

Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen

Nicolas Rüsch, Mathias Berger
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg

Asmus Finzen
Büro für angewandte Sozialpsychiatrie, Basel

Matthias C. Angermeyer
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Inhalt:

1. Terminologie

2. Das Stigma, psychisch krank zu sein
 - 2.1. Öffentliche Stigmatisierung
 - 2.2. Selbststigmatisierung
 - 2.3. Strukturelle Diskriminierung

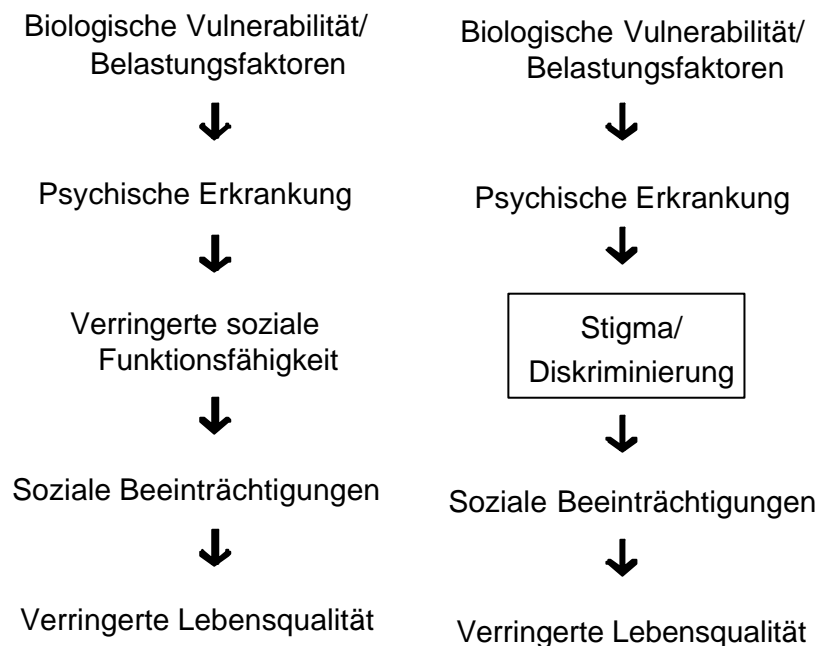
3. Folgen von Stigmatisierung
 - 3.1. Selbststigmatisierung und Selbstbestimmung
 - 3.2. Individuelle Bewältigungsversuche
 - 3.2.1. Vermeidung, Rückzug, Geheimhaltung
 - 3.2.2. Information der Umwelt
 - 3.3. Furcht vor Inanspruchnahme professioneller Hilfe
 - 3.4. Auswirkungen auf Angehörige
 - 3.5. Auswirkungen auf Behandlungsinstitutionen
 - 3.6. Berichterstattung in den Medien

4. Therapeutische und gesellschaftliche Konsequenzen
 - 4.1. Therapeutische Strategien gegen Selbststigmatisierung
 - 4.2. Strategien gegen öffentliche Stigmatisierung

1. Terminologie

Menschen mit psychischen Erkrankungen sehen sich häufig einer doppelten Problematik ausgesetzt (s. Abb. 1). Erstens müssen sie mit den Symptomen ihrer Erkrankung, wie etwa Wahnvorstellungen, Angstzuständen oder Stimmungsschwankungen fertig werden. Zweitens leiden sie unter der Tatsache, daß in der Gesellschaft psychische Erkrankungen noch immer mit einem Stigma behaftet sind. Beispielsweise haben Menschen, die ihre psychische Krankheit gut genug bewältigen, um regelmäßig arbeiten zu können, dennoch bei der Suche nach einer Arbeitsstelle oft erhebliche Schwierigkeiten. Falls Arbeitgeber Kenntnis ihrer Vorgeschichte erhalten, schließen sie sie häufig unabhängig von ihrer Qualifikation von dem Bewerberkreis aus (**öffentliche Stigmatisierung**). Eine weitere mögliche Belastung besteht darin, daß Menschen mit psychischen Erkrankungen die verbreiteten Vorurteile gegenüber ihrer Erkrankung akzeptieren, sie gegen sich selbst wenden und dadurch an Selbstbewußtsein verlieren. Dies wird als **Selbststigmatisierung** bezeichnet. Auch Gesetzgebung, Versicherungsbedingungen, Ressourcenverteilung etc. können Menschen mit psychischen Erkrankungen benachteiligen, was als **strukturelle Diskriminierung** bezeichnet wird.

Abb. 1: Einfache lineare Modelle der Auswirkungen von Erkrankung und Stigma (nach Corrigan, 1998)



Im Folgenden soll der konzeptuelle Hintergrund von öffentlicher und Selbststigmatisierung und struktureller Diskriminierung dargestellt und diskutiert werden. Ferner werden die Auswirkungen von Stigma auf Betroffene und ihr Umfeld dargestellt. Schließlich wird ein Überblick zu Strategien gegeben, wie Betroffenen geholfen werden kann, besser mit Stigmatisierung umzugehen, und wie Stigmatisierung in der Gesellschaft reduziert werden kann.

2. Das Stigma, psychisch krank zu sein

2.1. Öffentliche Stigmatisierung

Analysen von Film- und Druckmedien haben drei **typische Fehleinschätzungen** über Menschen mit psychischen Erkrankungen identifiziert: Sie sind gefährliche Irre, zu denen man auf Distanz gehen sollte; sie sind rebellische Freigeister, für die man Entscheidungen autoritär treffen muss; sie haben rührend-

kindliche Wahrnehmungen der Welt, so daß man sie wie Kinder wohlützig umsorgen muss. Obwohl stigmatisierende Einstellungen nicht auf psychische Erkrankungen begrenzt sind, missbilligt die Allgemeinbevölkerung diese Minderheit mehr als Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Sie werden häufig als für ihre Erkrankung verantwortlich angesehen. Diese Annahme von **Verantwortlichkeit** ist allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt, beispielsweise geringer bei Schizophrenen als bei Substanzabhängigkeit und Eßstörungen.

In den vergangenen Jahrzehnten bildete sich gesellschaftlich ein zunehmendes Problembewußtsein aus, Menschen, die bezüglich ethnischer Herkunft, Religion oder sexueller Ausrichtung von der Bevölkerungsmehrheit abweichen, nicht zu stigmatisieren und zu diskriminieren. Im Bereich psychischer Erkrankungen ist dieses Bewußtsein vielfach noch ungenügend ausgebildet. Dazu kommt, daß schon die Unterscheidung und entsprechende **Etikettierung** einer ‚psychisch normalen‘ oder ‚gesunden‘ Mehrheit von einer ‚psychisch kranken‘ Minderheit eine klare Trennlinie suggeriert, die de facto nicht existiert, da es sich um fließende Übergänge handelt. Außerdem führt diese Aufteilung leicht zu der Überzeugung, daß ‚sie‘, die ‚psychisch Kranken‘, fundamental verschieden seien von ‚uns‘.

Die Sozialpsychologie unterscheidet zwischen verschiedenen kognitiven, emotionalen und Verhaltensaspekten von Stigma: Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung (siehe Tab. 1). **Stereotypen** sind in der Allgemeinbevölkerung bekannt und stellen einen wirksamen Weg dar, Informationen und kollektive Meinungen über verschiedene soziale Gruppen zu kategorisieren (z.B. „Schwaben sind geizig“).

Tabelle 1. Zwei-Faktoren-Theorie von Stigma: Stigma-Fokus (öffentlich/selbst) und sozial-kognitive Komponente (Stereotypen, Vorurteile, Diskriminierung)

Öffentliche Stigmatisierung (public stigma)	Selbststigmatisierung (self-stigma)
<p>Stereotypen: Negative Meinungen über eine Gruppe, z.B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit</p> <p>Vorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z.B. Ärger, Furcht</p> <p>Diskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z.B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe, Vorenthalten von Hilfe</p>	<p>Selbst-Stereotypen: Negative Meinung über sich selbst, z.B. Charakterschwäche, Inkompetenz</p> <p>Selbst-Vorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion z.B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit</p> <p>Selbst-Diskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z.B. Aufgabe der Suche nach Arbeit oder Wohnung</p>

Stereotypen zu kennen bedeutet nicht notwendigerweise, ihnen zuzustimmen. Demgegenüber unterstützen Menschen mit **Vorurteilen** diese negativen Stereotypen („Das stimmt! Alle psychisch Kranken sind gewalttätig“). Diese Vorurteile führen zu einer negativen emotionalen Reaktion („Sie machen mir alle angst“). Werden daraus Verhaltenskonsequenzen gezogen, führt dies zur **Diskriminierung**. Ein mit Ärger verbundenes Vorurteil („Psychisch Kranke sind selbst daran schuld und sind Versager“) kann zu feindseligem Verhalten führen. Im Falle von psychischen Erkrankungen können mit Ärger verbundene Vorurteile bedingen, den Betroffenen Hilfe vorzuenthalten und ungerechtfertigt etwa Polizei oder Justiz einzuschalten. Stereotypen und Vorurteile führen in der Regel nur dann zu wirksamer Diskriminierung, wenn sie mit sozialer, wirtschaftlicher, politischer oder publizistischer **Macht** verbunden ist, um die Diskriminierung durchzusetzen.

Resümee: Öffentliche Stigmatisierung besteht aus drei Elementen - Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung – im Zusammenhang eines Machtgefälles zwischen Mitgliedern der Allgemeinheit und der stigmatisierten Minderheit.

2.2. Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung liegt vor, wenn ein Mitglied einer stigmatisierten Gruppe die Vorurteile gegen die eigene Gruppe teilt und damit gegen sich selbst wendet. Auch Selbststigma basiert auf Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Aus dem Stereotyp „Das stimmt, ich bin schwach und unfähig, für mich selbst zu sorgen, weil ich psychisch krank bin“ folgen häufig negative emotionale Reaktionen, insbesondere ein niedriges Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeit. Weiterhin folgen aus dem Selbstvorurteil Verhaltensreaktionen. Z.B. wagen selbststigmatisierende Patienten oft auch nach ausgeheilter Erkrankung nicht, sich um Arbeit, eigenständige Wohnmöglichkeit, gesellschaftliche Kontakte oder Partnerschaften zu bemühen. Das Nichterreichen dieser Ziele liegt daher oft nicht an der psychischen Erkrankung selbst, sondern an dem selbstdiskriminierenden Verhalten der Betroffenen. Dies wurde auch als „zweite Erkrankung“ der Betroffenen bezeichnet (Finzen, 2001).

Selbststigmatisierung rührt daher, daß viele Betroffene schon lange vor Erkrankungsbeginn die Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen kennen, oft selbst geteilt haben und nun nach Beginn der eigenen Erkrankung gegen sich wenden.

Resümee: Selbststigmatisierung entsteht, wenn Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe die Stereotypen über sich selbst kennen, ihnen zustimmen und sie gegen sich wenden, so daß Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen. Vermindertes Selbstwertgefühl ist eine häufige Folge.

2.3. Strukturelle Diskriminierung

Hiermit sind Praktiken öffentlicher und privater Einrichtungen gemeint, die die Rechte von Minderheiten absichtlich oder unabsichtlich einschränken. Dies kann geschehen, auch ohne daß sich einzelne Personen Angehörigen der Minderheit gegenüber diskriminierend verhalten. Beispiele möglicher struktureller Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gesetzliche Regelungen und eine Ungleichstellung mit somatisch Erkrankten, etwa in der Sozialgesetzgebung oder der Ressourcenverteilung von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder Sozialhilfeträgern etc.

3. Folgen von Stigmatisierung

Im Bereich psychischer Erkrankungen sind Stigmata in der Bevölkerung auch weiterhin verbreitet. Dies wurde für verschiedene westliche Nationen nachgewiesen (für Deutschland siehe Angermeyer und Matschinger, 1997). Leider legen Forschungsergebnisse nahe, daß die öffentliche Meinung während der letzten Jahrzehnte noch stigmatisierender geworden ist. Weiterhin ernüchternd ist auch, daß selbst im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich Beschäftigte nicht frei von stigmatisierenden Überzeugungen sind bzw. die Problematik unterschätzen.

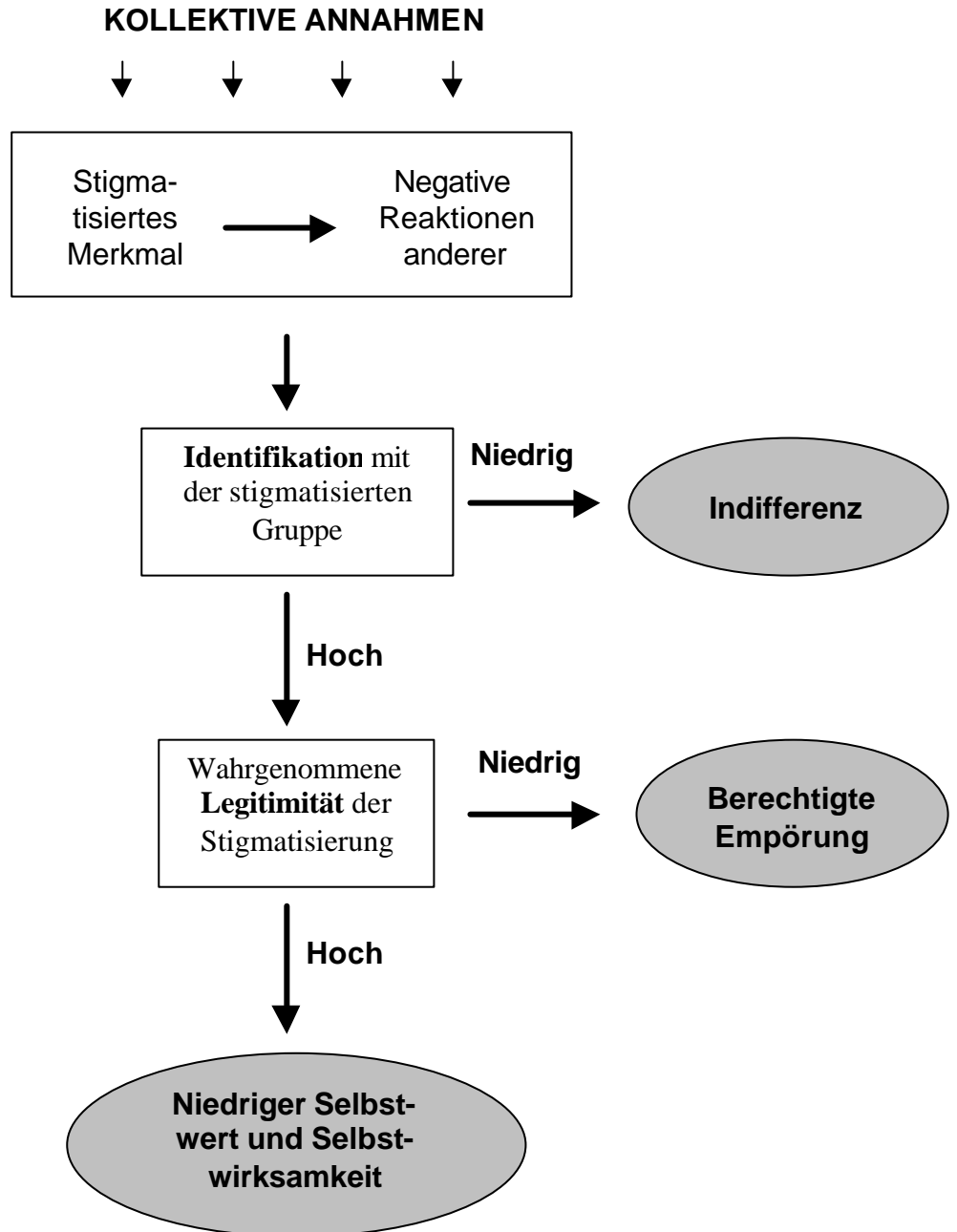
Während die Bewusstmachung und Beseitigung öffentlicher Stigmatisierung und struktureller Diskriminierung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, ist die Selbststigmatisierung ein Problemfeld, mit dem Psychiater und Psychotherapeuten unmittelbar in ihrer Arbeit konfrontiert sind und das häufig mit in die Behandlung einbezogen werden muss. Deswegen soll im Folgenden dieser Aspekt genauer dargestellt werden.

3.1. Selbststigmatisierung und Selbstbestimmung

Forschungsergebnisse zeigen, daß **Selbstbestimmung** („Empowerment“) und Selbststigmatisierung entgegengesetzte Pole eines Kontinuums sind. An einem Ende dieses Kontinuums befinden sich Menschen mit psychischen Erkrankungen, die erheblich durch die eigenen pessimistischen Einschätzungen ihrer Erkrankung beeinflusst sind. Folge ist ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Am anderen Ende des Kontinuums stehen Personen mit psychischen Erkrankungen, die keine Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen hegen und deshalb keine zusätzlichen Minderwertigkeitsgefühle haben.

Diskriminiert zu werden kann aber auch zu psychologischer Reaktanz führen, so daß sich Betroffene gegen die negative Bewertung wehren und daraus eine positive Selbstwahrnehmung ableiten. Der Umstand, daß einige Menschen mit psychischen Erkrankungen mit berechtigter Empörung auf Stigmatisierung reagieren, andere dagegen indifferent bleiben und eine weitere Gruppe sich selbst stigmatisiert, ist als das **„Paradox von Selbststigma und psychischer Erkrankung“** bezeichnet worden (Corrigan und Watson, 2002). Corrigan und Kollegen entwickelten ein Modell der unterschiedlichen persönlichen Reaktion auf das Stigma psychischer Erkrankung (s. Abb. 2).

Abbildung 2. Modell persönlicher Reaktion auf das Stigma psychischer Erkrankung (nach Corrigan und Watson, 2002)



Menschen mit einem stigmatisierten Merkmal, die sich mit der stigmatisierten Gruppe nicht **identifizieren**, werden wahrscheinlich indifferent bleiben, weil sie Vorurteile und Diskriminierung nicht auf sich selbst beziehen. Andererseits werden diejenigen, die sich mit der Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen identifizieren, das Stigma auf sich beziehen. Ihre Reaktion darauf wird durch ihre Einschätzung der **Legitimität** der Stigmatisierung beeinflusst. Wenn sie sie für legitim halten, werden ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeit sinken („Das stimmt. Ich bin ein hoffnungsloser Fall, weil ich psychisch krank bin“). Wenn sie andererseits ihre Stigmatisierung für illegitim und unfair halten, werden sie zu berechtigter Empörung neigen. Diese Personen sind oft aktiv in Selbstbestimmungs- und Selbsthilfeinitiativen tätig.

Während sich das sozialpsychologische Modell der Selbststigmatisierung in der Forschung mit anderen Minderheiten wie ethnischen Gruppen und Menschen mit körperlichen Erkrankungen als hilfreich erwies, müssen drei Aspekte bei psychischen Erkrankungen besondere Berücksichtigung finden. Erstens **Depressivität**: Das durch Selbststigmatisierung bedingte Selbstwertproblem und die verringerte Selbstwirksamkeit müssen unterschieden werden von ähnlichen Phänomenen als Ausdruck eines depressiven Syndroms, das nicht nur bei affektiven Erkrankungen häufig ist. Zweitens **Krankheitseinsicht**: Die Reaktion auf stigmatisierende Bedingungen hängt von der Krankheitseinsicht ab, die insbesondere während manischer oder psychotischer Episoden ganz oder teilweise fehlen kann. Drittens **soziale Wahrnehmung**: Der Umgang mit einer stigmatisierenden Umgebung ist von der eigenen Wahrnehmung subtiler stigmatisierender Signale anderer abhängig. Diese soziale Wahrnehmung kann bei psychischen Erkrankungen, etwa bei Schizophrenien, Manien oder Demenzen, eingeschränkt sein.

Resümee: Wenn Betroffene sich als Teil der diskriminierten Minderheit sehen und die gegen sich gerichteten Vorurteile für legitim halten, kommt es zu Selbststigmatisierung und Minderung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Kennen Menschen mit psychischen Erkrankungen zwar die Vorurteile, halten sie aber für unfair, reagieren sie meist mit berechtigter Empörung und wehren sich. Diese unterschiedlichen Reaktionsweisen bilden das „Paradox von Selbststigma und psychischer Erkrankung“.

3.2. Individuelle Bewältigungsversuche

Es gibt Untersuchungen sowohl der tatsächlichen **Erfahrung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen, stigmatisiert zu werden, als auch der **Erwartung**, Zielscheibe von Stigmatisierung zu werden. Zu den verbreitetsten Stigmatisierungserfahrungen zählen

1. verletzendende Bemerkungen in sozialen Kontakten über psychische Erkrankungen sowie über psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen,
2. soziale Distanzierungen im privaten und beruflichen Umgang und Zurückweisungen bei dem Versuch, neue soziale Rollen wie Freundschaften oder Arbeitsverhältnisse einzugehen,
3. unzutreffende und abwertende Darstellungen psychischer Erkrankungen in den Medien.

Angesichts dieser in unserer Gesellschaft verbreiteten Stigmatisierungserfahrungen ist es naheliegend, daß die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Erwartung leben, stigmatisiert zu werden.

3.2.1. Vermeidung, Rückzug, Geheimhaltung

Betroffene können Kontakt mit allen Menschen vermeiden, die sie verletzen könnten. Sie ziehen sich zurück und versuchen, nur noch Kontakt mit Personen zu haben, die entweder ihr stigmatisiertes Merkmal teilen („the own“; Goffman, 1963) oder über ihre psychische Erkrankung Bescheid wissen und sie nicht diskriminieren („the wise“). Die Geheimhaltung der eigenen psychischen Erkrankung und einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung soll dazu dienen, Stigmatisierung zu vermeiden. Leider legen Forschungsergebnisse nahe, daß diese Bewältigungsmechanismen nicht nur wenig hilfreich sind, sondern daß so bedingter Rückzug zu schlechterer sozialer Integration und höherer Arbeitslosigkeit führt.

3.2.2. Information der Umwelt

Einige Betroffene entscheiden sich, andere Menschen über ihre eigene Erkrankung zu informieren, um deren Einstellung zu verbessern und damit auch ihre eigene Stigmatisierung zu verringern. Dazu gehört, andere Menschen über psychische Erkrankungen persönlich und sachlich zu informieren sowie das Zusammentreffen der Betroffenen mit der Allgemeinheit. Ob sich eine Person entscheidet, nur einigen ausgewählten Menschen von ihrer Erkrankung zu berichten („selective disclosure“) oder ihre Erkrankung ganz allgemein bekannt zu machen, hängt davon ab, wie die betroffene Person **Risiken und Vorteile** beider Optionen abwägt. Mögliche Vorteile der Offenlegung sind gesteigerter Selbstwert, verringerte Belastung durch die Geheimhaltung der Erkrankung und ein entspannteres und vertrauensvolleres Verhältnis zu den Menschen, die nun Bescheid wissen. Das Vorgehen birgt jedoch auch das Risiko, auf Ablehnung und Unverständnis zu stoßen.

Resümee: Menschen mit psychischen Erkrankungen machen häufig Stigmatisierungserfahrungen und erwarten diese. Um diese Belastung zu bewältigen, werden häufig defensive (sozialer Rückzug und Geheimhaltung) oder aktive (Eduktion und Information des sozialen Umfeldes) Strategien gewählt. Defensive Strategien haben oft negative Konsequenzen, insbesondere führt Rückzug zu sozialer Isolation.

3.3. Furcht vor Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Die Mehrzahl psychischer Erkrankungen kann durch psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten geheilt oder erheblich gebessert werden. Leider entscheiden sich dennoch viele Betroffene, entweder **keine Behandlung** zu beginnen oder sie vorzeitig abzubrechen. Durch-

schnittlich nimmt beinahe die Hälfte der mit antipsychotischen Medikamenten Behandelten die verschriebene Medikation nicht wie verordnet ein. Dies ist ein Hauptgrund für die hohe Rate an Rückfällen, die die weltweiten Behandlungskosten um beinahe eine Milliarde US-Dollar jährlich erhöht.

Modelle subjektiver Krankheitsüberzeugungen (health belief models) erklären, warum Menschen sich entscheiden, nicht an Behandlungen teilzunehmen. Diese Modelle gehen davon aus, daß Menschen rational handeln, um die wahrgenommene Bedrohung durch Krankheitssymptome zu verringern und die eigene Gesundheit durch die Behandlung zu verbessern. Gegen ein solches gesundheitsbezogenes Verhalten sprechen jedoch befürchtete negative Auswirkungen von Behandlungen, u.a. Nebenwirkungen von Medikamenten. Von großer Bedeutung ist jedoch auch die Befürchtung, daß die Behandlung im sozialen Umfeld eine Etikettierung und Stigmatisierung auslösen kann. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aus diesem Grund keine professionelle Hilfe aufsuchen, nennt man **potentielle Inanspruchnehmer**. Sie betrachten sich selber als Teil der Öffentlichkeit, haben die öffentlichen Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen verinnerlicht, wollen nicht als Teil der psychisch kranken Minderheit gesehen werden und versuchen so, öffentliche Stigmatisierung zu vermeiden. Anders als andere stigmatisierte Gruppen, wie beispielsweise viele ethnische Minderheiten, tragen Menschen mit psychischen Erkrankungen kein einfach sichtbares Merkmal. Deshalb ist der stärkste Auslöser öffentlicher Stigmatisierung die **Etikettierung** u.a. durch die Teilnahme an psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen.

Empirische Befunde belegen den Zusammenhang von Stigma und eingeschränkter Inanspruchnahme von Behandlung. Teilnehmer an einer großen epidemiologischen Studie nutzten Behandlungsmöglichkeiten weniger wahrscheinlich, wenn sie negative Reaktionen ihrer Familienangehörigen erwarteten (Leaf et al., 1987). Außerdem spielen **demographische Variablen** eine Rolle. Unter ambulanten Patienten mit einer Depression zeigten nur ältere einen signifikanten Zusammenhang zwischen wahrgenommener Stigmatisierung und Behandlungsabbruch (Sirey et al., 2001). Schlechter ausgebildete und ärmere Menschen haben ebenfalls mehr Sorgen um die Reaktionen ihrer Familien. Überraschenderweise vermeiden auch diejenigen, die es besser wissen sollten, Behandlungen aus Furcht vor Stigma: Zwei Drittel von Medizinstudenten mit klinisch ausgeprägter psychischer Symptomatik suchten keine Hilfe, weil sie über eine Stigmatisierung besorgt waren.

Resümee: *Furcht vor Stigmatisierung kann dazu führen, daß Betroffene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ablehnen, weil sie nicht durch diese Behandlung als „psychisch krank“ etikettiert werden wollen. Durch Verzicht auf Behandlung hoffen sie, der Stigmatisierung und ihren negativen Folgen zu entgehen. Verringerung von Stigma ist daher ein Weg, um die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu erhöhen.*

3.4. Auswirkungen auf Angehörige

Die gesellschaftlich verbreitete Diskriminierung wirkt sich häufig auch auf Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus. Da viele Betroffene in ihren Familien leben, weitet sich das Stigma aus Sicht der Öffentlichkeit auf die Familien aus („courtesy stigma“). Es lassen sich drei Bereiche unterscheiden (Übersicht bei Corrigan und Miller, in press):

1. Öffentliche Stigmatisierung: Wegen ihres erkrankten Angehörigen werden Familien häufig sozial gemieden, besonders im privaten Bereich. Eltern sehen sich oft dem Vorurteil ausgesetzt, sie seien **schuld** an der Erkrankung ihres Kindes, sei es durch schlechte Erziehung oder – dank genetischer Krankheitsmodelle – aufgrund der Weitergabe ihrer Erbanlagen. Von Eheleuten oder Geschwistern wird häufig erwartet, sie müßten durch ihren Einfluß einen besseren Verlauf der Erkrankung erreichen. Kinder werden häufig als von erkrankten Eltern ‚kontaminiert‘ angesehen. Viele Angehörige reagieren auf diese Stigmatisierung mit **Scham**.
2. Selbststigmatisierung der Familie: Analog zu dem oben erläuterten Paradox von Selbststigma gibt es auch bei Angehörigen unterschiedliche Reaktionen. Etwa ein Fünftel scheint wegen der Stigmatisierung des erkrankten Angehörigen an verringertem **Selbstwertgefühl** zu leiden. Doch viele andere reagieren, wie Betroffene auch, mit **berechtigter Empörung** und engagieren sich beispielsweise in Selbsthilfegruppen oder Lobbyarbeit.
3. Belastung der Familie angesichts der Stigmatisierung des erkrankten Familienmitgliedes: Studien belegen, daß eine Mehrheit der Angehörigen sehr besorgt ist über die Stigmatisierung ihres Familienmitgliedes. Sie leiden stellvertretend unter der Stigmatisierung mit („**vicarious stigma**“).

3.5. Auswirkungen auf Behandlungsinstitutionen

Behandlungseinrichtungen werden in der Öffentlichkeit häufig abfällig als **Irrenanstalten**, Klapsmühlen u.ä. bezeichnet. Solche Bezeichnungen und Stereotypen betreffen einerseits die dort Beschäftigten, doch vor allem die dort Behandelten und ihre Angehörigen. Dies ist ein Grund, weshalb Behandlung häufig vermieden wird (s. Abschnitt 3.3.).

Das in Deutschland neben den psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen bestehende zweite Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Psychosomatische Medizin, begründet seine Notwendigkeit teilweise damit, daß es weniger mit einem Stigma behaftet sei. Da in der Bevölkerung stark stigmatisierte Menschen mit besonders schweren psychischen Erkrankungen dort seltener behandelt würden, seien psychosomatische Kliniken für Menschen mit weniger schweren psychischen Erkrankungen leichter zugänglich. Dies könnte allerdings die Ausgrenzung und Diskriminierung von Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen verstärken.

3.6. Berichterstattung in den Medien

In den Medien finden sich auch weiterhin häufig stigmatisierende Berichterstattungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die meisten Beiträge konzentrieren sich auf **Gewalt**. Das Gewaltisiko ist allerdings nur bei wenigen Erkrankungsformen, wie Psychosen oder Demenzen, und dann nur innerfamiliär im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, erhöht, wenn nicht ein komorbider Substanzmissbrauch vorliegt (Steadman et al., 1998). Die Berichterstattung in den Medien übertreibt jedoch häufig dieses Gewaltisiko und vernachlässigt andere Faktoren wie jungendliches Alter und männliches Geschlecht, die ein demographisch bedingtes erhöhtes Gewaltisiko darstellen. Hinzu kommt, daß positive Berichte über die realen Möglichkeiten von Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien selten sind.

4. Therapeutische und gesellschaftliche Konsequenzen

4.1. Therapeutische Strategien gegen Selbststigmatisierung

Bei jedem Patienten sollten Therapeuten Erwartung und Erfahrung von Stigmatisierung sowie Selbststigmatisierung thematisieren und deren Ausmaß detailliert erfassen, um möglichen negativen Folgen entgegenwirken zu können. In diesen **Klärungsprozess** sind in der Regel Familie und soziales Umfeld einzubeziehen.

Neben Krankheitsaufklärung und Psychoedukation sind Strategien der kognitiv-behavioralen Psychotherapie besonders geeignet zu helfen, Stigma und seine Folgen besser zu bewältigen. Personen mit Depressionen lernen in kognitiver Therapie ihre depressiven **gedanklichen Verzerrungen** zu identifizieren und zu modifizieren. In entsprechender Weise kann kognitive Therapie helfen, mit selbststigmatisierenden Gedanken besser zurecht zu kommen. Ein Gedanke wie „Ich bin psychisch krank und deshalb ein hoffnungsloser Fall“ kann hinterfragt und gegen diese Einschätzung sprechende Fakten können erörtert werden. In der Therapie lassen sich die bereits erwähnten Risiken und Vorteile einer **Offenlegung** der eigenen psychischen Erkrankung **abwägen** und eine Entscheidung finden, ob man die Erkrankung anderen mitteilt und, wenn ja, in welcher Form, zu welchem Zeitpunkt und gegenüber welchen Personen. Auch Rollenspiele, besonders in Gruppentherapien, Verhaltensexperimente und Expositionsübungen können Betroffenen helfen, Stigma besser zu bewältigen. In einer Pilotstudie führte kognitiv-behaviorale Therapie zu einer Neubeurteilung der eigenen psychischen Erkrankung und verringertem Selbststigma (Kingdon und Turkington, 1991). Bislang liegen allerdings noch keine kontrollierten Studien der Effekte kognitiv-behavioraler Therapie auf Selbststigmatisierung vor.

Wie bereits genannt, stellt „Empowerment“ das Gegenteil von Selbststigmatisierung dar. In diesem Sinne selbstbestimmte Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigen weniger erniedrigtes Selbstwertgefühl. Jede Strategie, die Betroffenen mehr Kontrolle gibt, steigert die Selbstbestimmung. Dazu gehört ein Fertigkeitstraining zur Erreichung ihrer gegenwärtigen Ziele. Ein anderer vielversprechender Ansatz ist die Mitwirkung ehemals Erkrankter an Behandlungsprogrammen (Corrigan, 2002). Jedoch gibt es neben den sehr positiven klinischen Erfahrungen insbesondere in den USA noch keine kontrollierten Studien, die positive Effekte auf Selbstbestimmung und Selbststigmatisierung der Behandelten nachweisen.

4.2 Initiativen gegen öffentliche Stigmatisierung

Weltweit engagieren sich inzwischen Interessengruppen von Betroffenen gegen Stigmatisierung, um so das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Ein besonders erfolgreiches Beispiel aus den USA ist die **National Alliance of the Mentally Ill**, eine Gruppe von Familienangehörigen und Betroffenen, die öffentliche Aufklärungsarbeit leistet oder durch Lobbyarbeit für besseren gesetzlichen Schutz in den Bereichen Wohnen und Arbeiten kämpft. Beispiel einer deutschen Antistigma-Initiative ist „Irrsinnig Menschlich e.V.“ aus Leipzig. Von ihr gehen verschiedene Informationskampagnen aus, sowohl lokal als auch bundesweit, u.a. das Schulprojekt **„Verrückt? Na und!“**, das Schüler über psychische Erkrankungen informiert sowie der Internationale Filmarbeitskreis **„Against the images in our heads“** (www.irrsinnig-menschlich.de). Im Jahr 1996 hatte die World Psychiatric Association (WPA) ein internationales Programm begonnen, um Stigma und Diskriminierung im Zusammenhang mit Schizo-

phrenie zu bekämpfen (www.openthedoors.com). Die **WPA-Initiative** versucht, Bewusstsein und Wissen über Schizophrenie und Behandlungsmöglichkeiten, öffentliche Einstellungen über Menschen mit dieser Erkrankung und ihrer Familien zu verbessern und Aktionen zu fördern, die Diskriminierung und Vorurteile verringern. Derzeit entsteht ein entsprechendes **Nationales Programm** für das Gesamtspektrum psychischer Erkrankungen in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium.

Grundsätzlich gibt es drei Hauptstrategien um Stigma zu bekämpfen: Protest, Edukation und Kontakt.

Protest wird oft gegen stigmatisierende öffentliche Aussagen, Darstellungen in Medien und Werbung angewandt. Ein deutsches Beispiel ist die **Bayerische Antistigma-Aktion** (BASTA; www.openthedoors.de), die u.a. die Möglichkeiten der raschen E-Mail-Kommunikation nutzt, um ihre Mitglieder auf stigmatisierende Darstellung aufmerksam und diese öffentlich zu machen. Es gibt jedoch kaum Belege für die Wirksamkeit von Protesten im Hinblick auf den Abbau persönlicher Vorurteile. Daher erscheint dieser Weg zwar als reaktive Strategie nützlich, um stigmatisierende öffentliche Darstellungen zu verringern, dürfte jedoch weniger geeignet sein, persönliche Vorurteile zu verändern und neue, positive Einstellungen zu fördern. Jedoch muss die Auswirkung wiederholter Proteste auf Verhalten und Einstellungen der Bevölkerung noch weiter untersucht werden.

Edukation versucht, Stigma durch sachliche Information zu verringern. Verschiedene Formen wie Bücher, Videos und strukturierte Unterrichtsprogramme sind dazu eingesetzt worden. Kurze Edukationskurse konnten stigmatisierende Einstellungen verschiedener Berufsgruppen verringern. Jedoch wurden Verhaltensänderungen meist nicht untersucht. Die Programme scheinen insbesondere diejenigen Teilnehmer anzusprechen, die schon vor der Edukation Kenntnisse über psychische Erkrankungen oder Kontakte mit Betroffenen hatten.

Wesentlich scheint der Inhalt von Edukationsprogrammen zu sein. Derzeit sind **neurobiologische Modelle**, beispielsweise schizophrener Erkrankungen, ein Hauptbestandteil der Edukation. Man hofft mit der Darstellung der Erkrankung als biochemisches und teilweise genetisch bedingtes Problem zu erreichen, daß krankheitsassoziierte **Scham und Schuld** sich verringern. Dies scheint zuzutreffen. Andererseits birgt die Fokussierung auf Neurobiologie die Gefahr, daß Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sich „beinahe in eine andere Spezies“ verwandeln (Mehta und Farina, 1997) und daß die Neigung, sich von den Betroffenen sozial stärker zu distanzieren, zunimmt (Dietrich et al., 2004). Deshalb erscheint es wichtig, die **biopsychosoziale Komplexität psychischer Erkrankungen** zu vermitteln und sie nicht einseitig als ‚genetische‘ oder ‚neurologische‘ Erkrankungen darzustellen.

Forschungsergebnisse zeigen, daß die Allgemeinbevölkerung weniger zur Stigmatisierung neigt, wenn sie Mitgliedern der Minderheit begegnet sind (Gaertner et al., 1996; Angermeyer et al., 2004). Deswegen ist **Kontakt** eine wichtige Strategie, um Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung zu verringern. In einer Reihe von **Interventionen bei Schülern** wurden Edukation und Kontakt miteinander kombiniert (für Initiativen in Deutschland siehe Schulze et al., 2003; Bock und Naber, 2003). Es gibt eine Reihe günstiger Rahmenbedingungen, solche Aktivitäten erfolgreich zu gestalten: Ein ebenbürtiger Status zwischen den Teilnehmern und eine kooperative Interaktion erleichtern Kontakte ebenso wie institutionelle Unterstützung. Beispielsweise wird ein Schulprogramm erfolgreicher sein, wenn es durch die Schulleitung unterstützt wird und formlose Diskussionen zwischen dem Betroffenen und den Schülern ermöglicht. Wichtig ist auch, daß die Person mit einer psychischen Erkrankung nur in mäßig ausgeprägter Weise dem Vorurteil nicht entspricht. Anderenfalls könnte eine z.B. beruflich und privat außergewöhnlich erfolgreiche, an Schizophrenie erkrankte Person als „nicht wirklich schizophren“, sondern als „durch ihr Genie erkrankt“ angesehen werden, wodurch der erhoffte Aufklärungseffekt der Veranstaltung gefährdet wäre.

Die Kombination von Kontakt und Edukation ist die vielversprechendste Antistigma-Strategie. **Gezielte Initiativen** können sich auf ein spezifisches Verhalten einer bestimmten Gruppe beschränken, z.B. der lokalen Arbeitgeber, die Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht einstellen. Dies ist einerseits günstig, weil der Abbau von Vorurteilen und vor allem Diskriminierungen einer bestimmten Gruppe ein erreichbares Ziel darstellen und sich so die große Komplexität des Stigma-Phänomens reduziert. Trotz ermutigender Ergebnisse solcher Initiativen gilt doch eine wesentliche Einschränkung: Öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Diskriminierung können zu unzähligen, mehr oder weniger subtilen diskriminierenden Verhaltensweisen und –mechanismen führen. Deswegen müssen sich stigmatisierende Einstellungen der **gesamten Bevölkerung** fundamental ändern, um diskriminierendes Verhalten nachhaltig zu verringern. Um hier Problembewusstsein, Sensibilität und Verhaltensänderungen zu erreichen, sind gemeinsam mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbänden starke Verbündete in der Politik, in den Medien, Kirchen, bei Polizei und Justiz, Kostenträgern, Vertretern von

Arbeitgebern und Hausbesitzern, innerhalb der Ärzte- und Psychologenverbände und bei anderen gesellschaftlichen Gruppen zu gewinnen.

Resümee: Das Problem der erwarteten und erfahrenen Stigmatisierung und Selbststigmatisierung ist genau zu erfragen und eventuell in die Therapie mit einzubeziehen. Hierzu eignen sich besonders Strategien der kognitiven Verhaltenstherapie. Öffentliche Stigmatisierung und strukturelle Diskriminierung können am besten durch die Kombination von Edukation und Kontakt bewusst gemacht und verringert werden. Hierzu sind auch in unserer Gesellschaft noch große Anstrengungen erforderlich.

Literatur

1. Grundlagen

- Corrigan,P.W., 1998. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 5: 201-222.
- Crocker, J., Major, B. und Steele, C., 1998. Social stigma. In: Gilbert, D.T. und Fiske, S.T. (eds.): *The handbook of social psychology*. McGraw-Hill, Boston, pp. 504-553.
- Devine,P.G., 1989. Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality & Social Psychology* 56: 5-18.
- Farina,A., 1998. Stigma. In: Mueser,K.T. and N.Tarrier (eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*, Allyn & Bacon, Needham Heights, pp. 247-279.
- Gaebel,W., H.-J. Möller, W. Rössler (Hrsg.), 2004. *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Goffman,E., 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Link,B.G. and J.C.Phelan, 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363-385.
- Rüsch,N., M.C.Angermeyer und P.W.Corrigan (im Druck). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*.

2. Öffentliche Stigmatisierung

- Angermeyer,M.C. and H.Matschinger, 1997. Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine* 27: 131-141.
- Corrigan,P.W., L.P.River, R.K.Lundin, K.U.Wasowski, J.Campion, J.Mathisen, H.Goldstein, M.Bergman, C.Gagnon, and M.Kubiak, 2000. Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology* 28: 91-102.
- Gray,A.J., 2002. Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine* 95: 72-76.
- Phelan,J.C., B.G.Link, A.Stueve, and B.A.Pescosolido, 2000. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health & Social Behavior* 41: 188-207.
- Steadman,H.J., E.P.Mulvey, J.Monahan, P.C.Robbins, P.S.Appelbaum, T.Grisso, L.H.Roth, and E.Silver, 1998. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 55: 393-401.
- Weiner,B., R.P.Perry, and J.Magnusson, 1988. An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality & Social Psychology* 55: 738-748.

3. Selbststigmatisierung und Stigma-Bewältigung

- Angermeyer,M.C., 2003. Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* 30: 358-366.
- Corrigan,P.W., 2002. Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly* 73: 217-228.
- Corrigan,P.W. and A.C.Watson, 2002. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice* 9: 35-53.
- Crocker,J. and B.Major, 1989. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review* 96: 608-630.
- Finzen,A., 2001. *Psychose und Stigma*. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Holmes,P.E. and L.P.River, 1998. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice* 5: 231-239.

Holzinger,A., M.Beck, I.Munk, S.Weithaas, and M.C.Angermeyer, 2003. Stigma aus der Perspektive schizophren und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis* 30: 395-401.

Kingdon,D.G. and D.Turkington, 1991. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 207-211.

Link,B.G., E.L.Struening, M.Rahav, J.C.Phelan, and L.Nuttbrock, 1997. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health & Social Behavior* 38: 177-190.

Rüsch,N. and P.W.Corrigan, 2002. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26: 23-32.

4. Furcht vor Stigma und Behandlungsteilnahme

Corrigan,P.W. and N.Rüsch, 2002. Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6: 312-334.

Cramer,J.A. and R.Rosenheck, 1998. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 49: 196-201.

Leaf,P.J., M.L.Bruce, G.L.Tischler, and C.E.Holzer, 1987. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology* 15: 275-284.

Link,B.G., F.T.Cullen, J.Frank, and J.F.Wozniak, 1987. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 92: 1461-1500.

Perlick,D.A., R.A.Rosenheck, J.F.Clarkin, J.A.Sirey, J.Salahi, E.L.Struening, and B.G.Link, 2001. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 52: 1627-1632.

Sirey,J.A., M.L.Bruce, G.S.Alexopoulos, D.A.Perlick, P.Raue, S.J.Friedman, and B.S.Meyers, 2001. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry* 158: 479-481.

5. Anti-Stigma-Initiativen

Angermeyer,M.C., H.Matschinger, and P.W.Corrigan, 2004. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research* 69: 175-182.

Bock,T. und D.Naber, 2003. Antistigmakampagne von unten - an Schulen. Erfahrungen der Initiative "Ihre menschlich Hamburg". *Psychiatrische Praxis* 30: 402-408.

Corrigan,P.W. and D.L.Penn, 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 54: 765-776.

Dietrich,S., M.Beck, B.Bujantugs, D.Kenzine, H.Matschinger, and M.C.Angermeyer, 2004. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 348-354.

Gaertner,S.L., M.C.Rust, J.F.Dovidio, B.A.Bachman, and P.A.Anastasio, 1996. The contact hypothesis: The role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias among majority and minority group members. In: Nye,J.L. and A.M.Brower (eds), *What's social about social cognition?*, Sage, Thousand Oaks, California, pp. 230-260.

Mehta,S. and A.Farina, 1997. Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social & Clinical Psychology* 16: 405-419.

Phelan,J.C., 2002. Genetic bases of mental illness - a cure for stigma? *Trends in Neurosciences* 25: 430-431.

Schulze, B., M. Richter-Werling, H. Matschinger, and M. C. Angermeyer, 2003. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 142-150.

6. Angehörige / Medien / Strukturelle Diskriminierung

Angermeyer, M. C. and B. Schulze, 2001. Reinforcing stereotypes: The focus on forensic cases in news reporting and its influence on public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 24: 469-486.

Angermeyer, M. C., B. Schulze, and S. Dietrich, 2003. Courtesy stigma – A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 593-602.

Corrigan, P. W., F. E. Markowitz, and A. C. Watson. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin* (in press).

Corrigan, P. W. and F. E. Miller, 2004. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health* (in press).

Wahl, O. F., 1995. *Media madness: Public images of mental illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, US.