ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

2 2022
Mai
Juni
Juli
40. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Gemeinsam gegen das Stigma

Psychische Erkrankungen zum Thema machen

Mit Begegnung gegen Zwang

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Das Stigmakonzept
Soziologische Einordnung, Desiderate und Weiterentwicklungen,
Silvia Krumm, Seite 4

Was sagt die Wissenschaft?
Neue Befunde zum Stigma psychischer Krankheit,
Georg Schomerus, Seite 8

Das Syndrom „Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit“
Beate Küpper, Seite 10

Das Erleben von Scham und die Wunde der Stigmatisierung
Andreas Jung, Seite 13

Medienberichte schüren Vorurteile
Jana Hauschild, Seite 16

Psychiatrische Kliniken als Begegnungsorte
Entstigmatisierung psychischer Erkankungen als Chance zur Überwindung sozialer Ungleichheiten?
Andreas Jung u. Stefanie Schreiter, Seite 18

Psychische Stigmata – immer und überall
Stereotypen psychischer Erkrankungen in historisch-kulturellen Kontexten,
Peter Kaiser, Seite 20

Was tun gegen Stigma und seine Folgen?
Übersicht zu Antistigma-Programmen in verschiedenen Bereichen,
Nicolas Rüsch, Seite 22

Für Sensibilität und Toleranz
Antistigmaprojekte sind vielfältig und politisch: Beispiel „Irre menschlich“ in Hamburg,
Rebecca Nixdorf, Claudia Wetterhahn, Ece Nalinci, Rabea Fischer, Robert Dorner, Thomas Bock,
Seite 25

Stigmatisierung wird erlebt – und nicht gewollt
Martina Heland-Graef, Seite 28

Ein Plädoyer für Offenheit
Warum wir psychische Erkrankungen nicht verschweigen sollten,
Janine Berg-Peer, Seite 30

Entstigmatisierung in der Psychotherapie
Was kann Psychotherapie gegen Stigmatisierung tun? Welche Wege gibt es, mit Stigmata therapeutisch umzugehen?
Magda Simone, Seite 32

Zusammen ist man weniger allein
Begegnungen machen das Leben bunt,
Juliane Leuschner, Seite 34

Aufsitzen statt Aussitzen!
Zeichen setzen gegen Ausgrenzung und für Inklusion,
Markus Bings, Seite 36

Recoveryprozesse – über das Verändern von Selbstkonzepten und Selbststigmatisierung
Jenny Ziegenhagen, Seite 38

Die roten Socken
Ein Reflexionsprozess zum Thema Outing mit einer psychischen Erkrankung und Segregation,
Carina Kebbel, Seite 40

42 Spectrum

Besserer Zugang zu Psychotherapie?
Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen,
Achim Dochat, Seite 42

Mit Begegnung gegen Zwang
Ralf Gebhardt, Seite 44

46 Nachrichten

47 Termine

Titelfoto: pixabay

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Spätestens seit Erving Goffmans Buch „Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (engl. 1963) bildet das Begriffspaar Stigmatisierung – Entstigmatisierung einen wichtigen Bestandteil in der sozialpsychiatrischen Alltagsarbeit wie auch in der theoretischen Diskussion verbunden mit der Fragestellung: Wie können Ressentiments, Voreingenommenheit, Vorurteile und Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung reduziert und abgebaut werden? Diese Herausforderung prägt unverändert die Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien mit, bei der es nicht nur um die Unterstützung und Begleitung aller Menschen mit psychischer Erkrankung im Gemeinwesen geht, sondern auch um ihre Anerkennung als gleichberechtigte Mitbürger*innen und damit auch um die Akzeptanz des Verschiedenseins im gesellschaftlichen Alltag.

Die Diskussion um Stigmatisierung und Entstigmatisierung beinhaltet verschiedene Dimensionen auf unterschiedlichen Ebenen, die mit den Beiträgen in diesem Heft beleuchtet werden: Wie entsteht ein Stigma? Woher kommen und wie entstehen spezifische Zuschreibungen von sichtbaren und unsichtbaren Eigenschaften gegenüber einzelnen Menschen, gegenüber Gruppen, ja gegenüber ganzen Ethnien? Welche Bedeutung und welche Funktion übernehmen Prozesse der Stigmatisierung in der nicht zu trennenden Verknüpfung von innerpsychischen Dynamiken mit zwischenmenschlichen, sozialpsychologischen Prozessen und übergreifenden gesellschaftlichen Mechanismen und Rahmenbedingungen?

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen negative Zuschreibungen von Eigenschaften etc. im Vordergrund. Wenn auch gerade in der Diskussion mit der Selbsthilfe psychische Erkrankung durchaus mit positiven Besonderheiten und Fähigkeiten, ja mit einer individuell anzuerkennenden Lebensweise und Lebensform in Verbindung gebracht werden, ist diese Dimension, die seit der englischen Antipsychiatrie immer wieder aufscheint und bemüht wird, im gesellschaftlichen Alltag de facto nicht präsent. Vielmehr prägen negative Zuschreibungen in Verbindung mit damit einhergehender Ausgrenzung und Abgrenzung den Lebensalltag von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung. Hieraus leiten sich die Frage und die Aufgabe ab, welche Projekte und Initiativen mit welchen Zielen und Praktiken hilfreich und wirksam sind, um zur Entstigmatisierung beizutragen.

Vor diesem Hintergrund enthält diese Ausgabe der Kerbe Beiträge zu theoretischen und konzeptionellen Grundlagen von Stigmatisierung als Ein- und Hinführung zur Praxis, mit welchen Strategien Entstigmatisierung möglich ist. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige beschreiben, wie sie Stigmatisierung - auch in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen - erleben und wahrnehmen und – vor allem – wie sie selbst Identität und Selbstbewusstsein fördernde Umgangsweisen im Alltag entwickeln und umsetzen.

Dieses Heft der Kerbe befindet sich in guter Gesellschaft: Voraussichtlich im Oktober 2022 wird die Fachzeitschrift The Lancet unserem Beispiel folgen und einen ausführlichen, international von Peers/Psychiatrie-Erfahrenen und Wissenschaftlerinnen erarbeiteten Bericht zum Thema Stigma psychischer Erkrankung und Antistigma-Strategien in Form einer sog. Lancet Commission veröffentlichen.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Andreas Jung
Klaus Obert
Katharina Ratzke
Nicolas Rüsch

Kerbe_2_2022.indd 3 07.04.2022 14:07:33

THEMENSCHWERPUNKT

Das Stigmakonzept

Soziologische Einordnung, Desiderate und Weiterentwicklungen

Von Silvia Krumm

Mit seiner 1963 erschienen Studie „Stigma“ legte Ervin Goffman den Grundstein für eine fruchtbare, bis heute anhaltende Untersuchung der Stigmatisierung von Menschen, die von geltenden Normen und Erwartungen abweichen. Entstanden ist das Buch in den USA und zu einer Zeit, in der die wissenschaftliche Aufmerksamkeit gegenüber sozialen Problemen besonders ausgeprägt war. Aus dem Selbstverständnis der USA als Einwanderungsland heraus richtete die dortige Soziologie, insbesondere der Chicagoer Schule, von Beginn an ihr Interesse auf die massiven sozialen Integrationsprobleme in großen Städten (Eßbach 1996). Beflügelt durch die sozialen Reformbewegungen der späten 1950er Jahre, erstreckte sich das soziologische Interesse auf die verschiedensten Sozialfelder und dabei auch auf die Psychiatrie. Zudem erscheint 1962 in den USA der sehr erfolgreiche Roman „One Flew Over the Cuckoo’s Nest“ von Ken Kesey, der die skandalösen Zustände in den großen Anstalten literarisch verarbeitet und damit Aufmerksamkeit schafft für Goffmans fast zeitgleich publizierten psychiatriebezogenen Studien „Asylums“ (1961) und „Stigma“ (1963). Sie haben über die disziplinären Grenzen hinaus breite Rezeption erfahren, lieferten wichtige Impulse für die Reformprozesse der US-amerikanischen und europäischen Psychiatrie und zählen zum Kern sozialwissenschaftlich fundierter Psychiatriekritik.

Allerdings war es gar nicht Goffmans Ziel, eine umfassende Soziologie der Psychiatrie oder der psychischen Erkrankungen vorzulegen. Eher diente ihm die Psychiatrie als exemplarisches gesellschaftliches Feld, das sich besonders gut für eine Analyse der sozialen Interaktionen im Alltag hinsichtlich ihrer Mechanismen und Brüche sowie der daraus entstehenden Konsequenzen für die beteiligten sozialen Akteure eignete (Dellwing 2014). Das „normale Abweichende“ und die Diskrepanzen zwischen normativ zugeschriebener und Ich-Identität sind für ihn „allgemeiner Bestandteil von Gesellschaft“ (Goffman 2010: 173), da sie auf jene Interaktionsmechanismen verweisen, aus denen heraus sich soziale Ordnung zwischen Personen einstellt, die *mehr oder weniger* von gesellschaftlich idealisierten Normen und den Erwartungen an übliche Praxisroutinen abweichen. Für das Verständnis seiner Stigmakonzeption ist diese Eingrenzung ebenso bedeutsam wie für dessen Kritik.

Ervin Goffmann: soziale Ordnung durch Stigmamanagement

Soziale Ordnung entsteht bei Goffman nicht aus vorgegegebenen Strukturen, sondern situativ aus einer sozialen Praxis des wechselseitigen Bezugs heraus. Ausgangspunkt für eine solche Perspektive ist die Annahme, dass jede soziale Begegnung zunächst mehrdeutig, ergebnisoffen und potenziell bedrohlich ist. Goffman interessiert sich dafür, welche Anstrengungen die Individuen leisten, um soziale Interaktionen aufeinander auszurichten, abzustimmen und aufrechtzuerhalten. Treffen Interaktionspartner aufeinander, antizipieren sie (implizit) bestimmte Eigenschaften des Gegenübers. Diese Annahmen oder Zuschreibungen speisen sich aus gesellschaftlich vorgegebenen Kategorien und bilden die *virtuale* soziale Identität. Im Unterschied dazu umfasst die *aktuale* soziale Identität jene Eigenschaften, die sich im Verlauf der Interaktion tatsächlich darstellen. Stigma entsteht, wenn es zu einer Diskrepanz zwischen virtualer und aktualer sozialer Identität kommt und wenn die Abweichung von der antizipierten Identität des Gegenübers zudem *diskreditierend* ist. Eine Person hat eine Stigma, wenn sie „in unerwünschter Weise anders (ist), als wir es erwarten“ (Goffman 2010).

Goffman zufolge können sich Abweichungen auf körperliche Merkmale (z.B. fehlende Gliedmaßen), auf moralische Abweichungen (z.B. sexuelle Abweichung, psychische Krankheiten) oder auf Gruppenmerkmale beziehen, die über Generationen weitergegeben werden (z.B. Ethnie). Kennzeichnend ist dabei, dass eine abweichende Eigenschaft auf die Abweichung der gesamten Person übertragen wird.

Silvia Krumm
Priv.-Doz. Dr. phil., Soziologin, leitet die Arbeitsgruppe Qualitative Sozialforschung an der Klinik für Psychiatrie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg.

Goffman spricht dann von einer „beschädigten Identität“. Gleichzeitig betont er, dass das Stigma weniger über eine tatsächliche Eigenschaft der Person aussagt als vielmehr über die soziale Interaktion. Grundlegend für das Funktionieren von Stigma in einer konkreten Interaktion sind eine soziale geteilte Auffassung bezüglich der „beschädigten Identität“ der stigmatisierten Person, der beiderseitige Umgang und die Reaktionen auf das Stigma. Goffman analysiert nun die alltäglichen Techniken im Umgang mit Stigma und beschreibt verschiedene Formen des Stigmamanagements. Diese unterscheiden sich signifikant danach, ob es sich um ein offensichtliches oder um ein nicht (unmittelbar) erkennbares Stigma handelt: Personen, deren Stigma offenkundig ist und die damit bereits *diskreditiert* sind, verwenden Techniken der Vermeidung von Konfrontation sowie des offensiven Umgangs mit dem Stigma. Den *diskreditierbaren* Personen, deren Stigma nicht offenkundig ist, aber stets entdeckt zu werden droht, verwenden dagegen Techniken des Verbergens und der Täuschung, mit denen sie soziale Informationen über sich selbst kontrollieren und steuern können: *„Eröffnen oder nicht eröffnen; sagen oder nicht sagen; rauslassen oder nicht rauslassen; lügen oder nicht lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo“* (ebd.: 56).

Leerstellen im Stigmakonzept Goffmans

Kritik an der Goffmanschen Stigmakonzeption entzündete sich vor allem an der mangelnden Berücksichtigung der strukturellen Bedingungen, unter denen

Kerbe_2_2022.indd 4 07.04.2022 14:07:34

Stigma entsteht. Aufgrund seines Interesses an den situativ gegebenen Interaktionsordnungen kommt Goffmans Stigmakonzept tatsächlich dort an seine Grenzen, wo es um die makrosoziologischen Kontextbedingungen geht. Zwar versteht Goffman Stigma explizit nicht als persönliche Eigenschaft. Stigmatisierte und Stigmatisierende sind für ihn „Perspektiven" oder „Interaktionsrollen" (ebd.: 170) in einem gegebenen sozialen Kontext. Auch betont er die Veränderbarkeit von Stigmata entlang gesellschaftlich-kulturellen Wandels (z. B. Scheidung, Homosexualiät). Allerdings wird Goffman erst später mit seiner „Rahmenanalyse" differenziert ausarbeiten, dass soziale Interaktionen immer in einem gesellschaftlichen Kontext („Rahmen") stattfinden, der es den Individuen ermöglicht, den Sinn von Situationen und Handlungen auf Basis von gemeinsam geteilten Orientierungsmustern einzuordnen und zu verstehen (Hettlage 2020). In „Stigma" fehlt noch der Blick auf die „in Stigmatisierungsprozessen zum Tragen kommenden Wissensordnungen, die immer schon vorhandenen Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsstrukturen" (Waldschmidt 2011: 93).

Stigma und Labeling Theorie

Der Blick auf die interaktionellen Prozesse als Grundlage für soziale Ordnungen ermöglichte den Anschluss von Goffmans Stigmakonzeption an Labelingansätze, wie sie von Soziolog:innen im Umfeld der Chicagoer Schule zunächst im Feld der Kriminologie, später auch in anderen Bereichen vorgelegt worden sind. Zentraler Kern des Labeling (bzw. Etikettierungs)-Ansatzes ist die Annahme, dass Devianz nicht in einem individuellen *Verhalten* gründet, das gegen soziale Normen verstößt, sondern in einem *Status*, der den Individuen aufgrund von Erwartungen durch die Gruppe auferlegt wird. Sozial abweichendes Verhalten entsteht erst als Ergebnis einer sozialen Reaktion. Personen passen sich demnach in ihrem Verhalten jenen Erwartungen an, die den als abweichend „etikettierten" Personen entgegengebracht werden. „It is other's reaction to them that makes them deviant, not the act itself" beschreibt die Kernaussage des Labelingansatzes (Berk 2015: 151). Die Labelingtheorie betonte damit den sozialen Konstruktionscharakter von Abweichung und richtete den Blick von den (determinierenden) sozialen Strukturen hin zu den sozialen Prozessen des Labeling und den Konsequenzen für die Idenität und Selbstkonzepte der betroffenen Personen sowie auf Diskriminierung und Benachteiligung. In der Anwendung auf psychische Erkrankungen als eine Form von Devianz führt die soziale Etikettierung als schizophrene Personen erst dazu, dass sich diese Person so verhält, wie es von schizophrenen Personen allgemein erwartet wird. In der empirischen Anwendung wurden die Auswirkungen von Etikettierung auf die Symptomremission, Rehospitalisierung und Stigmaerleben von betroffenen Person untersucht, wenn auch mit inkonsisten Befunden (Berk 2015). Kritik an der Labeling Theorie formierte sich insbesondere dort, wo ihr eine zentrale Rolle in der Ätiologie psychischer Erkrankungen zugewiesen wurde oder chronische psychische Erkrankungen gar *allein* als Folge stigmatisierenden Verhaltens verstanden wurden.

An die Arbeiten von Scheff anknüpfend stellten Bruce Link und Kollegen (1989) eine modifizierte Labelingtheorie vor, die die wesentlichen Erkenntnisse des Labelingansatzes für eine Weiterentwicklung des soziologischen Stigmakonzepts nutzen. Die modifizierte Labeling Theorie beschreibt einen fünfstufigen Prozess der Etikettierung:

1.) die sozialisatorisch erworbenen Überzeugungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Abwertung und Diskriminierung von psychisch kranken Menschen

2.) die Konfrontation beim Erhalt einer psychiatrischen Diagnose mit der verinnerlichten Abwertung psychisch kranker Menschen

3.) der darauf folgende Rückzug, die Geheimhaltung oder Aufklärung,

4.) die negativen Auswirkungen einer mangelnden sozialen Einbindung und Unterstützung auf die gesamte Lebenssituation sowie

5.) die dadurch erhöhte Vulnerabiliät für (rezidivierene) psychische Störungen (Link et al. 1989).

Dort, wo die Labelingtheorie nach Scheff eine kausale Beziehung zwischen Etikettierung und psychischer Erkankung behauptete[1], betonen Link et al. mit der modifizierten Labelingtheorie die negativen Folgen der Stigmatisierung und Etikettierung für Personen, die bereits eine Diagnose erhalten hatten. Diese Perspektive korrespondiert mit dem Verständnis von Stigma als einer „zweiten Erkrankung" (Finzen 2001) sowie mit jenen Ansätzen, die den individuellen Umgang mit bzw. die Bewältigung von Stigma untersuchen.

Sozialpsychologische Beiträge zur Stigmaforschung

Abgesehen von den Impulsen, die die Goffmansche Stigmakonzeption auf die Soziologie des abweichenden Verhaltens ausübte, erfolgte die Weiterführung des Stigmakonzepts größtenteils außerhalb der Soziologie. Vor allem in den sozialpsychologischen Nachbardisziplinen boten sich unter Rückgriff auf die Kernkonzepte Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung vielfältige Anschlussstellen für die Untersuchung von Stigma in den unterschiedlichsten sozialen Feldern. Die seit den 1960er Jahren hier zahlreich entstandenen Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit der Entwicklung von Stereotypen und Vorurteilen, den Auswirkungen auf Selbstgefühl, Selbst- und Gruppenidentität oder der Bedeutung von individuellen Eigenschaften für den Umgang mit Stigma. Wichtige Beiträge lieferten u.a. Jones und Kolleg:innen, die Stigma als interaktiven Prozess kognitiver Kategorisierungen und emotionaler Reaktionen verstehen und anhand von sechs Dimensionen die Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen sowie das Selbstbild nachzeichnen. Je ausgeprägter eine oder mehrere der folgenden Dimensionen ausgestaltet sind, desto stärker wird die soziale Interaktion durch Stigmatisierung beeinflusst: Sichtbarkeit, Dauerhaftigkeit, das Ausmaß der Störung der konkreten Interaktion, eine als abstoßend wahrgenommene Ästhetik, die Kontrollierbarkeit (angeboren vs. erworben) sowie Bedrohlichkeit (Jones et al. 1984). Darüber hinaus haben Arbeiten, die sich mit den psychologischen Mechanismen zum Schutz des durch Stigma bedrohten Selbstwerts beschäftigten, den Blick dafür geöffnet, dass Personen nicht lediglich passiv Stigma erfahren, sondern durchaus aktiv an der Bewältigung beteiligt sind (Crocker & Major 1989). Pat Corrigan, Nicolas Rüsch und Kolleg:innen konzentrieren sich auf die Internalisierung von öffentlichem Stigma in Selbststigma und untersuchen die Folgen in Form von geringem Selbstwertgefühl, Hoffungslosigkeit, Scham und

[1] Einen empirischen Dämpfer erhielt die Labeling Theorie zuletzt durch das Bekanntwerden von Fälschungen, die der berühmten Rosenhan Studie zum Nachweis der Labelingtheorie zugrunde gelegen haben sollen Spitzer (2020).

Kerbe_2_2022.indd 5 07.04.2022 14:07:34

sozialem Rückzug (Corrigan et al. 2016). Zudem zeigen sie, dass sich die individuellen Reaktionen auf öffentliches Stigma unterscheiden und durch die kognitive Verarbeitung und den Grad der Zustimmung zu gesellschaftlichen Stigmatisierungen sowie der Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe moderiert werden können (Corrigan & Watson 2002; Rüsch et al. 2009). Hier lassen sich auch jene Ansätze einordnen, die eine Verknüpfung zwischen dem Konzept der stigmainduzierten Identitätsbedrohung und dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman herstellen (Major & O'Brien 2005; Rüsch 2010).

Stigma aus struktureller Perspektive

So sehr sich die sozialpsychologische Stigmaforschung mit ihrem Fokus auf die kognitiv-emotionalen Prozesse und das identitätstheoretisch fundierte Stigmakonzept von Goffman unterscheiden, so lässt sich als eine Gemeinsamkeit feststellen, dass Stigmaphänomene vorwiegend auf individueller bzw. interaktioneller Ebene untersucht werden, während strukturelle Faktoren zwar erwähnt, analytisch aber weitestgehend unberücksichtigt bleiben. Hier setzen Link und Phelan mit ihrem programmatischen Aufsatz „Conceptualizing Stigma" an und stellen ein dezidiert soziologisches Verständnis von Stigma vor (Link & Phelan 2001). Mit der soziologischen Betrachtung von Diskriminierung gelingt eine wichtige Erweiterung bisheriger Stigmakonzeptionen. Zum einen rücken sie im Unterschied zu individualisierenden Ansätzen die *soziale* Genese von Stigma ins Zentrum. Zum anderen trägt die soziologische Analyse von Stigma dazu bei, die *sozialen* Funktionen von Stigma besser zu verstehen. Damit eröffnet sich Raum für die Untersuchung der strukturellen Faktoren von Stigma.
In differenzierter Betrachtung der einzelnen Stigmakomponten schlagen sie vor, Stigma als Ergebnis der folgenden Prozesse zu verstehen: Im ersten Schritt kommt es zur Wahrnehmung von Unterschieden zwischen Individuen und deren Benennung. ‚Labeling' ist dabei Ergebnis eines sozialen Selektionsprozesses und betont im Unterschied zu Eigenschaften („attribute") den sozialen Konstruktionscharakter sowie den soziokulturellen Kontext von Stigmatisierung. Im zweiten Schritt finden stereotype Zuordnungen statt, die auf einer negativen Bewertung der benannten Unterschiede basieren. Wesentlich für die negative Bewertung ist, dass diese auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens zurückgreift. Im dritten Schritt erfolgt eine soziale und räumliche Abgrenzung von stigmatisierten Personen, die auf der Überzeugung eines fundamentalen Unterschieds zwischen der Gruppe der Stigamtisierenden („wir") und der Stigmatisierten („sie") beruht. Im vierten Schritt kommt es für die Stigmatisierten zu Prozessen des Statusverlustes und der Diskriminierung, die sich gegenseitig verstärken – Diskriminierung befördert eine soziale Abwärtstendenz und ein geringer Sozialstatus erhöht wiederum das Risiko für Diskriminierung. Während individuelle Diskriminierung in den konkreten sozialen Interaktionen im Alltag erfolgt, kommen auf struktureller Ebene die institutionalisierten Diskriminierungspraktiken zum Tragen. Sie führen jenseits von individuellen Einstellungen und Handlungen zu Diskriminierung, z.B. in Form geringerer Forschungsförderung zu schweren psychischen Erkrankungen (Link & Phelan 2001; Corrigan et al. 2004).

„It takes power to stigmatize"

Mit dem Einbezug von Diskriminierung werden die bisherigen Stigmakonzeptionen um die Bedeutung machttheoretischer Aspekte ergänzt. Stigmatisierung kann demnach nur dann seine Wirkung entfalten, wenn die Stigmatisierenden eine privilegierte soziale Position innehaben und das spezifische Stigma auf breite gesellschaftliche Akzeptanz trifft. Zudem muss zwischen den Angehörigen der stigmatisierenden und jenen der stigmatisierten Gruppe ein sozioökonomisches Machtgefälle bestehen, damit die Separation („wir" vs. „sie") über den Zugang zu sozioökonomischen Ressourcen kontrolliert werden kann. Stigma, so Link und Phelan, „is entirely dependent on social, economic and political power" (Link & Phelan 2001: 375).
Erst in der machttheoretischen Perspektive kommen die Funktionen von Stigma zur Geltung. Stigma wird von den Stigmatisierenden - bewusst oder unbewusst – eingesetzt, um bestimmte Ziele zu erreichen. Phelan et al. (2008) haben drei Funktionen von Stigma herausgearbeitet: Erstens kann Stigma der Interessensdurchsetzung der Mächtigen gegenüber den Machtlosen dienen, wenn diese über Stigmatisierung den Zugang zu Ressourcen regeln *(„keeping people down")*. Zweitens kann Stigma der Durchsetzung sozialer Normen dienen, indem die Stigmatisierung normabweichenden Verhaltens oder von Personen den Druck verstärkt, sich an die Normen zu halten *(„keeping people in")*. Drittens kann Stigma der Abwehr von Krankheiten dienen, indem die Stigmatierten aus der Gruppe ausgeschlossen und auf Abstand gehalten werden *(„keeping people away")* (Phelan et al. 2008). Übertragen auf das Feld psychischer Erkrankungen dient Stigmatisierung in der Regel zunächst dem Ziel, die Personen anhand der Betonung sozialer Normen in der Gruppe zu halten; dazu zählen Bemühungen, ein normabweichendes Verhalten zu negieren oder zu sanktionieren (z.B. „reiß dich zusammen"). Erst wenn diese Strategien ins Leere laufen und normabweichendes Verhalten andauert, werden jene Stigmatisierungsstrategien aktiviert, die auf Abgrenzung zielen, und schließlich in Unterordnung und Diskriminierung der Stigmatisierten enden (Phelan et al. 2008).

„What really matters" – kulturelle Werte

Eine Erweiterung erfahren soziologische Stigmakonzeptionen zuletzt durch ethnologische Arbeiten, die die moralische Dimension von Stigma innerhalb eines kulturellen Kontexts berücksichtigen. Die soziale Funktion von Stigma zielt darauf, jene moralischen Bedrohungen abzuwenden, die für die Lebenswelt einer kulturellen Gruppe von Bedeutung sind. Dem *„What Matters Most"* Ansatz folgend, richten sich Stigmatisierungen insbesondere auf solche Phänomene, die jene moralischen Grundpfeiler untergraben könnten, die für die existenzielle Absicherung oder Reproduktion einer kulturellen Gruppe signifikant sind (Yang et al. 2007). Erste empirische Arbeiten stützen diese Theorie und weisen auf einen Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und einer stärkeren gesellschaftlichen Ausrichtung an traditionellen Werten (Schomerus & Angermeyer 2021). Die Annahme, dass die Stigmatisierenden wie auch die Stigmatisierten die moralischen Erfahrungen einer kulturellen Gruppe teilen, ermöglicht zugleich den Rückbezug auf Goffmans Verständnis von Stigma als vor allem situativ eingebettete Verstehens- und Interpretationsleistung der Interaktionspartner in einem gegebenen soziokulturellen Rahmen. Für Deutschland untersucht die Arbeitsgruppe um Georg Schomerus in

Leipzig, teils anhand bevölkerungsbasierter Befragungen, die gesellschaftlichen Hintergründe des Wandels wie auch der Kontinuitäten in den Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen (z.B. Schomerus et al. 2015).

Fazit: Stigma als mikro- und makrosoziologisches Problem

Das von Goffman eingeführte Stigmakonzept wird durch die sozialpsychologischen Beiträge wie auch durch sozialwissenschaftlich orientierte Arbeiten weiterentwickelt. Während die sozialpsychologischen Beiträge insbesondere an die von Goffman fokussierten interaktiven Prozesse anschließen und dabei die kognitiv-emotionalen Prozesse ausleuchten, füllen die soziologischen Beiträge die Leerstellen bei den strukturellen Kontextfaktoren.

Aus soziologischer Sicht sind die sozialpsychologischen Beiträge den mikrosoziologisch orientierten, handlungstheoretisch basierten Ansätzen zuzuordnen, wie sie auch Goffman vertritt. Hier werden die Akteure als Handelnde verstanden, die den Umgang mit und die Auswirkungen von Stigma durch ihre Handlungen, z.B. in Form von Stigmamanagement (im besten Fall günstig) beeinflussen können. Mit den individuellen Copingstrategien werden die Handlungsoptionen der Akteure betont und es wird ihnen eine aktive Rolle für den Umgang mit Stigma zugewiesen. Damit geht aber auch einher, dass sie (mit)verantwortlich sind für ein erfolgreiches Stigmamanagement. Die Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeiten (Coping, Empowerment) ist das daraus abzuleitende Ziel bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Stigmaprävention. Solch ein Verständnis von Stigma verstellt zugleich den Blick darauf, dass Handlungen durch strukturelle Faktoren (mit)bestimmt und individuelle Optionen durch soziale Positionierungen, soziokulturelle Einbettungen und normative Erwartungen eingeschränkt sind. Dagegen sind Ansätze zur Untersuchung der gesellschaftlichen Herrschafts- und Machtstrukturen von Stigmatisierung den makrosoziologischen Ansätzen zuzuorden. Sie betonen die Abhängigkeit der handelnden Individuen von sozialstrukturellen, ökonomischen und kulturellen Entwicklungen - im Extremfall bis hin zu einer determinierenden Funktion für die Handlungsmöglichkeiten der Individuen. Gesellschaftliche Wertvorstellungen sind nicht nur notwendige, sondern auch hinreichende Bedingung von Stigmatisierung, indem sie soziale Statuszuordnungen und Diskriminierungen erst legitimieren. Maßnahmen zum Abbau von Stigma zielen aus dieser Sicht auf die Veränderung gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse oder soziokultureller Repräsentationen. Mit der Analyse von sozialen Prozessen und Machtstrukturen geraten aber die individuellen Motive und Erwartungen der handelnden Akteure ebenso in den Hintergrund wie die interaktiven Aushandlungen der beteiligten Individuen oder die individuelle Agency beim Umgang mit Stigma. Stigmatisierte erscheinen hier eher als passive Rezipienten von Stigma denn als aktiv Bewältigende.

Was das soziologische Verständnis von Stigma auszeichnet, ist die grundlegende Annahme dessen gesellschaftlichen Konstruktionscharakters. Stigma verweist nicht, wie schon Goffman betont, auf ein persönliches Defizit, sondern auf Interaktionen in soziokulturell definierten und damit veränderbaren Kontexten. Stigmata und Stigmatisierungen unterliegen einem gesellschaftlichen Wandel und bleiben dennoch der „gesellschaftliche Normalfall“ (Kardorff 2009:12). Der Blick in die Entwicklung der Stigmaforschung macht zum einen deutlich, dass eine umfassende soziologische Analyse von Stigma beide Perspektiven - Mikro und Makro - berücksichtigen muss, wenn sie die jeweiligen Erkenntnispotenziale nutzen, aber auch die blinden Flecke eines rein individualisierenden bzw. rein strukturalisierenden Ansatzes überwinden will. Zum anderen zeigt sich, dass Stigma keine abgegrenzte Theorie, sondern ein breit gefasstes Konzept ist, das es unter Nutzung unterschiedlicher Theorien und methodologischer Ansätze beständig weiterzuentwickeln gilt. Die vorliegenden Stigmakonzepte bieten dafür reichlich Anschlussstellen.

Literatur

Berk, B. B. (2015). Labeling Theory, History of. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (pp. 150–155). Elsevier.

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N. & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the „why try“ effect. Journal of mental health (Abingdon, England), 25, 10–15.

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E. & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. Schizophrenia Bulletin, 30, 481–491.

Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. Clinical Psycholo-gy: Science and Practice, 9, 35–53.

Crocker, J. & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. Psychological Review, 96, 608–630.

Dellwing, M. (2014). Zur Aktualität von Ervin Goffman. Wiesbaden: Springer VS.

Eßbach, W. (1996). Studium Soziologie. Stuttgart: UTB.

Finzen, A. (2001). Psychose und Stigma. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Goffman, E. (2010). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hettlage, R. (2020). Ervin Goffman (1922–1982). In: D. Kaesler (Ed), Klassiker der Soziologie Bd. 2: Von Talcott Parsons bis Anthony Giddens (pp. 197–215). München: C.H.Beck.

Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Marks, H., Miller, D. & Scott, R. (1984). Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships. New York: W.H.Freeman & Co Ltd.

Kardorff, E. von (2009). Goffmans Stigma-Identitätskonzept – neu gelesen. In: H. Willem (Ed), Theatralisierung der Gesellschaft, Band 1: Soziologische Theorie und Zeitdiagnose (pp. 5–29). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363–385.

Link, B., Struening, E., Cullen, F. Shrout, P. & Dohrenwend, B. (1989). A Modified Labeling Theory Ap-proach to Mental Disorders. American Sociological Review;, 54, 400–423.

Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. Annual review of psychology, 56, 393–421.

Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? Social science & medicine (1982), 67, 358–367.

Rüsch, N. (2010). Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung.: Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58, 287–297.

Rüsch, N., Corrigan, P. W. & Wassel, A. et al. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. The British journal of psychiatry the journal of mental science, 195, 551–552.

Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2021). Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring ‚what matters most' in modern Western societies. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30, e26.

Schomerus, G., van der Auwera, S., Matschinger, H., Baumeister, S. E. & Angermeyer, M. C. (2015). Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 132, 357–364.

Spitzer, M. (2020). Gesund an ungesunden Orten. Nervenheilkunde, 39, 125–139.

Waldschmidt, A. (2011). Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 36.

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. Social science & medicine (1982), 64, 1524–1535.

Was sagt die Wissenschaft?

Neue Befunde zum Stigma psychischer Krankheit

Von Georg Schomerus

Befunde von Langzeitstudien zum Stigma psychischer Krankheit deuten darauf hin, dass es leichter geworden ist, über psychische Krankheiten wie etwa eine Depression zu sprechen. Es zeichnet sich eine Normalisierung von psychischen Beschwerden ab, die neue Möglichkeiten der Prävention und Frühintervention eröffnet. Andere psychische Störungen wie Suchtkrankheiten oder Schizophrenien bleiben dagegen stark stigmatisiert. Die Einstellungsänderungen in der Öffentlichkeit stellen das Versorgungssystem und professionelle Helfer vor neue Herausforderungen.

Georg Schomerus
Prof. Dr., Direktor Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig – AöR, Semmelweisstr. 10
04103 Leipzig

Die Einstellungen zu Menschen mit psychischen Krankheiten verändern sich, und diese Veränderung lässt sich messen. Die Stigmaforschung kann mittlerweile auf Langzeituntersuchungen zurückgreifen, bei denen identisch ausgewählten Bevölkerungsstichproben zu verschiedenen Zeitpunkten dieselben Fragen gestellt werden, so dass sich Einstellungsentwicklungen in der Allgemeinbevölkerung beobachten lassen. Solche methodisch aufwendigen Langzeitstudien existieren z. B. in den USA (1996 – 2018), in England (2008 – 2019) und in Deutschland (1990 – 2020). Aus diesen Langzeitstudien lassen sich unterschiedliche Trends ableiten, die Aufschluss darüber geben, wie sich unser Umgang mit psychischer Krankheit und unser Sprechen über psychische Krankheit verändert haben.

Wird psychische Krankheit normaler? Befunde aus England

Die Langzeitstudie in England wurde parallel zur Anti-Stigma-Kampagne *Time to Change* durchgeführt (Evans-Lacko et al., 2014). Diese Kampagne ist Vorbild für viele andere nationale Anti-Stigma-Kampagnen geworden. *Time to Change* hat unter einer starken „Dachmarke“ eine Vielzahl an innovativen lokalen und überregionalen Aktivitäten entwickelt, unter dem Einsatz beträchtlicher finanzieller Ressourcen kontinuierlich umgesetzt und diese Aktivitäten von Beginn an kritisch evaluiert. Im März 2021 wurde die Förderung der Kampagne nach 15 Jahren eingestellt. Erklärtes Ziel war eine Verbesserung der Einstellungen auf Bevölkerungsebene. Durch jährliche Befragungen von repräsentativen Stichproben der Allgemeinbevölkerung wurde dies überprüft. Dabei wurden stets dieselben Fragen gestellt, so dass Veränderungen der Einstellungen im Zeitverlauf sichtbar wurden (Robinson and Henderson, 2019). So wurden die Teilnehmer etwa gefragt, ob sie aktuell oder in der Vergangenheit in verschiedenen Alltagssituationen, etwa als Arbeitskollege, Kontakt zu einer Person mit einer psychischen Krankheit gehabt hätten. Außerdem wurden sie gefragt, ob sie in der Zukunft bereit wären, mit solch einer Person auf die genannte Art und Weise Kontakt aufzunehmen. Für beide Aspekte zeigten sich deutliche Verbesserungen: Im Verlauf der Kampagne gaben immer mehr Leute an, jemanden mit psychischer Krankheit zu kennen, und immer mehr Leute waren bereit, mit einer psychisch kranken Person in Kontakt zu treten.
Die Zunahme der berichteten Kontakte zu Menschen mit psychischen Krankheiten ist auffällig, denn die Prävalenz von psychischen Krankheiten ist insgesamt recht stabil, es ist also unwahrscheinlich, dass tatsächlich wesentlich mehr Kontakte stattgefunden haben. Stattdessen kann man vermuten, dass die subjektiv gestiegene Kontakthäufigkeit vor allem auf einen allgemein offeneren Umgang mit dem Thema psychische Krankheit zurückzuführen ist. Häufig kann ein Kontakt zu jemandem mit psychischer Erkrankung ja erst dann als solcher erkannt werden, wenn die Person sich offenbart und ihre eigene Erfahrung mit psychischer Krankheit zur Verfügung stellt. Der Anstieg an berichteten Kontakten kann deshalb als Hinweis verstanden werden, dass insgesamt mehr über psychische Krankheiten gesprochen wurde. Parallel dazu stieg auch die Bereitschaft, in Zukunft Alltagssituationen mit Menschen mit psychischer Krankheit zu teilen. Im Verlauf der *Time to Change* Kampagne wuchs also die Offenheit im Umgang mit psychischer Krankheit in der Allgemeinbevölkerung.
Ein weiterer Aspekt der Kampagne (und auch der Begleitforschung) war das Wissen über psychische Krankheit. Hier zeigte sich, dass Menschen in der Allgemeinbevölkerung Fachbegriffe wie Depression oder Schizophrenie im Verlauf der Kampagne immer häufiger als Bezeichnungen für psychische Krankheiten erkennen konnten. Gleichzeitig wurden aber auch normale Zustände wie Stress oder Trauer immer häufiger als psychische Krankheit eingeordnet. Im Jahr 2009 hatten 49% der Befragten Trauer fälschlich als psychische Krankheit klassifiziert, im Jahr 2017 waren es bereits 57%. Die Einordnung von Stress als psychische Krankheit wuchs von 58% auf 66% (Robinson and Henderson, 2019). Offensichtlich hat sich also parallel zur Kampagne auch das Verständnis von psychischer Krankheit gewandelt, es ist breiter, normaler geworden.
Es gibt also zwei Lesarten für die beobachteten Veränderungen, die vermutlich beide zutreffen: Einerseits sind die Be-

Kerbe_2_2022.indd 8 07.04.2022 14:07:35

rührungsängste mit psychischer Krankheit in England geringer geworden, die Einstellungen zu psychischer Krankheit haben sich verbessert. Andererseits hat sich aber auch die Vorstellung von psychischer Krankheit verändert: Ein offenerer Austausch über psychische Krankheit führte offenbar dazu, dass jetzt auch weniger dramatische, häufigere Zustände als psychische Krankheit eingeordnet werden, bis hin zu Trauer oder Stress. Die Bezeichnung psychische Krankheit hat damit zum Teil ihren Schrecken verloren, das Sprechen über psychische Probleme ist einfacher geworden, Berührungsängste haben abgenommen, das Bild von psychischer Krankheit ist normaler geworden. Dies kann mit Fug und Recht als Erfolg der Kampagne bezeichnet werden.
Allerdings lassen sich Hinweise auf ähnliche Dynamiken auch in Ländern ohne groß angelegte Antistigmakampagne finden, etwa in Österreich, wo ebenfalls der Anteil von Menschen, die angaben, mit jemandem über psychische Probleme oder Krankheiten gesprochen zu haben, zwischen 2008 und 2019 zunahm (Moosbrugger *et al.*, 2018). Auch ein Blick in die Medien in Deutschland vermittelt den Eindruck, dass mehr über psychische Krankheiten, insbesondere über Depressionen, gesprochen wird (Rosset *et al.*, 2020). Eine Normalisierung des öffentlichen Diskurses über psychische Krankheit ist sicher wünschenswert und birgt große Chancen für die Früherkennung und -Behandlung sowie für die Prävention von psychischen Störungen (Rusch and Thornicroft, 2014).
Gleichzeitig stellt sich aber auch die Frage, wie sich eine Verbreiterung des Konzepts von psychischer Krankheit und eine Normalisierung von psychischen Gesundheitsproblemen auf die Einstellungen gegenüber Menschen mit schweren psychischen Krankheiten auswirkt, beispielsweise auf Menschen mit Schizophrenie.

Einstellungen zu Menschen mit schweren psychischen Krankheiten

Anders als die Studie aus England arbeiten einige große, als Trendstudien angelegte Bevölkerungsstudien mit Fallvignetten, also mit kurzen Beschreibungen einer Person, die die Symptome einer schweren psychischen Krankheit zeigt, z. B. einer Schizophrenie. Ohne die Nennung der Diagnose ist hier ein genau definierter Stimulus gegeben, der sich auch im Zeitverlauf nicht verändert. Tatsächlich zeigen Untersuchungen, die auf solchen Fallvignetten basieren, einen anderen Einstellungsverlauf. Hier hat die Ablehnung einer geschilderten Person mit Schizophrenie seit dem Beginn der 1990er Jahre insgesamt zugenommen (Schomerus *et al.*, 2012). Eine aktuelle Erhebung aus den Vereinigten Staaten zeigte bis in die jüngste Zeit keine Einstellungsverbesserung für die Schizophrenie. Im Gegenteil, insbesondere die Einschätzung der Gefährlichkeit der geschilderten Person wuchs auch zwischen 2008 und 2018 weiter (Pescosolido *et al.*, 2019). Was sich aber in jüngster Zeit verbessert zu haben scheint, sind die Einstellungen zu einer Person mit Depression: In den USA hat sich hier das Bedürfnis nach sozialer Distanz zwischen 2008 und 2018 deutlich verringert. Die Ablehnung der Person mit einer Depression war in der jüngsten Umfrage nur noch so stark bzw. schwach wie die Ablehnung einer Person, die über Alltagsprobleme klagt (Pescosolido *et al.*, 2021). Die Symptome einer Depression werden zumindest in den Vereinigten Staaten offenbar als alltäglicher wahrgenommen und lösen weniger Abgrenzungsbedürfnis aus.

Verbessern sich die Haltungen zu Menschen mit Depression?

Eine Analyse deutschsprachiger Zeitungen aus den letzten Jahren zeigt, dass Depressionen häufig in Verbindung mit Burnout-Symptomen genannt bzw. sogar mit dem Begriff Burnout beschrieben werden (Rechenberg *et al.*, 2020). Eine weitere Arbeit zeigte, dass bei der Berichterstattung über Depressionen häufiger die Krankheit selbst, ihre Behandlung oder andere medizinische Themen im Vordergrund stehen, während die Schizophrenie seltener und vor allem im Zusammenhang mit Gewalt und Kriminalität Erwähnung findet (Rosset *et al.*, 2020). Eine Untersuchung der Prioritäten für die Mittelverteilung im Gesundheitswesen in der Allgemeinbevölkerung ergab, dass seit 2001 die Depression kontinuierlich höher bewertet wurde, vom vorletzten Platz unter neun körperlichen und psychischen Krankheiten rückte sie in der Gunst der Allgemeinbevölkerung auf den mittlerweile 4. Platz vor, während Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie am unteren Ende der Liste verblieben (Schomerus *et al.*, 2021). Es zeigen sich also durchaus Hinweise auf unterschiedliche Entwicklungen des Stigmas psychischer Krankheit: während über häufige psychische Krankheiten und insbesondere die Depression im Alltag leichter gesprochen werden kann, sind Krankheiten wie die Schizophrenie (oder Suchtkrankheiten) nach wie vor mit einem starken Stigma behaftet.

Gibt es eine Kehrseite der Normalisierung von psychischer Krankheit?

Die geschilderten Befunde sind nicht ganz einfach zu bewerten. Einerseits sehen wir eine sehr erwünschte Entwicklung hin zu größerer Offenheit im Umgang mit psychischer Krankheit. Es ist gut, dass leichter über psychische Krankheit gesprochen werden kann, und hier besteht sicher auch noch weiterer Handlungsbedarf. Für das Versorgungssystem entsteht die spürbare Herausforderung, der gewachsenen Offenheit gegenüber psychischen Krankheiten mit entsprechenden Behandlungsangeboten zu begegnen. Der Bedarf etwa nach Psychotherapie scheint in den gegebenen Strukturen absehbar nicht gedeckt werden zu können, eine Situation die in der Pandemie nochmal deutlich an Brisanz gewonnen hat.
Gleichzeitig zeigen die Befunde auch, dass eine Entstigmatisierung von häufigen psychischen Krankheiten nicht automatisch dazu führt, dass schwere psychische Krankheiten (wenn man diese etwas unscharfe Einteilung verwende möchte), wie beispielsweise die Schizophrenie, ebenfalls entstigmatisiert werden. Nach wie vor werden Menschen mit Schizophrenie stark ausgegrenzt, ihre Behandlung hat in den Augen der Öffentlichkeit deutlich niedrigere Priorität als etwa die Behandlung von Menschen mit Depression. Eine Normalisierung von Krankheitserfahrungen, wie sie in der Psychose erlebt werden, ist einerseits möglich: Psychotische Symptome sind auch bei Gesunden häufig und es ist sicher wichtig, hier Anknüpfungspunkte und Verständnis zu erzeugen, in dem etwa ein Kontinuitätsmodell auch von psychotischen Erkrankungen viel deutlicher kommuniziert wird. Andererseits ist es unbestreitbar, dass eine akute Psychose das soziale Umfeld leicht überfordert und unweigerlich als fremdartig und unverständlich wahrgenommen wird. Es geht also auch darum, die Bereitschaft zu stärken, mit solchen auf den ersten Blick unverständlichen, unheimlichen und

Kerbe_2_2022.indd 9 07.04.2022 14:07:35

fremdartigen Zuständen richtig umzugehen. Eine Trivialisierung der Krankheitsschwere hilft dabei nicht weiter, stattdessen muss deutlich gemacht werden, wie ein fürsorglicher, die Menschenwürde achtender Umgang mit Psychosen aussehen kann (Bock, 2020).

Die Rolle der Profis

Den Professionellen kommt dabei die Aufgabe zu, angesichts des gestiegenen Bedarfs nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe über das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen hinweg Menschen mit schweren psychischen Krankheiten nicht aus dem Blick zu verlieren. Dabei ist es gut belegt, dass Profis gerade gegenüber Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Suchtkrankheiten besonders negative Einstellungen haben (z.B. van Boekel et al., 2013). Auch im Behandlungssystem gibt es strukturelle Diskriminierung von Menschen mit schweren psychischen Störungen. Das reicht von prohibitiven Wartelisten für Psychotherapieangebote über strenge Abstinenzregeln bis hin zur unkritischen Vergabe von schwer stigmatisierenden Persönlichkeitsdiagnosen an Menschen, die durch schwerwiegende Kindheitserlebnisse von Vorneherein schlechtere Startbedingungen hatten. Wenn der Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung insgesamt steigt, stehen „schwierige“, „unbeliebte“ Patientengruppen in Konkurrenz zu einer wachsenden Zahl anderer Menschen, die ebenfalls nach Behandlung suchen. Eine „Gentrifizierung“ von Psychiatrie und Psychotherapie sollte dabei unbedingt verhindert werden.

Dieser Artikel entstand im Rahmen des Projekts „Haltungen zu Menschen mit psychischer Krankheit in einer sich polarisierenden Gesellschaft“, gefördert von der Fritz-Thyssen-Stiftung (Az. 10.18.2.009SO).

Literatur

Bock, T. (2020). Menschen mit Psychose-Erfahrung begleiten. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.

Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2014). Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003-13: an analysis of survey data. Lancet Psychiatry 1, 121-8.

Moosbrugger, R., Hackl, E. & Grausgruber, A. (2018). Monitoring public stigma in Austria 1998-2018. Johannes Kepler University: Linz, Austria.

Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L. & Perry, B. (2021). Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996-2018. JAMA Netw Open 4, e2140202.

Pescosolido, B. A., Manago, B. & Monahan, J. (2019). Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. Health Aff (Millwood) 38, 1735-1743.

Rechenberg, T., Nowikow, J. & Schomerus, G. (2020). [„Nowadays, we wouldn't Admit Being Depressed - Instead, we Tend to Call it Burnout“ - Reporting on Burnout in German Print Media]. Psychiatr Prax 47, 426-432.

Robinson, E. J. & Henderson, C. (2019). Public knowledge, attitudes, social distance and reporting contact with people with mental illness 2009-2017. Psychol Med 49, 2717-2726.

Rosset, M., Freytag, A., Dittrich, A., Jaspersen, M. & Baumann, E. (2020). Psychische Erkrankungen in Medienberichten. Befunde zur Darstellung u. Wahrnehmung. Communicatio Socialis (ComSoc) 53, 324-336.

Rüsch, N. & Thornicroft, G. (2014). Does stigma impair prevention of mental disorders? Br J Psychiatry 204, 249-51.

Schomerus, G., Baumann, E., Sander, C., Speerforck, S. & Angermeyer, M. C. (2021). Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 20, 301-302.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica 125, 440-452.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend 131, 23-35.

Das Syndrom „Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit“

Von Beate Küpper

Die Abwertung und Ausgrenzung von Menschen, die aufgrund ihrer zugewiesenen Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen als „ungleich“, „fremd“, „anders“ und/oder „unnormal“ betrachtet werden, ist für die unmittelbar Betroffenen oft sehr belastend. Bei aller Besonderheit lassen sich zugleich viele Ähnlichkeiten in Erscheinungsbild, Muster, Ursachen und Folgen verschiedener Abwertungsphänomene sowie Zusammenhänge beobachten: wer eine Gruppe abwertet, wertet oft auch eine andere ab und auch die Folgen von Abwertung zeigen Parallelen. Das Syndrom einer Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit bildet verschiedene Abwertungsphänomene als Elemente eines zusammenhängenden Konstrukts ab, gespeist aus einem gemeinsamen Kern einer Ideologie der Ungleichheit. Es erleichtert, bei aller Spezifität, Phänomene zu verstehen und Abwertungsmuster zu erkennen, ebenso den Austausch von Ansätzen der Prävention und Intervention.

„Die ist ja verrückt, da muss man aufpassen, halte dich lieber fern“ – so oder ähnlich lauten Vorurteile und die Aufforderung zu Distanz gegenüber Personen mit psychischer Erkrankung. Die überkommenen Sichtweisen auf „Verrückte“ werden auch heute noch etwa durch mediale Berichterstattung über Gewalttaten gefüttert, bei denen die psychische Erkrankung von Täter:innen angeführt

Beate Küpper
Dr., Dipl.-Psych., Professorin für Soziale Arbeit in Gruppen und Konfliktsituationen an der Hochschule Niederrhein, arbeitet seit vielen Jahren zu den Themen Vorurteile, Diversity und Integration

wird . Dies wiederum dient der Rechtfertigung, betroffene Menschen nicht ernst zu nehmen, der Angst vor ihnen, dem Distanzhalten, ihrer Absonderung, Gewalt, im schlimmsten Fall ihrer Ermordung, auch das ist noch nicht so

lange her und passiert noch heute. So leiden Personen mit einer psychiatrischen Diagnose nicht nur unter ihrer Erkrankung, sondern auch an dem, was die Diagnose mit sich bringt (Finzen 2018). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2021) ruft daher aktuell „Für Akzeptanz – gegen Ausgrenzung" auf.[1] Zugleich führt die Abwertung und Ausgrenzung aufgrund anderer Merkmale zu psychischer Belastung, die bis zu einer sich seelisch wie körperlich niederschlagenden Erkrankung führen kann. Dies belegt auch eine aktuelle Studie aus Deutschland im Auftrag der Krankenkasse IKK classic (2021) unter dem Titel „Vorurteile & Diskriminierung machen krank" noch einmal, in der eine für die Bevölkerung repräsentative Auswahl von Personen nach eigenen Diskriminierungserfahrungen und ihrem seelischen und körperlichen Gesundheitszustand befragt wurde.

Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit als Sammelbegriff der Abwertung und Ausgrenzung sozialer Gruppen

Die Abwertung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund unterschiedlicher Diversitätsmerkmale wird unter dem *Sammelbegriff einer Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit (GMF)* zusammengefasst. Der Begriff und das Konstrukt wurden 2002 eingeführt und in einer 10-jährigen Langzeitstudie empirisch untersucht (Heitmeyer 2002-2011). Weiterverfolgt wird es u.a. in der Reihe der Mitte-Studien der Friedrich-Ebert-Stiftung zu menschenfeindlichen, demokratiegefährdenden und rechtsextremen Einstellungen in der Bevölkerung, zuletzt in der 2021 erschienen Studie „Die geforderte Mitte" (Zick/Küpper 2021). Beide Studien berücksichtigen die Abwertung psychisch Erkrankter, ebenso wie die von Personen mit Suchterkrankung bislang noch nicht, dennoch lassen sich aus ihnen Hinweise auch dafür ableiten.
GMF umschreibt die Abwertung und Ausgrenzung von Menschen allein aufgrund ihrer Zuweisung zu einer sozialen Gruppe anhand von Kategorisierungsmerkmalen wie Geschlecht/Gender, ethnische oder kulturelle Herkunft, Weltanschauung bzw. Religionszugehörigkeit, sexueller Orientierung und Identität, einer Behinderung, Alter, Arbeits- oder Wohnungslosigkeit. Die Zuweisung zu sozialen Gruppen anhand dieser Merkmale ist unabhängig davon, ob oder inwieweit eine Person selbst sich mit diesen Gruppen identifiziert (z.B. sich selbst als besonders religiös betrachtet), bzw. ihr ein Merkmal selbst wichtig ist (z.B. ihr Einwanderungshintergrund, Geschlecht oder Alter). Aufgrund dieser Merkmale gelten Personen in den Augen der Mehrheit als „ungleich", „anders", „fremd" oder „unnormal", woraus dann leicht auch eine Ungleichwertigkeit abgeleitet und Diskriminierung gerechtfertigt wird. Etliche dieser harten Kategorisierungsmerkmale sind Teil des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetztes (AGG), welches Menschen vor Diskriminierung schützen soll. Im Rahmen der oben genannten Bevölkerungsumfragen wurde GMF in einem engeren Verständnis als Sammelbegriff für abwertende Einstellungen mit ihren kognitiven (z.B. Stereotypen), emotionalen (z.B. Angst, Neid, Ärger, Wut und Hass) und verhaltensbezogenen Komponenten (z.B. die Befürwortung ungleicher Rechte für verschiedene Gruppen) erhoben. In einem breiteren Verständnis schließt GMF auch Verhalten ein, beginnend bei der Ignoranz gegenüber sozialen Gruppen, über kleine Witze und Beleidigungen im Alltag, dem Abrücken bis hin zu Diskriminierung, Ausschluss, Verfolgung und Gewalt.
Gordon Allport (1954), der als Begründer der modernen Vorurteilsforschung gilt, sprach hier von fünf Eskalationsstufen des Vorurteils (noch ohne die Ignoranz mit einzubeziehen). In einem weiten Verständnis umfasst GMF die Abwertung und Ausgrenzung sozialer Gruppen sowohl auf individueller Ebene, also von Person zu Person, bzw. Gruppen, als auch auf institutioneller Ebene (u.a. abgebildet in Zugangsmöglichkeiten zu und Regelungen in Institutionen, die systematisch für einige soziale Gruppen leichter, für andere schwerer oder gar nicht erreichbar bzw. umsetzbar sind) und struktureller Ebene (z.B. (nicht-) vorhandene Angebote, die Bedarfen, Gewohnheiten und Wünschen etablierter Gruppen entgegenkommen bzw. für als „anders" bewertete Gruppen fehlen oder nicht passen). Das GMF-Konstrukt lässt sich in viele theoretische Ansätze zu Diskriminierung, Gruppenkonflikten und sozialer Ungleichheit einordnen, auch wenn dort ggf. eine andere Terminologie oder ein leicht abweichendes Verständnis des Phänomens verwendet wird.

Ein zusammenhängendes „Syndrom Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit"

Angenommen wird ein Zusammenhang zwischen der Abwertung unterschiedlicher sozialer Gruppen. Im Kern steht, so die Annahme, eine Ideologie der Ungleichwertigkeit. Diese kommt dann in der Abwertung und Ausgrenzung unterschiedlicher, als ungleich markierter Personengruppen zum Ausdruck – Ungleichheit wird zu Ungleichwertigkeit. Sie schlägt sich nieder in ungleicher Verteilung materieller wie immaterieller Ressourcen. Dabei sind Armut, prekäre Lebensumstände und Schichtzugehörigkeit selbst schon Merkmal der Abwertung, bzw. umgekehrt der Aufwertung in Verbindung mit Macht und Einfluss, dem Zugang zu Bildung, Wohnraum, Gesundheit und Ernährung und nicht zuletzt auch der Verfügbarkeit und Durchsetzung von Rechten. Welche spezifischen GMF-Elemente jeweils virulent sind, wie ausgeprägt die Abwertung und die Enge ihres Zusammenhanges zu anderen Elementen variiert in gewissem Ausmaß mit dem zeithistorischen, kulturellen Kontext und aktuellen gesellschaftspolitischen Debatten, zeigt aber zugleich auffällige Konstanz.
Empirisch bestätigt hat sich: Wer soziale Hierarchien zwischen Gruppen generell eher befürwortet und Gleichheit ablehnt, neigt mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Abwertung nicht nur einer, sondern mehrerer sozialer Gruppen, tendiert also beispielsweise zu Fremdenfeindlichkeit und zugleich zum Antisemitismus, zur Muslimfeindlichkeit, zu Homophobie und Sexismus und fordert eher ganz allgemein Vorrechte von Etablierten gegenüber Neuangekommenen. GMF kann sich dabei – wie dies auch die sozialpsychologische Arbeit zu Vorurteilen annimmt – sowohl offen und direkt, z.B. über die Zuweisung eindeutig negativer Stereotypen, oder subtil und indirekt ausdrücken, u.a. über die Behauptung großer Differenzen zwischen der Eigen- und einer als solche definierten Fremdgruppe und dem Messen mit doppeltem Maß, wie etwa in der Behauptung, Muslime haben

Empirisch bestätigt hat sich: Wer soziale Hierarchien zwischen Gruppen befürwortet, neigt zur Abwertung nicht nur einer, sondern mehrerer sozialer Gruppen.

[1] Online: https://www.dgppn.de/schwerpunkte/stigma.html.

Kerbe_2_2022.indd 11 07.04.2022 14:07:36

völlig andere Werte, gerade wenn es um Demokratie und Gleichstellung der Geschlechter geht.
Letztlich geht es darum, die eigene Gruppe positiv dastehen zu lassen, Privilegien und Diskriminierungen entlang konstruierter Gruppenzugehörigkeiten zu rechtfertigen, zu manifestieren und auszubauen (Blumer 1958; Sidanius und Pratto 1999). In diesem Sinne ist GMF funktional zur Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Hierarchien. Als kollektiv geteilte Ideologien wird GMF dabei nicht nur von statushohen, sondern auch von statusniedrigeren Gruppen geteilt, die die Ungleichwertigkeiten mittragen und nach unten durchreichen (wenn beispielsweise Frauen rassistisch oder eine Einwanderungsgruppe die nächste abwerten). GMF ist zudem zentraler ideologischer Bestandteil von Rechtspopulismus und Rechtsextremismus. Die immer noch anhaltende Coronapandemie hat nicht nur Sorgen, Angst und psychische Herausforderungen mit sich gebracht, sondern auch zu Aggression, Wut und Gewalt geführt. Diese richtet sich zu Beginn der Pandemie ganz direkt gegen asiatisch gelesene Personen, die in ihrer Verzweiflung die Aktion #IchbinkeinVirus starteten, inzwischen u.a. auch gegen das Personal im Gesundheitsbereich. Eine völkisch-autoritär-rebellische Haltung, zu der dann auch ein Verständnis von „Volkskörper" gehört, welches jene aussondert, die als „fremd" und auch als „zu schwach" betrachtet werden, schwingt nicht selten mit, wie die bereits angeführte aktuelle Mitte Studie 2021 belegt.

Die Bedeutung von Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit für die Praxis

Mittlerweile hat der Begriff und das Konstrukt von GMF Eingang in viele Felder der Demokratiearbeit von öffentlichen wie zivilgesellschaftlichen Institutionen (Kirchen, Gewerkschaften, der Polizei), Förderprogramme für antirassistische Praxisprojekte u.a. der schulischen und außerschulischen Jugendarbeit sowie in Aus- und Weiterbildungsprogrammen, bisweilen auch schon in strukturelle Veränderungen verschiedenster Träger gefunden. Auch im Gesundheits- und Pflegebereich ist der Blick auf GMF relevant (u.a. Küpper 2021). Der Vorteil der Konzeption eines GMF-Syndroms besteht vor allem darin, den Blick auf mögliche Gemeinsamkeiten verschiedener Abwertungsphänomene in Strukturen, Prozessen und Ausdrucksformen zu lenken, die lange separat betrachtet wurden. Dies gilt für die Wissenschaft wie für die Praxis gleichermaßen. Dies erleichtert den Transfer von Methoden, Erkenntnissen und Erfahrungen in Bezug auf die Analyse sowie für die Prävention und Intervention. Denn sowohl die Herausforderungen durch GMF gegenüber auf den ersten Blick sehr unterschiedlichen Personen(gruppen) als auch die Aufgabenstellung für Prävention und Intervention ähneln sich. So rückt damit die Bedeutung nicht nur offener, sondern auch subtiler Abwertungsformen etwa auch gegenüber psychisch erkrankten Menschen und jenen mit einer Behinderung in den Blick. Denn wenn sie auch vordergründig negiert wird, ist sie da, bisweilen aber eben eher versteckt, bzw. wird durch ein „aus dem Weg gehen" ausgedrückt. Das GMF-Syndrom kann als komplementär ergänzend zum Konstrukt der Intersektionalität betrachtet werden, welches auf Besonderheiten der Ignoranz gegenüber Abwertung und Ausgrenzung von Personen aufgrund miteinander verschränkter Merkmale schaut (z.B. psychisch erkrankte migrantische Frauen, denen vielleicht besonders leicht vorgeworfen wird, „sich zu sehr anzustellen"). Die Herausforderungen, ebenso wie das Handeln erstrecken sich auf die individuelle, institutionelle wie strukturelle Ebene. Wichtig ist es, hier stets die Divergenz der Perspektiven im Blick zu behalten – für unmittelbar von GMF Adressierte sieht die Situation in der Regel anders und viel belastender aus als für jene, die nur am Rande daneben stehen. In allererster Linie gilt es also, von GMF Betroffene ernst zu nehmen, sie zu stärken und zu schützen – vor offenen Anfeindungen bis hin zu Gewalt, aber ebenso vor kleinen, abwertenden, verächtlich oder lächerlich machenden Bemerkungen im Alltag. Dazu gehört sowohl der unmittelbare Schutz, ggf. auch Unterstützung bei Anzeigen und Rechtsverfahren, als auch Schutz- und Krisenkonzepte für Einrichtungen. Man kann schließlich davon ausgehen, dass Diskriminierung überall vorkommt, wird nur nicht überall als solche erkannt. Nach wie vor bleibt sie daher oft am unmittelbar Betroffenen und damit ohnehin schon Belasteten hängen, aktiv zu werden. Andere Personen und auch die Institution rücken ab, ist Diskriminierung doch unangenehm, lästig, scheint abzufärben. Im schlimmsten Fall gilt die Person, die Diskriminierung beim Namen nennt, als Störenfried und Nestbeschmutzer. Beratungsstrukturen und Empowerment-Ansätze zur Stärkung von Personen aus diskriminierten Gruppen werden inzwischen nicht nur für People of Color entwickelt, sondern etwa auch auf lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche übertragen. Sie könnten sinnvoll auch für Personen mit psychischer Erkrankung adaptiert werden (Illic et al, 2014). Gleiches gilt für die Sensibilisierung und Selbstreflektion mit Blick auf eigene Vorurteile und diskriminierende Strukturen. Nicht zuletzt kann die gemeinsame Betrachtung verschiedener spezifischer Abwertungsphänomene unter dem GMF Sammelbegriff auch dazu beitragen, Diskriminierung als übergreifendes Phänomen zu verstehen und adressierte Gruppen dazu motivieren, eigene Diskriminierungserfahrungen auch bei anderen mit mehr Aufmerksamkeit und Empathie anzuerkennen, sich zusammenzudenken und -zuschließen. Gleichzeitig gilt es, Besonderheiten im intersektionalen Sinne im Blick zu behalten.

Der Text ist eine aktualisierte Version des Beitrags vom 16.3.2017, für Friedensforum, Zeitschrift der Friedensbewegung

Literatur

Allport, G. W. (1954). The Nature of Prejudice. Cambridge, MA: Perseus Books.

Blumer, H. (1958). Race prejudice as a sense of group position. Pacific Sociological Review I: 3–7.

Finzen, A. (2013). Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen u. Diskriminierungen. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Heitmeyer, W. (Hrsg.), (2002–2011). Deutsche Zustände, Folge 1–10, Suhrkamp Verlag.

IKK classic (Hrsg.), (2021). Vorurteile & Diskriminierung machen krank. Autoren: Hambrock, U.; Urlings, S. /rheingold institut . https://www.ikk-classic.de/gesund-machen/vorurteile-machen-krank

Ilic, M. et al. (2014). Managing a stigmatized identity – Evidence from a longitudinal analysis about people with mental illness. Journal of Applied Social Psychology. 44(7): 464–480.

Küpper, B. (2021). Menschenfeindlichkeit durch Vorurteile. In: Domenig, D. (Hrsg). Lehrbuch transkulturelle Vielfalt und Verschiedenheit: Von der transkulturellen zur transkategorialen Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Sidanius, J.; Pratto F. (1999). Social Dominance. An intergroup theory of social hierarchy a. oppression, Cambridge.

Zick, A.; Küpper, B. (Hrsg.) (2021) . Die geforderte Mitte – Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2021/22. Hrsg. von Franziska Schröter für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Dietz. Homepage zur Studie: https://www.fes.de/referat-demokratie-gesellschaft-und-innovation/gegen-rechtsextremismus/mitte-studie-2021

Kerbe_2_2022.indd 12 07.04.2022 14:07:36

Das Erleben von Scham und die Wunde der Stigmatisierung

Von Andreas Jung

„Die Sprache ist gleichsam der Leib der Gedanken.“
Nach Georg Friedrich Wilhelm Hegel

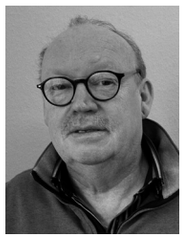
Für die Assistenzärzte, die oft selbstlos ihre Arbeit tun!

Die Sprache der Stigmatisierung

Es ist mir ein Anliegen, das Thema Stigmatisierung aus der Erfahrenen Perspektive anzusprechen, weil sich möglicherweise durch den dadurch veränderten Blick auch andere Begrifflichkeiten bei der Beschreibung eines schwierigen Problems ergeben. Sprache, die auch immer Ausdruck von Hierarchien und damit von Herrschaft ist, kann durch ihren selbstkritischen und subversiven Gebrauch versteinerte Verhältnisse zum Tanzen bringen und dadurch andere Voraussetzungen von Genesung in den Blick bekommen. Sie wird zum Einspruch gegen einen Verdinglichungs- und Erstarrungsprozess, an dessen Ende als Ergebnis das Stigma steht. Da tickt jemand nicht mehr richtig, nur weil die Zeit bei ihm stehen geblieben ist. Feststehende Begrifflichkeiten und Redewendungen haben nämlich durch ihre alltagssprachliche Verwendung oft zur Folge, dass Menschen sich nicht nur in Schubladen wieder finden, sondern sich selbst dort beheimaten, wo sie doch eigentlich einmal herausgeholt werden sollten.
Worte teilen Menschen in Täter und Opfer ein, ohne dass die Folgen dieser Sprache, nämlich der ihnen zugeschriebene Schuldzusammenhang, von ihren Nutzern bedacht wird. Selbststigmatisierung, die auf dem Fuße folgt, ist für uns psychisch angeschlagene Menschen oft das eigentliche Problem, weil sie uns als Subjekte stillstellt und durch eine bis in das körperliche Wohlergehen hineinreichende Selbstbeschämung zur Selbstaufgabe führen kann. Die Körperhaltung und ein angeschwollener Leib, den viele Betroffene sich zulegen, um sich aus einem Schutzbedürfnis heraus endgültig von äußeren Ansprüchen zu verabschieden, spricht eine Sprache, der ein Verstummen vorausgeht. Dieser Prozess, der dazu führt, dass Menschen keine authentische Erfahrungen mehr machen können, ist bis heute ein Tabu für eine Sozialpsychiatrie, die durch die Klientifizierung ihrer Schützlinge längst zur Mitverantwortlichen geworden ist. Man kann nämlich die dadurch angegriffenen Psychiatrie-Erfahrenen durchaus mit einer von außen unterstellten Stigmatisierung und mit der Zuschreibung einer Behinderung durch die für sie gebuchten Sonderwelten stigmatisieren, die es auf Grund der UN Konvention eigentlich gar nicht mehr geben dürfte, und hat dabei selbst eine weiße Weste.
Schon wieder diejenigen, die sich durch alles benachteiligt fühlen. Das ist keine so ungewöhnliche Abwehrreaktion auf Schlagworte und Alltagssprache, die Themen wie die der Diskriminierung von psychisch kranken Menschen und ihrer spezifischen Stigma-Erfahrung aus der Öffentlichkeit zu verbannen sucht und dadurch notwendige Verständigungsprozesse über das, was vernünftig und normal sein kann, verhindert. So durch Rollen und Schuldzuschreibungen festgefahren, werden wir aller Voraussicht nach nicht wirklich etwas verändern.

Herstellung von Öffentlichkeit

Eine Übereinkunft wie wir Sprache verwenden, ist also auf Grund des Anliegens von psychiatrieerfahrenen Menschen mit ihren Interessen und Wünschen endlich ernst genommen zu werden, geboten.
Denn eine eigene, aber dennoch für alle verständliche Sprache, bedeutet auch immer Teilhabe an Öffentlichkeit und ihrer Kultur, die der Gesellschaft ihren Stempel aufzudrücken vermag.
Was also teilen wir trotz und vielleicht sogar wegen unserer Stigmata Erfahrungen mit den sogenannten Normalen in der Gesellschaft, und wie kommen wir uns auf eine Art und Weise nahe, dass sich alle angesprochen und zur Mitwirkung ermutigt fühlen?
Auf lange Sicht: Wie kann es uns gelingen, die scheinbar „Nicht Betroffenen“ und auf Grund von Vorurteilen oft verunsicherten Mitmenschen aus der Reserve zu locken und zu Verbündeten werden zu lassen. Fast ein jeder kennt Menschen mit seelischen Verletzungen in seiner Umgebung und versucht damit klar zu kommen. Das wäre auch eine Chance.
Zu einer politischen Auseinandersetzung, als wesentlicher Bestandteil eines Empowerment Konzepts von und für Psychiatrie Erfahrene, gehören auch immer öffentlich zugängliche Gesprächsangebote mit dem Ziel, dass alle erst einmal ihrer Bedrückung Luft machen können, um anschließend gemeinsam genauer hinzuschauen.
Der von Dorothea Buck und Thomas Bock ins Leben gerufene Trialog ist bisher der wichtigste Ort, wo dieses Angebot, das man in Anlehnung an Jürgen Habermas „Herrschaftsfreien Diskurs“ nennen kann, überhaupt in Ansätzen durchführbar ist.
Die Erfahrungen, die dort gemacht wurden, sind deshalb so ermutigend, weil sie eine entlastende und manchmal sogar befreiende Wirkung nicht nur für die unmittelbar Betroffenen, sondern für alle haben. Diesen Diskurs dauerhaft in das Feld der Politik zu implementieren, bleibt daher eine wichtige Aufgabe.



Andreas Jung
Genesungsbegleiter und Vorsitzender von EX-IN-Hessen beim St. Elisabeth Verein, Oikos e. V. in Marburg

Narrative Psychiatrie als Begegnungskultur

Narrative Psychiatrie nennt man ein kulturwissenschaftliches Angebot, das die Psychiatrie aus der Sicht der Betroffenen, aber auch der helfenden Berufe zum Sprechen bringen will. Es motiviert

Kerbe_2_2022.indd 13 07.04.2022 14:07:36

sie durch eine anleitende Unterstützung, sich schreibend zu äußern und auch auf Klinikstationen in einer Gruppe zueinander in Beziehung zu treten. Eine engagierte Vertreterin hiervon ist die bekannte New Yorker Schriftstellerin Siri Hustved. Vier Jahre lang bot sie auf einer Akutstation Kurse in creative writing für Psychiatrie Patient/Innen an. Die Teilnehmer stammten aus verschiedenen sozialen Schichten, häufig mit entsprechend unterschiedlichen Bildungsbiografien. Auch alle bekannten Diagnosen waren vertreten. Sie gab kleinere, gut verständliche Texte, u.a. Gedichte den Patienten zum Lesen und Vortragen und forderte sie auf, eigene Überlegungen dazu nieder zu schreiben. Wichtig war ihr, über die Emotionen zu sprechen, die die Patienten in der Auseinandersetzung mit dem geschriebenen Wort verspürten. „Emotionen können nicht fiktiv sein. Wenn ich beim Träumen oder beim Lesen eines Buches ängstlich oder fröhlich bin, sind die Liebe und die Angst, die ich empfinde, wirklich, obwohl die Figuren es nicht sind.“ Dabei entdeckte sie gemeinsam mit ihren Kursteilnehmern einen Erzählraum, in dem ein Dialog mit einer Gesellschaft möglich ist, die solchen Menschen schon längst nicht mehr zuhört. Dieser Dialog erdet nicht nur, sondern verhindert auch voreilige Zuschreibungen.

„Es ist wichtiger zu wissen, welcher Mensch die Krankheit hat, als welche Krankheit der Mensch hat.“

Dieses berühmte und berührende Wort des Hippokrates könnte an der Tür jeder erfolgreichen Antistigma Arbeit für Menschen in Kliniken stehen, die solche Schreibkurse ihren Patienten unaufdringlich anbietet. Was aber ist wesentlich beim Schreiben? Wenn ich schreibe, spreche ich immer zu jemandem, und der Text wird zwischen mir und diesem imaginären Anderen gemacht.

„Dialog setzt nach meinem Selbstverständnis die Notwendigkeit des Unvorhergesehen voraus, und sein Grundelement ist überraschende Wechselseitigkeit“ schreibt Martin Buber in einem Brief an den Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger. Das ist die Melodie dessen, was wir heute „open dialogue“ nennen. Die Therapeuten sind die Gäste des Patienten. Es kann etwas Neues entstehen, nachdem Altes abgefallen ist. Auch in Texten finden wir solche willkommenen Gäste, entblättert sich dadurch eine andere Form des Gesprächs.

Die eigene Erzählung

Was aber bedeutet das für mich als ehemaliger Psychiatriepatient, und wo sind die Eckpunkte in meiner Geschichte für einen Prozess, der aus der Stigmatisierungsfalle herausführt?

Ich bin seit Ende der 90er Jahre, als akademisch gebildeter Mensch mit einigen Problemen mich in dieser Welt von Solipsisten zurecht zu finden, von einer Schizophrenie-Diagnose betroffen. Sie wurde mir von einer auf mich sympathisch wirkenden Assistenzärztin nur wenige Tage nach der ersten Zwangseinweisung in eine psychiatrischen Klinik schriftlich ausgehändigt. Ich hatte im Beisein des Klinikdirektors während einer Visite darauf bestanden zu erfahren, weshalb ich mich eigentlich in der psychiatrischen Klinik habe zur Begutachtung einfinden müssen.

Ich reagierte auf die als Verdacht gekennzeichnete Diagnose paranoide Schizophrenie zunächst mit Schrecken und schroffer Ablehnung. Mein depressiv diagnostizierter Zimmerkollege kam aus einem Wochenende nicht mehr zurück. Die Situation mit der jungen Ärztin drohte zu eskalieren.

Nach so vielen Jahren trage ich meine Diagnose vielleicht auch deshalb mit einem gewissen heimlichen Stolz, wie der aus dem Trojanischen Krieg heimkehrende Odysseus, als ihm als Bettler am Hof verkleidet die Amme Eurykleia die Füße wusch, und ihn an seiner jugendlichen Narbe erkannte. Er war zu Hause angekommen.

Zu dieser erfreulichen Entwicklung hat beigetragen, dass ich mir außerhalb des Universitätsbetriebs lesend hinter einem Buch und schreibend an einem PC meiner selbst bewusst werden konnte, nachdem mich die Medikamente und der Besuch einer Werkstatt lange Zeit in einer Art Lethargie gefangen hielten. Stigmatisierung, die für den Sozialpsychiater Asmus Finzen die zweite Erkrankung der psychisch kranken Menschen bedeutet, kann im Prozess des Schreibens zu einem Antrieb werden, wenn man sich die Verletzung, die mit fast jeder psychiatrischen Diagnose einhergeht, eingesteht, so dass die Wunden neu verbunden werden und dadurch verheilen können. Es entsteht eine Form kreativer Resilienz.

Wie ein Detektiv in eigener Sache versuchte ich zunächst die Geschehnisse, die damals zur Einweisung durch einen richterlichen Beschluss geführt hatten, und mich nach einer über ein Jahr anhaltenden Wohnungslosigkeit für schier endlose Jahre in eine Sonderwelt von psychisch angeschlagenen Menschen verfrachteten, zu ermitteln und über diesen Prozess der Genesungshemmung vor unterschiedlichem Publikum vorzutragen.

Ich bekam zu Beginn meiner Psychosen während einer wissenschaftlichen Tagung, die das Exil eines angesehenen Marburger Romanisten, der von seinem Lehrstuhl vertrieben wurde zum Thema und die ich maßgeblich mit angeregt und vorbereitet hatte, bedingt durch neue Informationen und Erfahrungen schwere Angstzustände und hörte zunächst fremde Stimmen. Innerhalb nur weniger Wochen war ich nicht mehr in der Lage meinen Alltag zu bewältigen. Ich drohte zu verwahrlosen und in finanzielle Nöte zu geraten, nachdem auf Grund des überraschenden Weggangs eines damaligen Freundes und Kollegen aus Marburg, trotz großer Anerkennung und Lob das begonnene Projekt nicht mehr fortgesetzt werden konnte.

Die Zerstörung der Orte

Meine Ängste nahmen bedingt durch den Ausnahmezustand, in dem ich zu leben versuchte, zu. Bei dem Gespräch mit dem Gesundheitsamt, das mich zunächst eingeladen hatte, war es zu keiner Übereinkunft gekommen. Der Raum, in dem ich befragt wurde, glich einer Zelle.

Trotz des freundlichen Bemühens des zuständigen Sozialarbeiters roch es nach Amt und Behörde. Ich stand nach Ablauf des richterlichen Beschlusses, mich in die Psychiatrische Klinik zu begeben, mehrere Wochen lang vor der Morgendämmerung auf und suchte Zuflucht auf dem dem Universitätsgelände. Es schien mir damals die einzig sichere Umgebung zu sein. Eines Morgens, nachdem ich vor Erschöpfung lange geschlafen hatte, läutete es und ich entwich über den Hinterausgang der gemeinsamen Waschküche, um dem Zugriff der Behörde zu entgehen.

Ich kam außer Atem in der Mensa der Universität an, sah die Polizei und verschwand auf der Toilette. Von zwei Ordnungshütern wurde ich vor den Augen der Serviererinnen, die mich seit meiner Studentenzeit kannten, in Handschellen abgeführt und auf dem Rücksitz des Polizeiwagens zur Klinik gefahren. Vor Schreck verlor ich meine Sprache. Nach meiner Ankunft und der Feststellung der Personalien zog mich eine junge Ärztin fürsorglich auf eine Pritsche und entledigte mich meiner verunreinigten

Kerbe_2_2022.indd 14 07.04.2022 14:07:37

Wäsche. Ich aber wünschte mich an den Ort zurück, wo ich einmal geboren wurde, in ein Kloster. Das war ein kurzer Moment von Scham in einem Szenario einer behördlich angeordneten Beschämung, die ich bis heute als erniedrigend empfinde. In meinen Augen hatte ich den Respekt der Serviererinnen, die mich immer freundlich bedient hatten und mir an diesem Tag ungläubig hinterherschauten, verloren. Die Scham war begleitet von einer nur schwer auszuhaltenden Einsamkeit.
Für Literaturwissenschaftler ist es selbstverständlich, dass es eine Aura der Orte gibt, die bei dem Besucher eine innige Vertrautheit herzustellen vermag. Die Mensa einer Universität ist ein Ort, an dem sich Studierende beim Mittagstisch begegnen oder sich bei einem Kaffee über ihren Bildungsalltag austauschen können.
Manchmal zeigt sich dort auch ein Pärchen, das sich erstmalig in einer Bibliothek begegnet war. Orte spielen Schicksal. Auch die Bediensteten haben dort ihre Bedeutung. Sie sind das neugierige Publikum an einem Platz, wo es ohne Gewalt zugehen sollte.
Die Bedeutung dieses Ortes war für mich nach dem Übergriff so entwertet, dass ich es viele Jahre nicht vermocht habe, ihn auf Grund meiner Scham wieder zu betreten.

Vermeidungsstrategien, als Form der Selbstachtung

Sieht man einmal von einer Buchhandlung und eines einschlägigen Cafés in der direkten Nachbarschaft ab, machte ich jahrelang keinen Schritt mehr in irgendeine Bildungseinrichtung der Stadt. Meine Beine waren zu schwer, um mich noch dorthin bewegen zu können. Zeitweise war jede Ampel eine Qual, weil sie mich an die Verkehrsregelung vor dem Gang in die Mensa, wohin ich einst hin geflüchtet war, erinnerte. Vorsicht Bücher. Vor allem, ich fühlte mich für meine eigene Ohnmacht verantwortlich, so als wenn ich selbst die Schuld für diesen Polizeieinsatz und die Zerstörung der Orte mit ihren Erinnerungen übernehmen müsste, die wie die Bibliothek meine Neugierde für Literatur und das gesellige Leben, das zu einem Lesepublikum immer auch dazu gehört zu wecken vermochte.
„Das Jüngstvergangene stellt allemal sich dar, als wäre es durch Katastrophen zerstört worden.“
So heißt es in einem Brief von Walter Benjamin an Theodor W. Adorno.
Energieraubende Vermeidungsstrategien und Minussymptomatik bei Psychiatriepatienten sind eine gängige Antwort auf desillusionierende, das Selbst entwertende Wahrnehmungen. Es ist die Angst vor Verletzung, die Menschen in einer Sonderwelt ohne Geschichte verharren lässt. Sie können als Folge dessen oft nur noch mit Ihresgleichen verkehren.
Selbststigmatisierung gibt es nicht nur bei Psychiatrie Erfahrenen, sondern auch bei anderen gesellschaftlichen Gruppen z.B. bei Intellektuellen, um deren Gunst wir als Betroffene oft werben.
Oft fehlt aber beiden das Gefühl, dass man sie noch wirklich braucht. Das endet in Glasperlenspielen und zuletzt auch in Resignation. Dass gerade diese Gruppen allein historisch gesehen besonders stigmatisiert werden, steht außer Frage. Aber diese Erkenntnis führt nicht zwangsläufig zu einer wirklichen Solidarität.

Lob der Scham

Das, was ich in die gegenwärtige Diskussion um Stigma einbringen möchte, nenne ich ganz bescheiden mit einem Buch des ehemaligen Klinikdirektors Daniel Hell (Burghölzli Zürich) Lob der Scham. Scham ist im Gegensatz zu Stigma etwas Unabgeschlossenes und Wandelbares. Entwicklungsmöglichkeiten von Schamgefühlen, als wichtige gesellschaftliche Ressource, setzt freilich ein Mindestmaß an gegenseitiger Achtung und Selbstachtung voraus.
Das ermöglicht eine andere Gesprächs- und Beziehungskultur, nämlich die des Dialogs und Miteinanders. Scham und Beschämungen, das kennt ein Jeder. Das von mir geschilderte Gefühl der Entwertung ist nicht die Erfahrung eines Einzelnen. Beschämung schafft Abhängigkeit und Misstrauen, wie das obige Beispiel einer von mir durch den Polizeieinsatz mit herbeigeführten Diagnoseerwartung an eine junge Ärztin zeigt. Sie war verbunden mit der Frage: Welcher Vergehen beschuldigen sie mich, damit sie mich hier festhalten dürfen? Ich sah mich nur als rechtloses Opfer. Aus den Psychiatrieakten entnahm ich nach Jahren, dass sie mich versuchte, zu schützen, nachdem ich folgenreich auf sie losgegangen war. Ich fand dort ein Verständnis meiner Situation, die ich so nicht erwartet hatte.
Persönliche Scham fördert Verantwortung und Vertrauensbildung. Sie wird durch Zuwendung und Anteilnahme gefördert. Ihr Nährboden ist Freiheit und Versöhnung, denn ohne Scham ist es einfacher, andere zu beschämen. Scham bewirkt in sozialer Hinsicht daher vor allem eine schonende Zurückhaltung gegenüber Mitmenschen. Durch die eigene Scham hindurchgegangen zu sein, eröffnet uns nicht nur eine empathische Haltung gegenüber Andersdenkenden, sondern befreit uns auch selbst von den eigenen Borniertheiten. Wenn es gelänge, diese Erkenntnis in die Antistigma Arbeit zu integrieren und darüber offen zu sprechen, dann hätte unsere Gesellschaft endlich einmal die Chance sich zu schämen. Vor wem? Vor uns Erfahrenen, versteht sich. Aus Gründen der gegenseitigen Achtung und um die Entstehung von Schuldgefühlen zu verhindern.
„Dite loro che perdonino sempre, sempre! tutto! Tutto!“, so heißt es in einem bekannten italienischen Roman. „Sagt Ihnen, dass sie vergeben mögen, immer, immer, alles, alles.“

Der Artikel geht auf meinen Vortrag im Rahmen des Psychiatrisch/Psychotherapeutischen Kolloquium WS 2020/21 der Philipps Universität Marburg zurück.

Literatur

Adorno Th.W. /Benjamin W. (1994)., Briefwechsel 1928–1940, Suhrkamp Frankfurt /Main, 1994

Baer U, Frick Baer, G. (2018). Vom Schämen und Beschämt werden, Weinheim Basel

Brown B. (2017)., Verletzlichkeit macht stark, München 2017

Finzen A. (1996). Die Erkrankung und das Stigma, Psychiatrie Verlag Bonn

Grabe C. und Jung A (2020). Stigma, Barrieren und Vorschläge zu deren Überwindung, in: Ratzke K, Bayer W., Bunt S. Hg., Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis, Erfahrungen aus einem Modellprojekt, Köln.

Habermas J. (1987). Theorie des kommunikativen Handelns, Suhrkamp Frankfurt/Main

Hell D. (2019). Lob der Scham, Herder Feiburg

Hustved S. (2020), Das schreibende Selbst – und Im Raum, in: Eine Frau schaut auf Männer, die auf Frauen schaut, Essays über Kunst, Geschlecht und Geist, Rowohlt Hamburg

Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis, Psychiatrie Verlag 2020

Lindenblatt J.M. und Schroeder M (2020), Teilergebnisse des Forschungsprojekts „Auswirkungen von (potentiellen) Stigmatisierungserfahrungen auf Grund einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis und deren Wirkung auf das Selbstkonzept“ Institut für Erziehungswissenschaft, Marburg

Manzoni A. (2003). Die Brautleute I Promessi Sposi, Hanser Münche

Rüsch N. (2021). Das Stigma psychischer Erkrankung Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung, Elsevier Verlag München

Medienberichte schüren Vorurteile

Von Jana Hauschild

Nach einem Amoklauf kommt schnell die Frage nach dem mentalen Gesundheitszustand der verdächtigen Person auf. Eine mittlerweile automatische Verknüpfung, die sich bei Laien einbrennt und Vorurteilen sowie Stigmatisierung gegenüber allen Menschen mit psychischen Erkrankungen Vorschub leistet. Der Beitrag analysiert, wie Betroffene in den Medien dargestellt werden und was das für Folgen für sie hat, aber auch, was mögliche Ursachen und potenzielle Gegenmaßnahmen wären.

Jana Hauschild
Die Autorin ist freiberufliche Journalistin und Diplom-Psychologin
Foto: Andi Weiland

Ein Co-Pilot steuert ein voll besetztes Flugzeug in die französischen Alpen. Die Maschine zerbirst an den Bergen, 150 Menschen sterben. Der Germanwings-Absturz im Frühjahr 2015 machte fassungslos. Vor allem die Medien überschlugen sich in den Stunden und Tagen, ja Wochen danach mit Nachrichten und vermeintlichen Hintergrundinformationen. Einige Tage nach dem Unglück ging eine Nachricht endgültig durch die Decke: „Hausdurchsuchung bei Co-Pilot: Ermittler finden Hinweise auf psychische Erkrankung“ oder wie es mancherorts auch leider weniger sachlich zu lesen war: „Der Verrückte im Cockpit“. Medien berichteten im Anschluss minutiös darüber und das Seelenleben des Co-Piloten. Da gab es vermeintliche Enthüllungsreports dazu, dass der Co-Pilot schon sechs Jahre zuvor die Diagnose Depression erhielt und seinen Arbeitgeber darüber informierte oder dass er ein Glückstagebuch führte. Und es entstand eine Debatte darüber, ob Menschen mit psychischen Erkrankungen überhaupt in Berufen wie dem des Piloten arbeiten dürften. Suggestive Berichte mit Fragestellungen, die den Leser und die Leserin in eine bestimmte Richtung lenken, waren an der Tagesordnung. Jeder einzelne davon: Ein Fausthieb in das Gesicht von allen Menschen, die mit psychischen Erkrankungen leben. Ein Attentat, ein Amoklauf, jede unfassbare Gewalttat: Schnell debattieren Radiosender, TV-Moderatoren oder Online-Zeitungen heute mögliche Ursachen und Beweggründe der Täterinnen oder Täter. Schon wenige Sekunden nach Bekanntwerden eines solchen Akts stehen mittlerweile schematisch drei Fragen im Raum, nämlich, wo der Täter oder die Täterin herkommt, ob sie Verbindungen zu einer terroristischen Gruppe hatte – und nach der seelischen Verfassung. Keine Nachricht mehr über einen Anschlag oder ähnlich anmutende Zwischenfälle, ohne einen Blick auf den mentalen Zustand der verdächtigen Person. Selbst wenn sich diese Verknüpfung als irrelevant herausstellen sollte (und geschulte Leserinnen und Leser wissen, dass es für solche Taten nie nur den einen Grund gibt und sich dieser auch nicht einfach wenige Minuten nach dem Vorfall ermitteln lässt): In den Köpfen der Zuhörenden, der Menschen vor dem TV oder den gedruckten Papierseiten verfestigt sich diese immer wiederkehrende Verknüpfung ebenfalls. Gewalttat = psychisch krank.

Wirkung in Studien nachgewiesen

Studien belegen den Effekt. Am Fall des Germanwings-Absturz konnten Olaf von dem Knesebeck vom Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg und seine Kollegen aufzeigen, dass mehr als ein halbes Jahr nach dem Flugzeugabsturz die Bevölkerung tatsächlich sehr viel vorurteilsbehafteter auf Menschen mit Depressionen blickte. Die knapp 600 Befragten beschrieben die Betroffenen eher als gefährlich, unberechenbar und weniger hilfsbedürftig als noch ein Jahr zuvor, also vor dem Germanwings-Absturz. Nahezu alle kannten den Fall des Co-Piloten. Sieben von zehn Befragten waren gar der Meinung, dass Menschen mit Depression nicht als Pilot arbeiten dürfen. Ein Drittel meinte, die Tragödie wäre abzusehen gewesen, da der Pilot an einer psychischen Erkrankung gelitten habe.

So schwer es sich auch mit Zahlen konkret bemessen lässt, wie groß der Einfluss von einzelnen Berichten zu Gewalttaten jeweils war, kommen Medien dennoch nicht umhin, sich nach ihrer Verantwortung für diese Haltung in der Gesellschaft zu fragen. Denn ebenso wie persönliche Begegnungen, prägen auch schon Erzählungen über andere Menschen unser Bild von ihnen. So auch Erzählungen, wie wir sie aus den Nachrichten, aus Filmen oder Büchern erfahren. Tatsächlich sind psychisch Erkrankte hier in früheren Jahrzehnten und auch bis heute zumeist nicht gut weggekommen.

Sie werden gerade in abendfüllenden Blockbustern oftmals als die Reinkarnation des Bösen dargestellt, wie etwa der Joker in dem Batman-Film „The Dark Knight“ oder Hannibal Lector in „Das Schweigen der Lämmer“. Sie sind Mörder, unberechenbar oder zumindest erst einmal verdächtig. Das Muster beschränkt sich keinesfalls auf Hollywood-Filme, sondern findet sich auch im deutschen Fernsehen. Die Dramaturgin Eva-Maria Fahrmüller untersuchte beispielsweise 24 deutsche Krimis wie „Tatort“ oder „Polizeiruf 110“ auf deren Darstellung von psychischen Erkrankungen und den davon Betroffenen. In der Hälfte der Filme, in denen Menschen mit schweren psychi-

Kerbe_2_2022.indd 16 07.04.2022 14:07:38

schen Leiden auftauchten, waren diese am Ende die Täter, in sechs weiteren die Top-Verdächtigen.

Stigmatisierung schon in Kinderfilmen

Eine derartige Verknüpfung erlernen sogar schon Kinder und Jugendliche. In der Mehrheit von 34 Disney-Filmen, die zwischen 1937 und 2001 veröffentlicht wurden, fanden sich US-Forschern zufolge Referenzen zu psychischen Problemen der Trickfilmfiguren. Mehrheitlich dienten diese dazu, um die Figuren im Rahmen der Filmhandlung auszugrenzen, zu entfremden oder herabzuwürdigen, so das Fazit der Studienleiter. Beispiele sind der „verrückte Hutmacher“ aus „Alice im Wunderland“, der als übergeschnappt abgestempelte Vater von Belle aus „Die Schöne und das Biest“ oder auch der Omnipotenz-heischende Dschafar aus Aladin. Dieses Bild bestätigt auch eine weitere Untersuchung von anderen Kindermedien und TV-Sendungen aus dem Jahr 2009: Figuren mit psychischen Erkrankungen werden in Cartoons & Co vorwiegend als unattraktiv, gewalttätig und kriminell inszeniert. Sie sind jene Figuren, über die sich lustig gemacht wird.

Ursachen für verzerrte Darstellung

Doch wieso schaffen Filmemachende wie Chefredaktionen diese verzerrte Bühne, weshalb forcieren sie eine Verknüpfung, die einer großen Gruppe von Menschen schadet – und jeglicher Realität entbehrt? Dazu lässt sich nur spekulieren, und sicherlich kommen mehrere Dinge zusammen. So hängt psychischen Erkrankungen noch immer etwas beinahe Mystisches an. Dass etwas Unsichtbares einfach von unserem Denken, Handeln und Fühlen Besitz ergreift, uns quasi steuert und enorm desaströse Folgen haben kann für das eigene und das Leben der Angehörigen, hat scheinbar viel Potenzial in Unterhaltungsmedien ebenso wie der Presse. Anders als ein Beinbruch kann man die Erkrankung nicht sehen. Im Gegensatz zu den meisten Volksleiden, weiß man bei der Mehrheit von seelischen Störungen keine genaue Ursache zu benennen. Das scheint eine gewisse Faszination auszulösen. Artikel über psychisch Erkrankte, die eine Straftat begangen haben, werden folglich viel gelesen. Also berichten Medien öfter darüber. Denn informieren ist das eine Anliegen von Presse, Geld verdienen das andere. Leider orientieren sich zahlreiche Formate zunehmend daran, was den Leser unterhält, als ihm zu liefern, was ihn bildet und wirklich informiert.
Hinzu kommt, dass bei Drehbuch und Titelblatt in den meisten Fällen nicht Fachpersonal aus Psychiatrie oder Psychotherapie Schrift führt, sondern Laien auf diesem Gebiet. Manche Formulierungen fallen entsprechend flapsiger aus. Fehlerhafte Darstellungen halten Einzug. Der Effekt von tendenziöser Berichterstattung ist dabei vielen noch immer nicht bewusst.

Die Folge: Vorurteile

Dabei sind die Folgen der propagierten Menschenbilder offenkundig: Vorurteile. Medien erschaffen diese mitunter, sie können sie aber auch verschärfen und mit ihrer Darstellung zementieren. Wenn bei jedem Attentat gleich eine psychische Erkrankung als möglicher Beweggrund gehandelt wird; wenn Menschen mit seelischen Leiden auch in fiktiven Szenarien stets als albern oder unberechenbar und gefährlich skizziert werden; wenn der Mörder im Sonntagskrimi typischerweise nicht mehr der Gärtner, sondern der „Irre von nebenan“ ist; immer dann entstehen in den Köpfen der Menschen, die diese Informationen aufnehmen, Schemata. Diese münden in stereotype Ansichten und Bilder von anderen und können Vorurteile zur Folge haben. Nicht minder bedeutsam: Ängste werden geschürt. Und wer Angst vor einem Menschen hat, meidet ihn. Auch wenn die Angst unbegründet oder irrational ist. Doch ohne persönliche Berührungspunkte mit psychisch Erkrankten können schiefe Annahmen nicht gerade gerückt werden.
Das ist die eine Seite. Doch die Folgen sind weitaus dramatischer: Zugleich stehen durch verzerrte Bilder und Darstellungen plötzlich Menschen unter Generalverdacht, die bereits ein schweres Päckchen zu tragen haben, nämlich ihre Erkrankung. Sie werden durch vorurteilsbehaftete Darstellungen auch im echten Leben eher ausgegrenzt. Nicht wenige verinnerlichen zugleich, was Medien ihnen über „Menschen wie sie“ vermitteln. Herrschen solche Bilder in einer Gesellschaft vor, fällt es den Betroffenen umso schwerer, sich Hilfe zu suchen. Denn dafür müssten sie sich mit ihrer Erkrankung offenbaren. Denkbar schwer, wenn damit auch einhergeht, dass die Mitmenschen vor einem Angst bekommen könnten, statt Mitgefühl und Hilfsbereitschaft zu äußern. Suchen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen aber keine Hilfe, können diese sich verschlimmern oder chronisch werden.

Was lässt sich tun?

Immerhin haben zahlreiche Medien mittlerweile erkannt, dass ihre Worte ein schweres Gewicht sein können, die Unbeteiligte belasten. Aufklären und Sensibilisieren scheinen die wichtigsten Instrumente, um hier eine Veränderung anzustoßen. Für diesen Zweck erscheinen vor allem gezielte Schulungen von Journalistinnen und Journalisten aus sämtlichen Ressorts, also nicht nur von Wissenschafts- und Gesundheitsredakteuren, sondern auch von Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Politik und Gesellschaft, notwendig. Auch Chefredaktion und Lektorat sollten dabei eingebunden werden, da diese Instanzen oftmals das letzte Wort bei Überschriften und Vorspanntexten haben – also jenen Elementen, die Leserinnen und Leser als allererstes sehen. Der Autor eines Textes kann noch so umsichtig formuliert und berichtet haben, die Titelzeile setzt den Ton seines Stückes. Doch die entsteht nicht immer in seinem Kopf, sondern oft am Schreibtisch von anderen.
Zahlreiche Redaktionen legen inzwischen Wert darauf, dass sie Autorinnen und Autoren beschäftigen, die eine Fachausbildung mitbringen. Sie lassen also vor allem Menschen mit Psychologie oder verwandtem Studiengang über Themen rund um Psychologie und Psychiatrie schreiben. Die Redaktionen sollten sich deren Expertise auch im Hintergrund zunutze machen, um etwa bei brenzligen Themen, die psychische Erkrankungen betreffen, diese Mitar-

Zahlreiche Redaktionen legen inzwischen Wert darauf, dass sie Autorinnen und Autoren mit einer Fachausbildung beschäftigen. Sie lassen Menschen mit Psychologie oder verwandtem Studiengang über die Themen schreiben.

beitenden zu Sprache, Stil und Inhalt von Beiträgen zumindest einmal zu konsultieren. Manchmal sind es nur einzelne Worte, die den Unterschied machen, manchmal ist es die Bebilderung eines Artikels. Ein weiteres, fachlich geschultes Augenpaar sieht mitunter mehr. Einige Redaktionen haben dies bereits für sich erkannt.

Profis mitwirken lassen

In Hollywood ziehen Filmemachende nun zunehmend Profis zu Rate, lassen bei Drehbüchern sowohl Psychologen, als auch Betroffene von psychischen Erkrankungen mitreden. Speziell letztere Partizipation ließe sich auch in hiesigen Medienhäuser mehr leben. Für die Entstigmatisierung auf medialer Ebene ist es sicherlich auch hilfreich, dass immer öfter Prominente in Übersee und auch hierzulande offen über eigene psychische Probleme und Krankheitsphasen sprechen, sowie aufzeigen, wie sie diese überwunden haben. Das lässt andere Betroffene Hoffnung schöpfen, gibt ihnen Kraft ihre eigene Erkrankung vielleicht auch öffentlich zu machen und es zeigt Laien ein anderes, ein weniger grässliches Gesicht von psychischem Leid, als die Katastrophenberichterstattung. Warum nicht darauf aufbauen und als Gegengewicht auch öfter mal Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Bevölkerung zu Wort kommen lassen und mit ihnen positive Beispiele aufzeigen; Beispiele, die Mut machen und Laien die Angst nehmen; Beispiele, die näher an der Lebenswirklichkeit sind, als die Schlagzeilen füllenden Ausnahmetragödien.

Literatur

Fahmüller, E. (2014). Geniale Psychopathen, labile Kommissare. Figuren mit psychischen Störungen im aktuellen deutschen Krimi. Master School Drehbuch e.K., Berlin.

Knesenbeck, von dem O., Mnich, E., Angermeyer, M., Kofahl, C., Makowski, A. (2015). Changes in depression stigma after the Germanwings crash – Findings from German population surveys. In: Journal of Affective Disorders, 186, 261–265. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.029.

Lawson, A., Fouts, G. (2004). Mental Illness in Disney Animated Films. In The Canadian Journal of Psychiatry, 49/5, 310–314. DOI: 10.1177/070674370404900506

Wahl, O. (2009). Depictions of mental illnesses in children's media. In: Journal of Mental Health, 12/3, 249–258. DOI: 10.1080/09638230310001182 30

Psychiatrische Kliniken als Begegnungsorte

Entstigmatisierung psychischer Erkankungen als Chance zur Überwindung sozialer Ungleichheiten?

Von Andreas Jung und Stefanie Schreiter

„Es heißt: So lang einer im Glück ist,
Der hat Freunde die Menge, Doch wenn
ihm das Glück den Rücken kehrt, Dann
verläuft sich das Gedränge."
Hugo von Hofmannsthal, Jedermann

Der Artikel geht auf psychiatrische Kliniken als möglicher Begegnungsort von Menschen aus unterschiedlichen sozialen Gruppen mit der verbindenden Eigenschaft einer psychischen Krisenerfahrung ein. Aus zwei unterschiedlichen Perspektiven werden Erfahrungen von Kontakten auf Station als Ressource im Genesungsprozess beleuchtet. Inwieweit hier ein bisher ungenutztes Potential der Entstigmatisierung liegt, wird diskutiert.

Andreas Jung
Genesungsbegleiter und Vorsitzender von EX-IN-Hessen beim St. Elisabeth Verein, Oikos e. V. in Marburg

Stefanie Schreiter
Dr. med, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Dass wir die psychiatrischen Kliniken als Ort der Genesung von Menschen in schweren psychischen Krisen nicht aufgegeben haben, liegt neben strukturellen Gründen unter anderem auch daran, dass sie den Keim notwendiger, längst überfälliger Reformen bereits in sich tragen. Vor allem ein aufmerksamer Blick auf die Ressourcen und Bedürfnisse der Patient*innen psychiatrischer Kliniken ist hilfreich, um nachhaltig unterstützend tätig zu sein. Sie sind bisher nahezu unbemerkt auf vielen Stationen ein Spiegelbild der Gesellschaft. Private Krankenversicherungen und somit Privatstationen spielen in der deutschen Psychiatrielandschaft eine untergeordnete Rolle. Psychiatrische Stationen stellen somit immer auch einen Begegnungsort von Menschen mit der mitunter verbindenden Erfahrung einer psychischen Krise dar; es entsteht Austausch, es entwickeln sich Bekanntschaften oder Freundschaften, es entsteht eine soziale Community, die auch das Personal umfasst. Wie können derartige Verbindungen als Ressource individuell aber auch mit Blick aus der gesellschaftlichen Perspektive auf Prozesse von Einsamkeit, Entfremdung, Ungleichheit genutzt werden?

Andreas Jung

Als ich in der Vor-Corona Zeit, als ehemaliger Psychiatrie-Patient gemeinsam mit jungen Assistenzärzt*innen und angehenden Psychotherapeut*innen die Psychoedukation für Psychosen und anschließend eine Sprechstunde in einer Psychiatrischen Klinik anbot, war eine meiner ersten Beobachtungen, dass sich auf Grund ihrer Erkrankung Menschen dort begegnen konnten, die in ihrer Alltagswelt erst einmal keinen unmittelbaren Kontakt zueinander haben. Ich lernte Patient*innen kennen, die im sozialpsychiatrischen Netz jahrelang versorgt wurden und die sich auch deshalb wieder in die Klinik begaben, weil ihre eigene abgeschottete Welt sie auch auf Grund von Unterforderung in trostlose Langeweile und dadurch in schwere Sinnkrisen stürzte. Mitwirkung wird in manchen Kliniken bis heute verlangt und wenn sie wirklich bei den Patient*innen Ak-

Kerbe_2_2022.indd 18 07.04.2022 14:07:39

zeptanz haben soll, dann geht es dabei eher nachrangig um medikamentöse Einstellungen. Als Drehtür empfanden Patient*innen mit derartigen Ansprüchen daher ganz oft die Sozialpsychiatrie und nicht das aufgesuchte Krankenhaus. Die dort erlebte soziale Heterogenität, die offenbar heilsam wirken kann, weil sie Ressourcen zu aktivieren vermag, lässt sich nämlich so realitätsnah nur schwer an anderen Orten unserer Gesellschaft finden - Klinik, aus der Perspektive sozialer Gefüge und sozialen Zusammenhalts. Das kann erden. Das gilt insbesondere für Klinken in urbanen Zentren, die oft Regionen versorgen, in denen Menschen unterschiedlichster sozialer Gruppen zusammenleben. So begegnen sich dort beispielsweise Studierende, die sich lebenshungrig Unterstützung auf dem Weg ins schwierige und deshalb manchmal ins Stocken geratene Erwachsenenleben erhoffen. Der vorgefundene Ratgeber ist der für alle gleiche Klinikalltag. Wenn man Glück hat, ist dort tatsächlich etwas los, trifft man Mitpatient*innen, in völlig anderen Lebensphasen.

Dazu möchte ich folgende Geschichte erzählen, auch weil es sich um keinen Einzelfall handelt.

Wir hatten in Marburg auf einer offenen psychiatrischen Station eine junge Frau in einer psychischen Krise, die auf der Akutstation vorher einen älteren Mann, der auf Grund einer Krebsdiagnose nicht mehr viel Zeit und vor allem Angst vor dem Sterben hatte, kennen gelernt und sich mit ihm angefreundet hatte. Beide kamen aus unterschiedlichen sozialen Verhältnissen. Die Gegensätze konnten kaum größer sein. Sie wären sich im wirklichen Leben, wo bereits das Einkaufen von Lebensmitteln durch Klassenunterschiede geregelt wird, vermutlich nie begegnet. Sie, die einen Partner hatte und zeitweise mit suizidalen Krisen kämpfte, begleitete und unterstützte ihn nach der Entlassung zunächst zu Hause, später als nichts anderes mehr möglich war, im Hospiz. Er wäre ohne Anteilnahme vergraben worden. Gemeinsam mit einer Pastorin organisierte sie eine Beerdigung, die er sich trotz seiner religionskritischen Haltung als würdigen Abschied gewünscht hatte. Eine Schar von Patient*innen und Klinikmitarbeitenden begleiteten ihn.

Besonders das Beispiel einer Patientin ist mir in Erinnerung geblieben: Sie belastete vor allem ihre soziale Isolation und der Wunsch nach einer Arbeitsstelle sowie einer Partnerschaft.

Das ist die Ressource eines solidarischen und hier sogar öffentlich wirksamen Mitgefühls, das sich über das Stigma psychischer Erkrankungen und soziale Unterschiede hinwegsetzt. Die Erkrankung vermag etwas, was man ihr eigentlich nicht zutrauen würde, nämlich scheinbar unüberwindbare soziale Schranken hinter sich zu lassen. Sie lässt zeitweise einer Gleichheit den Vortritt, die auch das Ergebnis einer empathischen Behandlung der Krankheit ist. Sie führt während des Klinikaufenthalts zu einer Gleichheit, die auch das Ergebnis einer empahtischen Behandlung der Krankheit ist.

Das bisher ungenutzte Potential sozialer Beziehungen in den Blick zu nehmen, scheint lohnend – gerade in Anbetracht der Tatsache, dass Kliniken weiter einen relevanten Baustein der psychiatrischen Versorgung ausmachen.

Stefanie Schreiter

Während meiner Facharztweiterbildung an zwei unterschiedlichen Klinikstandorten mitten im Zentrum Berlins habe ich soziale Gefüge von verschiedenen Stationen oder Tageskliniken kennengelernt. Dabei entsteht nicht nur in den stets multiprofessionellen Teams ein sozialer Zusammenhalt, auch zwischen Patient*innen habe ich häufig erlebt, wie sich unterstützende Beziehungen entwickelt haben. Besonders das Beispiel einer Patientin in einer schweren depressiven Krise, die ich ambulant behandelt habe, ist mir in Erinnerung geblieben: Sie belastete vor allem ihre soziale Isolation und der Wunsch nach einer Arbeitsstelle sowie Partnerschaft. Ihr Sozialleben beschränkte sich vor allem auf ein schwieriges Verhältnis zu ihrer bereits erwachsenen Tochter. Ich schlug ihr schließlich eine stationäre Behandlung auf einer unserer psychiatrischen Stationen vor. Nach kurzer Skepsis vor dieser neuen Erfahrung, die durch sie zunächst als ein Versagen bewertet wurde, fasste sie schließlich die Entscheidung und wir organisierten eine stationäre Aufnahme. Nach wenigen Wochen traf ich sie wieder in meiner Sprechstunde: ihr ging es deutlich besser und sie berichtete mir von den stärkenden Freundschaften und den Austausch mit den Mitpatient*innen, was ihr maßgeblich geholfen hatte wieder Kraft und Optimismus zu schöpfen. Auch noch Jahre später pflegte sie ihre dort gewonnenen Freundschaften, bei denen vor allem die gemeinsame Erfahrung der Überwindung einer psychischen Krise eine wichtige Rolle einnahm, und nicht mehr schamvoll, sondern als verbindend erlebt wurde.

Während meiner Arbeit in einer anderen psychiatrischen Institutsambulanz mitten in einem Bezirk mit einem vergleichsweise hohen Anteil von Menschen in Armut oder an der Grenze hierzu, fand wöchentlich durch die dortige Psychologin angeleitet eine Gruppe für Menschen mit Psychose statt, die zu einer festen sozialen Instanz geworden war. Die Patient*innen nahmen neue Mitglieder*innen empathisch auf; gleichzeitig wurden sie mit Menschen aus ganz unterschiedlichen sozialen Gefügen und Lebensphasen konfrontiert. Es entstand eine Verbindung, die sich positiv auf den Genesungsprozess auszuwirken vermochte.

Dieses bisher „ungenutzte Potential“ sozialer Beziehungen gerade vor dem Hintergrund der Überwindung sozialer Grenzen in den Blick zu nehmen, scheint lohnend - gerade in Anbetracht der Tatsache, dass psychiatrische Kliniken weiter einen relevanten Baustein der psychiatrischen Versorgung in Deutschland ausmachen. Häufig kommen hier Menschen mit unterschiedlichsten sozialen Erfahrungen wie Wohnungslosigkeit, Verlusterfahrung, familiären Konflikten oder Erfahrungen von Diskriminierung zusammen. In einem Klinikalltag, der dieses Zusammenkommen ermöglicht, kann gedeihen was immer noch zu wenig unterstützt wird und was Selbsthilfe genannt wird. Dazu gehören sowohl angemessene Rückzugsräume als auch das Angebot von Gruppen, die von Peers organisiert und mit geleitet werden. Entstigmatisierung ist ohne diesen Humus kaum möglich. Die Augenhöhe, die dort entsteht, zielt immer auch auf Selbstbestimmung ab, als Ergebnis eines Austausches über alle sozialen Grenzen hinweg. Hingegen führt mangelnde Mitbestimmung der Patient*innen über ihren Genesungsweg oft genug ins soziale Abseits und verunmöglicht eine persönliche Entwicklung.

Kerbe_2_2022.indd 19 07.04.2022 14:07:39

Psychische Stigmata – immer und überall

Stereotypen psychischer Erkrankungen in historisch-kulturellen Kontexten

Von Peter Kaiser

Keine Kultur scheint frei von Stigmata bzw. Stigmatisierung. Menschen und das mit ihnen in Verbindung gebrachte Aussehen, Denken, Verhalten, Handeln wird mit einem negativen „Label" versehen – die Betroffenen werden abgesondert, ausgegrenzt, ggf. verfolgt. Oder allgemeiner formuliert: Die Andersartigkeit macht Angst, erweckt Misstrauen und wird als Bedrohung für die Gemeinschaft bzw. Gesellschaft wahrgenommen. Menschen mit psychischen Normabweichungen wurden und werden bis heute als Belastung für die Sozialgemeinschaft gesehen, die Betroffenen internalisieren häufig diese Wahrnehmung.

Peter Kaiser
Prof. Dr. med. Dr. phil., Psychiater, Psychotherapeut, Tropenmediziner, Supervisor, Anthropologe u. Religionswissenschaftler. Schweizer Rotes Kreuz, Bern, Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer; Universität Bremen, Fakultät f. Kulturwissenschaften

Norm, Normalität, Normabweichung

Vorgegeben ist eine Norm, eine Normalität, welche entweder durch die Mehrheit in einer Gesellschaft definiert wird oder durch diejenigen, welche definieren dürfen – wie politische Institutionen, Glaubensgemeinschaften, aber auch mächtige Minderheiten. Normabweichungen werden sanktioniert, wenn sie (vermeintlich) die Gemeinschaft gefährden. Normabweichungen, welche Verhalten und Handeln von Menschen betreffen – wie Blick- und Körperkontakt, (in)direkte Kommunikation, (Nicht-)Äußerung eigener Emotionen etc. (Hall 1976) – werden rasch in Zusammenhang mit psychischen Störungen gebracht. Andererseits zeichnen sich psychische Störungen eben auch durch kulturunangepasstes Verhalten und Handeln aus. Der Diskurs über „normal" und „nicht (mehr) normal" ist ein gesellschaftlicher wie auch ein individueller: d.h. die Gesellschaft bestimmt, was als normal betrachtet wird und was nicht (mehr), und die Gesellschaft als solche beeinflusst die Wahrnehmung des Einzelnen maßgeblich mit. Ein Grund dafür, dass in Deutschland relativ wenige Menschen an die Wiedergeburt glauben. Darf man also sagen, dass der Begriff „psychische Krankheit" beziehungsweise „psychische Störung" immer kulturrelativ und von geschichtlichen Entwicklungen abhängig ist? In dieser Absolutheit definitiv nicht.
Ethnopsychiatrische Untersuchungen belegen, dass es sehr wohl kulturgebundene psychiatrische Syndrome gibt wie Koro, Khrun jup etc. (Kaiser & Hladik 1998). Allerdings werden weltweit ab einem gewissen Ausprägungsgrad abweichende/s Wahrnehmungen, Denken, Handeln und Fühlen, welches als krankhaft angesehen werden, sanktioniert. Die Extremform ist die sogenannte „Psychose" – welches eine schwere psychische Störung bezeichnet, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht, welcher aufgrund sozialer Inkompatibilität zu Sanktionen und zur Stigmatisierung und damit zu (Norm-) abweichendem Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Verhalten und Handeln, führt. Was als krank und was als gesund gilt, lässt sich vereinfacht „naturalistisch" oder „normativistisch" unterscheiden: „Naturalistisch" (vereinfacht auch als „funktionalistisch" bezeichnet) bedeutet, dass psychische Krankheiten anhand der Natur beziehungsweise ohne (evaluative) Normen bestimmt werden können, Krankheiten also objektiv in der Natur ablesbar sind, sie sind also ohne große Hilfsmittel vom gesunden Zustand abzugrenzen (Beispiel: selbstverletzendes Verhalten).
„Normativistisch" - schließt biologische oder funktionelle Defizite nicht aus - aber prinzipiell gilt ein Zustand dann als krank, wenn dieser immer wieder durch die Person selbst oder durch die Gesellschaft negativ beurteilt wird.
Es liegt auf der Hand, dass das Krankheitsverständnis im DSM als auch in den ICD sowohl funktionalistisch als auch normativ ist. Für das Vorliegen einer psychischen Krankheit muss das individuelle Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Handeln und das sich hieraus ergebende Verhalten den im DSM / in den ICD definierten Normabweichungen entsprechen und/oder anhand psychologischer oder biologischer Methoden als Resultat einer Funktionseinschränkung bestimmt werden.

Das Fremde

Das Fremde oder *„Fremdes"* ist in niedrigen Dosen häufig interessant, gegebenenfalls sogar exotisch. Es wird allerdings zur Bedrohung, wenn mit dem Fremden eine sogenannte Entfremdung von den eigenen Werten, Vorstellungen und Idealen verbunden wird. *„Fremde bedeuten das Fehlen von Klarheit, man kann nicht sicher sein, was sie tun werden, wie sie auf die eigenen Handlungen reagieren würden; man kann nicht sagen, ob sie Freunde oder Feinde sind – und daher kann man nicht umhin, sie mit Argwohn zu betrachten"*, so der Soziologe Zygmunt Bauman (Bauman 2000). Dies geschieht dann, wenn das Fremde, das Andersartige überall und dominierend wahrgenommen wird. Dann, wenn nicht auf das Verbindende, sondern das Trennende fokussiert wird. (Kaiser 2016). Das ist nicht nur der Fall im Kontext psychischer Normabweichung, die Geschichte ist eine Geschichte der Stigmatisierung, beginnend in den Heiligen Büchern, bis heute.

Kerbe_2_2022.indd 20 07.04.2022 14:07:39

Christliche Religion und Stigma

In der Bibel heilt Jesus einen (unter Epilepsie leidenden) „besessenen" Jungen, welcher mit Schaum aus dem Mund tretend beschrieben wird, durch einen Exorzismus: (Lukas-Evangelium, Kapitel 9:42): *Als der Sohn kam, warf der Dämon ihn zu Boden und zerrte ihn hin und her. Jesus aber drohte dem unreinen Geist, heilte den Jungen und gab ihn seinem Vater zurück.* Diese Teufelsaustreibung wurde über Jahrhunderte und in manchen Gegenden der Welt bis heute von Heilern nicht nur bei Epileptikern, sondern bei vielen psychischen Störungen, insbesondere der Schizophrenie, angewandt. Doch häufig hat/te die Ausgrenzung der Betroffenen auch die Funktion einer kollektiven Schuldzuweisung – die Stigmatisierung zum Sündenbock bzw. zur -geiß, und ggf. deren/dessen Vertreibung oder Opferung reinigt/e die Gemeinschaft und macht/e sie wieder „heil". Psychisch Abweichende, insbesondere Frauen, wurden zu Beginn der Neuzeit als Besessene, als Hexen bezeichnet, sozial ausgegrenzt und in vielen Fällen unter Berufung auf das 1486 erschienene Werk *Der Hexenhammer* von Heinrich Krämer und Jakob Sprenger hingerichtet.

Funktionsverlust

Ein Stigma, welches erst in den letzten Jahrzehnten als Folge einer besseren Gesundheitsversorgung zunehmend Bedeutung erlangt hat, ist die Demenz - was sich auch in der Angst älterer Menschen widerspiegelt, selbst dement und damit aus subjektiver Perspektive zu einer Belastung für die soziale Umwelt zu werden. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung sind auch Folge der Annahme, dass bestimmte Funktionseinschränkungen von Betroffenen eine negative Auswirkung auf die soziale Gemeinschaft haben können.
Bei zahlreichen Ethnien der originären Bewohner des australischen Kontinents kommt den älteren Mitgliedern der Gemeinschaft die Aufgabe zu, den Kontakt mit den Ahnen (sogenannte Dream-Time) herzustellen und bestimmte in der Zukunft liegende Vorgänge vorherzusagen - eine Funktion, welche bei Vorliegen einer Demenz nicht mehr wahrgenommen werden kann. Dieser Funktionsverlust hat zur Folge, dass die Betroffenen in der Vergangenheit in das Outback mit etwas Wasser und Nahrung zum Sterben ausgesetzt wurden bzw. selbstständig die Gemeinschaft verließen. Ähnliches ist auch bei den Inuit in Alaska beschrieben.

Schande und Scham

Ein Stigma, welches sich wie ein roter Faden durch die chinesische Kulturgeschichte zieht, ist der Umgang mit Menschen, welche aus unserer heutigen - westlichen - Sicht - unter einer depressiven Störung leiden: Gesundheit wurde als Verdienst und Ergebnis der richtigen Lebensführung und des richtigen Denkens angesehen; psychische Probleme wurden weniger als Krankheiten denn als sozial abweichendes Verhalten angesehen. Infolgedessen wurden psychische Störungen zunehmend stigmatisiert, was zu einer phänomenologischen Verschiebung hin zu einer stärker somatischen Ausprägung psychischer Probleme führte. Ein Faktum in vorindustriellen Gesellschaften wie auch heute noch in soziokulturellen Settings, in denen der Glaube an übernatürliche Ursachen psychischer Störungen vorherrscht (Kleinman 1988). In der chinesischen Kultur wird das Individuum in einer generationsübergreifenden Struktur eingebettet wahrgenommen, deren wichtigste Verantwortung nicht der Sorge um sich selbst gilt, sondern darin besteht, sich um die Familie aber auch um die Ahnen zu kümmern bzw. den Kontakt aufrechtzuerhalten und die Familienehre zu bewahren. Eine psychische Erkrankung, wie z.B. die Depression behindert die Wahrnehmung dieser Pflicht und «kontaminiert» somit nicht nur das Individuum, sondern auch die erweiterte Familie (Yang & Pearson 2002).
Um zu vermeiden, dass die Reputation der Familie Schaden nimmt, werden auch heute noch nicht nur in China, sondern auch beispielsweise in Indien, aber auch in den Vereinigten Staaten Familienangehörige mit psychischen Störungen vor Blicken der Nachbarn und der Öffentlichkeit versteckt, beispielsweise dadurch, dass sie in Heimen untergebracht werden (Marrow & Luhrmann 2012).
Auch wenn beispielsweise in muslimischen Ländern die Schuld für eine psychische Störung nicht beim Individuum gesehen wird sondern der Allmacht Allahs zugeschrieben wird, im Sinne einer Prüfung (Rassool 2000), ist eine psychische Störung häufig schambehaftet, was dazu führt, dass Betroffene sich zusätzlich selbst stigmatisieren und nur in Notfällen therapeutische Angebote wahrnehmen (Ciftci et al. 2013).

Ein Grundbeürfnis

Psychische Gesundheit gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen wie Nahrung, Unterkunft, Sicherheit und soziale Bedürfnisse nach sozialen Kontakten und Gerechtigkeit. Schritte zur Entstigmatisierung waren 2009 die Aufnahme von Psychischen Gesundheitsstörungen (Mental Health Problems) in das Gesundheitsinformationssystem des UNHCR, davor waren diese Störungen mehr oder weniger „offiziell" inexistent. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Publikation „Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings" durch maßgebliche Nichtregierungsorganisationen im Bereich Gesundheitsversorgung/ -prävention 2007.
Doch es wird noch ein weiter Weg sein, die Diskriminierung auch in den Familien zu reduzieren, Maßnahmen zum Empowerment der Betroffenen wären ein erster Ansatz.

Literatur

Bauman, Z. (2000). Vereint in Verschiedenheit. In: Berghold, J. Menasse, E. Ottomeyer K. (Herausg.): Trennlinien. Klagenfurt, S. 35–46.

Ciftci, A. Jones, N. Corrigan P.W. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. Journal of Muslim Mental Health, Volume 7 (1)

Hall, E T. (1976). Beyond Culture, New York

https://interagencystandingcommittee.org/ iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007

Kaiser, P. (2016). Gesunder oder Kranker Wahnsinn – Kulturübergreifende Perspektiven und psychiatrische/psychotherapeutische Positionen im 21. Jahrhundert. Tagungsband: Schlüter S et al.: Krise und Religiöser Wahn-Sinn: Religiöse Devianz zwischen Psychopathologie und Befreiung um 1900; 19-39.

Kaiser, P. Hladik, W. (1998). Khrun jup – a new culture bound syndrome or manifestation of a ubiquitous strategy in human behaviour? Curare 21(2): 205-216

Kleinman A. (1988). Rethinking Psychiatry. New York; Koo L. (1982). Nourishment of life – health in Chinese society. Hongkong.

Marrow J, Luhrmann T M (2012). The zone of social abandonment in cultural geography: on the street in the United States, inside the family in India. In: Culture, medicine and psychiatry, 1–21.

Rassool G H (2000). The crescent and Islam: Healing, nursing and the spiritual dimension: Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. In: Journal of Advanced Nursing 32: 1476–1484.

Yang L, Pearson VJ (2002). Understanding families in their own context: Schizophrenia and structural family therapy in Beijing. In: Journal of Family Therapy, 24, 233–257.

Kerbe_2_2022.indd 21 07.04.2022 14:07:40

Was tun gegen Stigma und seine Folgen?

Übersicht zu Antistigma-Programmen in verschiedenen Bereichen

Von Nicolas Rüsch

Das Stigma psychischer Erkrankung ist ein vielgestaltiges Wesen: Es ist ein Oberbegriff für das Zusammentreffen von Etikettierung, negativen Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Wie der alte Meeresgott Proteus aus Homers Odyssee kann Stigma viele Formen annehmen und ist schwer zu fassen. Daher werden die Auswirkungen des Stigmas psychischer Erkrankung häufig unterschätzt, weil nur einzelne Folgen gesehen werden, etwa nur für mediale Berichterstattung, nur für soziale Kontakte, nur für die Arbeitswelt oder nur das Versorgungssystem. Für Menschen mit psychischer Erkrankung addieren sich die Folgen jedoch, weil sie ihnen in allen Lebensbereichen begegnen oder zu begegnen fürchten müssen. Auch die Aufgabe für Antistigma-Programme wird dadurch anspruchsvoll, denn unterschiedliche Stigmaformen erfordern je eigene Herangehensweisen (Rüsch 2021).

Im Folgenden sollen zunächst einige Grundfragen zu Antistigma-Interventionen erörtert werden. Es folgt eine Übersicht zu vier Arten von Programmen, und zwar zum Abbau von

- (I) öffentlichem Stigma („Mit diesen Psychos will ich nichts zu tun haben“),
- (II) Selbststigma („Weil ich psychisch krank bin, muß ich dumm sein“),
- (III) Stigma als Barriere für Hilfesuche („Ich schäme mich, psychologische Hilfe zu suchen“), und
- (IV) struktureller Diskriminierung (z.B. gesetzliche Regelungen, Ressourcenverteilung oder Abläufe im Gesundheits- oder Sozialsystem, die Betroffene systematisch benachteiligen).

Abschließend steht ein Vorschlag für erfolgreiche Antistigma-Arbeit hierzulande.

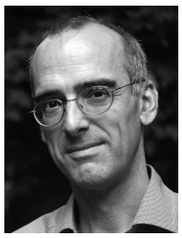
Grundfragen oder: Was wollen wir eigentlich?

Bevor es losgeht mit der Antistigma-Arbeit, sollte man sich ein paar Fragen stellen. Wen möchten wir erreichen: die Allgemeinbevölkerung; wichtige Zielgruppen wie etwa Arbeitgeber oder Lehrer; Menschen mit psychischer Erkrankung selbst; oder Menschen in Politik und Verwaltung? Was möchten wir verändern: Wissen oder Einstellungen verbessern; Angst abbauen; Verhalten ändern? Wie möchten wir vorgehen: Aufklärung und Edukation; Kontakt zwischen der Zielgruppe (z.B. Arbeitgeber) und Peers (d.h. Menschen mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankung); Protest? Welches Medium wählen wir: Fernsehen, Presse, Plakate; soziale Medien; persönlichen Kontakt? Und nicht zuletzt: Wie messen wir den Erfolg? Denn nicht alles, was gut gemeint ist, ist auch gut und wirksam.

Zur Orientierung kann man sich drei übergeordnete Zielsetzungen von Antistigma-Arbeit verdeutlichen. Sie haben als Hauptziel jeweils den Abbau von Stigma und seinen Folgen als (I) soziales Unrecht; (II) Hindernis für Hilfesuche; und (III) Hürde für ein selbstbestimmtes und selbstbewusstes Leben. Kein Programm wird alle drei Ziele gleich wirksam erreichen, und verfügbare Ressourcen für das Programm sowie die Aufmerksamkeit der Zielgruppen werden immer begrenzt sein, daher gilt es auszuwählen und Schwerpunkte zu setzen.

Programme gegen öffentliches Stigma

Hierunter fallen Programme sowohl für die allgemeine Öffentlichkeit als auch für Teilgruppen der Öffentlichkeit, die für Menschen mit psychischer Erkrankung besondere Bedeutung haben, wie etwa Arbeitgeber (Rüsch 2021, S. 229 ff.). Es gibt drei mögliche Strategien: Protest, Edukation und Kontakt. Protest scheint in Einzelfällen wirksam, um z.B. das Verhalten großer Firmen oder von Medienkonzernen zu beeinflussen, die diskriminierende Werbung einsetzen. Als dauerhafte Strategie reicht Protest kaum aus, zumal Protest Einstellungen nicht verbessert.



Nicolas Rüsch
Der Autor ist Professor für Public Mental Health an der Klinik für Psychiatrie II der Universität Ulm/BKH Günzburg und beschäftigt sich seit langem mit dem Stigma psychischer Erkrankung und Interventionen in diesem Bereich.

Edukation versucht, Vorurteile durch Verbreitung von Fakten abzubauen. Zugrunde liegt die optimistische Annahme, Menschen verhielten sich nicht mehr stigmatisierend, wenn sie es nur besser wüssten. Es gibt hier jedoch erstens das Problem, dass Erwachsene, die seit Jahren mit Informationen auf allen Kanälen überflutet werden, wenig neu aufnehmen und dieses Wenige nicht verhaltensändernd ist. Auch möchten viele nicht hören, wie sie denken sollen – ein Widerstand, den die Impfdiskussion dieser Tage verdeutlicht hat. Rein edukativ ausgelegte Programme sind daher wenig sinnvoll, zumindest für Erwachsene. Etwas besser schaut es für Schulen aus: Hier lassen sich, wenn Antistigma-Edukation Teil des Unterrichtsstoffes wird, alle Schüler erreichen, und Edukation wirkt bei Jugendlichen besser als bei Erwachsenen. Mit Kontakt ist gemeint, dass die Zielgruppe (z.B. Arbeitgeber) und Peers (Menschen mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankung) kooperativ, mit Zeit zur persönlichen Begegnung, unterstützt von der jeweiligen Institution (z.B. dem Arbeitgeberverband) und auf Augenhöhe in Kontakt treten. Das kann ein Seminar mit 15 Arbeitgebern sein, bei dem die Peers von sich, ihrem Lebensweg, Ausbildung und Arbeit erzählen.

P.W. Corrigan (2011), Stigmaforscher aus Chicago, hat den Rahmen für erfolgreiche kontaktbasierte Antistigma-Arbeit mit TLC3 umrissen: *targeted*

Kerbe_2_2022.indd 22 07.04.2022 14:07:40

(gezielt auf für Betroffene besonders relevante Zielgruppen wie Arbeitgeber, Lehrer oder Polizisten, und nicht gießkannenartig auf die Allgemeinbevölkerung gerichtet), *lokal* (vor Ort, in einer Stadt oder einem Landkreis, um auf die lokalen Verhältnisse eingehen zu können), *kontinuierlich* (d.h. nicht nur einmal oder kurz; Stigma-Abbau braucht Zeit), *credible* (glaubwürdig, indem etwa ein Arbeitgeber, der selbst eine Depression überwunden hat, zu Arbeitgebern spricht, denn er ist für sie besonders glaubwürdig), und *contact*-basiert.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Kontakt die wirksamste und nachhaltigste Methode ist, um öffentliches Stigma abzubauen. Hinzu kommt, dass die bei Kontakt selbstverständlich führende Rolle von Peers in sich schon eine wichtige Botschaft sendet: „Schaut her, wir mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankung haben etwas zu sagen, wir führen Antistigma-Arbeit durch!". Beispiele gelungener Antistigma-Arbeit dieser Art sind etwa *Irrsinnig Menschlich*, Leipzig, *Irre menschlich Hamburg*, und *BASTA*, München, die u.a. in Schulen und Ausbildungseinrichtungen aktiv sind.

Genannt seien hier auch Interventionen im Medienbereich, weil alle Arten von Nachrichten, fiktiven Darstellungen oder sozialen Medien je nach Inhalt und Darstellungsweise Stigma abbauen oder aber verstärken können (Rüsch 2021, S. 219 f.). Es gibt verschiedene Arten von Interventionen: Erstens helfen Medienrichtlinien, die Berichterstattung nach Gewalttaten oder Suiziden nicht sensationslüstern auf „(selbst) mörderische Kranke" zu konzentrieren. Zweitens sollen Schulungen für Journalisten zu einer positiveren, mehr auf soziale Bedingungen und Recovery/Genesung bezogenen Berichterstattung beitragen (allerdings zeigen Studien bislang keinen klaren Effekt solcher Interventionen; Maiorano et al. 2017). Drittens gibt es den vielversprechenden Ansatz des sog. Bürgerjournalismus, indem journalistische Laien geschult werden, Medienbeiträge zum Thema psychische Gesundheit zu verfassen; diese stellen eher Beispiele von Genesung/Recovery dar als Beiträge professioneller Journalisten. Schließlich bieten soziale Medien und auch Online-Videospiele nicht nur Beispiele schlimmer Stigmatisierung, sondern auch die Chance sozialer Unterstützung, Aufklärung und Solidarität mit und unter Betroffenen.

Die Furcht vor Etikettierung als psychisch krank ist ebenso ein Hindernis, Hilfe zu suchen, wie Selbststigma und die damit häufig einhergehende Scham, Demoralisierung und Aufgabe eigener Lebensziele.

Programme gegen Selbststigma

Programme in diesem Bereich richten sich an Menschen mit psychischer Erkrankung, die unter Selbststigma und Scham leiden, um sie bei der Bewältigung von öffentlichem und Selbststigma zu unterstützen. Der Austausch mit anderen Betroffenen hilft, daher sind Selbsthilfegruppen und der Trialog, also der Austausch zwischen Peers, Angehörigen und Profis, wirksam (siehe dazu Andreas Jungs Beitrag in diesem Heft). Menschen, die sich aufgrund eigener Erfahrung als Peers oder EX-IN-Mitarbeiter im Gesundheits- oder Sozialsystem, in Betrieben oder in politischer Arbeit engagieren, können sich auf diese Weise von Selbststigma befreien (der Beitrag Martina Heland-Graefs in diesem Heft ist dafür ein Beispiel).

In allen Kontexten sind Programme gegen öffentliches und Selbststigma hilfreich. Es geht nicht darum, Menschen in die Arme der Psychiatrie zu treiben, sondern darum, dass sie nicht aus Furcht vor Stigma eine Behandlung vermeiden.

Ein kompaktes Programm gegen Selbststigma ist das von Peers geleitete Gruppenprogramm *In Würde zu sich stehen* (IWS), das Teilnehmer bei der Entscheidung unterstützt, ob sie anderen von ihrer Erkrankung berichten sollen, und aus vier Terminen à zwei Stunden besteht (Rüsch 2021, S. 255 ff.). Je nach Kontext und eigener Situation werden Vor- und Nachteile von Offenlegung abgewogen. Das IWS-Programm drängt Teilnehmer nicht zur Offenlegung, denn Offenlegung kann je nach Umfeld und eigener Verletzlichkeit riskant sein. Stattdessen hat IWS das Ziel, Teilnehmern eine wohlüberlegte und strategische Entscheidung für oder gegen Offenlegung in verschiedenen Situationen zu ermöglichen. In mehreren Studien hat sich gezeigt, dass IWS Selbststigma und die Belastung durch Stigma wirksam verringert (Rüsch & Kösters 2021). Es existiert in verschiedenen Versionen, u.a. für Erwachsene, für Jugendliche oder für Eltern psychisch erkrankter Kinder (die ebenfalls mit Stigma und Offenlegungsentscheidungen zu kämpfen haben, siehe dazu den Beitrag Janine Berg-Peers in diesem Heft)

Programme gegen Stigma als Barriere für Hilfesuche

Die Furcht vor Etikettierung als *psychisch krank* ist ebenso ein Hindernis, Hilfe zu suchen, wie Selbststigma und die damit häufig einhergehende Scham, Demoralisierung und Aufgabe eigener Lebensziele. Dies gilt nicht zuletzt für psychisch erkrankte Profis im Gesundheitssystem, in dem es immer noch tabuisiert ist, selbst betroffen zu sein, obgleich schon angesichts der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung klar ist, dass viele Profis selbst mit psychischen Krisen kämpfen mussten oder müssen (Rüsch 2021, S. 185 f.). Diese Tabuisierung eigener Erkrankung erschwert nicht nur Hilfesuche für betroffene Profis und dürfte zur hohen Suizidrate unter Ärztinnen und Ärzten beitragen, sondern mindert die Glaubwürdigkeit von Profis im Umgang mit ihren Patienten. Hier sind Interventionen wichtig, die den Mythos der Helfer, die alles aushalten und nie Hilfe brauchen, ersetzen durch ein Klima der Offenheit und Hilfsbereitschaft am Arbeitsplatz und Hilfsangebote für Profis bereithalten.

In allen beruflichen und sozialen Kontexten sind Programme gegen öffentliches und Selbststigma hilfreich, um Barrieren für Hilfesuche abzubauen. Es geht hier übrigens nicht darum, Menschen in die Arme der Psychiatrie zu treiben, sondern darum, dass Menschen nicht aus Furcht vor Stigma Hilfesuche oder Behandlung vermeiden, sondern selbstbewusst für oder gegen Hilfe entscheiden, auch über Hilfesuche im privaten Umfeld, in der Selbsthilfe usw. Antistigma-Programme führen zu mehr Hilfesuche, wenn sie sich an Menschen mit psychischer Erkrankung, an solche mit erhöhten Symptomen und Erkrankungsrisiko, oder aber an Hausärzte

Kerbe_2_2022.indd 23 07.04.2022 14:07:40

richten. Diffuse Programme für die Allgemeinbevölkerung sind wirkungslos (Xu et al. 2018).

Programme gegen strukturelle Diskriminierung

Wie der Name sagt, spielt sich diese Form in Strukturen ab, z.B. im Gesundheits-, Sozial- oder Rechtssystem (Rüsch 2021, S. 165 ff.). Zwei Hauptprobleme in Deutschland sind erstens die Unterversorgung schwer psychisch erkrankter Menschen im ambulanten Bereich. Häufig ist aufsuchende Versorgung nicht verfügbar, Psychotherapieplätze sind für schwer Erkrankte kaum zu finden. Zweitens werden psychosoziale Interventionen, deren Wirksamkeit bestens belegt ist und die von nationalen Leitlinien empfohlen werden, selten angeboten. Ein Beispiel ist der Mangel an sog. Supported Employment. Damit sind durch Sozialarbeiter erbrachte Hilfen gemeint, die Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn sie arbeiten möchten, direkt wieder in den ersten Arbeitsmarkt vermitteln und dort am neuen Arbeitsplatz unterstützen („Erst plazieren, dann trainieren", im Unterschied zur traditionellen Arbeitsrehabilitation). In Studien findet rund die Hälfte der Teilnehmer an Supported Employment einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dennoch ist die Intervention außerhalb von Modellprojekten nicht verfügbar. Man stelle sich den öffentlichen Aufschrei vor, wenn eine ähnlich wirksame Form der Arbeitsrehabilitation für an Krebs Erkrankte in Deutschland nicht umgesetzt würde.

Um hier Änderungen zu erreichen, ist die politische Priorisierung psychischer Gesundheit über verschiedene Politikbereiche hinweg nötig (engl. „mental health in all policies"; Rüsch 2021, S. 30 ff.), über das Gesundheits- und Sozialressort hinaus. Damit ist gemeint, dass etwa in Prävention und psychische Gesundheit von Jugendlichen und jungen Müttern investiert wird, weil dadurch über Jahrzehnte hinweg neben dem Gesundheitssystem die Bereiche Bildung, Justiz, Renten und Arbeit entlastet werden.

Wie könnte ein landesweites Antistigma-Programm aussehen?

Ein langfristig angelegtes Antistigma-Netzwerk ist dringend nötig, und zwar mit folgenden Eigenschaften: Es hält einen Werkzeugkasten wirksamer, vor Ort durchführbarer Initiativen bereit, macht sie frei verfügbar und fördert den Austausch lokaler Akteure (‚best practice network'), bewährte Programme wie *Irrsinnig Menschlich* (s.o.) werden einbezogen. Eine schlanke Organisationszentrale ermöglicht Informationsaustausch und engagiert sich für Koordination, Evaluation sowie politische Arbeit (nicht zuletzt gegen strukturelle Diskriminierung). Die eigentliche Antistigma-Arbeit findet lokal vor Ort statt (siehe oben zu *TLC3*). Im Bereich öffentlichen Stigmas liegt der Fokus auf kontaktbasierter Arbeit und dem Ziel der Verhaltensänderung (die Verbesserung von Einstellungen, etwa in Befragungen, reicht nicht aus; entscheidend ist bspw., ob Arbeitgeber mehr Menschen mit psychischer Vorerkrankung einstellen). Peer-geleitete Programme werden gestärkt, ebenso die Mitarbeit von Peers inner- und außerhalb des Gesundheitssystems, und Peers werden für ihre Arbeit entlohnt. Betroffene werden in Offenlegungsentscheidungen unterstützt (s.o. zu *IWS*). Peers müssen Führungsrollen in Antistigma-Arbeit übernehmen, denn sie wissen, was für sie wichtig ist, aus eigener Erfahrung, und sie sind die entscheidenden Akteure evidenzbasierter Arbeit gegen öffentliches und Selbststigma; im Gesundheitssystem tätige Profis sollten eine assistierende Rolle einnehmen.

Wir brauchen Skepsis, da nicht jedes Antistigma-Programm hilft und manche Irrwege munter weiter begangen werden. Gleichzeitig braucht es Zuversicht, denn wir wissen recht gut, was wirkt, und gute Programme sind verfügbar.

Evaluation

Antistigma-Programme müssen wissenschaflich evaluiert werden. Andernfalls droht die Gefahr, dass gut gemeinte Programme, Ressourcen verschwendend und ohne Wirkung, betrieben werden oder, schlimmer noch, mehr schaden als nützen. Zur Evaluation stehen etablierte Meßinstrumente und Verfahren bereit. Entscheidend bleibt die Perspektive der Peers: Führen die Programme zu Verbesserungen in den Bereichen, die für Peers wichtig sind?

Ausblick

Es wird beides brauchen, um Erfolg zu haben im Umgang mit Stigma, das sich in vielen Gestalten zeigt und daher vielfache Antworten erfordert. Wir brauchen Skepsis, da nicht jedes Antistigma-Programm hilft und manche Irrwege munter weiter begangen werden. Gleichzeitig braucht es Zuversicht, denn wir wissen recht gut, was wirkt, und gute Programme sind verfügbar. Meine Hoffnung ist, dass es auch im Bereich psychischer Gesundheit nach und nach normaler wird, verschieden zu sein. Wir sollten die Verschiedenheit, die Bereicherungen und die Herausforderungen, die mit psychischer Erkrankung verbunden sein können, nicht nur hinnehmen, sondern als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens begrüßen. Die Aufgabe lohnt sich, für die Betroffenen und ihr Potential, das sie nur ohne Stigma und Diskriminierung voll entfalten können, und ebenso für das künftige, solidarische Zusammenleben in unserer Gesellschaft.

Literatur

Corrigan PW (2011). Strategic Stigma Change: Five principles for social marketing campaigns meant to erase the prejudice and discrimination of mental illness. Psychiatric Services 62: 824–826.

Maiorano A et al (2017). Reducing stigma in media professionals: Is there room for improvement? Results from a systematic review. Canadian Journal of Psychiatry 62: 702–715.

Rüsch N (2021). Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Urban & Fischer/Elsevier, München.

Rüsch N, Kösters M (2021). Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: Conceptual review and meta-analysis of program efficacy. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology 56: 1513–1526.

Xu Z et al (2018). Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: Systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine 48: 2658–2667.

Kerbe_2_2022.indd 24 07.04.2022 14:07:40

Für Sensibilität und Toleranz

Antistigmaprojekte sind vielfältig und politisch: Beispiel „Irre menschlich“ in Hamburg

Von Rebecca Nixdorf, Claudia Wetterhahn, Ece Nalinci, Rabea Fischer, Robert Dorner, Thomas Bock

Rebecca Nixdorf
M.Sc. Psychologie, stellvertretende Leitung der AG sozialpsychiatrische und partizipative Forschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Claudia Wetterhahn
Vorstand des Vereins „Irre Menschlich“ in Hamburg, Fortbildnerin, Moderatorin & Prozessbegleiterin für beteiligungsorientierte Teamentwicklung

Rabea Fischer
B.Sc. Psych., M.Sc. Neurocognitive Psychology. Wissensch. Mitarbeiterin u. Doktorandin in der AG Klinische Neuropsychologie der Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf

Thomas Bock
Prof. für Klinische Psychologie u. Sozialpsychiatrie, Mitgründer des Psychoseseminars u. trialogischer Projekte für Sensibilität u. Toleranz, Lehre u.Forschung, Autor wissenschaftlicher Beiträge und Bücher.

Psychische Gesundheit und Diskriminierung

Ca. 27.8% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erfüllt in einer 12-Monats-Prävalenz die Kriterien für die Diagnose mind. einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2016). Demzufolge schätzt der Hamburger Psychiatriebericht von 2019, dass über 385.000 Hamburger:innen in einem Zeitraum von 12 Monaten die Kriterien einer psychischen Erkrankung zeigen. Möglicherweise haben schon diese Zuschreibungen etwas mit Stigmatisierung zu tun. Jedenfalls stellen Diskriminierungserfahrungen auf Grund der Diagnosen neben der Belastung durch die psychischen Symptome eine große Belastung dar. Dies zeigt sich auch durch eine Benachteiligung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in Bezug auf die Beschäftigungssituation, das Einkommen und die Ressourcenverteilung (Sharac et al., 2010). Zudem führen die Ausgrenzungserfahrungen und Selbststigmatisierung dazu, dass sich Betroffene weniger Hilfe suchen (Schomerus, 2009). In einer internationalen Umfrage mit 1082 Teilnehmer:innen mit Depressionen berichten Lasalvia und Kolleg:innen (2013), dass bis zu 37% der Befragten angaben, sich aufgrund der Erwartung diskriminiert zu werden, selbst davon *abhielten, etwas Wichtiges* in ihrem Leben zu tun (z. B. enge zwischenmenschliche Beziehungen aufzunehmen oder Bewerbungen für Arbeit oder Ausbildung anzugehen). Bedenkt man, dass auch Angehörige von Stigmatisierung betroffen sind und unterstellt man, dass das Ringen um mehr Toleranz gegenüber anderen und um mehr Sensibilität sich selbst gegenüber eine präventive Wirkung hat, kann fast jede(r) direkt oder indirekt profitieren. Dass die Häufigkeit der Erkrankung von selbst zu einer Abnahme der Stigmatisierung führt, hat sich jedenfalls nicht bewahrheitet. Und im Zusammenhang mit der „Pathologisierung“, also der eher einseitigen Zuschreibung von Krankheitsgründen, ist sogar eine Zunahme der Stigmatisierung (Schomerus & Angermeyer 2011) zu beobachten. Obwohl das Wissen über psychische Erkrankungen bei Behandler:innen und in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten konstant gestiegen ist, ist die soziale Diskriminierung, also der Wunsch lieber Abstand zu Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu wahren, stabil geblieben (Schomerus et al., 2012). Um diese zu überwinden, braucht es nicht nur Wissen und Aufklärungskampagnen, sondern die Begegnung und Auseinandersetzung mit eigenen psychischen Krisen und mit Menschen, die selber psychische Krisen erleben oder erlebt haben. Zudem ist nach wie vor der Zugang zu hochqualifizierten Hilfeformen wie z.B. Psychotherapie für Menschen mit bestimmten schweren psychischen Erkrankungen erschwert, entgegen allen Behandlungs-Leitlinien, die genau das vorsehen, und entgegen den aktuellen psychiatriepolitischen Bestimmungen, die z.B. die Finanzierung von Psychosen-Psychotherapie verpflichtend vorsehen. Hier wird deutlich, dass Stigmatisierung auch von Seiten der psychiatrischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Institutionen bzw. Berufsgruppen stattfindet.

Verantwortung der Psychiatrie – Notwendigkeit des Trialogs

Nach soziologischer Definition ist Stigmatisierung die „Zuordnung negativ bewerteter Merkmale“; die geschieht nicht irgendwo, sondern als erstes im Rahmen der Diagnostik. Damit hat die Psychiatrie eine Verantwortung für Sprache und Beziehung, die sie selten ausreichend wahrnimmt. Auch historisch hat die Psychiatrie eine Verantwortung; denn sehr oft sind die Vorurteile von heute ein Spiegel der Fehler der Psychiatrie gestern (Bock 2012). Das gilt für die Gründung von Anstalten fernab der Wohngebiete, die Fehleinschätzung von Unheilbarkeit und besonders krass für die Nachwirkung der Euthanasie, als für sehr Viele die Diagnose Schizophrenie einem Todesurteil gleich kam. Das gilt auch für die rein biologische Betrachtung psychischer Störungen, die in der Bevölkerung mit Unberechenbarkeit gleichgesetzt wird und das Bedürfnis nach sozialer Distanz nachweislich

Kerbe_2_2022.indd 25 07.04.2022 14:07:41

(Schomerus & Angermeier 2012) gesteigert hat.
Der Trialog ist Voraussetzung für Antistigmaarbeit: Die Begegnung mit Erfahrenen und Angehörigen und die Annahme eines Kontinuums von gesund und krank statt strenger Dichotomie sind entscheidend für die Reduktion von Angst. Die Erweiterung der pathologischen Sicht um anthropologische Aspekte hilft nicht nur zu fragen, was normabweichend und fremd, sondern auch was zutiefst menschlich und uns allen gemeinsam ist.

- Angststörungen mögen häufig sein, doch Angst zu haben, ist keine Störung, sondern u.U. überlebenswichtig.
- Zwänge können ein Gefängnis sein, aber Rituale helfen u.U., Unsicherheit zu reduzieren.
- Depressionen können vielfache Eigendynamik entwickeln, aber in besonders schmerzhafter bzw. widersprüchlicher Situation erst mal nicht zu fühlen, kann ein Schutzmechanismus sein; entscheidend ist, ob und wie wir wieder zu unseren Gefühlen finden.
- Wenn wir in Depression oder Manie das Zeitgefühl verlieren, steigert das Verzweiflung oder Leichtsinn; davor kann die Flucht vor Gefühlen bzw. aus der Überanpassung im Vordergrund stehen.
- Psychosen sind Ausdruck einer besonderen Dünnhäutigkeit/Durchlässigkeit, bei der innere Dialoge zu externen werden und äußere Ereignisse uns filterlos treffen. Dann wird deutlich, dass auch reale Bedrohung (Umweltzerstörung, Entsolidarisierng, Corona u.a.) entsprechend existentiell treffen und verunsichern können.

Kurzbeschreibung des Vereins Irre menschlich Hamburg e.V.

Irre menschlich Hamburg e.V. (www.irremenschlich.de) ist 1998 aus dem trialogischen Hamburger Psychoseseminar hervorgegangen und gehört zu den Antistigma-Projekten der ersten Stunde (Bock et al., 2017). Die trialogische Bearbeitung wechselseitiger Vorurteile (zwischen Betroffenen/ Erfahrenen, Angehörigen und Experten schuf eine Basis für die gemeinsamen Anstrengungen zum Abbau öffentlicher Vorurteile. Als trialogische Bürgerinitiative hat der Verein einen reichen Schatz aktiver Mitglieder mit breitem Themenspektrum, hoher präventiver und politischer Relevanz und einem großem Aufgabenbereich. Erreicht werden unterschiedliche Zielgruppen, u. a. in den Bereichen Jugendarbeit, Bildung, Medien, Polizei, Gesundheitssystem und Kirche. Zu den Basis-Aufgaben des Vereins gehören die Durchführung regelmäßiger Begegnungs- und Präventionsprojekte in Schulen und Betriebe sowie trialogische Aus- und Fortbildungen bzw. Seminare. Darüber hinaus gibt es weitere Angebote.

Fortbildungen bei der Polizei haben lebensrettende Bedeutung, weil die Konzentration auf schnellen Zugriff infrage steht und Deeskalationsstrategien in psychischen Notsituationen thematisiert werden.

Beispiele aktueller Projekte:

- *Arbeit & Psyche:* Ein trialogisches Begegnungsprojekt an Berufsschulen mit dem Ziel, die Berufsschüler:innen für das Thema psychischer Krisen in der Ausbildung und im Berufsleben zu sensibilisieren und Selbststigmatisierung mit der Konsequenz von Resignation und Initativlosigkeit zu enttabuisieren. Arbeit kann gesund erhalten, aber auch krank oder kränker machen – die Bedingungen dafür zu reflektieren hat einen hohen präventiven Anteil und kann von psychischen Krisen oder Erkrankungen betroffene Auszubildende bestärken, ihren Weg in einen bewältigbaren Berufsalltag zu finden.
- *Zu-sich-stehen:* Ein Präventionsprojekt für Jugendliche und junge Erwachsene mit eigener Erfahrung psychischer Krisen und für Angehörige von Menschen mit psychischen Krisen. In 5-tägigen Workshops wird gemeinsam reflektiert, wie über die eigene Erfahrung mit dem psychiatrischen Hilfesystem bzw. der Erfahrung als Angehörige gesprochen werden kann, wem gegenüber die Teilnehmer:innen sich öffnen wollen, und welche Worte sie dafür finden können.
- *Anti-Stigma Schulung* für die Auszubildenden der Polizei (Bock u.a. 2014, Wittmann u.a. 2021) und des Strafvollzugs (Bock u.a. 2019) in Hamburg In diesem trialogischen Begegnungsprojekt sollen die zukünftigen Polizeibeamt:innen für den Einsätzen mit Menschen in akuten psychischen Krisen sensibilisiert werden.
- *Anthropologische* Vorlesungsreihe der Universität Hamburg (abrufbar über den Videokatalog - Lecture2Go; uni-hamburg.de).
- *Öffentliche Aktivitäten* u. a. in Zusammenarbeit mit dem UKE: z.B. Tage der offenen Tür - speziell für Schüler:innen: „Psychiatrie macht Schule“ mit 50-60 dialogischen Workshops, Vorlesungen, Filmen und Diskussionsforen (Dorner u.a. 2014), Beteiligung an der Nacht des Wissens, an der Woche für Seelische Gesundheit u.a.
- *Trialogische Diskussionen* nach verschiedenen kulturellen Veranstaltungen (Ausstellungen, Filme, Theaterabenden)
- Erstellung und Vertrieb einschlägiger trialogischer *Schriften* wie z.B. der Broschüre „Es ist normal verschieden zu sein“ (Erhältlich zum Selbstkostenpreis, s. www.irremenschlich.de)

Alle jährlich etwa 150 Projekte von Irre Menschlich Hamburg e.V. dienen dem Ziel: „Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst“ – beides Voraussetzung für seelische Gesundheit bei allen Beteiligten.

Hamburger Netzwerk für Prävention psychischer Erkrankungen

Irre menschlich Hamburg e.V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Der Verein arbeitet eng mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zusammen und hat darüber hinaus ein Netzwerk für Prävention gebildet, an dem viele Hamburger Institutionen beteiligt sind. Dies sind vor allem Fortbildungseinrichtungen. Diese langjährig gewachsene Zusammenarbeit gewährleistet eine in dieser Form (zumindest) im deutschsprachigen Raum einmalige Qualität und Breite der Antistigmaprojekte, der beteiligten Partner:innen sowie der nachfragenden Institutionen und Zielgruppen.

Erfahrungsschatz

- Begegnungsprojekte in Schulen sollten thematisch vielfältig sein, die Lehrer in ihrer jeweiligen Unterrichtsplanung in vielen Fächern un-

terstützen (Biologie, Religion/ Ethik, Geschichte, Politik, Psychologie), die Klassenatmosphäre verbessern und den Blick auf eigene Ressourcen in Krisen stärken.

- Begegnungsprojekte in Betrieben thematisieren aus der Perspektive von Erfahrenen Arbeitsbedingungen, die für alle ArbeitnehmerInnen eine präventive Bedeutung haben. Dasselbe gilt für Auszubildende.
- Fortbildungen bei der Polizei haben eine nachweisbare, manchmal lebensrettende Bedeutung, weil die Konzentration auf möglichst schnellen Zugriff infrage steht und Deeskalationsstrategien für Menschen in extremen psychischen Notsituationen thematisiert werden. (Literatur)
- Projekte mit Medizinstudierenden sensibilisieren gerade die, die nicht in die Psychiatrie wollen, für die eigene Zuständigkeit, den überall notwendigen Blick auf psychische Aspekte nicht zu vernachlässigen und zugleich nicht alles dieser Perspektive unterzuordnen.
- Die Zu-sich-stehen-Projekte geben SchülerInnen mit eigener direkter oder indirekter Krisenerfahrung die Chance, gemeinsam mit einem Tandem von ModeratorInnen (mit/ohne Krisenerfahrung, Mann/Frau, altersnah) nach passenden Worten zu suchen, selbstbewusst zu entscheiden, wo welche Mitteilung passt, und insbesondere die sozialen Medien kritisch zu nutzen.
- Die Arbeit & Psyche-Projekte an Berufsschulen stärken den Aufbau von Vertrauen in den Lerngruppen der Jungerwachsenen, enttabuisieren das kräftezehrende Verbergen von psychischen Problemen und ermutigen, den Weg in einen passenden Beruf nicht aufzugeben.
- Inzwischen hat unsere Erfahrung gezeigt, dass trialogische Fortbildungen sogar online ertragreich sein können und eine gute Ergänzung für Interessierte sind, denen die Teilnahme an den live-Veranstaltungen nicht möglich ist. Auch die Anthropologievorlesung ist inzwischen online verfügbar (Uni Hamburg.Lecture2go. Bock auf Dialog?).

Literatur

Bock, T. (2012). Krankheitsverständnis – zwischen Stigmatisierung und Empowerment, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 163 (4), S. 138-144

Bock T , Niemann S, Dorner D, Makowski A, Fabeck H, Mahlke C, Meyer HJ, Finzen A (2015). Wenn Stigma tödlich wird, kann Fortbildung lebensrettend sein – Zur konstruktiven Wirkung trialogischer Fortbildung bei der Hamburger Polizei, Psychiatrische Praxis 5/2015, Jg 42, S. 278-280

Bock, T., Urban, A., Schulz, G., Sielaff, G., Kuby, A., & Mahlke, C. (2017). "Irre menschlich Hamburg"–An Example of a Bottom-Up Project. In The Stigma of Mental Illness-End of the Story? (pp. 469-483). Springer, Cham.

Bock T, Sander K, Franke A, Linsig R, Rudel A, Schulz G, Vahovic V, Heumann K (2019). Was macht die Seele im Knast? Trialogische Fortbildung zum Thema psychischer Gesundheit/Krankheit für werdende Justizvollzugsbeamte, Recht und Psychiatrie (2019) 37 Jg, 20-15

Dorner R, Sander A, Bock T (2014); Psychiatrie macht Schule – ein Beitrag zur Prävention, psychosozial – Zeitschrift für professionelle Pflege, Friedrichverlag

Freie und Hansestadt Hamburg (Hg.) (2019). Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg. Psychiatriebericht. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV); Behörde für Arbeit, Familie, Soziales und Integration (BASFI). Hamburg.

Jacobi F., Höfler M., Strehle J., et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1- MH). Der Nervenarzt, 87(1), 88-90.

Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. Lancet 2013;381:55-62.

Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 259(5), 298-306.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 125(6), 440-452.

Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19(3), 223–232.

Wittmann, L., Dorner, R., Heuer, I., Bock, T., & Mahlke, C. (2021). Effectiveness of a contact-based anti-stigma intervention for police officers. International journal of law and psychiatry, 76, 101697.

Stigmatisierung wird erlebt – und nicht gewollt

Von Martina Heland-Graef

Stigmatisierung begegnet uns im Alltag, ob wir es wollen oder nicht. Können wir uns wehren? Würde das etwas bringen? Wieviel Kraft kostet es mich und lohnt sich der Aufwand? Wie fühle ich mich und interessiert es irgendeinen? Wie wichtig ist es, dass Menschen es erfahren, wenn sie jemanden stigmatisieren? Wie wichtig ist es mir? Belastet mich die Stigmatisierung im Alltag, bei meiner Arbeit, wenn ich bei Freunden und bei meiner Familie bin?
Das sind viele Fragen und ich wollte den Artikel nicht nur aus Fragen bestehen lassen. Die Antworten sind genauso vielfältig. Manchmal beobachte ich es bewusst, wie Menschen mit mir umgehen, wenn ich ihnen erzähle, mit wem sie es zu tun haben. Ich sage dann, dass ich eine psychische Erkrankung habe und Stimmen höre. Die Reaktionen sind sehr unter-schiedlich, von „ach…“ und „ja dann bis später…“ und „wie lebt man damit“ bis zum Abbrechen des Gesprächs und zum Weglaufen. Manchen stehen Angst und Unsicherheit im Gesicht und manche sind distanzlos und neugierig bis unter die Haut. Ich denke, dass diese Menschen nicht wissen, was ich habe, und dass die verschiedenen Gefühle erzeugt und das Situationen schwierig machen kann. Offen darüber reden tut niemand, außer ich und einige andere Betroffene. Aber auch unter uns Betroffenen gibt es viele Menschen, die sich lieber nicht outen wollen. Die Frage, die uns alle beschäftigt ist, wieviel Zeit wir investieren sollen, um psychische Krankheiten zu erklären.

Ist die Pandemie eine Chance?

Die Pandemie hat der Gesellschaft das Thema nähergebracht. Freiwillig ist anders, aber immerhin ist es jetzt ein Thema. Schmiede das Eisen, solange es heiß ist, ein Spruch, der jetzt stimmt. Redet jetzt darüber, klärt auf, online und in der Zeitung. Und doch es gibt Regionen in Deutschland, da redet man nicht über Psychiatrie und dann „gibt“ es sie auch nicht. Stigmatisierung heißt Ausgrenzung und ausgegrenzt sein will niemand. Manchmal wird man auch schon ausgegrenzt, weil man das Thema anspricht, als würde man Unheil heraufbeschwören.
Mich hindert Stigmatisierung, wenn ich in einem privaten Umfeld nicht gut mit meinen Einschränkungen, die man ja nicht sehen kann, leben kann. Ich muss viel Zeit investieren, um mich zu rechtfertigen, wenn ich anders behandelt werde, weil ich Psychiatrie-Erfahrene bin. Psychiatrie-Erfahrene haben Angst ihren Führerschein zu verlieren, in einem Register zu enden, bei der Arbeit gemobbt zu werden und Stress mit der Familie zu bekommen. Schließlich haben sie Angst davor, dass der Betreuer kommt, wenn man nicht einsehen will, dass man nicht mehr allein leben kann. Das ist dann das Ende einer „Psychiatrie-Karriere“. Alle Profis, die mit Psychiatrie zu tun haben, leben auch mit uns ganz „normal“. Ich kann in den politischen Gremien keine Stigmatisierung entdecken. Würde ich aber mich politisch organisieren wollen in einer Partei, sähe das schon anders aus. Ich glaube nicht, dass ich einen Sitz im Landtag oder Bundestag bekäme, also dass ich gewählt werden würde von den Menschen. Ich würde gerne mal während einer Legislaturperiode im Landtag sein, ehrenamtlich aber mit einem Amt. Es wäre spannend zu sehen, ob jemand auf mich hören oder mit mir zusammenarbeiten wollen würde. Es wäre ein Experiment.

Nicht Ausgrenzung, sondern miteinander

Ausgrenzung in der Gesellschaft wird sich nie ganz verhindern lassen, weil Menschen halt so sind, wie sie sind. Ich glaube aber, dass wenn es Menschen gibt, die gute Dinge vormachen, dann wird es viele Menschen geben, die sich davon inspirieren lassen. Kein Mensch darf isoliert werden, weil er anders ist, denn jeder Mensch ist es wert, auf der Welt sein zu dürfen und seinen Teil dazu beitragen zu können, dass sich die Menschen auf der Erde wie in die Natur wohl fühlen.
Jeder, der ein Amt hat oder für andere Menschen da ist, kann mit seinem Leben und Tun die Welt ein klein wenig besser machen. Wenn sich Menschen fürchten, dann werden sie aggressiver gegenüber denjenigen, die geheimnisvoll sind und deshalb gefährlich wirken können. Psychiatrie-Erfahrene sind nicht gefährlich. Man kann sie als Gleichwertige anerkennen und wertschätzen, auch wenn sie anders sind oder anders zu sein scheinen.

Martina Heland-Graef
Psychiatrierfahrene Ersthelferin für psychische Gesundheit, Absolvetin des MFA-Ersthelfer-Kurses, E-Mail: m.heland-graef@baype.info

War es ein Fehler?

Ich wollte letztens beim Einkaufen auf einem Behindertenparkplatz parken. Ich hatte eine Freundin dabei, die im Rollstuhl sitzt. Ein junger Mann war gerade aus seinem Auto ausgestiegen und hatte keinen Behindertenausweis in sein Auto gelegt, der ihm diesen Parkplatz legitimieren würde. Ich sprach ihn darauf an, dass dies ein Behindertenparkplatz ist. Er wurde sehr ungehalten und stellte meine Freundlichkeit auf eine Probe. Die Worte, die er benutzte, können hier nicht stehen. Ich holte den Marktleiter, der feststellte, dass keines der

Kerbe_2_2022.indd 28 07.04.2022 14:07:41

Fahrzeuge, die auf den Behindertenparkplätzen parkten, keinen Ausweis hatte. Er verhalf uns zu einem Parkplatz, an dem wir genug Platz zum Aussteigen hatten und war freundlich und hilfsbereit. Als der junge Mann zurückkam, sprach ihn der Marktführer an und bat ihn, das nächste Mal doch woanders zu parken. Der junge Mann wurde sehr unfreundlich und böse und schallt uns „Krüppel“ und noch schlimmere Wörter. Was dann geschah, wollte ich nicht. Der Marktleiter sprach ihm ein lebenslanges Hausverbot aus. Der Hass in seinen Augen ließ uns das Blut in den Adern gefrieren. Es tat mir unendlich leid, dass es so gekommen ist. Nun war ich dafür verantwortlich, dass jemand ausgegrenzt wurde. Hätte ich nicht anders reagieren können und selbst einen Parkplatz weiter weg nehmen können? Musste ich unbedingt den Marktleiter holen? Habe ich mich zu wichtig genommen?

Gesellschaft und Psychiatrie: Ich glaube daran

Der letzte Satz fällt wohl unter die Kategorie „Selbststigmatisierung“, die auch nicht ohne ist, und uns noch mehr daran hindert, an uns zu glauben. Selbststigmatisierung ist noch schlimmer als von anderen stigmatisiert zu werden. Warum? Weil niemand da ist, der es entkräftet. Es sei denn man hört gute Stimmen. Ich höre leider nur Stimmen, die an anderen und mir rummäkeln.
Wie muss eine Gesellschaft beschaffen sein, dass Psychiatrie-Erfahrene sich auch wohl fühlen können, dass sie keine Angst haben müssen, dass sie, wenn sie geoutet sind, plötzlich allein dastehen. Leider habe ich dafür keine abschließende Antwort. Ich versuche dieses Defizit mit Leistung auszugleichen. Das kostet mich viel Kraft. Ob ich damit besser gehört werde und ob ich dadurch mehr Gehör für Psychiatrie Erfahrene schaffe, weiß ich nicht. Meiner Meinung nach geht es nur miteinander, alle Akteure miteinander und füreinander. Das muss in der Familie und mit Freunden anfangen, weil sich dort die kleinsten Lebensgemeinschaften bilden, die es gibt. Wenn diese Beziehungen stabilisierend wirken, gibt es zumindest hier weniger Stigmatisierung, weniger Druck, weniger Stress.

Gemeinsam kann man mögen

Da ich kein Wissenschaftler bin, schreibe ich hier nur über meine Eindrücke zu Stigmatisierung, über Dinge, die ich selbst erlebe und die andere mit mir erleben. Ich finde es gut, wenn psychiatrische Behandlung gemeinsam stattfindet, also auch in z.B. einem Mietshaus. Es wird in meinem Umfeld gerade eins gebaut, und da sollen unten im Erdgeschoss 2 oder 3 Wohngruppen mit Psychiatrie-Erfahrenen einziehen. Im 1. Stock sollen ganz „normale“ Menschen leben. Im 2. Stock sollen behindertengerechte Wohnungen entstehen. Ist das Inklusion oder ist es ein Experiment? Ich finde es auf jeden Fall gut.
Für uns ist es wichtig bzw. für mich ist es wichtig, dass man sich selbst gut kennt. Das Wissen über uns selbst ist unsere oder meine größte Abwehr gegen Stigmatisierung. Ich denke, es kommt auf die eigene Resilienz, die psychisch erreichbare Widerstandsfähigkeit, an. Es geht darum eigene Fähigkeiten zu finden, die defizitäres Verhalten, schlechte Gefühle oder auch Reaktionen abmildern oder übertünchen, so dass es möglich wird, wieder in der Gesellschaft zu leben. In einer Selbsthilfegruppe oder, wenn man Glück hat, mit einem niedergelassenen Arzt kann man zu diesen persönlichen Informationen kommen.

Lasst es nicht nur ein Wunsch sein dazuzugehören

In einer Gruppe, wo Menschen mit gleichen Problemen sind, aber mit verschiedenen Lösungsansätzen, die jedoch alle zum Ziel führen, könnte man für sich selbst überlegen, ob man nicht auch einen Lösungsweg für sich selbst findet. Im Gespräch kommen dann gute Lösungen zustande und Selbstheilungskräfte können wirken. Ich habe eine Selbsthilfegruppe gegründet und gehe dort immer noch regelmäßig hin, weil ich so immer wieder gestärkt in ein Projekt gehen kann und weiß, was ich tun muss. Vielen Kollegen bzw. Mitbetroffenen geht es genauso.
Resilienz ist Widerstandskraft bei Lebenskrisen. Das lernt man am besten bei Gleichgesinnten bzw. in der Selbsthilfegruppe. In der Gruppe habe ich den Mut der anderen mitgenommen und mich geoutet und erlebt, dass ich für andere auch stark sein kann.
Stigmatisierung hat also mein Leben positiv verändert. Ich weiß heute Dinge über mich, die ich früher nie erfahren hätte.
Mir ist es wichtig, mit Psychiatrie und Erkrankung offen umzugehen, offen darüber zu reden, dem Wort „Psychiatrie“ den Schrecken zu nehmen. Ich habe während einer Zugfahrt erlebt, dass nicht Stigmatisierung, sondern ehrliche Anerkennung ausgesprochen wurde. Ich war unterwegs nach Frankfurt in einem Regionalexpress. Eine Gruppe Jugendlicher stieg zu, die in der Sitzgruppe mir gegenüber ein Kartenspiel begannen und ihren Spaß hatten. Nach einer Weile fragten sie mich, ob ich mitspielen wolle - und ich wollte. Wir unterhielten uns und ich fragte, wohin sie wollten. Ich erklärte ihnen, wo ich hinfuhr. Ich war unterwegs zu einer Gremiensitzung zu Psychiatriethemen. Ich erklärte ihnen das Thema und dass ich Betroffene vertrete und selbst betroffen bin. Daraufhin legten wir die Karten beiseite und diskutierten. Sie fragten und waren ehrlich interessiert. Ich erklärte ihnen, wie das ist mit Stimmen im Kopf und dass man deshalb noch lange nicht gefährlich ist, sondern oft sogar leidet, weil man sich viel mehr konzentrieren muss usw. Wir fuhren 2 Stunden zusammen. Sie bedankten sich für das für sie wichtige Gespräch und dass sie nun einen Freund besser verstehen könnten. Sie wünschten sich, so sagten sie, dass er sich mit ihnen auch so unterhalten würde.

Mir ist es wichtig, mit Psychiatrie und Erkrankung offen umzugehen. Ich habe während einer Zugfahrt erlebt, dass nicht Stigmatisierung, sondern ehrliche Anerkennung ausgesprochen wurde.

Redet Miteinander geht euch nicht vornehm aus dem Weg

Das verstärkt meinen Drang darüber zu reden, egal wo. Die Wissenschaft und die Sicht der Profis und Angehörigen ist eine Sache, aber niemand kann besser als der Betroffene sagen, was ihm helfen kann. Ich will mich nicht immer verteidigen müssen bei Freunden oder Familie oder Ehepart-

Kerbe_2_2022.indd 29 07.04.2022 14:07:41

nern. Mein Mann versteht bis heute die Krankheit nicht, aber er hat beschlossen, keine große Sache mehr daraus zu machen. Er kennt meine Defizite oder Besonderheiten genau und handelt danach. Für ihn ist es wichtig, zu wissen, dass er nicht schuld ist und wir kommunizieren oft und manchmal auch nonverbal um Situationen zu entschärfen. Für mich ist es wichtig, zu hören, dass ich vom „Umtausch ausgeschlossen bin", weil ich „dritte Wahl" bin, wie mein Mann immer scherzt. Er ist Teil meiner Familie. Meine Familie will mit mir sein und ich mit ihr.
Wir reden darüber auch mit der Familie und Freunden und machen kein Geheimnis draus. Also wie schon mehrmals erwähnt, man muss darüber reden und es nicht hinter dem Berg halten und manchmal auch die gesellschaftliche Meinung zu Psychiatrie aushalten.
Als Psychiatrie-Erfahrene bin ich nicht allein auf dieser Welt. Ich kann nicht verlangen, dass alle mich unterstützen und verstehen. Wenn ich glaube, dass mein Defizit in einer Situation ein Nachteil ist, dann wehre ich mich schon. Das kann man lernen. Jeder ist mit Resilienz ausgestattet, der eine mehr der andere weniger, aber Resilienz kann man lernen und üben. Wer seine eigene Resilienz stärkt, kommt besser durch die Welt.
Mein Motto ist: „Wer etwas will, sucht Wege. Wer etwas nicht will, sucht Gründe." - *Zitat von Harald Kostial.*
Da die Gesellschaft nicht für alles verantwortlich gemacht werden kann, wir aber Menschen sind, die die Gesellschaft brauchen, können wir nicht leben, ohne miteinander zu reden und da gilt auch: „Man braucht nicht immer denselben Standpunkt zu vertreten, denn niemand kann einen daran hindern, klüger zu werden." - *Zitat von Konrad Adenauer*
„Stigmatisierung kann nur da sein wo nicht miteinander gelebt und geredet wird." - *Dieses Zitat ist von mir.*

Ein Plädoyer für Offenheit

Warum wir psychische Erkrankungen nicht verschweigen sollten

Von Janine Berg-Peer

Die Frage, ob wir im Jahr 2022 immer noch darüber nachdenken müssen, ob wir uns zu einer psychischen Erkrankung bekennen (!) oder sie besser verschweigen sollten, zeigt, wie sehr psychische Erkrankungen immer noch stigmatisiert werden. Hinter der Frage liegt die Annahme, dass es immer noch ein Risiko sein könnte, offen darüber zu reden. Für uns Angehörige gilt dieses Risiko in doppelter Hinsicht. Wir müssen nicht nur darüber nachdenken, ob Offenheit unseren betroffenen Angehörigen schadet. Wir müssen uns auch fragen, wie wir mit der auch Stigmatisierung umgehen, die Familien, aber vor allem uns Mütter trifft.
Ich kann daher gut verstehen, dass manche Angehörige nicht den Mut aufbringen, offen über die Krankheit zu sprechen. Sie fürchten Vorwürfe, Ablehnung oder wissende Blicke, wenn die Verwandtschaft oder die Nachbarschaft sich trifft. Daher vermeiden sie es, über die Erkrankung in der Familie zu reden, melden sich mit falschem Namen zu Wort oder sind in Videos nur als Schatten zu sehen. Oft sagen sie, sie wollen ihr Kind schützen, aber ich bin skeptisch. Ich fürchte, sie wollen auch sich selbst schützen.

Pathologisierung von Familien

Woher kommt diese Angst vor der Ausgrenzung? Angehörige machen die Erfahrung, dass sie von vielen Psychiatern und Psychiaterinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeuten schon bei den ersten Kontakten stigmatisiert werden. Implizit oder oft auch explizit wird uns die Schuld für die Erkrankung unserer Kinder zugeschoben. Unser Verhalten in der Kindheit war schädlich: Immer berufstätig, immer zuhause, zu hohe Ansprüche, zu wenig Ansprüche, alles gar nicht gut für ein vulnerables Kind. Am schlimmsten ist natürlich eine Scheidung. Oder die Ursachen für die Krankheit des Kindes liegen in unseren Persönlichkeitsmerkmalen. Wenn wir nach der Diagnose „psychisch krank" in Tränen ausbrechen, sind wir

Janine Berg-Peer
M.A., Coaching & Angehörigenberatung, BApK Bundesverband der Angehörigen psychisch Erkrankter e.V., Berlin-Wilmersdorf. Ihre Tochter ist vor 25 Jahren an Schizophrenie erkrankt.

labil. Wenn wir uns beherrschen, sind wir gefühlskalt – Eisschrankmütter -, wenn wir uns um Hilfe für unser Kind bemühen, sind wir overprotective.

Vereinzelung der Angehörigen

Das kann dazu führen, dass Angehörige sich von ihrem Umfeld zurückziehen und jahrelang ausschließlich den Kontakt zu anderen Angehörigen suchen. Das ist verständlich, aber nicht immer hilfreich. Ich bedaure diesen Rückzug, weil sie damit keine neuen Erfahrungen machen können. Aber nicht alle Menschen stigmatisieren und diskriminieren Familien von psychisch Erkrankten. Wir können auch positive Erfahrungen machen, wenn wir offen über unsere Situation reden. Viele erzählen von eigenen Erfahrungen und wir können dann feststellen, dass psychische Erkrankungen gar nicht so selten sind, wie wir glauben. Manche haben auch nützliche Hinweise oder bieten sogar praktische Hilfe an.
Ein Wort an Fachleute: Welcher Glaubensrichtung auch immer Fachleute über die Ursachen psychischer Erkrankungen anhängen oder wie wenig ihnen die Mutter, die vor ihnen sitzt, gefällt: Glauben sie wirklich, dass Vorwürfe Eltern oder vor allem Mütter befähigen, ihre Kinder klug, gelassen und einfühlsam durch ihre Krisen zu begleiten, wie es nötig wäre? Oder sich gar mutig in der Öffentlichkeit zu der psychischen Erkrankung ihres Kindes zu bekennen? Ich bin der Psychiaterin Liselotte Mahler, die in Berlin als erste eine Soteriastation aufgebaut hat, unend-

lich dankbar, weil sie sich jüngst in einem Vortrag deutlich gegen die *Pathologisierung der Familie* aussprach.

Auch Angehörige haben Vorurteile

Aber es ist nicht nur die befürchtete Stigmatisierung durch das Umfeld, die manche Angehörigen die Krankheit eines Kindes verbergen lassen. Wenn psychisch Erkrankte gesellschaftlich stigmatisiert werden, dann sind Angehörige als Teil der Gesellschaft auch nicht immer frei von Vorurteilen. Wer lange Zeit glaubte, dass diese Krankheiten nur in Familien vorkommen, in denen etwas *nicht in Ordnung* ist, wird sich schwer damit tun, plötzlich die Krankheit des eigenen Kindes mit dem Selbstbild als ordentliche Familie zusammenzubringen. Es kann die Angst entstehen, dass auch mit der eigenen Familie etwas *nicht in Ordnung* ist. Es gibt auch eine Hierarchie unter Angehörigen: Wenn angenommen wird, dass die Erkrankung unseres Kindes genetisch bedingt ist, dann trifft uns keine Schuld. Wenn aber Drogenkonsum als Ursache angenommen wird, dann verweist das wieder auf eine Familie, in der etwas *nicht in Ordnung* war.

Meine Unwissenheit hat mich geschützt

Ich selbst bin von Anfang an offen mit der Erkrankung meiner Tochter umgegangen. Vielleicht konnte ich das tun, weil ich vor 25 Jahren noch gar nicht wusste, dass wir Mütter immer noch häufig von Fachleuten, der eigenen Familie und der Öffentlichkeit für die psychische Erkrankung unserer Kinder verantwortlich gemacht werden. Ich kannte weder die schizophrenogene Mutter noch die Theorie der Betroffenen als Symptomträger dysfunktionaler Familien. Aber je mehr ich mit Fachleuten zu tun hatte, desto mehr begriff ich, dass die schizophrenogene Mutter bis heute noch sehr lebendig ist. Mit meiner Offenheit habe ich unterschiedliche Erfahrungen gemacht: Anders als ich erwartet hätte, wurde im beruflichen Kontext fast immer positiv reagiert. Viele Klienten berichteten von eigenen Erfahrungen mit psychischer Krankheit in der Familie. Viele Auftraggeber reagierten rücksichtsvoll auf plötzliche Krisen meiner Tochter. Nach meinem ersten Buch *„Schizophrenie ist scheiße, Mama!“* wurde ich in der Apotheke, beim Schneider, vom Briefträger oder von Nachbarn darauf angesprochen und immer wurde mir erzählt, dass auch sie Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen in der Familie hatten. Alle diese Menschen freuten sich, offen über dieses Thema reden zu können. Es wird auch sicher viele Menschen geben, die negativ über mich denken, von denen ich es nie erfahre werde. Damit kann ich leben.
In meiner eigenen Familie oder bei Freundinnen gab es allerdings nicht nur positive Reaktionen. Es kam zu Rückzug, manche besuchten mich nicht, wenn meine Tochter anwesend war und von einer Hochzeit im Familienkreis wurde meine Tochter ausgeladen. Ich verstehe, dass es für Angehörige anderer sozialer Kontexte, in einer kleinen Stadt oder auf dem Land es vielleicht weniger einfach ist, negative Beurteilungen aus dem Umfeld zu ignorieren. Aber ich habe mich frühzeitig dafür entschieden, die Meinung anderer Menschen zu ignorieren und meine Tochter bestärkt, dies ebenfalls zu tun.

Warum Offenheit wichtig ist

Nach meiner anfänglichen Verstörung über die psychische Erkrankung habe mich damit beschäftigt, wie ich meine Tochter dabei unterstützen könne, auch *mit* der Krankheit ein gutes Leben zu führen. Dazu gehörte es auch, offen mit der Erkrankung umzugehen. In ihr sollte nicht das Gefühl entstehen, es gäbe etwas, das verschwiegen werden müsste. Ich wollte nicht, dass sie den Eindruck bekam, dass ich mich für sie schämte. Es gehörte auch dazu, dass ich mich gegen mögliche Schuldzuweisungen immunisierte.

Was wir gegen Stigmatisierung tun können

- Ich habe daher frühzeitig offen über die Krankheit gesprochen, Bücher dazu geschrieben und gleichzeitig meine Tochter ermutigt, ebenso offen mit ihrer Krankheit umzugehen. Schon seit Jahren reden wir beide auf Tagungen über unsere Erfahrungen, sie selbst nimmt teil an trialogischen Seminaren und wir schreiben gerade ein Buch über unsere gemeinsamen Erfahrungen.
- Im Zug lege ich immer das Buch *„Schizophrenie ist scheiße, Mama!“* auf den Tisch zwischen den Sitzplätzen. Es dauert nicht lang, bis eine Mitfahrerin vorsichtig auf das Buch deutet und fragt, ob sie es sich mal ansehen könne. Kurz danach beginnen die Menschen fast immer von eigenen Erfahrungen zu sprechen. Auch im Restaurant ist das möglich.
- Ich gehe seit über zehn Jahren immer mit einer silbernen oder grünen Schleife an meinen Pullovern oder Kleidern aus dem Haus und trage stets das grüne Mental Health Awareness-Band am Arm. Auch hier können Nachfragen zu einer fruchtbaren Diskussion beitragen.
- Wir können im Bekanntenkreis mutig auf diskriminierende Worte hinweisen und erklären, warum das für psychisch Erkrankte und für uns kränkend ist.
- Jede von uns Angehörigen kann in ihrem Umfeld etwas dazu beitragen: In der Nachbarschaft, der Gewerkschaft, in der Kirche, der politischen Partei, im Kleingarten- oder Sportverein und vor allem auch bei der Arbeit können wir dieses Thema ansprechen.

Wer das schwierig findet, wem es peinlich ist, der sollte sich vor Augen halten, dass wir Angehörigen zwar die Erkrankung verschweigen können, dass aber die Betroffenen ein Leben lang damit umgehen müssen, dass jemand von der Erkrankung weiß, dass Menschen sich an ihr schwieriges Verhalten in Krisenzeiten erinnern oder dass sie befürchten müssen, dass etwa der Arbeitgeber herausfindet, dass er oder sie an einer psychischen Erkrankung leiden. Das ist auch schwierig.
Ich bin überzeugt davon, dass meine Tochter und ich mit unseren Vorträgen, Artikeln und Büchern einen, wenn auch noch so kleinen, Beitrag zur Verringerung der Stigmatisierung leisten. Wenn Menschen meine Tochter erleben und feststellen, dass sie eine ganz normale junge Frau ist, dann kann das die Angst vor psychisch Erkrankten verringern. Auch ich als Angehörige kann durch meine Offenheit ein wenig zeigen, dass psychische Krankheiten in ganz normalen Familien vorkommen können. Vor allem aber können wir zeigen, dass eine psychische Erkrankung zwar mit viel Leid verbunden sein kann, dass sie aber keine Katastrophe sein muss. Auch mit einer psychischen Erkrankung ist ein gutes Leben möglich. Ich halte das für wichtig. Wenn wir selbst nicht offen über die psychische Erkrankung reden und uns zeigen, dann entstehen Bilder und verfestigen sich in den Köpfen vieler Menschen, die wir nicht beeinflussen können. Wenn wir aber offen darüber reden, kann es gelingen, das Narrativ über psychisch Erkrankte und ihre Familien selbst zu bestimmen.

Kerbe_2_2022.indd 31 07.04.2022 14:07:42

Entstigmatisierung in der Psychotherapie

Was kann Psychotherapie gegen Stigmatisierung tun? Welche Wege gibt es, mit Stigmata therapeutisch umzugehen?

Von Magda Simone

Ausgehend vom eigenen Betroffensein, definiert die Autorin den Stigmatisierungsprozess als einschneidende Erfahrung und als diskriminierende soziale Dynamik, die als solche erkannt und bekämpft werden muss. Es ist wichtig, dass Psychotherapeuten den Focus auf die soziale Dimension des Phänomens richten, auf eigene Vorurteile gegenüber Patienten und auf institutionelle stigmatisierende Prozesse.

Magda Simone
Dr., Psychologin und Gestalttherapeutin, im psychiatrischen Dienst des Santitätsbetriebes Bozen seit 2003 tätig, Arbeitsschwerpunkt Recovery

Meine Betroffenheit

Ich bin eine Psychotherapeutin im Rollstuhl. Die Leser werden sich vielleicht fragen, wieso ich das spezifiziere. In diesem Artikel geht es um Stigma und Psychotherapie, um das Erleben der Stigmatisierung: es spielt also eine Rolle, dass ich als Psychotherapeutin mit einer körperlichen Behinderung, selbst Erfahrung mit Stigmatisierungsprozessen gemacht habe. Ich weiß, was es bedeutet, aufgrund einer Behinderung benachteiligt zu werden. Ich weiß, dass es Kraft braucht, mit dieser Erfahrung klar zu kommen. Jede Stigmatisierung kann tiefe Wunde verursachen, die großen Schmerz bereiten und den Selbstwert angreifen können.

Umgang mit meiner Betroffenheit

Meine Strategie damit umzugehen war, mich schon in meiner Studienzeit als Aktivistin für die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen einzusetzen und mich in einer Gruppe von Peers stark zu machen. Auch nach der Studienzeit habe ich es leider immer wieder erleben müssen, dass es noch Vorurteile und Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, bzw. Menschen mit Psychiatrieerfahrung, gibt und dass man (noch) nicht erwarten kann, als Betroffener unvoreingenommen akzeptiert zu werden. Noch seltener wird man als Experte in eigener Sache angesehen. Gerade in Arbeitskontexten, und der Bereich der psychischen Gesundheit ist davon nicht ausgeschlossen, muss man dafür kämpfen, gleichgestellt zu werden. Als junge optimistische Psychologin hätte ich es mir anders erwartet. Ich war enttäuscht, aber auch motiviert, etwas zu verändern. Diese Erfahrungen haben es mir ermöglicht, ein Feingefühl zu entwickeln, Stigmatisierungen schnell zu erkennen, emphatisch zu sein, Patienten immer auf gleicher Augenhöhe zu begegnen und Kollegen stets auf Stigmatisierungsprozesse aufmerksam zu machen.

Selbsterkenntnis der Psychotherapeuten

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Klienten, die stigmatisiert wurden, ist das Bewusstwerden des Stils und der Haltung des Psychotherapeuten wichtig. Welche Erfahrungen haben zur Wahl dieses Berufs geführt? Welcher ist mein Umgang mit Patienten? Welche sind meine Vorurteile? Wie bekämpfe ich Stigmatisierung? Wie gehe ich mit dem Thema in der Therapiesitzung um? Welche Möglichkeiten der Entstigmatisierung biete ich an? Ist die Stigmatisierung eine zweite Erkrankung oder kann die Stigmatisierung von abweichenden Eigenschaften zu einer psychischen Erkrankung führen?
Die Person des Therapeuten und der Therapeutin ist das eigene wichtigste Instrument, auf das es acht zu geben gilt. So wie ein Musikinstrument sollte es immer wieder aufs Neue gestimmt werden. Es wird eine Balance zwischen der Begeisterung, dem Brennen und dem Ausbrennen angestrebt. Im Austausch mit anderen werden blinde Flecken aufgedeckt. Der Supervision wird ein hoher Stellenwert beigemessen.

Schritte der Entstigmatisierung in der Psychotherapie

In der Psychotherapie wird das konkrete Risikos eingeschätzt, dem jeweiligen Patienten mit Vorurteilen zu begegnen. Es ist mittlerweile bekannt, dass professionelle Helfer nicht vorurteilsfrei gegenüber Psychiatrieerfahrene sind und dass das psychiatrische Behandlungsangebot sich manchmal diskriminierend auswirkt. Eine selbstkritische, authentische, offene Beziehung auf Augenhöhe und die Einbeziehung der Patienten in die Behandlung können dem entgegenwirken.
Die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient ist für den gestaltherapeutischen Ansatz, den ich vertrete, von zentraler Bedeutung. Es handelt sich um eine Ich-Du Beziehung nach Martin Buber, eine Haltung, die geprägt ist von Präsenz und Respekt für den Anderen, von Offenheit und Absichtslosigkeit dem Anderen gegenüber bei gleichzeitiger Beibehaltung der Selbstwahrnehmung. Diese Haltung wird auch als dialogisches Prinzip bezeichnet.
In der Gestalttherapie beobachtet der

Therapeut oder die Therapeutin immer auch sich selbst und stellt sich die Frage, wie seine oder ihre Haltung das Wohlbefinden und das Empowerment des Patienten, der Patientin, positiv beeinflussen kann.
Der zweite Schritt der Entstigmatisierungsarbeit ist die richtige Definition und die Erarbeitung der Entstehungsgeschichte des Stigmas. Die Stigmatisierung soll niemals als individuelles Problem angesehen werden, das psychologisiert wird, sondern als gesellschaftliches Phänomen. In der Analyse wird die Stigmatisierung immer als Prozess angesehen, da man auf den Prozess eher Einfluss nehmen kann als auf ein Merkmal der Person (das Stigma). Die Betroffenen sollen nicht allein für die Verarbeitung und Lösung der Stigmatisierung sein. Das behandelnde Team soll aktiv diskriminierende Faktoren im Umfeld erkennen und zu bekämpfen versuchen.
In diesem Zusammenhang möchte ich das Thema der Intersektionalität kurz ansprechen. Die Intersektionalität beschreibt die Überschneidung und Gleichzeitigkeit verschiedener Diskriminierungkategorien gegenüber einer Person. So kann z.B. eine Frau mit Migrationshintergrund, Armutsproblematik und Lernschwierigkeit stärker stigmatisiert werden als ein Mann, der nur einer benachteiligten Kategorie angehört. Im ersteren Fall müssen zahlreichere Hindernisse aus dem Weg geschaffen werden, um eine Eigenermächtigung zu erlangen.
Die psychotherapeutische Arbeit kann dann damit fortsetzen, das Erleben der Stigmatisierung in der Einzeltherapie zu verarbeiten. Es wird dem Schmerz Raum gegeben, die Wunden der Verletzung gelindert, die Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte, der Zusammenhang und der Unterschied zwischen dem Dort und Damals der Kindheit und dem Hier und Jetzt erkannt. Ziel der Psychotherapie ist es, die Lebendigkeit, die Spontaneität und die Freude wiederherzustellen und die Fähigkeit mit eventuellen neuen schmerzvollen Erfahrungen umgehen zu können. Schon erlernte Copingstrategien werden wertgeschätzt, neue Möglichkeiten des Umgangs mit Vorurteilen erarbeitet.
Ich plädiere für einen Recovery-orientierten Ansatz der Behandlung, in der Empowerment - die Selbstbefähigung und Selbstermächtigung - der Betroffenen eine zentrale Rolle spielt.
Ich sehe die Patienten nicht als Opfer, sondern als (Über)Lebenskünstler, die Ressourcen und Stärken besitzen. Diese Perspektive ermöglicht es, die stigmatisierende Erfahrung in den Hintergrund zu rücken und sich als viel größere Ganzheit zu sehen.
Neben den Vorurteilen der Profis gibt es auch das Selbststigma, ein Aspekt auf den in einem anderen Beitrag dieser Zeitschrift näher eingegangen wird. In der Psychotherapie ist es wichtig herauszufinden, ob es zum Selbststigma gekommen ist. Ist die Perspektive des ausgrenzenden Anderen übernommen worden? In diesem Fall wird daran gearbeitet, die Erfahrung aus der eigenen Perspektive zu beleuchten, da der eigene Blickwinkel und die eigene Wahrnehmung mindestens genauso wertvoll wie der der anderen ist.

Entstigmatisierung im Gruppensetting

Eine wertvolle Möglichkeit der Begegnung verschiedener Blickwinkel stellt die Gruppenpsychotherapie dar. In solchen Gruppen kann die Auseinandersetzung mit dem Thema Stigma fruchtbringend sein. In einem geschützten Rahmen wird die Erfahrung des Einzelnen mit den anderen geteilt, man wird gehört und gesehen, man fühlt sich aufgehoben, verstanden und zugehörig. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass eigene Ressourcen im Gruppensetting spontaner zum Vorschein kommen und der Recoveryprozess rascher voran geht als in der Einzelherapie.
Eine andere hervorragende Möglichkeit, Stigmata zu transformieren, stellt der Trialog dar. Der Trialog ist der offene Austausch über verschiedene Themen seitens von Betroffenen, Angehörigen und Professionelle. In einer wertschätzenden Atmosphäre führen unterschiedliche aber sich ergänzende und gegenseitig befruchtende Sichtweisen zu neuen Einsichten. Dank dieser Art von Kommunikation kommt es oft zu unerwarteten Lösungen und Umbrüchen in der Psychiatrie. Der Trialog stellt meines Erachtens eine hervorragende Antistigma-Aktivität dar.

Eine andere hervorragende Möglichkeit, Stigmata zu transformieren, stellt der Trialog dar. In einer wertschätzenden Atmosphäre führen unterschiedliche aber sich ergänzenden und gegenseitig befruchtenden Sichtweisen zu neuen Einsichten.

Ein gut funktionierender psychiatrischer Dienst pflegt nicht nur den Trialog, sondern auch die Netzwerkarbeit mit anderen sozialen Institutionen, übt Druck auf die Politik aus und beachtet gesellschaftliche Entwicklungen.

Am Puls der Gesellschaft

Ein gut funktionierender psychiatrischer Dienst pflegt nicht nur den Trialog, sondern auch die Netzwerkarbeit mit anderen sozialen Diensten und Institutionen, übt Druck auf die Politik aus und beachtet gesellschaftliche Entwicklungen. Er geht also über seine Grenzen hinaus.
So kann er z.B. die aktuelle Lage der Covid-19 Pandemie nicht ignorieren, er muss sie ernst nehmen und die Auswirkungen auf die Psyche beachten. Wir beobachten gerade, dass in Zeiten der Krise die Gefahr besteht, dass die Gesellschaft gespaltet wird und nach Sündenböcken gesucht wird. Diese Spaltung kann rasch zur Stigmatisierung und Ausgrenzung von Andersdenkenden führen. Es ist unser aller Aufgabe genauso schnell, solche Prozesse zu erkennen und darauf zu reagieren, sie kritisch zu hinterfragen und ihnen entgegenzuwirken.
Ich glaube, dass Psychiatrieerfahrene ihren Beitrag leisten können, auf die Gefahren dieses Trends zu sensibilisieren.

Zukunftsaussicht

Ich hoffe, dass unsere Arbeit als Psychotherapeuten gemeinsam mit der Interessenvertretung Betroffener, eine erfolgreich Entstigmatisierungsarbeit leisten kann. Es wäre auch erwünschenswert, Stigmatisierungen vorzubeugen. Alle zusammen können wir eine Welt schaffen, in der das Anderssein zum Facettenreichtum des Lebens gehört. Eine Welt in der unterschiedliche Perspektiven dazu beitragen, um der Wahrheit ein Stück näher zu kommen.

Kerbe_2_2022.indd 33 07.04.2022 14:07:42

Zusammen ist man weniger allein

Begegnungen machen das Leben bunt

Von Juliane Leuschner

Im Teilhabezentrum Kernbach werden durch gemeinschaftliches Leben und Arbeiten, alltägliche Begegnungen auf Augenhöhe und ein verlässliches Miteinander durch die verbindliche Lebensgemeinschaft VieCo e.V. Inklusion gelebt, Brücken zwischen Menschen mit und ohne Behinderung gebaut und Vorurteile abgebaut. In Trägerschaft des St. Elisabeth-Vereins e.V. Marburg leben Menschen unterschiedlichen Alters und verschiedener Hilfebedarfe gemeinsam mit den Projektverantwortlichen und ihren Familien auf einem großen Hofgelände in Kernbach im Lahntal bei Marburg. Ambulant Betreutes Wohnen und Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit Hilfebedarf sind die wesentlichen Bestandteile der Arbeit.

Juliane Leuschner
Mitarbeitende im Teilhabezentrum Kernbach, Heidestraße 8a, 35094 Lahntal

Begonnen hat alles mit der Idee zweier Familien und der Trägerschaft des St. Elisabeth-Vereins e.V. Marburg. Vision war gemeinsames Leben und Alltag teilen, Begegnung auf Augenhöhe und eine wertschätzende Haltung zwischen allen Menschen einer Hofgemeinschaft, um Heimatgefühl, Durchhaltevermögen und Motivation zum eigenständigen Leben für Menschen zu fördern, die auf Unterstützung angewiesen sind.
Seit April 2012 leben also Menschen verschiedener Generationen und unterschiedlicher Hilfebedarfe gemeinsam mit den Projektverantwortlichen und ihren Familien auf einem weitläufigen Hofgelände in Kernbach, einem der insgesamt sieben Ortsteile der Gemeinde Lahntal.

Teilhabezentrum Kernbach – Wo Fremde zu Freunden werden

Das Teilhabezentrum Kernbach unter der Trägerschaft des St. Elisabeth-Vereins e.V. Marburg ist ein inklusives Wohnprojekt für chronisch psychisch kranke Menschen. Ein Netzwerk von ehrenamtlichen Helfenden dient als Unterstützung für die hauptamtlich Mitarbeitenden. Das Wohnprojekt Kernbach wird durch die Lebensgemeinschaft VieCo e.V. (VieCo = portugiesisch für Vida em Comunidade – Leben in Gemeinschaft) mitgestaltet und getragen.
Zur Lebensgemeinschaft gehören 13 Erwachsene und 13 Kinder, die verbindlich und mit lebenslanger Perspektive in Kernbach leben und Menschen mit Hilfebedarf zur Seite stehen möchten. Sie fungieren als Konstante und arbeiten teilweise haupt- und/oder ehrenamtlich angestellt im Wohnprojekt Kernbach mit.
Das Leben der Hofgemeinschaft orientiert sich am Leitbild des St. Elisabeth-Vereins e.V. Marburg und richtet sich nach einem christlich-humanistischen Menschenbild.
Ein großes Hofgelände mit einem Haupthaus für die Angestellten und eine ausgebaute Scheune mit mehreren Wohneinheiten für die Bewohner, eine ländliche, reizarme und beruhigende Umgebung bieten die idealen Voraussetzungen für ein Leben in Gemeinschaft. Die Menschen leben so lange bei uns, wie es ihrem Wunsch oder unseren Möglichkeiten entspricht.
Darüber hinaus kooperiert das Wohnprojekt mit Arbeitgebenden und weiteren Partnern und Partnerinnen, Einrichtungen und Betrieben aus der Region.
Auf dem großen Hofgelände stehen ein Haupthaus für die Projektverantwortlichen und eine ausgebaute Scheune mit 8 Wohnungen mit 1 bis 3 Zimmern zur Verfügung. Die Mitglieder der Lebensgemeinschaft VieCo e.V. leben in der direkten Nachbarschaft.
Weiterhin werden in der Region Marburg weitere Menschen durch pädagogische Mitarbeitende betreut.
Im kleinen Dorf Kernbach waren die Anfänge des gemeinsamen Lebens mit psychisch erkrankten Menschen nicht leicht. Es gab Ängste und auch Vorurteile der Dorfbewohner den Erkrankten gegenüber. Sie sorgten sich um Sicherheit und hatte vorher teilweise noch nie Berührungspunkte mit psychischen Erkrankungen.
Betroffene können ihren sozialen Status einbüßen und nicht mehr für voll genommen werden. Oft werden sie abgestempelt als „psychisch krank“ oder mit abwertenden Begriffen belegt. Eine stigmatisierende Unterscheidung von „normal“ und „nicht normal“ ist nicht selten der Fall. Am Arbeitsplatz vermuten Kolleginnen und Kollegen, sie seien inkompetent, im privaten Umfeld herrscht betretenes Schweigen, Freunde und Freundinnen gehen auf Abstand. Menschen mit Suchterkrankungen gelten als verantwortlich für ihre Erkrankung, nach einem Suizidversuch werden Personen für egoistisch und manipulativ gehalten, Menschen mit Schizophrenie als gefährlich gefürchtet. Ein Standort zu sein, der Heimat schafft und Zugehörigkeit, ist daher

Kerbe_2_2022.indd 34 07.04.2022 14:07:43

sehr notwendig. Soziale Teilhabe und Unterstützung tragen auschlaggebend zur Stabilisierung und Gesundung bei. Aufklärung und Abbau von Vorurteilen und ein Agieren gegen Stigmatisierung sehen wir als unsere Aufgabe.
Denn Diskriminierung kann dauerhaften Stress verursachen, der die körperliche und psychische Gesundheit schädigt sowie eine Genesung erschwert. Psychische Erkrankungen sind außerhalb akuter Phasen für andere meist nicht erkennbar. Viele Betroffene stehen vor dem Dilemma, ob sie anderen von ihrer Erkrankung berichten sollen. Geheimhaltung kann vor Stigmatisierung schützen.
Daher war es von Anfang an Hauptanliegen des Teilhabezentrums Kernbach, Brücken zwischen Menschen mit und ohne Hilfebedarf zu bauen.

Alltag und Leben teilen – Tun, was uns vor die Füße fällt. Nicht darüber stolpern

Unter der pädagogischen Begleitung durch die Projektverantwortlichen werden tagtäglich die anfallenden landwirtschaftsnahen Tätigkeiten auf dem Hof und im Nutzgarten „Rote Rübe“ im Rahmen eines tagesstrukturierenden Angebotes gemeinschaftlich ausgeübt. Zusammen gekocht und gegessen. Auch der Umgang und die Versorgung der Tiere und die gemeinsame Vorbereitung von Veranstaltungen fördern Kommunikation und nachbarschaftliche Interaktion, den Zusammenhalt der Gemeinschaft wie auch die persönliche Entwicklung jedes Einzelnen. Tiere begegnen den Betroffenen vorurteilsfrei und ohne Erwartungen. Dieses Erleben stärkt.
In den Sommermonaten findet beispielsweise wöchentlich ein HofCafé statt, wo Freunde und Freundinnen, Bekannte und Menschen aus der Nachbarschaft willkommen sind. Diese gastfreundschaftliche Atmosphäre sorgte schnell dafür, dass Vorurteile weniger wurden und anfängliche Stigmata durch gegenseitiges Kennenlernen abgebaut werden konnten. Die Betroffenen fungieren als Gastgeber und Gastgeberinnen und erfahren dadurch eine Stabilisierung des eigenen Selbstbewusstseins. Einmal jährlich wird das große Hoffest für 700-800 Gäste veranstaltet. Dienstags wird gemeinsam mit allen Hofbewohnern und –bewohnerinnen Mittag gegessen und Begegnung findet statt.
In der Vergangenheit wurden viele unterschiedliche und öffentlichkeitswirksame Aktionen durchgeführt, um auf die Belange von Menschen mit Behinderung aufmerksam zu machen und um Inklusion zu fordern und zu fördern. Beispielsweise stehen wir seit 2012 dafür ein, dass selbstbestimmte Teilhabe am öffentlichen Leben möglich gemacht wird, indem der stillgelegte Bahnbedarfshalt in Kernbach reaktiviert wird. Momentan ist es Menschen ohne Führerschein und mit psychischer Belastung nur unter einem hohen Maß an Selbständigkeit und mit einem sehr großen Aufwand möglich, Kernbach zu verlassen, um zu Arzt- oder Therapieterminen, zu Freizeitaktivitäten oder Ämtern zu gelangen. Dies muss verbessert werden, damit ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird.
Jede und jeder kann sich im Rahmen der eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten bei allen Veranstaltungen und Aktionen einbringen. Über einen solchen Prozess kann es allmählich auch gelingen, neue Perspektiven für den eigenen weiteren Lebensweg zu finden.

Gelebte Inklusion – Brückenbauer*in sein

Neben der professionellen pädagogischen Betreuung der Mitbewohner und Mitbewohnerinnen ist es das gemeinschaftliche Leben, welches Inklusion lebbar und greifbar werden lässt. Typische nachbarschaftliche Belange, wie das gemeinsame Nutzen der Mülltonnen, die Hausordnung des Gemeinschaftshauses, Lautstärkeregelungen und vieles mehr führen dazu, dass Absprachen, Klärung, Kompromisse nötig werden.
Das Wohnprojekt Kernbach ist gemeinsames Zuhause. Mitarbeitende und Betreute leben gleichberechtigt zusammen. Jede und jeder ist gleich würdig und wertvoll. Dieser Ansatz ist elementar. Unterschiede sollen abgebaut werden. Brücken werden gebaut.

Hilfe zur Selbsthilfe – Diakonie: Dienst am Nächsten/ an der Nächsten

Das Ausmaß der jeweils benötigten Unterstützung wird gemeinsam mit jedem einzelnen Bewohner und jeder Bewohnerin in einem Hilfeplan festgelegt. Im Rahmen von Arbeit und Beschäftigung wird gemeinsam nach Möglichkeiten einer Beschäftigung gesucht, die leistbar ist und der die Betreuten mit Freude nachgehen können. Die getroffenen Vereinbarungen werden dabei immer wieder den persönlichen Entwicklungen angepasst.
Zukünftig geplant ist der Ausbau der pädagogischen Arbeit mit dem Erwerb eines Bauernhofes durch die Lebensgemeinschaft VieCo e.V. in unmittelbarer Nachbarschaft. Um das Thema „Arbeit und Beschäftigung“ in der Region voranzutreiben, entstehen dort Gästezimmer, Werkstätten, Seminarräume und ein Café als Betätigungsfelder für die Bewohner und Bewohnerinnen und Klienten und Klientinnen von außerhalb. Ein inklusives Arbeitsumfeld u.a. in der touristischen Lage des Lahnradweges sowie mit konkreter Wirkung ins Dorf Kernbach und die Gemeinde Lahntal hinein soll entstehen. So sollen die landwirtschaftlichen und gärtnerischen Tätigkeiten ebenfalls ausgebaut werden. Weiterhin werden zusätzliche Standorte für das tagesstrukturierende Angebot als Möglichkeit der Arbeit und Beschäftigung in Marburg und Umgebung geschaffen.

Türöffner und Türöffnerin sein

Die Projektmitarbeitenden und das große ehrenamtliche Netzwerk verstehen sich als Türöffner und Türöffnerinnen. Zum einen für die psychisch erkrankten Menschen hin zur Teilhabe an der Gemeinschaft und auf der anderen Seite auch als eine Einladung zum inklusiven Kontakt in der, oftmals, eigenen Welt der psychisch erkrankten Menschen. Eine Willkommenskultur wird geprägt und Vorurteile werden abgebaut. Alle sind gleich. Niemand ist gleicher.
Alle Projektmitarbeitenden sind fest eingebunden in das Beratungssystem der Jugendhilfe und der Sozialpsychiatrie des St. Elisabeth-Vereins e.V. Marburg. Des Weiteren hat sich eine enge Zusammenarbeit mit dem Altenhilfebereich des Vereins etabliert. Regelmäßige Supervision und Fortbildungen sind gewährleistet.

Einen anschaulicheren und aussagekräftigeren Eindruck zum Projekt Kernbach und dem lebensfrohen Miteinander dort bietet zweifelsohne der projekteigene facebook- und instagram-Auftritt (https://de-de.facebook.com/ProjektKernbach, https://www.instagram.com/projektkernbach/).

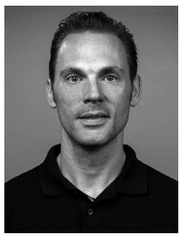
Kerbe_2_2022.indd 35 07.04.2022 14:07:43

Aufsitzen statt Aussitzen!

Zeichen setzen gegen Ausgrenzung und für Inklusion

Von Markus Bings

Menschen erfahren auf vielfältige Weise Ausgrenzung – u.a. wegen psychischer Erkrankung, Behinderung, Armut, Religion oder Hautfarbe. Andersartigkeit wird häufig als minderwertig betrachtet, stigmatisiert und ausgegrenzt. Stigmatisierung anderer Menschen hat viele Formen und findet häufig mehr oder weniger auch unbewusst im Alltag statt. Laut Studie der Anti-Diskriminierungs-Stelle aus 2016 hat jede dritte Person in Deutschland schon einmal Ausgrenzung erlebt. Die DeinWerk gGmbH steht für eine vielfältige Gesellschaft und engagiert sich für Teilhabe und Inklusion und gegen Stigmatisierung.



Markus Bings
Dipl. Sozialarbeiter/ syst. Fachberater für psychisch behinderte Menschen, Leiter Sozialer Dienst, DeinWerk gGmbH, Laakstraße 19 52525 Heinsberg, www.deinwerk-heinsberg.de

Kein Platz für Ausgrenzung

Im Rahmen des Förderprojektes Kultur ohne Barrieren initiierte die Lebenshilfe Heinsberg im Winter 2019/2020 die bis heute fortgeführte Aktion „Kein Platz für Ausgrenzung“. Ihr zentrales Element ist eine hochwertige Sitzbank, die in der Schreinerei der DeinWerk gGmbH, einer Werkstatt für psychisch erkrankte Menschen von diesen (in der Folge Werkstattbeschäftigte) produziert wird. Der Bank fehlt die rechte Sitzfläche und auf der Rückenlehne ist die Aufschrift „Kein Platz für Ausgrenzung“ eingefräst.
Die DeinWerk gGmbH ist unabhängig, überparteilich und konfessionell ungebunden. An zwei Werkstattstandorten in Heinsberg und Erkelenz sowie an drei Außenstellen bietet die DeinWerk gGmbH rund 230 Werkstattbeschäftigten vielfältige Chancen zur beruflichen Rehabilitation und ermöglicht jedem Menschen mit psychischer Erkrankung eine berufliche Förderung, Teilhabe am Arbeitsleben und Vermittlungschancen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Kooperation mit Schulen und Kommunen

Mit Unterstützung des Kreises Heinsberg sowie des Landesförderprojektes „NRWeltoffen“ sollte die Sitzbank 2020 ursprünglich zunächst in einer Kleinserie produziert werden, um diese an insgesamt 20 Schulen im Kreis Heinsberg als Raum und Diskussionsobjekt zu übergeben. Auch sollte sie als Unterrichtsmaterial eingesetzt werden und in politischen Kursen, Debattier-AGs oder Kunstklassen der Schulen ein Austausch zwischen Schülern und Menschen mit Erkrankung oder Behinderung stattfinden. Da der Austausch aufgrund der Corona-Pandemie für einen langen Zeitraum nicht vor Ort stattfinden konnte, erfolgten Kommunikation und Dokumentation der Aktivitäten zunächst digital und in Form von Videokonferenzen; mittlerweile aber auch (wieder) in Face-to-face-Kontakten.
Ebenfalls mit Unterstützung des Kreises Heinsberg sowie des Landesförderprojektes „NRWeltoffen“ erhielten 2020 die zehn Kommunen des Kreises Heinsberg kostenlos eine Sitzbank, um diese als sichtbares Zeichen gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung zu platzieren.

Und damit sollte das Projekt im Wesentlichen abgeschlossen sein. Doch das Interesse daran, ein Zeichen gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung zu setzen, hatte durch eine durch die Corona-Pandemie verstärkte mediale Präsenz mittlerweile seinen Platz in den Köpfen Interessierter eingenommen ...

Bildband und Wanderausstellung

Daher reiste der Kölner Fotograf Matthias Jung (Stern, Spiegel) 2020 ebenfalls durch den Kreis Heinsberg und lichtete zahlreiche Menschen ab, die auf der Sitzbank Platz nahmen: Menschen mit und ohne Behinderung, ein Ehepaar im Hospiz, einen Flüchtling, einen Obdachlosen, eine Kundin der Tafel, einen Bestatter und viele mehr *(vgl. H. Thiersch 2006)*. Ihre Portraits und Statements wurden anschließend in einem Bildband zusammengetragen.

Kerbe_2_2022.indd 36 07.04.2022 14:07:43

Schirmherr des Bildbandes ist Landrat Stephan Pusch, der während der ersten Phase der Corona-Pandemie deutschlandweit bekannt wurde mit seinem Zitat: „Das Medikament heißt Solidarität und nicht Ausgrenzung!“ und auf Grund seines Krisenmanagements mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet wurde.
Auf Einladung des NRW-Landtagspräsidenten André Kuper präsentierte die DeinWerk gGmbH dann im Frühjahr 2021 die „Parkbank gegen Ausgrenzung“ in der Bürgerhalle des Landtages im Rahmen einer digitalen Ausstellung mit den Fotografien des Bildbandes.
„Diese Bank ist ein sichtbares Bekenntnis für unsere gesellschaftlichen Werte und zugleich ein hochwertiges Produkt, dem man das Engagement der Macher ansieht!“ lobte Kuper das Projekt.
Zahlreiche Mitarbeiter des Landtages, unter ihnen die Landtagsabgeordneten des Kreis Heinsberg, aber auch die Landesbehindertenbeauftragte Claudia Middendorf sowie Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, besuchten die Ausstellung und nahmen Platz auf der Sitzbank.
Für Corinna S. war es eine Herzensangelegenheit, mit der Parkbank nach Düsseldorf zu reisen. Seit 2020 arbeitet sie aufgrund einer psychischen Erkrankung in der Schreinerei der DeinWerk gGmbH. „Ausgrenzung kann in unserer Gesellschaft so vielfältig empfunden werden, etwa wenn man wie ich aufgrund einer starken Depression nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann und nur mit Unterstützung zurückfindet in ein selbstbestimmtes Leben. Unsere Bank soll allen Menschen einen Platz bieten, die an ihr vorbeikommen. Die verlängerte Rückenlehne fällt auf und die Gravur kann zum Nachdenken anregen. Denn wir wünschen uns, dass die Menschen den Wert unserer gesellschaftlichen Vielfalt zu schätzen wissen!“
Die Präsentation im Landtag war zugleich Auftakt einer durch die Corona-Pandemie aufgeschobenen Wanderausstellung der Sitzbank mit den Fotomotiven des Fotografen Jung und stand u.a. im Foyer des Kreishauses Heinsberg, im Rathaus in Erkelenz, im Gymnasium in Hückelhoven und im Rathaus Heinsberg. In Kombination mit der Sitzbank wurden dort auf einem übergroßen Monitor in einem Filmbeitrag Entstehung und Verlauf des Projekts gezeigt.

Parkbank gegen die Ausgrenzung: Präsentation im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Die Bank kann bestellt werden unter Telefon 0 24 52/95 09-115, E-Mail: info@deinwerk-heinsberg.de

Kein Platz für ein Projektende

Auf der Werkstätten-Messe 2021 in Nürnberg wurde die DeinWerk gGmbH im Rahmen der Eröffnungsfeier als digitales Kongressformat mit dem „exzellent“-Preis der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM) ausgezeichnet. So konnten Werkstattbeschäftigte und Angestellte der DeinWerk-Schreinerei die Preisvergabe vor dem Bildschirm live verfolgen und freuten sich sehr. Seit 2006 zeichnet der Verband Werkstätten aus, die besonders innovativ arbeiten. Dabei geht es um die gesamte Bandbreite der Werkstattleistung in und um die rund 700 Mitgliedswerkstätten der BAG WfbM in ganz Deutschland. Das umfasst besondere Produkte und Dienstleistungen, spezielle Methoden und Verfahren bei der Herstellung sowie neue Wege bei Qualifizierung und Bildung von Menschen mit Behinderung.
Um dies unter Berücksichtigung der jeweiligen Erkrankung und im Rahmen einer personenzentrierten Teilhabe zu verwirklichen *(vgl. W.R. Wendt 2010)*, werden die Werkstattbeschäftigten bei der DeinWerk gGmbH an die Bedienung der Maschinen wie etwa das CNC-Bearbeitungszentrum in der Schreinerei langsam herangeführt und intensiv geschult. Anspruchsvolle Arbeiten sind nicht nur sinnstiftend, sie erleichtern dem Werkstattbeschäftigten eines Tages auch den möglichen Schritt zurück auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, der regelmäßig verbunden ist mit einem Weniger an Stigmatisierung und Ausgrenzung. So konnten in 2021 drei Menschen mit einer psychischen Erkrankung in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis vermittelt werden und weitere Werkstattbeschäftigte einen Betriebsintegrierten Arbeitsplatz (BiAp) bekleiden. Hierbei handelt es sich um Einsatzorte für Werkstattbeschäftigte in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die Beschäftigten werden dabei vor und während ihrer Zeit im Betrieb von qualifizierten Fachkräften der Integrationsbegleitung betreut *(vgl. BAG WfbM 2021, LVR Fact Sheet 2021)*.
Mittlerweile wurden von der Sitzbank schon etwa 300 Stück gefertigt und vom Norden Deutschlands in Kiel bis hin nach Bayern aufgestellt. Darüber hinaus trifft man nunmehr sogar europaweit auf die Sitzbank mit der Botschaft in der jeweiligen Landessprache in Griechenland, Frankreich, Belgien und den Niederlanden. Wie wichtig die von Herrn Pusch in 2020 auf Grund der Corona-Pandemie benannte Solidarität ebenfalls global ist, haben auch in 2021 politische und wirtschaftliche sowie Naturereignisse eindrucksvoll bewiesen. Und ein Ende des Projektes und der Auseinandersetzung mit der Thematik ist nicht in Sicht …

Literatur

BAG WfbM (2021). Maßstäbe für die gute Werkstattleistung, Arbeitsheft für die Praxis, S. 13-19 https://www.bagwfbm.de/file/1355

LVR (2021) FACT SHEET Budget für Arbeit – Aktion Inklusion

www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/arbeitundausbildung/dokumente_229/fact_sheets/Fact_Sheet_Budget_fuer_Arbeit_ohne_Themenlogo.pdf

Thiersch, Hans (2006). Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik, 2. erg. Aufl. Weinheim, München: Juventa

Wendt, Wolf Rainer (2010). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, 5. Aufl., Freiburg i.Br.: Lambertus

Kerbe_2_2022.indd 37 07.04.2022 14:07:44

Recoveryprozesse – über das Verändern von Selbstkonzepten und Selbststigmatisierung

Von Jenny Ziegenhagen

Recovery steht für Genesung – das gewünschte Ergebnis wäre Gesundheit. Wenn wir vernachlässigen, dass es sich hier immer um die Bewegung auf einem Spektrum handelt, können wir davon ausgehen, dass das Gegenteil als Krankheit zu bezeichnen ist. Der Artikel beschäftigt sich mit der Frage nach den Zusammenhängen von Recovery-Prozessen und der Veränderung von Selbstkonzepten und Selbststigmatisierung. Ist das, was wir als Krankheit bezeichnen nicht mehr als das Ergebnis medizinischer Probleme? Und welche Umstände spielen in Hinblick auf Selbststigmatisierung eine Rolle? Was kann getan werden, um unumstößlich scheinende Überzeugungen zu wandeln

Jenny Ziegenhagen
Die Autorin ist Genesungsbegleiterin und war einige Jahre in einem Home-Treatment-Team tätig. Sie ist Vorstand des Vereins „exPEERienced – erfahren in seelischen Krisen e.V." und arbeitet als Peer-Forscherin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg sowie als EX-IN Trainerin.

Ich schreibe diesen Text aus der Perspektive einer Nutzerin. Neben meinen eigenen Erfahrungen fließt Wissen ein, welches ich durch berufliche Kontakte mit anderen krisenerfahrenen Menschen erworben habe.

Mit dem Begriff Recovery wird der Prozess der Wiederherstellung, der Genesung nach einer psychischen Krise benannt. Will man derartige Prozesse beschreiben, stellt sich die Frage nach dem Beginn. Ist es der Beginn einer Behandlung? Der Zeitpunkt der Entlassung? Der Moment, in dem sich ein Mensch entschließt, Medikamente zu nehmen? Oder der Moment, in dem er sich entschließt, auf sie zu verzichten?

Anbieter von Recovery-Kursen haben sich zum Ziel gesetzt, Recoveryprozesse zu fördern. In den allermeisten Fällen geht es jedoch zunächst darum, diese Prozesse überhaupt erst einmal anzuregen, das unmöglich Scheinende denkbar zu machen. Menschen, die sich entschließen eine solche Gruppe zu besuchen, stehen an unterschiedlichen Punkten in ihrer Entwicklung. Gemeinsam ist ihnen oft, dass der Glauben an eine Veränderung zum Positiven abhanden gekommen ist. Warum ist das so, wo sie sich doch oft langjährig in Behandlung oder Betreuung befinden? Sind medizinische, therapeutische und sozial-psychiatrische Hilfen nicht dazu da, die Lage dieser Menschen zu verbessern? Sollten sie nicht dafür sorgen, dass Probleme gelöst werden können?

In manchen Fällen gelingt das, in manchen Fällen gelingt es eher nicht. Am Beginn der Recovery-Kurse schildern Menschen ihre Situation und ihre Anliegen. Sie erzählen ihre „Krankengeschichte". Sie sprechen von Klinikaufenthalten, Therapien. Sie sprechen davon, dass sie mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben, mit Medikamenten, inneren Prozessen, körperlichen Problemen und dass es viel Zeit braucht, sich immer wieder selbst zu regulieren. Sie betrachten sich selbst als Problem. „Ich bin krank. Ich bin schizophren. Ich bin bipolar. Ich bin nicht ok. Aber ich kann es erklären: da stimmt was nicht mit meinem Gehirn."

Wenn Menschen in psychiatrische Kliniken kommen, wird eine Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet. Spätestens nach der dritten Episode wird den Menschen erklärt, dass psychische Krankheiten chronisch verlaufen können, dass möglicherweise lebenslange Medikamenteneinnahme notwendig ist. Wenn jemand eine schwerwiegende Krise erlebt, bedeutet das eine existentielle Erschütterung. Gewissheiten existieren nicht mehr und einst greifbare Ziele scheinen unerreichbar geworden zu sein. „Wer bin ich wirklich? Was kann ich überhaupt? Was habe ich falsch gemacht? Wer mag mich noch, so wie ich bin? Wer darf ich sein?"

Manchmal heißt es: „Wenn Du so weitermachst, kommst du in die Klapse." Dass diese Worte als Drohung in Auseinandersetzungen genutzt werden, sagt viel darüber aus, wie Psychiatrie gesehen wird: ein Ort, der vorgesehen ist für Menschen, die sich nicht so verhalten, wie es erträglich und erwünscht ist. Ein schrecklicher Ort?

Ist man tatsächlich in der Psychiatrie „gelandet", hat man im Wesentlichen drei Möglichkeiten. Entweder man begehrt auf, weil man sich nicht als krank betrachtet, weil man sich den vorgesehenen Ritualen nicht unterwerfen will und bleibt dann vielleicht ohne Hilfe. Oder man fügt sich ein, weil man mit Überredung, Drohungen, Beschlüssen oder Gewalt einem Zwang unterworfen wird. Oder aber man übernimmt das professionell dargereichte Konzept von Krankheit, wird ein/e PatientIn und hofft und wartet auf die Wirkung therapeutischer Maßnahmen. Alle diese Wege führen oft nicht in Richtung Recovery. Eine Diagnose zu haben, macht vieles sehr kompliziert:

Wenn sie Bescheid wissen: Jemand, den du kennenlernen willst -
„Was soll ich mit Verrückten?"

Jemand, mit dem du eine Reise machen willst -
„Was ist, wenn krasse Sachen geschehen?"

Jemand, der deine Eltern nach dir fragt -
„Warum ist dieses Kind so anders?"

Jemand, mit dem du zusammen lebst -
„Sei still. Was du sagst, ist verrückt."

Kerbe_2_2022.indd 38 07.04.2022 14:07:44

Jemand, der dich untersuchen soll -
„Das ist kein Herzproblem: das ist eine Nebenwirkung. Das bleibt jetzt erst mal so.“

Jemand, der dich berät, weil du schwanger bist -
„Entscheiden Sie sich dagegen!“

Jemand, dessen Kind zu dir nach Hause kommen will -
„Spiel mit anderen Kindern.“

Jemand, bei dem du Hilfe suchst, wenn dein Kind krank ist -
„Das Kind ist nicht krank – die Mutter spinnt.“

Jemand, bei dem du dich um eine Stelle bewirbst -
„Ich will keinen Stress.“

Jemand, bei dem du eine Wohnung mieten willst -
„Ich will keinen Ärger.“

Jemand, der nicht möchte, dass dein Kind bei dir lebt -
„Ist nicht in der Lage, ein Kind zu erziehen.“

Jemand, der nicht mit dir teilen will -
„Kann nicht mit Geld umgehen.“

Jemand, der bewertet, was du öffentlich sagst -
„Ist nicht von Bedeutung, der Mensch ist verrückt.“

Jemand, der entscheidet, ob du in eine Klinik musst, welche Hilfe du bekommst, wo du lebst, wie du über deinen Besitz verfügst oder was du arbeiten kannst -
„Ich weiß, was du können darfst. Ich bestimme, wie du lebst. Es gibt Gesetze und du hast eine Diagnose. Richte dich danach oder du verlierst die Unterstützung, die für Menschen wie dich vorgesehen ist.“

Man kann sich leicht vorstellen, dass Menschen sich unter diesen Umständen ausgegrenzt und unverstanden fühlen und dass sie irgendwann selbst daran glauben, ein wirklich schlimmer Problemfall zu sein. Dann verfestigen sich Gedanken wie: „Ich bin falsch. Ich bin nicht okay. Ich bin verrückt. Ich bin schuld. Ich bin es nicht wert...“ Diese Selbststigmatisierung verhindert den Recovery-Prozess.

Wie kommt man da wieder raus?

Kliniken retten im Notfall möglicherweise Leben, aber sie können auch in die falsche Richtung führen. Psychotherapie? Wie viele Menschen kommen in den Genuss? Man müsste der Sache auf den Grund gehen können! Mehr verstehen! Welche Rolle spielen Lebensumstände oder Ereignisse? Hat es einen Einfluss, wie diese Gesellschaft funktioniert? Warum passiert mir das? Was hat das mit meiner Vergangenheit zu tun?
Ich hatte in den letzten Jahren mit vielen Menschen zu tun, die in großen psychischen Schwierigkeiten steckten und viel von ihnen erfahren. Eher wenige haben nie in ihrem Leben traumatische Ereignisse erlebt und viele waren vor ihren ersten Krisen von Diskriminierung oder Ausgrenzung betroffen. Wer schaut auf diese Zusammenhänge?
Veränderungen kommen in kleinen Schritten und oft braucht es den richtigen Rahmen und die passende Begleitung für einen Recovery-Weg. Es muss Menschen geben, die überzeugt sind, dass Veränderungen zum Guten möglich sind. Und sie müssen diese Überzeugung nach außen tragen können, so dass man sie ihnen wirklich glaubt.
Um dies zu können, ist nicht allein Hoffnung von Nöten, es braucht nicht nur Glauben, sondern besonders ein Wissen darum, was alles möglich ist. Wissen, welches tragfähig ist und deshalb auch auf andere übertragen werden kann. Wie viele Fachleute denken wirklich, dass Genesung möglich ist? Wenn ja, worauf gründet sich dies? KollegInnen, die an Recovery-Gruppen teilgenommen haben, berichteten, wie sich ihr Blick auf die „KlientInnen“ verändert hat, einfach dadurch, dass sie sie in einer anderen Situation erleben konnten. Da wurden Fähigkeiten sichtbar, Hintergründe verstehbar, die in der üblichen 1:1 Situation nie aufgetaucht waren, weil jeder seine Rolle zu erfüllen hatte. Auf der einen Seite der Helfende auf der anderen der Hilfsbedürftige – und der braucht nun mal wirklich immer ein Problem, sonst wäre er bald nicht mehr hilfebedürftig genug. Auch die KollegInnen haben sich manchmal in einer Gruppe als Mensch einbringen können – gingen ein wenig über die Rolle, die sie üblicherweise einnehmen, hinaus. Auch auf dieser Seite sind Perspektivwechsel möglich. Peers haben es da etwas leichter, weil sie ja selbst auf diesem Recovery-Weg unterwegs sind.
In der Regel beginnt eine solche Reise mit dem Entschluss, etwas ändern zu wollen, mit dem Wunsch, Dinge wieder in die eigenen Hände zu nehmen. Vielleicht hilft als Impuls, eine Begegnung, eine Erfahrung, eine Lektüre, die richtigen Worte im richtigen Moment. Und es helfen auf jeden Fall unterstützende Angebote. Gruppenangebote, deren Konzept auf Erfahrungswissen gründet und an deren Leitung Peers beteiligt sind, sind hier eine gute Idee und in unterschiedlichen Settings denkbar. Ein weiteres hilfreiches Instrument sind Krisenpläne. Diese werden gemeinsam mit dem sozialen Umfeld der betreffenden Person, zu dem auch Fachpersonen gehören können, entwickelt. In Krisenplänen geht es darum, auf eine nächste Krise vorbereitet zu sein. Frühwarnzeichen müssen identifiziert werden und Situationen, die zu Überlastung führen, erkannt werden. Vorsorgemaßnahmen werden beschrieben und Vereinbarungen getroffen, wer wann wie handeln soll und darf. Wenn alles niedergeschrieben wird, erhöht sich die Chance, dass Menschen sich auch in Krisen daran erinnern können. Der Prozess, einen Krisenplan zu erarbeiten, kann langwierig sein und möglicherweise sind einige Widerstände zu überwinden. Neben der Tatsache, dass ein besseres Verständnis der Umstände der Krisenentstehung und Pläne, eine Zuspitzung der Situation zu vermeiden, diese tatsächlich leichter bewältigbar machen und sowohl die Person, um die es geht, als auch andere Beteiligte entlastet werden, kann das Erarbeiten eines Krisenplanes auch einen Perspektivwechsel anregen. Wenn Menschen bewußt wird, was sie in Krisen führt und was wieder hinaus, hören sie auf, sich allein als Opfer einer Fehlfunktion ihres Körpers zu fühlen. Aus diesem Bewusstsein heraus lässt sich ein achtsamer Umgang mit sich selbst und den Herausforderungen des Alltags entwickeln. Wenn die Menschen dann noch die Erfahrung machen dürfen, dass eine verlässliche Unterstützung in schwierigen Zeiten so, wie sie es wirklich brauchen, zur Verfügung steht, verringert das den Druck und sie können Hilfe suchen, bevor eine Schwierigkeit zu einer schweren Krise geworden ist.

Kliniken retten im Notfall möglicherweise Leben, aber sie können auch in die falsche Richtung führen. Psychotherapie? Man müsste der Sache auf den Grund gehen können! Mehr verstehen!

Die roten Socken

Ein Reflexionsprozess zum Thema Outing mit einer psychischen Erkrankung und Segregation

Von Carina Kebbel

Seit ich mich dazu entschlossen habe, mit meiner psychischen Erkrankung ab jetzt absolut offen umzugehen, hat bei mir ein massiver Reflexionsprozess eingesetzt. Wahrscheinlich lässt sich dies in einer solchen Situation auch kaum vermeiden. Für mich war und ist dieser Prozess noch durch den Umstand beeinflusst, dass ich als Sozialarbeiterin im ambulanten psychiatrischen Versorgungssystem (SPDI und Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen) beruflich tätig bin. Ich habe von daher nach inzwischen über 11 Jahren in diesem Arbeitsfeld unweigerlich viele Fachkräfte und erkrankte Menschen kennen gelernt und werde natürlich auch weiterhin mit diesen zu tun haben. Das fühlt sich mitunter noch ganz schön seltsam an, ist aber auch sehr spannend. Bisher sind die Erfahrungen mit Reaktionen durchweg gut und besser als ich dies zuvor angenommen hätte gewesen. Ich hoffe, dass diese Tendenz anhalten wird.

Für mich war der Schritt, mich zu öffnen, inzwischen immer notwendiger geworden. Es kostete einfach so viel Kraft, die Symptome immer verbergen zu müssen, sich so viel Gedanken zu machen, was andere von einem denken werden, wenn sie von der eigenen Betroffenheit erfahren,... Das ist einfach auf Dauer nur destruktiv und unnötig kräfteraubend. Vielleicht spielt auch das Alter eine Rolle. Ich weiß es nicht. Immer mehr hat sich jedoch in mir der Gedanke festgesetzt, dass ich aus meiner eigenen Betroffenheit kein Geheimnis mehr machen und mich nicht länger damit verstecken möchte.

Darüber hinaus habe ich auch eine Analogie zu meiner Entscheidung das Rauchen einzustellen vor einigen Jahren gesehen. Das hatte ich auch lange vor mir her geschoben, gesundheitliche Probleme ignoriert und mich irgendwie schon damit abgefunden, dass ich das mit dem Aufhören niemals schaffen werde. Bis zu einem „Aha-Moment", der mir die Kraft gab, es dann endlich doch zu schaffen. Dieser entstand in einem Gespräch mit einer Person mit selbstschädigendem Verhalten. Wie man das so gelernt hat, habe ich mit der Person besprochen, welche Handlungsalternativen vielleicht zur Verfügung stehen könnten, um eben diesmal nicht auf ein selbstschädigendes Verhalten zurückgreifen zu müssen und die innere Anspannung dennoch kanalisieren bzw. abbauen zu können. Nach dem auch für mich natürlich belastenden Gespräch, regulierte ich selbst dann erst mal meine eigene Anspannung mit einer Zigarette. Noch beim Rauchen wurde mir klar, wie unsinnig und unauthentisch ich mich verhalte, wenn ich selbst keine bessere Möglichkeit finde, um meine eigene Anspannung zu regulieren. Ich gelangte zu der Erkenntnis, dass ich nie wieder jemandem einen solchen „Vortrag" halten kann und darf, wenn ich nicht selber in der Lage bin, dies auch umzusetzen und vorzuleben. Ich sah plötzlich keine Möglichkeit, meine berufliche Tätigkeit - die ich so liebe - weiter auszuüben, wenn ich es nicht schaffen würde, das Rauchen einzustellen. Dann war es plötzlich ganz einfach, die Motivation war groß genug. Da ich mit anfänglichen schlechten Stimmungen durch den Nikotin-Entzug niemand von meinen Klient*innen oder Kolleg*innen belasten wollte, plante ich diesen für meinen anstehenden dreiwöchigen Sommerurlaub. Ich gab mir das okay, mich voll auf diesen Prozess einzulassen und habe es geschafft. Und eigentlich war es dann gar nicht mehr schwer. Ich musste in dieser Zeit oft an einen Spruch denken, den ich mal im Wartezimmer eines Psychiaters gelesen hatte: „Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen ist es schwer (Seneca)".

> Jetzt habe ich mich inzwischen in allen relevanten Kontexten „geoutet". Wobei ich sagen muss, dass es mir leichter gefallen ist, offen darüber zu sprechen, dass ich mit einer Frau lebe als über meine psychische Erkrankung.

Carina Kebbel
Sozialarbeiterin (M.A.), Dipl.-Sozialarbeiterin (FH)/ Dipl.-Sozialpädagogin (FH). Ehrenamtliches Engagement als Vorstandsmitglied des Landesverbands Psychiatrieerfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW)

Jetzt habe ich mich inzwischen mehr oder minder in allen relevanten Kontexten „geoutet" - wie meine Frau es bezeichnet. Eigentlich eine gute Bezeichnung, wobei ich persönlich sagen muss, dass es mir viel leichter gefallen ist, offen darüber zu sprechen, dass ich mit einer Frau lebe bzw. verpartnert bin. Ich habe keine Ahnung, ob das nur bei mir so ist, oder ob es tatsächlich leichter ist, seine homosexuelle Lebensweise als seine psychische Erkrankung offen zu thematisieren.

Ich bin im Rahmen dieses Prozesses mit vielen interessanten, klugen Menschen in Kontakt gekommen, die bei diesem Prozess zum großen Teil schon deutlich weiter vorangeschritten sind als ich. Der Austausch mit diesen sehr unterschiedlichen Menschen ist für mich sehr wichtig und stößt bei mir immer wieder neue Denkprozesse an. Ich merke jedoch auch, wie unsicher ich mich noch dabei fühle und verhalte. Das ist ein ganz anderer Austausch als in meinem beruflichen oder sonstigen persönlichen Umfeld. Vielleicht spielt es auch ein Rolle, dass ich es bisher tunlichst vermieden

Kerbe_2_2022.indd 40 07.04.2022 14:07:44

habe, mich zu persönlich auf andere Menschen einzulassen, da ich ja immer einen großen Teil meiner Gefühls- und Gedankenwelt verstecken musste. Meine Frau nennt dies meine „autistischen Anteile“. Vielleicht habe ich diese sogar ein wenig. Für wahrscheinlicher halte ich es jedoch, dass das Abkappen vieler Gedanken und Emotionen von der Außenwelt dann aus der Außenperspektive „autistisch“ wirkt.

Bei einem dieser Denkprozesse geriet ich an die Frage, was ich denn nun bin: Sozialarbeiterin (Fachkraft) oder psychisch erkrankter Mensch (Betroffene), bzw. was ich denn nun mehr bin als das andere. Relativ schnell kam mir das Bild von einem paar roter Socken in den Kopf. (Vermutlich erkrankungsbedingt verfüge ich über ein großes „Kopfkino“ und neige dazu, mir viele Dinge bildlich vorstellen zu müssen.) Wenn ich diese nun in meinen Schrank einsortieren möchte und Kleidung zum einen nach Farben und zum anderen nach Kategorien sortiert habe, wo gehören denn dann die roten Socken hin? Gehören diese zu den roten Kleidungsstücken (farblich sortiert) oder in die Sockenschublade (nach Kategorie sortiert)? Wie sollte ich das entscheiden können? Woran sollte ich festmachen, welche Eigenschaft der Socken überwiegt? Sind diese „sockiger“ oder „roter“? Vielleicht ist das einsortieren in „Schubladen“ für uns Menschen manchmal hilfreich, um in der Welt oder im Kleiderschrank nicht den Überblick zu verlieren. Vielleicht müssen wir aber auch anerkennen, dass Objekte und Menschen generell mehrerer Eigenschaften in sich vereinen. Ich für meinen Teil möchte nämlich nicht entscheiden müssen, ob meine Erkrankung oder meine berufliche Sozialisation mich mehr geprägt hat. Beides zusammen hat sicherlich dazu beigetragen, dass ich mich als Mensch so entwickelt habe, wie es der Fall ist. Beides ist daher für mich gleich wichtig und kann sich in meinen Augen auch sehr gut ergänzen und gegenseitig bereichern.

Bei einem dieser Denkprozesse geriet ich an die Frage, was ich denn nun bin: Sozialarbeiterin (Fachkraft) oder psychisch erkrankter Mensch (Betroffene)?

Schneller zur Kerbe?
Mit dem ePaper für Teams!

Kerbe
Forum für soziale Psychiatrie

Die Kerbe Print-Ausgabe braucht zu lange, bis sie in Ihrer Einrichtung ist?
Das geht jetzt schneller: Mit den ePaper-Abos speziell für Teams!
Damit können Sie die Kerbe sofort nach dem Erscheinen digital lesen.

Im „Team-Kombi-Abo M“ können bis zu 10 Nutzer die Kerbe-Ausgabe digital lesen – auf dem Desktop-PC, dem Tablet oder dem Smart Phone.
Und eine gedruckte Ausgabe gibt es noch dazu - für nur 38 € pro Jahr.

Rufen Sie uns gleich an oder schreiben Sie eine E-Mail.

kerbe.info
Tel. 0711/60100 - 40
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Evangelischer Verlag Stuttgart - **Kerbe**
Postfach 10 02 53
70002 Stuttgart

Kerbe_2_2022.indd 41 07.04.2022 14:07:45

SPECTRUM

Besserer Zugang zu Psychotherapie?

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Von Achim Dochat

Psychotherapie hilft, ist aber (immer noch) nicht leicht zu bekommen

Schwere oder chronische psychische Erkrankungen sind weder in ihrer Entstehung, noch in ihren Auswirkungen rein somatisch zu erklären. Die medizinische Symptomatik ist eng verbunden mit gestörten Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten und oft auch sozialen Konflikt- und Problemlagen. Entsprechend besteht häufig mehrseitiger Hilfe- und Behandlungsbedarf.
Es liegt auf der Hand, dass psychotherapeutische Methoden hierzu einen sinnvollen Beitrag leisten können. Psychotherapie kann helfen, zugrundeliegende Konflikte zu lösen, die Krankheit in die eigene Biographie einzuordnen, erlebte innere und äußere Welt einander anzunähern, die persönlichen Bewältigungskräfte zu stärken oder zu lernen, mit den bestehenden Ressourcen und Begrenzungen so gesund wie möglich zu leben.
In der Folge des Psychotherapeutengesetzes von 1998 ist zwar eine große Zahl psychotherapeutischer Praxen entstanden. Allerdings hat die Entscheidung für das Modell der Niederlassung nach ärztlichem Vorbild wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Zugangsvoraussetzungen und Arbeitsformen mit sich gebracht, die wesentlich verantwortlich sind für Selektionseffekte zuungunsten von schwer psychisch kranken Menschen (Bock 2013; Dochat 2021).
Mit der Einführung neuer Angebotsformen und Kompetenzen durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien 2016 wurde versucht, einige der erkannten Schwächen anzugehen. Die Flexibilisierung des Zugangs, die Betonung von Beratung (telefonische Erreichbarkeit, Sprechstunde), das neue Angebot einer psychotherapeutischen Akutbehandlung zur kurzfristigen Stabilisierung und Krisenbewältigung, die Kompetenz zur Überweisung an Soziotherapie, Ergotherapie und psychiatrische Krankenpflege, und nicht zuletzt die Möglichkeit der Einleitung von Klinikbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen lassen die Absicht erkennen, psychologischen Psychotherapeuten eine neue Rolle in der Versorgungslandschaft zuzuweisen. Sie sollen sich als Anlaufstelle verstehen, eine Lotsenfunktion übernehmen und gegebenenfalls auch weitere begleitende Hilfen organisieren und koordinieren (Dochat 2017, 2021).
Die Absenkung der Zugangsschwelle und die erweiterten Arbeitsformen verbessern zwar die Voraussetzungen für den Besuch psychologischer Psychotherapeuten. Dennoch haben die Neuerungen noch nicht von selbst für eine wesentliche Veränderung des Anteils von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen in psychotherapeutischen Praxen gesorgt.

Bessere Vernetzung und Kooperation – ein weites (Lern-)Feld

Die Einbeziehung psychotherapeutischer Praxen in die Versorgung psychiatrischer Klienten als Teil ambulanter Behandlungsnetzwerke kommt bisher, so sinnvoll sie wäre, leider eher selten vor. Die praktische Zusammenarbeit zwischen gemeindepsychiatrischen Teams und psychotherapeutischen Praxen scheitert oft an einer gewissen Fremdheit und Unbeholfenheit bei der Gestaltung der Kooperation. Für viele Mitarbeiter gemeindepsychiatrischer Dienste liegen psychotherapeutische Praxen jenseits des Horizonts. Viele niedergelassene Psychotherapeuten haben wenig Bezug zum (gemeinde-)psychiatrischen Hilfesystem. Sie stehen (gefühlt) als autonome Einheiten außerhalb fester Kooperationszusammenhänge. Allein schon die fehlende gemeinsame Sprache erschwert gemeinsame Zielplanung und Vereinbarung von Aufgabenteilung.
Die in der Richtlinienänderung von 2016 angelegte Neuorientierung der Arbeitsweise psychotherapeutischer Praxen ist vermutlich für viele noch gewöhnungsbedürftig. Die Bereitschaft zum vernetzten Arbeiten, ein zentrales Merkmal der gewünschten Anlaufstellen- und Lotsenfunktion, ist bisher nicht für alle psychologischen Psychotherapeuten

Achim Dochat
Diplom-Psychologe, Soziologe M.A., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor, Vorsitzender des Landesverbands Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e.V., achimdochat@web.de

konstitutives Merkmal ihrer Tätigkeit. Ihr Gelingen braucht gewisse Systemvoraussetzungen, wie z.B. funktionierende Kommunikationskanäle und Gremien, prozessuale Vereinbarungen über Fallkooperation, gewandter Umgang mit Kostenträgergrenzen. Das beginnt schon mit der gegenseitigen Kenntnis über Art und Leistungsfähigkeit des jeweiligen Angebots. Solcher Austausch kann der Beginn einer kulturellen Annäherung, der Entwicklung eines gemeinsamen fachlichen Verständnisses sein. Nicht zuletzt wegen des Fehlens solcher Grundlagen ist der beschriebene Graben zwischen medizinischer und gemeindepsychiatrischer Kultur bis heute eine schwer zu überwindende Systemgrenze geblieben.
Bock fordert eine stärkere Berücksichtigung „der Belange ernsthaft psychisch erkrankter Menschen (...) – vom Psychologiestudium bis zur praktischen Weiterbildung“ (Bock 2013). Er erwähnt hier u.a. explizit das Kennenlernen von integrierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung auch im ambulanten Kontext im Rahmen der praktischen Weiterbildung und die Verpflichtung, bei entsprechender Supervision auch Menschen mit Psychose-Erfahrung zu behandeln.

Die Reform der Psychotherapieausbildung bringt grundlegende Veränderungen

Die 2019 beschlossene Reform der Psychotherapieausbildung könnte durchaus in der Lage sein, die Voraus-

Kerbe_2_2022.indd 42 07.04.2022 14:07:45

setzungen hierfür zu verbessern. Sie sieht vor, die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten in Form eines spezialisierten Masterstudiums, das mit der Approbation abschließt, an die Hochschulen zu binden. Daran wird sich, analog der ärztlichen Weiterbildung, eine fünfjährige Weiterbildungsphase in bezahlten Anstellungen anschließen.
Munz (2020) formuliert als ein Ziel der Reform der Psychotherapieausbildung, „Weiterbildung in der und für die Gemeindepsychiatrie" zu ermöglichen. Wenn gemeindepsychiatrische Handlungsfelder Lern- und Erfahrungsraum für Psychotherapeuten werden, dann kann es auch gelingen, mehr Psychotherapeuten für die Arbeit in der Gemeindepsychiatrie zu motivieren. Zukünftig wird es möglich sein, ein Jahr der insgesamt fünfjährigen Weiterbildungszeit in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen zu verbringen. Wenn allerdings die Voraussetzung für die Weiterbildung von Psychotherapeuten in der Gemeindepsychiatrie das Vorhandensein von Approbierten und von mit Ausbildungsstandards der Klinik vergleichbaren Arbeitsbedingungen für Weiterbildungskandidaten ist, dann kann es noch dauern, bis die Gemeindepsychiatrie als gleichwertiges Praxisfeld verstanden wird. So wird die bessere Qualität psychotherapeutischer Versorgung in der Gemeindepsychiatrie zur Voraussetzung für deren Verbesserung. Vorläufig wird der Alltag in Kliniken noch einige Zeit die Leiterfahrung für die therapeutische Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen in der Psychotherapieausbildung sein. Ohnehin bringt die Einführung des Masterstudiums zum Psychotherapeuten mit mehr klinischen Inhalten in der neuen Ausbildungs- und Approbationsordnung eine stark medizinische Orientierung der Psychotherapie mit sich. Damit werde, so fürchtet Keupp (2021), der Weg der „Medikalisierung der psychologischen Psychotherapie" fortgesetzt, der schon mit dem Psychotherapeutengesetz 1998 eingeschlagen wurde. Der neue Studiengang schafft ein medizinisch begründetes Berufsbild mit dem Risiko des Verlusts der eigenen sozialwissenschaftlich geprägten Identität der klinischen Psychologie. Möglicherweise auch mit Folgen für die Einsicht in die Notwendigkeit des Brückenschlags zur Welt der Gemeindepsychiatrie.

Hoffnung auf die neue Richtlinie zur Komplexversorgung

In Anerkennung der Tatsache, dass ambulante psychotherapeutische Begleitung von schwer psychisch kranken Menschen ein vernetztes Zusammenwirken unterschiedlicher Hilfen braucht, wurde mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verbunden, „für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ein neues ambulantes Versorgungsangebot zu schaffen". Gemeint sind „intensiv-psychotherapeutische Leistungen aus Einzel- und Gruppentherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie. Auch die Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und die systematische Berücksichtigung von Leistungen zur Teilhabe (...) soll durch dieses neue Versorgungsangebot gefördert werden" (Munz 2020).
Nach intensiven Beratungen liegt nun das Ergebnis des G-BA vor: Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92, 6b SGB V (KSVPsych-RL).
Auch wenn fallbezogene Vernetzung schon in der Reform der Psychotherapie-Richtlinie von 2016 als Ziel angelegt war, fehlte doch bisher jeder Anreiz für Niedergelassene, sich auf interinstitutionelle Kooperation einzulassen. Die neue KSVPsych-RL will nun die materiellen Voraussetzungen für vernetztes Arbeiten verbessern. Das alte Grundproblem der Steuerung und Finanzierung trägerübergreifender Komplexleistungen wird auch mit diesem Vorschlag nicht gelöst. Immerhin wird aber versucht, den Aufwand für übergeordnete Fallverantwortung und für Koordination mehrerer Leistungserbringer innerhalb des SGB V abrechenbar zu machen.
Auch wenn die Beschreibung und Bewertung der entsprechenden Abrechnungsziffern noch aussteht, spricht Vieles dafür, dass die ergriffenen Maßnahmen nur begrenzt in der Lage sein werden, mehr niedergelassene Psychotherapeuten zu Netzwerkern zu machen. Zwar weist die KSVPsych-RL einen Weg, wie psychotherapeutische Praxen Teil komplexer Behandlung werden können. Allerdings baut sie gleichzeitig Verfahrenshürden auf, die dafür sorgen, dass auch in Zukunft psychotherapeutische Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen besondere Motivation braucht. Zusätzliche Anforderungen bei gleichzeitig stärkerer Planungsunsicherheit machen zu viele Klienten dieser Art zum wirtschaftlichen Risiko. Belohnt wird eher berechenbares Business as usual. Das Interesse an der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen und das Ausmaß der Bereitschaft zur Teilnahme an integrierten Versorgungsformen bleiben letztlich im persönlichen Ermessen. Und solange die Nachfrage bei niedergelassenen Psychotherapeuten auch weiterhin anhaltend hoch bleibt, wird der Anteil aufwändigerer Klienten voraussichtlich zumindest nicht wesentlich ansteigen.
Die Ausgangsfrage, wie mehr schwer psychisch kranke Menschen adäquate psychotherapeutische Hilfe erhalten können, wird wohl nicht allein durch die KSVPsych-RL gelöst werden können. Immerhin besteht aber die Hoffnung, dass die Ausbildungsreform die Voraussetzungen verbessert für die Schaffung von mehr psychotherapeutischer Kapazität in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Sie wird durch die praktische Erfahrung von multiprofessioneller Versorgung und die institutionelle „Sozialisation ... mit entsprechender Denk- und Sprachkenntnis" (Böttinger 2020) auf Sicht nicht nur die Chance auf mehr Psychotherapie in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen erhöhen, sondern auch die Bedingungen für Kooperation im Versorgungssystem insgesamt verbessern.

Literatur

Bock, T. (2013). Psychiatrie im Widerstreit der Interessen – Risiken und Chancen für die Zukunft. Forum Gemeindepsychologie, Jg. 18

Böttinger, U. (2020). Weiterbildung in der institutionellen Versorgung – ein Mehrwert für alle Psychotherapeuten und Versorgungsbereiche, Psychotherapeutenjournal 3/2020

Dochat, A. (2017). Bessere Chancen für einen bedarfsgerechten Einsatz von Psychotherapie und Soziotherapie? Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 4/2017

Dochat, A. (2021). Neue Chancen und alte Begrenzungen für die psychotherapeutische Versor-gung schwer psychisch erkrankter Menschen; Forum Gemeindepsychologie, 1/2021

Keupp, H. (2021). Das erschöpfte Selbst der Psychologie: Die neue Psychotherapiegesetzgebung als fragwürdiges „Heilmittel", Forum Gemeindepsychologie, 1/2021

Munz, D. (2020). Qualifizierung für Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf. Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 1/2020

Kerbe_2_2022.indd 43 07.04.2022 14:07:45

Mit Begegnung gegen Zwang

Von Ralf Gebhardt

Zwangsmaßnahmen stellen für alle Beteiligten und Betroffenen eine besondere Herausforderung im psychiatrischen Kontext dar. Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz, hat im Jahr 2021 ein Positionspapier mit dem Titel „Mit Begegnung gegen Zwang" veröffentlicht. Darin werden 10 Forderungen formuliert, die in der schweizerischen Psychiatrie geprüft und umgesetzt werden sollen. Der vorliegende Beitrag beschreibt die Hintergründe und Ziele dieses Positionspapiers und spannt einen Bogen zur aktuellen WHO-Guidance on mental health services, die eine menschenrechtsbasierte, personenzentrierte und recovery-orientierte Psychiatrie fordert.

Ralf Gebhardt
Der Autor ist Spitaldirektor Psychiatrischer Dienst Thurgau, Seeblickstrasse 3, 8596 Münsterlingen, Schweiz

„Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen"
Scribonius Largus um 50 n.Chr.

Nicht Schaden

Etwas Demut, Selbstkritik und Bescheidenheit haben der Medizin schon immer gutgetan. Medizinische Maßnahmen können auch schaden – unterlassene medizinische Maßnahmen allerdings ebenfalls. Die Chancen und Risiken einer medizinischen Maßnahme müssen deshalb gemeinsam mit der hilfesuchenden Person abgewogen werden. Nur wenn die hilfesuchende Person nach ausführlicher Aufklärung den möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen einer medizinischen Maßnahme zustimmt, darf diese durchgeführt werden (informed consent). Zusätzliche Augenhöhe und Empowerment fordern und fördern die Konzepte shared resp. supported decision-making.
Das ärztliche Gebot des Nichtschadens, welches seit 2000 Jahren in der Medizin gilt, gilt umso mehr für die Psychiatrie, denn die Psychiatrie ist nicht nur eine vergleichsweise sehr junge, sondern auch eine immanent janusköpfige Disziplin, die neben der Therapie und Behandlung von psychischen Erkrankungen auch gesellschaftliche Kontroll- und Ordnungsfunktionen bei Selbst- und Fremdgefährdung ausübt.

Historische Entwicklung

Ein Urvater der wissenschaftlichen Psychiatrie ist der Franzose Philippe Pinel. Ihm sind 1794 kurz nach der Französischen Revolution auch die ersten psychiatrischen Reformen und die wichtige Unterscheidung zwischen psychisch kranken Menschen und Straftätern zu verdanken. Die „Befreiung von den Ketten" bedeutete allerdings auch bei Pinel noch keineswegs einen Verzicht auf körperliche Zwangsmassnahmen bei psychisch erkrankten Personen.
Körperlicher Zwang bei der Behandlung von psychisch Kranken wurde erstmals 1839 vom Psychiater John Conolly in England strikt abgelehnt. Das No-Restraint-Prinzip in Grossbritannien beruht auf seiner – zur damaligen Zeit sehr kritisch rezipierten – Publikation „The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints".
In Deutschland wurde das No-Restraint-Prinzip erstmals von Ludwig Meyer 1858 in Hamburg eingeführt. Eine wichtige Begründung dafür war, dass psychiatrische Erkrankungen körperlich (genauer: neurologisch) verursacht seien, wogegen Zwang und Strafe nicht indiziert sind.
In der Schweiz kommt dieses Verdienst Heinrich Cramer zu, der 1861 als Direktor der solothurnischen Anstalt auf Zwangsmaßnahmen verzichtete. Fast zeitgleich kam 1864 Ludwig Wille aus Deutschland in die Schweiz, übernahm dort zunächst die Direktion der Anstalt Münsterlingen und leitete danach weitere psychiatrische Kliniken in der Schweiz, in denen er ebenfalls das No-Restraint-Prinzip einführte [1].
Psychische Erkrankungen waren nicht länger Geisteskrankheiten einer körperlosen Seele aufgrund eines sündhaften Lebens, welche mit brutalen Methoden ausgetrieben werden müssen. Die sogenannten Somatiker unter den Psychiatern waren stattdessen überzeugt, dass psychische Erkrankungen somatische Ursachen haben und mit guter medizinischer Therapie und Pflege heilbar sind. Diese positive Sichtweise schlug in den Folgejahren leider in eine pessimistische Überzeugung der Unheilbarkeit von psychischer Krankheit um, welche in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland mit der systematischen Tötung von Menschen mit psychisch Erkrankungen und Behinderungen ihren medizinischen und moralischen Tiefpunkt erreichte.

Weitere Meilensteine

Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es mit der Entdeckung des ersten Neuroleptikums Chlorpromazin, das erfolgreich gegen psychotische Symptome eingesetzt wurde, zu einer neuen psychiatrischen Aufbruchstimmung. Wenige Jahre später im Jahre 1957 wurde der Wirkstoff Imipramin gegen depressive Symptome von Roland Kuhn in Münsterlingen entdeckt.

Kerbe_2_2022.indd 44 07.04.2022 14:07:46

Die damaligen Medikamentenversuche wurden allerdings in der Regel ohne Aufklärung und Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Diese Praxis wurde erst 2019 in der kantonalen Aufarbeitung „Testfall Münsterlingen“ [2], deren Hauptquelle der umfassende Nachlass von Roland Kuhn selbst ist, gut dokumentiert und kritisch beleuchtet.
Ein Meilenstein in der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wurde mit der Psychiatrie-Enquête 1975 gelegt. Dieser ‚Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland‘ beschreibt menschenunwürdige Zustände in den psychiatrischen Krankenhäusern Deutschlands und beklagt einen gravierenden Mangel an ambulanter Versorgung außerhalb der Krankenhäuser, was in der Folge zu einer Reihe von Reformen und neuen ambulanten psychiatrischen Angeboten führte. Fast zeitgleich erreichte Franco Basalgia 1978 die Schliessung der italienischen Irrenanstalten, in denen ebenfalls katastrophale Zustände geherrscht hatten.
In Folge dieser Veränderungen wurde auch das Konzept der „Offenen Türen“ in psychiatrischen Kliniken intensiv diskutiert. Eine aktuelle Zusammenfassung zur „open door policy“ geben Steinert et al. [3]. Offene Türen in der Psychiatrie sind in Deutschland und der Schweiz ausdrücklich erlaubt, in Teilen Österreichs sogar verpflichtend. Einige Studien berichteten von einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen nach der Stationsöffnung. Negative Ereignisse aufgrund offener Stationen wurden von keiner Studie aufgeführt.
Den nächsten ganz grossen Meilenstein stellte die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) aus dem Jahre 2008 dar, welche den Begriff der Behinderung neu definiert und die Rechte von Menschen mit Behinderung festschreibt. Schlüsselbegriffe sind dabei Chancengleichheit und gleichberechtigte Teilhabe am sozialen Leben, welche auf Menschwürde, Autonomie, persönlicher Freiheit und individueller Unabhängigkeit beruhen.

Rechtliche Verankerung von Zwangsmassnahmen

Vor dem Hintergrund der UN-BRK musste jede Form ausgeübten Zwanges von der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) respektive Zwangsaufnahme in die Psychiatrie bis zu Zwangsmassnahmen wie Isolation, Fixierung und Zwangsmedikation ethisch und juristisch neu beurteilt werden.
FU und Zwangsmassnahmen stellen fraglos gravierende Eingriffe in die grundrechtlich verankerten Freiheitsrechte der betroffenen Patienten dar. Aus rechtlicher Sicht bewegen sich diese Interventionen bzw. Nicht-Interventionen zwischen den beiden extremen Polen von Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung. Aus Sicht der Behandelnden gilt es zwischen den zentralen medizinethischen Werten Patientenautonomie, Fürsorgepflicht, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit abzuwägen.
Zwangsmaßnahmen sind deshalb nur als allerletztes Mittel zu rechtfertigen, wenn bei Bestehen von Selbst- und/oder Fremdgefährdung ein sonst drohender größerer Schaden nicht auf andere Art vermieden werden kann. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Situation dann besonders kompliziert, wenn die freie Willensbildung krankheitsbedingt z.B. aufgrund von Denk- oder Wahrnehmungsstörungen beeinträchtigt ist, die Betroffenen jedoch aus medizinischer Außensicht von einer Behandlung profitieren könnten.
In Deutschland sind neben dem bundesweit geltenden Betreuungsrecht die Bundesländer für die Rechtsgrundlagen von Zwangsmaßnahmen zuständig. Gerichtliche Unterbringungen erfolgen nach dem jeweiligen landeseigenen Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG). In der Schweiz sind die gesetzlichen Grundlagen im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) geregelt, welches seinerseits Teil des Zivilgesetzbuches (ZGB) ist. Die Zuständigkeit für die Fürsorgerische Unterbringung liegt bei der örtlichen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Je nach kantonaler Regelung kann die FU auch durch einen Amtsarzt oder einen niedergelassenen Facharzt ausgesprochen werden, der kein Psychiater sein muss. Die durchgehende Erfassung aller Zwangsmaßnahmen ist in der Schweiz verbindlich vorgeschrieben. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ) erfasst die Zwangsmassnahmen systematisch, wertet sie nach Häufigkeit und Dauer aus und stellt sie zu einem schweizweiten Benchmark zur Verfügung. Dabei zeigen sich in der Schweiz große kantonale Unterschiede bei der Anzahl der ausgesprochenen FU. Die psychiatrischen Krankenhäuser wiederum unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer der dort durchgeführten Isolierungen und Fixierungen. Diese bestehenden Unterschiede sind nicht zuletzt unter dem Aspekt der Gerechtigkeit und Gleichbehandlung kritisch zu hinterfragen.

No force first

Der Ansatz „No force first“ [4] wurde international von vielen psychiatrischen Institutionen aufgegriffen. Breite Einigkeit besteht darin, dass Zwang reduziert und möglichst vermieden werden sollte. Hierfür gibt z.B. die „S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ [5] konkrete Handlungsanweisungen, welche in den Umsetzungsrichtlinien von Steinert et al. [6] nochmals konkretisiert und praxisnah ausformuliert wurden.

Die Debatte um eine gewaltfreie Psychiatrie ist neu entbrannt. Ein prominenter Vertreter für eine gänzlich gewaltfreie Psychiatrie ist Martin Zinkler, der die Kontrollfunktion der Psychiatrie ablehnt.

Die Debatte um eine gewaltfreie Psychiatrie ist in den letzten Jahren neu entbrannt. Ein prominenter deutschsprachiger Vertreter für eine gänzlich gewaltfreie Psychiatrie ist Martin Zinkler, der die Kontrollfunktion der Psychiatrie ablehnt und stattdessen eine rein unterstützende Psychiatrie fordert, welche das Gewaltenmonopol komplett bei der Polizei belässt [7]. Mögliche problematische Folgen einer solchen Veränderung beschreibt wiederum Steinert [8,9].
Vor diesen komplexen Hintergründen setzt sich auch die Schweizer Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz, für die konsequente Reduktion von Zwangsmasßahmen in der Psychiatrie ein, gemäss dem Best-Practice-Leitsatz „No force first“. Die Reduktion von physischem Zwang sollte dabei nicht zum Preis einer erhöhten Gabe von Psychopharmaka erfolgen. Fehlende Ressourcen dürfen nicht als Argumente für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen herangezogen werden. Dahingegen muss die Beziehung zwischen Patienten und Fachpersonen gefördert werden, da durch eine achtsame und authentische Form der zwischenmenschlichen

Begegnung viele aggressive Entwicklungen, Eskalationen und Zwangsmassnahmen vermieden werden können.

Mit Begegnung gegen Zwang

Die Schweizer Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz, hat dazu nach den beiden vorausgegangenen Positionspapieren „Wohnungslos und psychisch krank“ (2019) und „Behandlung mit Psychopharmaka“ (2020) im Jahr 2021 das Positionspapier „Mit Begegnung gegen Zwang“ entwickelt und auf ihrer Homepage publiziert *(www.sozialpsychiatrie.ch)*.

Das Positionspapier „Mit Begegnung gegen Zwang“ stellt 10 Forderungen auf, welche in der Schweiz geprüft und umgesetzt werden sollen:

1. **Der Personalschlüssel** soll in allen psychiatrischen Behandlungseinrichtungen daraufhin überprüft werden, ob den Mitarbeitenden genügend Zeit zur Verfügung steht, um tragfähige Beziehungen und förderliche Begegnungen mit allen Patientinnen und Patienten aufzubauen.
2. **Die personellen Ressourcen** sollen insbesondere auch für Krisensituationen ausreichen, um nicht unter Zeitdruck reagieren zu müssen.
3. **Auf den Akutstationen** der psychiatrischen Krankenhäuser sollen die besonders qualifizierten und erfahrenen Mitarbeitenden eingesetzt und entsprechend honoriert werden.
4. **Der §426 ZGB** soll angepasst werden, sodass medizinische Zwangsmassnahmen explizit nur bei urteilsunfähigen Personen zulässig sind.
5. **Fixierungen**, welche für viele Patientinnen und Patienten traumatisierend sind, sollen in der Schweiz rechtlich verboten werden.
6. **Behandlungskonzepte wie „Open Dialoge“ oder „Soteria“**, welche zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen, sollen in der Schweiz gezielt gefördert werden.
7. **Weiter sollen Maßnahmen und Angebote gefördert werden, die die Anzahl der FU** schweizweit reduzieren, wie z.B. ambulante Kriseninterventionsteams.
8. **FU müssen so umgesetzt und durchgeführt werden**, dass sie möglichst keine traumatischen Folgen für die Betroffenen haben.
9. **Der Grundsatz „ambulant vor stationär“** soll mit politischem Nachdruck verfolgt und gefördert werden, damit psychiatrische Behandlungen vermehrt im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten unter Einbezug der Angehörigen erfolgen können.
10. **Genesungsbegleiter (Peers)** sollen systematisch in die psychiatrische Behandlung und zur Vermeidung von Zwangsbehandlungen einbezogen werden. Auch sollen sie seitens der KESB als FU-Gutachter eingesetzt werden.

Mit diesem Forderungskatalog möchte die Schweizer Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz, in guter sozialpsychiatrischer Tradition politisch Einfluss nehmen und sich gleichzeitig als Sozialpsychiatrie dort therapeutisch beweisen, wo es im Rahmen der psychiatrischen Versorgung besonders kritisch wird [10]. Zugrunde liegt dabei die tiefe Überzeugung der gesundheitsförderlichen Kraft zwischenmenschlicher Begegnung und der Wirkmacht sinnstiftender Gespräche. Die Forderungen passen zudem gut zur aktuellen ‘WHO-Guidance on mental health services’, welche besagt, dass die Psychiatrie menschenrechtsbasiert, personenzentriert und recovery-orientiert ausgerichtet werden solle. Mit diesen drei Eckpfeilern einer zeitgemäßen Psychiatrie schließt sich auch der Kreis dieses Beitrages.

Literatur

1. Walser, H. (1972). Schweizer Psychiatrie im 19.Jahrhundert, in: Gesnerus, Swiss Journal of the history of medicine and sciences, 29, 183–195.

2. Meier, M. et al. (2019). Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Chronos-Verlag.

3. Steinert, T. et al. (2019). Offene Türen in psychiatrischen Kliniken, in: Der Nervenarzt, 90, 680–689.

4. Ashcraft, L. et al. (2012). Best practices: The development and implementation of „no force first“ as a best practice, in: Psychiatric Services, 63, 415–417.

5. DGPPN (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.

6. Steinert, T. et al. (2019). Verhinderung von Zwang. Praxisversion der S3-Leitlinie. Springer.

7. Zinkler, M., von Peter, S. (2019). Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie, in: Recht & Psychiatrie 37, 203–209.

8. Steinert, T. (2021). Die Doppelfunktion der Psychiatrie, in: Recht & Psychiatrie 39, 28–34.

9. Steinert, T. (2019). Der Preis einer gewaltfreien Psychiatrie, in: Sozialpsychiatrische Informationen 49, 32–35.

10. Hoff, P. (2019). Compulsory Interventions Are Challenging the Identity of Psychiatry, in: Frontiers in Psychiatry, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00783

NACHRICHTEN

In eigener Sache: Herzlich willkommen in der Redaktion!

In der Kerbe-Redaktion gibt es zwei Neuzugänge: Sandra Apondo und Benjamin Drechsel.

Dr. med. Sandra Apondo, MHBA, BA, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist neues Mitglied in unserer Redaktion. Sie arbeitet in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg. Sie ist Trainerin für Experienced Involvement (EX IN) und bildet seit 2016 in der Region Rhein Neckar Psychiatrieerfahrene zu GenesungsbegleiterInnen aus. Parallel zum Medizinstudium in Heidelberg studierte sie Geschichtswissenschaft und Slavistik und wurde vom Begabtenförderungswerk Cusanuswerk gefördert. Promotion 2017 im Bereich Lehrforschung. Berufsbegleitend studierte sie im Masterstudiengang Health Business Administration an der Universität Nürnberg-Erlangen. Frau Dr. Apondo ist 1. Vorsitzende und Gründungsmitglied des Vereins EX IN Rhein Neckar e.V. Sie engagiert sich in verschiedenen regionalen und überregionalen Arbeitsgemeinschaften zu EX IN und zur Entstigmatisierung. Sie hält Vorträge im Tandem mit GenesungsbegleiterInnen und berät psychosoziale Einrichtungen bei der Integration von GenesungsbegleiterInnen. *Jürgen Armbruster*

Dr. Benjamin Drechsel, Genesungsbegleiter an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg. Er arbeitete mehrere Jahre als Kultur- und Sozialwissenschaftler im Bereich der visuellen politischen Kommunikation. Nach einer mehrjährigen Pause, die er vorwiegend dem Familienleben und seiner seelischen Gesundheit widmen

Kerbe_2_2022.indd 46 07.04.2022 14:07:46

durfte, ist er nun als Erfahrungsexperte in der Psychiatrie tätig. Unterdessen ist er u.a. Mitglied im trialogischen Zentrumsrat des neu entstehenden Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit und hält Vorträge über seine Erfahrungen im psychiatrischen System. Anti-Stigma-Arbeit sowie ein konstruktives Miteinander von Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen im Bereich der psychischen Gesundheit liegen ihm ganz besonders am Herzen. *Jürgen Armbruster*

TERMINE

Caritas-Verband

Tagung zum Abschied von Klaus Obert

Pandemiebedingt ist die ursprünglich für den 2. und 3. Februar 2022 geplante Tagung „Utopien und Perspektiven in der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe“ anlässlich des Abschieds von **Klaus Obert**, Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen des Caritasverbandes Stuttgart, verschoben worden. Sie wird nun am **28. und 29. Juli 2022 im Hospitalhof in Stuttgart** stattfinden. Die Fachtagung beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit fünf Themenbereichen, die Klaus Obert in seiner über 40-jährigen beruflichen Laufbahn kontinuierlich beschäftigt haben: Der Paradigmenwechsel in der Psychiatrie; alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln; Paradigmenwechsel in den Suchthilfen, Kooperation und Vernetzung (Gemeindepsychiatrischer Verbund) und Partizipation/Selbsthilfe. Weitere Informationen unter E-Mail: fachtagung@caritas-stuttgart.de

Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg

Tagung: Mittendrin – doch außen vor

Was heißt hier eigentlich Inklusion?
Samstag, 09.07.2022,
9:30 – 17:00 Uhr
Matthäus-Alber-Haus, Lederstraße 81, 72764 Reutlingen.
Weitere Informationen zur Regio 2022 gibt es unter www.gemeindepsychiatrie-bw.de

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2023-2024
23. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation
01.03.2023 - 14.09.2024, Berlin

Fortbildungen

Psychiatrische Krankheitsbilder – Grundlagen, 16.-18.05.2022, Essen

Psychose und Sucht - double trouble
09.-10.06.2022, Berlin

Sozialraumorientierung! Und jetzt?
27.-28.06.2022, Frankfurt

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen.
Haltungen, Gesprächsführung, Handwerkszeug, 4.-06.07.2022, Filderstadt

Recht auf Risiko?!
Selbstschädigendes Verhalten von Klient*innen in der Assistenz
29.-30.08.2022, Berlin

Überzeugen muss kein Kraftakt sein.
Einsatz von Körper, Stimme, Sprache in Verhandlungen und Präsentationen
29.-31.08.2022, Berlin

„So kann man doch nicht leben!?“
Vermüllt und verwahrlost – Was tun?
26.27.09.2022, Essen

Keine Krise mit der Krise - Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen
03.04.11.2022, Berlin

Psychopharmaka verstehen
07.-08.11.2022, Hannover

Implementierung von Peerarbeit in Organisationen und Teams der Sozialpsychiatrie, 22.-23.11.2022, Hamburg

Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe
28.-29.11.2022, Berlin

Weitere Informationen und Anmeldung unter **www.ba-kd.de**, Tel. 030-48837488, E-Mail: info@ba-kd.de,
Ansprechpartner: Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; E-Mail: Frank.Rosenbach@ba-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Dr. Sandra Apondo, Heidelberg; Dr. Benjamin Drechsel, Heidelberg; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzel-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:
Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165;
ePaper vier Ausgaben 20 Euro;
Kombi-Abo (Print + ePaper) 30 Euro

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

Kerbe_2_2022.indd 47 07.04.2022 14:07:47

DIE PSYCHIATRIE HAT NEN VOGEL.

Wir machen Platz auf der Stange.

Fachhochschule
der **Diakonie**
fh-diakonie.de

Kerbe_2_2022.indd 48 07.04.2022 14:07:47