

Bachelorarbeit

Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und ihre Folgen

eingereicht von

Maryana Rusyn

**zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science
(BSc)**

**Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft**

Lehrveranstaltung: Physiologie

Betreuerin:

Ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries

24. November 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 24.11.2016

Rusyn Maryana eh.

Inhaltsverzeichnis

1. Abstrakt	4
2. Einleitung	6
3. Schizophrenie und ihre Symptome	8
3.1. Positive Symptome	8
3.2. Negative Symptome	9
3.3. Kognitive Symptome	10
4. Terminologie: Stigma, Stigmatisierung und ihre Formen	11
4.1. Öffentliche Stigmatisierung	13
4.2. Selbststigmatisierung	15
5. Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen	17
5.1. Diskriminierung durch das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit	18
5.2. Strukturelle Diskriminierung	20
6. Folgen der Stigmatisierung	22
6.1. Angst vor professioneller Hilfe	22
6.2. Auswirkungen auf Angehörige	24
7. Gesellschaftliche und therapeutische Konsequenzen	26
7.1. Strategien gegen öffentliche Stigmatisierung	28
8. Zusammenfassung	31
9. Diskussion	32
10. Literaturangaben	33
11. Anhang	38

1 Abstrakt

Hintergrund: Stigma ist eine Realität für viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wobei die Beschädigung des gesellschaftlichen- und Eigenbildes nicht so sehr durch die Krankheit selbst, als vielmehr durch gesellschaftliche Vorurteile zustande kommt. Es ist nicht nur die Krankheit selbst, die bereits eine enorme Belastung für die PatientInnen und ihre Familien darstellt, sondern die soziale Ausgrenzung und Diskriminierung auf Grund des Stigmas.

Ziele: Wissenschaftliche Untersuchung der Stigmatisierung psychisch Erkrankter am Beispiel der Schizophrenie.

Methoden: Eine Auswertung der relevanten Literatur zu Stigma und Schizophrenie.

Ergebnisse: Die psychischen Erkrankungen sind noch zu stark mit Stigma behaftet und die Diskriminierung wird aus unterschiedlichen Perspektiven fortgesetzt.

Schlussfolgerungen: Diskriminierung bei psychischen Erkrankungen ist ein sehr verbreitetes Phänomen, das die Menschen mit diesen Erkrankungen hindert, in der Gesellschaft ein vollwertiges Leben zu leben. Soziale Isolation, Arbeitslosigkeit und Armut sind alle mit psychischen Erkrankungen verbunden. So können Stigma und Diskriminierung Menschen in einem Zyklus von Krankheit fangen. Die aktuellen Anti-Stigmatisierungskampagnen sind erst im Entstehen und sollen langfristig die allgemeine Akzeptanz der psychischen Erkrankungen bewirken.

Abstract

Background Stigma is a reality for many people with mental illness. The damage of their social image and self image is not so much a result of the disease itself as much more of social prejudice and stigma. It is not just the disease itself which is already an enormous burden for the patient and his family but the social exclusion and discrimination due to the stigma.

Aims To critically examine the stigmatization of the mentally ill with the example of schizophrenia.

Method A selective review of the key literature on stigma and schizophrenia.

Results Most studies confirm the close association between schizophrenia and stigma and the discrimination is continued from different perspectives.

Conclusions Stigma and discrimination by mental illness are very common phenomena that make people with these diseases being an outsider. Social isolation, unemployment and poverty are all connected with mental illness. Thus stigma and discrimination can catch people in a cycle of disease. The current anti-stigmatization campaigns are only to be developed and are expected to lead to the general acceptance of mental illness in the long term.

2 Einleitung

In dieser Arbeit werden die Folgen der beschädigten Identität der Schizophrenie-Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen untersucht, wobei die Beschädigung des gesellschaftlichen- und Eigenbildes nicht so sehr durch die Krankheit selbst, als vielmehr durch gesellschaftliche Vorurteile und Stigma zustande kommt. Es ist nicht nur die Krankheit selbst, die bereits eine enorme Belastung für die PatientInnen und ihre Familien darstellt.

Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden doppelt angefochten. Auf der einen Seite kämpfen sie mit den Symptomen und Behinderungen, die sich aus der Krankheit ergeben. Auf der anderen Seite werden sie durch die Stereotypen und Vorurteile ausgegrenzt, die aus Missverständnissen über psychische Erkrankungen resultieren. Infolge von beidem werden Menschen mit psychischen Erkrankungen der Möglichkeiten beraubt, die ein Qualitätsleben definieren: gute Arbeitsplätze, sicheres Wohnen, zufriedenstellende Gesundheitsversorgung und Zugehörigkeit zu einer vielfältigen Gruppe von Menschen. Obwohl die Forschung weit fortgeschritten ist, um die Auswirkungen der Krankheit zu verstehen, hat man erst vor kurzem begonnen, Stigma als Geisteskrankheit zu definieren. Es muss noch viel geleistet werden, um die Bandbreite und den Umfang des Vorurteils gegen Menschen mit Geisteskrankheit vollständig zu verstehen.

Die Wirkung von Stigma ist zweifach: öffentliches Stigma ist die Reaktion, die die allgemeine Bevölkerung gegenüber den Menschen mit psychischen Erkrankungen hat. Selbststigma ist das Vorurteil, welches Menschen mit Geisteskrankheiten gegen sich bilden. Sowohl die öffentliche als auch die Selbststigmatisierung kann in drei Komponenten verstanden werden: Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung. Die Bildung der Stereotypen ist sehr "effizient", da die Menschen andere Personen schnell einordnen können, die zu einer stereotypen Gruppe gehören. (vgl. Link 1987).

Stigmata über psychische Erkrankungen scheinen weitgehend von der breiten Öffentlichkeit in der westlichen Welt unterstützt zu werden. Studien zeigen, dass die Mehrheit der Bürger in den Vereinigten Staaten und viele westeuropäische Nationen stigmatisierende Einstellungen über psychische

Erkrankungen haben. Darüber hinaus sind stigmatisierende Ansichten über psychische Erkrankungen nicht auf uninformierte Mitglieder der breiten Öffentlichkeit beschränkt, auch gut ausgebildete Fachleute aus den meisten Gesundheitsbereichen teilen Stereotypen über psychische Erkrankungen.

3 Schizophrenie und ihre Symptome

Die ersten Anzeichen von Schizophrenie erscheinen oft als verwirrende oder sogar schockierende Verhaltensänderungen. Die Symptome der Schizophrenie sind in drei Gruppen kategorisiert: positive, negative und kognitive.

3.1 Positive Symptome

Positive Symptome beziehen sich auf die Anwesenheit von psychotischen Verhaltensweisen, die bei gesunden Menschen nicht beobachtet werden. Menschen mit positiven Symptomen "verlieren" oft den Kontakt mit der Realität. Diese Symptome können kommen und gehen. Manchmal sind sie schwerwiegend und zu anderen Zeiten kaum merklich, je nachdem, ob das Individuum behandelt wird. Dazu gehören: Halluzinationen von Dingen, die ein Mensch sieht, hört, riecht oder fühlt, die niemand sonst sehen, hören, riechen oder fühlen kann. "Stimmen" sind die häufigste Art der Halluzination bei Schizophrenie. Viele Menschen mit dieser Störung hören Stimmen. Die Stimmen können mit der Person über ihr Verhalten sprechen, können die Person antreiben, bestimmte Dinge zu tun, oder warnen die Person vor Gefahren. Manchmal sprechen die Stimmen miteinander. Menschen mit Schizophrenie können Stimmen für eine lange Zeit hören, bevor Familie und Freunde das Problem bemerken. Andere Arten von Halluzinationen sind das Sehen von Menschen oder Gegenständen, die nicht da sind, das Wahrnehmen von Gerüchen, die sonst niemand bemerkt, und das Gefühl, dass unsichtbare Finger den Körper berühren, wenn niemand in der Nähe ist.

Die Person glaubt, Wahnvorstellungen auch anderen Menschen beweisen zu müssen, so dass ihre Überzeugungen wahr oder logisch scheinen. Leute mit Schizophrenie können Wahnvorstellungen haben, die bizarr erscheinen, wie der Glaube, dass Nachbarn ihr Verhalten mit magnetischen Wellen steuern können. Sie können auch glauben, dass Menschen im Fernsehen spezielle Nachrichten an sie richten oder dass

Radiosender ihre Gedanken laut an andere weiterleiten. Manchmal glauben sie, dass sie jemand anderes sind, wie eine berühmte historische Figur. Sie können paranoide Wahnvorstellungen haben und glauben, dass andere versuchen, ihnen Schaden zuzufügen, z. B. durch Betrug, Belästigung, Vergiftung, Spionage oder Verschwörung gegen sie oder die Menschen, die sie lieben. Diese Überzeugungen werden als "Verfolgungswahn" bezeichnet.

Typisch bei Schizophrenie sind auch sogenannte Denkstörungen. Denkstörungen sind ungewöhnliche oder dysfunktionale Denkweisen. Eine Form der Denkstörung wird als "unorganisiertes Denken" bezeichnet, wenn eine Person Schwierigkeiten hat, ihre Gedanken zu organisieren oder sie logisch miteinander zu verbinden. Sie kann in einer verstümmelten Art sprechen, die schwer zu verstehen ist. Eine andere Form heißt "Denkblockierung", wenn eine Person plötzlich in der Mitte eines Gedankens aufhört zu sprechen. Auf die Frage, warum sie aufgehört hat zu sprechen, kann die Person sagen, dass es so aussah, als sei der Gedanke aus ihrem Kopf genommen worden. Schließlich kann eine Person mit einer Gedankenstörung sinnlose Wörter oder "Neologismen" bilden.

Nicht selten leiden an Schizophrenie Erkrankte an Bewegungsstörungen. Diese können als aufgeregte Körperbewegungen auftreten. Eine Person mit einer Bewegungsstörung kann bestimmte Bewegungen immer wieder wiederholen. Im anderen Extrem kann eine Person katatonisch werden. "Stimmen" sind aber doch die häufigste Art der Halluzination bei Schizophrenie.

3.2 Negative Symptome

Negative Symptome sind mit Störungen der normalen Emotionen und Verhaltensweisen verbunden. Diese Symptome sind schwerer als Teil der Erkrankung zu erkennen und können mit Depression oder anderen

psychischen Erkrankungen verwechselt werden. Diese Symptome umfassen die folgenden:

"Flat-Affekt" (das Gesicht einer Person bewegt sich nicht oder sie spricht in einer stumpfen oder eintönigen Stimme).

Mangelnde Freude und Antrieb im Alltag.

Mangelnde Fähigkeit, geplante Aktivitäten zu beginnen und aufrechtzuerhalten.

Menschen mit negativen Symptomen brauchen Hilfe bei alltäglichen Aufgaben. Sie vernachlässigen oft sogar die persönliche Hygiene. Dies kann aussehen, als ob sie faul oder unwillig wären, sich selbst zu helfen. Aber das Problem sind Symptome, die durch die Schizophrenie entstehen.

3.3 Kognitive Symptome

Kognitive Symptome sind subtil. Wie negative Symptome können kognitive Symptome als Teil der Erkrankung schwer zu erkennen sein. Oft werden sie nur dann erkannt, wenn andere Tests durchgeführt werden. Zu den kognitiven Symptomen gehören:

Schlechte "Exekutivfunktion" (die Fähigkeit, Informationen zu verstehen und sie zu nutzen, um Entscheidungen zu treffen).

Probleme mit Aufmerksamkeit.

Probleme mit dem "Arbeitsspeicher" (die Fähigkeit, Informationen sofort nach dem Lernen zu verwenden).

Kognitive Symptome machen es oft schwer, ein normales Leben zu führen und den Lebensunterhalt zu verdienen.

Die Symptome können je nach Art der Schizophrenie unterschiedlich sein: Paranoide Typen fühlen sich oft ängstlich, sind häufiger wütend oder argumentativ und glauben fälschlicherweise, dass andere versuchen, ihren Angehörigen zu schädigen.

Desorganisierte Typen haben Probleme, ihre Ideen klar zu denken und auszudrücken, zeigen oft kindliches Verhalten und zeigen kaum Emotionen. Katatonische Typen können sich in einem unruhigen Zustand befinden oder sogar erstarren.

Unabhängig von verfügbaren Behandlungsmethoden ist es immer eine Herausforderung für die Patienten und Patientinnen, ihre Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit zu bewältigen. Allerdings können viele Menschen mit Schizophrenie ein lohnendes und sinnvolles Leben in ihren Gemeinden führen.

4 Terminologie: Stigma, Stigmatisierung und ihre Formen

Worterklärung

Der Begriff „Stigma“ ist schon alt und leitet sich etymologisch aus dem Griechischen ab. Übersetzt heißt es „Brandmal“. Die wörtliche Bedeutung des griechischen Ausdrucks „Stigma“ ist „Durchbohren, ein Loch anbringen“ (vgl. Hinterhuber, 2002). In der Neuzeit wurde der Begriff in der Medizin benutzt, um auszudrücken, dass bestimmte Krankheiten ein negatives soziales Stereotyp bzw. ein Vorurteil auslösen, das schwerwiegende Folgen in Gestalt von sozialer Isolation oder Diskriminierung nach sich zieht. Heute wird der Begriff „Stigma“ vorwiegend in der Sozialpsychologie verwendet. Aus dieser Sicht sind Personen, die an einer sozial wahrnehmbaren psychischen Erkrankung leiden, mit einem sozialen Stigma belastet (vgl. Open the Doors, 2002).

Das Wort „Stigma“ wird in der Bedeutung verwendet, dass eine Person auf Grund eines echten oder vermeintlichen Defizits oder bestimmter Merkmale geächtet und ausgegrenzt wird (vgl. Hinterhuber 2002). „Stigma is an ugly word with ugly consequences“ (vgl. Fink 1992).

Stigma ist definiert als ein Zeichen der Schande oder Diskreditierung, die eine Person von anderen unterscheidet. Das Stigma der psychischen Erkrankung bleibt, obwohl es öfter mit dem Kontext zusammenhängt, als auch das Aussehen einer Person, in allen sozialen Beziehungen ein stark negatives Attribut. Das soziologische Interesse an psychiatrischer Stigmatisierung wurde mit der Veröffentlichung von „Stigma - Hinweise zur Verwaltung verworfener Identität“ (vgl. Goffman, 1963) verstärkt. Vor kurzem haben Psychiater begonnen, die Konsequenzen von Stigma für ihre PatientInnen zu überprüfen.

Auch Mangel an Sprache, um einen Diskurs über die Stigmatisierung in

der Öffentlichkeit zu führen, hatte zur Folge, dass die Betroffenen in der Öffentlichkeit nicht in Schutz genommen werden können. Rassismus, Sexismus und Homophobie sind anerkannten Beschreibungen für vorgefasste Überzeugungen, aber es gibt kein Wort für Vorurteile gegen Geisteskrankheit. Eine mögliche Abhilfe hierfür wäre die Einführung des Begriffs "psychophob", um Personen zu beschreiben, die weiterhin nachteilige Einstellungen zu psychischen Erkrankungen unabhängig von rationalen gegensätzlichen Beweisen haben. Trotz unvermeidlicher Einwände von einigen ist der Aufstieg der "politisch korrekten" Sprache ein Schlüsselfaktor für den Erfolg von Kampagnen, die der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Alter, Religion, Farbe, Größe und körperlicher Behinderung entgegenwirken (vgl. Thompson & Thompson 1997).

Was bedeutet Stigma?

Über jede Definition hinaus ist Stigma zu einem Hinweis auf negative Erfahrungen wie Schande, Schuld, Geheimhaltung, die Rolle der "schwarzen Schafe der Familie", Isolierung, soziale Ausgrenzung, Stereotypenbildung und Diskriminierung geworden.

Drei von vier Menschen mit einer psychischen Erkrankung berichten, dass sie Stigma erlebt haben. Stigma ist ein Zeichen der Schande, mit der eine Person markiert wird. Wenn eine Person durch ihre Krankheit gekennzeichnet ist, wird sie als Teil einer stereotypen Gruppe gesehen. Negative Einstellungen schaffen Vorurteile, die zu negativen Aktionen und dann zu Diskriminierung führen.

Stigma bringt Erfahrungen und Gefühle von:

Schande

Schuld

Hoffnungslosigkeit

Not

Zögern, notwendige Hilfe zu suchen und / oder zu akzeptieren.

Einige Gruppen sind verschiedenen Arten von Stigmatisierung und Diskriminierung unterworfen, wie Menschen mit einer geistigen Behinderung oder denen einer kulturellen oder ethnischen Minderheit.

Welche Faktoren verursachen Stigma?

Im Laufe der Geschichte wurden Menschen mit psychischen Problemen anders behandelt, ausgeschlossen und sogar brutalisiert. Diese Behandlung kann von den fehlgeleiteten Ansichten ausgehen, dass Menschen mit psychischen Problemen heftiger oder unberechenbarer als Menschen ohne solche Probleme oder irgendwie nur "anders" sein können, aber keine dieser Überzeugungen hat tatsächlich eine Basis (vgl. Swanson et.al 1990: 41). Ähnlich waren früher Überzeugungen über die Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, wie dämonischer oder geistiger Besitz "Erklärungen", die fast sicher zu Reaktionen wie Vorsicht, Angst und Diskriminierung führten. Selbst das medizinische Modell psychischer Gesundheitsprobleme ist selbst eine ungewisse Quelle stigmatisierender Überzeugungen. Das medizinische Modell impliziert, dass psychische Gesundheitsprobleme nicht auf einer Stufe mit körperlichen Krankheiten stehen. Das bedeutet, dass Menschen mit psychischen Problemen irgendwie "anders" sind als "normal" funktionierende Individuen. Zweitens, das medizinische Modell impliziert Diagnose und Diagnose impliziert ein „Label“, das auf einen „Patienten“/eine „Patientin“ angewendet wird. Dieses Etikett kann mit unerwünschten Attributen zusammenhängen (z. B. "verrückte" Menschen können in der Gesellschaft nicht richtig funktionieren oder manchmal gewalttätig sein) und dies wiederum bestätigt die Ansicht, dass Menschen mit psychischen Problemen anders sind und mit Vorsicht behandelt werden sollten.

4.1 Öffentliche Stigmatisierung

Stigmata über psychische Erkrankungen scheinen weitgehend von der breiten Öffentlichkeit in der westlichen Welt unterstützt zu werden. Studien zeigen, dass die Mehrheit der BürgerInnen in den Vereinigten Staaten (vgl. Phelan 2000) und viele westeuropäische Nationen stigmatisierende Einstellungen über psychische Erkrankungen haben (Abb. 2).

Stigma scheint in asiatischen und afrikanischen Ländern weniger offensichtlich zu sein (vgl. Fabrega, 1991), obwohl es unklar ist, ob diese Feststellung eine kulturelle Sphäre wegen des Mangels an Forschung in diesen Gesellschaften darstellt. Die verfügbaren Untersuchungen zeigen, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen dort weniger stark ist als in den westlichen Kulturen, obwohl die Einstellung zur psychischen Erkrankung zwischen nicht-westlichen Kulturen variiert (Fabrega, 1991). Das deutet darauf hin, dass der Mangel an Differenzierung zwischen psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Erkrankung in den drei großen nicht-westlichen medizinischen Traditionen ein wichtiger Faktor ist. Während das Potenzial zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sicherlich in nicht-westlichen Kulturen existiert, scheint es in erster Linie die chronischen Formen der Erkrankung zu betreffen, die auf herkömmliche Behandlungen nicht reagieren. Bemerkenswert ist, dass Stigma in den islamischen Gesellschaften fast nicht existiert (vgl. Dols, 1987). Interkulturelle Untersuchungen der Konzepte, Erfahrungen und Reaktionen auf psychische Erkrankungen sind eindeutig erforderlich.

Häufig sind es Missverständnisse über psychische Erkrankungen die zu entsprechenden stigmatisierenden Einstellungen führen. So zeigen Medienanalysen von Film und Druck folgende Bilder: Menschen mit psychischen Erkrankungen sind mörderische Wahnsinnige, die gefürchtet werden müssen. Sie haben kindliche Wahrnehmungen der Welt, die bewundert werden sollten oder sie sind verantwortlich für ihre Krankheit, weil sie einen schwachen Charakter haben.

Das wiederum führt zu folgenden Reaktionen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen: Angst und Ausgrenzung. Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten gefürchtet und daher von den meisten Gemeinschaften ferngehalten werden.

Autoritarismus: Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sind unverantwortlich, so dass Lebensentscheidungen für sie von anderen getroffen werden sollen.

Wohllollen: Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sind kindlich und müssen gepflegt werden.

Obwohl stigmatisierende Einstellungen nicht auf Geisteskrankheiten

beschränkt sind, scheint die Öffentlichkeit Personen mit psychischen Behinderungen signifikant mehr zu missbilligen als Personen mit ähnlichen Bedingungen bei körperlicher Krankheit (vgl. Weiner, 1988). Schwere psychische Erkrankungen werden mit Drogenabhängigkeit, Prostitution und Kriminalität verglichen. Anders als körperliche Behinderungen werden Menschen mit psychischen Erkrankungen von der Öffentlichkeit gefürchtet oder verachtet.

Die Verhaltensausrückung (oder Diskriminierung), die aus der öffentlichen Stigmatisierung resultiert, kann vier Formen annehmen: Zurückhaltung, Vermeidung, Zwangsbehandlung und segregierte Institutionen. Eine extreme Form dieses Verhaltens ist soziale Vermeidung, bei der die Öffentlichkeit sich nicht bemüht, mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu interagieren.

Diskriminierung kann auch in der öffentlichen Meinung darüber, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen zu behandeln sind, abgelesen werden. Z. B.: sollen Menschen mit Schizophrenie zur Behandlung gezwungen werden. Darüber hinaus unterstützt die Öffentlichkeit die Segregation in Institutionen als die beste Pflege für Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen (vgl. Farina, 1992).

4.2 Selbststigmatisierung

Menschen mit psychischer Behinderung, die in einer Gesellschaft leben, die weitgehend stigmatisierende Ideen unterstützt, verinnerlichen diese Ideen und glauben, dass sie wegen ihrer psychischen Störung weniger geschätzt werden. Ihr Selbstbewusstsein leidet, ebenso auch das Vertrauen in die Zukunft (vgl. Jones 1984). Angesichts dieser Forschung müssen Modelle der Selbststigmatisierung, die schädliche Auswirkungen von Vorurteilen auf die individuelle Vorstellung von sich selbst erzeugen, erklärt werden. Allerdings deutet die Forschung auch darauf hin, dass viele Menschen aufgrund des Vorurteils, das sie erlebt haben (vgl. Deegan, 1990), anstatt durch die Stigmatisierung geschwächt zu werden, selbstbewusster und stärker werden. Diese Art der Reaktion befähigt die Menschen, ihre Rollen im psychosozialen System zu verändern, aktiver an

ihrem Behandlungsplan teilzunehmen und häufig Verbesserungen in der Qualität der Dienstleistungen voranzutreiben.

„Geringes Selbstwertgefühl versus gerechter Zorn“ beschreibt ein Grundparadox der Selbststigmatisierung. Modelle, die die Erfahrung der Selbststigmatisierung erklären, müssen für einige Personen verantwortlich sein, deren Sinn für sich selbst durch soziale Stigmatisierung geschädigt wird, im Vergleich zu anderen, die von den Ungerechtigkeiten erregt werden und entschlossen reagieren. Und es gibt noch eine dritte Gruppe, die bei der Beschreibung der Auswirkungen der Stigmatisierung auf das Selbst berücksichtigt werden muss. Das sind Menschen mit psychischer Erkrankung, die durch soziale Stigmatisierung weder verletzt noch erregt werden, sondern eine scheinbare Gleichgültigkeit für jede Art der Stigmatisierung zeigen.

Ein Situationsmodell, das dieses Paradoxon erklärt, argumentiert, dass ein Individuum mit Geisteskrankheit vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstwirksamkeit, gerechten Zorn oder relative Indifferenz in Abhängigkeit von den Parametern der Situation erfahren kann (vgl. Corrigan 1984). Wichtige Faktoren, die eine situative Reaktion auf Stigma beeinflussen, umfassen kollektive Repräsentationen, die in dieser Situation die Wahrnehmung der Person von der Legitimität der Stigmatisierung in der Situation und der Identifizierung der Person mit der größeren Gruppe von Individuen mit Geisteskrankheit entheben. Dieses Modell hat mögliche Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen Selbststigmatisierung bewältigen sowie die Identifizierung von Maßnahmen, die Umgebungen, in denen Stigmatisierung gefördert wird, bewältigen können.

Die Forscher beginnen das anzuwenden, was SozialpsychologInnen über Vorurteile und Stereotypen im Allgemeinen über die Stigmatisierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gelernt haben. Es zeigen sich Fortschritte beim Verständnis der Dimensionen der Stigmatisierung der psychischen Erkrankung und die Prozesse, mit denen öffentliche Stereotypen in diskriminierendes Verhalten übersetzt werden. Gleichzeitig entwickeln die Betroffenen Modelle der Selbststigmatisierung, die ein komplexeres Phänomen ist als ursprünglich angenommen.

Zugleich ist Stigma auch offensichtlich in der Art, wie Gesetze, soziale Dienste und das Justizsystem strukturiert sind, sowie Möglichkeiten, wie Ressourcen verteilt werden. Forschung, die sich auf die Untersuchung dieser sozialen Strukturen, die Stigmatisierung und Strategien für die Änderung richtet, ist dringend erforderlich.

5 Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Psychische Symptome werden immer noch als bedrohlich und unangenehm betrachtet. Es gibt immer noch Einstellungen in den meisten Gesellschaften, die Symptome der Psychopathologie als bedrohlich und unangenehm empfinden und diese Einstellungen fördern häufig Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Problemen. Solche Reaktionen sind häufig, wenn Menschen mutig genug sind, zuzugeben, dass sie ein psychisches Problem haben und sie können oft zu verschiedenen Formen von Ausgrenzung oder Diskriminierung führen - entweder innerhalb von sozialen Kreisen oder am Arbeitsplatz.

Stigmatisierung kann in zwei Arten unterteilt werden: soziale Stigmatisierung durch schädliche Einstellungen und diskriminierendes Verhalten gegenüber den Personen mit psychischen Problemen als Folge der psychiatrischen Label, die diesen gegeben worden sind. Im Gegensatz dazu ist die wahrgenommene Stigmatisierung oder Selbststigmatisierung die Verinnerlichung der Wahrnehmung von Diskriminierung (vgl. Link et. al, 1989).

In Bezug auf soziale Stigmatisierung haben Studien darauf hingewiesen, dass stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen weit verbreitet sind (Crisp et al. 2000; Bryne 1997; Heginbotham, 1998). In einer Umfrage von über 1700 Erwachsenen in Großbritannien haben Crisp et al. (2000) festgestellt, dass die am häufigsten aufgetretene Überzeugung war, dass Menschen mit psychischen Problemen gefährlich waren - vor allem solche mit Schizophrenie, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit. Die Leute glaubten, dass einige psychische Probleme wie Essstörungen und

Drogenmissbrauch selbst zugefügt waren und die Befragten glaubten, dass Menschen mit psychischen Problemen in der Regel schwer anzusprechen seien. Menschen neigten dazu, diese negativen Überzeugungen unabhängig von ihrem Alter zu haben, unabhängig davon, welches Wissen sie über psychische Probleme hatten und unabhängig davon, ob sie jemanden, der ein psychisches Problem hatte, kannten. Neuere Studien über die Einstellung zu Personen mit einer Diagnose von Schizophrenie vermitteln ähnliche Ergebnisse. In beiden Fällen meinte ein bedeutender Anteil der Mitglieder der Öffentlichkeit, dass Menschen mit psychischen Problemen wie Depressionen oder Schizophrenie unberechenbar und gefährlich seien und dass es weniger wahrscheinlich sei, jemanden mit psychischen Problemen zu beschäftigen (vgl. Wang und Lai 2008; Reavley und Jorm 2011).

Stigmatisierende Überzeugungen über Menschen mit psychischen Problemen werden von einer breiten Palette von Individuen in der Gesellschaft vertreten, unabhängig davon, ob sie jemanden mit einem psychischen Problem kennen, ob sie ein Familienmitglied mit psychischer Erkrankung oder eine Erfahrungen mit psychischen Problemen haben (vgl. Crisp et al. 2000; Moses 2010; Wallace 2010). Zum Beispiel, Moses (2010) hat festgestellt, dass Stigma an Jugendliche mit psychischen Problemen von Familienmitgliedern, Gleichaltrigen und LehrerInnen gerichtet wurde. 46% dieser Jugendlichen beschreiben eine Stigmatisierung von Familienmitgliedern in Form von ungerechtfertigten Annahmen, Misstrauen, Vermeidung, Mitleid, Freundschaftsverlusten und sozialer Ablehnung.

5.1 Diskriminierung durch das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit

Goffman (1963) kommentierte, dass der Unterschied zwischen einer normalen und einer stigmatisierten Person eine Frage der Perspektive, nicht der Realität sei. Stigma (wie Schönheit) ist im Auge des Betrachters und eine Vielfalt von Beweisen unterstützt das Konzept der Stereotypen von psychischen Erkrankungen (vgl. Townsend 1979; Philo 1996; Byrne

1997). Bei Stereotypen handelt es sich um selektive Wahrnehmungen, die Menschen in Kategorien einordnen und die Unterschiede zwischen Gruppen ("sie und uns") übertreiben, um Unterschiede innerhalb von Gruppen zu verdecken (vgl. Townsend 1979). Wie bei rassistischen Vorurteilen machen Stereotype es leichter, Menschen zu entlassen und so hält der Stigmatisierende soziale Distanz.

Eine sehr starke Rolle bei der Stereotypenbildung spielen die Medien.

Einerseits werden Menschen mit Schizophrenie in den Medien als aggressiv und unberechenbar, vor allem in den Filmen dargestellt. Andererseits werden Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig als Opfer, pathetische Charaktere oder als Wahnsinnige dargestellt (vgl. Byrne 1997). Dies ähnelt der Erfahrung der körperlichen Behinderung, bei der Sympathien als ein Vorwand für soziale Distanz genutzt werden.

Im Kino und im Fernsehen ist eine psychische Erkrankung das Substrat für Komödien, Lachen mit den Charakteren (vgl. Byrne 1997) oder eine Art der Entschuldigung für Faulheit und Kriminalität.

Eine weitere verbreitete Vorstellung ist die direkte Verbindung von Gewalt und Schizophrenie (Abb.1).

Obwohl die Prävalenz von Gewalt bei psychiatrischen PatientInnen und in der Allgemeinbevölkerung ähnlich ist, werden die PatientInnen, die an Schizophrenie leiden, in den Medien oft als unvorhersehbar aggressiv und impulsiv dargestellt. Das Ergebnis sind eine erhöhte Stigmatisierung und schlechtere Behandlungsergebnisse. Mehrere Faktoren, darunter unzureichende soziale Unterstützung und Medikamenten-Missbrauch können aggressives Verhalten auslösen. Darüber hinaus ist die Herausforderung, schizophrene PatientInnen adäquat zu behandeln, ein wichtiger Risikofaktor für Aggression.

Aggressives Verhalten und Impulsivität finden sich häufig bei der paranoiden Schizophrenie und können sowohl bei akuten als auch bei chronischen Krankheiten auftreten. Impulsivität ist definiert als Aktion ohne Planung oder Reflexion und sie scheint mit einem Misserfolg der Verhaltensfilterung außerhalb des Bewusstseins zusammenhängen.

PatientInnen mit Schizophrenie können dysfunktionale Impulsivität und impulsive Aggression zeigen. Obwohl die neurobiologischen Aspekte der

Aggression bei PatientInnen mit Schizophrenie noch nicht gut verstanden werden, können Impulsivität und Aggression mit frontalen und temporalen Hirnanomalien korrelieren.

Zusätzlich können psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen mit anschließendem Misstrauen und Feindseligkeit zu aggressivem Verhalten führen. Oder Aggression kann impulsiv und durch ein frustrierendes Ereignis verursacht werden. Die PatientInnen können bei akuten Episoden aggressiver und gewalttätiger sein.

Es muss auch anerkannt werden, dass die Medien regelmäßig eine Rolle spielen, um stigmatisierende Stereotypen von Menschen mit psychischen Problemen aufrecht zu erhalten. Die populäre Presse ist ein Zweig der Medien, der häufig kritisiert wird, um diese Stereotypen zu verewigen. Zum Beispiel sind filmische Darstellungen von Schizophrenie oft stereotyp und durch Fehlinformationen über Symptome, Ursachen und Behandlung gekennzeichnet. In einer Analyse der englischsprachigen Filme zwischen 1990-2010, die mindestens ein Zeichen vom Schizophrenie darstellen, hat Owen (2012) festgestellt, dass die meisten Schizophrenen gewalttätiges Verhalten zeigen, ein Drittel dieser gewalttätigen Charaktere in mörderisches Verhalten verwickelt ist und ein Viertel Selbstmord begeht. Dies deutet darauf hin, dass negative Darstellungen von Schizophrenie in zeitgenössischen Filmen voreingenommene Überzeugungen sind und stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen verstärken. Während die Medien in den letzten Jahren immer besser auf die Darstellung von Anti-Stigmatisierungsmaterialien reagieren, deuten die Studien darauf hin, dass es in der Veröffentlichung von Stigmatisierungsartikeln der Nachrichtenmedien keinen proportionalen Rückgang gegeben hat, was darauf hindeutet, dass die Medien immer noch eine bedeutende Quelle von Stigmatisierungs- und relevanten Fehlinformationen sind (vgl. Thornicroft et al. 2013).

5.2 Strukturelle Diskriminierung

Aus der Biografie von Esso Leete, einem US-amerikanischen Patienten:
“Although physical abuse and neglect of mental patients is no longer

rampant, we continue to be faced with a less visible but no less brutalizing psychic cruelty: stigma. It has been my experience that there is nothing more devastating, discrediting, and disabling to an individual recovering from mental illness than stigma. This brand is a mark of disgrace, of shame. It signifies that an individual is different, someone to be avoided. Such a tainted person is seen as unbelievable and therefore untrustworthy. And persons who cannot be trusted must be feared" (vgl. Fink 1992).

Die Stigmatisierung schizophrener erkrankter Menschen ist vor allem auf das durch die Krankheit bedingte, normabweichende Verhalten zurückzuführen (vgl. Open the doors 2002). Zur Stigmatisierung kommt noch die geschichtliche Entwicklung des Schizophreniekonzepts, das wesentlich zur Entstehung von Vorurteilen gegenüber Schizophrenen beigetragen hat.

Die Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1857-1939) und Kurt Schneider (1887-1967) leisteten bei der Erforschung und Beschreibung der Schizophrenie Pionierarbeit, jedoch wurden einige ihrer Ergebnisse falsch aufgefasst.

Emil Kraepelin beschrieb die Schizophrenie als „Dementia praecox“ (vorzeitige Verblödung), eine zu seelischem Siechtum führende Geisteskrankheit, da seine Erfahrungen sich nur auf Krankheitsverläufe von PatientInnen in psychiatrischen Anstalten beschränkten. Die Öffentlichkeit assoziierte deshalb die Krankheit mit „Unheilbarkeit“.

Auch Eugen Bleuler trug weiter zur Verwirrung bei. Er führte den Begriff „Schizophrenie“ ein. Dieser wurde falsch rückübersetzt in „gespaltene Persönlichkeit“. Dies entsprach jedoch nicht seinen Intentionen. Er wollte eher die kognitive und affektive Störung betonen. Die Wissenschaft setzt aber seitdem Schizophrenie mit gespaltener Persönlichkeit gleich (vgl. Katschnig 2002).

Die Beschreibung von Kurt Schneiders „Symptomen ersten Ranges“ (Wahnideen und Halluzinationen), die für die Schizophreniediagnostik als zentral dargestellt wurden, führte bei der Öffentlichkeit dazu, Schizophrenie automatisch mit „Verrücktheit“ in Verbindung zu bringen. Schneider hatte aber nur die Absicht, Symptome zu formulieren, die es auch praktischen ÄrztInnen ermöglichen, leichter eine Schizophrenie zu

erkennen.

Das öffentliche Stereotyp eines/einer Schizophrenen stellt sich demnach so dar: die Person ist unheilbar krank, hat eine gespaltene Persönlichkeit und ist verrückt. (vgl. Katschnig 2002).

6 Folgen der Stigmatisierung

6.1 Angst vor professioneller Hilfe

Stigma verhindert, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Störungen überwinden. Nach Angaben des U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC), ist die stärkste Barriere, Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, zu behandeln. Behandlung ist Stigmatisierung (vgl. Griffith 2010). Mit einer psychischen Erkrankung können viele negative Gefühle bei betroffenen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern wie das Gefühl des Scheiterns, der Scham, Schuld oder Schwäche erzeugt werden. Das Gefühl, verurteilt oder geächtet zu sein führt dazu, dass zwei von drei Personen, die mit einer psychischen Störung diagnostiziert werden, sich weigern, Behandlung zu suchen und lieber undiagnostiziert bleiben. Selbst in der Behandlung fühlen sich viele mit ihrer Krankheit ausgestoßen und erleben möglicherweise weitere Komplikationen wie Depressionen oder Angststörungen. Für Jugendliche kann diese Herausforderung in ihren Entwicklungsjahren besonders schwierig sein, wenn sie ihre Identitäten immer noch prägen. Eine neue Studie des National Institute of Mental Health (NIMH) stellte fest, dass 90% der Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich mit einem Stigma in Bezug auf ihre Störung zurechtkommen müssen. Die Studie wurde von ForscherInnen an der Case Western Reserve University (CWRU) Mandel School of Applied Social Sciences durchgeführt und untersuchte die Auswirkungen der Reaktion der Außenwelt auf junge Erwachsene. Die Stigmata, die von Erwachsenen mit einer psychischen Störung behandelt wurden, wurden gut dokumentiert, aber die CWRU Studie stellt eine der ersten ihrer Art dar, um die gleiche Auswirkung auf Jugendliche zu betrachten. Der hohe Prozentsatz der Jugendlichen, die

mit einer Stigmatisierung fertig werden, berichtete von Scham, Isolation, sozialer Not oder einer Notwendigkeit, sich zu verbergen. Diese Gefühle werden sowohl durch Selbst- als auch durch öffentliche Stigmatisierungen verursacht. Negative Stereotypen und Diskriminierung über ihre psychische Erkrankung werden im Jugendalter verinnerlicht was Auswirkungen auf die Entwicklung und die spätere Funktionalität als erwachsener Mensch hat. Die Studie umfasste 40 Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren, 60% weiblich und 40% männlich, die jeweils im Durchschnitt zwei psychotrope Medikamente erhielten. Am häufigsten litten diese Jugendlichen entweder an Depressionen oder bipolarer Störung und mehr als die Hälfte litten unter psychischen Begleiterkrankungen.

Die Studie stellte ferner fest, dass die Haltung der Eltern und der Schule besonderen Einfluss auf die Art und Weise hat wie Jugendliche mit ihrer Geisteskrankheit umgehen und diese bewältigen. In den meisten Fällen haben Eltern und Schulen entweder dazu beigetragen, die Jugendlichen vor Scham oder Verlegenheit zu schützen, oder dazu beigetragen, die Gefühle der Isolation zu intensivieren. Eltern, die ihre Kinder akzeptierten, wie sie waren und sie trotz der Geisteskrankheit liebten, konnten ihren Kindern helfen, ihre Krankheit anzunehmen. Diese Eltern haben zur positiven Entwicklung ihrer Kinder beigetragen, so dass sie ein normales Leben führen können. Auf der anderen Seite, wenn Kinder wegen ihrer Krankheit von Eltern verstoßen wurden, hatte das negative Konsequenzen, die zum Stress und zur Ermöglichung der Stigmatisierung führten. Das schulische Umfeld kann eine noch drastischere Wirkung auf diese Jugendlichen haben. Die Stigmatisierung durch MitschülerInnen und LehrerInnen kann dazu führen, dass der/die Heranwachsende aus der Klassenbeteiligung ausgeschlossen wird. Das akademische Versagen, der Ausstieg aus der Schule und sogar der Selbstmord sind denkbar.

Vermeidung der Therapie ist wegen der Angst vor Ausgrenzung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr verbreitet.

Wenn Geisteskrankheiten aber unbehandelt bleiben, können schwere Konsequenzen auftreten. Verhaltensstörungen und psychische Störungen werden häufig Familienkrankheiten genannt, da die negativen Auswirkungen für alle Familienmitglieder spürbar sind, wenn nur ein

Mitglied eine Störung erleidet. Die gemeinsamen Konsequenzen einer Geisteskrankheit greifen auf die Familie, vor allem auf Kinder über, die dann oft unter ihrer eigenen Depression oder Angststörungen leiden. Jugendliche, die mit den Störungen bei ihren Eltern oder ihren eigenen Störungen kämpfen, können Entwicklungsproblemen, akademischem Versagen, Kriminalität, fehlender sozialer Kompetenz oder Drogenmissbrauch ausgesetzt werden. Am häufigsten führen unbehandelte Geisteskrankheiten zu Selbstmord. Selbstmord ist eine der zehn häufigsten Todesursachen in den USA. Im Jahr 2007 war Suizid die dritt führende Todesursache für 15- bis 24-Jährige, was 12% aller Todesfälle in dieser Altersgruppe entspricht. Im Jahr 2002 war der Selbstmord die führende Ursache für vorsätzlichen gewaltsamen Tod weltweit, mehr als Krieg und Totschlag. Am 11. September 2001 starben 3.000 AmerikanerInnen auf Grund von Terroranschlägen, aber über 40.000 AmerikanerInnen starben in selben Jahr durch Selbstmord. Soziale Missverständnisse über psychische Erkrankungen tragen zum Niedergang der öffentlichen Sicherheit und Gesundheit bei (vgl. Jackowska 2009).

6.2 Auswirkungen auf Angehörige

Öffentliches Stigma gegen Familienmitgliedern von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine negative Haltung der Öffentlichkeit, die Familienmitglieder für die geistige Krankheit ihrer Angehörigen verantwortlich macht (Tab.1). Familienstigmatisierung kann zu sozialen Einschränkungen, Verzögerung bei der Behandlung und Verschlechterung der Lebensqualität führen (vgl. Goffman 1963).

In der Arbeit von Goffman wird das Stigma gegen Familienmitglieder von Menschen mit psychischen Erkrankungen als "Höflichkeit oder assoziatives Stigma bezeichnet, das ist der Prozess, durch den eine Person durch die Vereinigung mit einem anderen stigmatisierten Individuum stigmatisiert wird".

Familienstigma enthält die Stereotypen der Schuld, Scham und Verunreinigung. Öffentliche Einstellungen, die Familienmitglieder der

Inkompetenz zu beschuldigen, können den Beginn oder Rückfall der geistigen Krankheit eines Familienmitgliedes verursachen. Obwohl Stigmatisierung von Familienmitgliedern nicht notwendigerweise auf die Stigmatisierung der PatientInnen zurückzuführen ist, haben Studien herausgefunden, dass Familienmitglieder Stigmatisierungsgefühle auf tatsächliches oder wahrgenommenes Stigma zurückführen konnten.

Die häufigsten Gründe für die öffentliche Stigmatisierung gegen Familienangehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen waren die Beschuldigung, dass die Familien es versäumt haben, ihren Verwandten mit psychischen Erkrankungen zu helfen und die empfohlene Behandlung einzuhalten oder die Familienmitglieder haben selber biogenetische, psychosoziale ("schlechte" Eltern / Pflege) Veranlagungen und/oder es werden übernatürliche Erklärungen für psychische Erkrankungen herangezogen.

Sowohl übernatürliche als auch nicht-übernatürliche Erklärungen für psychische Erkrankungen können zu Familienstigma führen. Als Ergebnis kann die Öffentlichkeit weniger Kontakt zu den PatientInnen entwickeln.

Die Familien verbergen oft ihre kranken Verwandten, was wiederum zu Verzögerungen bei der Behandlung führen kann. All dies führt zu schlechter Lebensqualität, Depressionen und erhöhter emotionaler Belastung für Angehörige.

7 Gesellschaftliche und therapeutische Konsequenzen

Warum ist Stigma von Bedeutung?

Stigma umfasst sowohl eine nachteilige Haltung als auch ein diskriminierendes Verhalten gegenüber Personen mit psychischen Problemen und die sozialen Auswirkungen beinhalten Ausgrenzung, schlechte soziale Unterstützung, schlechtere subjektive Lebensqualität und geringes Selbstwertgefühl (vgl. Livingston und Boyd, 2010). Stigma wirkt sich auch nachteilig auf die Behandlungsergebnisse aus und verhindert so eine effiziente und effektive Erholung nach psychischen Problemen (vgl. Perlick et al., 2001). Insbesondere die Selbststigmatisierung korreliert mit schlechteren beruflichen Ergebnissen (Arbeitserfolg) und erhöhter sozialer Isolation (vgl. Yanos et al. 2010). Diese Faktoren allein sind wesentliche Gründe für den Versuch, die Stigmatisierung der psychischen Gesundheit auszurotten und sicherzustellen, dass die soziale Eingliederung erleichtert und die Erholung effizient erreicht werden kann.

Förderung der sozialen Interaktion zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und gesunden Menschen erleichtert den Abbau von Berührungsängsten (vgl. Brown, 2010). Diese Methoden zielen darauf ab, Veranstaltungen zu organisieren, die die Massenbeteiligung fördern, den sozialen Kontakt zwischen Individuen mit und ohne psychische Probleme zu fördern und einen positiven Kontakt zwischen den Gruppen und die Offenlegung von psychischen Problemen zu ermöglichen. Die Analyse dieser Art von intergruppenbezogenen Ereignissen legt nahe, dass sie die Einstellung zu Menschen mit psychischen Problemen verbessern, die künftige Bereitschaft zur Offenlegung von psychischen Problemen erhöhen und Verhaltensweisen fördern, die mit Anti-Stigma-Engagement assoziiert sind (vgl. Evans -Lacko et al. 2012; Thornicroft, Brohan, Kassam & Lewis-Holmes, 2008).

Stereotypen und Stigmatisierung von psychischen Störungen sind häufig die größten Hindernisse für eine frühzeitige und erfolgreiche Behandlung. Insbesondere im Fall von Schizophrenie führt die Belastung der Stigmatisierung oft zur chronischen sozialen Beeinträchtigung.

Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden doppelt angefochten. Auf der einen Seite kämpfen sie mit den Symptomen und Behinderungen, die sich aus der Krankheit ergeben. Auf der anderen Seite werden sie durch die Stereotypen und Vorurteile, die aus Missverständnissen über psychische Erkrankungen entstehen, ausgegrenzt. Infolge von beidem werden Menschen mit psychischen Erkrankungen der Lebensqualität beraubt: gute Arbeitsplätze, sicheres Wohnen, zufriedenstellende Gesundheitsversorgung und Zugehörigkeit zu einer vielfältigen Gruppe von Menschen sind nicht möglich. Obwohl die Forschung weit fortgeschritten ist, um die Auswirkungen der Krankheit zu verstehen, hat sie erst vor kurzem begonnen, sich mit der Stigmatisierung von Geisteskrankheit zu beschäftigen. Es muss noch viel geleistet werden, um die Bandbreite und den Umfang des Vorurteils gegen Menschen mit Geisteskrankheit vollständig zu verstehen. Glücklicherweise haben SozialpsychologInnen und SoziologInnen seit mehreren Jahrzehnten Phänomene studiert, die mit Stigma in anderen Minderheiten zusammenhängen.

Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung hängen oft zusammen. SozialpsychologInnen betrachten Stereotypen als besonders effiziente soziale Strukturen, die von den meisten Mitgliedern einer sozialen Gruppe übernommen werden (vgl. Krueger 1996). Stereotypen gelten als "sozial", weil sie kollektiv vereinbarte Vorstellungen von Personengruppen darstellen. Sie sind "effizient", weil Menschen schnell Eindrücke und Erwartungen von Personen erzeugen können, die zu einer stereotypen Gruppe gehören (vgl. Hamilton 1994). Vorurteile, die grundsätzlich eine kognitive und affektive Reaktion sind, führen zu Diskriminierung. Vorurteile, die Zorn hervorbringen, können zu feindlichem Verhalten führen (z. B.: körperliche Schädigung einer Minderheitengruppe). In Bezug auf psychische Erkrankungen können wütende Vorurteile zu einer Zurückhaltung oder einem Ersatz der Gesundheitsversorgung durch Dienstleistungen des Strafjustizsystems führen. Alternativ führt das nach innen gerichtete Vorurteil zur Selbstdiskriminierung.

7.1 Strategien gegen öffentliche Stigmatisierung

Es ist dringend notwendig Wege zu entwickeln, mit denen Stigmatisierung und Diskriminierung reduziert werden können. Wie bereits beschrieben wurde, neigen die Menschen dazu, diese negativen Überzeugungen über psychische Gesundheitsprobleme unabhängig von ihrem Alter beizubehalten, unabhängig davon, welches Wissen sie über psychische Probleme haben und unabhängig davon, ob sie jemanden kennen, der ein psychisches Problem hat. Die Tatsache, dass solche negativen Einstellungen so verankert zu sein scheinen, deutet darauf hin, dass es Kampagnen bedarf, um diese Überzeugungen zu ändern. Diese müssen vielfältig sein, müssen mehr als nur Wissen über psychische Gesundheitsprobleme vermitteln und müssen bestehende negative Stereotypen herausfordern, vor allem die, die in den allgemeinen Medien dargestellt werden (vgl. Pinfold et al. 2003). In Großbritannien ist die "Time to Change" - Kampagne eines der größten Programme, das versucht, die Stigmatisierung zu adressieren. Die Kampagne wird von Wohltätigkeitsorganisationen und GesundheitsdienstleisterInnen unterstützt. Dieses Programm bietet Blogs, Videos, TV-Werbung und Promotion-Veranstaltungen an um zu helfen, das Bewusstsein für psychische Erkrankungen aufzubauen. Allerdings kann das Bewusstsein für psychische Probleme nur durch die Bereitstellung von Informationen über diese Probleme nicht eine einfache Lösung sein - zumal Personen, die über psychische Gesundheitsprobleme (z. B.: PsychiaterInnen, psychiatrische Krankenschwestern) am meisten wissen, regelmäßig starke Stigmatisierungsüberzeugungen über psychische Erkrankungen aufrecht erhalten (vgl. Schlosberg, 1993; Caldwell und Jorm 2001).

Wie können wir Stigma herausfordern?

Wir alle spielen eine Rolle bei der Schaffung einer geistig gesunden Gemeinschaft, die die Erholung und soziale Eingliederung unterstützt und die Diskriminierung reduziert. Einfache Möglichkeiten:

Lernen und Mitteilung der Fakten über psychische Gesundheit und

Krankheit.

Kennenlernen von Menschen mit persönlichen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen.

Ansprechen, wenn Freunde, Familie, KollegInnen oder die Medien falsche Überzeugungen und negative Stereotypen zeigen.

Die gleiche Unterstützung für Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen.

Keine Verurteilung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Sie sollen mit Respekt und Würde wie andere auch behandelt werden.

Keine Diskriminierung, wenn es um Partizipation, Wohnung und Beschäftigung geht.

Offener Diskurs über die Menschen mit Geisteskrankheit. Je mehr Geisteskrankheiten verborgen bleiben, desto mehr Menschen werden immer noch glauben, dass Geisteskrankheiten gefährlich sind und verborgen bleiben müssen.

Öffentliche Stigma-Management-Strategie: Protest, Bildung und Kontakt.

Die Veränderungsstrategien für die öffentliche Stigmatisierung gliedern sich in drei Ansätze: Protest, Bildung und Kontakt (vgl. Corrigan 1999).

Protest gegen ungenaue und feindliche Darstellungen von psychischen Erkrankungen als eine Möglichkeit, die Stigmata, die sie darstellen, in Frage zu stellen. Damit sollen die negativen Berichterstattungen und die ungenauen Darstellungen von psychischen Erkrankungen in den Medien gestoppt werden und die Öffentlichkeit soll die negativen Ansichten über psychische Erkrankungen überdenken. Allerdings ist Protest eine reaktive Strategie. Er versucht, negative Haltungen über Geisteskrankheit zu verringern, fördert aber nicht die positiven Haltungen.

Bildung dagegen bietet Informationen, damit die Öffentlichkeit fundierte Entscheidungen über psychische Erkrankungen treffen kann. Dieser Ansatz zur Veränderung der Stigmatisierung wurde von den ErmittlerInnen am gründlichsten untersucht. Die Forschung hat zum Beispiel gezeigt, dass Personen, die ein besseres Verständnis von psychischen

Erkrankungen haben, weniger wahrscheinlich bereit sind, Stigmatisierung und Diskriminierung zu unterstützen (vgl. Roman 1981). Daher scheint die strategische Bereitstellung von Informationen über psychische Erkrankungen negative Stereotypen zu verringern. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Teilnahme an Bildungsprogrammen zur psychischen Erkrankung zu einer besseren Einstellung zu Personen mit diesen Problemen führte (vgl. Penn 1994). Bildungsprogramme sind effektiv für eine Vielzahl von TeilnehmerInnen, einschließlich StudentInnen, Jugendliche, BewohnerInnen einer Gemeinschaft und Personen mit psychischen Erkrankungen.

Stigmatisierung wird noch weiter vermindert, wenn Mitglieder der Gesellschaft Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in der Lage sind berufstätig zu sein, als KollegInnen oder Mitglieder ihrer Gemeinden positiv erleben. Die Forschung hat eine umgekehrte Beziehung zwischen dem Kontakt mit einer Person mit psychischen Erkrankungen und der Anerkennung der Stigmatisierung gezeigt (vgl. Corrigan 2001). Daher kann der Kontakt mit Personen mit schweren psychischen Erkrankungen im öffentlichen Raum zum Abbau der Stigmatisierung führen. Der zwischenmenschliche Kontakt wird noch verstärkt, wenn die allgemeine Öffentlichkeit in der Lage ist, Menschen mit psychischen Erkrankungen als KollegInnen zu integrieren.

8 Zusammenfassung

Die Lebensbedingungen der Menschen mit Schizophrenie hängen nicht nur von der Schwere der Krankheit sondern auch von ihrer Akzeptanz in der Gemeinschaft ab. Trotz der jüngsten Behandlungsfortschritte leiden die an Schizophrenie Erkrankten unter einer beträchtlichen Stigmatisierung, die den Zugang zur Behandlung und ihre volle Integration in die Gesellschaft verhindert. Stigma wurde als ein Attribut konzipiert, das die Person diskreditiert, die von anderen als minderwertiger wahrgenommen wird. Allerdings sind Personen mit Schizophrenie nicht die einzigen, die stigmatisiert werden. Das Stigma wird auch auf Verwandte, enge Freunde und alle diejenigen, die in engem Kontakt mit psychisch Kranken stehen, einschließlich psychosoziale Gesundheitsfachkräfte, ausgeweitet. Die meisten bisherigen Studien versuchten Stigmatisierung zu verstehen, indem sie öffentliche Einstellungen und Überzeugungen untersuchten. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurden die Bemühungen zur Bekämpfung von Stigmatisierung vor allem darauf gerichtet, diese stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Schizophrenie zu verändern. Die Ergebnisse zeigen, dass psychiatrische PatientInnen der Stigmatisierung in vielerlei Hinsicht ausgesetzt sind und deuten darauf hin, dass die Bemühungen um Stigmatisierung nicht nur darauf gerichtet sein sollten, die Einstellungen der Gemeinschaft zu verbessern, sondern dass diese Programme auch PatientInnen und Angehörige einschließen sollten.

9 Diskussion

Es ist schwierig, langfristig die Effektivität von einer Vielzahl von bestehenden Anti-Stigma-Initiativen vorherzusagen. Die positive Berichterstattung über diese Anti-Stigma-Initiativen und die Betroffenen sind von wesentlicher Bedeutung für die Verbreitung von positiven Bildern von psychisch Erkrankten. Unabhängig von den Mitteln (Bildung, Rechtsbehelfe, Protest, Änderung im Gesundheitswesen) ist das Ziel die Förderung der sozialen Eingliederung und die Verringerung der Diskriminierung. Die Art dieser Diskriminierung wird sich ändern, wenn die Praktiken der Diskriminierung erfolgreich angefochten werden. Die Aufgabe besteht darin, Vorurteile in jedem Kontext zu identifizieren. Die Untersuchung der Leistungen anderer Antidiskriminierungsbewegungen zeigt, dass die psychischen Erkrankungen noch zu stark mit Stigmata behaftet sind und die Diskriminierung aus unterschiedlichen Perspektiven fortgesetzt wird.

10 Literatur

1. BASTA - Bündnis für psychisch erkrankte Menschen. Gegen Diskriminierung psychisch Kranker (2016): Über Schizophrenie [online] http://openthedoors.de/de/ueber_shizophrenie.php [26.10.2016].
2. Bier, Filine (2005): *Qualitative Passantenbefragung zu Aspekten der Stigmatisierung Schizophrener im Rahmen einer Antistigmationskampagne*, Dissertation: Starnberg.
3. Brown, Rupert (2010): *Prejudice: Its Social Psychology*, 2nd Edition, Wiley-Blackwell.
4. Brusten M., Hohmeier J. (Hrsg.) (1975): *Stigmatisierung*, Band 1: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, Luchterhand.
5. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL (2001): Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness, *Schizophr Bull*.
6. Corrigan, Patrick und Penn D (1999): *Contemporary beliefs about mental illness among medical students: implications for education and practice*, *Am Psychol*.
7. Deegan PE (1990): *Spirit breaking: when the helping professions hurt*, *Human Psychologie*.
8. Fabrega H Jr und Compr Psychiatry (1991): *Psychiatric stigma in non-Western societies. Psychiatric stigma in non-Western societies*, *Compr Psychiatry*.
9. Farina A., Fisher J., Fischer E (1992): *Societal factors in the problems faced by deinstitutionalized psychiatric patients*. In: Fink P, editor; Tasman A, editor. *Stigma and mental illness*, Washington: American Psychiatric Press.
10. Fiebach, Constanze (2013): *Stigmatisierung Schizophreniekranker in literarischen und außerliterarischen Diskursen*, Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag.
11. Finzen, Asmus (1996): *Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
12. Goffman, Ervin (1963): *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

13. Griffith S (2010): *Study Finds Adolescents Cope With Mental Illness Stigmas*, Case Western Reserve University.
14. Hamilton DL, Sherman J.W. (1994): *Stereotypes*. In: Wyer RS Jr, Srull TK, editors. *Handbook of social cognition*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
<http://sciencev1.orf.at/science/news/125377> [13.7.2016].
http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizophrenie_gewalt.html [13.9.2016].
<http://www.springermedizin.at/artikel/39763-falsche-mediendarstellung-schaedigt-psychisch-krank> [06.11.2016].
15. Jackowska E (2009): *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia--a survey of studies and psychological mechanisms*, *Psychiatr Pol*. 2009 Nov-Dec;43(6):655-70. Review. Polish.
16. Jones EE, Farina A, Hastorf A.H, Markus H, Miller D.T, Scott R. (1984): *Social stigma: the psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
17. Krueger J (1996): *Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics*, *J Pers Soc Psychology*.
18. Link B.G (1987): *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection*, *Am Sociol Review*.
19. Lipp, Wolfgang (2010): *Stigma und Charisma. Über soziales Grenzverhalten*, Würzburg: Ergon Verlag.
20. Livingston, James und Boyd Jennifer (2010): *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis*, Elsevier.
21. Martin Jack K., Pescosolido Bernice A., Tuch S.A (2000): *The Role of 'Disturbing Behavior,' Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness*, Vol. 41, No. 2, *Journal of Health and Social Behavior*.
22. Mary Keane RN (1990): *Contemporary beliefs about mental illness among medical students: implications for education and practice*, *Acad Psychiatry*.
23. Moses, Tally (2010): *Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders*, *Social Science & Medicine*.

24. Nass G. (1981): *Zur Psychogenese der Stigmatisierung*; In Haesler W. T. (Hrsg.): *Stigmatisierung durch Strafverfahren und Strafvollzug*, Rüegger Verlag.
25. Olafsdottir, Sigrun (2008): *Medicalizing Mental Health: A Comparative View of the Public, Private, and Professional Construction of Mental Illness*, Dissertation, Humanities and Social Sciences.
26. Open the Doors (2016): *Das Anti-Stigma-Programm „Open the doors“* [online]. <http://www.openthedoors.com/> [17.11.2016].
27. Owen, Patricia (2012): *Portrayals of schizophrenia by entertainment media: a content analysis of contemporary movies*. Psychiatr Serv.
28. Page, Robert (1984): *Stigma*, Concepts in Social Policy, Vol. 2. Routledge & Kegan Paul.
29. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M (1994): *Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?*, Schizophr Bull.
30. Phelan J., Link B., Stueve A, Bernice A. (2000): *Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared?*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 41, No. 2.
31. Psychosoziale-Gesundheit.net (2016): *Schizophrenie und Gewalt* [online]
32. Reavley, Nicola und Jorm Anthony (2011): *Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.
33. Roman PM. und Jr Floyd HH., (1981): *Jr Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment*, Soc Psychiatry.
34. Science ORF.at (2016): *Schizophrenie* [online]
35. Segal SP, Baumohl J, Moyles EW (1980): *Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity*, Journal of Health and Social Behavior.
36. Springer Medizin.at (2016): *Falsche Mediendarstellung schädigt psychisch Kranke* [online]
37. Steger, Florian (Hrsg) (2007): *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie*, Psychosozial Verlag.

38. Thornicroft Amalia, Goulden Robert, Shefer Guy, Rhydderch Danielle, Rose Diana, Williams Paul, Thornicroft Graham, Henderson Claire (2013): *Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011*, The British Journal of Psychiatry.
39. Wahl, Otto (1995): *Media madness: public images of mental illness*, New Brunswick: Rutgers University Press.
40. Wang J und Lai D (2008): *The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression*, Journal of Affective Disorders.
41. Weiner B, Perry RP, Magnusson J, Pers J (1988): *Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?* Journal of Personality and Social Psychology.
42. Wundsam, Kerstin (2004): *Anti-Stigma Projekte in der Psychiatrie*, Dissertation, München.
43. Yanos, Philipp, David Roe, Lysaker Paul (2010): *The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness*, Psychiatric Rehabilitation Journal.

11 Anhänge

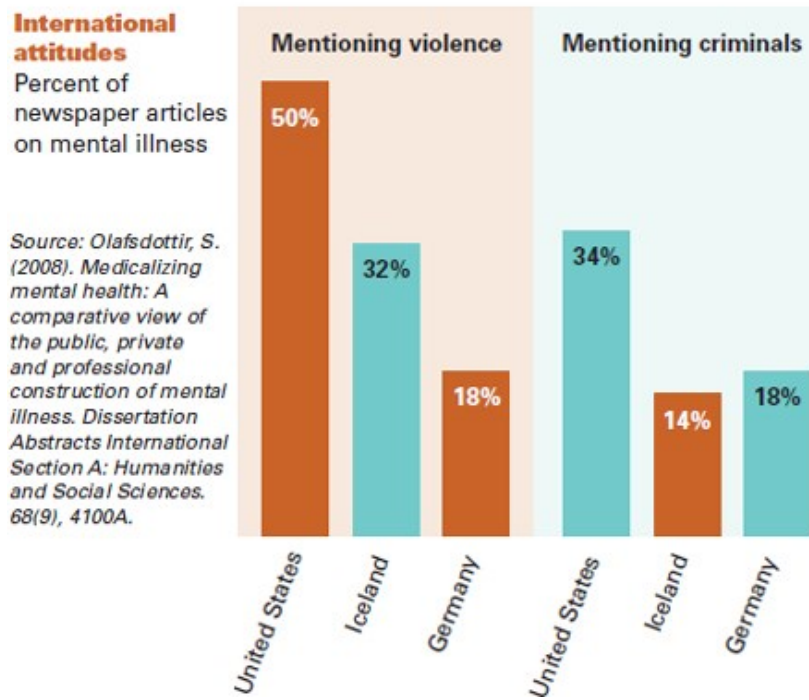


Abbildung 1. (vgl. Olafsdottir, Sigrun 2008)

Stigma by the numbers

Percentage of Americans reporting they are definitely or probably unwilling to have a person with mental illness:

Source: Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). *Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior," labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness.* Journal of Health and Social Behavior, 41, 208–223.

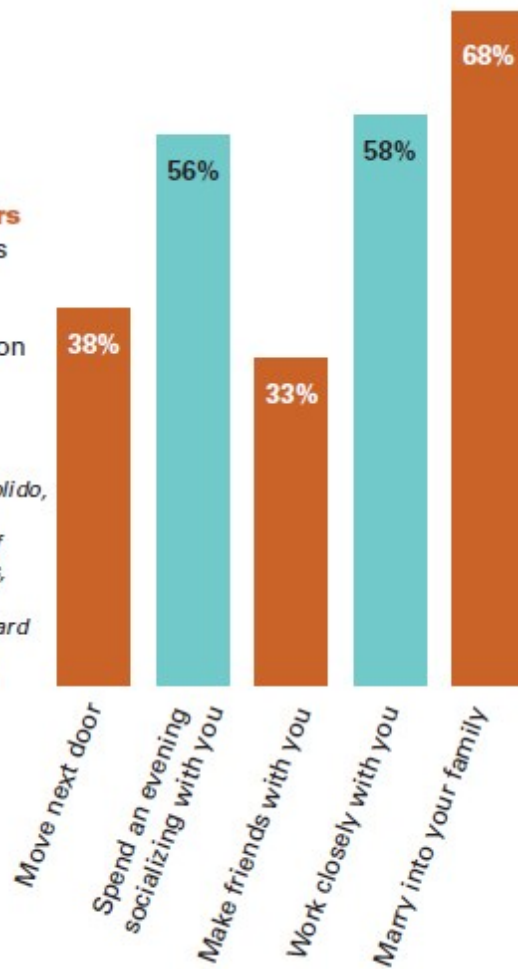


Abbildung 2. (vgl. Martin et. al 2000)

Table 1

Mean score of items measuring family stigma in GGFR, south west Ethiopia, 2012

Item	Possible scores [*]	Mean	SD
Families with a member who is mentally ill should be treated in the same way they treat other families (reverse coded)	1-5	2.81	1.23
I believe that parents of children with a mental illness are not just as responsible and caring as other parents	1-5	2.43	1.07
People should keep their family member with mental illness behind locked doors	1-5	2.24	1.05
Families with a member of serious mental illness should not be visited as often as families without mental illness	1-5	2.21	0.98
Parents of children with mental illness should be blamed for the mental illness of their children	1-5	2.18	1.13
It would be foolish to marry a family member of a man/woman who has suffered from mental illness	1-5	2.13	1.05
I do not feel good to be friends with families that have a relative who is mentally ill living with them	1-5	2.09	1.00
Families with a member of serious mental illness should be ashamed of them selves	1-5	1.99	1.04
People should never tell to anyone that they have a family member with mental illness	1-5	1.94	0.85
Families with a member of mental illness should not be allowed to be a member of social gatherings and institutions	1-5	1.63	0.85
Overall score	1-5	2.16	0.49

^{*} (1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neutral, 4 = agree, 5 = strongly agree).
(Goffman:1963)