßig mit Schulen zusammenarbeitet. Über den Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen sich die Schüler ein eigenes Bild von den Erkrankungen machen können (vgl. Krumm/Becker 2005, S. 192). In der letzten Phase, der Diskriminierung durch gesellschaftliche Strukturen oder in Interaktionsprozessen, gibt es gleich drei große Interventionsbereiche. Das ist zum einen der Bereich des Ausbaus sowie der Verbesserung der psychosozialen Versorgungsstruktur und von Versorgungsprozessen, wie etwa durch die anthropologische Perspektive auf psychische Erkrankungen oder den dialogischen Ansatz; zum anderen der qualitative und quantitative Ausbau von psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten. Die dritte wichtige Maßnahme bildet die Empowerment-Bewegung zur Reduzierung von Selbststigmatisierung (vgl. Grausgruber 2005, S. 34 ff.).

Im Folgenden werden exemplarisch wichtige Interventionsmöglichkeiten näher beschrieben.

## 4.1 Ansätze zur Reduzierung öffentlicher Stigmatisierung

*[von Josefin Drechsel]*

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit diversen Möglichkeiten, öffentlichen Stigmatisierungsprozessen entgegen zu wirken. Dabei werden zunächst grundsätzliche Maßnahmen zur Reduzierung von gesellschaftlicher Stigmatisierung betrachtet und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Im zweiten Teil wird anhand von bestehenden Kampagnen und Berichterstattungen aufgezeigt, wie die Medien genutzt werden können und welche Empfehlungen dabei auszusprechen sind.

### 4.1.1 Ansätze zur Reduzierung von gesellschaftlicher Stigmatisierung

*[von Josefin Drechsel]*

Mittlerweile gibt es weltweit Organisationen und Gruppen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen mit der Bekämpfung von Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschäftigen. Laut BERGER und RÜSCH können die Formen der Bekämpfung von öffentlichen Stigmatisierungen dabei grundsätzlich in drei Hauptkategorien unterteilt werden: **Protest** findet häufig Anwendung bei stigmatisierenden öffentlichen Aussagen, Darstellungen in den Medien und bei Werbung. Die deutsche Organisation – BASTA - das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen - weist seine Mitglieder beispielsweise mittels E-Mail auf stigmatisierende öffentliche Darstellungen hin und ruft zum Boykott dieser auf. Die Wirksamkeit von Protesten dieser Form im Hinblick auf die Bekämpfung von Stigmatisierungen ist jedoch kaum belegbar. Eine effektivere Vorgehensweise bietet die **Eduktion**, die sachliche Informationen verwendet, um Vorurteile abzubauen und die Stigmatisierung zu verringern. Durch diverse Materialien, wie Videos, Bücher und Online-Medien, aber auch durch strukturierte Unterrichtsprogramme kann über psychische Erkrankungen aufgeklärt werden. Dabei sind zwar geringe, aber signifikant positive Ergebnisse durch eine Meta-Analyse feststellbar für den Einfluss von Edukation auf Einstellungen und Verhalten. Entscheidend dafür sind die vermittelten Inhalte: Es ist hierbei elementar, die biopsychosoziale Komplexität psychischer Erkrankungen hervorzuheben, um zu vermeiden, dass die Ursachen allein als genetisch oder neurologisch gesehen werden. Eine der wichtigsten Strategien bei der Bekämpfung von Stigmatisierungen ist der **Kontakt** zu Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es zeigt sich, dass die Allgemeinbevölkerung weniger zu

Stigmatisierungen tendiert, wenn sie zuvor persönliche Begegnungen mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erleben konnte. Als Ergebnis ist festzustellen, dass die Verbindung von Kontakt und Edukation als wirksamster Ansatz gegen öffentliche Stigmatisierung zu sehen ist. Hierfür ist zu empfehlen, gezielte und lokale Initiativen zu etablieren, die die Bekämpfung von Stigmatisierung in einem kleineren Setting durchsetzt. Ein kleineres Ziel, wie das Entgegenwirken von Stigmatisierungen an einer Schule oder einem bestimmten Arbeitgeber reduziert die Komplexität des Stigma-Phänomens und ermöglicht Erfolge auf lokaler Ebene (vgl. Rüsch/ Berger 2015, S. 811 f./ vgl. Rüsch/Berger 2004, S. 9 f.). Die Gruppe – Irre menschlich Hamburg - um Thomas Bock prägte dafür den Begriff der – Antistigma-Kampagne von unten -. Darunter fasst man Ansätze entgegen Diskriminierungen und Stigmatisierungen, die sich auf das direkte Lebensumfeld von Betroffenen konzentrieren und auf kleiner Ebene überschaubare Zielgruppen durch Kontakt zu Betroffenen und Aufklärungsarbeit anspricht. Häufig sind Kampagnen nach diesem Bild nicht ausschließlich darauf ausgelegt, Vorurteile und Diskriminierungen abzubauen, sondern stellen den Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen und Informationsarbeit in den Vordergrund. Gerade dadurch ist ihr Beitrag zur Überwindung von Stigmatisierungen aber umso wirksamer. - Irre menschlich Hamburg - stellt dabei ein Paradebeispiel dar für diese Form der Stigmabewältigung. Der Verein arbeitet nach dem dialogischen Ansatz und veranstaltet neben Informations- und Begegnungsprojekten auch Präventionsprojekte zu den Themenbereichen psychische Erkrankungen, seelische Gesundheit und über das allgemeine – Anderssein -. Diese wurden in den letzten zehn Jahren in Betrieben, kirchlichen und kulturellen Bereichen und in über tausend Unterrichtsprojekten an Hamburger Schulen durchgeführt. Dazu bietet der Verein mit seiner dialogischen Fortbildung Veranstaltungen für Polizistinnen und Polizisten, Lehrerinnen und Lehrer, Journalistinnen und Journalisten, Personen aus der Wohnwirtschaft und zahlreiche weitere Berufsgruppen an. Damit zeigt der Verein eine mehrseitige, wirkungsfolgerichtige Strategie auf, öffentlicher Stigmatisierung entgegenzutreten (vgl. Finzen 2013, S. 148 ff.). Dabei ist ein essentieller Punkt hervorzuheben, der den Verein und weitere effektive Engagements, wie der Leipziger Verein – Irrsinnig menschlich - und die Münchner Initiative BASTA, in seiner Arbeit ausmacht: Die Projekte werten die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht als

Arbeitsobjekte. Stattdessen verbinden sie Betroffene, Angehörige und Professionelle und schaffen eine Begegnung auf Augenhöhe. Dabei wirken alle Beteiligten gemeinsam und miteinander für das Ziel, die Lebensbedingungen und prekären Verhältnisse so zu beeinflussen und zu gestalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen als gleichberechtigte und integrierte Mitglieder der Gesellschaft teilhaben können (vgl. Ebd., S. 150 f.).

“Und diese Gemeinsamkeit wirkt auf die Beteiligten viel stärker stigma-reduzierend, als reine professionelle Projekte das könnten. Sie vermitteln zugleich das Bewusstsein, aufgehoben zu sein, und ist damit kein – Antiprojekt –, sondern gelebte Solidarität” (Finzen 2013, S. 151).

#### **4.1.2 Ansätze zur Reduzierung öffentlicher Stigmatisierung durch Medien**

Im Abschnitt zu Stigmatisierungen in den Medien konnte aufgezeigt werden, welchen enormen Einfluss die Medienlandschaft auf das Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen nimmt und wie stark diese die Stigmatisierung dieser Personengruppe reproduziert und vorantreibt. Dem entgegen sollen in diesem Abschnitt praktische Beispiele aufgezeigt werden, wie die Medien genutzt werden können, um die Perspektive auf Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ändern und Stigmatisierung abzubauen. Diese sollen als Ansätze zum Entgegenwirken von Stigmatisierungen dienen und dadurch zielgerichtet das Ansehen der betroffenen Personengruppe in der Öffentlichkeit verbessern.

Dabei gibt es verschiedene Formen der Mediennutzung. Zum einen erscheinen sehr konkrete Kampagnen, die auf nationaler und/ oder internationaler Ebene die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aktiv thematisieren und direkt bearbeiten. Zum anderen rückt das Thema der psychischen Erkrankungen durch Berichterstattungen in Form von Dokumentationen oder prominenten Beispielen mehr in den Fokus, wobei die Art der medialen Nutzung die Bekanntmachung und Aufklärung über psychische Erkrankungen zentralisiert und darüber einen Abbau von Stigmatisierungsprozessen bewirken kann.

Im Abschnitt zu Stigmatisierungen in den Medien konnte aufgezeigt werden, welchen enormen Einfluss die Medienlandschaft auf das Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen nimmt und wie stark diese die Stigmatisierung dieser Personengruppe reproduziert und vorantreibt. Dem entgegen sollen in diesem



Abschnitt praktische Beispiele aufgezeigt werden, wie die Medien genutzt werden können, um die Perspektive auf Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ändern und Stigmatisierung abzubauen. Diese sollen als Ansätze zum Entgegenwirken von Stigmatisierungen dienen und dadurch zielgerichtet das Ansehen der betroffenen Personengruppe in der Öffentlichkeit verbessern.

Dabei gibt es verschiedene Formen der Mediennutzung. Zum einen erscheinen sehr konkrete Kampagnen, die auf nationaler und/ oder internationaler Ebene die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aktiv thematisieren und direkt bearbeiten. Zum anderen rückt das Thema der psychischen Erkrankungen durch Berichterstattungen in Form von Dokumentationen oder prominenten Beispielen mehr in den Fokus, wobei die Art der medialen Nutzung die Bekanntmachung und Aufklärung über psychische Erkrankungen zentralisiert und darüber einen Abbau von Stigmatisierungsprozessen bewirken kann.

**Medien- Kampagnen:** Zunächst sollen hier diverse Kampagnen zum Entgegenwirken von Stigmatisierungsprozessen vorgestellt werden, welche innerhalb Deutschlands beziehungsweise auf internationaler Ebene wirken. In Deutschland wurden mittlerweile mehrere Kampagnen entgegen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. In Mecklenburg-Vorpommern wirkte die **“Anti-Stigma Kampagne M-V”**, welche vom Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. durchgeführt wurde. Das zentrale Ziel der Kampagne war es, die Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt zu verbessern und eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema in der Öffentlichkeit zu erreichen. Dafür wurden unter anderem Plakate und Postkarten entworfen, die Betroffene in alltäglichen Arbeitssituationen zeigen und stigmatisierende Sprüche verwenden, welche dann im Kontext der jeweiligen Arbeitssituation neu definiert und positiv verwendet werden. Sie zeigen einen ironisch- humorvollen Umgang mit der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zudem organisierte die Kampagne Veranstaltungen, auf denen über psychiatrische Krankheitsbilder, sowie über Stigmatisierungsprozesse informiert wurde. Die gesamte Kampagne wurde nach dem Konzept eines dialogischen Ansatzes entwickelt und durchgeführt. Somit waren neben Fachkräften auch Betroffene und Angehörige sowie Vertreter aus Politik und Verwaltung aktiv an der Gestaltung der

Kampagne beteiligt. Dieser Grundsatz spiegelte sich auch bei der Durchführung der Veranstaltungen wider: Durch die Partizipation von Betroffenen und Angehörigen konnte ein Begegnungsraum geschaffen werden, in dem ein Austausch über persönliche Erfahrungen möglich war (vgl. Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V. 2018, Internetquelle).

In Bayern wurde 2016 die **Anti-Stigma-Kampagne der Bezirkskliniken Mittelfranken** ins Leben gerufen, um zu zeigen, “ [...] dass psychische Erkrankungen zum Alltag gehören und jeden treffen können.” Dabei sind die Ziele der Kampagne auf psychische Erkrankungen aufmerksam zu machen, Aufklärung darüber zu betreiben und ebenso Hilfsangebote aufzuzeigen. Für die Betroffenen, Angehörigen, aber auch für die Mitarbeitenden der Kliniken soll ein klares Zeichen gesetzt werden, dass diese nicht allein sind. Zudem soll die Öffentlichkeit nicht nur zum Nachdenken und Diskutieren angeregt, sondern vor allem langfristig zum Umdenken motiviert werden. Die Kampagne nutzt verschiedene Plakate, die jeweils zwei Personen zeigen und mit dem Spruch “Wo ist die Grenze?” (vgl. Bezirkskliniken Mittelfranken 1 2018; Internetquelle) versehen sind. Es sind bewusst provokante Plakate, die auf der einen Seite eine Person zeigen, die sich wohl fühlt und auf der anderen Seite eine Person, die mit den Auswirkungen einer Erkrankung kämpft. Außerdem veranstaltet die Kampagne Vorträge und Filmvorführungen mit anschließenden Diskussionsrunden, die sich mit der Aufklärung über psychische Erkrankungen auseinandersetzen. Ein besonderes Merkmal der Kampagne sind die Aufklärungsvideos auf dem YouTube-Kanal der Bezirkskliniken Mittelfranken. In diesen Erklärvideos werden psychische Erkrankungen, wie Depressionen, in weniger als zwei Minuten sprachlich einfach sowie anschaulich vermittelt (vgl. Bezirkskliniken Mittelfranken 1 2018; Internetquelle / Bezirkskliniken Mittelfranken 2 2018; Internetquelle).

Im Ausland sind ebenso Kampagnen vorzufinden, die sich mit dem Themenfeld der psychischen Erkrankung und deren Stigmatisierung beschäftigen. In Großbritannien wurde die Kampagne “**Heads Together**” von den Mitgliedern des britischen Königshauses Prinz William, Herzogin Kate und Prinz Harry gegründet, die sich gegen Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Die Kampagne nutzt dafür nicht nur die eigenen prominenten Gesichter der Gründer/innen, sondern versucht, durch weitere bekannte Persönlichkeiten,

wie beispielsweise Lady Gaga, unter anderem mit Videos auf das Thema aufmerksam zu machen. Neben der medienwirksamen Teilnahme der Kampagne an öffentlichen Veranstaltungen, wie beispielsweise dem London Marathon 2017, werden durch die Kampagne auch themenspezifischere Bereiche öffentlich diskutiert. „Heads together“ setzt stellt die mentale Gesundheit am Arbeitsplatz und in der Schule als Thema vor und beschäftigt sich mit psychischen Erkrankungen im Militär (vgl. Head Together 2018, Internetquelle). Der hohe Bekanntheitsgrad der Gründungsmitglieder dieser Kampagne wird bei „Heads together“ genutzt, um die Problematik der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen öffentlich wirksam zu thematisieren und psychische Erkrankungen als Gegenstand der Gesellschaft zu etablieren.

Ein weiteres Programm entgegen Stigmatisierungen in Großbritannien ist die Kampagne **“Time to change – let's end mental health discrimination”**. Die flächendeckend angelegte Kampagne arbeitet auf mehreren Ebenen, um Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen. Unter anderem sind die Mitarbeitenden der Kampagne an Schulen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens aktiv, um vor Ort mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten und eine offene und annehmende Haltung gegenüber Betroffenen von psychischen Erkrankungen zu etablieren. „Time to change“ ist zudem vernetzt mit Firmen und Einrichtungen, um das Thema psychische Erkrankungen direkt am Arbeitsplatz zu thematisieren. Ebenso zählen sie die Arbeit in Gemeinden und Kommunen zu ihren Aufgabenbereichen. Dabei organisieren sie Veranstaltungen, wie den „Time to Talk Day“, an dem Organisationen, Betroffene, Angehörige und Bürger eingeladen werden, in einen offenen Austausch über das Thema Psychische Gesundheit zu treten. Im Bereich der Medien hat „Time to change“ mehrere Medienkampagnen veröffentlicht, die zudem kostenfrei auf der Website zu Verfügung stehen und genutzt werden können. Hierfür stehen Plakate, Postkarten und weitere Bildmaterialien für diverse Themenbereiche zur Verfügung. Die Materialien im Bereich „Campaigning at work“ rufen dazu auf, am Arbeitsplatz das Thema psychische Erkrankungen offen anzusprechen und sich für Kolleginnen und Kollegen einzusetzen. Für den Bereich „Young people“ wurden Materialien zusammengestellt, die insbesondere junge Menschen ermutigen soll, gegenseitig aufeinander zu achten. „Be in your Mate's corner“ bezieht sich auf männliche

Betroffene von psychischen Erkrankungen. Auf den Plakaten sind drei einfache Handlungsanweisungen angegeben, um ein frühzeitiges Reagieren und Unterstützen zu fördern. Neben den Kampagnen sind auf der Internetseite des "Time to change"-Programms auch Geschichten von Betroffenen veröffentlicht und es besteht die Möglichkeit, selbst über das Leben mit einer psychischen Erkrankung, Stigmatisierung oder als Angehörige/r zu berichten. Damit gibt das Programm den Raum, sich aktiv an der öffentlichen Aufklärung über Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beteiligen (vgl. Time To Change 2018, Internetquelle).

Eine der bekanntesten und weltweit aktiven Initiativen im Kontext der Bekämpfung von Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die **"open the doors"** Kampagne. Das Programm wurde 1996 von der World Psychiatric Association (WPA –Weltverband für Psychiatrie) ins Leben gerufen, um Stigmatisierungen und Diskriminierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen, besonders Schizophrenie, entgegenzutreten. Ziele der Initiative sind, die öffentliche Meinung über Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Familien zu verbessern, Wissen über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten zu verbreiten und dadurch in der Bevölkerung ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Zudem fördert die WPA- Initiative Aktionen, die dazu beitragen, Diskriminierungen und Vorurteile zu verringern. Die Aufklärungsmaßnahmen und Integrationsprogramme sollen dabei helfen, die sozialen Beeinträchtigungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bekämpfen und die soziale Reintegration zu verbessern. Das WPA-Programm wird weltweit in über 20 Ländern umgesetzt und ist damit die größte Initiative im Bereich der Anti-Stigma-Arbeit. In Deutschland haben sich unter dem Verein open the doors e. V. regionale Zentren in sieben Großstädten gebildet mit dem Hauptsitz in Düsseldorf, zu denen auch die Hamburger Initiative "Irre Menschlich" und die bayerische Initiative "BASTA" gehören. Zudem hat der Verein open the doors e. V. in Zusammenarbeit mit der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem Bundesgesundheitsministerium das Aktionsbündnis seelische Gesundheit gegründet. In den verschiedenen Zentren wird, angepasst an lokale Strukturen, aktive Anti-Stigma-Arbeit geleistet: Am Standort Düsseldorf finden regelmäßige Kino- und Theaterveranstaltungen statt, bei denen im Anschluss dialogische

Diskussionsrunden zu einem offenen Austausch einladen. Zudem veröffentlichen sie themenspezifische Beiträge im Radio, Fernsehen und diversen Printmedien. Bei den sogenannten ‚Open-Door-Days‘ (Tag der offenen Tür) zeigt die Initiative den Alltag in psychiatrischen Einrichtungen und lädt die Bevölkerung dazu ein, sich ein eigenes Bild über die Versorgungsinstitutionen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu machen. In Leipzig konnte in Kooperation mit dem slowakischen Filmstudio ‚ODOS Slovakia/ Michalovce‘ eine Filmproduktion zusammen mit Menschen mit einer schizophrenen Störung entstehen, der den Konflikt zwischen ‚Ausgrenzenden‘ und den ‚Ausgegrenzten‘ thematisiert und auf internationalen Filmfestivals und Veranstaltungen vorgeführt wird. Dieser kurze Einblick in die Arbeit des Vereins und der dazugehörigen Initiativen macht deutlich, dass ‚open the doors‘ ein vielschichtig aufgestelltes Programm entgegen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bietet und dabei auch die Medien auf vielseitigen Ebenen dafür nutzt (vgl. Rüscher/ Berger 2015, S. 811); (vgl. Open the doors 2018, Internetquelle).

**Berichterstattung von Personen des öffentlichen Lebens:** Eine weitere Möglichkeit zur Nutzung der Medien im Sinne einer Verbesserung des öffentlichen Bildes von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Gebrauch von lokalen Medien und die Berichterstattung über Menschen in einem lokalen Umfeld. Durch den persönlichen Bezug der Medien-Nutzer/innen zu einer Stadt, einem Gebiet oder einer Institution wird ein gesteigertes Interesse geweckt und ebenso ein emotionaler Bezug hergestellt. In der April- Ausgabe 2018 des Rostocker Lokalmagazins "0381" wurde in der Sparte "Du bist 0381" über Gabi Pertus berichtet. Der niederschwellige Zugang zu diesem Medium zeigt sich nicht nur darin, dass die Länge des Artikels auf eine Seite beschränkt ist und die Lesenden somit nur einen kurzen Zeitaufwand haben, sondern auch im Inhalt des Artikels: Die Lokalbekanntheit Frau Pertus oder auch "Frau Geyer" berichtet kurz als Betroffene von psychischen Erkrankungen, aber auch als Professionelle. Sie arbeitet mittlerweile als Genesungsbegleiterin für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem EX-IN-Programm. In dem Artikel macht sie in knappen Worten deutlich, worum es ihr geht, was auch schon im Titel "Gegen das Stigma "Psycho" "(Schlösser 2018, S. 66) sichtbar wird (vgl. Schlösser 2018, S. 66). Der Zugang zu dieser Form von Lesematerial ist sehr einfach: Die Lesenden können sich mit einer Figur, in diesem Fall Gabi Pertus identifizieren, kennen sie vielleicht durch ihre Tätigkeiten oder sind ihr schon einmal in Rostock begegnet. Dieser persönliche Bezug fördert eine aktivere Auseinandersetzung mit der Thematik und hilft dabei, Stigmatisierungen abzubauen. Plötzlich wird aus – den psychisch kranken Menschen - eine konkrete Person, zu der im Idealfall eine Form von Verbindung besteht. Diese Verbindung dient in diesem Moment dem Abbau von Stigmatisierung und ermöglicht für die Lesenden, neue Perspektiven und Dimensionen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu entdecken. Das Magazin ist zudem kostenlos erhältlich und liegt in sehr vielen Lokalitäten und Institutionen in Rostock aus, wodurch eine breite Masse an Personen erreicht werden kann.

Diese Form der Berichterstattung funktioniert dabei auch auf einer höheren, nicht-lokalen Ebene: Immer mehr Prominente finden den Mut, sich offen als Betroffene einer psychischen Erkrankung zu äußern. Auf internationaler Ebene kann dafür das Beispiel des US-amerikanischen Schwimmstars Micheal Phelps herhalten. In einem Artikel des SPIEGEL Online wird über den von Depression betroffenen Olympia-Sieger Phelps und seinen langen Leidensweg berichtet. Er selbst gibt an, dass er über zehn Jahre lang unter schweren Depressionen gelitten hat und deshalb mehrfach Suizid-Gedanken hatte. Mittlerweile engagiert sich Micheal Phelps gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und spricht unter anderem auf Konferenzen zum Thema mentale Gesundheit. Er plädiert dabei vor allem dafür, als Betroffene oder Betroffener Hilfe aufzusuchen und Therapie in Anspruch zu nehmen (vgl. Spiegel Online 2018, Internetquelle/ Scutti. 2018, Internetquelle). Im Interview mit CNN berichtet er: "I think people actually finally understand it is real. People are talking about it and I think this is the only way that it can change." (Scutti. 2018, Internetquelle). Seiner Ansicht nach ist es notwendig, einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen und den betroffenen Personen zu pflegen, um die Gesellschaft aufzuklären und Stigmatisierungen abzubauen.

**Wirksamkeit von medialen Kampagnen:** Bei der Summe an schon vorhandenen medialen Kampagnen entgegen Stigmatisierungsprozessen kommt die Frage auf: Wie wirksam sind diese Kampagnen? FINZEN macht dazu deutlich, dass gesellschaftliche Meinungen und Einstellungen und die damit einhergehenden Vorurteile sich nicht alleinig durch psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen gegen Stigmatisierung ändern. Gleichzeitig appelliert er an die psychiatrischen Versorgungssysteme und die darin Tätigen, aktive Medienarbeit auf mehreren Ebenen zu leisten (vgl. Finzen 2013, S. 102). KARDORFF spricht sich vor allem für lokal getragene Aufklärungsinitiativen aus, um eine gesellschaftliche Debatte über Umgangsformen über Menschen mit psychischen Erkrankungen anzuregen (vgl. Kardorff 2011, S. 42). Die Evaluation einer in Österreich landesweit durchgeführten Anti-Stigma-Kampagne "Schizophrenie hat viele Gesichter" der WPA zeigt, dass die Kampagne die Einstellung der Befragten nicht wesentlich verändert hat. Etwa 18 Prozent der österreichischen Bevölkerung konnten zwischen 2000 und 2002 mit der Kampagne erreicht werden; fünf Jahre



nach Beendigung der Kampagne konnten sich nur ca. 7 Prozent der befragten Personen an die Anti-Stigma-Kampagne erinnern, wobei diese 7 Prozent eine positivere Einstellung und geringere Distanz zu Menschen mit psychischen Erkrankungen angaben. Als Schlussfolgerung für den geringen Effekt der Kampagne geben die Autoren an, dass der Zeitraum für die durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit zu kurz angelegt war, um eine Einstellungsänderung in der Bevölkerung zu bewirken (vgl. Grausgruber/ Schöny/ Grausgruber-Berner 2009, S.1, 3 - 6). In Deutschland wurden das Anti-Stigma-Programm der WPA durch den Verein Open the doors. e. V., das Anti-Stigma Projekt BASTA (Bayrische Anti Stigma Aktion) und ASAM (Anti Stigma Aktion München) in sechs Großstädten von 2001 bis 2004 durchgeführt. Dafür wurden - ebenso wie bei der Anti Stigma-Kampagne in Österreich - neben medialen Aufbereitungen, wie Plakataktionen und Ausstellungen, auch zielgruppenspezifische Veranstaltungen an Schulen, für Journalistinnen und Journalisten, Polizistinnen und Polizisten und weitere Gruppen angeboten. Zudem wurden öffentliche Lesungen, Kinoabende und Theaterveranstaltungen mit einem dialogischen Konzept durchgeführt. Durch Telefonbefragungen vor der Kampagne und danach konnte die Einstellungsveränderung der Bevölkerung ermittelt werden. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass sich die soziale Distanz gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt verringert hat. Insbesondere bei den Befragten, die die Anti-Stigma-Initiativen kannten und bei Personen, die in den Städten leben, in denen die Anti-Stigma-Maßnahmen durchgeführt wurden, konnten geringe, aber signifikante Verbesserungen in der Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen festgestellt werden. Dieser Effekt ist dabei nicht ausschließlich durch die Anti-Stigma-Arbeit zu begründen. Neben internen Faktoren, wie sozial erwünschten Antworten, führen die Autoren auch externe Effekte, wie die veränderte mediale Berichterstattung über Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als Begründung an (vgl. Baumann/ Zäske/ Decker 2007, S. 787 - 794). Elementar ist hierbei, dass erstmals im deutschsprachigen Raum aufgezeigt werden konnte, "[...]dass Antistigma-Programme und -Initiativen auf Bevölkerungsebene nachweisbare Effekte erzielen." (Baumann/Zäske/Decker 2007, S. 791). Diese Ergebnisse zeigen sich nicht nur in Deutschland, sondern sind weltweit als Reaktion auf Anti-Stigma-Programme zu finden. Der WHO-Report – Mental Health Promotion : Case

Studies from Countries” 2004 berichtet weltweit von über 30 Initiativen in 19 verschiedenen Ländern, in denen die gezielten Aufklärungsaktionen der Anti-Stigma-Arbeit einen positiven Effekt auf die Einstellung der Bevölkerung hatte (vgl. World Health Organization 2004, Internetquelle/ vgl. Gaebel 2005, S. 218 ff.). Der Einfluss der medialen Anteile der Kampagne auf die Einstellungsveränderung kann im Einzelnen nicht belegt werden, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass die Nutzung von Medien in der Kombination mit Aufklärungsarbeit und dialogischen organisierten Veranstaltungen dazu beigetragen hat, die Haltung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

***Differenzierte Darstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Film und Fernsehen:*** Über positivere Beispiele von Darstellungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den audiovisuellen Medien, wie Filmen, Fernsehen und Serien sind leider nur wenige wissenschaftliche Beiträge vorhanden. Es sind dabei dennoch einige nennenswerte Produktionen aufzuführen, die zeigen, dass die Präsentationsweise von Menschen mit psychischen Erkrankungen in diesen Medienformaten durchaus auch differenzierter, ganzheitlicher und annehmender gestaltet werden. In der täglich ausgestrahlten RTL- Serie “Gute Zeiten, Schlechte Zeiten” erkrankt die Figur Lilly Seefeld an Bulimie. Für die Darstellung der Erkrankung hat die Produktionsfirma ‘Ufa Serial Drama’ den Verein ‘Dick & Dünn e. V.’, eine Beratungsstelle für Essstörungen hinzugezogen, die die Präsentationsweise der Krankheit innerhalb der Serie als realitätsnah und nicht beschönigend oder dramatisierend beschreibt. Um dies zu ermöglichen, hat die Produktionsfirma 2013 einen Wertecodex aufgestellt, der die Autoren zu einer grundsoliden Recherche für die Darstellung von komplexen Sachverhalten, wie etwa psychischen Erkrankungen, verpflichtet und zudem vorsieht, dass keine bestehenden Vorurteile durch die Geschichten der Serien bestärkt werden dürfen. Die Figur des Peter Faber aus dem Dortmunder Tatort zeigt auf, dass inzwischen nicht nur die Täter, sondern auch Ermittler mit einer psychischen Erkrankung dargestellt werden. Im Fall von Kommissar Faber erfährt die Figur ein traumatisches Erlebnis und leidet im Anschluss an Depressionen. Positive Darstellungen liefern hierbei auch deutsche Filme wie “Vincent will Meer” (2010) und “Suicide Club” (2010). Dennoch zeigt sich, dass im Vergleich zu Ländern, wie den USA, deutsche Produktionen über

und mit Menschen mit psychischen Erkrankungen noch deutlichen Entwicklungsbedarf haben. Mit Filmen wie „Silver Linings“ (2012), „Der Biber“ (2011) oder „Die Geschwister Savage“ (2007) und Serien wie „Monk“ (2002-2009), „Dr. House“ (2004-2012) und „Homeland“ (seit 2011) bieten die US-amerikanischen Produzenten ein breites Spektrum an diversen Charakteren, die die Erkrankungen dieser in differenzierter Weise präsentieren. Dabei scheint gerade die Verbindung von Darstellungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Humor wirksam zu werden: „Wenn der Zuschauer gemeinsam mit den Figuren lacht, kann das die Diskrepanz zwischen der sich als normal begreifenden Gesellschaft und den psychisch Kranken aufheben.“ (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2014, S. 4 Internetquelle). Laut einer Befragung des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit wünschen sich auch die Betroffenen Darstellungsformen von psychischen Erkrankungen, die eher humorvoll angelegt sind (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2014, S.1 – 4 Internetquelle).

Damit sollen in keiner Weise die Darstellungs-Formen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Filmen und Fernsehen beschönigt werden. Nach wie vor erscheinen Produktionen, die sich bei der Präsentation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf stigmatisierende Bilder stützen. Es soll an dieser Stelle lediglich aufgezeigt werden, dass sich die Film- und Fernsehindustrie, laut GAEBEL seit etwa den 1990er Jahren, zum Teil schon mit einer nicht- stigmatisierenden Präsentationsweise von psychischen Erkrankungen auseinandersetzt und nicht nur plump Vorurteile reproduziert. Diese Produktionen sollen als gelungene Beispiele dienen, um zu verdeutlichen, dass eine annehmende und realistische Einbindung von psychischen Beeinträchtigungen in den Film- oder Serien-Kontext nicht nur dazu beitragen können, Stigmatisierungen abzubauen, sondern sogar die Zuschauenden ermutigen können, sich als Betroffene oder Angehörige zu öffnen und Unterstützungsangebote wahrzunehmen (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2014, S.1, 3 – 4 Internetquelle).

**Leitfaden für die Berichtenden:** Aktive Kampagnen gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie der durch Medien geförderte offene Umgang mit dem Themenfeld sind elementar, um gegen Stigmatisierung zu wirken. Gleichzeitig bedarf es dabei auch einer sensiblen Berichterstattung, wenn es um Betroffene und Angehörige geht. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit hat dafür in seiner Kampagne **“Fair Media-Für die Menschen, gegen die Ausgrenzung”** (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2018, Internetquelle) einen Leitfaden für Journalistinnen und Journalisten entwickelt. Dieser soll bei der Berichterstattung als Hilfestellung dienen und den Berichtenden Empfehlungen zu bestimmten Bereichen geben. Teil dessen ist die Vermittlung von rücksichtsvollen und sensiblen Formulierungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Umgang mit Bildsprache und Symboliken, aber auch Hinweise für Interviews mit Betroffenen und/oder Angehörigen. Zudem will Fair Media Grundlagenwissen über psychisch Kranke vermitteln, um eine differenziertere Darstellung in den Medien zu ermöglichen. Diese Kampagne verfolgt damit ebenso das Ziel, durch eine sachliche und ausgewogene Form der Berichterstattung das Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit zu verbessern und Stigmatisierungen entgegenzuwirken (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2018, Internetquelle). Für den Bereich Film und Fernsehen hat das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit in ihrem Presse-Themendienst Empfehlungen für die Drehbuchautoren zusammengestellt, in denen sie Hinweise zur Recherche über und Darstellungen von Personen mit psychischen Erkrankungen gibt, die entgegen bestehenden Vorurteilen wirken sollen. (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2014, S. 5 Internetquelle).

### 4.1.3 Resume:

Zunächst ist festzuhalten, dass es mittlerweile eine Vielzahl an diversen Medien gibt, die auf der Ebene entgegen Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam werden. Sowohl als klassische Anti-Stigma-Arbeit als auch in alltäglichen Medien, wie Zeitschriften, Zeitungen und dem Fernsehen, wird das Thema psychische Erkrankungen aufgegriffen und differenzierter bearbeitet. Die angeführten Berichte stehen dabei nur exemplarisch für eine größere Vielzahl in der aktiven Nutzung der Medien zum Abbau von Stigmatisierungen. Die Wirkung der Darstellungen auf die Einstellungen der Konsument/innen der Medien sind dabei vor allem für konkrete Anti-Stigma-Kampagnen nachweisbar. Als Ergebnis ist dabei die Empfehlung auszusprechen, auf lokaler Ebene anzusetzen und Projekte und Kampagnen zu initiieren, die in einem dialogischen Prozess erarbeitet werden. Gemeinsam mit Angehörigen, Professionellen und Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten die Projekte so gestaltet werden, dass die Bevölkerung einerseits mit diesen Gruppen in Kontakt tritt und andererseits sachliche Informationen über psychische Erkrankungen, die psychiatrischen Versorgungssysteme und Problemstellungen erhält. Dabei sollten sich die Kampagnen zunächst kleinere Zielstellungen setzen, wie etwa die Bekämpfung von Stigmatisierungen in bestimmten Betrieben oder Schulen. Diese –Anti-Stigma-Arbeit von unten – sollte dabei durch mediale Kampagnen unterstützt werden. Es hat sich bewährt, das Thema der – Anti-Stigma-Arbeit - nicht in den Vordergrund zu setzen und als Negativ-Anklage den Menschen entgegenzutreten, sondern den Fokus auf das in Kontakt kommen und Kennen lernen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu legen in der Kombination mit sachlicher Aufklärung. Es gibt hierfür nennenswerte Projekte und Kampagnen, wie den Verein – Irre menschlich Hamburg -, die dabei als Orientierung dienen können (vgl. Rüscher/ Berger 2015, S. 810 ff./ vgl. Finzen 2013, S. 148 ff.).

Bei der Öffentlichkeitsarbeit sind in erster Linie die psychiatrischen Versorgungssysteme selbst und die darin tätigen Mitarbeiter/innen gefragt, aktiv zu werden. Es geht dabei nicht nur um die Arbeit mit der lokalen Presse für Zeitungen, Zeitschriften, Radio und die Präsentation im Internet. Neben diesem abzudeckendem Aufgabenbereich bedarf es einer niedrigschwelligen Öffentlichkeitsarbeit vor Ort: Die Öffnung von psychiatrischen Institutionen für die

Bürger, Aufklärungsarbeit in der Nachbarschaft, Gespräche mit Freunden und Bekannten und eine realistische Darstellung der Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Angehörigen und des psychiatrischen Versorgungssystems sind notwendig, um einen langfristigen Wandel der Einstellungen und Haltungen zu bewirken. Ein wichtiger Faktor dabei ist zudem die Kontinuität der Bemühungen (vgl. Finzen 2013, S. 102 f.).

In FINZENS Worten ist der Kampf gegen die öffentliche Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen “[...] ein mühsames Geschäft [...]”(Finzen 2013, S. 103), das durch kontinuierliche Beeinflussung auf mehreren Ebenen in die richtige Richtung gelenkt werden muss. Dieser Aufgabe müssen sich Verbände und Organisationen, Angehörige und Betroffene sowie Politik und Professionelle langfristig stellen, um eine annehmende und integrierende Haltung bei den Medien- Produzenten und in der Bevölkerung zu etablieren (vgl. Ebd., S.102 f.).

## 4.2 Ansätze im professionellen Kontext

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Die Professionellen und die damit eingebundenen Tätigen des psychiatrischen Versorgungssystems sind aufgrund ihrer Position als Vorbilder für die Gesellschaft im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen im Besonderen dazu aufgerufen, gegen Stigmatisierungsprozesse aktiv zu werden (vgl. Knuf 2016, S.119ff.). Daher beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit Ansätzen zur Reduzierung von Stigmatisierungen, die durch Professionelle auf mehreren Ebenen durchgeführt werden können. Hierfür wird der Anthropologische Ansatz, das Konzept des Dialogs, sowie der Ansatz von Psychiatrieerfahrenen als Helfende exemplarisch vorgestellt.

### 4.2.1 Anthropologischer Ansatz

*[von Annegret Fechtner]*

Der anthropologische Ansatz beschäftigt sich damit, entgegen eines klassisch medizinischen Krankheitsbegriffes ein subjektorientiertes Handeln im psychiatrischen Kontext zu etablieren. Der Alltag der psychiatrischen Versorgung ist an vielen Stellen geprägt durch den Versuch, Konzepte und Hilfsangebote zu schaffen, die einer Allgemeingültigkeit unterliegen und in standardisierten Verfahren umsetzbar sind. Dabei sind nicht nur wirtschaftliche Faktoren ursächlich, sondern ebenso das Bestreben, die Bemühungen durch Qualitätsstandards fachlich abzusichern und möglichst vielen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einen Zugang zu professioneller Hilfe zu ermöglichen. Diese Konzepte versuchen, vermeintlich objektive Fakten zu Nutzen, um Lösungen für Individuen parat zu halten. Dabei scheitern diese aus Sicht der anthropologischen Perspektive aber daran, den Menschen in seiner Gesamtheit und Individualität wahrzunehmen und dabei auch die subjektiven Erklärungsmodelle als Teil der Behandlung einzubeziehen. Im Gegensatz dazu verfolgt der anthropologische Ansatz eine prägnante Subjektorientierung. Als Ausgangspunkt ist dabei das konstante Reflektieren und Überdenken des angewandten Menschenbildes zu sehen. Die Kernelemente der anthropologischen Sicht als Subjektorientierung sind zum Einen die Haltung, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen trotz ihrer Erkrankung handlungs- und entscheidungsfähig sind und damit ein Recht auf ihre Autonomie haben. Sie besitzen das Deutungsmonopol für ihre individuellen Erfahrungen mit ihrer



Erkrankung und erhalten dafür die Anerkennung der Professionellen. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem immer eine subjektive Motivation für ihr Handeln, sowie Erklärungsmuster. (vgl. Lütjen 2008, S.10 ff.) Das medizinische Krankheitskonzept nimmt eine eindimensionale Perspektive auf den Zustand des Patienten, indem er als Unterscheidungsmerkmale nur Krankheit oder Gesundheit aufzeigt. Dabei wird Menschen mit psychischen Erkrankungen keine Schuld beziehungsweise Verantwortung für ihren Zustand zugeschrieben. Die Hauptverantwortung für den Genesungsprozess liegt darum bei den Professionellen. Im anthropologischen Konzept wird davon ausgegangen, dass bei jeder Erkrankung eine Person sowohl erkrankte, aber auch gesunde Anteile in sich trägt und dabei Krankheit und Gesundheit gleichzeitig existieren. Dadurch ist ebenso die Trennung von Erkrankung und Person nicht mehr möglich. Somit wird der Mensch in der Gesamtheit seiner Anteile, gesund und erkrankt wahrgenommen. Der Anthropologische Ansatz schafft einen Perspektivwechsel vom rein Diagnostischen hin zu einer gesamtheitlichen Betrachtungsweise der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Damit sieht er die Person nicht vordergründig als –den Erkrankten- an, sondern als Individuum in seiner Vielfalt. Diese Sichtweise unterstützt die Idee, dass Betroffene zu jedem Zeitpunkt selbstbestimmt handeln können und Eigenverantwortung übernehmen. Entgegen Stigmatisierungen im psychiatrischen Versorgungskontext, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig bevormundend oder als unfähig, eigene Entscheidungen treffen zu können, behandelt werden, kann dieser Ansatz dem entgegenwirken (vgl. Bock 2002, S.33ff.).

#### **4.2.2 Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung durch Professionelle**

[von Josefin Drechsel]

**Stigmatisierung und der Einfluss der Sprache:** Die Verwendung von Sprache ist ein bedeutender Faktor im Kontext von Stigmatisierungsprozessen. Sprache kann einerseits Anhaltspunkte darüber geben, welche Einstellung durch eine Person vertreten wird, andererseits prägt und formt der sprachliche Gebrauch Denkstrukturen und Muster. Anhand der verwendeten Formulierungen im Bereich der psychischen Erkrankungen lassen sich Rückschlüsse ziehen, wie sich die Sichtweise auf bestimmte Krankheiten von beispielsweise Professionellen im Laufe der Zeit verändert hat. So wurde in den 1950er Jahren ein schizophrener

Patient/ eine Patientin in Würzburger Fachkreisen simpel als “eine 14” bezeichnet und war damit Ausdruck des örtlichen Diagnoseschlüssels. Von der Betitelung als Nummer über “den Schizophrenen” hin zur Beschreibung vom Menschen mit Schizophrenie zeigt sich ein Prozess, der den Fokus nicht mehr auf die Erkrankung an sich, sondern auf den Menschen legt, der mit einer Erkrankung lebt. Es geht dabei um die Identifizierung mit dem Menschen, die an erster Stelle steht und die psychische Erkrankung als EINEN Aspekt des Menschen aufzeigt. In Japan wurde die Diagnose Schizophrenie 2002 durch den Terminus “integrative Störung” ausgetauscht. Diese Umbenennung einer Krankheit kann nicht nur dazu verhelfen, das stigmatisierte Image einer Bezeichnung aufzuheben oder zu lösen. Zudem kann mit einer neu formulierten Benennung auch ein neues Konzept und Bild einer Erkrankung angenommen werden. In Japan ist es innerhalb weniger Monate gelungen, die neue Begrifflichkeit zu integrieren, wodurch der Betrachtung der psychischen Erkrankung eine Neutralität gegeben werden konnte (vgl. Helmchen 2013, S.336 f.). Schon in den 1970er Jahren sprach sich WOLFGANG STUMME gegenüber den Professionellen dafür aus, einen sensiblen Sprachgebrauch im Kontext von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verwenden. Anstatt damals gängige Bezeichnungen, wie – Geisteskranke - oder – Schwachsinnige - zu verwenden, sollten die Mitarbeitenden der psychiatrischen Versorgungssysteme von - Menschen mit Persönlichkeitsstörungen - sprechen und damit den Menschen an sich in den Fokus rücken (vgl. Finzen 2013, S. 93). Die Verwendung einer nicht stigmatisierenden Sprache kann als ein Schlüsselmoment angesehen werden bei der Umsetzung des Entgegenwirkens von Stigmatisierung. Dieser Aspekt ist dabei zwar nicht auf die Anwendung durch die Professionellen beschränkt, sondern ist gleichermaßen geltend für Betroffene, Angehörige und die Gesellschaft an sich, jedoch nehmen die Fachexperten eine Vorbildfunktion auch in diesem Sinne ein. Die Verwendung von Begriffen, die den Menschen in seiner Gesamtheit auch linguistisch sieht, wirkt auf Betroffene und Angehörige motivierend. Es vermittelt das Gefühl von Verständnis und Annahme gegenüber den Personen, die mit einer psychischen Erkrankung leben. Dies begünstigt unter anderem eine Behandlung in Form einer Therapie in hohem Maße (vgl. Helmchen 2013, S.337).

**Ansätze zur Reduzierung von struktureller Diskriminierung:** Im Kapitel 2.2.2 konnten diverse Formen von struktureller und institutioneller Diskriminierung aufgezeigt werden. Im Folgenden werden nun verschiedene Ansätze vorgestellt, die entgegen einer strukturellen Diskriminierung wirken und Stigmatisierungsprozesse abmildern.

Die Herausforderung im Bereich der strukturellen und institutionellen Diskriminierung besteht zunächst darin, diese zu erkennen und nachzuweisen. Formen von struktureller Diskriminierung sind häufig schwer festzustellen und zu belegen. Ein erster Schritt zur Reduzierung von strukturellen Diskriminierungs-Mechanismen sollte daher sein, Forschung zu betreiben und statistische Daten zu erheben, die Transparenz und Klarheit über strukturelle Benachteiligungs-Praktiken liefern. Dadurch kann laut BIELEFELDT eine gesellschaftliche Selbstaufklärung weitergeführt werden. Die tatsächliche Feststellung der strukturellen und institutionellen Missstände bildet die Grundlage, um aktiv gegen strukturelle Diskriminierung vorgehen zu können. Im Kontext der Gleichberechtigung von Frauen wurden sogenannte – zeitweilige Spezialmaßnahmen - genutzt, um bestehende diskriminierenden Praxen zu ändern. Häufig werden diese Maßnahmen, wie beispielsweise die Einführung der Geschlechterquote 2016 zur Erhöhung des Anteils an Frauen in Führungspositionen, als Privilegierung missverstanden, sie dienen jedoch eigentlich dazu, die Privilegierung der nicht Betroffenen (im Fall der Gleichberechtigung von Frauen also Männern) abzuschaffen und zu durchbrechen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017, Internetquelle). Für eine funktionierende Gleichstellungspolitik entgegen struktureller Diskriminierung könnte diese Form der Maßnahme eingesetzt werden, um die institutionellen und strukturellen Benachteiligungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu überwinden (vgl. Bielefeldt 2010, S. 31). In der UN-Behindertenrechtskonvention ist dafür in Artikel 5 Absätze 3 und 4 eine rechtliche Grundlage geschaffen, um diese Maßnahmen zu rechtfertigen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017, Internetquelle).

**Der Trialog-Ansatz als Beispiel zur Reduzierung von struktureller Diskriminierung im Bereich des Versorgungssystems:** Im Jahr 1989 startete das erste Psychoseseminar in Hamburg, welches geprägt von der Idee einer neuen Form der Kommunikation zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen mit mehr als 80 Teilnehmenden sehr konstruktiv verlief. Damit war der Grundstein für eine innovative Begegnung auf Augenhöhe gelegt, die sich in Form der Psychoseseminare schnell verbreitete. Gerade zu Beginn stellten diese durch die Form der Begegnung und Organisation, durch die Inhalte und Zielstellungen einen Kontrapunkt zur klassischen Psychoedukation dar. Das signifikante Merkmal dieser Treffen besteht darin, dass sich die beteiligten Personengruppen, fernab von standardisierten Verfahren der psychiatrischen Versorgungssysteme und biogenetischen Erklärungsmodellen, in einen gleichberechtigten Austausch begeben können. Dabei kommen die individuellen Perspektiven sowie die enorme Vielfalt der Erfahrungswerte zum Tragen (vgl. Bock et. al. 2010, S. 514 f.). So geht es nicht vordergründig um einen lösungsorientierten Auftrag, sondern darum, im wechselseitigen Austausch die Bedürfnisse und Ansprüche, aber auch die Problemstellungen der einzelnen Positionen wahrzunehmen und eine Perspektiverweiterung zu ermöglichen. Die gleichberechtigte Begegnung der Vertreter/innen soll eine inklusive Betrachtungsweise des psychiatrischen Denkens und Handelns schaffen. Durch den Austausch zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen kann es zu einem verbesserten Verständnis zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen kommen und dadurch neue, alltagstaugliche Lösungsmodelle anregen. (vgl. Kardorff 2011, S. 41 f./ vgl. DGPPN 1 2018, Internetquelle). In der tatsächlichen Begegnung innerhalb der Psychoseseminare waren und sind dabei diverse Paradoxien aufgetreten, die auch für die Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung sind. Zum einen zeigte sich, dass einige sogenannte Psychoseerfahrene im Kontext der Seminare ohne Druck viel offener über ihre individuellen Erfahrungen sprechen konnten. Des Weiteren fördert das Sprechen in einer entspannten Atmosphäre die Wiederaneignung von erlebten Momenten, wohingegen die Abspaltung dieser häufiger durch eine unpassende Behandlungsform hervorgerufen wird. Für die Angehörigen ist es oft einfacher, den Erfahrungen einer Person mit einer psychischen Erkrankung zuzuhören und diese anzunehmen, wenn es sich dabei

nicht um die nahestehende Person handelt. Gleiches gilt für die Betroffenen, die durch die Berichte und Wahrnehmungen von Angehörigen anderer einen einfacheren Zugang zum Gesagten und den damit verbundenen Emotionen finden können. Für die Perspektive der Professionellen bietet sich die Möglichkeit, die Pluralität der Erfahrungen unvoreingenommen auf sich wirken zu lassen, ohne dabei einem Handlungsdruck zu unterliegen. Dadurch ist eine umfangreichere Wahrnehmung möglich und die Professionellen können sich in einer entspannten Haltung auf den Austausch einlassen. Gerade diese Gelassenheit ist in der direkten Behandlungssituation von elementarer Bedeutung und gleichzeitig oft so schwierig zu erreichen. Die Psychoseseminare bieten zudem den angehenden und lernenden Professionellen die Chance, eine Vielfalt an Perspektiven und Erfahrungen zu erleben und zeigen ihnen auf, dass es für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ebenso eines breiten Spektrums an Therapieangeboten bedarf (vgl. Bock et. al 2010, S. 515 f.).

Die Psychoseseminare stellten den Ausgangspunkt einer Vielzahl an trialogisch organisierten Maßnahmen dar, wie der Psychiatrieplanung, der Behandlungsvereinbarung, Fort- und Weiterbildungen und der Methode des offenen Dialogs. Zudem wird der trialogische Ansatz zur Qualitätssicherung und im Bereich Beschwerdemanagement verwendet. Im Kontext der psychiatrischen Versorgungssysteme wird der Trialog somit dafür genutzt, die Behandlungen und Maßnahmen bedürfnisgerechter an die Betroffenen anzupassen. Durch die Einbeziehung der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen können diese als Experten ihres Selbst systemimmanente Defizite benennen und somit strukturellen Diskriminierungen entgegenwirken. Die gemeinsam entwickelten Angebote werden dabei von Betroffenen einer psychischen Erkrankung besser angenommen und haben mehr Überzeugungskraft in der Psychiatriepolitik. Zudem findet der Ansatz auch in der direkten Aufklärungs- und Anti-Stigma-Arbeit Verwendung. Für die Reduzierung von Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Trialog-Ansatz auf mehreren Ebenen von enormer Bedeutung. Durch den gleichberechtigten Austausch können Betroffene im direkten Kontakt Vorurteilen entgegenwirken und gleichzeitig eigene Bedenken gegenüber Professionellen und damit verbundene Hemmnisse für die Inanspruchnahme von Behandlung überwinden. In der zwanglosen Kommunikation mit Angehörigen und Professionellen fördert das trialogische

Miteinander die Erfahrung von Akzeptanz und dem Zugehörigkeitsgefühl. Außerdem werden dadurch das Selbstbewusstsein und die positive Selbstwirksamkeit der Betroffenen gestärkt. Der Dialog bewirkt ein wechselseitiges Verständnis, das im Ergebnis zu mehr Offenheit und Annäherung führt. Gerade in gemeindenahen Hilfeangeboten erweist sich der Ansatz als erfolgreich, da der direkte Bezug zu den Beteiligten Verbindungen schafft und dadurch Stigmatisierungsprozessen entgegenwirkt (vgl. Bock et. al. 2010, S. 515 - 518, 520), denn "[d]er Kampf gegen Vorurteile ist nur im Dialog glaubwürdig." (Bock et. al. 2010, S. 520).

***Psychiatrie – Erfahrene als Helfende als Beispiel zur Reduzierung von struktureller Diskriminierung im Bereich des Versorgungssystems:*** Die systemische Einbeziehung von Betroffenenenerfahrungen in die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in den letzten Jahren an praktischer Bedeutung gewonnen und zeigt sich in Form der EX-IN-Bewegung, Peer-Beratungen, aber auch in klassischen Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen und durch Genesungsberatende. Der Ansatz dabei ist, Betroffene von psychischen Beeinträchtigungen nicht nur als Experten ihrer eigenen Erkrankungen anzuerkennen, sondern diese Personen auch als Unterstützung zur Selbsthilfe für andere Betroffene zu sehen und ihr Potenzial zu nutzen. Die Grundannahme dabei ist, dass jedes Wissen seinen Ursprung in der Erfahrung trägt. Die Erfahrung einer psychischen Erkrankung bedeutet nicht ausschließlich einen Leidensweg zu bestreiten, sondern bietet eben auch die Möglichkeit, eine besondere Sensibilität zu entwickeln und essentielle Erkenntnisse zu gewinnen. Diese können in überindividuellen Kontexten genutzt werden, um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei ihren individuellen Bewältigungsstrategien und ihrer Genesung unterstützend beizustehen (vgl. Sielaff 2015, S. 192 f.).

***Der Experienced Involvement–Ansatz (EX-IN):*** Seit 2005 ist das ursprünglich als Pilotprojekt der Europäischen Union gestartete EX-IN Programm tätig. Dabei werden Personen, die Psychiatrie–Erfahrung und eine schwere psychische Krise durchlebt haben, als Dozentinnen und Dozenten und Mitarbeitende für psychosoziale Dienste ausgebildet. Hierfür wurden spezifische Lehrmaterialien, Lehr- und Lernstrategien und -methoden sowie ein Curriculum entwickelt. Nach erfolgreicher Beendigung des Pilotprojektes der EU wurden aufgrund der großen

Resonanz die ersten EX-IN-Pilotkurse in Hamburg und Bremen angeboten. Die hohe Nachfrage nach EX-IN-Ausbildungen führte dazu, dass sich das Projekt in Deutschland, Österreich und der Schweiz verbreitete. Dafür wurden Kurse zur Ausbildung von Ausbildenden eingerichtet, die auch die Besonderheiten der jeweiligen Regionen berücksichtigen konnten. Elementar für die erfolgreiche Arbeit mit Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ist, dass diese entsprechend ihrer individuellen Kompetenzen eingesetzt werden und nicht als Aushilfskräfte dienen. Der Verein EX–IN Deutschland e. V. entwickelt dafür Qualitätsstandards, die unter anderem die Beschäftigung von den sogenannten – Genesungsbegleiter/innen - qualitativ absichern soll. Um sicherzustellen, dass die Arbeit mit den EX-IN-Mitarbeitenden ihr volles Potenzial entfalten kann, gehört es zu den Qualitätsstandards, dass mindestens zwei Genesungsbegleiter/innen in einem Betrieb beschäftigt sind, damit der Fokus der Innovation nicht nur auf einer Person liegt. Eine Herausforderung der EX-IN-Arbeit besteht darin, sich als Erfahrungsexperte in einer Einrichtung gegenüber den anderen Berufsgruppen zu behaupten und damit eine eigenständige Rolle im Betrieb zu finden. Dafür muss die Idee einer Peer-Identität auch strukturell unterstützt werden, um die Eigenständigkeit des EX-IN-Ansatzes zu erhalten. Hierfür erhalten die EX-IN-Mitarbeitenden Supervision (vgl. Sielaff 2015, S. 193 ff.). Der Ansatz des EX-IN-Programms fügt sich mit weiteren Behandlungsmodellen ein und könnte durch die Genesungsbegleiter/innen auf verschiedenen Ebenen unterstützt werden. Zu diesen Modellen gehört das Konzept einer Behandlung in der Häuslichkeit, auch als – Home Treatment - bekannt, bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in Krisensituationen zu Hause von diversen Fachkräften und ihrem sozialen Umfeld bereut werden. Ebenso zählen der Ansatz der bedürfnisangepassten Behandlung – Need Adapted Treatment – und der offene Dialog dazu (vgl. Ebd., S. 196/ vgl. Koch-Stoecker/ Driessen 2017, S. 42 f.).

Der Einsatz von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als Helfende wurde hier als Ansatz hinzugezogen, um eine Möglichkeit der Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems entgegen struktureller Diskriminierung und Stigmatisierungen aufzuzeigen. “Der Einsatz von Peers ist zu einem Symbol und einem Instrument der Veränderung in der psychiatrischen Praxis geworden.” (Sielaff 2015, S. 195). Es geht dabei nicht alleinig um die Arbeit der Genesungsbegleiter/innen oder der Peer-Berater/innen, die sich durch ein



weiteres Verständnis und den persönlichen Bezug als effektiv herausgestellt hat. Die Versorgungseinrichtungen, Leitungskräfte und Mitarbeitende öffnen sich für den bewussten Einsatz des Peer-Ansatzes und treten in den Dialog mit Psychiatrie erfahrenen Personen. Dadurch können sich unter Einbezug der Meinung von Betroffenen neue Perspektiven ergeben und eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungssysteme vorangetrieben werden (vgl. Sielaff 2015, S. 195 f.).

Die aufgeführten Ansätze zeigen dabei nur einen kleinen Anteil der Maßnahmen und Ansätze, die entgegen einer Stigmatisierung im Kontext von struktureller Diskriminierung angewendet werden. Für den Themenkomplex Arbeitsmarkt sind der Ausbau der beruflichen Rehabilitation und die Idee von Diversity Management in einem neuen Bezugsrahmen relevant. Das Konzept von Home Treatment und das Weddinger Modell sind hinsichtlich des psychiatrischen Versorgungssystems genauer zu betrachten, ebenso wie das persönliche Budget und die Chancen und Risiken des Bundesteilhabegesetzes.

### 4.3 Ansätze gegen Selbststigmatisierung

*[von Annegret Fechtner]*

Wie schon GOFFMAN festgehalten hat, sehen sich Stigmatisierte der Aufgabe gegenüber, die schmerzlichen Erfahrungen der Stigmatisierung sowie die Abweichungen von dem Ich-Ideal und der tatsächlichen Ich-Identität in ihrem Selbstbild zu integrieren. Nicht selten führen Betroffene eine Art Doppelleben. In der Öffentlichkeit verhalten sie sich angepasst oder offensiv, um als akzeptabel zu gelten. Nur im privaten Lebensbereich können sie so sein wie sie tatsächlich sind (vgl. von Kardorff 2009, S. 155 f.).

Sowohl Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch deren Angehörige kennen und teilen zumeist die gesellschaftlichen Vorurteile über psychische Erkrankungen. Wenn sie diese dann für gerechtfertigt halten und sie auf sich selbst beziehen, spricht man von Selbststigmatisierung. Damit ist Selbststigmatisierung als eine überstiegene selbstkritische Betrachtung der eigenen Person mit dem Hang zur Selbstverurteilung zu verstehen. Dazu kommen häufig noch Schamgefühl und selbstdiskriminierendes Verhalten. Die Schamgefühle erwachsen nicht allein aus dem Fakt, erkrankt zu sein, sondern auch aus dem gezeigten Verhalten, zum Beispiel in Krisensituationen, wenn dies mit aggressiven oder unmoralischen Verhaltensweisen einhergeht. Ein weiteres großes Risiko für die Entstehung von Schamgefühlen birgt der psychiatrische Klinikaufenthalt, vor allem dann, wenn es zu gewaltvollen oder zwanghaften Maßnahmen kommt. Nicht selten verstecken sich die Betroffenen oder Angehörigen auf Grund des Schamgefühls vor ihrem Umfeld und ziehen sich aus dem öffentlichen Leben zurück. Das kann soweit führen, dass sie sich sozial komplett isolieren. Eine direkte Folge der zuvor benannten Selbststigmatisierung ist die Selbstdiskriminierung. So tolerieren Betroffene einen respektlosen Umgang mit ihrer Person, weil sie davon ausgehen, nichts Anderes verdient zu haben.

Da die Selbststigmatisierung ein Prozess ist, der in der Regel unbewusst abläuft, ist die Hauptaufgabe von professioneller Hilfe zur Reduzierung von Selbststigmatisierung und Stigmatisierung von Angehörigen folglich die Befähigung von Betroffenen sowie Angehörigen zur Reflexion dieser negativen Folgen. Häufig wird diese Aufgabe von Selbsthilfegruppen übernommen (vgl. Knuf 2016, S. 114 ff.). Um ein „schein“-angepasstes Leben führen zu können, ist es für die Stigmatisierten von immenser Bedeutung, Informationskontrolle zu betreiben,

denn wenn ihnen ein bestimmtes Stigma zugeschrieben wird, werden alle Handlungen auch immer eben diesem zugeschrieben (vgl. von Kardorff 2009, S. 145). Zudem sollten Betroffene sowie Angehörige lernen, eine freundliche Grundhaltung zu sich selbst einnehmen zu können. Die als Selbstmitgefühl bezeichnete Fähigkeit bedeutet, dass Betroffene in die Lage versetzt werden, ihrer Person freundlich gegenüber zu stehen. Als besonders wertvoll für diese Kompetenzvermittlung hat sich der Ansatz des Empowerments bewiesen (vgl. Knuf 2016, S.117 ff.).

Alles in allem ist es, um eine Veränderung der Stigmatisierung auf der individuellen Ebene zu erreichen, besonders wichtig, den Erhalt und Ausbau der sozialen Kompetenz und die Steigerung des Selbstwertes zu fokussieren. Denn nicht allein das negative öffentliche Bild von Betroffenen, sondern auch ihr eigenes schlechtes Bild von sich selbst sowie ihre gehemmten sozialen Kompetenzen und ihr befremdlich wirkendes Verhalten, tragen zum Stigmatisierungsprozess bei. Zudem besteht das soziale Netzwerk von Betroffenen beinahe ausschließlich aus Angehörigen. Damit tragen sie die Hauptverantwortung für die Betroffenen auf ihren Schultern. Dazu kommt noch, dass sie, wie bereits in vorangegangenen Kapiteln beschrieben, ebenfalls von sozialem Ausschluss, Statusverlust und einem hohen Armutsrisiko bedroht sind. Darum müssen auch auf dieser Ebene Maßnahmen installiert werden, um dieses wichtige Netzwerk zu entlasten und Programme darauf abzielen, die Angehörigen und Betroffenen zu unterstützen, ihnen hilfreiche Fertigkeiten vermitteln und sie sozial zu vernetzen (vgl. Rüesch 2005, S. 207).

### 4.3.1 Empowerment

*[von Annegret Fechtner]*

Nicht wenige professionell Tätige vertreten die Auffassung, dass ihre Klienten mit psychischen Erkrankungen hilflose Persönlichkeiten sind, welche ihr Leben lang intensiv betreut und begleitet werden müssen. Diese Bevormundung führt zur Entmutigung der Personen und letztendlich zur Selbststigmatisierung. Das Konzept des Empowerments wirkt diesem Phänomen entgegen (vgl. Lauber/ Rössler 2005, S. 216). Der Ursprung dieses Konzeptes liegt in der Emanzipationsbewegung in den USA. Dort wollten unterdrückte Gruppen die anhaltende Diskriminierung ihrer Person nicht länger hinnehmen, schlossen sich zusammen und gingen gemeinsam gegen ihre Unterdrückung vor (vgl. Knuf 2016, S. 10). Das daraus entstandene Konzept hielt während der Anti-Psychiatrie-Bewegung Einzug in den Bereich der Psychiatrie. Betroffene wollten nicht länger hinnehmen, durch den institutionalisierten Therapieverlauf ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Leben entzogen zu bekommen (vgl. Lauber/ Rössler 2005, S. 212). Mittlerweile erfreut sich Empowerment großer Beliebtheit. Es gibt nur wenige Einrichtungen, die sich Empowerment nicht direkt auf ihre Fahne geschrieben haben. In der Sozialen Arbeit ist es mittlerweile gang und gäbe, dass Klienten ihre eigenen Lösungsstrategien entwickeln und autonome Entscheidungen fällen. Dabei ist Empowerment eher eine grundlegende Haltung, als eine von unzähligen Methoden. Zudem ist es weniger ein angestrebtes Ziel, sondern vielmehr ein Prozess, der auf die Individualität des Gegenübers reagiert. Empowerment bedeutet so viel wie Selbstbefähigung, Selbstermächtigung beziehungsweise Stärkung der Eigenmacht (vgl. Hammer/Pöbel 2015, S. 26). Ziel der Betroffenen ist das Mit- und Selbstbestimmungsrecht in eigener Sache, also die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapieform sowie die aktive Mitgestaltung des Therapieprozesses. Unterstützung benötigen die Betroffenen dafür nicht nur von Professionellen, sondern auch von anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen und von ihren Angehörigen. Des Weiteren fordern Betroffene die Einbeziehung ihrer Person in die Gestaltung und Leitung von psychiatrischen Einrichtungen und zudem die aktive Beteiligung an Gremien, wie etwa der Ethikkommission (vgl. Lauber/ Rössler 2005, S. 214). Für die Wirksamkeit von Empowerment sind damit die drei Elemente Selbstbestimmung, Selbsthilfe sowie die gesellschaftliche Teilhabe unabdingbar. Kann Empowerment in erster Linie nur

von den Betroffenen selbst erbracht werden, spielt die Hilfe der professionell Tätigen eine nicht unbedeutende Rolle. So ist es in ihrer Verantwortung, Hindernisse zu beseitigen, um einen Empowerment-Prozess überhaupt zu ermöglichen. Professionelle müssen dafür die Behandlung an die Individualität der Betroffenen anpassen, ihre alleinige Machtposition aufgeben und die besonderen Lebensweisen anerkennen und respektieren. Die meisten Ideen zur Förderung von Empowerment sind auf jene Betroffene ausgelegt, die eine intrinsische Motivation bezüglich der angestrebten Selbstbefähigung haben. Sie beinhalten die Absicht, den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, die Findung von Selbsthilfemöglichkeiten zu unterstützen und ihnen individualisierte Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen. Jedoch gibt es neben diesem einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Förderungsbereich, denn auch Menschen mit wenig und keinem Eigenantrieb und Selbstbestimmungsinteresse können und müssen Adressaten von Empowerment-Förderung sein (vgl. Knuf 2016, S. 10 f.).

Der Beginn eines jeden Empowerment-Prozesses liegt in der Bereitstellung von allen notwendigen und gewünschten Informationen. Denn nur, wer seine Lebenssituation genau kennt und über alle relevanten Informationen verfügt, kann selbstbestimmt leben. Die Aufklärung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Verbindung mit einer hinreichenden Informationsvermittlung kann folglich als das bedeutsamste Grundelement einer professionellen Arbeitsweise angesehen werden. Das Ziel von Aufklärung und Informationsvermittlung ist es, dass Betroffene ein weitreichendes Kontrollgefühl entwickeln, ihre Erkrankung besser meistern und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Dabei ist ein gesundes Maß dringend erforderlich. So führen zu wenige beziehungsweise zu viele Informationen schnell zu großen Verunsicherungen. Zudem können unverständlich übermittelte Informationen ein Gefühl von Hilflosigkeit hervorrufen, wie es beispielsweise der Fall ist, wenn verschiedene Begrifflichkeiten für eine Diagnose verwendet werden. Auch falsche oder Informationen zum falschen Zeitpunkt beeinflussen die Zusammenarbeit von Professionellen und Menschen mit psychischen Erkrankungen in dem Sinne, dass sie das Vertrauensverhältnis erschüttern und zum Rückzug der Betroffenen führen können. Es ist also wichtig, gewisse Grundprinzipien der Aufklärung und Informationsvermittlung zu beachten. Zunächst ist es besonders wichtig, dass Betroffene die Informationen verstehen

und sie individuell auf das jeweilige Gegenüber angepasst werden. Außerdem darf die Aufklärung kein bestimmtes Ziel verfolgen, sondern lediglich den Betroffenen ermöglichen, autonome Entscheidungen zu treffen. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass es sich bei der Informationsvermittlung und Aufklärung um einen Prozess und nicht um ein einmaliges Geschehen handelt. Emotionalität spielt dabei immer eine wichtige und nicht zu verkennende Rolle, denn Aufklärung soll den Betroffenen nicht schaden, sondern helfen. Zuletzt gilt es noch zu beachten, dass Informationsvermittlung keine Einbahnstraße darstellt. Sie ist vielmehr als ein Austausch zwischen Professionellen und Klienten zu sehen (vgl. Knuf 2016, S. 103 ff.).

Sind die Klienten dann zu einer Entscheidung gelangt, müssen die Professionellen ebendiese so akzeptieren, wie sie gefällt worden ist. Nur in absoluten Ausnahmefällen oder wenn sie rechtlich dazu verpflichtet sind, darf gegen die getroffene Entscheidung vorgegangen werden (vgl. Knuf 2016, S. 48). Liegt keiner dieser Ausnahmefälle vor, müssen die Professionellen die Betroffenen in der Umsetzung ihrer Entscheidung unterstützen. Dazu gehört auch, dass die Entscheidung nicht gleichgültig hingenommen wird, sondern dass mit der Erlaubnis der Betroffenen Kritik und Hinweise vorgebracht werden. Zuvorderst heißt Empowerment aber, dass den Betroffenen der Raum für Irrtümer und Risiken gegeben wird.

Für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung ist es wichtig, dass die Klienten verschiedene attraktive Möglichkeiten haben, zwischen denen sie sich entscheiden können. Die Aufgabe für professionell Helfende besteht deshalb darin, mit den Betroffenen gemeinsam alternative Ideen und Möglichkeiten zu entwickeln, auch wenn diese zunächst aus rechtlichen, finanziellen oder anderen Gründen unmöglich erscheinen. Im Anschluss werden dann Grundlagen erarbeitet, mit denen diese Möglichkeiten dennoch verwirklicht werden können (vgl. Hammer/Pößel 2015, S. 26 f.). Zwischen diesen alternativen Entscheidungsmöglichkeiten können Klienten dann frei wählen. Nicht selten können sich die Betroffenen zunächst nicht entscheiden. Wichtig für die Fachpersonen ist es, darauf zu achten, dass sie zu keinem Zeitpunkt versuchen, die Klienten von einer bestimmten Möglichkeit zu überzeugen. Denn das führt bei ihnen entweder zu Anpassung oder Widerstand und nicht zum gewünschten Empowerment.

Vielmehr müssen die professionell Tätigen die Schwierigkeiten anerkennen und dem Entscheidungsprozess genügend Zeit einräumen. Aktive Hilfestellungen können das gemeinsame Suchen von Vor- und Nachteilen und die Begleitung beim Ausprobieren der Möglichkeiten sein (vgl. Knuf 2016, S. 52 f.). Respekt vor der Entscheidung heißt aber gleichzeitig auch zu akzeptieren, wenn Betroffene die Verantwortung für eine bestimmte Zeit abgeben wollen, um sich zu entlasten, selbst wenn das dem Empowerment-Gedanken widerspricht. Nicht zuletzt: Diese respektvolle Haltung gegenüber den Entscheidungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewahrt professionelle Fachkräfte vor dem Hauptproblem, ihr Gegenüber zu Empowerment verpflichten zu wollen.

Selbstbefähigung im psychiatrischen Kontext bedeutet, dass sich Betroffene eine eigene Meinung bilden und diese auch gegenüber Professionellen vertreten. Was zunächst wie selbstverständlich erscheint, muss aktiv gefördert werden. Das heißt, dass Betroffene darin bestärkt werden müssen, für ihre Meinung einzustehen. Neben der Bestärkung ist es vor allem wichtig, dass die Fachkräfte auch kleinste Meinungsbekundungen wahrnehmen und respektieren. So sind auch Gefühlsäußerungen, wie Wut und Ärger, nichts anderes als die Bekundung der eigenen Meinung.

Ein weiteres Element von Empowerment ist die Hoffnung. Denn sie bildet fast immer den Hauptantrieb für die Veränderung- und Bewältigungsmotivation von Betroffenen. Studien von KNUF aus dem Jahr 2004 haben zum Beispiel gezeigt, dass Hoffnung einen größeren Einfluss auf die Prognose einer psychischen Erkrankung hat, als ihre Dauer und Intensität. Gerade in Krisenzeiten, wenn die Klienten geneigt sind, die Hoffnung aufzugeben, können Professionelle, aber auch Angehörige zu wichtigen Hoffnungsspendern werden (vgl. Hammer/Plöchl 2015, S. 28 ff.). Die Aufgabe der Fachleute besteht also darin, "[...] durch eine ehrlich hoffnungsvolle und zuversichtliche Grundhaltung positive Entwicklungen anzuregen und zu unterstützen" (Hammer/Plöchl 2015, S. 30).

Hoffnungslosigkeit erwächst nicht zwingend nur aus Krisenzeiten. Nicht selten begegnen professionelle Fachkräfte passiven und hoffnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Man könnte sie auch als demoralisiert und entmutigt beschreiben. Was bleibt, ist, dass diesen Menschen die positive Haltung sich selbst und der Umwelt gegenüber abhanden gekommen ist. Für die Förderung von Empowerment stellt das eine besondere Herausforderung dar. Die Passivität



der Betroffenen begründet sich nicht allein in der Symptomatik der Erkrankung, sondern auch in den äußeren Begleitumständen, wie beispielsweise subjektiven Lernprozessen und sozialen Einflussfaktoren. Klient/innen befinden sich aufgrund ihrer Lebensgeschichte häufig im Zustand der sogenannten erlernten Hilflosigkeit. Das heißt, dass sie entlang ihres biographischen Werdegangs nur selten die Erfahrung gemacht haben, autonome Entscheidungen treffen zu können. Empowerment-Förderung in diesem Kontext muss darauf abzielen, entweder frühzeitig den Prozess der erlernten Hilflosigkeit zu durchbrechen oder bei bereits bestehender erlernter Hilflosigkeit langfristige und signifikante Möglichkeiten zu installieren, damit Betroffene wieder Eigenverantwortung übernehmen können. Diese Form des Selbstwirksamkeitsgefühls kann von den Professionellen entlang bestimmter Aspekte gefördert werden, denn Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen die Motivation, durch direkte, positive Lern-Erfahrungen selbstwirksam sein und in Folge dessen selbstbestimmt leben zu können (vgl. Knuf 2016, S. 76 f.).

Abschließend ist festzuhalten, dass der Empowerment-Prozess keine lineare Entwicklung darstellt, sondern von Fortschritten als auch Rückschlägen geprägt ist. Darum muss sich auch die professionelle Aktivität diesen Begebenheiten anpassen. Andreas KNUF spricht in diesem Zusammenhang von - passiver Aktivität - der Fachkräfte. Um den Betroffenen die Steuerung zu überlassen, ist es wichtig, zwar mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, aber nur dann professionell zu unterstützen, wenn dies auch explizit gewünscht ist. Das richtige Maß an Hilfe und Zurückhaltung ist in Abhängigkeit der Subjektivität des Gegenübers individuell anzupassen (vgl. Hammer/Plöchl 2015, S.30 ff.). „Denn weder fürsorgliche Belagerung, noch desinteressiertes Ignorieren fördern die Selbstbefähigung, sondern das stetig neue Aushandeln der angemessenen Unterstützung im Dialog mit den Klienten.“ (Hammer/Plöchl 2015, S. 32.).

### 4.3.2 Selbsthilfegruppen für Angehörige

*[von Annegret Fechtner]*

Selbsthilfegruppen sind eine der wichtigsten Formen von Selbsthilfe und damit eine nicht zu vernachlässigende Art der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie direkt und indirekt auch für ihre Angehörigen. Selbsthilfegruppen erfreuen sich in Deutschland großer Beliebtheit. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 70 000 bis 100 000 Selbsthilfegruppen im Bundesgebiet aktiv sind. Davon widmen sich circa 5 000 Gruppen dem Thema der psychischen Erkrankungen. Dabei gibt es sowohl Gruppen für die Betroffenen selbst als auch für die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Abhängigkeit vom Störungsbild lassen sich quantitative Unterschiede erkennen. Weit verbreitet sind zum Beispiel Selbsthilfegruppen für Menschen mit den Störungsbildern Sucht, Depression oder Angst. Dagegen gibt es nur wenige Gruppen für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen. Im Laufe der Zeit entstanden im Bundesgebiet viele Selbsthilfezentren mit der Aufgabe, Betroffene oder Angehörige bei der Gründung und Führung von Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Zudem sind die Gruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder für deren Angehörige, wie viele andere Selbsthilfegruppen auch, über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, kurz NAKOS vernetzt.

Das besondere Potenzial von Selbsthilfegruppen liegt darin, dass die Teilnehmenden lernen, dass sie mit ihrem Problem nicht allein sind. Neben dieser besonderen Form der gegenseitigen Unterstützung dienen die Selbsthilfegruppen vor allem der Vermittlung von Informationen sowie dem Austausch über angemessene Hilfemöglichkeiten auf der Basis eigener Erfahrungen (vgl. Knuf 2016, S. 99 f.).

Wie schon mehrfach erwähnt, unterliegen auch Angehörige der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sowohl unmittelbar in Form von Schuldzuweisungen durch die breite Öffentlichkeit als auch mittelbar durch die enge Verbindung zu den Betroffenen. In der Folge erleben sie immer wieder sozialen Ausschluss und Diskriminierung. Sie sind gezwungen, sich diesen Repressalien zu stellen. Dazu benötigen sie jedoch Hilfe. Andere Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind dafür eine der sichersten Quelle (vgl. Finzen 2013, S. 147 f.), denn sie bilden eine Art von Gleichgesinnten mit

ähnlich schicksalhaften und schmerzlichen Erfahrungen. Ohne viel erklären zu müssen, können sie sich über ihre Erfahrungen austauschen. Solche Angehörigengruppen beschäftigen sich mit den Problemen im Umgang mit der Erkrankung sowie mit den Fachkräften (vgl. Heim 2001, S. 19).

Die Selbsthilfegruppen bieten ihren Teilnehmenden Hilfe in mannigfaltigen Bereichen. So sind sie ein Ort der Aussprache und Orientierungshilfe, thematisieren Vereinsamung, Überforderung und Schuldgefühle und sind Quelle für Solidarität und Informationen. Entlang der Aussprache können Angehörige ihre erzwungene Isolation hinter sich lassen und offen über erlebte Schuldzuweisungen durch Ärzte, Nachbarn, Kollegen oder andere Verwandte reden. Dabei machen sie die Erfahrung, dass andere Menschen Anteil an ihrem Schicksal nehmen und sie verstehen. Das führt oftmals zu einem Gefühl der Entlastung. Der Erfahrungsaustausch beinhaltet auch die individuellen Umgangsweisen mit den vergleichbaren Problemen. So lernen die Teilnehmenden andere Interventionsmöglichkeiten im Umgang mit ihren Verwandten mit psychischen Erkrankungen kennen. Diese werden zu einer Art Orientierungshilfe für die Angehörigen und eröffnen der gesamten Familie neue Wege des Umgangs mit den Betroffenen, denn nicht selten stehen Angehörige auch innerhalb der Familie mit ihren Problemen ganz alleine dar. Es findet eine Form der Vereinsamung statt, die wiederum zum Ausbau der Überforderungsmomente auf Seiten des Angehörigen beiträgt. Die Gespräche in den Selbsthilfegruppen ermöglichen den Teilnehmenden, alle Sorgen mit den Anderen zu teilen und loszuwerden. Vor allem die häufig auftretenden Schuld- und Schamgefühle führen bei den Angehörigen dazu, dass sie in ihrer Vergangenheit verharren. Es gelingt ihnen nicht, ihren Blickwinkel zukunftsorientiert zu erweitern, da sie auf der Suche nach dem Auslöser der Erkrankung ihres Familienmitgliedes sind. Die Aufgabe für die Selbsthilfegruppen liegt nun darin, die Teilnehmenden zu befähigen das Schicksal ihres betroffenen Familienmitgliedes annehmen zu können und keine Angst vor der Zukunft zu haben, denn erst dann kann es den Angehörigen wieder gelingen, sich auf ihr eigenes Leben mit allen individuellen Bedürfnissen und Entwicklungsperspektiven zu konzentrieren. Eine weitere Aufgabe von Angehörigengruppen besteht darin, ihre Mitglieder über die psychischen Erkrankungen zu informieren. Das beinhaltet insbesondere sowohl die möglichen Ursachen und unterschiedlichen Verläufe einer Erkrankung als auch die

Vorstellung des psychiatrischen und sozialen Versorgungssystems sowie der finanziellen Hilfsmöglichkeiten. Das Hauptelement von Angehörigengruppen ist aber die Solidarität. Aus der Gemeinschaft erwächst das Potenzial, die schwierige Lebenslage zu bewältigen, sich nach außen hin zu öffnen und selbstbewusst für die Interessen der Betroffenen und sich selbst einzutreten.

Um der Darstellung der Vielfalt an Angehörigengruppen gerecht zu werden, ist es wichtig, nicht nur die sie verbindenden Elemente zu beschreiben, sondern auch die Unterschiede hervorzuheben. Beispielhaft für die Darstellung der Unterschiede ist der Systematisierungsversuch von WULFF und THOM aus dem Jahr 1990. Sie gliedern die Angehörigengruppen entlang der Kategorien Selbsthilfe, Expertengeleitet oder –begleitet und Schwerpunktsetzung.

Die Kategorie Selbsthilfe umfasst drei verschiedene Organisationsformen von Angehörigengruppen. Zum einen jene Gruppen, die zur Gänze autark - zum Beispiel in Form eines eingetragenen Vereins - bestehen. Zum anderen Gruppen, die im Zuge der Gründung eines psychosozialen Hilfsvereins entstanden und mehr oder weniger an die Vereinsstrukturen gebunden sind. Die dritte Unterform besteht aus Angehörigengruppen, die ganz bewusst auf eine vereinsrechtliche Bindung verzichten.

Expertengeleitete oder –begleitete Gruppen werden ebenfalls nochmals in drei verschiedene Unterformen unterteilt. Die erste Untergruppe bilden die Angehörigengruppen, welche in Anbindung an die Wohlfahrtsverbände entstanden oder explizit von ihnen gegründet wurden. Diese Gruppen werden von dem jeweiligen Wohlfahrtsverband in unterschiedlicher Art und Weise unterstützt. So zum Beispiel mit der Bereitstellung von Räumlichkeiten oder aber auch hauptamtlichen Mitarbeitern. Eine andere Form der Angehörigengruppen sind diejenigen, welche von psychiatrisch Tätigen in den Räumen der psychiatrischen Klinik angeboten werden. Die Selbsthilfegruppen bestehen darum nur für die Zeit des Klinikaufenthaltes oder in seltenen Fällen auch darüber hinaus. Die dritte Form der Gruppen ist dadurch gekennzeichnet, dass sie von Mitarbeitern psychosozialer Dienste aufgebaut und zudem von ebendiesen begleitet werden (vgl. Deger-Erlenmeier/Walter 2002, S. 156 ff.). Die fachliche Förderung in diesen Gruppen ist vielfältiger Natur. Auf der einen Seite können sie nur organisatorischer Art sein. Das heißt, die Gruppen erhalten Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit oder bei der im besten Fall kostenfreien Nutzung von

Räumlichkeiten und Bürobedarf. Des Weiteren können psychiatrisch Tätige die Angehörigen auf bestehende Gruppen hinweisen oder ermöglichen ihnen, auf sich selbst aufmerksam zu machen, zum Beispiel in Form von Aushängen oder Flyern. Nicht zuletzt können Fachpersonen aber auch direkte Hilfe in Form von Beratung anbieten. So können die Selbsthilfegruppen entweder von ihnen direkt supervidiert werden oder der Träger stellt die finanziellen Mittel für externe Supervision zur Verfügung. Die Grundvoraussetzung für eine Beratung dieser Gruppen ist aber in jedem Fall ein hohes Maß an Wissen über die Selbsthilfebewegung auf der einen Seite und die Besonderheiten solcher Gruppen auf der anderen Seite. Die Beratung muss jedoch von der Gruppe ausdrücklich gewünscht sein und darf zu keinem Zeitpunkt zielgerichtet Einfluss nehmen. Eine andere Möglichkeit der Unterstützung durch psychiatrisch Tätige liegt in der Bemühung, gegen Vorurteile bezüglich der Selbsthilfegruppen vorzugehen (vgl. Knuf 2016, S.100 f.).

Eine Kategorisierung von Angehörigengruppen entlang von Schwerpunktsetzungen zeigt ebenfalls eine Dreifachunterteilung. So lassen sich Gruppen beschreiben, die ihren Fokus auf die Binnenwirkung legen. Das heißt, dass sie sich ausschließlich um die Angelegenheiten der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen kümmern, ihnen also einen Raum für ihre Nöte, Sorgen und Ängste bietet und sie aktiv unterstützt. Andere Angehörigengruppen hingegen legen ihren Schwerpunkt auf die Außenwirkung beziehungsweise Lobbyarbeit. Solche Gruppen setzen sich für die strukturelle Verbesserung der Versorgungssysteme ein und versuchen, auf kommunaler Ebene Einfluss auf die Politik und Verwaltung zuzunehmen. Die dritte Form der Angehörigengruppen ist auf den Schwerpunkt – Trägerambition – ausgerichtet. Das heißt, dass diese Gruppen aktiv versuchen, Mängel in der Versorgung ihrer Angehörigen durch die Bereitstellung von konkreten Angeboten zu beseitigen.

Daneben gibt es auch Selbsthilfegruppen für spezifische Krankheitsbilder oder jene, die explizit für spezielle Angehörige, wie etwa Eltern oder Partnern von Menschen mit psychischen Erkrankungen, vorbehalten sind. Alles in allem sind die Grenzen dieser Unterscheidungsversuche zumeist fließend (vgl. Deger-Erlenmeier/Walter 2002, S. 156 ff.). Ein gutes Beispiel dafür ist der Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. (LApK M-V e.V.). Dieser 1993 in Wismar gegründete und mittlerweile in Rostock ansässige gemeinnützige Verein verfolgt das Ziel, Angehörigen von Menschen mit

psychischen Erkrankungen diverse Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung zu bieten. Dies geschieht auf drei Ebenen. Auf der ersten Ebene sorgen lokale und regionale Selbsthilfegruppen für Entlastung bei den Angehörigen. Die zweite Ebene bildet der Landesverband selbst. Hierbei sind die Aufgabengebiete: Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Aufklärungsarbeit und Interessenvertretung auf Landesebene. Auf der dritten Ebene setzt sich der Landesverband in Verbindung mit dem Bundesverband gesellschaftlich und politisch für die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ihren Familien ein. Der LAPkMV versucht, als Selbsthilfeorganisation auf Landesebene die Selbsthilfekräfte von Familien und anderen Angehörigen zu aktivieren sowie sie in den Bereichen Gesundheit und Recht als auch über mögliche Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Er setzt sich zudem dafür ein, dass Angehörige in die Behandlung der Betroffenen einbezogen werden und sie im direkten Kontakt zu den psychiatrisch Tätigen stehen können. Des Weiteren ist der Verein darum bemüht, dass Behandlungsangebote stetig verbessert werden und sich das Versorgungssystem mit den Missständen in der Behandlung auseinandersetzt. Außerdem berät der Verein kommunale Träger und Institutionen bezüglich ihrer Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Um den Anliegen der Angehörigen möglichst umfassend gerecht werden zu können, reicht das Angebot des Vereins vom einfachen Erfahrungsaustausch über konkrete Beratungsmöglichkeiten bis zur direkten Unterstützung sowie Begleitung der einzelnen Selbsthilfegruppen. Das mannigfaltige Angebot gruppiert der Verein nach einem Drei-Säulenprinzip. Die erste Säule der Arbeit des Verbandes bilden die Entlastungsangebote. Unter diese Kategorie fallen die Teilbereiche Informationen, Beratung und Förderung von Selbsthilfegruppen sowie das Vorhalten einer Fachbibliothek. Informationsvermittlung ist dabei der grundlegende Arbeitsauftrag. Angehörige und Freunde von Betroffenen erhalten die Möglichkeit, über die Krankheitsbilder, ihre Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt zu werden oder sich zu den Themen in der Bibliothek belesen zu können. Darauf aufbauend bietet der Verein den Angehörigen die Möglichkeit, sich zum Thema des Umgangs mit Betroffenen beraten zu lassen, um eventuelle Krisensituationen besser meistern zu können und Strategien zur besseren Bewältigung des Alltags zu erarbeiten. Zudem beraten sie Angehörige, Kliniken oder ambulante Einrichtungen

während der Gründung von neuen Selbsthilfegruppen. Schon bestehende Gruppen erhalten Hilfe in Form von Unterstützung bei der Beantragung von finanziellen Mitteln oder beim Klären von Fragen, auf die in den jeweiligen Gruppen keine Antwort gefunden worden ist. Zudem stellt der Verband unter anderem Informationsmittel, E-Mail-Adressen und Logos bereit, produziert Flyer oder veröffentlicht Gruppentermine. Die zweite Säule umfasst die Bestrebungen des Vereins im Bereich der Interessenvertretung durch die Beteiligung am Integrationsförrerrat M-V sowie den Besuchskommissionen. So kann sich der Verein auf landespolitischer Ebene für die Belange von Angehörigen und Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen und ist beteiligt an der Überprüfung der Standards in der Arbeit mit den Betroffenen. Ergänzt werden diese Bemühungen durch die dritte Säule Öffentlichkeitsarbeit. Der Verein ist um aktive Aufklärungsarbeit bemüht und organisiert regelmäßige Veranstaltungen zum Thema der psychischen Erkrankungen (vgl. LApK-MV 2018, Internetquelle). Damit verbindet der Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. viele Elemente des oben beschriebenen Kategorisierungsversuchs nach WULFF und THOM.

Wie so viele Dinge im Leben haben auch Selbsthilfegruppen Vor- und Nachteile. Um zum Vorteil der Teilnehmenden zu werden, ist es wichtig, dass es immer eine gute Ausgeglichenheit von Problemgesprächen auf der einen Seite und Ermutigungsgesprächen auf der anderen Seite beziehungsweise zwischen Personen, die sich in einer akuten Problemlage befinden und Teilnehmenden, die sich zu diesem Zeitpunkt in einem stabilen Moment befinden, denn wenn das Pendel in eine Richtung ausschlägt, führt das zu dem Problem, wieder alleine mit seinen Sorgen zu sein oder sich nur noch mehr belastet zu fühlen. Grundvoraussetzung für den Besuch einer Selbsthilfegruppe ist jedoch die ungezwungene Freiwilligkeit. Also eine innere Bereitschaft und ein entsprechender Grad an Selbstverantwortlichkeit. Werden Angehörige gezwungen, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen, führt das bei ihnen entweder zu Widerstand oder aber Anpassung. Das wiederum gefährdet den Fortbestand der Gruppen, denn nur wenn es genügend motivierte und eigenverantwortliche Teilnehmende gibt, kann die Selbsthilfegruppe funktionieren und ihren Mitgliedern Entlastung bringen (vgl. Knuf 2016, S. 103 f.).



## 5 Fazit

*[von Josefin Drechsel / Annegret Fechtner]*

Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat viele Gesichter. Der Prozess, der durch Stereotype, Vorurteile und Diskriminierungen geprägt ist, zeigt sich auf der gesellschaftlichen, strukturellen und individuellen Ebene. In der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und öffentlichen Formen von Stigmatisierungen wird deutlich, dass die Distanz zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Bevölkerung immer noch groß ist. Die Medien tragen in diversen Erscheinungen dazu bei, bestehende Vorurteile zu reproduzieren und dadurch Stigmatisierungen voran zu treiben. Auf der strukturellen Ebene zeigen sich Stigmatisierungsmomente zum Einen entlang des Versorgungssystems selbst und zudem intern durch die Stigmatisierung von Betroffenen durch die psychiatrisch Tätigen. Nicht zuletzt sind diese auch selbst von Stigmatisierungen betroffen, die aus dem Kontakt zu den Klient\_innen resultiert. Dieses Phänomen, welches als „Stigma by Courtesy“ bezeichnet wird tritt auch bei Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf. Alle aufgezeigten Formen von Stigmatisierungen tragen zur Selbststigmatisierung der Betroffenen bei. In der Summe zeigt sich Stigmatisierung als extrem belastender Faktor für Betroffene, sowie ihre Angehörigen und Professionelle. Darüber hinaus bedingen sich die verschiedenen Formen von Stigmatisierungen gegenseitig und werden damit zu einem scheinbar undurchdringbaren Komplex mit schwerwiegenden Folgen für alle Beteiligten. Geringe Teilhabechancen im Bereich der Bildung und des Arbeitsmarktes, ein schleichender Ausschluss aus der Gesellschaft und ein möglicher Verlust des Selbstwertgefühls sind beispielhaft für ihre Tragweite und Mannigfaltigkeit. Die gravierenden Auswirkungen der Stigmatisierungserfahrungen führen dazu, dass Stigmatisierung selbst als „zweite Krankheit“ gesehen werden kann. Trotz der intensiven Auseinandersetzung mit dem Themengebiet ist der Begriff der Stigmatisierung weiterhin schwer zu fassen. In unzähligen Formen und Elementen wird Stigmatisierung, bewusst oder unbewusst, fortgeführt und fördert sich dabei wechselseitig. Dies zu unterbrechen ist die Aufgabe vieler Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung. Im Bezugsrahmen der öffentlichen Stigmatisierungen haben mittlerweile eine Vielzahl an Organisationen und Vereinen damit begonnen, aktive Anti-Stigma-Arbeit durch mediale Kampagnen und Veranstaltungen zu leisten. Diese haben sich als

durchaus wirksam für die Einstellungsänderung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen erwiesen.

Das anthropologische Konzept beabsichtigt den Perspektivwechsel von professionell Tätigen weg von einer rein medizinischen Krankheitsdefinition hin zu einer subjektorientierten Sichtweise auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im Kontext von strukturellen Diskriminierungen ist das Prinzip des Dialogs, also der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen in Zusammenarbeit mit Professionellen in die Planung von beispielsweise Versorgungsmaßnahmen ein effektiver Ansatz zur Reduzierung von Stigmatisierung. Ebenso hat sich die Idee, Menschen mit Psychiatrieerfahrung als helfende Unterstützer einzusetzen, im Kampf gegen Stigmatisierung bewährt. Empowerment und Selbsthilfegruppen als Unterarten der Selbsthilfe haben sich als besonders nachhaltig für die Reduzierung von Selbststigmatisierung, sowie der Stigmatisierung von Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen erwiesen. Denn nur wer für sich selbst eintreten kann, kann sich auch gegen Stigmatisierung wehren. Schlussendlich ist es notwendig zu erkennen, dass Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierung auf allen Ebenen installiert werden müssen, da sie sich auch wie die Formen von Stigmatisierung wechselseitig bedingen. So hilft es den Betroffenen nicht, wenn sie durch Empowerment befähigt werden, für sich selbst einzustehen und Selbststigmatisierung entgegen zu treten, wenn das psychiatrische Versorgungssystem und die Gesellschaft weiter an Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen festhalten. Es ist notwendig, die Ansätze zur Reduzierung von Stigmatisierungsprozessen auf allen Ebenen gleichermaßen voranzutreiben. In der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, Stigmatisierungen entgegen zu wirken hat sich gezeigt, dass es bereits eine Vielzahl an effektiven und sinnstiftenden Ansätzen gibt. Dennoch ist Stigmatisierung in unserer Gesellschaft weiterhin omnipräsent. Das wirft die Frage auf, warum die bisherigen Konzepte zur Reduktion von Stigmatisierungen nur teilweise wirksam werden? Als Vorüberlegung gilt anzumerken, dass unsere Quellen aufgrund von fehlendem Zugang oder nicht ausreichend aktuellen Forschungsergebnissen dazu beigetragen haben könnten, dass der Eindruck der Nicht- Wirksamkeit entstanden ist. Einerseits könnte es an einer fehlenden Koordination der Ansätze und der mangelnden Vernetzungen der einzelnen Anti-Stigma-Maßnahmen, sowie der noch nicht ausreichenden Verbreitung dieser

liegen. Andererseits könnte auch ein fehlendes Gesamtkonzept, welches alle Ebenen der Stigmatisierung in den Blick nimmt, ursächlich sein. Des Weiteren scheinen öffentliche Kampagnen vor allem die Teile der Gesellschaft zu erreichen, welche dem Problem der Stigmatisierung offener gegenüber stehen. Die vorliegende Arbeit hat somit die Frage nach Hemmnissen in der Anti-Stigma-Arbeit nicht hinreichend klären können. Für weiterführende Arbeiten wäre es daher von Bedeutung, diese Hypothesen näher zu untersuchen, um Hindernisse bei der Reduzierung von Stigmatisierungen sichtbar zu machen und Ideen zu entwickeln, wie diesen wirksam begegnet werden kann.

Sicher ist jedoch, dass die Bekämpfung von Stigmatisierung im Sinne einer „Entstigmatisierung“ eine Paradoxie darstellt. Denn es scheint undenkbar, dass unsere Gesellschaft jemals an den Punkt gelangt, ihre Normalität nicht mehr durch das Anderssein der Anderen zu begründen. Im Kontext einer soziologischen Betrachtungsweise erfüllt Stigmatisierung einen Zweck, der für die Bildung von Gruppen innerhalb einer Gesellschaft als dazugehörig dargestellt wird. Fragwürdig ist jedoch, ob ein Abgrenzungsprozess zur Definition einer Gruppe auch ohne Stigmatisierungen passieren kann.

So wie Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft häufig als –Mängel-exemplare- wahrgenommen und dargestellt werden, könnte man wohl auch der vorliegenden Arbeit diesen Stempel aufdrücken. Denn sie befasst sich mit einem komplexen und multidimensionalen Thema, welches im Rahmen einer Masterarbeit nicht allumfänglich zu fassen ist. Wir verstehen diese Arbeit vielmehr als eine grundlegende Einführung in das Themengebiet der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Facetten, um eine Basis für eine vertiefende Auseinandersetzung zu schaffen. Zudem soll sie als Anregung dienen, sich intensiver mit der Pluralität von Stigmatisierungsprozessen sowie mit den Ansätzen, diesen entgegen zu wirken, zu beschäftigen. Im Verlauf der Arbeit ist zunehmend die Idee gewachsen, sie auch als Plädoyer an unsere Profession zu verstehen, sich dem Themenkomplex der Stigmatisierung, nicht nur im Kontext von Menschen mit psychischen Erkrankungen, zu widmen. Einerseits um ein reflexives Verständnis und Transparenz für die eigenen Vorurteile und diskriminierenden Verhaltensweisen zu entwickeln, und andererseits, um diesen als Aufgabe unserer Profession kompetent begegnen zu können. Eine öffentliche Diskussion darüber, inwieweit der Bereich der Sozialen Arbeit vom Kontext der

Stigmatisierung betroffen ist - und zwar ebenso als aufrechterhaltendes System, sowie auch als Ressource für eine weitere Reduzierung von Stigmatisierung – ist dabei nicht nur wünschenswert, sondern zwingend erforderlich.

*Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind, wie die*

*- Mängel Exemplare –*

*in Buchhandlungen, sie haben ein paar geknickte Seiten oder eine ungewöhnliche Seitennummerierung, lesenswert sind sie dennoch.*

*Darum sollten wir nicht versuchen, die abgeknickten Ecken zu glätten oder das Buch neu zu heften, sondern vielmehr der Begebenheit Raum geben, uns von den Besonderheiten positiv Überraschen zu lassen.*

## 6 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Modell persönlicher Reaktion auf das Stigma psychischer Erkrankung (Rüsch/ Berger/Finzen/Angermeyer 2004, S. 6).....	64
---	----

## 7 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 2-1:</b> Die vier Dimensionen des Community – Attitudes-towards-the-Mentally - III(CAMI)-Inventars1 .....	24
<b>Tabelle 2-2:</b> Changes in emotional reactions to people with mental disorder between 1990 and 2011.....	28
<b>Tabelle 2-3:</b> Changes in the desire for social distance from people with mental disorders between 1990 and 2011 .....	28

## 8 Literaturverzeichnis

Angermeyer, Matthias/ Heiß, Stephanie/ Kirschenhofer, Sabine u. a.. 2003. Die deutsche Version des Community- Attitudes-toward-the-Mentally-Ill (CAMI)-Inventars. In: Psychiatrische Praxis. Stuttgart: Thieme-Verlag 05/2003. S. 202 – 206.

Angemeyer, Matthias/ Matschinger, Herbert/ Schomerus, Georg. 2013. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. The British Journal of Psychiatry 2013. S. 146 – 151.

Aydin; Nilüfer/ Fritsche, Katrin. Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. In: Psychotherapeut. 3 (2015). S. 245 - 257.

Baig, Samira. 2010. Diversity – Management zur Überwindung von Diskriminierung? In: Hormel, Ulrike/ Scherr, Albert (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2010. S. 61 – 63.

Baer, Niklas/ Domingo, Anna/ Amsler, Felix. 2003. Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 1. Auflage.

Baumann, Anja/ Zäske, Harald/ Decker, Petra u. a.. 2007. Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophrenen Erkrankten in 6 deutschen Großstädten. Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung 2001 und 2004. In: Nervenarzt 2007, April . S. 787 – 795.

Bidlo, Oliver/ Englert, Carina Jasmin/ Reichertz, Jo. 2012. Tat-Ort Medien. Die Medien als Akteure und unterhaltsame Aktivierer. Wiesbaden, Springer Verlag für Sozialwissenschaften. S.1 – 6.



Bielefeldt, Heiner. 2010. Das Diskriminierungsverbot als Menschenrechtsprinzip. In: Hormel, Ulrike/ Scherr, Albert (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2010. S. 21 – 34.

Bock, Thomas. 2002. Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankungen – Argumente für die anthropologische Sicht. In: Bock, Thomas/ Weigand, Hildegard (Hrsg.). Hand-Werks-Buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 5. Auflage 2002. S. 30-41.

Bock, Thomas. 2008. Eigensinn und Psychose. >>Noncompliance<< als Chance. Neumünster: Paranus Verlag. 2. Auflage 2008.

Bock, Thomas/ Sielaff, Gyöngyver/ Ruppelt, Friederike u. a.. 2012. Dialog und Psychosenpsychotherapie. In: Psychotherapeut 2012, Springer Verlag Berlin Heidelberg, S. 514 – 521.

Brummer, Cornelia. 2015. Betroffene Profis. In: Weiß, Peter/ Heinz, Andreas /Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation. Tagungsdokumentation 3. und 4. November 2015. Berlin

Daum, Marcel. 2018. Fokus Arbeit und Beschäftigung: >>Bildung für alle?<< .In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V./ Speck, Andreas/ Steinhart, Ingmar (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag. 1. Auflage 2018.

Deger-Erlenmeier/ Walter, Karlheinz. 2002. Selbsthilfe: Die Angehörigengruppe. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (Hrsg.). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2. korrigierte Auflage 2002.

Finzen, Asmus. 2001. Psychose und Stigma. Stigmabewältigung - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2 .Auflage 2001.

Finzen, Asmus. 2013. Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag. 1. Auflage 2013.

Gaebel, Wolfgang. 2005. Pro und Kontra: Machen Antistigmakampagnen Sinn? In: Psychiatrische Praxis 2005, 32(5), Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, S. 218 – 220.

Gaebel, Wolfgang/ Baumann, Anja/ Zäske, Harald. 2004. Gesellschaftsrelevante Ansätze zur Überwindung von Stigma und Diskriminierung. In: Rössler, Wulf (Hrsg.). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 875 - 885.

Gaebel, Wolfgang/ Möller, Hans-Jürgen/ Rössler, Wulf. 2005. Einführung. In: Gaebel, Wolfgang/ Möller, Hans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma-Diskriminierung- Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S. 1 – 6.

Goffman, Erwin. 2003. Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Gomolla, Mechthild. 2010. Institutionelle Diskriminierung. Neue Zugänge zu einem alten Problem. In: Hormel, Ulrike/ Scherr, Albert (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2010. S. 61-63.

Grausgruber, Alfred. 2005. Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Jans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung– Bewältigung. Der Umgang mit

sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S. 18 - 39.

Grausgruber, Alfred/ Schöny, Werner/ Grausgruber-Berner, Rosemarie u. a.. 2009. "Schizophrenie hat viele Gesichter " - Evaluierung der österreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000 - 2002. In: Psychiatrische Praxis 2009, Georg Thieme Verlag Stuttgart. S. 1 – 7.

Griffith, Susan. 2010. Adolescents Cope with Mental Illness Stigmas, Report CWRU Researchers. Case Western Reserve University Mandel School of Applied Social Sciences. 2010

Groß, Thomas M..2000. Das Stigma psychischer Erkrankungen. Theorien und Methoden. Butzbach – Griedel: AFRA – Verlag. 1. Auflage 2000.

Hammer, Matthias/ Plöchl, Irmgard. 2015. Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag. 3. Auflage 2015

Heim, Susanne. 2002. Unermüdlich und allzeit bereit – Wie hilfreich sind selbstlose Angehörige?. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (Hrsg.). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2. korrigierte Auflage 2002.

Heinz, Andreas. 2015. Warum die Psychiatriereform dringend weiter zu führen ist. In: Weiß, Peter/ Heinz, Andreas /Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation. Tagungsdokumentation 3. und 4. November 2015. Berlin.

Helmchen, Hanfried. 2013. Anmerkungen zur Sprache des Psychiaters und Stigmatisierung psychisch Kranker. In: Der Nervenarzt. Ausgabe 3/2013.

Holzer, Anna. 2016. Die Stigmatisierung von schizophrenen Erkrankten. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. 2016.

Knuf, Andreas. 2016. Basiswissen. Empowerment und Recovery. Köln: Psychiatrie Verlag. 5. Erweiterte Auflage 2016.

Kobau, Rosemarie/ Zack, Matthew/ Luncheon, Cecily u.a.. 2012. Attitudes toward Mental Illness. Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. 2012.

Koch-Stoecker, Steffi/ Driessen, Martin. 2017. Stationär, teilstationär, ambulant. Moderne Versorgungsformen in der Psychiatrie. In: DNP - Der Neurologe und Psychiater 2017, 18. S. 40 – 48.

Krumm, Silvia/ Becker, Thomas. 2005. Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Jans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung– Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S. 179 – 195.

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V./ Speck, Andreas/ Steinhart, Ingmar (Hrsg.). 2018. Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag. 1. Auflage 2018.

Larson, Jon E./ Corrigan, Patrick. 2008. The Stigma of Families with Mental Illness. In: Academic Psychiatry. 32:2 (March-April 2008). S. 87-91.

Lauber, Christoph/ Rössler, Wulf. Überwindungsversuche. Empowerment und Stigma. In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Jans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S. 212 – 218.

Lütjen, Reinhard. 2008: Von Subjekt zu Subjekt. Respekt und Anerkennung-Voraussetzungen einer gelungenen Begegnung in der psychiatrischen Praxis. In: Soziale Psychiatrie. 04/2018. S. 10-13.

Möller-Leimkühler, Anne Maria. 2017. Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Kampfhammer, Hans-Peter (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag. 5. Auflage 2017. S. 385 – 415.

Paputo, Katharina. 2005. Grundlagen: Empirische Evidenz. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel Wolfgang/ Möller, Hans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 1. Auflage, S.83 – 99.

Pates, Rebecca/ Schmidt, Daniel/ Karawanskij, Susanne (Hrsg.). 2010. Antidiskriminierungspädagogik. Konzepte und Methoden für die Bildungsarbeit mit Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2010.

Peterson, Debbie/ Barnes, Alex/ Duncan, Chloë. 2008. Fighting Shadows. Self-stigma and Mental Illness: Whawhai Atū te Whakamā Hihira. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand.

Rettweiler, Frank. 2015. Recovery als Erfahrung, Beruf und Berufung. In: Weiß, Peter/ Heinz, Andreas /Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation. Tagungsdokumentation 3. und 4. November 2015. Berlin

Rössler, Wulf. 2011. Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Kampfhammer, Hans-Peter (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin: Springer Verlag. 4. erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage 2011. S.336 – 345.

Rössler, Wulf. 2017. Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Kampfhammer, Hans-Peter (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag. 5. Auflage 2017. S. 371 – 383.

Rüsch, Nicolas/ Berger, Mathias/ Finzen, Asmus/ Angermeyer, Matthias C. 2015. Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, Mathias (Hrsg.). Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie. Elektronisches Zusatzkapitel Stigma.

Rüsch, Nicolas/ Berger, Mathias. 2015. Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger, Mathias (Hrsg.). Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie. München: Elsevier, Urban & Fischer. 5. Auflage 2015. S. 807- 812.

Rüsch, Nicolas/ Berger, Mathias/ Finzen, Asmus/ Angermeyer, Matthias C. 2004. Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, Mathias (Hrsg.). Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie. Elektronisches Zusatzkapitel Stigma. München: Elsevier, Urban & Fischer. 2. Auflage 2004. S.1 - 14.

Rüsch, Peter. 2005. Überwindungsversuche. Soziale Netzwerke und Lebensqualität. In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S.196 - 212.

Schulze, Beate (2004). Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung. In: Rössler, Wulf (Hrsg.). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 849 – 859.

Schlösser, Frank. 2018. Gegen das Stigma "Psycho". In: 0381 - Dein Stadt-Kulturmagazin für Rostock und Umgebung. Ausgabe 04/2018, S. 66.

Sielaff, Gyöngyver. 2015. "Selbstbestimmt und partizipiert? Zehn Jahre EX-IN. Symbol und Instrument der Veränderung. In: Weiß, Peter/ Heinz, Andreas /Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation. Tagungsdokumentation 3. und 4. November 2015. Berlin.

von Kardorff, Ernst. 2008. Kein Ende der Ausgrenzung: Verrückter in Sicht?. In: Anhorn, Roland/ Bettinger, Frank/ Stehr, Johannes (Hrsg.). Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2008. S. 291 – 318.

Von Kardorff, Ernst. 2009. Goffmans Stigma-Identitätskonzept – neu gelesen. In: Willems, Herbert (Hrsg.). Theatralisierung der Gesellschaft. Soziologische Theorien und Zeitdiagnosen. Band 1. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2009. S. 137 - 162.

von Kardorff, Ernst. 2010. Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, Ulrike/Scherr, Albert (Hrsg.). Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage 2010. S.279 – 305.

von Kardorff, Ernst. 2011. Systematische Diskriminierung. Zur Situation psychisch Kranker Menschen. In: Sozial Extra. Ausgabe 11/12 2011, S. 39 - 42

von Kardorff, Ernst. 2017. Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In: Scherr, Albert/ El-Mafaalani, Aladin/ Gökçen Yüksel (Hrsg.). Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS. 2017. S. 565 – 592.

Wittkowski, Oliver. 1995. Identität, öffentlicher Austausch und die Hierarchie der Isolation. Die Sozialpsychologie Ervin Goffmans im Bezugsrahmen der Theorie der öffentlichen Meinung. Mannheim, Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Akademischen Grades eines Dr. phil., vorgelegt dem Fachbereich 12 der Johannes–Gutenberg-Universität zu Mainz. S. 233 – 256.



Zäske, Harald/ Baumann, Anja/ Gaebel, Wolfgang. 2005. Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Jans-Jürgen/ Rössler, Wulf (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage 2005. S. 56 – 83.

**Internetquellen**

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. 2014. Themendienst: Psychische Erkrankungen im Film. URL: <https://www.seelischegesundheit.net/images/stories/themendienst/2014-04-09-themendienst-psychische-erkrankungen-im-film.pdf> [Stand 30.09.2018].

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. 2018. Fair Media – Ein Leitfaden für Journalisten. URL: <http://fairmedia.seelischegesundheit.net/leitfaden> [Stand 24.01.2018].

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. 2017. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. URL: [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) [Stand 23.09.2018].

Bezirkskliniken Mittelfranken 1. 2018. Das Unternehmen. Die Anti-Stigma-Kampagne. URL: <http://www.bezirkskliniken-mfr.de/das-unternehmen/anti-stigma-kampagne/> [Stand 22.01.2018].

Bezirkskliniken Mittelfranken 2. 2018. Erklärvideo: Depressionen. In: Youtube.com. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=w6iF1TxrZYA> [Stand 08.10.2018].

Bibliographisches Institut GmbH. 2018. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma> [Stand 09.10.2018].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. 2006. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/agg/> [Stand 27.09.2018].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2017. Quote für mehr Frauen in Führungspositionen: Privatwirtschaft. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-und-arbeitswelt/quote-privatwirtschaft/quote-fuer-mehr-frauen-in-fuehrungspositionen--privatwirtschaft/78562> [Stand 29.09.2018].

Deutsches Ärzteblatt. 2014. Stigmatisierung psychisch Kranker nimmt zu. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57914/Stigmatisierung-psychisch-Kranker-nimmt-zu> [Stand 26.09.2018].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) 1. 2018. Austausch auf Augenhöhe: das Dialogische Forum. URL: <https://www.dgppn.de/die-dgppn/dialog.html> [Stand 29.09.2018].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) 2. 2018. Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. URL: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/328e6e8b7b11297a3c719fb27e01ec9abad629aa/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/328e6e8b7b11297a3c719fb27e01ec9abad629aa/Factsheet_Psychiatrie.pdf) [Stand 20.09.2018].

Einblicke e.V.. 2017. Fundstellen. URL: <http://www.einblicke-altenburg.de/?q=fundstellen> [Stand 08.12.2017].

Head Together. 2018. PROGRAMMES. URL: <https://www.headstogether.org.uk> [Stand 22.01.2018].

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. (LApK-MV). 2018. Über uns. URL: <https://www.lapkmv.de/ueber-uns/> [Stand 08.10.2018].

Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V.. 2018. Anti Stigma Kampagne M-V. URL: <http://antistigma-mv.de> [Stand 22.01.2018].

Open the doors. 2018. Information on the Global Programme. URL: [https://www.openthedoors.com/english/01\\_01.html](https://www.openthedoors.com/english/01_01.html) [Stand 24.01.2018].

Scutti, Susan. 2018. Michael Phelps: 'I am extremely thankful that I did not take my life'. In: CNN. URL: <https://edition.cnn.com/2018/01/19/health/michael-phelps-depression/index.html> [Stand 20.01.2018].

Schmidt, Hans-Jörg. 2014. Die „Fackel Nummer eins“ erlosch sehr rasch. In: Die Welt. URL: <https://www.welt.de/politik/ausland/article123907264/Die-Fackel-Nummer-eins-erlosch-sehr-rasch.html> [Stand 19.12.2017].

Spiegel Online. 2018, Jahrelange Depressionen. US-Schwimmstar Phelps ist froh, dass er noch lebt. In: Spiegel Online. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/michael-phelps-ueber-depressionen-schwimmstar-ist-froh-noch-zu-leben-a-1188935.html> [Stand 20.01.2018].

Taylor, Martin S./ Dear, Michael J.. 2017. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. In: Cami Scale. URL: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/> [Stand 20.09.2018].

Time To Change. 2018. let's end mental health discrimination. URL: <https://www.time-to-change.org.uk> [Stand 05.09.2018].

World Health Organization. 2004. Mental Health Promotion. Case Studies from Countries. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/country\\_case\\_studies.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/country_case_studies.pdf) [Stand 29.01.2018].

## **Eidesstattliche Erklärung**

Wir versichern, die von uns vorgelegte Arbeit selbständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer entnommen sind, haben wir als entnommen kenntlich gemacht. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem bzw. in wesentlichen Teilen gleichem Inhalt noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, 09.10.2018

Josefin Drechsel

Annegret Fechtner