

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen

Das Fortbestehen von Stereotypen als Behandlungs-
und Integrationshindernis

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 28.08.2013
Vorgelegt von: Martin Tiemann
Matrikel-Nr. 1951190

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 0 | Einleitung | 04 |
| 1 | Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen | 06 |
| 1.1 | Die Begriffe „Stigma“, „Stigmatisierung“ und „Diskriminierung“ | 06 |
| 1.2 | Der Prozess der Stigmatisierung und Diskriminierung | 07 |
| 1.3 | Ursachen und Funktion von Stigma | 11 |
| 1.4 | Erscheinungsformen der Stigmatisierung und Diskriminierung | 12 |
| 1.4.1 | Das Laienbild von psychischen Erkrankungen, den Betroffenen und psychiatrischen Institutionen | 13 |
| 1.4.1.1 | Bekanntheitsgrad psychischer Erkrankungen | 13 |
| 1.4.1.2 | Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen | 15 |
| 1.4.1.3 | Einstellungen gegenüber psychiatrischen Institutionen | 17 |
| 1.4.2 | Das Bild psychisch erkrankter Menschen in den Medien | 20 |
| 1.4.3 | Wirkung der medialen Darstellungen auf die Rezipient_innen | 24 |
| 1.4.4 | Zwischenfazit | 25 |
| 1.5 | Erfahrungen der von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen | 26 |
| 1.5.1 | Stigmatisierungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen | 27 |
| 1.5.2 | Stigmatisierungserfahrungen der Angehörigen | 32 |
| 1.6 | Folgen und Konsequenzen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen | 36 |
| 1.7 | Zusammenfassung | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2 | Die gesellschaftliche Stellung psychisch erkrankter Menschen und der sie umgebenden Institutionen im Kontext historischer sozio-kultureller Prozesse | 40 |
| 2.1 | Die vorklassische Periode und Antike | 41 |
| 2.2 | Das Mittelalter | 42 |
| 2.3 | Renaissance und französische Revolution | 44 |
| 2.4 | 19. Jahrhundert | 45 |
| 2.5 | 20. Jahrhundert | 46 |
| 2.6 | 21. Jahrhundert | 48 |
| 3 | Bekämpfung von Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen | 50 |
| 3.1 | Ansätze zur Intervention auf gesellschaftlicher Ebene | 50 |
| 3.2 | Individuelle Stigmabewältigung durch Empowerment | 54 |
| 4 | Fazit | 56 |
| 5 | Literaturverzeichnis | 58 |
| 6 | Abbildungsverzeichnis | 62 |
| 7 | Tabellenverzeichnis | 62 |
| 8 | Eidstattliche Erklärung | 63 |

0 Einleitung

Das Thema der Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen findet in der deutschen Öffentlichkeit kaum Beachtung. In der öffentlichen Meinung, in den Medien und sogar bei den Betroffenen selbst sind viele Vorurteile und Stereotype gegenüber psychischer Krankheit und den davon Betroffenen zu finden.

Obwohl das Thema der seelischen Gesundheit mittlerweile auch in politischen und gesellschaftlichen Debatten angekommen zu sein scheint, z.B. im Zusammenhang mit dem Europäischen Pakt zur psychischen Gesundheit (2008), den WHO- und EU-Konferenzen zur seelischen Gesundheit und der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesregierung 2009, ist die Diagnose „psychisch krank“ noch immer mit einem Stigma verbunden. Die WHO betont, dass Stigma einen Teufelskreis von Ablehnung und Diskriminierung schafft, der über soziale Isolation, Arbeitsunfähigkeit, Substanzabhängigkeit, Obdachlosigkeit oder Inhaftierung zu einer immer geringer werdenden Wahrscheinlichkeit einer Regeneration und Reintegration führt. Des Weiteren macht die WHO auf die hohe gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen aufmerksam, wenn festgestellt wird, dass vier von den zehn häufigsten Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre psychische Erkrankungen sind (Depression, Alkoholismus, Schizophrenie und bipolare affektive Störung).

Somit verfügt dieses Thema über eine hohe Relevanz und bedarf als soziale Problemlage auch der Aufmerksamkeit und Bearbeitung durch die Soziale Arbeit.

Ziel dieser Arbeit ist, die vorhandenen Stigmatisierungen und Diskriminierungen psychisch erkrankter Menschen aufzudecken und die dahinter stehenden Zusammenhänge zu erläutern. Zunächst soll die Problematik der Stigmatisierung und Diskriminierung dargestellt werden (1.). Um ein tiefgreifendes Verständnis zu erlangen, werden zunächst die Begriffe „Stigma“, „Stigmatisierung“ und „Diskriminierung“ definiert (1.1), um anschließend den Prozess der „Stigmatisierung“ und „Diskriminierung“ (1.2) und deren Ursachen und Funktionen (1.3) zu untersuchen. Anschließend sollen die konkreten Erscheinungsformen der Stigmatisierung und Diskriminierung (1.4) dargelegt werden. Hierzu wird zunächst das Laienbild von psychischen Erkrankungen, den Betroffenen und psychiatrischen Institutionen (1.4.1) durch den genaueren Blick auf den Bekanntheitsgrad psychischer Erkrankungen (1.4.1.1), die Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen (1.4.1.2) und den Einstellungen gegenüber

psychiatrischen Institutionen (1.4.1.3) untersucht werden. Als eine weitere Erscheinungsform der Stigmatisierung und Diskriminierung soll das Bild psychisch erkrankter Menschen in den Medien (1.4.2) untersucht werden, um anschließend auf die Wirkung der medialen Darstellungen auf die Rezipient_innen (1.4.3) eingehen zu können. Abschließend soll ein Zwischenfazit (1.4.4) die gewonnen Erkenntnisse kurz auf den Punkt bringen. Im Kontrast zu diesen Darstellungen soll im Anschluss auf die Erfahrungen der von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen (1.5) eingegangen werden, wobei hier sowohl auf die Stigmatisierungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen (1.5.1), als auch auf die Stigmatisierungserfahrungen der Angehörigen (1.5.2) eingegangen werden soll. Abschließend zu den vorangegangenen Ausführungen sollen im Anschluss die Folgen und Konsequenzen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen (1.6) erörtert werden. Die Zusammenfassung (1.7) des ersten Kapitels soll die wichtigsten Erkenntnis noch einmal in kurzer Form darlegen.

Im zweiten Kapitel soll die gesellschaftliche Stellung psychisch erkrankter Menschen und der sie umgebenden Institutionen im Kontext historisch sozio-kultureller Prozesse (2.) beleuchtet werden. Mit Hilfe dieses historischen Überblicks – mit den Schwerpunkten vorclassische Periode und Antike (2.1), Mittelalter (2.2), Renaissance und französische Revolution (2.3), dem 19. (2.4), dem 20. (2.5) und abschließend dem 21. Jahrhundert (2.6) – soll der Versuch unternommen werden, die Verbindung zwischen gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen und dem sich wandelnden Umgang mit psychisch erkrankten Menschen herauszuarbeiten.

Im dritten Kapitel sollen Wege zur Bekämpfung von Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen (3.) aufgezeigt werden. Dabei werden diese in Ansätze zur Intervention auf gesellschaftlicher Ebene (3.1) und individuelle Stigmabewältigung durch Empowerment (3.2) unterschieden.

1 Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

1.1 Die Begriffe „Stigma“, „Stigmatisierung“ und „Diskriminierung“

Da sich diese Arbeit mit dem Stigma, der Stigmatisierung und der Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschäftigt, soll nun zunächst einmal geklärt werden, was sich hinter diesen Begriffen verbirgt. Dies soll helfen den Gegenstand der Arbeit genauer fassen und benennen zu können.

Um den Begriff des Stigma zu erläutern, möchte ich mich zunächst dem 1967 erschienenen Werk Erving Goffmans „Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ bedienen.

Zunächst ist die Herkunft des Begriffes Stigma zu klären. Dieser stammt aus dem Griechischen und diente damals als Verweis auf körperliche Zeichen, welche dazu bestimmt waren bestimmte, ansonsten verborgene Eigenschaften (die Hervorhebung ungewöhnlicher Eigenschaften oder des moralischen Zustandes der Stigmaträger_innen) eines Individuums zu offenbaren. Diese Zeichen – zum Teil in den Körper geschnitten oder gebrannt – sollten öffentlich kund tun, dass die gezeichnete Person zum Beispiel eine Sklav_in, Verbrecher_in oder eine Verräter_in war und somit eine rituell für unrein erklärte Person, welche zu meiden sei (vgl. Goffman 1967: 9).

Goffman ist weiter zu der Feststellung gelangt, dass der Terminus mittlerweile wieder eher in seinem ursprünglichen Sinne verwendet wird, womit „[...]“ eher auf die Unehre selbst als auf die körperliche Erscheinungsweise[...]“ (Goffmann 1967: 9) hingewiesen wird (vgl. Grausgruber 2005: 19). Im Wörterbuch der Soziologie findet man unter Stigma:

„Stigma (lat.=Brand-, Schandmal), physisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe (oder Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung droht (Stigmatisierung). Zumindest eingeschränkte soziale Kommunikation und Akzeptierung erleiden z.B. Blinde, Vorbestrafte, psychisch Kranke, Angehörige radikaler oder als radikal eingestufte Glaubensgemeinschaften, Parteien oder Subkulturen, mitunter auch (je nach vorherrschender weltanschaulich-politischer Strömung) Vertreter abweichender Auffassungen, Wertorientierungen, Meinungen und Zielvorstellungen.“ (Hillmann 2007: 864)

Ein Stigma beschreibt somit also ein oder mehrere bestimmte Merkmale einer Person, welche diese von ihrem Bezugsrahmen – in durch das Umfeld negativ gedeuteter Form –

unterscheiden und dadurch zum Objekt von Anfeindungen u.ä. werden lässt. Weiter finden wir in diesem Zitat – neben der inhaltlichen Bestimmung des Begriffes Stigma – auch eine Aussage über die Folgen eines Stigmas, nämlich dass die daraus resultierende Stigmatisierung zahlreiche negative Folgen – u.a. Deklassierung, Isolation und Verachtung – für die Stigmatisierten bewirkt. Treffender Weise werden an dieser Stelle bereits Menschen mit psychischen Erkrankungen als Betroffene benannt.

Als häufiger Begleiter des Begriffes Stigmatisierung tritt der Begriff der Diskriminierung auf, welcher im sozialwissenschaftlichen Bereich mit der folgenden Bedeutung verbunden ist:

„Diskriminierung (von lat. *discriminare* = unterscheiden), Ungleichbehandlung, im soziologischen Sinne ungleiche, herabsetzende Behandlung anderer Menschen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen oder aufgrund unreflektierter, zum Teil auch unbewusster Einstellungen, Vorurteile und Gefühlslagen. Der Begriff Diskriminierung erhält seine soziale Relevanz erst unter Bezug auf die in einer Gesellschaft postulierten spezifischen Gleichheits- bzw. Gleichbehandlungsgrundsätze.“
(Hillmann 2007: 155)

Diskriminierung ist somit als eine – das Gegenüber abwertende oder herabsetzende – Ungleichbehandlung zu verstehen. Diese geschieht nach Maßgabe von Wert- und Normvorstellungen und wird durch unreflektierte oder auch unbewusste Einstellungen und Vorurteile gegenüber der diskriminierten Person oder Personengruppe hervorgerufen.

Wie aber kommt die Bildung eines Stigmas genau zustande? Wie kommt es weiter zur Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen? Diesen Fragen soll nun im nächsten Abschnitt nachgegangen werden.

1.2 Der Prozess der Stigmatisierung und Diskriminierung

Um den Prozess der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verstehen zu können, ist ein Blick auf Erving Goffmans Etikettierungstheorie hilfreich.

Wie bereits ausgeführt, betrachtet Goffman das Stigma als ein Zeichen, welches dazu dient ein Individuum zu kennzeichnen. Dadurch soll für alle in der Gruppe ersichtlich sein, dass dieses – das Stigma tragende – Individuum über gewisse Eigenschaften verfügt, die als nicht erwünscht angesehen werden (vgl. Goffman 1967: 9).

Dieses ist deshalb wichtig, da Menschen, wann und wo immer sie sich zu Gemeinschaften zusammenschließen, eine bestimmte Vorstellung davon entwickeln, wie sich die Menschen

verhalten sollten, wie sie aufzutreten hätten und wie sie leben sollten. Neben der Tatsache, dass diese Vorstellungen unser Verhalten prägen, kommt ihnen darüber hinaus eine wesentlich entlastende Funktion zu. Wann immer wir fremden Menschen begegnen, stehen uns meistens bereits bestimmte Kategorien und Vorstellungen zur Verfügung, durch die wir die andere Person einzuordnen vermögen (vgl. Grausgruber 2005: 20). Es entstehen Vorstellungen über deren Eigenschaften, deren „soziale Identität“. Diese Vorstellungen oder Erwartungen bezeichnet Goffman als „virtuelle soziale Identität“, welche die „aktuelle soziale Identität“ gegenüber steht. Letztere besteht aus jenen Attributen und Merkmalen, über welche dieser Mensch tatsächlich verfügt (vgl. Goffman 1967: 10; zit. n. Grausgruber 2005: 20).

Im Alltag kann jedoch häufig die Erfahrung gemacht werden, dass sich unsere Vorstellungen und Ansprüche an die Wirklichkeit mitunter vielfach voneinander unterscheiden. Manche solcher Unterschiede zwischen Wahrnehmung und Realität können ohne weiteres akzeptiert werden, andere Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit stechen jedoch besonders heraus. Im Extremfall kann es dabei soweit kommen, dass die Diskrepanzen so groß sind, dass diese andere Person für uns als schlecht, gefährlich, arm oder so abweichend wahrgenommen werden, dass wir sie herabmindern (vgl. Goffman 1967: 10f.; vgl. Grausgruber 2005: 20). Weiter gibt Goffman dazu an:

„Ein solches Attribut ist ein Stigma, besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist; manchmal wird es ein Fehler genannt, eine Unzulänglichkeit, ein Handicap. Es konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität.[...]. Angemerkt sei auch, dass nicht alle unerwünschten Eigenschaften strittig sind, sondern nur diejenigen, die mit unserem Stereotyp von dem, was ein gegebener Typus von Individuum sein sollte, unvereinbar ist.“
(Goffman 1967: 11)

Somit wird also solch eine Eigenschaft oder Merkmal als Stigma bezeichnet, welche zutiefst diskreditierend ist. In einer weiteren Definition geht Goffman auch auf das Verhältnis zu den „Normalen“¹ ein:

„Ein Individuum, das leicht in den gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heisst, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten. Uns und diejenigen, die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht abweichen, werde ich die Normalen nennen.“ (Goffman 1967: 13f)

1 Mit die „Normalen“ meint Goffman die Bezugsgruppe, an deren Maßstäben der „Normalität“ sich das stigmatisierte Individuum messen muss und in deren Wahrnehmung es von dem, was als „normal“ angesehen wird, abweicht.

Weiter kann festgehalten werden, dass bei einem Stigma prinzipiell weniger um das Merkmal selbst, als viel mehr um die „negative Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung“ (Hohmeier 1975: 7) geht.

„Wir konstruieren eine Stigma-Theorie, eine Ideologie, die ihre Inferiorität erklären und die Gefährdung durch den Stigmatisierten nachweisen soll; [...]. In unseren tägliche Unterhaltungen gebrauchen wir spezifische Stigmatermini wie Krüppel, Bastard, Schwachsinniger, [...] als eine Quelle der Metapher und der Bildersprache, bezeichnenderweise ohne an die ursprüngliche Bedeutung zu denken. Wir tendieren dazu, eine lange Kette von unvollkommenheiten auf der Basis der ursprünglichen einen zu unterstellen[...].“ (Goffmann 1967: 13f.)

Bei der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen (wie auch anderen stigmatisierten Minderheiten) handelt es sich also um einen relationalen Prozess (vgl. Grausgruber 2005: 21). Somit kann zusammenfassend festgestellt werden, dass es bei der Stigmatisierung zunächst also zu der Wahrnehmung bestimmter vorhandener Merkmale² eines Individuums kommt, welche in einer negativen Weise definiert sind und denen darüber hinaus eine Reihe weiterer negativer Eigenschaften zugeschrieben werden. Die Umwelt reagiert hierauf wiederum mit Abgrenzung und Rückzug von den Träger_innen des Stigmas. Am Ende dieses Prozess kommt es schließlich zur Diskriminierung und somit zu den negativen Konsequenzen für die Stigmatisierten (vgl. Schulze 2005: 123). Link und Phelan haben den gesamten Stigmatisierungsprozess in folgender Darstellung veranschaulicht:

Der Stigmatisierungsprozess

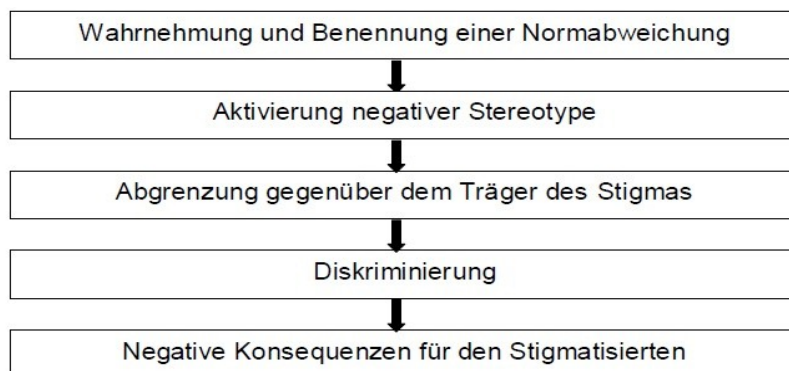


Abb. 1: Der Stigmatisierungsprozess nach Link und Phelan 2001 (Schulze 2005: 122)

² Im Falle psychischer Krankheit können dies u.a. auftretende Verhaltensänderungen sein, die mit einer psychiatrischen Diagnose festgestellt und bezeichnet werden

Ein weiterer Aspekt, der hierbei zu beachten ist, betrifft eine der negativen Folgen des Stigma-Prozesses im Speziellen. Die Rede ist hierbei von dem geminderten Selbstwertgefühl der Betroffenen. Dies kann so weit gehen, dass daraus eine zusätzliche Behinderung der Teilnahme an der sozialen Interaktion entsteht (vgl. Schulze 2005: 123f). Dadurch kann es zu einer Verstärkung der Symptomatik der Erkrankung kommen und den Stigma-Prozess somit aufs Neue in Gang setzen. In Folge dessen kann es passieren, dass die Betroffenen in einen regelrechten Teufelskreis der Stigmatisierung und Selbstwertminderung geraten (vgl. ebd.: 123).

Die Betroffenen wissen in der Regel über das negative Bild³ psychisch Kranker in der Öffentlichkeit, was sie wiederum dazu bringt mit sozialen Rückzug zu reagieren. Hierdurch werden jedoch gerade solche persönlichen Kontakte vermieden, welche am effektivsten zum Stigmaabbau beitragen könnten (vgl. ebd.: 123). Solche Reaktionsweisen, wie z.B. sozialer Rückzug (vgl. Goffmann 1967: 22) der von Stigmatisierung Betroffenen, werden auch als Stigmamanagement bezeichnet (vgl. Grausgruber 2005: 28).

Als weitere Folge der Kenntnis über das negative Bild der Gruppe der psychisch Kranken in der Gesellschaft kann das Phänomen der Selbststigmatisierung aufgeführt werden. Im Rahmen der Sozialisation wurde die Vorstellung davon, was es bedeutet psychisch krank zu sein, internalisiert. Sobald dann, in Folge eines Krankheitsausbruches, eine Diagnose gestellt wird, beginnen die Betroffenen nun sich mit der Gruppe der psychisch Kranken zu identifizieren und werden anfangen die internalisierten Bilder und Vorstellungen auf sich selbst zu beziehen. Die Betroffenen labeln sich somit selber mit dem Etikett „psychisch Krank“. Folgen dieses Prozesses sind unter anderem niedriges Selbstvertrauen, geringes Selbstbewusstsein, Schamgefühl und Versagensängste (vgl. Miller 2011: 10). Die Problematik der Verinnerlichung von Stigmatisierung und Diskriminierungserfahrungen wird auch als „zweite Erkrankung“ bezeichnet, auf dessen Folgen – wie auch auf die übrigen Folgen der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen – unter 1.6 weiter eingegangen wird.

3 In der Allgemeinbevölkerung herrschen Verunsicherung und Angst gegenüber psychisch erkrankten Menschen vor. Das Laienwissen der Bürger_innen speist sich hauptsächlich aus öffentlich verfügbaren Bildern (z.B. Medien jeder Art), welche überwiegend negative Stereotype beinhalten.

1.3 Ursachen und Funktion von Stigma

Neben der Kenntnis über die Abläufe des Stigma-Prozesses ist es für das Verständnis von Stigmatisierung unerlässlich, auch die Ursachen und die Funktion von Stigma zu betrachten. Dies ist wichtig, da es nur dann gelingen kann Stigmatisierung zu bekämpfen und vorzubeugen, wenn man versteht wie und warum ein Stigma überhaupt erst entsteht.

Der Frage „wie ein Stigma in einer Gesellschaft Geltung erlangt“ hat sich Hohmeier (1975) angenommen und ist dabei zu der Erkenntnis gelangt, dass eine der Hauptvoraussetzungen hierfür in der stark generalisierenden Struktur von Stigma liegt. Die hohe Wirksamkeit von Stigma werde zum einen durch die Übertragung eines einzelnen Merkmals mit all den negativen Zusatzattributen auf die gesamte Person bedingt.

Weiter sieht er als zweite Voraussetzung für die Durchsetzung von Stigma die sogenannte „Normabweichung“. Hiermit ist das Verstoßen gegen allgemeingültige Normen gemeint, wobei hier die Verbindlichkeit und Verbreitung der gebrochenen Norm genauso von Bedeutung ist (da ja nicht jeder Normbruch automatisch eine Stigmatisierung auslöst), wie auch das Eingreifen von Sanktionsinstanzen, also z.B. der Polizei oder einer Zwangseinweisung (vgl. Hohmeier 1975: 9; vgl. Grausgruber 2005: 23).

In einer seiner Hypothesen gibt Hohmeier zu verstehen, dass er „Macht“ als einen der entscheidendsten Faktoren bei der Stigmatisierung und Diskriminierung ansieht, da Stigmatisierung bestimmter Gruppen vor allem dann gelingt, wenn die Gruppe der Stigmatisierenden über Macht verfügt (vgl. Hohmeier 1975: 9f.). So hätten solche Gruppen, welche mit ökonomischer und politischer Macht ausgestattet sind, größere Chancen ihre Vorstellungen und Definitionen von „Normalität“ durchzusetzen und können somit auch größeren Einfluss darauf nehmen, was als abweichend anerkannt wird (vgl. Grausgruber 2005: 23).

Eine weitere Hypothese Hohmeiers legt besonderes Augenmerk auf die *Dynamik gesellschaftlicher Differenzierung*. Hiermit meint er, dass vor allem die Herausbildung von sozialen Beziehungen zwischen gruppenregulierenden Normen sowie Leistungsnormen in den Vordergrund geschoben werden. So biete jede Norm die Möglichkeit, abweichende Individuen zu stigmatisieren (vgl. ebd.: 24).

Über diese Hypothesen – zu den Ursachen von Stigma – hinaus geht Hohmeier auch der Frage nach den Funktionen von Stigma nach und stellt dabei fest, dass Stigma eine

Orientierungsfunktion in sozialen Interaktionen haben, insofern in ihnen bestimmte Vorstellung, Erwartung und Verhaltensanweisungen bezüglich der/ des Interaktionspartner_in enthalten sind. Dies liegt in dem bereits erwähnten generalisierenden Charakter von Stigmata begründet, da hierdurch „aus einigen wenigen Indikatoren ein Höchstmaß an Vermutungen über eine Person bezogen wird“ (Hohmeier 1975: 10).

Stigmata helfen den Stigmatisierenden somit Situationen im Voraus zu strukturieren, Unsicherheiten im Umgang mit den – ihnen fremden – Stigmatisierten zu verringern und stellen weiter Entscheidungshilfen dar. Auf der anderen Seite der Entlastungsfunktion von Stigmata bewirken diese jedoch auch eine Verzerrung der Wahrnehmung in Richtung einer Selektion und erschweren somit neue Erfahrungen erheblich (vgl. Hohmeier 1975: 10; vgl. Grausgruber 2005: 24).

1.4 Empirische Evidenz

Die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist oft mit Unkenntnis und Mythen über die Erkrankung (moralische Urteile, vermeintliche Ansteckungsgefahr) verbunden. Auch ohne der Frage nachzugehen, ob Mythen nun Folge oder Ursache von Stigma sind, ist jedoch eines ganz klar: Wenn der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen begegnet werden soll, ist es dazu unerlässlich die diese Menschen umgebenden Mythen aufzudecken, um sie schließlich korrigieren zu können (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 56).

Stereotype Krankheitsvorstellungen der Menschen und die damit verbundenen Vorurteile der Bevölkerung gegen über Menschen mit psychischen Erkrankungen werden bereits seit den 70er Jahren als ein Hindernis für die bedarfsgerechte Realisierung gemeindenaher Versorgungskonzepte angesehen (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 40).

In den nun folgenden Ausführungen sollen die vielfältigen Erscheinungsformen dieser durch Unkenntnis und verzerrten Darstellungen entstanden Mythen und Laienbilder rund um psychische Erkrankungen dargestellt und erläutert werden. Darüber hinaus soll auf das Bild der von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen in den Medien (hierunter fallen sowohl die Print- als auch die audiovisuellen Medien) eingegangen werden. Abschließend sollen die gewonnen Erkenntnisse dieses Kapitels in einem Zwischenfazit zusammengefasst werden.

1.4.1 Das Laienbild von psychischen Erkrankungen, den Betroffenen und psychiatrischen Institutionen

Wie unter 2. noch zu belegen sein wird, war der Begriff und die damit verbundene Konzeptualisierung von psychischer Krankheit im Laufe der Geschichte steten Wandlungen unterworfen. So unterschiedlich, wie der Begriff von psychischen Erkrankungen begriffen wurde, so unterschiedlich sind mitunter auch heute noch die Vorstellungen der Menschen zu dem, was sie unter psychischer Erkrankung verstehen.

Um einen Befund über die Vorstellung und den Wissenstand der Bevölkerung zu erhalten, empfiehlt es sich zunächst nach dem Bekanntheitsgrad unterschiedlicher psychischer Erkrankungen und den damit verbundenen Merkmalen (Symptome, Verhaltensweisen) zu fragen.

1.4.1.1 Bekanntheitsgrad psychischer Erkrankungen:

Eine Befragung nach dem Bekanntheitsgrad psychischer Erkrankungen hat 1996 in England und Neuseeland (vgl. Wolff 1996; zit. n. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 63) gezeigt, dass jeweils ein Fünftel der Befragten entweder gar keine oder nur eine psychische Erkrankung namentlich benennen konnte. Der Rest (60%) konnte mehr als eine Diagnose benennen. Die am häufigsten genannten psychischen Erkrankungen waren:

- Schizophrenie (74%)
- Depression (39%)
- Manische Depression (19%)
- Paranoia (13%)

Schizophrenie scheint somit über den größten Bekanntheitsgrad zu verfügen, gefolgt von den Affektiven Störungen Depression und Manische Depression (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 63). Wie verbreitet die Verknüpfung zwischen psychischer Krankheit und Schizophrenie unter den Laien ist, zeigt auch die folgende Befragung (NG et. al. 1995; zit.n. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 63), in der die Befragten eine Liste vorgelegt bekamen und beurteilen sollten, ob die dort aufgeführten Begriffe jeweils für eine psychische Erkrankung standen oder nicht:

- Schizophrenie (95 %)
- Demenz (71 %)
- Anorexie (68%)
- Depression über einen Monat (57 %)
- Kindesmissbrauch (51 %)
- Alkoholismus (32 %)
- Spielsucht (29 %)
- Homosexualität (9 %)

Als besonders auffällig stellte sich bei dieser Erhebung heraus, dass solche Befragten, welche über eine höhere Ausbildung verfügten, eher dazu tendierten die Begriffe Spielsucht, Alkoholismus, Depression und Anorexie als mit psychischer Erkrankung verbunden zu erkennen als solche, welche über einen niedrigen Bildungsstand verfügten. Weiter tendierten solche mit besserer Ausbildung weniger dazu Homosexualität mit psychischer Krankheit in Verbindung zu bringen. Dies dient als erster Hinweis auf die Bedeutung von Bildung für das Verständnis der Befragten von psychischer Krankheit (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 63). In der in England und Neuseeland durch Wolff durchgeführten Befragung wurde weiter danach gefragt, ob und woran man erkennen könne, ob jemand psychisch erkrankt sei. Von den Befragten glaubten 78 % dies erkennen zu können und benannten dafür folgende Aspekte:

- seltsames Verhalten (73 %)
- sonderbare Sprache (63 %)
- Kleidung (32 %)
- Gesichtsausdruck (25 %)
- Aggressivität (24 %)

Demnach verband über die Hälfte der Befragten seltsames Verhalten und sonderbare Sprache mit psychischer Krankheit, beides Aspekte, die eher mit einer schizophrenen Erkrankung als beispielsweise mit einer Depression verbunden sind. Hier findet sich abermals die anscheinend hohe Verknüpfung zwischen den Begriffen psychischer Krankheit und Schizophrenie bei den Laien. Auch wenn diese Untersuchungen in England und Neuseeland durchgeführt wurden, so gibt es doch Hinweise darauf, dass im deutschsprachigen Raum Depression im Vergleich zu Schizophrenie ebenfalls seltener als Krankheit angesehen wird (vgl. Lauber et al. 2002: 99; vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 63).

1.4.1.2 Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen

Nachdem die Vorstellungen der Laien zu den Grundbegriffen von psychischer Krankheit und den von ihnen damit assoziierten Inhalten und Ausprägungen der Krankheiten dargestellt wurden, sollen nun die daraus resultierenden Einstellungen der Laien gegenüber psychisch erkrankten Menschen betrachtet werden.

Eine Vielzahl von Studien hat ergeben, dass in der Bevölkerung der Begriff „psychisch krank“ mit vielen Stereotypen verbunden ist. So wird psychisch erkrankten Menschen nachgesagt sie seien aggressiv, gefährlich, unvernünftig, beängstigend, faul, arbeitsscheu, weniger intelligent als der Rest der Bevölkerung und ihre Krankheit sei ein Ausdruck mangelnder Disziplin und Selbstkontrolle (vgl. Angermeyer/ Matschinger 1995; zit. n. Schulze/ Angermeyer 2002: 78f.; vgl. Schöny 2002: 49). In der Bevölkerung herrschen Angst und Unsicherheit gegenüber psychisch Erkrankten vor (vgl. Schulze 2005: 124). Weiter treffen diese Negativstereotypen auch genauso auf die stereotypen Vorstellungen von Schizophrenie zu, die gleichzeitig ebenso Stereotyp mit gespaltener Persönlichkeit assoziiert wird (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 41; vgl. Angermeyer/ Schulze 2002: 41). Weiter zeigt sich, dass die Einstellungen und Vorurteile der Laien je nach Erkrankung bzw. Diagnose variieren (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 77; vgl. Krumm/ Becker 2005: 186).

So werden im Unterschied zur Schizophrenie affektive Erkrankungen oder leichtere Formen psychischer Störungen von Laien oft nicht als psychische Erkrankung erkannt. Auch deren Verlauf und Behandelbarkeit wird tendenziell optimistisch eingeschätzt, während antisoziales Verhalten „überdiagnostiziert“ wird, was an folgendem Beispiel deutlich wird: Zündet jemand ohne ersichtlichen Grund ein öffentliches Gebäude an, würde kein Psychiater, aber jeder zweite Laie dies zwingend für ein psychiatrisches Symptom halten (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 42).

Affektive Störungen wie Depressionen hingegen werden aus Sicht der Laien nicht so schnell psychiatrisiert, das heißt als negativ abgelehnt, weil sie nicht als schwere psychiatrische Erkrankung angesehen werden (vgl. ebd.: 42).

Für einen Blick auf die Einstellungsmuster gegenüber psychisch Kranken im Allgemeinen geben Zäske/ Baumann/ Gaebel (2005) die Ergebnisse aus einer Studie von Taylor und Dear (1981) an. Diese beinhaltet vier Typologien, in welche die Befragten nach der Beantwortung von 10 Aussagen eingeteilt wurden (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 65). Die Typologien

treffen eine Aussage über die generellen Einstellungen der Befragten gegenüber psychisch erkrankten Menschen und lauten wie folgt:

- *Autoritarismus* bezieht sich auf die Einstellung, mit psychisch erkrankten Menschen, die nicht für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht werden können, sei „kustodial“, das heisst unter Führung oder Anleitung umzugehen. Weiter vertritt dieser Typus die Auffassung, dass Menschen mit Anzeichen von psychischen Erkrankungen möglichst schnell stationär untergebracht werden sollen. Des Weiteren betont dieser Typus die Andersartigkeit der Erkrankten im Gegensatz zu Gesunden (vgl. ebd.: 65).
- *Benevolenz* (Wohltuend) beschreibt ein Einstellungsmuster, das in erster Linie die Gesellschaft für psychische Erkrankungen verantwortlich sieht. Es ist verbunden mit der Forderung nach mehr Geld für das psychiatrische Versorgungssystem, beinhaltet empathische und wohltuende Gefühle und die Bereitschaft, sich persönlich in diesem Bereich zu engagieren (vgl. ebd.: 65).
- *Soziale Kontrolle* betont in erster Linie die potenzielle Gefährlichkeit und Verantwortungslosigkeit psychisch erkrankter Menschen. Vertreter_innen dieses Typus haben ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Abgrenzung und sozialer Distanz. Sie neigen dazu, die Probleme von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bagatellisieren: „Andere, normale Menschen haben ja auch und dazu noch ernstere Probleme“ (vgl. ebd.: 65).
- Die *gemeindepsychiatrische Orientierung* legt besonderen Wert auf das Versorgungsprinzip der Deinstitutionalisierung und den therapeutischen Wert einer funktionierenden Gemeindepsychiatrie (vgl. ebd.: 65).

Weiter kann festgestellt werden, dass die vier Einstellungsmuster nicht unabhängig voneinander sind. So korrelieren *Benevolenz* und *gemeindepsychiatrische Orientierung* positiv miteinander und negativ mit den Dimensionen *soziale Kontrolle* und *Autoritarismus* (vgl. ebd.: 65). Darüber hinaus lassen sich verschiedene Prädiktoren für die einzelnen Einstellungsmuster unterscheiden. Als die wichtigsten und aussagekräftigsten Prädiktoren haben sich *Vertrautheit mit dem psychiatrischen Versorgungssystem*, *Alter*, *Geschlecht* und *junge Kinder in der Familie* gezeigt (vgl. ebd.: 66).

Als stärkster Prädiktor hat sich der persönliche Kontakt zu psychisch Erkrankten bzw. die

Vertrautheit mit dem psychiatrischen Versorgungssystem erwiesen. Hieran zeigt sich, wie wichtig es für Destigmatisierungsmaßnahmen ist, psychiatrische Laien – wie z.B. durch Veranstaltungen wie „Tage der offenen Tür“ oder Informationsveranstaltungen – zu erreichen (vgl. ebd.: 66). Diese Erkenntnis ist vor allem dann wertvoll, wenn es in 3.1. darum gehen wird, nach geeigneten Interventionsformen zur Stigmareduktion und -bewältigung zu suchen. Leider muss auf eine Darstellung der relativen Verteilung dieser Typen in der Bevölkerung verzichtet werden, da in der Studie nur korrelative Zusammenhänge und keine prozentualen Verteilungen beschrieben werden (Taylor et al. 1981; zit. n. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 65).

| Prädiktor | Autoritarismus | Benevolenz | Soziale Kontrolle | Gemeindepsychiatrische Orientierung |
|---|----------------|------------|-------------------|-------------------------------------|
| Kontakt zu psychisch Erkrankten | niedrig | hoch | niedrig | hoch |
| Alter (höheres Alter im Vergleich zu niedrigem Alter) | hoch | niedrig | | |
| Geschlecht (weiblich im Vergleich zu männlich) | | (hoch)* | | |
| Kinder bis 6 Jahre in der Familie | hoch | niedrig | hoch | niedrig |

*nicht durchgängig nachgewiesen

Tab. 1: Prädiktoren für verschiedene Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten (Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 67)

1.4.1.3 Einstellungen gegenüber psychiatrischen Behandlungsinstitutionen

In der Bevölkerung sind nicht nur Vorbehalte und Ängste gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu finden, sondern auch gegenüber den sie betreuenden psychiatrischen Einrichtungen und dem dort tätigen Personal (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 43), was zum Beispiel in umgangssprachlichen Ausdrücken wie „Irrenhaus“ oder „Klappsmühle“ zum Ausdruck kommt.

Wie bereits unter 1.2 dargestellt wurde, ist ein zentraler Bestandteil des Stigmatisierungsprozesses die Abgrenzung gegenüber den Stigmatisierten, welches sich unter anderem in einem gesteigerten Bedürfnis nach sozialer Distanz ausdrückt.

Dieses Bedürfnis nach sozialer Distanz äußert sich mitunter dann massiv, wenn die Neugründung gemeindenaher Versorgungseinrichtungen geplant wird. Eine Nordamerikanische Studie hat gezeigt, dass 20-30% der Bevölkerung entschieden und prinzipiell dagegen sind, 49% sind bereit Gegenaktionen zu starten und 51% erwägen sogar einen Umzug, sollte ein Wohnheim in ihrer unmittelbaren Nähe errichtet werden (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 43).

In einer weiteren Studie wurden ebenfalls die Meinungen der lokalen Bevölkerung zur Errichtung eines Wohnheimes oder einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen erfragt. Hier wären 44% der Befragten beunruhigt oder dagegen, wenn in ihrer Nachbarschaft eine Wohngemeinschaft für psychisch kranke Menschen errichtet würde. Eine Werkstatt (21% beunruhigt oder ablehnend) oder eine Tagesstätte (26% beunruhigt oder ablehnend) wurden etwas weniger kritisch beurteilt (vgl. Angermeyer 1994: 6).

Diese Form der Ablehnung von psychisch Erkrankten bzw. der sie versorgenden Institutionen kann bereits als eine Form von struktureller Diskriminierung bezeichnet werden. Speziell wird diese Form der Diskriminierung in dem „N.I.M.B.Y.“-Prinzip beschrieben und soll später unter 1.6 (Folgen und Konsequenzen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen) genauer dargestellt werden (vgl. Grausgruber 2005: 34).

Schaut man auf die genaueren Bilder und Vorstellungen der Menschen zu dem Begriff Psychiatrie, so stößt man auch hier – genauso wie bei dem Bild über psychische Krankheit und die psychisch Erkrankten selbst – auf Vorurteile und Stereotype, die auf Unkenntnis und Mythen beruhen. Zum Ausdruck kommen diese Vorurteile unter anderem in einem häufig zu findenden Therapiepessimismus. So geben in einer Befragung 15% der Interviewten an, dass die Behandlung psychischer Erkrankungen diese nur noch verschlimmern würden. Es wird von der Vorstellung berichtet, dass die Patient_innen hier lediglich sediert würden und dann nur noch „Zombies“ seien. Dieses Vorurteil ist offensichtlich Ausdruck eines großen Misstrauens gegenüber der psychopharmakologischen Behandlung (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 69).

Neben den Ansichten über die Pharmakotherapie gibt es weiter auch großes Misstrauen

4 N.I.M.B.Y. = „Not in my back yard“.

gegenüber der Psychiatrie an sich, da in einer weiteren Befragung festgestellt werden konnte, dass 74% der befragten Laien die Behandlung von psychisch Erkrankten als Hauptaufgabe sehen. Daraus ergibt sich jedoch auch, dass das restliche Viertel die Hauptaufgabe der Psychiatrie woanders sieht. So geben zur gleichen Frage 8% der Befragten an, dass sie den Schutz der Bevölkerung vor psychisch Erkrankten als die Hauptaufgabe der Psychiatrie betrachten und weitere 4% sprechen sich für eine dauerhafte Aufbewahrung der psychisch Erkrankten in Psychiatrien aus (vgl. ebd.: 70).

Auf die Frage, welches sie als zweitwichtigste Aufgabe eines psychiatrischen Krankenhauses ansehen, zeigt sich folgendes Bild:

- 34 % Schutz der Patient_innen vor sich selbst
- 19 % Entlastung der Angehörigen
- 17 % Schutz der Bevölkerung vor psychisch Erkrankten
- 13 % dauerhafte Aufbewahrung psychisch Erkrankter

Neben der Gesundheitsversorgung und Therapie werden der Psychiatrie also hauptsächlich ordnungspolitische Aufgaben zugeschrieben (vgl. Angermeyer 1994: 3).

Diese restriktiven Auffassungen von den Aufgaben der Psychiatrie, welche sich anscheinend in gewissen Teilen der Bevölkerung finden lassen, finden sich auch in den Meinungen zur Wirksamkeit von stationären Behandlungen wieder. So stimmen 28 % der Befragten der Aussage „Im psychiatrischen Krankenhaus wird man nicht behandelt, sondern nur ruhiggestellt“ zu. Weitere 26 % glauben, dass in einem psychiatrischen Krankenhaus von Behandlung nicht die Rede sein könne, sondern das Gegenteil der Fall sei: Die Patient_innen würden während des stationären Aufenthalts nur noch schwerer krank (vgl. ebd.: 3).

Abschließend muss also festgehalten werden, dass die in der Bevölkerung verbreiteten Auffassungen über die Aufgaben und Wirksamkeit psychiatrischer Krankenhäuser und Therapieformen nicht mit dem Alltag der Behandlung psychischer Erkrankungen übereinstimmen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 71). Den meisten Leuten scheint nicht bekannt zu sein, dass in stationären psychiatrischen Abteilungen mehr geschieht als lediglich die Verwahrung von psychisch erkrankten Menschen, um Andere – vor ihnen und sie vor sich selbst – zu schützen, indem sie mit Psychopharmaka ruhig gestellt werden. Dieser Umstand führt zu großen Problemen bei der Akzeptanz von psychiatrischen Einrichtungen und Behandlungsformen (vgl. ebd.: 71).

Weiter wird, wie unter 1.6. noch genauer ausgeführt werden wird, durch solche negativen Sichtweisen die Möglichkeit zur Früherkennung und -behandlung psychischer Erkrankungen verschlechtert, da Neuerkrankte sich dieser Sichtweisen bewusst sind und somit eine Diagnosestellung zu vermeiden versuchen, um der Etikettierung als psychisch kranke Person – und damit den ihnen bekannten negativen Folgen – zu entgehen (vgl. ebd.: 67).

1.4.2 Das Bild psychisch erkrankter Menschen und der sie umgebenden Institutionen in den Medien

Neben dem Blick auf die Vorstellungen der psychiatrischen Laien, welche das soziale Umfeld der von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen beeinflussen und bilden, ist des Weiteren der Blick auf öffentlichen Medien von großer Bedeutung, denn

„Medien vermitteln ein Abbild der Wirklichkeit. Dieses ist ein Spiegel der Gesellschaft sowie ihrer Individuen. Es ist von Einsichten, Vorstellungen, Wünschen und vom Geschmack seiner Zeit bestimmt. Medien bringen zur Geltung [...], welche Vorstellungen die Gesellschaft über psychisch Kranke hat.“ (Paputo 2005: 84)

Anhand der Betrachtung der Medien kann somit also eine Menge darüber erfahren werden, wie sich psychische Krankheiten zu einem Zeitpunkt in der Gesellschaft äußern, welche Erklärungsmodelle diese Gesellschaft für die Entstehung von psychischen Krankheiten hat und welche Möglichkeiten sie zu ihrer Behandlung sieht (vgl. ebd.: 84).

Sowohl die Verbreitung stereotyper Vorstellungen und Meinungen über psychische Erkrankungen und psychiatrische Institutionen, als auch die direkte Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen finden sich – was nun im Folgenden belegt werden wird – somit in den Medien wieder.

Die Art und Weise der Darstellung in den Medien ist dabei von einer Vielzahl verschiedener Faktoren abhängig, so zum Beispiel den „Macher_innen“ – also jenen, welche die jeweilige mediale Darstellung produzieren (u.a. Autor_innen, Filmemacher_innen, Journalist_innen) – aber auch von dem Zeitgeist, welcher zum Zeitpunkt der Produktion des jeweiligen medialen Produktes vorherrscht (vgl. ebd.: 84).

Im Folgenden werden die Ausführungen, zum einen nach den *Darstellungen in den Printmedien* (Zeitungen, Zeitschriften) und zum anderen nach den *Darstellungen in Film und*

Fernsehen, unterschieden.

Das Bild psychisch erkrankter Menschen und der sie umgebenden Institutionen in den Printmedien:

Zunächst ist festzuhalten, dass mit Printmedien Zeitungen und Zeitschriften gemeint sind, die entweder täglich oder wöchentlich, regional sowie lokal über die neuesten Trends und Geschehnisse berichten. Im Unterschied zu den audiovisuellen Medien müssen sich die Konsument_innen die Inhalte durch aktives Bemühen erschließen, wodurch eine intensive Auseinandersetzungen mit den dort dargebotenen Inhalten unterstellt werden kann (vgl. ebd.: 84).

Um ein Bild von der Art und Weise der Darstellung psychisch erkrankter Menschen und der Psychiatrie in den Printmedien zu erhalten, analysierte Hoffmann-Richter (2000) (vgl. ebd.: 84) sechs deutschsprachige, meinungsführende Tages- und Wochenzeitungen des Jahrganges 1995 auf psychiatrische Begriffe hin. Untersucht wurden alle Artikel, nicht nur solche zu psychiatrischen Themen, sondern alle in denen die untersuchten Begriffe vorkamen. Aus den Ergebnissen der Studie ließ sich Folgendes ableiten:

- Die Psychiatrie wird in den Printmedien zwar häufig thematisiert, psychiatrische Inhalte sind aber selten. Psychiatrische Themen und Begriffe wie Schizophrenie, Psychiatrie und Psychotherapie tauchen zwar häufig auf, meist jedoch ohne inhaltliche Ausführungen (vgl. ebd.: 85).
- Verhältnismäßig häufig findet eine Berichterstattung im Kontext von Straftaten statt. Dieser Umstand begünstigt die Verfestigung von Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen (vgl. ebd.: 85).
- Einige psychiatrische Begriffe sind zwar in den Medienalltag eingegangen, sind jedoch in ihre Bedeutung verändert und stimmen mit den ursprünglichen Fachbegriffen nicht mehr überein. Bestimmte Begriffe, wie z.B. „schizo“ oder „schizophren“ sind zwar im Gebrauch vertraut geworden, was aber nicht bedeutet, dass der durch den Laien assoziierte Inhalt dieser Begriffe auch den fachlichen Bedeutungen entspricht (vgl. ebd.: 85).
- Desweiteren wird festgestellt, dass die Darstellung der Psychiatrie nicht ihrer sozialen Repräsentation entspricht. Statt Individuen darzustellen und Erfahrungen zu verarbeiten werden Klischees und stereotype Vorstellungen von psychischer Krankheit reproduziert und somit verfestigt (vgl. ebd.: 86).

- Darüber hinaus wird bemängelt, dass psychiatrische Themen nicht als medizinische, sondern größtenteils als kulturelle und gesellschaftliche Themen abgehandelt werden. Die Bedeutung der Psychiatrie als medizinische Disziplin kommt nicht klar zum Ausdruck, sondern wird eher als „verfeinertes Alltagswissen“ (Paputo 2005: 86) wahrgenommen. Berichte richten sich nach dem „gesunden Volksempfinden“ und orientieren sich an deren gesellschaftlichen Normen. Dadurch wird psychisch krank mit „gestört“, „sozial auffällig“ oder „potenziell gefährlich“ gleichgesetzt. Da Psychiatrie nicht als medizinische Fachdisziplin anerkannt wird, wird dadurch auch kein Bedarf an medizinischer Fachkompetenz gesehen (vgl. Ebd.: 86).

Aus diesen Ausführungen lässt sich der Schluss ziehen, dass die Darstellungen der Psychiatrie, psychisch erkrankter Menschen und andere psychiatrischer Themen in den hier untersuchten Printmedien als Abbilder der gängigen Vorstellungen zu diesen Themen verstanden werden können (vgl. ebd.: 86).

„Der Umgang mit psychiatrischen Themen in den Printmedien bewegt sich zwischen Urteil und Vorurteil“ (ebd.: 86).

Das Bild psychisch erkrankter Menschen und der sie umgebenden Institutionen in Film und Fernsehen: Audiovisuelle Medien, wie Film und Fernsehen, spielen – im Gegensatz zu den Printmedien, welche hauptsächlich einen hohen Informationsanspruch zu erfüllen haben – auch im Unterhaltungssektor eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zu den Printmedien können die Rezipient_innen hier eine passivere Rolle einnehmen, da die Bewegtheit der Bild- und Tönelemente eine bequemere Darreichungsform von Informationen ermöglicht. Die Formen der filmischen Produktionen lassen sich in zwei Kategorien unterscheiden: in fiktionale Filme (mit verschiedenen Genren des Spielfilms) und non-fiktionale Filme, also verschiedene Formen des dokumentarischen Films. Die Darstellungen müssen so angelegt sein, dass sie die Zuschauer_innen binden, da diese ihr Bedürfnis nach Unterhaltung zu stillen suchen. Dadurch stehen die audiovisuellen Medien in großem Konkurrenzdruck, wollen sie die Zuschauer_innen doch an ihr Programm binden und verhindern, dass um- oder abgeschaltet wird (vgl. Paputo 2005: 89).

Vor diesem Hintergrund ist die Autorin K. Paputo in ihrem Beitrag der Frage nachgegangen,

wie psychische Krankheit im Film und Fernsehen veranschaulicht wird. Sie ist dabei zu folgenden Erkenntnissen gelangt:

- Viele fiktionale Filme stellen psychische Krankheit nicht explizit in den Mittelpunkt. Vielmehr geht es darum, Spannung und Unterhaltung zu bieten und die Zuschauer_innen auf das Medium zu fixieren (vgl. ebd. :89)
- Psychische Krankheiten lassen sich in allen Genres des fiktionalen Films finden. Es können jedoch unterschiedliche Akzentsetzungen beobachtet werden. Die thematischen Schwerpunktssetzungen unterscheiden sich je nach Genre, so stehen im Gesellschaftsfilm die Sozial- und Zeitkritik im Vordergrund (vgl. ebd.: 90).
- In Thrillern, Krimis, Sciencefiction- und Horrorfilmen kommen psychisch erkrankte Menschen besonders oft vor. Solche Produktionen, welche die erkrankten Menschen als Massenmörder_innen, unberechenbare Triebtäter_innen oder sadistische, hinterhältige Lustmörder_innen darstellen, sind dabei besonders häufig zu finden. In solchen Produktionen wird die Minderheit der psychisch erkrankten Menschen für schnelle kommerzielle Erfolge missbraucht. Die filmischen Darstellungen beschränken sich häufig auf reißerisch aufgemachte Geschichten, in denen Spannungs- und Schockmomente im Vordergrund stehen (vgl. ebd.: 91).
- In non-fiktionalen Filmen und Produktionen wird die psychische Krankheit meist explizit in den Mittelpunkt gestellt. Die Wiedergabe von Stellungnahmen von Instituten, Berufsverbänden oder die Funktions- und Arbeitsweise psychischer Einrichtungen gehören dabei genauso dazu wie gezielte Informationsvermittlung im Rahmen von Gesundheitsmagazinen (vgl. ebd. : 91).
- Psychische Krankheiten sind in allen Genres des non-fiktionalen Films zu finden, wobei unterschiedliche Akzentsetzungen festzustellen sind. So wird zum Beispiel in der Wochenschau über alltägliche Ereignisse berichtet, wobei wegen zeitlicher Einschränkungen meist nur knapp über das Geschehen berichtet wird und eine vertiefende Betrachtung der Thematik oft nicht möglich ist. Dagegen werden im Kulturfilm Länder und Völker in die Darstellungen mit einbezogen, wodurch diese Sichtweise einen Blick auf die gesellschaftlichen Bedingungen für die Entstehung psychischer Krankheit ermöglicht wird. (vgl. ebd.: 92).
- Non-fiktionale Filme über psychische Krankheiten sind häufig Thema in Fernsehsendungen, wobei sich beobachten lässt, dass in den Sendungen im Gegensatz

zu früher offener über das Innenleben geredet wird. So finden unter Anderem Diskussionsrunden statt, in denen Betroffene von ihren persönlichen Erfahrungen mit psychischen Krankheiten berichten. Als problematisch wird hierbei jedoch die Tatsache erachtet, dass es bei unsachgemäßer Diskussionsleitung solcher Sendungen zur Missachtung ethischer Grenzen und Persönlichkeitsrechten kommen kann (vgl. ebd.: 92).

Aus diesen Ausführungen wird ersichtlich, dass die Art und Weise der Darstellung psychisch erkrankter Menschen in den audiovisuellen Medien sehr unterschiedlich ist und nur schwer auf einen Nenner gebracht werden kann. Die Art und Weise der Darstellung richtet sich nicht zuletzt auch nach ihrem Ziel – Unterhaltung, Aufklärung, Information, Unterstützung oder Hilfestellung (vgl. ebd. :92).

1.4.3 Wirkung der medialen Darstellungen auf die Rezipient_innen

Da nun ersichtlich ist, in welcher Weise Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den Medien dargestellt werden, muss nach der Wirkung dieser Darstellungen auf die Konsumenten geschaut werden.

Nach Philo et. al. (1994) spielt es keine Rolle, ob Fiktion oder Fakten vermittelt werden. Die Mediendarstellungen wirken bei den Proband_innen unterschiedslos meinungsbildend (vgl. Philo et. al. 1994; zit.n. Heinz 2012: 25). Desweiteren ist das Fernsehen als die zentrale Quelle zu betrachten, aus der die Bevölkerung ihre Informationen über psychische Erkrankungen bezieht (vgl. Heinz 2012: 25; vgl. Schulze 2005: 124), da nur sehr wenige psychiatrische Laien persönliche Kontakte zu Erkrankten unterhalten (vgl. Grausgruber et. al. 2002: 64). Jüngere amerikanische und deutsche Studien zeigen eine kontinuierliche Verstärkung des Wunsches nach sozialer Distanz und intolerantere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mit ansteigendem Fernsehkonsum (vgl. Heinz 2012: 25.).

Die Theorie, wonach intensiver Fernsehkonsum zur Integration der dort dargestellten sozialen Realität in die eigene Weltsicht führe – mit der Konsequenz, dass die Wahrnehmung im Sinne der Fernsehdarstellung verzerrt würde – wird durch mehrere Studien unterstützt (vgl. ebd.: 25). Leser_innen reißerischer Zeitungsberichte zu Mordtaten psychisch erkrankter Menschen halten die Betroffenen allgemein für wesentlich gefährlicher und gewalttätiger (vgl. Dietrich et. al. 2006, zit. n. Heinz 2012: 25).

1.4.4 Zwischenfazit

In diesem Unterkapitel zur Empirischen Evidenz wurden nun verschiedene Aspekte des Bildes von psychischer Krankheit, den psychisch erkrankten Menschen und den sie umgebenden Institutionen beleuchtet. Dabei wurde sowohl auf das Verständnis und die Einstellungen der Laien als auch die Darstellung dieser Themen in den Medien eingegangen.

Neben den bisher aufgeführten Fakten – welche zum einen zeigen, wie stereotypengeprägt und verzerrt das Laienbild von psychischer Krankheit, den davon Betroffenen und den sie umgebenden Institutionen ist, und des Weiteren belegen sollen, wie sich die medialen Darstellungen (insbesondere in den Printmedien) größtenteils auf Gewalt konzentrieren – muss diesem noch hinzugefügt werden, dass:

1. die medialen Darstellungen oft verschweigen, dass das Gewaltrisiko nur bei wenigen Krankheitsformen, wie z.B. Psychosen und Demenzen, und
2. dann auch nur innerfamiliär – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung – erhöht ist.
3. andere Faktoren, wie jugendliches Alter oder männliches Geschlecht, die ein demographisch bedingtes erhöhtes Risiko darstellen, vernachlässigt werden.
4. positive Berichte über reale Heilungschancen oder neue Behandlungsmöglichkeiten selten sind (vgl. Rüsç et. al. 2004: 9).

Abschließend lässt sich den Medien also eine große Verantwortung zuweisen, da diese durch ihre Arbeit – also die Darstellungen von psychischer Krankheit und den davon betroffenen Menschen – einen großen Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung und Meinungsbildung zu psychischer Krankheit haben.

Das Laienwissen wird aus öffentlich verfügbaren Bildern gespeist, welche überwiegend negative Stereotype zum Inhalt haben. Diese Stereotype filtern die Sichtweise auf ein Thema und können dazu führen, dass alternative Informationen nicht wahrgenommen oder aktiv abgelehnt werden (vgl. Schulze 2005:124; vgl. Paputo 2005: 96).

Daraus lässt sich des Weiteren ableiten, dass die negative Darstellungsweise in den Medien sogar dazu führen könnte, dass die Wirksamkeit von aufklärenden Antistigmprogrammen eventuell reduziert oder gar aufgehoben werden könnte.

Weiter wird die negative Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen für die Betroffenen nicht nur als Quelle der Stigmatisierung wahrgenommen, sondern als direkt diskriminierend und verletzend empfunden (vgl. Schulze 2005: 129).

Doch auch wenn in Zeiten der Massenkommunikation die Rolle der Medien für die Meinungsbildung nicht zu unterschätzen ist, bleibt dabei trotzdem zu bedenken, dass in den Medien mitunter auch nur primär das reflektiert wird, was in unserer Gesellschaft an Auffassungen ohnehin schon vorhanden ist. Deshalb muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass das Stigma psychisch erkrankter Menschen durch die Medien in seinem Ursprung zwar nicht geschaffen, aber dennoch verfestigt und zementiert wird (vgl. Gaebel/ Möller/ Rössler 2005: 286; vgl. Crisp 2005: 225).

Hier muss ein Umdenken der Medienschaffenden stattfinden, weg von der reißerischen Devise „only bad news are good news“, hin zu einer politisch korrekten Darstellungsweise psychisch erkrankter Menschen, da ihre selektiven Berichterstattungen – wie bereits beschrieben – zur Verfestigung von Stereotypen führen (vgl. Grausgruber 2005: 36).

Bis dies jedoch erfolgt, wird man bis auf Weiteres auf Initiativen angewiesen bleiben, die die Darstellung psychisch erkrankter Menschen in den Medien beobachten und im Falle diskriminierender Darstellungen kritisch intervenieren (vgl. Gaebel/ Möller/ Rössler 2005: 287).

Ein Beispiel für solch eine Intervention, mit dem Ziel negativen Mediendarstellungen entgegen zu wirken, ist die „Bayrische Anti-Stigma-Aktion“ (BASTA), welche ein Stigma-Alarm-Netzwerk im Internet betreibt. Auf der Internetseite der Aktion (<http://www.openthedoors.de>) können Diskriminierungen aus Presse, Fernsehen, Radio oder Werbung gemeldet werden. Nach einer Überprüfung der Vorwürfe wird mit den Urheber_innen Kontakt aufgenommen. Sollte dieser erste Schritt nicht erfolgreich sein, werden die Mitglieder des Netzwerks über den Fall informiert und zu Protesten direkt beim Stigmatisierenden aufgefordert (vgl. Schulze 2005: 141).

1.5 Erfahrungen der von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen

An dieser Stelle soll nun auf die Wahrnehmung und Erfahrungen der von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen eingegangen werden. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur

die Erkrankten selbst und die sie umgebenden Institutionen betrifft. Als weitere Personengruppe, die ebenfalls enorm unter dieser Problematik zu leiden hat, sind die Angehörigen der Erkrankten zu benennen (vgl. Sartorius 2005: 245).

Im Rahmen des von der World Psychiatric Association initiierten Programms „Reducing Stigma and Discrimination because of Schizophrenia“ wurde in Deutschland eine Fokusgruppenstudie⁵ durchgeführt (vgl. Sartorius 1998; zit. n. Schulze/ Angermeyer 2002: 79). Im Rahmen dieser Studie wurden zwölf Fokusgruppen durchgeführt: jeweils eine mit schizophrenen Erkrankten, eine mit Angehörigen und eine mit Mitarbeiter_innen der psychiatrischen Versorgung (diese können im Sinne der Übersichtlichkeit im Folgenden leider nicht weiter berücksichtigt werden). Anhand der konkreten Aussagen der Interviewten wurden Bereiche beschrieben, in denen sich Stigma negativ auf das Alltagsleben der betroffenen Menschen auswirkt (vgl. Schulze 2005: 127).

Die Erfahrungen lassen sich – sowohl für die Erkrankten selbst, als auch für ihre Angehörigen – in vier Dimensionen unterscheiden, die da wären : *Interpersonelle Interaktion, Das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit, Zugang zu sozialen Rollen und strukturelle Diskriminierung* (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 80).

Da teilweise unterschiedliche Gewichtungen und Wahrnehmungsweisen in den Schilderungen der Stigmatisierungs- und Diskriminierungserlebnisse zu finden sind, sollen im Folgenden die Erfahrungen der Erkrankten und der Angehörigen getrennt voneinander dargestellt werden.

Des Weiteren werden einige Erkenntnisse einer neueren Studie Schulzes aus dem Jahr 2009 zur Bekräftigung der Ergebnisse der Fokusgruppenstudie mit einfließen.

1.5.1 Stigmatisierungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen

- *Diskriminierung in interpersoneller Interaktion* bezieht sich auf solche Stigmatisierungserfahrungen, welche im Kontext sozialer Beziehungen erlebt wurden. 49% der – durch Erkrankte beschriebenen – Diskriminierungserfahrungen wurden in direkter Interaktion mit Anderen gemacht. So führte das Bekanntwerden der schizophrenen Erkrankung zu einer Reduzierung soziale Kontakte und manchen Befragten blieben außerhalb der Psychiatricszene keinerlei sozialer Kontakte mehr erhalten. Es wird von mangelndem Verständnis und Interesse für die Erkrankung

⁵ Fokusgruppen sind Gruppeninterviews mit 5-12 Teilnehmer_innen. Ein_e Moderator_in regt eine Reihe von Themen an und sorgt dafür, dass sich die Diskussion nicht vom Gegenstand des Interviews entfernt.

seitens ihrer Freunde und Bekannten berichtet. Ein Kontakt mit der Psychiatrie führe dazu, dass die Person des Erkrankten darauf reduziert würde „verrückt zu sein, unzurechnungsfähig, jemand, dem man nicht trauen kann“ (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 81; vgl. Schulze et. al. 2009: 23).

Weiter wurde geschildert, dass jede Auffälligkeit der Erkrankung zugeschrieben wurde und ihnen mit Misstrauen begegnet wurde. So wird der Kontakt mit einer psychiatrischen Einrichtung oft als Makel erlebt, dass es vor der Umwelt zu verbergen gilt, oft als Folge vorangegangener negativer Erfahrungen. Auch reiche eine einzige akute psychotischen Phase bereits aus, um als „verrückt“ eingestuft zu werden (vgl. Schulze 2005: 129; vgl. Brand/ Seifert 2005: 168).

Erlebnisse direkter Diskriminierung wurden ebenfalls geschildert, so zum Beispiel die Kündigung eines Mietverhältnisses nach Bekanntwerden der Erkrankung, Bezeichnungen krimineller Handlungen und das häufige Gefühl, als Sündenbock zu dienen und für jegliche Missverhältnisse als Erste_r verantwortlich gemacht zu werden (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 81; vgl. Schulze et. al. 2009: 23).

Auch im Kontakt mit professionellen Helfer_innen sahen sich die Betroffenen Stigmatisierungen ausgesetzt, so zum Beispiel durch Desinteresse der Ärzt_innen an ihren Bedürfnissen, der Vorgeschichte ihrer Krankheit und ihren Sichtweisen (vgl. Schulze/ Angermeyer 2003: 304).

Dies wurde immer dann besonders deutlich, wenn die Erkrankten wegen somatischer Beschwerden in Behandlung waren. So kam es vor, dass die Kenntnis über das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung dazu führte, dass körperliche Beschwerden weniger ernst genommen wurden oder gleich eine Überweisung in die Psychiatrie veranlasst wurde (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 81).

Pauschalisierende Aussagen und Diagnosen der behandelnden Ärzt_innen wie „Sie haben Schizophrenie. Sie werden für den Rest ihres Lebens krank sein.“ (vgl. ebd.: 82) oder „Mit 15 hat mir mein Arzt gesagt, ich werde nie geheilt werden, nie berufstätig sein und immern wieder in die Klinik müssen.“ (Schulze et. al. 2009: 23) seien auch heute noch nur allzu oft zu finden. Auch von infantilisierendem Verhalten des Pflegepersonals, wie „Wir müssen jetzt mal was trinken.“ (vgl. ebd.: 23) wird berichtet.

- *Das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit* wird von psychisch erkrankten Menschen als zweithäufigste Form (20%) der erlebten Stigmatisierung benannt. Die weite Verbreitung der negativen Vorstellungen⁶ und Stereotypen über psychisch erkrankte Menschen in der öffentlichen Meinungen wird von den Meisten nicht nur als Ursache der Stigmatisierung wahrgenommen, sondern als direkt diskriminierend und verletzend empfunden (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 82).

Als Folge des Wissens der Betroffenen um diesen Zustand kommt es zu einer Vermeidung sozialer Kontakte aufgrund dieser vorweggenommenen Diskriminierung. In den Augen der Betroffenen sind die Medien die Hauptverantwortlichen für die Verbreitung des negativen Bildes, sind sie doch die einzige Informationsquelle zu psychischen Erkrankungen für den Großteil der Bevölkerung (vgl. ebd.: 82).

Des Weiteren trägt die öffentliche Sichtweise auf die psychiatrische Versorgung von schizophren Erkrankten zu ihrer erlebten Stigmatisierung mit bei, wird die Psychiatrie doch ungeachtet aller neueren Entwicklungen und Behandlungsfortschritte weiterhin mit dem Bild der „Klappse“ oder „Klappsmühle“ in Verbindung gebracht. Als Folge dieser negativen Bilder von der Erkrankung auf der einen und der Psychiatrie auf der anderen Seite, erscheinen Zwangsmaßnahmen und stationäre Unterbringung in den Augen der Öffentlichkeit die angemessene Weise des Umgangs mit schizophren erkrankten Menschen zu sein. Aus dieser Sichtweise folgt eine indirekte Stigmatisierung: Wer solch eine Behandlung braucht, muss schon große Probleme haben, und man sollte diese Person besser meiden oder gleich „weschließen“ (vgl. ebd.: 82).

- Im *Zugang zu sozialen Rollen* sehen sich 18 % aller Interviewten eingeschränkt. Darunter fallen der stigmatisierungsbedingte Ausschluss von wichtigen Rollen in Familie, Partnerschaft und Beruf. Am häufigsten berichteten die Befragten davon, dass die Schizophrenie als Hindernis zu arbeits- und berufsbezogenen Rollen wirkt. Häufig wird die Rückkehr an den Arbeitsplatz von kritischen Bemerkungen, Misstrauen oder gar der Aberkennung von vorher bewiesenen Fähigkeiten begleitet. Unter solchen Umständen ist es nicht verwunderlich, dass schizophren Erkrankte oft die ersten sind, die ihren Arbeitsplatz verlieren (vgl. Schulze 2005: 131).

Ein weiteres Belastungsmoment für die Betroffenen ist die Frage nach dem Umgang

⁶ Wie bereits unter 1.4 dargestellt, ist das öffentliche Bild von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere von schizophren erkrankten Menschen, äußerst negativ. Sie gelten u.a. als aggressiv und gewalttätig.

mit der Erkrankung am Arbeitsplatz. Die Entscheidung darüber, ob einem potenziellen Arbeitgeber über die Erkrankung berichtet wird oder nicht, kann entscheidend dafür sein, ob ein Arbeitsverhältnis überhaupt erst zustande kommt oder nicht. Auch empfehlen viele Betroffene, längere Phasen der Abwesenheit vom Arbeitsplatz mit sog. Scheindiagnosen wie z.B. Stoffwechselstörungen zu begründen (vgl. ebd.: 131).

Auch wird die Partnersuche oder das Aufrechterhalten einer bestehenden Partnerschaft von den schizophran Erkrankten in den Interviews als schwierig geschildert. Der unvorhersehbare Verlauf der Erkrankung, die zusätzliche Belastung und die Ängste haben bei vielen der Befragten zur Trennung, somit oft auch von den eigenen Kindern, geführt. Somit wird es den Betroffenen durch die Krankheit erschwert, familiäre Rollen einzunehmen (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 83-84).

Als weiteres Problem beschreiben die Befragten Probleme bei der Wohnungssuche oder bei dem Erhalt bereits bestehender Mietsverhältnisse. Es wird von konfliktbeladenen Verhältnissen berichtet, welche von Verleumdungen, Verdächtigungen auf Diebstahl und Beschwerden der Nachbarn geprägt sind (vgl. ebd.: 84).

- *Strukturelle Diskriminierung* bildet die vierte und letzte Dimension, in der Diskriminierung erlebt wird. 13% aller Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen sind auf Ungerechtigkeiten und Ungleichgewichte in gesellschaftlichen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen zurückzuführen. Dies verdeutlicht, dass die Auswirkungen des Stigmas weit über den Bereich der direkten Interaktion hinausgehen. Als stärkste Form der strukturellen Diskriminierung werden dabei die Mängel in der Qualität der psychiatrischen Versorgung (u.a. der Mangel an ambulanten Versorgungs- und Betreuungsangeboten) wahrgenommen (vgl. Schulze 2005: 131). Darüber hinaus fühlten sich die Befragten durch den Eindruck stigmatisiert, dass es nur eine Standardbehandlung gäbe, bei der lediglich mit der Art und Dosierung der Medikamente experimentiert würde. Hier fordern die Befragten umfassende Behandlungspläne unter Einbeziehung der Alltagsschwierigkeiten außerhalb der Klinik, eine bessere Vernetzung zwischen den Einrichtungen der stationären Behandlung, gemeindenahen Versorgung und den Rehabilitationsangeboten (vgl. ebd.:132).

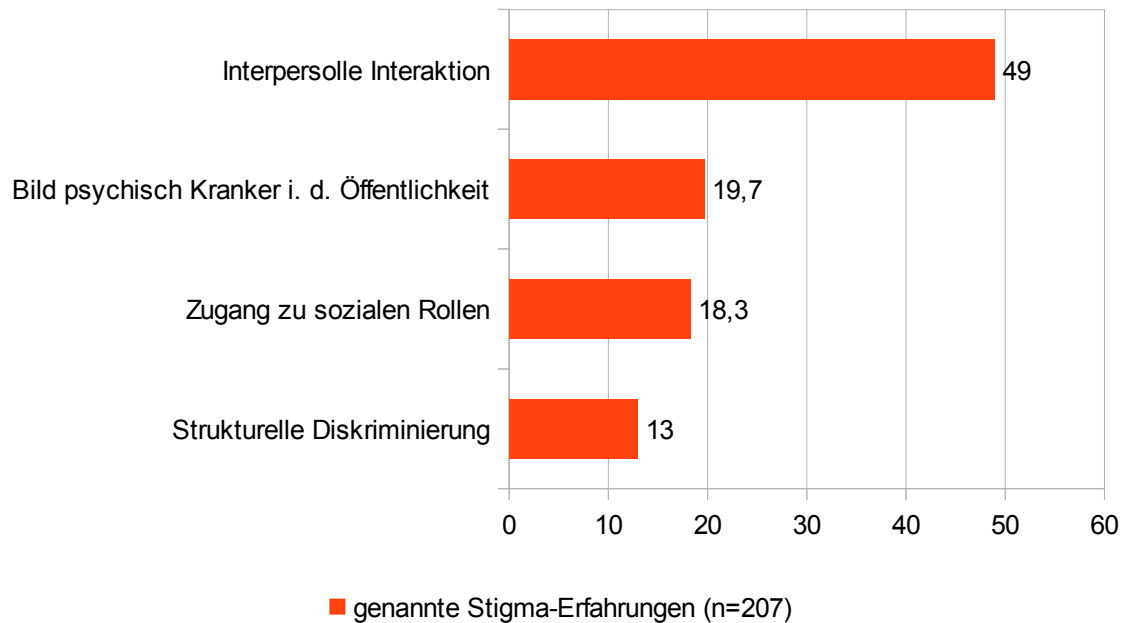


Abb. 2: Die vier Dimensionen des Stigmas aus Sicht psychisch erkrankter Menschen (Schulze 2005: 128)

Abschließend wurde von den Befragten noch festgestellt, dass aus ihrer Sicht die Wertvorstellungen in der Gesellschaft – wie z.B. Leistungsbereitschaft und Wettbewerbsorientierung – zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter beitragen (vgl. Schulze/ Angermeyer 2003: 307). Dadurch, dass sich alles auf wirtschaftlichen Erfolg, Flexibilität und Aktivität ausrichte, würde es psychisch erkrankten Menschen besonders schwer gemacht, die vorherrschenden Kriterien für soziale Anerkennung zu erfüllen (vgl. ebd.; vgl. Schulze 2005: 132).

Die oben dargestellten Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen zeigen somit, wie sehr sie durch die negativen Vorstellungen und Stereotype ihrer Mitmenschen leiden. Wie bereits erwähnt wurde, sind neben den psychisch Erkrankten selbst auch ihre Angehörigen von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen. Sie sind von zentraler Bedeutung für die Betreuung psychisch Erkrankter, da rund 50% der psychisch erkrankten Menschen bei ihren Angehörigen wohnen (vgl. Lauber/ Eicheberger/ Rössler 2001: 22). Die hieraus resultierenden Belastungen werden durch die Vorurteile und das Unverständnis der Umwelt zusätzlich verstärkt (vgl. Schulze 2005: 132).

1.5.2 Stigmatisierungserfahrungen der Angehörigen

Die Angehörigen gelten zwar auch als „Normale“, jedoch stehen sie den von psychischer Krankheit Betroffenen so nahe, dass sie mit deren besonderer Situation vertraut sind und sie der enge Kontakt mitfühlend mit der Lebenssituation der Stigmatisierten gemacht hat (vgl. Goffman 1967: 40). Die enge Verbindung zwischen Angehörigen und Betroffenen führt die Gesellschaft jedoch dazu, „beide Individuen in gewisser Hinsicht als eins zu behandeln“ (vgl. ebd.: 42). Dieser Umstand hilft zu erklären, warum das mit psychischer Krankheit verbundene Stigma auf das nähere Umfeld der erkrankten Personen ausgeweitet wird (vgl. Schulz 2005:132). Dieser Prozess der Stigmaübertragung wird auch als *Courtesy Stigma* bezeichnet:

„Unter *Courtesy Stigma* versteht man die Situation, die durch die Sozialstruktur mit einer stigmatisierten Person verbunden sind. Damit sind sie gezwungen, „einen Teil der Diskreditierung zu teilen“, mit der sie verwandt oder anderweitig verbunden sind.“ (Goffman 1967: 43)

Die Stigmatisierungserfahrungen der Angehörigen lassen sich, so wie die der psychisch Erkrankten auch, in den vier Dimensionen *Interpersonelle Interaktion*, *strukturelle Diskriminierung*, *öffentliches Bild psychischer Erkrankung* und *Zugang zu sozialen Rollen* darstellen.

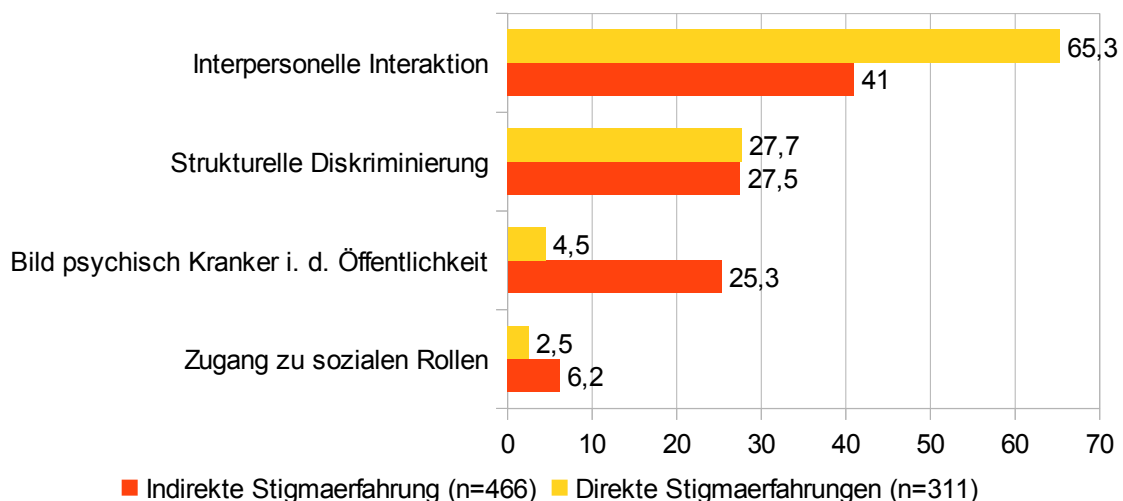


Abbildung 3: Die vier Dimensionen des Stigmas aus Sicht der Angehörigen
(Schulze 2005: 133)

Die Angehörigen sind gewissermaßen einer doppelten Stigmatisierung ausgesetzt, erleben sie doch auf der einen Seite eigene – auf sie direkt bezogene – Stigmatisierungserfahrungen und auf der anderen Seite erleben sie im Alltag die Stigmatisierung ihrer erkrankten Angehörigen indirekt mit, entweder während ihrer Anwesenheit oder später aus Erzählungen ihrer erkrankten Angehörigen (vgl. ebd.: 133).

Im folgenden werden nun die Stigmaerlebnisse der Angehörigen geschildert:

- In der *interpersonellen Interaktion* wird Stigmatisierung hauptsächlich im direkten Kontakt erlebt. Als am Problematischsten schilderten sie hierbei den Kontakt mit professionellen Helfer_innen der Psychiatrie, da diese u.a. kaum Interesse an den Leistungen der Angehörigen bei der Betreuung der Erkrankten zeigen, ihre Sorgen und Nöte nicht ausreichend beachten und von den Psychiater_innen von der Behandlung ausgeschlossen werden (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 81). Darüber hinaus sei der mangelnde Informationsaustausch sehr belastend, da viele der Befragten anfangs keine konkreten Informationen über die Erkrankung, mögliche Behandlungsformen oder Weiterbehandlungsmöglichkeiten nach der Entlassung erfuhren. Im Weiteren beklagten die Angehörigen, dass ihre Erfahrungen und Kompetenzen weder von den Professionellen noch von der Öffentlichkeit anerkannt werden (vgl. Schulze 2005: 134).

Als eine indirekte Stigmaerfahrung wird das Erleben von Stigmatisierung ihrer erkrankten Angehörigen durch professionelle Helfer_innen beschrieben, welche in Form von Intoleranz, Mangel an Verständnis, Wissensmangel im Umgang mit den Erkrankten oder auch das Verwenden von Fachvokabular – wodurch den Angehörigen und Erkrankten wichtige Informationen entgingen – erlebt wird (vgl. ebd.: 134).

Eine der schlimmsten Stigmatisierungserfahrungen, welche die Angehörigen schildern, ist für die Erkrankung verantwortlich gemacht zu werden. Dies geschieht z.B. dann, wenn sich Eltern mit Anschuldigungen wie „*Da muss sexueller Missbrauch dahinter stecken*“ oder „*Die Ursache für die Erkrankung sind Sie*“ konfrontiert sehen (vgl. ebd.: 135).

Aus der Wahrnehmung der Angehörigen heraus ist die Hauptursache für das mit psychischer Krankheit verbundene Stigma zum einen Wissensmangel und zum anderen Unsicherheit und Ängste in der Bevölkerung (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 81). Diese Ängste umfassen sowohl die Angst vor Ansteckung, wie auch vor

aggressivem Verhalten. Entscheidend bei alle dem sei jedoch, dass durch die Ängste der Kontakt zu den Erkrankten gemieden würde, so die Angehörigen. Zusätzlich zu diesem Rückzug von Freund_innen, Verwandten und Nachbar_innen „fühlen sich die Angehörigen auch durch Mangel an Interesse, sowie durch Neugier, Tratsch und Spott in die Isolation gedrängt“ (vgl. Schulze 2005: 136). Um solche Diskriminierungen zu vermeiden, versuchen auch viele Angehörige, ähnlich den Erkrankten, das Bekanntwerden der Erkrankung zu verhindern oder geben andere Erkrankungen (so wird statt der Schizophrenie dann auch von einer Depression gesprochen, da diese weniger Stigmabehaftet ist) an, um von der eigentlichen Diagnose abzulenken (vgl. ebd.: 136).

- *Strukturelle Diskriminierung* nehmen die Angehörigen vor allem in der mangelhaften psychiatrischen Versorgung wahr. Beispielsweise werden die Versorgungsstrukturen als sehr verwirrend wahrgenommen (vgl. Schulze/ Angermeyer 2003: 306). Weiter wünschen sich die Angehörigen mehr Unterstützung, z.B. durch den sozialpsychiatrischen Dienst, da sie sich vor allem bei Krisen nicht in der Lage fühlen, ihre Angehörigen zu beruhigen und zu schützen (vgl. ebd.: 306f.).

Als weiteres Problem wird die unausgeglichene Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem gesehen, da die Psychiatrie nach Meinung der Befragten bei Debatten über Ausgaben benachteiligt sei. Die Mittel seien zu knapp bemessen und würden hauptsächlich in somatisch orientierten Versorgungsbereichen, wie z.B. pharmakologische Behandlung und organische Diagnoseverfahren eingesetzt (vgl. ebd.: 306). Auch sehen sich die niedergelassenen Nervenärzt_innen aufgrund der Arzneimittelbudgetierung nur allzu oft außerstande, die vergleichsweise teuren (aber symptomärmeren) atypischen Neuroleptika zu verordnen. Weiter erweist sich die Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Erkrankte durch die Rentenversicherungsträger als schwierig (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 82).

- *Das Bild psychisch erkrankter Menschen in der Öffentlichkeit* wird von den Angehörigen ebenfalls als sehr negativ und direkt stigmatisierend erlebt. So wie die Betroffenen selbst, sehen auch die Angehörigen vor allem die Medien für diesen Umstand verantwortlich. Diese würden sich in ihren Darstellungen lediglich auf die Verbreitung der stereotypen Bilder von gefährlichen, gewalttätigen und unberechenbaren Kranken beschränken und somit zum einen zur Verbreitung und

Verfestigung dieser Vorurteile beitragen. Zum anderen, so die Angehörigen, tun die Medien zu wenig für die Aufklärung der Öffentlichkeit. Ein Großteil der erlebten Stigmatisierungen im persönlichen Umfeld wird auf diesen Informationsmangel und die damit verbundene Unkenntnis und Vorurteile zurückgeführt. Weiter betraf diese Unkenntnis nicht nur die Laien, sondern auch solche Berufsgruppen, welche häufiger in Kontakt mit Erkrankten kommen, so u.a. Polizist_innen, Jurist_innen und Mitarbeiter_innen des öffentlichen Nahverkehrs (vgl. Schulze 2005: 138).

- Der *Zugang zu sozialen Rollen*, welcher durch eine psychische Erkrankung erschwert wird, wird für die Angehörigen der Betroffenen überwiegend indirekt zu einem Problem. Sie kriegen immer dann die Folgen des Stigmas zu spüren, wenn es ihren erkrankten Angehörigen aufgrund der Krankheit nicht gelingt eine Arbeit, eine Wohnung, Freund_innen oder eine_n Partner_in zu finden. Diese Probleme bringen immer auch finanzielle Belastungen für die Angehörigen mit sich (vgl. ebd.: 139).

Im Weiteren wird den Angehörigen das Ausfüllen ihrer eigenen sozialen Rollen durch die Versorgung ihrer Angehörigen erschwert, da z.B. Arbeitgeber_innen und Arbeitskolleg_innen kein Verständnis für Betreuungsaufwand, Behördengänge und Arztbesuche haben. Des Weiteren kann es auch passieren, dass die Beziehungen zum Wohnumfeld – durch Unverständnis der Nachbar_innen für bestimmte Verhaltensweisen der Erkrankten (z.B. während einer manischen Phase im Falle einer bipolaren Störung) – geschädigt werden (vgl. ebd.: 139).

Schließlich erschwert es die Erkrankung den Angehörigen und ihren psychisch erkrankten Partner_innen bestehende Partnerschaften aufrecht zu erhalten. Der unvorhersehbare Verlauf der Erkrankung, die zusätzliche Belastung im Alltag und die Ängste führten schließlich für viele der Befragten zur Trennung (vgl. Ebd.: 139).

Abschließend gelangt man durch die Schilderungen der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen und deren Angehörigen zu dem Schluss, dass die aus psychischen Erkrankungen resultierenden Benachteiligungen weit über den Bereich der interpersonellen Interaktion hinausgehen. So wirkt sich das Stigma psychischer Erkrankungen auch auf die anderen Lebensbereiche der Betroffenen aus und führt somit zu negativen Lebenschancen und reduziert ihre Möglichkeiten von optimalen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten zu profitieren. Auch die Angehörigen haben durch das Stigma mit Schwierigkeiten im

sozialen Umfeld und mit struktureller Benachteiligung zu kämpfen. Der Alltag der Erkrankten und ihrer Angehörigen wird des Weiteren durch das negative öffentliche Bild sowie die Mediendarstellungen psychischer Erkrankung (welche hauptsächlich Stereotype reproduzieren und verfestigen) belastet. Auf die umfangreichen Folgen dieses Stigmatisierungsprozesses soll nun im folgenden Kapitel eingegangen werden.

1.6 Folgen und Konsequenzen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen

Nachdem im vorangegangenen Kapitel (Empirische Evidenz) die konkreten Stigmatisierungserlebnisse der psychisch Erkrankten und deren Angehörigen beschrieben wurden, sollen nun die daraus resultierenden Folgen und Konsequenzen für die Betroffenen dargestellt und erläutert werden.

Wie bereits unter 1.2 Prozess der Stigmatisierung und Diskriminierung dargestellt, geht Stigmatisierung prozesshaft vonstatten. Hier kann schon die Benennung der Andersartigkeit der psychisch erkrankten Menschen, zum Beispiel durch eine Diagnose, für die Betroffenen weitreichende Folgen haben.

Menschen, welche psychisch erkranken, betrachten sich selbst als Teil der Öffentlichkeit und haben die Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen selber verinnerlicht und wollen nicht als Teil dieser Gruppe angesehen werden (vgl. Rüscher et al. 2004: 8). Dies kann dazu führen, dass sich die Betroffenen entscheiden, keine Behandlung zu beginnen oder diese abzubrechen (vgl. ebd.: 7; vgl. Gaebel/ Ahrens/ Schlamann 2010: 4; vgl. Rutz 2005: 220). Dies wird unter anderem damit begründet, dass das mit der Behandlung verbundene Stigma schwerer wiege als die Besserung der Symptome (vgl. Corrigan/ Rüscher 2002 :12). Eine Studie hat ergeben, dass zwischen dem ersten Auftreten der Symptomatik und der ersten Behandlung durchschnittlich 5 Jahre vergehen (vgl. Schulz/ Stuart/ Riedel-Heller 2009: 21). Somit kann das soziale Stigma sowohl zur Verschleppung der Erkrankung, als auch zu einer Verzögerung der Erkennung und Behandlung der Erkrankung führen und somit die Chancen für Behandlungs- und Heilungserfolge merklich reduzieren (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 69; vgl. Sartorius 2005: 245; vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2013).

Des Weiteren wird der Prozess, wie bereits in 1.2. erwähnt wurde, in dem die psychisch Erkrankten die Stigmatisierung und Diskriminierung verinnerlichen, auch als „zweite

Krankheit“ bezeichnet (vgl. Finzen 2001: 24). Bei einer Erkrankung werden, wie oben beschrieben, die negativen Vorstellungen zu psychischer Krankheit von den Betroffenen auf sich selbst bezogen, was wiederum das Selbstwertgefühl der Betroffenen beeinträchtigt. Die Betroffenen reagieren mit Stigmabewältigungsstrategien wie Rückzug, wodurch sie sich zum einen vor der Stigmatisierung zu schützen versuchen, jedoch können dadurch potenziell unterstützende Ressourcen aus dem sozialen Umfeld nicht mehr genutzt werden (vgl. Gaebel/ Zäske/ Baumann 2004: 3254) oder verloren gehen. Somit ist die psychische Erkrankung für die Betroffenen mit erheblichen Behinderungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbunden, da viele Kranke keinePartner_in haben, nur über wenig Freundschaften und über keine Arbeit oder Beruf verfügen (vgl. Rüesch 2005: 197).

Das Wissen der Betroffenen um die negativen öffentlichen Vorstellungen zu psychischer Krankheit kann zu weiteren Problemen führen, da Betroffene mitunter zur Vermeidung sozialer Kontakte, Rückzug aus der Öffentlichkeit und Geheimhaltung ihrer Erkrankung neigen, um diese vor ihrem sozialen Umfeld geheimzuhalten und einer Etikettierung und Stigmatisierung zu entgehen. Diese Bewältigungsmechanismen erweisen sich jedoch zum einen als wenig hilfreich und können des Weiteren zu schlechter sozialer Integration, Isolation und Arbeitslosigkeit führen (vgl. Rüsch et. al. 2004: 7; vgl. Schulze 2005: 124) und schaden den sozialen Netzwerken der Betroffenen (vgl. Gaebel/ Ahrens/ Schlamm 2010: 4). Dieser Umstand kann in einem regelrechten Teufelskreis von Ablehnung, Diskriminierung, sozialer Isolation, Arbeitsunfähigkeit, Substanzabhängigkeit, Obdachlosigkeit oder Inhaftierung münden, der zu einer immer geringer werdenden Wahrscheinlichkeit einer Regeneration und Reintegration führt (vgl. Krumm/ Becker 2005: 193; vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2013).

Als Folge des Stigmas – und der damit verbundenen schlechten sozialen Integration – ist das soziale Netzwerk der Erkrankten sehr belastet und von Abwendung und Rückzug geprägt (vgl. Rüesch 2005: 199). Die Mehrheit der sozialen Kontakte besteht aus Personen, welche in einem Verhältnis der Verpflichtung zu den Erkrankten stehen. Dies gilt sowohl für die moralische und gesetzliche Verpflichtung der Angehörigen, als auch für die berufliche Verpflichtung der professionellen Helfer_innen (vgl. ebd.: 200). Freiwillige Kontakte bestehen in den meisten Fällen nur zu anderen psychisch erkrankten Personen, da sich andere soziale Kontakte von den Betroffenen abgewendet haben (vgl. ebd.: 200).

Im Weiteren sorgt das stark negativ geprägte Bild von psychischer Krankheit in der

Öffentlichkeit, welches – wie bereits unter 1.4.1 und 1.4.2 erläutert – von den Medien reproduziert und verbreitet wird, bei den Rezipient_innen für Angst, Unsicherheit und Ablehnung gegenüber den psychisch Erkrankten (vgl. Paputo 2005: 96; vgl. Schulze 2005: 124). In Folge dessen distanzieren sich viele Personen aus dem sozialen Umfeld der Erkrankten von ihnen und ihren Angehörigen (vgl. Gaebel/ Zäske/ Baumann 2004: 3253f.; vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 77; vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2013). Sie reagieren, so wie der Rest der Öffentlichkeit, mit einem starken Bedürfnis nach Abgrenzung und *sozialer Distanz*. Die Stärke dieses Bedürfnisses ist unterschiedlich stark ausgeprägt und richtet sich nach den unterschiedlichen Diagnosen und Störungsformen, da diese mit unterschiedlichen Vorurteilen belegt sind. So herrscht gegenüber sucht- und schizophren erkrankten Menschen ein hohes Abgrenzungsbedürfnis vor, während es bei solchen Betroffenen mit einer Depression oder Angsterkrankung weniger ausgeprägt ist (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 77; vgl. Krumm/ Becker 2005: 186). Des Weiteren gilt es festzuhalten, dass das Bedürfnis nach sozialer Distanz sozialgruppenspezifisch ausgeprägt ist. Faktoren für eine größere Distanz sind u.a. ein hohes Lebensalter und männliches Geschlecht, dagegen stehen u.a. ein geringes Lebensalter und weibliches Geschlecht für eine mitfühlendere Einstellung den Erkrankten gegenüber (siehe hierzu auch 1.4.1.2.) (vgl. Krumm/ Becker 2005: 191).

| Diagnose | Psychisch Erkrankte sind ... | |
|--------------------|--|---------------------------------------|
| | ... eine Gefahr für andere Zustimmung (%) | ... unberechenbar Zustimmung (%) |
| Schwere Depression | 22,9 | 56,4 |
| Panikattacken | 25,7 | 50,2 |
| Schizophrenie | 71,3 | 77,3 |
| Demenz | 18,6 | 52,9 |
| Essstörung | 6,7 | 28,9 |
| Alkoholsucht | 65,2 | 70,8 |
| Drogensucht | 73,9 | 77,8 |

Tab. 2: Negative Auffassungen über Personen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen (Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 77)

Das Bedürfnis nach sozialer Distanz kann soweit gehen, dass es strukturelle Diskriminierung hervorruft, welche durch das „N.I.M.B.Y.“⁷-Prinzip beschrieben wird. Es wird den Erkrankten, von Seiten der Bevölkerung aus, zwar der Anspruch auf Handlungs-, Kontakt- und Arbeitsmöglichkeiten im generellen zugestanden und als gerechtfertigt anerkannt, dies sei jedoch nicht im Bereich der engeren sozialen und regionalen Umwelt gewollt (vgl. Grausgruber 2005: 34). Dieses kommt u.a. dann zum Ausdruck, wenn Pläne für die Einrichtung von Wohnheimen oder Tagesstätten auf Widerstand in der lokalen Bevölkerung stoßen, weil diese um den sozialen Frieden in ihrer Wohngegend, ihre persönliche Sicherheit oder den Wert ihrer Immobilien besorgt sind (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 70; vgl. Schulze 2005: 139).

Weitere Formen der strukturellen Diskriminierung bilden die Arzneimittelbudgetierungen (welche die angemessene pharmakologische Versorgung mit z.B. atypischen Neuroleptikas erschwert) und die problematische Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den Rentenversicherungsträger (vgl. Schulze/ Angermeyer 2002: 82). Die Folgen für die Betroffenen äußern sich in verschlechterten Behandlungs- und Heilungschancen (vgl. ebd.: 82). Diese Ausführungen lassen erkennen, welche schwerwiegende Einschränkungen die Stigmatisierung und Diskriminierung für die Lebenschancen und Lebensqualität der Betroffenen mit sich bringt. Die soziale Interaktion der Betroffenen wird erschwert und soziale Rollen bleiben ihnen verwehrt, das Selbstwertgefühl wird durch negative Mediendarstellungen und Vorstellungen der Öffentlichkeit beschädigt und strukturelle Diskriminierungen verschlechtern die Behandlungs- und als Folge daraus die Heilungschancen der von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen.

1.7 Zusammenfassung

In diesem ersten Kapitel wurde der Gegenstand klar eingegrenzt. Es wurde die Bedeutung der Begriffe Stigma, Stigmatisierung und Diskriminierung erläutert und deren Zusammenhang im Prozess der Stigmatisierung und Diskriminierung festgestellt. Des Weiteren konnte belegt werden, dass es sich bei Stigmatisierung um ein soziales Konstrukt handelt, welches prozesshaft vonstattengeht und in mehrere Phasen unterschieden werden kann.

Darüber hinaus wurden die Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung, welche zum einen

7 N.I.M.B.Y. - Not in my back yard.

in der stark generalisierenden Struktur und zum anderen in der Sanktionierung von Normabweichungen liegt, beschrieben. Zugleich ermöglicht Stigmatisierung eine vereinfachte soziale Interaktion aufgrund der hohen Generalisierung und dient der Machtausübung und dem Machterhalt gegenüber Minderheiten.

Anschließend an diese theoretischen Grundvoraussetzung wurde auf die konkreten Formen der Stigmatisierung – welche sich in den Einstellungen der Laien und den medialen Darstellungen von psychischer Krankheit, den Betroffenen und der psychiatrischen Behandlung zeigen – eingegangen. Hier zeigte sich, welchen großen Einfluss die – mitunter sehr reißerischen und negativ geprägten – medialen Darstellungen von psychisch erkrankten Menschen und den sie umgebenden Institutionen auf die Meinungsbildung der Öffentlichkeit gegenüber den Erkrankten haben.

Im Anschluss daran wurde auf die vielfältigen Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen der von psychischer Krankheit Betroffenen und deren Angehörigen eingegangen. Hier konnte festgestellt werden, dass sich die Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen in die Dimensionen *Interpersonelle Interaktion*, *strukturelle Diskriminierung*, *öffentliches Bild psychischer Erkrankung* und *Zugang zu sozialen Rollen* unterscheiden lassen, wobei hier die Wahrnehmungen von Betroffenen und Angehörigen auseinander gehen.

Abschließend wurden die – aus den beschriebenen Umständen resultierenden – Folgen und Konsequenzen, welche sowohl die Herabminderung der Lebensqualität und Lebenschancen als auch die Verminderung der Heilungschancen für die Betroffenen mit sich bringen, erläutert.

2 Die Stellung psychisch erkrankter Menschen im Kontext historischer sozio-kultureller Prozesse

Um die Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen besser verstehen zu können, ist der Blick auf die historische Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit psychischer Krankheit hilfreich, da aus dieser Perspektive zu erkennen sein wird, dass der Umgang mit psychischer Krankheit immer auch durch die – eine Epoche prägenden – Umstände, wie zum Beispiel das Weltbild, markante Ereignisse, sowie Werte und Normen einer Gesellschaft bedingt ist. Diese Betrachtung soll es ermöglichen, die heutigen

Einstellungen der Öffentlichkeit vor dem Hintergrund der die heutige Zeit prägenden Umstände zu erfassen und zu hinterfragen.

2.1 Die vorklassische Periode und Antike

Die ersten schriftlichen Überlieferungen über seelische Zustände, welche aus heutiger Sicht als psychische Krankheit interpretiert werden können, stammen aus der *Vorklassischen Periode*⁸. Hier wurden die Zustände der Betroffenen als eine Besessenheit von bösen Geistern oder Dämonen interpretiert. Somit bestand die Behandlung aus schamanistischen Riten, welche die Geister und Dämonen vertreiben oder besänftigen sollten (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 58). So wird auf einer 4.000 Jahre alten mesopotamischen Keilschrifttafel über einen Mann berichtet, der verwirrt sei und das Gefühl habe, die Götter seien zornig auf ihn. Weiter ist von Visionen, Lähmungen und Angstzuständen die Rede (vgl. Brückner 2010: 11). Die erste moralisch geprägte Deutung von psychischer Krankheit findet sich in der hebräisch vorchristlichen Kultur, welche psychische Erkrankungen als Strafe Gottes interpretierte. Eine Besserung oder Heilung sollte hier durch Sühneopfer herbeigeführt werden (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 58).

In der *Antike* wird in Griechenland und im römischen Reich mit der *Somatogenesis* die erste Wendung, hin zu einem dem heutigen Verständnis von Krankheit ähnlichen Krankheitsbegriff, vollzogen. In seiner Säftelehre vertrat Hippokrates (um 460- um 370 v. Chr.) die Auffassung, dass Krankheiten durch ein unausgewogenes Verhältnis der vier Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) verursacht würden (vgl. ebd.: 58). Nach Hippokrates Säftelehre bedeutet die Harmonie der Säfte also Gesundheit und im Gegensatz dazu erzeuge ihr Ungleichgewicht Krankheiten (vgl. Brückner 2010: 15). Körperliche und psychische Krankheiten wurden dabei nicht von einander unterschieden. Mit seiner Lehre hob sich Hippokrates von den bis dahin geltenden schamanistischen Mythologien ab und erklärte psychische Krankheiten als zum Körper gehörend (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 58). In der hippokratischen Sicht auf Krankheit wächst die Bedeutung des Gehirns als Ort der Entstehung von „vernunftlosen“ Zuständen, die unter anderem mit den Begriffen Manie, Melancholie und Hysterie bezeichnet wurden (vgl. Brückner 2010: 17).

8 Die vorklassische Periode (ca. 3500 v. Chr. – ca. 1000 v. Chr.) ging der klassischen Antike vorweg.

Damals gab es noch keine grundsätzlichen Zusammenarbeit von Justiz und Medizin. Anhaltspunkte für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen können den damaligen rechtlichen Bestimmungen entnommen werden. So konnten Verwandte oder nahe Freund_innen juristische Schritte einleiten, wenn Betroffene umherirrten, ihr Vermögen verschleuderten oder gewalttätig wurden. Auch war es damals möglich, Betroffene zu entrechten oder für nicht schuldfähig zu erklären. Verwirrte oder unzurechnungsfähige Sklav_innen hingegen konnten aus der Gesellschaft ausgestoßen oder bei Gefahr getötet werden (vgl. ebd.:20-21). Jahrhunderte später entwickelte der römische Gelehrte Claudius Galen (um 129 – um 211) Hippokrates Lehre weiter und unterschied bereits emotionale (z.B. Partnerschaftsprobleme) von medizinischen Ursachen für psychische Krankheit (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 58). Weiter unterschied er drei Seelenteile (das Denken im Gehirn, den Willen im Herzen, das Begehren in der Leber) und darüber hinaus das Wahrnehmungs-, Erkenntnis- und Erinnerungsvermögen (vgl. Brückner 2010: 25).

2.2 Das Mittelalter

In der bäuerlichen Gesellschaft des *frühen Mittelalters* waren psychisch Erkrankte relativ gut integriert. In klösterlichen Hospitälern wurden sie genauso aufgenommen wie Alte, Waisen oder andere Hilfebedürftige. Der christliche Caritasgedanke war dabei leitend für die Ordensbrüder und -schwestern (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 58). Ungeachtet dessen blieb die Versorgung der Erkrankten in der Familie die vorherrschende Behandlungs- und Betreuungsform (vgl. Brückner 2010: 27).

Im *späten Mittelalter*, welches durch viele Krisen⁹ geprägt war, kam es zur Verelendung der Bevölkerung, welche Zuflucht im Aberglauben suchte. Nach der Auffassung der Kirche, welche das theozentrische Weltbild vertrat, wurden Armut und Krankheit als Strafe Gottes angesehen. Psychische Krankheit konnte als Zeichen dafür gedeutet werden, dass die Betroffenen von einem Dämon oder dem Teufel besessen waren und sich der Hexerei schuldig gemacht hatten. Ob dies gewollt (einen Pakt mit dem Teufel eingehen) oder ungewollt (der Teufeln nahm von jemandem Besitz) passierte, war für die Behandlung unwichtig. Die „Therapie“ der Besessenheit sah den Exorzismus bzw. eine Teufelsaustreibung vor, wobei der Tod der Betroffenen in Kauf genommen wurde (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel

9 u.a. die katastrophale Pestepidemie zwischen 1347 und 1350 mit ca. 23 Millionen Toten in Europa.

2005: 59). Im Unterschied dazu waren den mittelalterlichen Menschen aber auch Heiligenerscheinungen, Schwebestände und visionäre Himmelschauen bekannt, welche mitunter als göttliche Prüfungen oder heilige Visionen angesehen wurden (vgl. Brückner 2010: 28f.).

Für die damalige Zeit stellt es sich so dar, dass solche Personen, welche über Visionen berichteten und ansonsten als gesund galten, eine besondere Empfänglichkeit für die übersinnliche Welt zu besitzen schienen. Nicht die Form der Erfahrung stand zur Debatte, sondern ihr Inhalt. Die Frage, ob dieser Inhalt gottgefällig sei oder von Dämonen beeinflusst schien, wurde von Theologen entschieden (vgl. ebd.: 30).

Das 1487 vom Vatikan veröffentlichte Werk „Hexenhammer“ vereinheitlichte den Umgang mit Hexen und Hexenmeistern. Für über zwei Jahrhunderte bestimmte dieses Werk den Umgang mit psychisch Kranken, welche in Folge dessen als Hexen, Hexenmeister oder Besessene verfolgt und hingerichtet wurden (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 59). Von den ca. 60.000 Opfern waren jedoch bei weitem nicht alle psychisch erkrankt. Die Hexentheorie und die damit einhergehende Hexenverfolgung waren ein hochideologisches Disziplinierungsinstrument der Kirche, das auf jeden Menschen angewandt werden konnte (vgl. Brückner 2010: 43).

Auch wurden während dieser Zeit nicht alle psychisch Kranken der Hexerei bezichtigt. Viele wurden auch in Asylen, Toll- oder Zuchthäusern interniert und mussten dort zusammen mit Armen und Kriminellen Zwangsarbeit leisten. Als besonderes Beispiel für den Umgang mit psychisch Erkrankten in dieser Zeit dient das Londoner Asyl „Priory of St. Mary of Bethlehem“, wo die katholische Kirche seit dem 13. Jahrhundert Arme und Kranke unterbrachte. Die psychisch Kranken wurden hier in Käfige gesperrt und der Bevölkerung zur Belustigung vorgeführt. Aus den dokumentierten Eintrittsgeldern lassen sich Besucherzahlen von bis zu 100.000 pro Jahr errechnen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 59).

Wieder andere wurden, wenn sie z.B. nicht zu halten waren oder andere gefährdeten, in ihrem Zuhause von den Angehörigen in Holzkisten, so genannte „Stöcke“ oder „Tollkisten“, gesperrt. Aus Rechtstexten geht hervor, dass zur damaligen Zeit die Angehörigen verpflichtet waren, die Erkrankten zu beaufsichtigen und Ersatzleistungen im Schadensfall zu leisten. Auch konnten damals bereits Vormundschaften beantragt werden (vgl. Brückner 2010: 34). Für das Schicksal der Erkrankten – also ob sie integriert oder ausgegrenzt wurden – war es damals entscheidend, welchen sozialen Stand diese Person inne hatte, ob sie über familiäre

Netzwerke verfügte, wie hoch der Grad der Beeinträchtigung war und wie die kirchlichen, volksmedizinischen oder schulmedizinischen Deutungen ihres Zustandes aussahen (vgl. ebd.:35f.).

2.3 Renaissance und französische Revolution

Zu Zeiten der *Renaissance* gelangte die öffentliche Gesundheitsfürsorge, als Folge großer Krisen wie den Reformationen oder Missernten, zu großer Bedeutung. Es entstanden erste Medizinalordnungen zur „Aufsicht über die Heilpersonen“. So wurde beispielsweise im Jahr 1547 die Stadt London Träger der, oben bereits beschriebenen, gefängnisähnlichen Institution „Priory of St. Mary of Bethlehem“, in der die Insassen erst ab dem 17. Jahrhundert ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten (vgl. ebd.: 50).

Ein wesentlicher Wechsel für die Betroffenen kam erst mit der *französischen Revolution*, als sich ein humanistischeres Bild der von psychischer Krankheit Betroffenen durchzusetzen begann. So befreite der Arzt und Anstaltsleiter Philippe Pinel 1793 in einem symbolischen Akt die „Irren“ von ihren Ketten. Seiner Auffassung nach seien psychisch Erkrankte keine Kriminellen und dürften somit auch nicht eingesperrt werden. Sie seien viel mehr als Kranke zu betrachten und demnach ärztlich zu behandeln (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 59). Auch wenn die Verwirklichung seines praktisch-reformierenden Paradigmas erst Jahrzehnte später geschah (vgl. Dörner 1969: 153), gilt Pinel nichtsdestoweniger als einer der Begründer der modernen humanistisch, therapeutisch orientierten Psychiatrie (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 59).

In Folge dessen kam es in Frankreich, wie auch in Deutschland, zu einer Neuorganisation der Unterbringung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Auch wurde erstmals die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung erkannt und so hielt die Psychiatrie als akademische Disziplin Einzug in die deutschen Universitäten (vgl. ebd.: 59). Für die Betroffenen bedeutete dies, dass durch die moralischen Behandlungsverfahren von Pinel Zwangsmaßnahmen zunehmend abgebaut und im Gegensatz dazu eine pädagogische Milieutherapie eingeführt wurden (vgl. Brückner 2010:72). Gegen Ende des 18. Jahrhunderts kam die Idee auf, dass eine Teilgruppe der Erkrankten wieder zur Vernunft zurück geführt werden könnte. Durch diese These der Heilbarkeit bestimmter Formen des Wahnsinns entstand somit die moderne, klinische Psychiatrie (vgl. ebd.: 55).

2.4 19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert wurde, nachdem sich die Erkenntnis durchgesetzt hatte, dass psychisch Kranke ebenso wie körperlich Kranke einen Anspruch auf eine auf medizinischer Wissenschaft beruhenden Behandlung haben, ein neu einzurichtendes Versorgungssystem für psychisch erkrankte Menschen benötigt (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60).

Diese Reform, welche nach den Maßgaben des aufstrebenden Bürgertums gestaltet wurde, begründete den dreifachen Auftrag der Psychiatrie: Sicherung, Therapie und Forschung (vgl. Brückner 2010: 78).

Bei der Frage, wie dies zu realisieren sei, standen sich zwei gegensätzliche Auffassungen gegenüber. F. Roller vertrat die Ansicht, dass psychisch Erkrankte möglichst abgeschieden auf dem Land unterzubringen und zu behandeln seien. Dagegen stand W. Griesinger, welcher die ländliche Abgeschiedenheit nur für langfristige Therapie in Betracht zog und der Auffassung war, dass kurzfristige Behandlungen in den normalen medizinischen Betrieb zu integrieren seien und dass kurzfristige stationäre Unterbringungen in Stadtasylen gewährleistet werden müssten (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60). Auch war er einer der ersten deutschen Befürworter des gewaltablehnenden Non-Restraint-Prinzips (vgl. Dörner 1969: 290), der Aufhebung der Trennung zwischen „heilbaren“ und „unheilbaren“ Patient_innen und vertrat die Gleichstellung von psychischen und somatischen Krankheiten. Somit trug er zur Verankerung der Lehre von psychischen Leiden in der Medizin bei (vgl. Brückner 2010: 103). Griesinger konnte seine Position – was die Unterbringungsformen der Erkrankten angeht – jedoch nicht durchsetzen, was zu der Errichtung der psychiatrischen Großkrankenhäuser vor den Städten führte, so wie Roller dies befürwortet hatte (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60). Zu dieser Zeit wurden bereits erste individualisierte Behandlungspläne aufgestellt, welche die jeweilige Störung, das Geschlecht, Alter, Temperament und Persönlichkeit der Erkrankten berücksichtigen sollten. Diese fand meist in der Ferne, ohne die gewohnten sozialen Beziehungen, mit geregelter Tagesablauf, Freizeitbeschäftigung und einer angemessenen Arbeitstherapie statt. Die soziale Rehabilitation setzte auf pädagogische Einflussnahme (vgl. Brückner 2010:81f.).

Bei der Behandlung wurden die leichten von den schwer-akuten Fällen getrennt. Durch die neuen Konzepte konnten ein erheblicher Teil der mildereren, akuten Störungen gelindert werden. Bei den schweren, akuten Fällen jedoch, bei denen die sanfte moralische Behandlung

keine Wirkung zeigte, kamen mitunter schmerzhaft und invasive Methoden – wie der Zwangsstuhl, die Autenrieth'sche Maske¹⁰, der Horn'sche Sack¹¹ oder das Drehbett¹² – zum Einsatz. Durch diese Maßnahmen sollten tobende, aber auch störrische und unfolgsame Kranke wieder „zur Ordnung und Folgsamkeit“ gebracht werden (vgl. ebd.: 82).

Dies erwuchs aus der Überzeugung, dass Erregungszustände, aggressive Ausbrüche sowie Gewalttaten der Erkrankten mit Gegengewalt zu begegnen sei. Obwohl sich die damaligen frühen Psychiater für nachhaltige Reformen einsetzten und Heilung erreichen wollten, haben doch vor allem diese martialischen Methoden ihren Ruf nachhaltig beschädigt (vgl. ebd.: 83).

Bezeichnend für den Umgang ist, dass die Erkrankten gerne mit Kindern verglichen wurden, mit welchen sie im Übrigen auch rechtlich gleichgestellt waren (vgl. ebd.: 81).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen sich die zwangsfreien Behandlungsformen gegenüber solchen Methoden, welche auf Zwang basierten, durchzusetzen. Auch kam die Frage auf, wieviel von diesem Zwang überhaupt zulässig sei (vgl. ebd.: 99). Diese Frage wurde zusammen mit den Problemen der Überbelegung, widerrechtlichen Zwangseinweisungen und der unklaren Gesetzeslage durch eine Protestbewegung – zu welcher vor allem Patient_innen, verschiedene Prominente ihrer Zeit, Autor_innen und einige Ärzt_innen zählten – öffentlich thematisiert. In Folge dessen wurde 1909 der „Bund für Irrenrecht und Irrenfürsorge“ gegründet (vgl. ebd.: 107f.).

2.5 Das 20. Jahrhundert

Zu Beginn des *20. Jahrhunderts* wurde entdeckt, dass Syphilis, welche im fortgeschrittenen Stadium schwere psychopathologische Symptome entwickeln kann, durch eine Infektion ausgelöst wird. Somit gab es den ersten direkten Nachweis, dass körperliche Krankheiten zu psychischen Störungen führen können (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60).

War zu Beginn des Jahrhunderts die psychiatrische Versorgung und die Behandlung der Erkrankten in Deutschland zunächst noch von den humanistischen und medizinischen Grundsätzen geprägt, so änderte sich dies nach der Machtergreifung der *Nationalsozialist_innen* grundlegend. Da die „Erhaltung der Volksgesundheit“, welche nach der nationalsozialistischen Rassenideologie das wichtigste Ziel der Gesundheitsversorgung

10 Ein lederner Maulkorb, der das Schreien verhindern sollte.

11 Ein fester, verschließbarer und zuweilen doppelter Leinensack, in dem erregte Insass_innen beruhigt werden sollten.

12 Darin wurde Patient_innen festgeschnallt und ein bis eineinhalb Minuten Zentrifugalkräften ausgesetzt.

darstellte, durch die vermeintlich degenerierten Erbanlagen der psychisch Erkrankten als gefährdet angesehen wurde, wurden ca. 300.000 bis 400.000 psychisch erkrankte Personen zwangssterilisiert, wovon weitere 6.000 Patient_innen während dieser Eingriffe starben (vgl. ebd.: 60; vgl. Brückner 2010: 127).

Weiter wurden bis 1941 im Rahmen der sog. „Aktion T4“ ca. 70.000 Psychiatriepatient_innen umgebracht, die danach zwar offiziell gestoppt, inoffiziell aber fortgeführt wurde und heute als „wilde Euthanasie“ bezeichnet wird. Solche psychisch Erkrankten, welche nicht mehr in der Lage waren zu arbeiten, wurden getötet oder dem Hungertod überlassen (vgl. Zäske/Baumann/Gaebel 2005: 60). In der Zeit zwischen 1933 und 1945 wurden mindestens 296.000 Patient_innen ermordet, wovon rund 140.000 aus besetzten Gebieten stammten (vgl. Brückner 2010: 125). Offener Widerstand gegen diese Praktiken war damals nicht möglich, wollte man sich selbst nicht in Gefahr bringen. Vereinzelter Widerstand regte sich zwar bei den Kirchen, zum Ausdruck kam dieser jedoch auch nur in schriftlicher Form auf Dienstwegen (vgl. ebd.: 131). Abschließend muss festgehalten werden, dass die deutsche Psychiatrie nicht von Nationalsozialist_innen missbraucht wurde, sondern teilweise intellektuell, strukturell und personell in die Verbrechen verwickelt war (vgl. ebd.: 131).

Neben dieser schweren Krise war das 20. Jahrhundert aber auch von großen Fortschritten in der Behandlung von psychischen Erkrankungen geprägt. So wurde 1952 erstmals die Wirksamkeit von Chlorpromazin bei schizophrenen Psychosen festgestellt, welche bis dahin als unheilbar galten (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60). Trotzdem blieb die Psychiatrie der Nachkriegsjahre zunächst ein Ort der Verwahrung (vgl. Brückner 2010: 133).

In den 1950er und 60er Jahren begann sich die psychiatriekritische Bewegung zu entwickeln. Sie kritisierte die Verhältnisse und bedrückenden Zustände (z.B. die Überbelegungen der Stationen und die langen Liegezeiten der Patient_innen), welche in den psychiatrischen Großkrankenhäusern herrschten (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60).

In der DDR gab es schon früh Reformbestrebungen hin zu einer offenen Psychiatrie. Innovative Konzepte konnten jedoch wegen der beschränkten ökonomischen Ressourcen lediglich an Universitätspsychiatrien erprobt werden (vgl. ebd.: 60; vgl. Brückner 2010:137f.). In der BRD befasste sich zu Anfang der 1970er Jahre eine Expert_innenkommission mit der Situation in der psychiatrischen Versorgung. Sie veröffentlichte 1975 die Psychiatrie-Enquête, welche einen Wendepunkt in der Versorgung markiert und unter anderem feststellte, dass die zentralisierte Unterbringung in Großkrankenhäusern nicht mehr den modernen Anforderungen

entsprach und zu dezentralisieren sei (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 60).

Es sollten ambulante, teilstationäre und komplementäre Einrichtungen in Wohnortnähe der Betroffenen geschaffen und gleichzeitig die stationäre Versorgung reduziert werden (vgl. ebd.: 61). Auch wurde zur Schaffung von bedarfsgerechten, präventiven und nachsorgenden Hilfen angeregt. Besonders für hospitalisierte Langzeitpatient_innen war diese Reform ein großer Fortschritt, da viele in beschützte Wohnstätten entlassen werden konnten (vgl. Brückner 2010: 140). Im Jahr 1988 empfahl eine weitere Expert_innenkommission, einen Übergang zu einer personenzentrierten Versorgung mit einer Ausrichtung auf individuelle Funktionsbereiche (u.a. Behandlung, Rehabilitation, Wohnen, Beruf, soziale Integration) zu schaffen (vgl. ebd.: 142).

Nach der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 begann man auch in den neuen Bundesländern damit, die durch die Psychiatrie-Enquête formulierten Ziele umzusetzen. Dieser Prozess der Deinstitutionalisierung dauert bis heute an (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 61).

2.6 Das 21. Jahrhundert

Im *21. Jahrhundert* haben sich, insbesondere durch den technischen Fortschritt, viele neue Möglichkeiten für die Psychiatrie eröffnet. Die neuen, bildgebenden Verfahren ermöglichen eine immer präzisere Beschreibung verschiedener Gehirnareale, -funktionen und -aktivitäten und verbessern somit auch die Möglichkeit der Diagnostik psychischer Erkrankungen. Des Weiteren sind heute auch die modernen Biotechnologien in der Lage, bei der Identifizierung von Risikogenen und molekulargenetischen Einflussfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen zu helfen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 61). Neben den technischen Entwicklungen gibt es auch Fortschritte im Bereich der Therapie. So gibt es neue Psychopharmaka mit weniger belastenden Nebenwirkungen und durch neue integrative Therapiekonzepte wie die Psychoedukation werden neue Möglichkeiten eröffnet. Auch Krankheitsmodelle und Erklärungsansätze sind von den neueren Entwicklungen nicht ausgeschlossen (vgl. ebd.: 61), z.B. integriert das systemtheoretisch orientierte biopsychosoziale Entstehungsmodell die komplexen Interaktionen verschiedener Entstehungs- und Einflussfaktoren (vgl. ebd.: 71).

Neben den Entwicklungen in der jüngeren Psychiatriegeschichte ist für das Verständnis der

heutigen gesellschaftlichen Stellung psychisch erkrankter Menschen der Blick auf die Wertorientierung unserer Gesellschaft und die Auffassungen eben dieser gegenüber der Gruppe der psychisch Erkrankten zentral. In unserer heutigen Gesellschaft dienen Erwerbstätigkeit und ökonomischer Erfolg nicht mehr nur der Sicherung des Lebensunterhalts, sondern vermitteln auch Status und geben Auskunft über die gesellschaftliche Stellung eines Menschen (vgl. Schulze 2005: 137).

Die steigenden Leistungsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt und die Vorstellung, dass Menschen – welche einmal an einer psychischen Erkrankung gelitten haben – nicht mehr in der Lage wären diese zu erfüllen, wirken sich besonders negativ auf die Betroffenen aus und sorgen dafür, dass die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen an den Rand der Gesellschaft gedrängt wird (vgl. ebd.: 137).

Dieser Umstand kommt durch Vorurteile und Stereotype – wie psychisch Kranke seien weniger intelligent, faul, arbeitsscheu oder selber Schuld an ihrer Erkrankung – und weiter durch die Angst und Unsicherheit der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen zum Ausdruck (vgl. ebd.:124, vgl. Schöny 2002: 49).

Die Verbesserung der gesellschaftlichen Integration psychisch erkrankter Menschen war bereits eines der Hauptziele der Psychiatriereform und konnte – trotz der langfristig angelegten Strategie der Integration durch sozialen Kontakt – bisher nicht erreicht werden. Der Wille zur Abgrenzung und das Bedürfnis nach sozialer Distanz wird durch die Anwesenheit der Erkrankten nicht geringer, wenn an die Stelle der Anstaltsmauern andere Grenzen – wie eben Vorurteile und Stereotype – treten (vgl. Krumm/ Becker 2005: 179).

Die Unkenntnis der psychiatrischen Laien zum Thema psychischer Krankheit ist verantwortlich für die Verbreitung und den Erhalt von Mythen und Vorurteilen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 56) und lässt Platz für die negative Wirkung von reißerischen medialen Darstellungen (vgl. Grausgruber 2005: 36).

Soll die Integration dieser Menschen gelingen, so müssen aus eben diesen Gründen Wege gefunden werden, wie dem Stigma und der Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen begegnet werden kann. Wie dies geschehen kann, soll nun im folgenden Kapitel näher beleuchtet werden.

3 Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen

Wie die vorangegangenen Kapiteln gezeigt haben, stellt das Stigma und die daraus resultierende Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen ein großes Problem mit weitreichenden Folgen dar. Dabei hat sich herausgestellt, dass sich Stigmatisierung in erster Linie in der zwischenmenschlichen Interaktion vollzieht, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene in Form von struktureller Diskriminierung geschieht. Dieses Kapitel soll nun Auskunft darüber geben welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um diesem Umstand zu begegnen.

Zunächst kann festgehalten werden, dass die zentralen Ansatzpunkte für Anti-Stigma-Interventionen zum einen in der Aufklärung der durch Unkenntnis entstandenen Mythen und der Korrektur der öffentlichen Meinung – also auf gesellschaftlicher Ebene und in der Arbeit mit Gruppen – und des Weiteren in der individuellen Stärkung der von Stigmatisierung Betroffenen bestehen (vgl. Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 882). Diese sollen nun im Folgenden dargestellt werden.

3.1 Ansätze zur Intervention auf gesellschaftlicher Ebene

Diese Interventionsformen richten sich an ein breites Publikum und versuchen durch ihr Wirken möglichst viele Menschen zu erreichen.

Zwei besonders wichtige Strategien, die dieses Ziel verfolgen, sind *Awareness-* und *Anti-Stigma-Kampagnen*. Die *Awareness-Programme* versuchen mittels Information der Öffentlichkeit und bestimmter Zielgruppen¹³ das Bewusstsein für und die Sensibilität gegenüber psychisch erkrankten Menschen und deren Stigmatisierung zu stärken, über die Verbreitung von Mythen aufzuklären und die dafür verantwortliche Unkenntnis der Bevölkerung über Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten zu beseitigen. Dadurch wird versucht, die Rezipient_innen zu „Entängstigen“ und präventiv gegen Stigmatisierung vorzugehen (vgl. Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 877f.). Die Arbeit der Awareness-Programme richtet sich hauptsächlich an die breite Bevölkerung, insbesondere aber auch an das im Gesundheitsbereich tätige Personal und potenzielle Erkrankte. Dies

¹³ Solch eine Zielgruppe können u.a. Allgemeinmediziner_innen sein, um hierdurch die Früherkennung zu verbessern und damit die rechtzeitige Behandlung von psychischen Erkrankungen zu verbessern.

geschieht durch Methoden wie öffentliche Kampagnen und Bevölkerungsbefragungen (vgl.ebd.: 878).

Des Weiteren sind die sogenannten *Anti-Stigma-Programme* zu benennen, die auf eine Veränderung und den Abbau negativer Einstellungen und diskriminierenden Verhaltens gegenüber psychisch erkrankten Menschen abzielen, um diesen Menschen bessere Chancen, gleiche Rechte und ein diskriminierungsfreies Leben zu ermöglichen. Zu den Adressant_innen von Anti-Stigma-Programmen zählt hauptsächlich die Bevölkerung, solche Gruppen mit direktem Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen¹⁴ oder auch solche, deren Entscheidungen psychisch erkrankte Menschen betreffen¹⁵. Zu den Methoden zählen u.a. gezielte Interventionen, Patientenbefragungen, Bevölkerungsbefragungen und Gesetzesänderungen (vgl. ebd.: 878).

Abschließend muss jedoch erwähnt werden, dass solche Interventionsformen nur bedingt erfolgversprechend sind, da Stereotype oft ausgesprochen resistent gegenüber kritischer Information (vgl. Rüesch 2005: 205) und edukativen Interventionen sind (vgl. Krumm/Becker 2005: 186, vgl. Möller-Leimkühler 2005: 50).

„Experimente zeigen, dass Menschen dazu neigen, sich primär jene Informationen auszusuchen und zu merken, die eine einmal gefasste Meinung zu einem bestimmten Sachverhalt bestätigen“ (Rüesch 2005: 205). Des Weiteren muss festgehalten werden, dass Vorurteile und Stereotype in der Regel nicht auf rationale Entscheidungen zurück geführt werden können, sondern – wie bereits dargelegt – auf durch Unkenntnis und Mythen beruhender Angst und Ablehnung gegenüber den psychisch Erkrankten beruhen. Somit kann eine rationale Bearbeitung dieser Einstellungen nur bedingt Erfolge versprechen (vgl. Möller-Leimkühler 2005: 52).

„Stigma ist mehr als Vorurteil. Es ist Zuweisung und Empfindung – von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich. Es ist deshalb auch nicht durch simple Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit aufzulösen, [...]“ (Finzen 2001: 178).

14 Dazu zählen auch insbesondere Beschäftigte der psychiatrischen Versorgung und andere Personenkreise, die beruflich bedingt häufig mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben. Dazu zählen u.a. Mitarbeiter_innen der Polizei, Feuerwehr, Pflegepersonal, Sozialarbeiter_innen und Ärzt_innen (vgl. ebd.: 879).

15 Hier seien Mitarbeiter von Kostenträgern (z.B. Krankenkassen oder Rentenversicherern) und solche aus dem Bereich Rehabilitation (Arbeitgeber_innen, Mitarbeiter_innen in Sozial- und Wohnungsämtern) erwähnt (vgl. ebd.: 879).

Auch wenn die dargestellten Interventionen somit als alleiniges Mittel zur Stigmareduktion nicht ausreichend erscheinen, so können sie dennoch einen wertvollen Beitrag zur Aufklärung der Öffentlichkeit leisten. Dies ist deshalb wichtig, da die Wahrscheinlichkeit – mit der eine Person zu stigmatisierendem Verhalten neigt – umso geringer wird, je vertrauter sie mit den Phänomenen einer psychischen Krankheit ist (vgl. Krumm/ Becker 2005: 191).

Eine weitere Form der gesellschaftlichen Intervention stellt der *Protest* dar. Dieser setzt aber – im Gegensatz zu den *Awareness-* und *Anti-Stigma-Kampagnen* – nicht auf Aufklärung oder Belehrung, sondern bekämpft bereits geschehene oder sich anbahnende Stigmatisierungen oder Diskriminierungen (vgl. Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 880). Wie in vielen anderen Ländern, so haben sich auch in Deutschland bereits Aktionsgruppen gebildet, die z.B. gegen stigmatisierende Berichterstattungen in den Medien oder Werbekampagnen protestieren (vgl. ebd.: 880). Beispiele hierfür sind unter anderem das bereits erwähnte BASTA¹⁶, sowie die Organisationen NAMI¹⁷ und SANE¹⁸ (vgl. ebd.; vgl. Schulze 2005: 141).

Der reaktive Ansatz dieser Interventionsform wird jedoch als problematisch betrachtet, da lediglich auf bereits bestehende Diskriminierungen reagiert wird und keine prophylaktische Wirkung enthalten ist. Des Weiteren kann die Unterdrückung bereits vorhandener negativer Einstellungen zu dem sog. *Rebound-Effekt* führen, wodurch stereotype Einstellungen sogar noch verstärkt werden können (vgl. Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 880; vgl. Möller-Leimkühler 2005: 51).

Als die am wirksamsten anzusehenden Interventionen haben sich solche erwiesen, welche zu einem direkten Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen führen, da die konkrete Erfahrung im direkten Kontakt mit einem Menschen die stereotype Vorstellungen am nachhaltigsten zu verändern vermag (vgl. Rüesch 2005: 205; vgl. Rüesch et. al. 2004: 10; vgl. Grausgruber 2005: 37), da dies eine differenziertere Wahrnehmung der Betroffenen bewirkt und somit zu einem Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen führt (vgl. Rüesch 2005: 206) .

In Untersuchungen konnten einige Faktoren identifiziert werden, die die positive Beeinflussung von Stereotypen im zwischenmenschlichen Kontakt unterstützen. So gilt, dass die Interaktionspartner_innen über den gleichen Status verfügen sollten. Die Begegnung sollte

16 BASTA: *Bayrische Anti-Stigma Aktion*, (<http://www.openthedoors.de>) siehe auch 1.4.3 .

17 NAMI: *National Alliance of the Mentally Ill* aus den USA (<http://www.nami.org>).

18 SANE: *Stigmawatch* aus Australien (<http://www.sane.org>).

in einem kooperativen Kontext stattfinden und einen hohen Grad an Intimität aufweisen. Gleichzeitig ist aber auch die Möglichkeit zu Begegnungen in der realen Welt, also außerhalb der Kurszimmer, für erfolgreiche Interventionen von Bedeutung (vgl. ebd.: 206).

Wie bereits unter 1.4.1.2. dargestellt wurde, hat sich die Vertrautheit mit psychiatrischen Erkrankungen, psychisch erkrankten Menschen und dem Versorgungssystem als ein starker Prädiktor für eine wohlwollende, empathische Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen erwiesen (vgl. Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 65f.).

Somit sollten Interventionen also immer besonderen Wert darauf legen, einen direkten Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung herzustellen (vgl. ebd.: 65), wobei darauf geachtet werden muss, dass durch den Kontakt keine vorhandenen Ängste bei den Laien aktiviert werden (vgl. Crisp 2005: 237). Dies würde das Gegenteil des gewünschten Effektes bewirken. Für den Erfolg solcher Interventionen ist also eine anschließende Supervidierung wichtig, um den Erwerb neuer Kenntnisse und Einstellungen sicherzustellen (vgl. ebd.: 237). Des Weiteren ist es wichtig, dass – bei Mitwirkung von Betroffenen in solchen Interventionen – diese von der Zielgruppe als repräsentativ für die Gruppe der psychisch Erkrankten angesehen, und nicht als positive Ausnahme missverstanden werden. Dies würde dem Erfolg einer solchen Intervention entgegenwirken (vgl. Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 881).

Trotz dieses Einwandes belegen Untersuchungen, dass in solchen Schulprojekten, in welchen ein Aufklärungsprojekt durch eine_n Psychiater_in zusammen mit einer psychiatriee erfahrenen Person durchgeführt wurde, die soziale Distanz stärker reduzieren konnten als solche Schulprojekte, in denen die Aufklärung durch eine_n Psychiater_in und eine_n Sozialarbeiter_in durchgeführt wurde (vgl. ebd.: 881).]

Institutionen, welche sich dieser Verfahrensweise in hohem Maße verschrieben haben, sind zum Beispiel der „irre menschlich Hamburg e.V.“ und „irrsinnig menschlich Leipzig“. Im Sinne einer „Antistigmakampagne von unten“ wird in beiden Projekten versucht, den Rezipient_innen (vor allem Schüler_innen und Medienvertreter_innen) – durch persönliche Begegnungen mit psychoseerfahrenen Menschen – mehr Toleranz und Sensibilität im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu vermitteln (vgl. Bock et. al. 2007: 36).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass alle diese Interventionsformen ihre Berechtigung haben, da sie alle verschiedene Stärken und Schwächen aufweisen. „Aufklärung, die Vermittlung von Wissen über psychische Krankheit ist eine wichtige Strategie zum Abbau von

Stigma. [...] Es braucht [jedoch] nicht allein Wissen, sondern [auch] konkrete Erfahrung“ (Rüesch 2005: 210), da direkte Begegnungen die nachhaltigsten Ergebnisse erzeugen (vgl. ebd.: 210).

Am geeignetsten scheint eine Mehrebenen-Strategie von Anti-Stigma-Programmen, bei der verschiedene Interventionsformen kombiniert und auf verschiedenen Ebenen eingesetzt werden. Diese Ebenen sollten das primäre (Angehörige) und sekundäre (Freund_innen, Nachbar_innen) soziale Netz, sowie die Gemeinde der Betroffenen, und nicht zuletzt auch die Betroffenen selbst mit einbeziehen. Durch eine solche Mehrebenen-Strategie könnten zugleich Informationen vermittelt, Aufklärung geleistet, Begegnungsmöglichkeiten geschaffen und soziale Kompetenzen gefördert werden (vgl. ebd.: 210). Wie diese Förderung der Kompetenzen der Betroffenen geschehen kann, soll nun im Folgenden dargestellt werden.

3.2 Individuelle Stigmabewältigung durch Empowerment

Neben solchen Anti-Stigma-Strategien, welche versuchen durch Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit oder durch Kontakt zu Betroffenen das Stigma psychischer Krankheit zu reduzieren oder durch Protest stigmatisierendes Verhalten zu unterbinden, setzt das Empowerment bei den von Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffenen selbst an.

Die Funktionsweise des Empowerment bei der Stigmabewältigung kann als eine Art verbessertes Stigmamanagement¹⁹ bezeichnet werden (vgl. Finzen 2001: 179). Die Identität der Diskriminierten soll nun jedoch nicht mehr geheimgehalten oder der sozialen Umwelt angepasst werden (vgl. Grausgruber 2005: 28), sondern erhalten bleiben.

Das Ziel von Empowerment ist, Menschen aus Abhängigkeit, Unmündigkeit, Willen- und Verantwortungslosigkeit zu führen und zu mündigen, selbstständigen und auf sich selbst vertrauenden Menschen zu machen (vgl. Lauber/ Rössler 2005: 212). Hierfür stellt das Empowerment – im Gegensatz zur defizitorientierten Medizin, welche Defizite beschreibt und diese zu therapieren versucht – die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Menschen in den Fokus (vgl. ebd.: 213).

Es steht also weniger das „nicht-können“ oder die Defizite, als viel mehr die Ressourcen, Interessen und Fähigkeiten der Menschen im Vordergrund. Diese sollen gefördert und die Menschen somit ermuntert werden, für sich und ihre Bedürfnisse und Belange engagiert

¹⁹ Siehe zu Stigmamanagement auch 1.2 .

einzutreten (vgl. ebd.: 213). Das Ziel des Empowerment besteht also darin, den Betroffenen solche Fähigkeiten zu vermitteln, welche es ihnen ermöglichen die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung zu bewältigen und auf die Umwelt in ihrem Sinne einzuwirken (Gaebel/ Baumann/ Zäske 2004: 882). Somit sollen die von Stigmatisierung betroffenen psychisch Erkrankten bei ihrem Kampf und Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung unterstützt werden (vgl. ebd.: 881).

Empowerment soll den Betroffenen dabei helfen, negative Folgen der Stigmatisierung und Diskriminierung zu bekämpfen, zu reduzieren oder gar ganz aufzuheben.

Empowerment und Selbststigmatisierung²⁰ stellen ein Kontinuum dar. An dessen einem Ende befinden sich diejenigen, welche das Stigma psychischer Krankheit vollkommen verinnerlicht haben und deren eigenen pessimistischen Einschätzungen ihren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen (vgl. Rüscher et. al. 2004: 5). Dem gegenüber stehen solche, welche keine Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen hegen und diese dementsprechend auch nicht auf sich selbst beziehen können. Sie entwickeln dadurch keinerlei Minderwertigkeitsgefühle und können sich gegen Stigmatisierungen und Diskriminierungen zur Wehr setzen, woraus sie wiederum eine positive Selbstwahrnehmung erhalten (vgl. ebd.: 5).

Empowerment führt noch zu weiteren positiven Effekten für psychisch erkrankte Menschen. So unterstützen sich Empowerment und soziale Kontakte gegenseitig und können zu einer Vermehrung der sozialen Kontakte zu Personen außerhalb des – bis dahin meist „[...]klein und instabilen [...]“ (Rüscher 2005: 199) – bestehenden sozialen Netzwerkes führen (vgl. ebd.: 216). Hierfür können u.a. Kompetenztrainings und Selbsthilfegruppen herangezogen werden (vgl. ebd.: 216). Weitere positive Wirkung des Empowerment ist, dass sich Betroffene untereinander kennen lernen und unterstützen helfen, was wiederum dem sozialen Netzwerk zuträglich ist (vgl. ebd.: 216). Auch die Lebensqualität – bei der sich unter 1.6. gezeigt hat, dass diese durch die Stigmatisierung psychischer Erkrankung wesentlich beeinträchtigt wird – wird durch Empowerment verbessert, da die Betroffenen ihre Wünsche und Anliegen nun besser vertreten und durchsetzen können (vgl. ebd.: 216).

Des Weiteren hat Empowerment einen positiven Einfluss auf die Beziehung zwischen den professionellen Helfer_innen und den Betroffenen, da Empowerment es den Betroffenen ermöglicht ihre Erfahrungen mit ihrer Krankheit besser mitzuteilen, an den Behandlungsplänen mitzuwirken und bessere Behandlungswege aufzuzeigen. In der Folge

20 Siehe hierzu auch in 1.2 und 1.6 .

kann dies zu einer verbesserten Nutzung von psychiatrischen Institutionen führen, da die Betroffenen der Behandlung nun nicht mehr mit Widerstand, Non-Compliance oder Behandlungsabbruch entgegentreten (vgl. ebd.: 217).

So wie die anderen Interventionsformen helfen das Stigma in der Öffentlichkeit zu bearbeiten und dadurch zu reduzieren, kann den Betroffenen durch Empowerment die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst gegen die vorhandenen Vorurteile und Stereotype zu wehren und somit ebenfalls einen Beitrag zu mehr gesellschaftlicher Akzeptanz gegenüber der Gruppe der psychisch erkrankten Menschen zu leisten.

Somit kann die Soziale Arbeit ihren Klient_innen durch die Anwendung von Empowermentstrategien helfen, einen Weg für den Umgang und die Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von psychischen Erkrankungen zu finden.

4 Fazit

Psychisch erkrankte Menschen werden in Deutschland nachwievor stigmatisiert und diskriminiert. Das Ziel der Psychiatriereform, durch eine Verlagerung der psychiatrischen Versorgung – raus aus den Großkrankenhäuser vor den Toren der Städte, hinein in das soziale Umfeld der Bürger – die Integration und Akzeptanz für diese Personengruppe zu stärken, ist nicht erreicht worden.

Viel mehr sehen sich diese Menschen im Alltag mit einer Vielzahl von Stigmatisierungen und Diskriminierungen konfrontiert, sei dies nun im direkten Kontakt mit ihren Mitmenschen und dem Hilfesystem oder durch die Medien.

Psychische Krankheit wird von der Bevölkerung noch immer mit einer Vielzahl negativer Vorurteile in Verbindung gebracht. Auch die Medien greifen diese Vorurteile für ihre Zwecke auf und sorgen somit für eine Reproduktion und Zementierung dieser Vorurteile.

Die Folgen für die Betroffenen sind so zahlreich wie die Diskriminierungen selber. Vor allem das geminderte Selbstwertgefühl der Betroffenen sorgt für die Verheimlichung von Erkrankungen und zum Rückzug der Erkrankten aus sozialen Beziehungen. So geraten sie in Isolation und vereinsamen. Um die Stigmatisierung und Diskriminierung abbauen zu können, ist jedoch gerade eine Bewusstmachung und ein offenes und ehrliches Ansprechen von Ungerechtigkeiten von grundlegender Bedeutung.

Damit dies gelingen kann, ist es wichtig, dass psychische Krankheit kein Tabu mehr bleibt.

Eine sachliche und informative Berichterstattung sollte der reißerischen Devise „only bad news are good news“ vorgezogen werden, da anderen Falls Angst und Ablehnung bei den Rezipient_innen erzeugt wird. Proteste gegen eine solche Verfahrensweise – wie sie u.a. die *Bayrische Antistigma Aktion (BASTA)* organisiert und durchführt – sind dabei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Doch um das Tabu zu brechen, bedarf es mehr als bloß negative Darstellungen zu unterdrücken oder zu verbieten, da so die vorhandenen Bilder in den Köpfen der psychiatrischen Laien trotzdem bestehen bleiben.

Awareness- und Antistigma-Kampagnen leisten hier einen wertvollen Beitrag zur Wissensvermittlung und Aufklärung der psychiatrischen Laien und können somit helfen, die durch Mythen und Unkenntnis entstandenen Lientheorien von psychischen Erkrankungen zu korrigieren und ihnen so ein neues Bild von psychischen Erkrankungen und den Betroffenen zu vermitteln. Besonders wirksam werden diese Programme, wenn sie sich der Mitwirkung von Betroffenen bedienen, die die Gruppe der psychisch Erkrankten vertreten und psychiatrischen Laien somit direkte Begegnungen ermöglichen können.

Auch wenn es bereits Programme und Kampagnen gibt, die sich dieser wichtigen Aufgabe widmen, so darf sich darauf trotzdem nicht ausgeruht werden. Mit Blick in die Zukunft wird klar warum. Durch den demographischen Wandel ist bereits jetzt absehbar, dass eine Erosion der beiden zentralen Säulen des sozialen Netzwerks von psychisch Erkrankten – Angehörige und Professionelle – zu erwarten ist. Angehörige werden in Zukunft entweder immer weniger zu finden sein, oder sie werden im Falle von Alter und Gebrechlichkeit selbst auf Unterstützung angewiesen sein. Gleichzeitig wird unter dem Druck der steigenden Gesundheitskosten ein Ausbau des professionellen Hilfesystems kaum zu erwarten sein. Als Folge dieser Entwicklung würde die Betreuung und Fürsorge für (chronisch) psychisch erkrankte Menschen mehr und mehr den Gemeinden anheim fallen. Dies macht klar wie wichtig die Aufklärung der Bevölkerung ist, da hierdurch der Weg für die Aktivierung und Förderung natürlicher sozialer Netzwerke bereitet wird, damit diese die Betreuung und Fürsorge der Erkrankten außerhalb der Familie und des Versorgungssystems leisten können.

Das dies eine große Aufgabe ist, liegt es auf der Hand, „dass der Versuch [Stigma und Stigmatisierung] zu mildern oder gar aufzuheben, nicht mehr und nicht weniger bedeutet als zu versuchen, die Gesellschaft als Ganzes zu verändern [...]“ (Finzen 2001: 191) ist unbestritten. Dennoch hat nicht zuletzt auch die Geschichte bewiesen, dass das Bild von psychischer Krankheit wandelbar ist. Es liegt nun an uns, dieses zum Besseren zu wandeln.

5 Literaturverzeichnis

- Angermeyer M.C. (1994) Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit, in: Reimer F. (Hg.) Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. Berlin [u.a.], Springer-Verlag, S.1-10.
- Angermeyer M.C., Matschinger H. (Hg.) (1995) Das Bundesministerium für Gesundheit, Auswirkung der Reform der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern in der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken. Ergebnis einer empirischen Untersuchung, Baden – Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Angermeyer M.C., Schulze B. (2002) Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie : Konzeptuelle Überlegungen, in: Neuropsychiatrie, Nr.16, S.39-45.
- Brand U., Seifert J. (2005) Praxiserfahrungen. Erfahrungsberichte von Angehörigen, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S. 154-178.
- Brückner B. (Hg.) (2010) Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Crisp A. (2005) Praxisbeispiele. Changing Minds: „Every Family in the Land“. Die Antistigma-Kampagne des Royal College of Psychiatrists, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.224-244.
- Dörner K. (Hg.) (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, 3. Auflage. Frankfurt am Main, Europäische Verlagsanstalt
- Finzen A. (Hg.) (2001) Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung, 2. Auflage. Bonn, Psychiatrie Verlag
- Hohmeier J. (1975) Stigmatisierung als Definitionsprozeß, in: Brusten M., Hohmeier J.(Hg.): Stigmatisierung 1. Zur Produktion Gesellschaftlicher Randgruppen. Neuwied und Darmstadt, Herman Luchterhand Verlag, S.5-24.
- Gaebel W., Baumann A., Zäske H. (2004) Gesellschaftsrelevante Ansätze zur Überwindung von Stigma und Diskriminierung, in: Rössler W. (Hg.) Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, S.875-886.
- Gaebel W., Möller, H.-J., Rössler, W. (2005) Synopsis, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.286-290.
- Goffman E. (Hg.) (1967) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, 21. Auflage, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag

- Grausgruber A., Katschnig H., Meise U., Schöny W. (2002) Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie, in: Neuropsychiatrie, Nr.16, S.54-67.
- Grausgruber A. (2005) Formen und Entstehungsmodelle, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.18-39.
- Hillmann K.-H. (Hg.) (2007) Wörterbuch der Soziologie; 5. Auflage. Stuttgart, Alfred Körner Verlag
- Krumm S., Becker T. (2005) Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Intergration, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.179-195.
- Lauber C., Eichenberger A., Rössler W. (2001) Oft vergessen und allein mit ihren Belastungen – Eine Untersuchung mit Angehörigen psychisch kranker Menschen in Zürich ,in: Psyhosoziale Umschau 2001 Nr. 2, S.22-24.
- Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W. (2002) Behandlungsvorstellungen der Bevölkerung zu Depression und Schizophrenie ,in: Neuropsychiatrie, Nr.16, S.99-102.
- Möller-Leimkühler A.M. (2005) Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozial-psychologischer Stereotypenforschung, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.40-55.
- Ng S.L., Martin J.L., Romanes S.E. (1995): A community's attitudes towards the mentally ill, in: Newzealand Medical Journal, Nr.108, S.505-508.
- Paputo K. (2005): Grundlagen: Empirische Evidenz. Psychiatrie in den Medien, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.83-99.
- Philo G., Secker J., Platt S., Henderson L., McLaughlin G., Burnside J (1994) The Impact of mass media on public images of mental illness. media content and audience belief, in: Health Education Journal, Nr.53, S.271-281.
- Rüesch P. (2005) Überwindungsversuche. Soziale Netzwerke und Lebensqualität, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.196-212.

- Rutz W. (2005) Seelische Gesundheit, Stigma und Ausgrenzung aus europäischer Perspektive. Die Destigmatisierungs-Programme der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.219-224.
- Sartorius N. (1998) Stigma: what psychiatrists can do about it?, in: The Lancet, Nr.325, S.1058-1059.
- Sartorius N. (2005) Praxisbeispiele. Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia – Open the doors: das globale Antistigma-Programm des Weltverbandes für Psychiatrie (WPA), in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.245-248.
- Schöny W. (2002) Schizophrenie hat viele Gesichter: Die österreichische Kampagne zur Reduktion des Stigmas und der Diskriminierung wegen Schizophrenie, in: Neuropsychiatrie, Nr.16, S.48-53.
- Schulze B. (2005) Praxiserfahrungen, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker, Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S.122-154.
- Schulze B., Angermeyer M.C. (2002) Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung, in: Neuropsychiatrie, Nr.16, S.78-86.
- Schulze B., Angermeyer M.C. (2003) Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals, in: Social Science and Medicine, Nr. 56, S.299-312.
- Schulze B., Stuart H., Riedel-Heller S.G. (2009) Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas, in: Psychiatrische Praxis, Nr. 36, S.19–27.
- Taylor S.M., Dear M.J. (1981) Scaling community attitudes towards the mentally ill, in: Schizophrenia Bulletin Ausgabe, Nr.7, S.225-240.
- Zäske H., Baumann A., Gaebel W. (2005) Grundlagen: Die empirische Evidenz. Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung, in: Gaebel W., Möller H.-J., Rössler W. (Hg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag, S. 56-83.
- Wolff G., Pathare S., Craig T., Leff J (1996) Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people, in: The British Journal of Psychiatry, Nr. 168, S.191-198.

Internetquellen

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2013) Bedeutung Stigma
<http://www.seelichegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen/stigmatisierung/bedeutung-stigma> (Zugriff 07.02.2013)

Corrigan P.W., Rüsch N. (2002) Stereotypen über psychisch Erkrankten und klinische Versorgung: Vermeiden Menschen Behandlung wegen Stigmatisierung?
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2004/st-2004-06-02-stigmatisierung-ruesch.pdf (Zugriff 22.1.2013)

Gaebel W., Ahrens W., Schlamann P. (2010) Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlung und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
<http://www.seelichegesundheit.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf> (Zugriff 4.2.2013)

Gaebel W., Zäske H., Baumann A. (2004) Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, S.3253-3255.
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/44732> (Zugriff 16.1.2013)

Heinz L. (2012) Die Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien. Eine Analyse der Serien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ der 70er Jahre, Freie Universität Berlin
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000003571 (Zugriff 12.1.2013)

Miller K. (2011) Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch einen stationären Aufenthalt aus Sicht der Betroffenen, Universität Freiburg
<http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/8004/> (Zugriff 5.1.2013)

Rüsch N., Berger M., Finzen A., Angermeyer M.C. (2004) elektronisches Zusatzkapitel: Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen, in: Berger M. (Hg.) Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie
http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf
(Zugriff 15.1.2013)

Bock T., Buck D., Dörner K., Heim S., Schäfer C., Schmitt E., Stolz P., Zingler U. (2007) „Es ist normal, verschieden zu sein!“. Verständnis und Behandlung von Psychosen, Irre menschlich Hamburg e.V.
http://www.lpen-online.de/pdf/es_ist_normal_verschieden_zu_sein.pdf (Zugriff 26.5.2013)

6 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1: Der Stigmatisierungsprozess nach Link und Phelan 2001 (Schulze 2005: 122) | 09 |
| Abb. 2: Die vier Dimensionen des Stigmas aus Sicht psychisch erkrankter Menschen (Schulze 2005: 128) | 31 |
| Abb. 3: Die vier Dimensionen des Stigmas aus Sicht der Angehörigen (Schulze 2005: 133) | 32 |

7 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tab. 1: Prädiktoren für verschiedene Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten (Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 67) | 17 |
| Tab. 2: Negative Auffassungen über Personen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen (Zäske/ Baumann/ Gaebel 2005: 77) | 38 |

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 28.8.2013

Martin Tiemann