

WESTFÄLISCHE WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

Fachbereich 6

Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaft

Diplomarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Diplom-Pädagogen

Thema:

Das Stigma „Schizophrenie“ –
Möglichkeiten der Entstigmatisierung
und Stigma-Bewältigung

Vorgelegt von: Michael Brunert

am: 11. Januar 2002

Gutachter: Prof. Dr. Helmut Mair

Ko-Gutachter: Prof. Dr. Jürgen Hohmeier

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	4
2 Schizophrenie.....	7
2.1 Das Bild der Schizophrenie in der Bevölkerung.....	7
2.2 Zur Geschichte des Begriffs <i>Schizophrenie</i>	7
2.3 Symptomatik.....	10
2.3.1 Grundsymptome der Schizophrenie.....	11
2.3.2 Akzessorische Symptome der Schizophrenie.....	15
2.3.3 Erhaltene gesunde Anteile.....	19
2.4 Verlaufsformen der Schizophrenie.....	17
2.5 Epidemiologie.....	20
2.6. Ätiologie.....	21
2.6.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell der Schizophrenie	
22	
2.6.1.1 Biologische Bedingungsfaktoren.....	25
2.6.1.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren.....	27
2.6.1.2.1 Familiäre Einflüsse.....	27
2.6.1.2.1.1 Mangelhafte Familiäre Kommunikation.....	28
2.6.1.2.2 Milieubedingte Faktoren.....	29
2.6.1.3 Zusätzliche Belastungen.....	30
2.6.1.4 Zusammenfassung.....	32
2.7 Zur Gewaltbereitschaft schizophrener Menschen.....	31
2.8. Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch Schizophrenie.....	35
3. Stigma und Stigmatisierung.....	38
3.1 Begriffsdefinition.....	38
3.2. Stigmatypen.....	39
3.3 Verschiedene „moralische Werdegänge“.....	41
3.4 Der Labeling-Ansatz.....	43

3.5 Der „ <i>modifizierte</i> “ Labeling-Ansatz.....	46
3.6 Der Prozess der Stigmatisierung und seine Funktion für die Gesellschaft	49
3.6.1 Der Stigmatisierungsprozess.....	49
3.6.2 Zur Funktion von Stigmatisierung für die Gesellschaft.....	50
3.7 Stellt Schizophrenie tatsächlich ein Stigma dar?.....	51
3.7.1 Kinder und Stigmatisierung.....	59
3.8 Einflussfaktoren der Stigmatisierung.....	59
3.8.1 Kann Kontakt zu psychisch Kranken Stigmatisierungstendenzen mindern?.....	60
3.8.2 Ist die Tendenz zur Stigmatisierung altersabhängig?.....	61
3.8.3 Einfluss weiterer Faktoren.....	63
3.8.4 Der Einfluss von Wissen über psychische Krankheit.....	63
3.9 Stigmatisierung aus Sicht der Betroffenen.....	64
3.10 Die Darstellung psychischer Krankheiten in den Medien.....	66
3.10.1 Beeinflussbarkeit der Einstellungen durch die Medien.....	70
3.11 Zusammenfassung.....	72
4. Anti-Stigma-Strategien.....	74
4.1 Entstigmatisierung.....	74
4.1.1 Umsetzung von Anti-Stigma-Arbeit im Alltag.....	76
4.1.1.1 Förderung des Kontaktes zu psychisch Kranken.....	76
4.1.1.2 Aufklärung über psychische Krankheiten.....	75
4.1.1.2.1 Bevorzugte Zielgruppen für die Aufklärung.....	79
4.1.1.2.2 Anti-Stigma-Arbeit an Schulen.....	80
4.1.1.3 Protest.....	82
4.1.1.4 Gesetzliche, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen..	86
4.1.2 Anti-Stigma-Kampagnen.....	88
4.1.2.1 Die weltweite Kampagne „ <i>Schizophrenia – Open the Doors</i> “	
89	
4.1.2.1.1 Kritik an der „ <i>Open the Doors</i> “-Kampagne.....	90
4.2 Stigmabewältigung.....	94
4.2.1 Verheimlichen oder offenbaren?.....	93

4.2.2 Vermeidung von Selbststigmatisierung..... 97

5. Zusammenfassung und Schlussbetrachtung..... 99

6. Literaturverzeichnis.....104

Wir müssen mit gutem Beispiel vorangehen und auf die Worte achten, die wir benutzen, denn Worte können gefährlich sein. Es gibt Worte, die verletzen und demütigen, die Misstrauen und Hass säen. Und es gibt Worte, deren Sinn entstellt wird und die dazu missbraucht werden, Menschen zu beherrschen und zu diskriminieren.¹

1 Einleitung

Das oben stehende Zitat stammt aus dem Buch „Papa, was ist ein Fremder?“, welches in Frankreichs Schulen mittlerweile zur Pflichtlektüre geworden ist. T. BEN JELLOUN versucht, seiner Tochter zu erklären, was Fremdenangst bedeutet und wie schnell diese zu Hass und Diskriminierung führen kann.

Auch psychisch kranke Menschen werden häufig gefürchtet und aufgrund ihrer Erkrankung benachteiligt und diskriminiert, weil sie vielen von uns *fremd* sind. So haben viele von ihnen Probleme, eine geeignete Arbeitsstelle oder eine Wohnung zu finden. Vielen bleiben auch die üblichen Möglichkeiten, ihre Freizeit gemeinsam mit anderen Menschen, beispielsweise in einem Sport- oder Musikverein zu verbringen aus Angst vor Zurückweisung verschlossen. Dies alles geschieht oft allein aufgrund der Tatsache, dass sie bereits einmal oder mehrfach an einer psychischen Erkrankung litten und sich daher eventuell einer stationären oder ambulanten Behandlung unterziehen mussten. Besonders hart trifft es dann diejenigen, die mit der Diagnose „Schizophrenie“ konfrontiert werden. Mehr noch als alle anderen müssen sie mit den Vorbehalten und Vorurteilen ihrer Mitmenschen leben. Auch der Begriff „Schizophrenie“ ist eines von den Worten, die häufig entstellt und missbraucht werden.

Dabei wären die meisten derjenigen, die an dieser Erkrankung leiden, durchaus in der Lage, den in Frage kommenden Job gewissenhaft auszuführen oder sie wären zuverlässige Mieter und wertvolle Vereinsmitglieder. Das einzige Merkmal, das sie von anderen Menschen unterscheidet – ihr Stigma –, besteht in ihrer psychischen Erkrankung. Nur aufgrund dieses einen Merkmals werden sie

¹ BEN JELLOUN, T. (1996): *Papa, was ist ein Fremder? Gespräch mit meiner Tochter.* - Berlin, S. 96.

in ihrer Person als ganze diskreditiert, wobei ihnen eine ganze Reihe wichtiger gesellschaftlicher Türen verschlossen bleibt.

Während meines Zivildienstes in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen, sowie bei verschiedenen Praktika und Jobs im sozialpsychiatrischen Bereich während meines Studiums, konnte ich erfahren, wie schwierig es psychisch Kranke im Alltagsleben haben.

Immer wieder ist zu beobachten, dass Wohnungs- oder Arbeitsplatzsuche erschwert werden, wenn dem potentiellen Vermieter oder Arbeitgeber bekannt wird, dass die betreffende Person, Bewohner oder Klient dieser oder jener psychiatrischen Einrichtung war oder ist und somit als psychisch krank *geoutet* wird. Zudem musste ich erleben, wie schwierig es für psychisch Kranke ist, Kontakte zu anderen „gesunden“ Menschen zu knüpfen und aufrecht zu erhalten.

Auch im eigenen Verwandtschafts- und Freundeskreis stieß ich immer wieder auf Vorbehalte und Vorurteile, wenn ich von meiner Arbeit berichtete. Diese Voreingenommenheit äußerte sich in Aussagen oder Fragen wie: „Ich könnte das nicht – mit *solchen* Leuten!“ oder „*Denen* kann man doch sowieso nicht helfen.“ und „Ist das nicht gefährlich?“

Durch diese persönlichen Erfahrungen, und da dies zur Zeit unter Psychiatrie-Erfahrenen und in Fachkreisen ein aktuelles und viel diskutiertes Thema ist, entstand die Idee, mich in meiner Diplomarbeit näher mit dem Problem der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ganz besonders derjenigen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, zu beschäftigen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, den Mechanismus einer Stigmatisierung im Allgemeinen, und dem gegenüber Menschen mit einer schizophrenen Psychose im Besonderen, zu erläutern und das Ausmaß der Stigmatisierung und die Folgen für die Betroffenen aufzuzeigen. Dabei möchte ich unter anderem auf die Rolle der Medien bei der Meinungsbildung der Bevölkerung in Bezug auf psychisch Kranke eingehen.

Zunächst ist es notwendig, zu klären, was sich hinter dem Begriff „Schizophrenie“ tatsächlich verbirgt. Denn oft sind es Unwissenheit oder Halbwissen, die eine falsche Vorstellung von psychischer Krankheit erzeugen, unter der die Betroffenen zu leiden haben.

Im Anschluss an diese Ausführungen soll dann die Frage stehen, wie der Bevölkerung ein realistisches Bild von Schizophrenie vermittelt werden kann, um so das Prestige von Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt zu verbessern, die soziale Distanz zu ihnen zu verringern und Möglichkeiten, die der Einzelne hat aufzuzeigen, die mit einer Stigmatisierung einhergehenden Probleme besser zu bewältigen, solange eine Entstigmatisierung in weiten Kreisen der Bevölkerung noch nicht gelungen ist. Deshalb sollen abschließend verschiedene Möglichkeiten von Entstigmatisierung und Stigmabewältigung aufgezeigt und kritisch bewertet werden.

2 Schizophrenie

Bevor in meinen Ausführungen darauf eingegangen werden kann, wie und warum Menschen mit Schizophrenie diskriminiert und ausgegrenzt werden, ist es notwendig, zunächst zu klären, was sich hinter diesem Krankheitsbegriff verbirgt. Wie sich im weiteren Verlauf noch zeigen wird, ist es keineswegs selbstverständlich, dass jedermann eine realistische Vorstellung davon hat, was die Diagnose „Schizophrenie“ tatsächlich bedeutet. Obwohl ca 1% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Schizophrenie erkrankt. Damit ist diese Krankheit in etwa so häufig, wie Diabetes.²

2.1 Das Bild der Schizophrenie in der Bevölkerung

Viele Menschen halten Schizophrene für gefährlich, gewalttätig und unberechenbar. Dies hängt zum Teil auch damit zusammen, dass mit dem Begriff „Schizophrenie“ oftmals die Vorstellung von einer Bewußtseins- oder Persönlichkeitsspaltung verbunden ist,³ ähnlich wie sie im Falle von Stevensons Roman *Dr. Jekyll u. Mr. Hyde* beschrieben wird. Oft wird vermutet, dass analog zu diesen oder ähnlichen literarischen Vorbildern, eine gute und eine böse Person nebeneinander in einem Menschen existieren. Dieses Krankheitsbild entspricht jedoch, wenn überhaupt, eher einer *multiplen Persönlichkeitsstörung*.⁴ Bei solch einer Störung wechseln die Betroffenen oft von einem Moment zum anderen zwischen zwei oder mehreren Persönlichkeiten, die auch ein unterschiedliches Geschlecht und Alter haben können, hin und her.

Ein weiteres, weit verbreitetes Vorurteil im Zusammenhang mit Schizophrenie ist die Annahme, die Krankheit sei unheilbar und nähme daher einen dauerhaft negativen Verlauf. Verschiedene Langzeitstudien haben jedoch gezeigt, dass der

² Vgl. FINZEN, A. (2001a): *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*. 2. korrig. Aufl. - Bonn, S. 11.

³ Vgl. HOLZINGER, A. / ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1998): *Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein?* In: *Psychiatr. Prax.* 25 (1998), S. 10.

⁴ Vgl. ebd., S. 12.

langfristige Verlauf der Krankheit von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein kann und nur in einem Teil der Fälle mit einem dauerhaft ungünstigen Verlauf zu rechnen ist.

Ebenso entspricht das Wissen des Durchschnittsbürgers um Ursachen und Entstehungsbedingungen der Schizophrenie in der Regel nicht dem aktuellen Stand der Forschung. Viele Menschen sind daher noch immer der Ansicht, Schizophrenie sei eine ansteckende Krankheit und sie versuchen dementsprechend, Kontakt mit vermeintlich „infizierten“ Personen zu vermeiden. Andere wiederum glauben, schuld an der Erkrankung sei die Erziehung oder das familiäre Umfeld, wobei insbesondere die Mutter durch ihr Fehlverhalten ursächlich für die Entstehung einer schizophrenen Psychose verantwortlich sei.

Diese vor allem in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts vorherrschende Lehrmeinung, die heute weitgehend als überholt angesehen wird, hält sich unter Laien bis heute hartnäckig und führt dazu, dass die Angehörigen Schizophrener von Außenstehenden vielfach als Schuldige angesehen werden und in annähernd gleicher Weise unter einer Ausgrenzung zu leiden haben, wie die Betroffenen selbst.⁵

Die Unwissenheit hinsichtlich der Schizophrenie kann damit zusammenhängen, dass man streng genommen nicht von *der* Schizophrenie sprechen sollte, sondern korrekterweise von der *Gruppe der Schizophrenien* sprechen muss, da jede Erkrankung einen individuellen Verlauf nimmt und mit den verschiedensten Symptomen einhergehen kann. Dazu meinen beispielsweise DÖRNER und PLOG: „*Die Schizophrenie gibt es nicht. Oder: Jeder entwickelt seine eigene Schizophrenie.*“⁶

Letztlich werden sehr viele verschiedene Krankheitsbilder, die auf den ersten Blick nur wenig gemein haben unter der Sammelbezeichnung *Schizophrenie* zusammengefasst. Dies hat sicher nicht unbedingt zu einem klaren und eindeutigen Verständnis der Krankheit in der Bevölkerung beigetragen.

⁵ Vgl. FINZEN, A. (2001a): a.a.O., S. 43ff.

⁶ DÖRNER, K. / PLOG, U. (1996): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie Psychotherapie* 1. Ausg. d. Neuaufl. - Bonn, S. 151.

2.2 Zur Geschichte des Begriffs *Schizophrenie*

Der Begriff *Schizophrenie* wurde im Jahr 1911 durch E. BLEULER eingeführt. Er bezeichnete damit eine Gruppe von psychischen Störungen, die KRAEPLIN einige Jahre zuvor erstmals unter dem Begriff „Dementia praecox“ (=frühzeitiger Verlust des Verstandes) zusammengefasst hatte.

Den Begriff „Dementia praecox“ hielt BLEULER jedoch aus zwei Gründen für ungeeignet: Zum einen führt das damit umschriebene Krankheitsbild keineswegs zu einem rapiden Abbau der Intelligenz, wie es bei den Altersdemenzen (z.B. Alzheimer) der Fall ist und zum anderen tritt die Krankheit nicht unbedingt immer schon in jungen Jahren auf, sondern in fast der Hälfte der Fälle noch jenseits des 30. Lebensjahres.⁷

Er wählte die Bezeichnung *Schizophrenie* deshalb,

weil die wesentliche Störung in einer Aufspaltung (schizo = ich spalte) des „Geistes“ (phren = Geist), einer Spaltung des Bewußtseins oder der Gesamtpersönlichkeit, einer mangelhaften Einheit des Denkens, Fühlens und Wollens, einer elementaren Schwäche der Integration der Triebe und Gefühle wie des Denkens zu liegen schien. Vorsichtig und nichts vorwegnehmend sprach er nicht von *einer* Krankheit Schizophrenie, sondern von der „*Gruppe der Schizophrenien*“.⁸

BLEULER meinte damit also *nicht* die Spaltung eines Menschen in zwei oder mehrere völlig unterschiedliche Persönlichkeiten, die von der Existenz der anderen nichts wissen, sondern die Tatsache, dass Denken, Fühlen und Wollen, die idealerweise eine harmonische Einheit bilden, untereinander nicht in Einklang gebracht werden können, weil einzelne Bereiche gestört sind. Er war sich dabei der Schwächen des vorgeschlagenen Ausdrucks bewußt, doch fand er – wie im Übrigen auch niemand nach ihm – keine bessere Alternative. Obwohl er sich im Klaren darüber war, dass unter diesem Begriff wahrscheinlich

⁷ Vgl. HUBER, G. (1999): *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. vollst. überarb. und aktual. Aufl. - Stuttgart, S. 254.

⁸ Ebd.

mehrere Krankheiten subsummiert wurden, gebrauchte er ihn der Einfachheit halber im Singular.⁹ Dies hat sich bis heute im allgemeinen Sprachgebrauch durchgesetzt. Aus der Übersetzung des griechischen Begriffs entwickelte sich die Vorstellung von der gespaltenen Persönlichkeit, die sich in der Bevölkerung immer noch hartnäckig hält.

2.3 Symptomatik

Wenn der Begriff Schizophrenie *nicht* eine gesplante oder multiple Persönlichkeit bezeichnet, welche Symptome sind dann kennzeichnend für eine schizophrene Psychose?

E. BLEULER unterscheidet zwischen *Grundsymptomen* auf der einen und sogenannten *akzessorischen* (das heißt zusätzlichen) Störungen, die als Folgeerscheinung der Grundsymptome zu betrachten sind, auf der anderen Seite. Vielfach verbreitet ist die Unterteilung nach positiven (produktiven) und negativen (Minus-) Schizophreniesymptomen, die nach TÖLLE „aus der älteren englischen Psychiatrie stammt und heute in pharmakotherapeutischer und neurobiologischer Sicht bevorzugt wird“¹⁰. Verschiedentlich wird auch nach primären und sekundären schizophrenen Symptomen differenziert. Diese Unterscheidung ist nicht völlig identisch mit der Differenzierung zwischen Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen, doch schließe ich mich der Übersichtlichkeit halber der Ansicht von TÖLLE an: „Die Begriffe ‚Grundsymptome‘, ‚primäre Symptome‘ bzw. ‚negative Symptome‘ und ‚Basisstörungen‘ beinhalten überwiegend die gleichen Störungen.“¹¹

⁹ Vgl. BLEULER, E. (1911): *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. - Leipzig. Reprint (1988): Mit einem Vorwort von M. BLEULER. - Tübingen. Zit. in: FINZEN, A. (2001b): *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen*. 5. Aufl. - Bonn, S. 21.

¹⁰ TÖLLE, R. (1996): *Psychiatrie*. 11. Aufl. - Berlin, S. 189.

¹¹ Ebd.

2.3.1 Grundsymptome der Schizophrenie

FINZEN¹² teilt die Grundsymptome in Anlehnung an BLEULERS Systematik weiter auf in:

- a) Störungen des Denkens
- b) Störungen des Gefühls
- c) Störungen des Wollens, Handelns und Ich-Erlebens

a) *Störungen des Denkens*

Zu den Störungen des Denkens gehören die sogenannten *formalen* Denkstörungen.¹³ Wenn solche formalen Denkstörungen vorliegen, laufen verschiedene Gedanken wild durcheinander, so dass die Betroffenen sprichwörtlich *keinen klaren Gedanken* fassen können - sie werden von sehr vielen Gedanken gleichzeitig regelrecht überflutet. Aber auch der umgekehrte Fall kann eintreten: Einzelne Gedanken drängen sich plötzlich so in den Vordergrund, dass der Betroffene von ihnen derart eingenommen wird, dass er sich auf andere Ideen nicht mehr konzentrieren kann.¹⁴ Die Folge können Begriffsveränderungen oder –verbindungen oder die Kreation völlig neuer Wörter (Neologismen) sein. Möglich ist auch ein plötzliches Abreißen einzelner Sätze und Gedankengänge. Für den Außenstehenden wirkt das Denken dann sprunghaft, zerfahren, zusammenhanglos und unverständlich. Für den Betroffenen selbst kann sich ein Gefühl von fehlender Kontrolle über die eigenen Denkvorgänge und infolgedessen ein Gefühl der Unsicherheit in Situationen, in denen verbale Kommunikation gefordert ist, einstellen.¹⁵ Am Ende steht oft der beiderseitige Versuch, eine Kommunikation miteinander so weit als möglich zu vermeiden, um peinlichen Situationen von vornherein aus dem Weg zu gehen.

¹² Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 41.

¹³ Vgl. ebd., S. 43

¹⁴ Vgl. WIENBERG, G. (1995): *Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeit-Streß-Bewältigungs-Konzept*. In: DERS. (Hg.) (1995): *Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis*. - Bonn, S. 35.

¹⁵ Vgl. ebd.

b) Störungen des Gefühls

Neben den oben genannten Störungen des formalen Denkens stellen sich oft auch erhebliche affektive Beeinträchtigungen ein. Diese sind ähnlich wie die Denkstörungen von Fall zu Fall recht verschieden. So kann beispielsweise die sogenannte affektive Schwingungsfähigkeit, das heißt die Fähigkeit gefühlsmäßig adäquat auf die jeweilige Situation zu reagieren, eingeschränkt sein. Dabei verharrt der schizophrene Mensch, unabhängig von der aktuellen Situation, in einer relativen Gleichgültigkeit. Er ist dann nicht in der Lage, Trauer oder Freude zu empfinden. Selbst wenn dies subjektiv tatsächlich der Fall ist, ist es ihm aber nicht möglich, seinen Mitmenschen seine innere Stimmungslage zu vermitteln. Hier ist wiederum auch das Gegenteil möglich. Der Betroffene schwankt dann, ohne dass ein objektiver Anlass zu erkennen ist, unvermittelt zwischen extrem gehobener und zutiefst niedergeschlagener Stimmung. Nicht zuletzt kann das veränderte Erleben, das nichts mehr als selbstverständlich erscheinen lässt, bei den Betroffenen auch große Ängste auslösen, so dass in manchen Fällen Gedanken an einen Suizid auftreten können.¹⁶

c) Störungen des Wollens, Handelns und des Ich-Erlebens

An Schizophrenie erkrankte Menschen haben gelegentlich Probleme, im Alltag anfallende, immer wiederkehrende Aufgaben zu erledigen. So können sie zum Beispiel Schwierigkeiten damit haben, sich selbst, ihre Kleidung und ihr Lebensumfeld ausreichend zu pflegen und sauber zu halten, oder haben Probleme mit dem morgendlichen Aufstehen und verlassen manchmal tagelang nicht ihre Wohnung.

Für sein Umfeld erweckt dies oft den Eindruck, als wäre der Erkrankte nur zu faul oder würde sich nicht genug zusammenreißen. Dabei handelt es sich allerdings nicht einfach nur um eine simple Willensschwäche.

Vielmehr sind das Wollen und das Wollen-Können selbst erkrankt. Soziale Verpflichtungen treten außer Kraft, weil sie nicht erkannt werden oder nicht als

¹⁶ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 45-48.

wichtig wahrgenommen werden, weil aufgrund der Erkrankung nichts mehr wichtig ist oder weil Ambivalenz besteht. Aufgaben werden nicht erfüllt, weil man ihnen affektiv gleichgültig gegenübersteht, weil die früher vorhandene Motivation darniederliegt, weil Zielvorstellungen nicht mehr ins Auge gefasst oder nicht mehr realisiert werden können.¹⁷

Mit Ambivalenz im oben genannten Zusammenhang ist dabei nicht eine bei den meisten Menschen hin und wieder vorkommende Unschlüssigkeit zwischen zwei oder mehr sich widersprechenden Gefühlen oder Zielen gemeint. Typisch für eine schizophrene Ambivalenz ist, dass diese Widersprüche gleichzeitig nebeneinander stehen und sich der Betroffene dieser nicht bewußt ist, sondern sie nur dem Außenstehenden durch widersprüchliches Verhalten beziehungsweise sich widersprechende Äußerungen offenbar werden. Die gegenläufigen Gefühle und Bestrebungen können sich dabei gegenseitig blockieren, so dass sie zu einer Lähmung und zu einer weiteren Verminderung des Antriebs und der Aktivitäten führen können.¹⁸

Dieses Nicht-Wollen-Können und die innere Blockade sind häufig die ersten Anzeichen für die Umwelt schizophrene Menschen, *dass etwas mit ihnen nicht stimmt*. Das kann sich beispielsweise äußern in Problemen am Arbeitsplatz, durch häufige Fehlzeiten und Leistungseinbußen oder im privaten und familiären Bereich zum Beispiel durch mangelnde Körperpflege oder ganz allgemein durch eine *zeitweise* Unfähigkeit, bestimmte soziale Rollen, wie die Rolle als Ehepartner oder Elternteil wie gewohnt auszufüllen. Letztendlich sind es nicht selten diese Probleme, die eine psychiatrische Behandlung oder gar eine Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus notwendig erscheinen lassen und unter Umständen den anschließend nötigen Enthospitalisierungsprozess erschweren. In manchen Fällen wird dadurch eine weitere Betreuung im Rahmen eines „Betreuten Wohnens“ oder gar ein Heimaufenthalt nötig, da der Betroffene - zumindest zeitweise - nicht in der Lage ist, seine persönlichen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen und seine Angehörigen sich mit dieser Situation überfordert fühlen, oder sich so sehr von ihm distanziert haben, dass Hilfe von professioneller Seite erforderlich wird.

¹⁷ Ebd., S. 49.

¹⁸ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 193.

Symptomatisch für eine Schizophrenie sind häufig sogenannte *Störungen des Ich-Erlebens*. Sie äußern sich darin, „daß die *eigenen seelischen Vorgänge, Akte und Zustände als von außen und von anderen gemachte, gelenkte und beeinflusste erlebt* werden.“¹⁹

Diese Ich-Störungen können erhebliche Auswirkungen auf das Denken haben. Daraus resultieren unter Umständen solche Phänomene wie *Gedankeneingebung* oder *Gedankenentzug*, bei denen der Schizophrene das Gefühl hat, dass ihm seine Gedanken von außen – sei es durch andere Menschen oder durch ihm unbekannte Mächte – eingegeben bzw. entzogen werden.²⁰ Dabei kann für den Betroffenen der Eindruck entstehen, er würde von den anderen Menschen oder den unbekannt Mächten gewissermaßen ferngesteuert.

Eine weitere Form der Ich-Störungen ist eine *Störung der Ich-Identität*, die dazu führen kann, dass der Kranke davon überzeugt ist, eine hochgestellte historische Persönlichkeit und zugleich seine eigene Person zu sein und sich dementsprechend widersprüchlich verhält.²¹

Ein Symptom einer schizophrenen Erkrankung kann auch eine Form von *Autismus* sein. Diese Form des schizophrenen Autismus⁴ ist aber keinesfalls zu verwechseln mit den eigentlichen Formen des Autismus⁴, dem *frühkindlichen Autismus* (Kanner-Syndrom) oder der *autistischen Persönlichkeitsstörung* (Asperger-Syndrom).

Im Zusammenhang mit Schizophrenie ist hier vielmehr eine Ich-Versunkenheit und ein Verlust von Realitätsbeziehungen gemeint. Der Kranke zieht sich zurück in seine eigene Realität und beschränkt den Kontakt zu anderen auf das Nötigste. Er wird passiv und nimmt kaum noch Anteil an dem, was in seiner Umwelt geschieht.²²

Diese autistischen Störungen können mehr oder weniger durchgängig sein oder nur phasenweise auftreten. Autistisches Verhalten und normaler Realitätsbezug wechseln sich ab, das heißt in manchen Situationen wirkt der Betroffene ganz

¹⁹ HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 286.

²⁰ Vgl. ebd.

²¹ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 194.

²² Vgl. ebd., S. 193 und FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 52.

normal, während in anderen die autistischen Züge wieder deutlich hervortreten. In diesem Falle spricht man von *doppelter Buchführung*.²³

Die zuvor genannten Basissymptome scheinen die Folge einer zu Grunde liegenden *allgemeinen Störung der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung* zu sein. Infolgedessen stehen den Betroffenen „nicht wie sonst [...] Automatismen zur Verfügung, mit deren Hilfe wir Wahrnehmungen auswählen und hierarchisieren, ebenso wenig wie Gedächtnisleistungen, die die Informationen bestimmten Erfahrungen und Kontexten zuordnen. Diese Schwierigkeit kommt umso deutlicher zum Tragen, je komplexer die Reizsituation ist.“²⁴

Dies bedeutet, dass Außenreize nicht ausreichend hinsichtlich ihrer Bedeutung gefiltert werden können und beispielsweise Hintergrundgeräusche übermäßig stark in den Vordergrund treten können, wobei eine Konzentration auf das Wesentliche nur schwer möglich ist. Die Wahrnehmungsverarbeitung ist letztlich derart überlastet, dass ihr geregeltes Funktionieren außer Kraft gesetzt wird, bis es schließlich zu einer Art Kurzschluss kommt und infolgedessen die beschriebenen Symptome auftreten.

2.3.2 Akzessorische Symptome der Schizophrenie

Zu den *zusätzlichen*, das heißt über die Grundsymptome hinausgehenden Symptomen, zählen vor allem einige von denjenigen, mit denen die meisten Laien - abgesehen von der multiplen Persönlichkeit – wohl am häufigsten die Schizophrenie in Verbindung bringen. So zum Beispiel der *Wahn*, verschiedene *Sinnestäuschungen* und *psychomotorische Erregungszustände*. Diese werden in erster Linie deshalb nur als zusätzliche Symptome bezeichnet, da sie zum einen in Folge anderer Störungen und Erkrankungen vorkommen können und zum „anderen sind sie eher Ausdruck des Krankheitsgeschehens, Reaktionen darauf, zum Teil sogar Bewältigungsversuche.“²⁵ Man kann die zusätzlichen Symptome

²³ Vgl. ebd.

²⁴ BOSSHARD, M. / EBERT, U. / LAZARUS, H. (1999): *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch*. - Bonn, S. 175.

²⁵ Ebd., S. 53.

also als Versuch betrachten, die durch die Grundsymptome hervorgerufene Neu- und Andersartigkeit der Eindrücke zu erklären und ihnen einen Sinn zu geben.²⁶

a) *Wahn*

Huber versteht unter einem Wahn krankhaft entstandene,

inhaltlich falsche Überzeugungen, die nicht aus anderen Erlebnissen ableitbar sind, mit unmittelbarer Gewißheit (Evidenz) auftreten und an denen die Patienten bei erhaltener Intelligenz auf dem Höhepunkt der Erkrankung unbeirrbar und unzugänglich für alle Gegengründe [...] trotz der Unvereinbarkeit mit dem bisherigen Erfahrungszusammenhang und der objektiv nachprüfbaren Realität festhalten.²⁷

Wahnhaftes Denken entsteht nicht von einem Moment zum anderen, sondern entwickelt sich vielmehr prozesshaft über einen längeren Zeitraum aus den Basisstörungen heraus. Man kann verschiedene Themenbereiche unterscheiden, die in einem Wahn zum Ausdruck kommen können. Diese Wahnthemen stehen meist in Verbindung mit der Lebenssituation des Betroffenen und sind abhängig davon, welche Basisstörungen im jeweiligen Fall zugrunde liegen. Sie können vom Beziehungswahn (der Kranke bezieht alles, was um ihn herum geschieht auf sich) über Beeinträchtigungs- (alles was um den Kranken herum geschieht, scheint zusätzlich gegen ihn gerichtet) oder gar Verfolgungswahn (der Kranke fühlt sich durch harmlose Ereignisse konkret verfolgt und bedroht) bis zum Größenwahn reichen, bei dem der Betroffene seine eigene Person und Bedeutung sowie seine Fähigkeiten und Leistungen völlig überschätzt. Dies kann so weit gehen, dass er sich selbst für Gott hält.²⁸

Die Wahnentwicklung hat ihren Ursprung in der Regel in der tiefen Angst und Verunsicherung, die durch die einschneidenden Veränderungen aufgrund der Basisstörungen hervorgerufen werden. Dadurch werden die Betroffenen sehr empfindlich gegenüber dem Verhalten ihrer Mitmenschen. Sie fangen an, sich sehr starke Gedanken darüber zu machen, was andere Menschen wohl von ihnen denken und beginnen, in ihrer Umwelt nach ablehnenden Verhaltensweisen zu suchen und messen diesen dann eine übermäßig hohe Bedeutung zu. Sie denken

²⁶ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 36.

²⁷ HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 272.

²⁸ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 172f.

dann, dass sie selbst das Gesprächsthema Nr. 1 bei anderen sind und diese sich irgendwie gegen sie verschworen haben.²⁹ Dabei kann es natürlich im Sinne einer *sich selbst erfüllenden Prophezeiung* passieren, dass sie durch ihr argwöhnisches und merkwürdiges Verhalten tatsächlich zu einem Gesprächsthema für andere werden und falls sie dies mitbekommen, in ihren Vorstellungen bestätigt werden. Schließlich deuten manche schizophreniekranke Menschen ihre ganze Umgebung in diesem Sinne um und sind auch mit den besten Argumenten nicht davon abzubringen – im Gegenteil können sie dadurch sogar den Eindruck gewinnen, dies sei auch ein Teil des großen, gegen sie gerichteten Plans.

b) Sinnestäuschungen

Sinnestäuschungen zählen wohl zu den häufigsten akzessorischen Symptomen der Schizophrenie. Dabei muss man in erster Linie differenzieren zwischen *Halluzinationen* und *Illusionen*.

Bei den *Halluzinationen* handelt es sich um Wahrnehmungen, die gemacht werden, obwohl gar kein entsprechender Außenreiz vorhanden ist.

Demgegenüber werden bei den *Illusionen*, oder illusionären Verkennungen, tatsächlich vorhandene Umweltreize aufgenommen. Diese werden jedoch, beispielsweise unter Einfluß von großer Angst oder Erschöpfung, verfälscht oder verzerrt wahrgenommen. Dabei liegt die Ursache für die Fehlwahrnehmung nicht, wie beispielsweise bei einer Fata Morgana oder anderen optischen Täuschungen, in den äußeren Umständen - in diesen Fällen würde jeder Mensch den Trugbildern unterliegen – sondern allein in der Störung der persönlichen Wahrnehmung. Ein klassisches Beispiel für diese Art von Illusion findet sich in Goethes „Erlkönig“, in dem das Kind, vom Fieber geschwächt, in den aufziehenden Nebelschwaden lebendige Gestalten zu erkennen glaubt.

Von solchen Sinnestäuschungen kann praktisch jeder unserer fünf Sinne betroffen sein. Zu den häufigsten Symptomen einer schizophrenen Psychose gehört jedoch eine *Störung der akustischen Wahrnehmung*. Bei den akustischen

²⁹ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 53f.

Halluzinationen lassen sich abhängig von Art und Auftreten verschiedene Formen unterscheiden. So kann es beispielsweise vorkommen, dass der Kranke den Eindruck hat, seine eigenen Gedanken in Form von Tönen regelrecht physisch wahrzunehmen (Gedankenlautwerden). Es ist aber auch möglich, dass es sich um fremde Stimmen handelt, die wahrgenommen werden. Diese Stimmen können klar und deutlich verständlich, oder aber auch undeutlich und verworren sein. Betroffene bekommen somit das Gefühl, dass die Stimmen im eigenen Kopf entstehen oder von irgendeinem Punkt in ihrer Umgebung (z.B. einer Steckdose, einem Wasserhahn etc.) auszugehen scheinen. Die Stimmen können freundlich als auch bedrohlich sein oder eng mit einem Wahn in Zusammenhang stehen. Sie können unspezifisch sein, vergleichbar mit einem im Hintergrund laufenden Radio, oder konkrete Aufforderungen enthalten, das heißt imperativen Charakter haben.

Neben diesen akustischen Wahrnehmungsstörungen kommen gelegentlich auch Störungen der anderen Sinne vor. Relativ häufig sind bei einer schizophrenen Psychose *taktile Halluzinationen*, das heißt Berührungs- und Leibhalluzinationen. Dabei fühlen sich die Kranken „elektrisch, magnetisch, durch Bestrahlung oder andere physikalische Vorgänge beeinflusst und verändert.“³⁰ Gemeinsam ist diesen Störungen, dass sie als von außen kommend erlebt werden. Scheinen die Störungen jedoch von innen heraus zu kommen und nicht von *außen gemacht* zu sein, spricht man von sogenannten *Zönästhesien*.³¹ Seltener kommen *optische*, sowie *Geruchs-* und *Geschmackshalluzinationen* vor. Die beiden letztgenannten spielen vor allem bei Vergiftungsängsten im Rahmen eines Verfolgungswahns eine Rolle.³²

c) *Katatone Störungen*

Die dritte Gruppe der akzessorischen Symptome bilden die *katatonen Störungen*. Mit diesem Begriff werden Störungen von Antrieb und Psychomotorik bezeichnet. Diese reichen von einem Pol, dem *katatonen Stupor* bis zum extremen *Unruhe-* und *Erregungszustand*.

³⁰ TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 196.

³¹ Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 280.

³² Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 56.

Der *Stupor* (Hypokinese) ist gekennzeichnet durch eine fast völlige Bewegungslosigkeit. Der Kranke spricht in diesem Zustand nicht (Mutismus) und reagiert auch nicht auf äußere Einflüsse, obwohl er wach und ansprechbar ist und alles um sich herum besonders empfindlich wahrnimmt.³³ Während eines solchen Zustands scheint der Kranke in einer bestimmten, oft sehr skurril wirkenden Haltung wie eingefroren zu sein.

Ein *katatoner Erregungszustand* (Hyperkinese) ist dagegen geprägt von einer psychomotorischen Unruhe. Die Betroffenen laufen hin und her oder führen andere Bewegungsstereotypen aus. In diesem Zustand kann es aber auch zu auto- oder fremdaggressiven Handlungen kommen.³⁴ Dies kann dann eine der wenigen Situationen sein, in denen von einem schizophren erkrankten Menschen wirklich eine Gefährdung für sich oder seine unmittelbare Umgebung ausgeht und die somit eine Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik rechtfertigen kann.

2.3.3 Erhaltene gesunde Anteile

Nachdem die wichtigsten Symptome der Schizophrenie geschildert wurden und deutlich geworden ist, welche psychischen Funktionen durch die Krankheit beeinträchtigt werden können, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass schizophrene Erkrankungen von Fall zu Fall sehr unterschiedlich verlaufen und je nach Verlaufsform die genannten Störungen – insbesondere die beschriebenen akzessorischen Symptome – in der Regel nicht durchgängig vorhanden sind, sondern auf bestimmte akute Phasen, die auch als *Schübe* bezeichnet werden, begrenzt sind.

Aber selbst innerhalb dieser akuten Phasen sind die meisten grundlegenden psychischen Funktionen intakt. So ist die Intelligenz nicht unmittelbar beeinträchtigt und die Kranken sind hinsichtlich ihrer Person, zeitlich und örtlich voll orientiert. Auch Lernfähigkeit und Erinnerungsvermögen sind nicht primär durch die Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen. Allerdings kann es

³³ Vgl. ebd., S. 57 und TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 197.

³⁴ Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 268 und TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 197.

vorkommen, dass diese Fähigkeiten durch die Krankheitssymptome bedingt, nicht voll ausgeschöpft werden können und somit für den Betrachter beeinträchtigt scheinen.³⁵

2.4 Verlaufsformen der Schizophrenie

Wie bereits angedeutet, können sich schizophrene Psychosen in sehr unterschiedlichen Formen manifestieren. Zum einen hinsichtlich der verschiedenen auftretenden Symptome und ihrer Kombinationen untereinander, die von Fall zu Fall divergieren und zum anderen bezüglich des Beginns (schleichend oder akut), der Verlaufsform (wellenförmig oder stetig) und des Endzustandes (schwer beeinträchtigt, mittelschwer beeinträchtigt, geheilt).

Entgegen früherer Annahmen, vor allem von KRAEPLIN, aber auch noch von E. BLEULER, die sich zum Teil bis in die 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hielten, nimmt eine schizophrene Erkrankung *nicht* zwangsläufig einen ungünstigen Verlauf und endet mit einem sogenannten *chronischen Residualzustand*. Zu diesen Fehlannahmen ist man sicherlich auf der einen Seite auch deshalb gelangt, weil den Psychiatern in ihrem klinischen Alltag in erster Linie die Langzeitpatienten und die Patienten, die immer wieder aufgenommen werden mussten, im Gedächtnis haften blieben. Die Patienten dagegen, die sich nur einmalig für einen relativ kurzen Zeitraum in Behandlung befanden und danach als gesund entlassen wurden, gerieten in Vergessenheit, oder wurden gar als falsch diagnostiziert und somit gar nicht an Schizophrenie erkrankt, eingestuft. Denn ein ungünstiger Verlauf wurde – vor allem von KRAEPLIN – gleichsam als Kriterium für eine Schizophrenie bzw. Dementia praecox angesehen. Zum anderen hat sich sicherlich der Prozentsatz der tatsächlich ungünstig verlaufenden Erkrankungen durch die Einführung von Neuroleptika

³⁵ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 58.

und die Verbesserung nicht-medikamentöser Therapien in den letzten fünfzig Jahren zusätzlich verringert.

In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden eine Reihe von Langzeitstudien durchgeführt, die belegen, dass eine Schizophrenie nicht zwangsläufig in einen Endzustand mit schweren Beeinträchtigungen mündet. Dabei wurde insgesamt eine sehr große Anzahl von Patienten über mehrere Jahrzehnte untersucht. Es wurde in allen Studien weitgehend übereinstimmend festgestellt, dass als Faustregel davon ausgegangen werden kann, dass ca. 1/3 der Erkrankten nach der Erkrankung vollständig genesen sind, ein weiteres Drittel zwar mit einigen Einschränkungen, aber doch ein relativ normales Leben führen kann und nur ca. 1/3 der Patienten aufgrund der Krankheit und ihren Folgen dauerhaft schweren Einbußen in ihrer Lebensqualität entgegensehen.³⁶

Doch selbst mit dem Wissen um unterschiedliche Verlaufsformen lassen sich im Einzelfall am Beginn einer schizophrenen Erkrankung nur sehr schwer Prognosen über den weiteren Verlauf stellen. Dennoch scheinen bestimmte Anzeichen für einen mehr oder weniger günstigen Verlauf zu sprechen. TÖLLE bezeichnet beispielsweise ein hohes Ersterkrankungsalter, einen akuten Krankheitsbeginn, der möglicherweise als psychische Reaktion auf eine erkennbare Stresssituation zu sehen ist und eine starke Ausprägung akzessorischer Symptome als Indikatoren für einen eher günstigen Verlauf.³⁷

Mit anderen Worten, gerade ein unerwarteter und heftiger Krankheitsbeginn, der den Betroffenen und seine Familie besonders unvorbereitet trifft und schockiert, könnte sich demnach auf lange Sicht als günstig für den langfristigen Verlauf herausstellen.

Dementsprechend vermutet TÖLLE Anzeichen für einen ungünstigen Langzeitverlauf eher in einem schleichenden Krankheitsbeginn bei vorwiegendem Hervortreten der Grundsymptome.³⁸

Insgesamt sind jedoch die Variablen, die den Verlauf der Schizophrenie beeinflussen, zu zahlreich und vielschichtig, als dass man eine verlässliche Vorhersage über den wahrscheinlichen Verlauf stellen kann. So ist es zum

³⁶ Vgl. z.B. HUBER, G. / GROSS, G. / SCHÜTLER, R. (1979): *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie.* - Berlin.

³⁷ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 204.

³⁸ Ebd.

Beispiel wichtig, wie dicht das soziale Netzwerk des Erkrankten ist und wie sehr es ihn in kritischen Phasen unterstützen kann.

Zwar ist Schizophrenie nicht in dem Sinne *heilbar*, wie es beispielsweise ein Knochenbruch ist, doch sind ihre Symptome in den meisten Fällen, ähnlich wie bei anderen, bis heute unheilbaren Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes, zumindest recht gut behandelbar, so dass die krankheitsbedingten Einschränkungen relativ gering gehalten werden können.³⁹

Dies alles sollte den Betroffenen und ihren Familien Mut machen und ihnen dabei helfen, sich nicht fatalistisch ihrem Schicksal zu ergeben.

2.5 Epidemiologie

Um zu verstehen, welches große Problem die Stigmatisierung schizophrener Menschen in unserer Gesellschaft darstellt, muss man sich mit der Frage befassen, wieviele Personen von der Erkrankung überhaupt betroffen sind. Handelt es sich wirklich nur um eine kleine Minderheit in der Bevölkerung, wie vielleicht allgemein angenommen wird, oder stellen die Betroffenen eine relativ große Gruppe dar, die in der Öffentlichkeit nur zu wenig wahrgenommen wird – und wenn überhaupt, dann nahezu ausschließlich in negativer Art und Weise.

Einleitend wurde schon erwähnt, dass ca. 1% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an einer schizophrenen Psychose erkrankt. Wenn man für die Bundesrepublik Deutschland von einer Einwohnerzahl von ca. 80 Millionen ausgeht, kommt man immerhin auf die beachtliche Zahl von ca. 800.000 Menschen, die mit einer *Schizophrenie* und mit ihren Auswirkungen zu kämpfen haben – dies entspricht der Bevölkerung einer Großstadt, die gemessen an der Einwohnerzahl immerhin den fünften Rang unter Deutschlands Städten einnehmen würde. Zu jedem Zeitpunkt sind knapp 1/3 von diesen Menschen in psychiatrischer Behandlung⁴⁰, was immerhin in etwa der Einwohnerzahl der Stadt Münster entspricht.

³⁹ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 125.

⁴⁰ Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 256.

Wie man sieht, ist die Schizophrenie mit all ihren Folgen durchaus kein Randproblem unserer Gesellschaft.

Im Übrigen ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit von 1% weltweit in allen Kulturkreisen ungefähr gleich hoch, lediglich die Symptomatik kann je nach kulturellem Hintergrund differieren. Männer und Frauen erkranken in etwa gleich häufig.⁴¹

Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger erkranken als solche aus einem eher privilegierten Umfeld. Die Krankheit trifft hochintelligente Menschen genauso häufig wie den Durchschnittsbürger und geistig behinderte Menschen.

Die Krankheit kann in jedem Lebensalter erstmals auftreten. Kinder sind jedoch eher selten betroffen. Die meisten Menschen erkranken im Alter zwischen 20 und 30 Jahren (37%). Ungefähr je $\frac{1}{4}$ waren im zweiten und im vierten Lebensjahrzehnt zum ersten Mal betroffen. Eine besonders sensible Phase scheint die Spätpubertät vom 15. bis zum 19. Lebensjahr zu sein. Frauen erkranken im Durchschnitt etwas später als Männer.⁴²

2.6 Ätiologie

Die Entstehung einer Schizophrenie lässt sich nicht wie etwa bei vielen somatischen Erkrankungen oder anderen psychischen Krankheiten an einem eindeutigen Auslöser wie beispielsweise einem Virus, einer Infektion durch Bakterien oder einen Unfall festmachen. Vielmehr ist immer noch unklar, und zwischen verschiedenen psychiatrischen Richtungen umstritten, welche Faktoren für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich sind.

Auf der einen Seite gibt es Anzeichen dafür, dass biologische Faktoren in diesem Zusammenhang eine gewisse Rolle spielen. Andererseits können diese allein das Phänomen Schizophrenie nicht hinreichend erklären. Es müssen außer diesen biologischen Bedingungsfaktoren auch psychosoziale Momente in die

⁴¹ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 188.

⁴² Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 256f.

Überlegungen einbezogen werden. Je nach Ausrichtung favorisieren die Psychiater eher ein biologisch-medizinisches oder ein psychosoziales Krankheitsbild. Weitgehend einig ist man sich dabei jedoch, dass keiner der genannten Faktoren allein für das Entstehen einer schizophrenen Psychose verantwortlich gemacht werden kann und dass es sich immer um ein Zusammenwirken mehrerer Entstehungsbedingungen handelt.

Biologisch-medizinisch orientierte Psychiater verlegen sich dabei allerdings eher auf die Suche nach organischen Ursachen der Erkrankung, während andere den Ursachenschwerpunkt eher in den psychosozialen Umweltbedingungen sehen. Insgesamt erinnert diese Debatte an die *Erbe-Umwelt-Diskussion*, wie sie im Bereich der Ansicht über die Genese von allgemeiner Intelligenz oder bestimmten, zum Beispiel musischen Fähigkeiten, geführt wurde und wird.⁴³

Die unterschiedliche Betrachtungsweise hinsichtlich der Entstehung von Schizophrenie hat nicht zuletzt Auswirkungen auf die Art und Weise der Behandlung und auf das Selbst- und Krankheitsverständnis der Patienten und ihrer Angehörigen.

2.6.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell der Schizophrenie

Der Schweizer Sozialpsychiater CIOMPI hat ein Drei-Phasen-Modell der Entstehung und des Verlaufs einer Schizophrenie entwickelt, das der Tatsache gerecht wird, dass bislang kein Faktor ausfindig gemacht werden konnte, der direkt für das Entstehen der Krankheit verantwortlich gemacht werden kann. CIOMPI baut dabei direkt auf der Vulnerabilitätshypothese von ZUBIN auf, die versucht, den Verlauf der Krankheit bis zu ihrem akuten Ausbrechen zu erklären und erweitert sie um einen Erklärungsversuch für die genannten, unterschiedlichen möglichen Verlaufsformen.

ZUBIN ging bei der Entwicklung seiner Vulnerabilitätshypothese davon aus, dass bestimmte Faktoren – sowohl biologische als auch psychosoziale – zu einer

⁴³ Vgl. ZIMBARDO, P. G. (1992): *Psychologie*. 5. Aufl. - Berlin, S.452ff.

erhöhten Vulnerabilität, das heißt Verletzlichkeit oder Anfälligkeit eines Menschen führen, die in Verbindung mit zusätzlichen akuten oder dauerhaften Belastungen oder Stressoren zum Ausbruch einer schizophrenen Psychose führen können. Dabei können bei einem Menschen mit einer sehr hohen Vulnerabilität schon sehr geringe zusätzliche Belastungen ausreichen, um eine Psychose auszulösen, während bei weniger sensiblen Persönlichkeiten dazu eine sehr starke Belastung nötig ist. Bildlich gesehen genügen also bei einer sehr dünnhäutigen Person nur wenige Tropfen, um das ohnehin schon sehr volle Fass zum Überlaufen zu bringen. Bei all dem ist Schizophrenie immer zu verstehen, als eine „universelle Möglichkeit des Menschen“⁴⁴, und eine „Antwort des Individuums auf verschiedene Arten von Belastung, Beeinträchtigung und Infragestellung, die ihrerseits psychische, soziale und körperliche Komponenten haben können.“⁴⁵ Grundsätzlich trägt also jeder Mensch die Möglichkeit in sich, an Schizophrenie zu erkranken, wenn er ausreichend belastenden Faktoren ausgesetzt ist.

Beim Entstehen einer Schizophrenie spielt aber nicht nur die besondere Vulnerabilität eine entscheidende Rolle, sondern auch die jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen des Individuums und seines sozialen Netzwerkes und damit die Möglichkeiten, mit der besonderen Verletzbarkeit umzugehen und belastende Faktoren möglichst schon im Vorfeld zu meiden.

Dieser Umgang mit der Verletzlichkeit (auch *Coping* genannt) wird von besonderer Bedeutung, wenn ein Mensch schon ein- oder mehrmals von einer akuten Psychose betroffen war und es darum geht, den Langzeitverlauf positiv zu beeinflussen und das Ausbrechen neuer schizophrener Episoden möglichst zu verhindern.

2.6.1.1 Biologische Bedingungsfaktoren

⁴⁴ ZAUMSEIL, M. / LEFERINK, K. (1997): *Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt*. In: DERS. (Hg.) (1997): *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie*. - Bonn, S. 7.

⁴⁵ Ebd.

Es lassen sich eine ganze Reihe von Indizien dafür finden, dass bei der Entstehung einer erhöhten Vulnerabilität zumindest *auch* biologische Komponenten eine Rolle spielen. Dabei muss man zwischen *genetischen*, d.h. vererbten Bedingungen und im Laufe des Lebens *erworbenen* biologischen Faktoren unterscheiden.⁴⁶

Familienuntersuchungen haben gezeigt, dass die Verletzlichkeit zum Teil auch vererbt werden kann und

daß unter Verwandten von schizophrenen Patienten weit mehr Schizophrene vorkommen, als in der Durchschnittsbevölkerung. Während die allgemeine Morbidität um 1,0% liegt, beträgt sie für die Eltern von Schizophrenen 2-10%, für Geschwister 6-12%, für Kinder 9-16% und für Enkel um 3%. Wenn beide Eltern schizophren sind, erkranken ca. 40% ihrer Kinder an Schizophrenie.⁴⁷

Bei eineiigen Zwillinge besteht auch dann ein höheres Risiko, dass beide erkranken, als bei zweieiigen Zwillingen und normalen Geschwistern, wenn sie in getrennten Familien aufwachsen. Dies ist aber ebenso ein Zeichen dafür, dass noch weitere Faktoren eine Rolle spielen müssen. Bei einer reinen Erbkrankheit müssten in *allen* Fällen beide Zwillinge erkranken müssten, da sie genetisch völlig identisch sind.⁴⁸ Gegen Schizophrenie als reine Erbkrankheit spricht auch, dass sich bei 60% der Patienten kein ebenfalls an einer schizophrenen Psychose erkrankter Mensch in der näheren Verwandtschaft findet.⁴⁹

Andere biologische Bedingungsfaktoren können vor allem prä- und perinatal erworben worden sein, das heißt es kann beispielsweise durch eine Infektion während der Schwangerschaft oder Komplikationen bei der Geburt (Sauerstoffmangel o.ä.) eine Schädigung des kindlichen Gehirns erfolgen.⁵⁰

Als Bedingungsursache nicht ausgeschlossen werden können auch im weiteren Verlauf des Lebens erworbene Schädigungen der Funktionsweise des Gehirns, beispielsweise durch Unfälle, Vergiftungen, Infektionen oder hormonelle Einflüsse,

⁴⁶ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 42.

⁴⁷ TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 209.

⁴⁸ Vgl. ebd.

⁴⁹ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 43.

⁵⁰ Vgl. Ebd., S. 44.

Es wird angenommen, dass eine Störung der Informationsverarbeitung das grundlegende Problem einer schizophrenen Erkrankung darstellt (vgl. Kap. 2.3.1.1), die vor allem durch einen gestörten Hirnstoffwechsel, insbesondere durch eine Überproduktion des Botenstoffs *Dopamin* bedingt wird (sog. Dopaminhypothese).⁵¹ Dieser Botenstoff ist für die Reizübertragungen von Nervenzelle zu Nervenzelle verantwortlich. Durch seine Überproduktion werden die Nervenzellen ständig erregt, auch wenn eigentlich keine oder nur wenige *echte* Reize vom Gehirn zu verarbeiten sind. Für diese Hypothese von der gestörten Balance der Botenstoffe spricht ebenfalls die Tatsache, dass mittels bestimmter Psychopharmaka, den sogenannten Neuroleptika, die diesem Ungleichgewicht entgegenwirken, der Verlauf der Krankheit positiv beeinflusst werden kann, in dem die Dopaminrezeptoren in den Synapsen blockiert werden und somit gleichsam ein innerer Schutzwall gegen eine Reizüberflutung aufgebaut wird.

2.6.1.2 Psychosoziale Bedingungsfaktoren

Da die genannten biologischen Bedingungsfaktoren allein nicht ausreichen, um die Entstehung der besonderen schizophrenen Verletzbarkeit zu erklären, scheinen in diesem Zusammenhang auch die psychosozialen Rahmenbedingungen, in denen ein Mensch lebt und aufgewachsen ist, eine wichtige Rolle zu spielen.

2.6.1.2.1 Familiäre Einflüsse

Die zentrale und wichtigste Instanz während der Entwicklung eines Kindes ist dabei in der Regel natürlich die Familie. So werden die wesentlichen psychosozialen Faktoren, die zu der Vulnerabilität beitragen können, auch innerhalb des familiären Umfelds gesucht. Dies darf allerdings nicht dazu

⁵¹ Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 345.

führen, dass der Familie oder einigen ihrer Mitglieder die Alleinschuld zugeschrieben wird, wie dies zeitweise mit dem Konzept von der *schizophrenen Mutter* geschah. Zeitweise wurde den Müttern schizophrener erkrankter Menschen vorgeworfen, durch einerseits überbehütendes, gleichzeitig aber auch kaltes und abweisendes Verhalten, die Erkrankung unmittelbar verschuldet zu haben. Leider ist dies eine der vielen Fehleinschätzungen, die sich bis heute hartnäckig halten.

Tatsächlich gilt diese Ansicht jedoch heute als überholt, da hier die Rolle des Vaters völlig außer Acht gelassen und das Leid sowie die Last der Mutter verleugnet wird.⁵² Zudem wird hier vorschnell eine einseitige Kausalität unterstellt. Dabei ist auch der umgekehrte Weg denkbar: Das Verhalten der Eltern könnte auch eine Reaktion auf schon früh vorhandene Anzeichen der Erkrankung des Kindes sein.⁵³

Die Beziehungen zwischen Mutter und Kind haben immer einen interaktiven Charakter, so dass es durchaus der Fall sein kann, dass die Mutter instinktiv auf die Verletzlichkeit des Kindes reagiert und mit einem überprotektiven Verhalten verhindert, dass die, in den ersten Lebensmonaten des Kindes normale, symbiotische Beziehung zwischen den beiden rechtzeitig wieder gelöst wird und so die Herausbildung klarer Subjekt-Objekt-Repräsentanzen gestört wird.⁵⁴

2.6.1.2.1.1 Mangelhafte familiäre Kommunikation

Ein weiterer Faktor wird auch in einer dauerhaft gestörten Kommunikation innerhalb der Familie gesehen. Die Kommunikation kann nach CIOMPI dann als gestört betrachtet werden, wenn sie über einen längeren Zeitraum hinweg *widersprüchlich*, *paradox* oder in der Art und Weise eines sogenannten *Double-binds* verläuft:

Beim einfachen Widerspruch kollidiert ein umschriebenes Bezugssystem mit einem größeren; beim Paradox stoßen affektiv-kognitive Bezugssysteme

⁵² Vgl. BOSSHARD, M. / EBERT, U. / LAZARUS, H. (1999): a.a.O., S. 177.

⁵³ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 80.

⁵⁴ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 52f.

gleicher Ordnung aufeinander; der Double-bind stellt jene maximal unlustvolle Variante eines Paradoxons dar, in welchem zwei affektiv völlig negativ getönte und zugleich unvereinbare Inhalte in versteckter und deshalb auch nicht durch eine „Meta-Sprache“ überwindbarer Weise aufeinanderprallen.⁵⁵

Als Beispiel für eine *widersprüchliche Kommunikation* führt CIOMPI die für das Kind verwirrende Situation an, in der ein Erwachsener lange Zeit fröhlich mit ihm spielt, um es dann wegen einer Kleinigkeit heftig zurechtzuweisen.⁵⁶ Dabei kollidiert die Botschaft „ich mag dich und spiele gern mit dir“ (fröhliches Spiel), mit der Botschaft „du bist ein unartiges Kind, und ich muss dich dafür maßregeln“.

WIENBERG führt als Beispiel für eine *paradoxe Kommunikation* Aufforderungen nach dem Muster „Sei spontan!“ oder „Sei selbständig“ an.⁵⁷ Dabei ist es natürlich nicht möglich, diese Anweisungen zu befolgen, ohne gleichzeitig auch gegen sie zu verstoßen.

Das Paradebeispiel für eine *Double-bind-Situation* ist folgendes:

Eine Mutter weist ihren schizophrenen Sohn, der ihr bei einem Besuch im Krankenhaus zur Begrüßung freudig den Arm um die Schulter legen will, durch ihre Haltung brüsk ab und fragt dann, nachdem der sich verwirrt zurückgezogen hat: „Liebst Du mich nicht mehr?“. Als er daraufhin rot wird, fährt sie fort: „Lieber, du mußt nicht so leicht verlegen werden und Angst vor Deinen Gefühlen haben.“⁵⁸

Im Hinblick auf eine besondere Vulnerabilität scheint es so zu sein, dass sich klare und eindeutige soziale Verhältnisse, zwischenmenschliche Beziehungen, Kommunikationsprozesse und so weiter in ebenso klaren und eindeutigen innerpsychischen Bezugssystemen spiegeln. Demgegenüber können konfuse und widersprüchliche äußere Verhältnisse unklare innere Strukturen begünstigen.⁵⁹

⁵⁵ CIOMPI, L. (1994): *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihrer Entwicklung*. 4. Aufl. – Stuttgart, S. 245.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 189.

⁵⁷ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 55.

⁵⁸ CIOMPI, L. (1994): a.a.O., S. 207.

⁵⁹ Vgl. CIOMPI, L. (1986): *Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie*. In: BÖKER, W. / BRENNER, H. D. (Hg.) (1996): *Bewältigung der Schizophrenie*. - Bern, S. 53.

2.6.1.2 Milieubedingte Faktoren

Die Frage, ob die besondere Vulnerabilität auch zum Teil milieubedingt ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Zwar gibt es Anzeichen dafür, dass schizophrene Erkrankungen in unteren sozialen Schichten gehäuft auftreten, doch konnte bislang nicht zweifelsfrei geklärt werden, ob dabei der niedrige soziale Status und die damit einhergehenden ungünstigeren Lebensbedingungen zu einer erhöhten Vulnerabilität beitragen können, oder ob vielmehr psychotisches oder präpsychotisches Verhalten zu einer sozialen Selektion führen und dafür verantwortlich sind, dass viele schizophrene Menschen einen sozialen Abstieg erleiden müssen.⁶⁰

Im Rahmen dieser Arbeit stellt sich natürlich die Frage, ob nicht Stigmatisierungsprozesse in erheblichem Maße dazu beitragen, dass schizophrene Menschen durch Verlust ihres Arbeitsplatzes und andere Ausgrenzungen in niedrigere soziale Schichten abrutschen beziehungsweise ihnen der Aufstieg in höhere Schichten verwehrt bleibt. Auf das Problem der eingeschränkten Lebensqualität im Zuge von Krankheit und Stigmatisierung wird ich im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch eingegangen werden. (vgl. Kap. 2.8)

2.6.1.3 Zusätzliche Belastungen

Wie bereits angedeutet, geht man heute davon aus, dass zu der – wie auch immer verursachten – Vulnerabilität in der Regel ein gewisses Ausmaß an zusätzlichen Belastungen hinzutreten muss, um schließlich eine schizophrene Psychose auszulösen. Diese Belastungen verursachen unter Umständen „ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Organismus auf Reizereignisse, die sein Gleichgewicht stören und seine Fähigkeiten zur *Bewältigung* strapazieren oder überschreiten.“⁶¹ Dieses Muster wird mit dem

⁶⁰ Vgl. TÖLLE, R. (1996): a.a.O., S. 218.

⁶¹ ZIMBARDO, P. G. (1992): a.a.O., S. 477.

Wort *Stress* bezeichnet. Vom Stress unterschieden werden, müssen die diese adaptive Reaktion auslösenden externen und internen Bedingungen, die sogenannten *Stressoren*.⁶² Jeder Mensch reagiert unterschiedlich in Abhängigkeit von der Art der Stressoren und seinen individuellen Merkmalen. Mögliche Reaktionen auf verschiedenen Ebenen können auftreten: Physiologisch, auf der Ebene des Verhaltens, emotional und kognitiv. Sie können sich dabei als *adaptiv*, also angemessen, oder aber als *fehlangepasst* herausstellen.⁶³ Eine mögliche Reaktionsweise ist dabei nun auch die Entwicklung einer schizophrenen Psychose, die sich wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde, ja mehr oder minder auf allen genannten Ebenen bemerkbar macht.

Welche Art von Belastungen spielen bei der Entwicklung einer Schizophrenie eine besondere Rolle?

WIENBERG hält es für sinnvoll, dabei die zeitliche Dimension dieser Belastungen zu berücksichtigen und unterscheidet daher:

- alltägliche, stark fluktuierende Stressoren;
- plötzliche, akut auftretende Belastungen;
- relativ überdauernde Belastungen und
- lebensphasisch auftretende Belastungen.⁶⁴

Zu alltäglichem Stress werden können so banale soziale Situationen wie die Gegenwart vieler Menschen bei Veranstaltungen oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, sowie optische oder akustische Stimulationen, zum durch elektronische Medien⁶⁵ - Situationen also, in denen unser Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungssystem besonders gefordert ist.

Zur Gruppe der akut auftretenden Belastungen zählen die sogenannten *Life-Events* wie Unfälle, körperliche Krankheiten, Todesfälle, Trennungen, Heirat

⁶² Vgl. ebd., S. 477f.

⁶³ Vgl. ebd., S. 478.

⁶⁴ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 67.

⁶⁵ Vgl. HUBER, G. (1999): a.a.O., S. 325.

und so weiter, die auch psychisch sehr stabile Menschen in schwere Krisen stürzen und bei sehr verletzlichen Personen umso schwerwiegendere Auswirkungen haben können.

Ein sehr kritisches, feindseliges oder emotional überengagiertes Familienklima kann für verwundbare Menschen eine besondere Bürde sein und besonders nach einer durchlebten Psychose die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen. Die Qualität des Familienklimas kann mittels der sogenannten *Expressed Emotion* (EE) gemessen werden. In Familien, die dem schizophreniegefährdeten Mitglied nur ein geringes Maß an Eigenständigkeit gewähren, sowie ängstlich, gereizt und hilflos auf die Krankheit reagieren und Zweifel an der Echtheit der Krankheit empfinden, herrscht demnach ein hohes EE-Niveau. Dagegen kann man in Familien, in denen die Kranken auf Verständnis und ein gewisses Maß an Zurückhaltung und Gelassenheit stoßen und die ihnen die nötige persönliche Freiheit lassen, von einem niedrigen EE-Niveau sprechen, dass sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt.⁶⁶

Bestimmte menschliche Lebensphasen oder Übergänge zwischen den einzelnen Phasen scheinen mit besonderen Belastungen einherzugehen. So ist das Risiko erstmals zu erkranken beispielsweise während der Pubertät und der Wechseljahre der Frauen - in Phasen also die sowohl mit erheblichen physischen, als auch psychischen Veränderungen einhergehen - signifikant erhöht.⁶⁷

2.6.1.4 Zusammenfassung

CIOMPI fasst die Entstehung der *schizophrenen Verrücktheit* folgendermaßen zusammen:

Gewisse Menschen zeigen eine besondere Art von Verletzlichkeit und Empfindlichkeit, die teilweise angeboren, teilweise erworben ist. [...] Unter Druck geraten sie in Wechselbeziehungen mit der Umwelt leicht in ängstliche Verwirrung, werden unkonzentriert und unorganisiert, versagen leicht in

⁶⁶ Vgl. WIENBERG, G. (1995): a.a.O., S. 72-75.

⁶⁷ Vgl. ebd., S. 75ff.

schwierigen Situationen [...], zeichnen sich aber unter guten Bedingungen nicht selten durch Originalität, Hellhörigkeit und eine besondere, manchmal auch künstlerisch fruchtbare Feinfühligkeit aus. [...] Beim ungünstigen Zusammenspiel einer wechselnden Vielfalt von Faktoren [...] entwickeln sich bei einigen dieser Menschen [...], selbst unter scheinbar alltäglichen Belastungen zeitweise unerträgliche Spannungszustände, die krisenhaft zu zunehmender Dekompensation in Form von Angst, Ambivalenz und affektiv-kognitiver Verwirrung führen und sich bis zu Derealisations- und Depersonalisationserscheinungen, wahnhaften, halluzinatorischen und anderen psychotischen Erlebnisweisen steigern können.⁶⁸

Der langfristige Verlauf nach einer erstmaligen schizophrenen Episode hängt davon ab, ob sich die pathologischen Funktionsweisen stabilisieren, wieder zurückbilden oder im Laufe der Zeit sogar noch verstärken.⁶⁹ Dies wiederum ist abhängig von den vorherrschenden Innen- und Umweltbedingungen, besonders „vom Verständnis oder Unverständnis der Umgebung und den von ihr getroffenen Maßnahmen, das heißt also von der gesamten sozialen und psychologischen Situation.“⁷⁰

2.7 Zur Gewaltbereitschaft schizophrener Menschen

Ein Großteil der Diskriminierung schizophrener erkrankter Menschen beruht auf der Annahme, sie seien unberechenbar und potentiell gefährlich für ihre Mitmenschen.

Wie hoch ist aber tatsächlich die Gewaltbereitschaft unter schizophrenen Menschen? Neigen schizophrene Menschen tatsächlich verstärkt zu Gewalttaten, oder ist das öffentliche Bild beeinflusst von selektiver Berichterstattung und übertriebener Darstellung von Gewalttaten psychisch Kranker in den Medien?

BÖKER und HÄFNER⁷¹ stellten in einer Studie aus den frühen 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts folgendes fest:

⁶⁸ CIOMPI, L. (1994): a.a.O., S. 324f.

⁶⁹ Vgl. ebd., S. 326.

⁷⁰ Ebd.

⁷¹ BÖKER, W. / HÄFNER, H. (1974): *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.* - Berlin.

Wenn man die Gefährlichkeit Geistesgestörter definiert als die relative Wahrscheinlichkeit, eine Gewalttat zu begehen, so hat sich an unseren Ergebnissen gezeigt, daß sie die Gefährlichkeit der strafmündigen Bevölkerung als Gesamtheit nicht wesentlich übersteigt. Diese Feststellung läßt ein deutliches Fragezeichen hinter die Annahme setzen, Geistesstörungen seien eine bevorzugte Ursache von Gewalttätigkeit oder würden insgesamt zur Gewalttätigkeit disponieren.⁷²

Außerdem beobachteten sie, dass die Opfer psychisch Kranker, falls diese in der Tat einmal gewalttätig werden sollten, meist aus dem engeren Familien- oder Bekanntenkreis stammen oder in einer anderen Beziehung zum Täter stehen. In nur 9% aller Fälle sind die Opfer dem Täter völlig unbekannt.⁷³ „Durch potentielle Täter unter Geisteskranken [...] ist also kaum jemals die alleinstehende Witwe, der Kassenbote oder die einsame Frau auf dem nächtlichen Heimweg bedroht.“⁷⁴

ANGERMEYER⁷⁵ kommt in einer Zusammenfassung aller seit 1990 veröffentlichten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalt sogar zu dem Ergebnis, dass für Fremde, also Menschen, die in keinem persönlichen Verhältnis zu einem psychisch Kranken stehen, das Risiko von einem an Schizophrenie erkrankten Menschen angegriffen zu werden sogar niedriger ist, als von einem psychisch gesunden Menschen attackiert zu werden.⁷⁶

Allerdings muss ANGERMEYER konstatieren, dass die Studien insgesamt belegen, dass das Risiko, gewalttätig zu werden, bei schizophrenen Menschen gegenüber der Durchschnittsbevölkerung leicht erhöht ist, insbesondere dann, wenn zusätzlich Alkohol- oder Drogenabusus eine Rolle spielen.⁷⁷ Es gibt aber sehr wohl andere Variablen, wie zum Beispiel ein bestimmtes Alter, Geschlecht oder Bildungsniveau, die dieses Risiko in ähnlichem Maße erhöhen.⁷⁸ Deshalb käme niemand auf die Idee, alle männlichen Personen ohne Schulabschluß im Alter von 16-30 Jahren unter den Generalverdacht zu stellen, potentielle Gewalttäter zu sein.

⁷² Ebd., S.234.

⁷³ Vgl. ebd., S. 238.

⁷⁴ Ebd., S. 239.

⁷⁵ ANGERMEYER, M. C. (2000): *Schizophrenia and Violence*. In: Acta Psychiatr Scand 102 (Suppl.407) (2000), S. 63-67.

⁷⁶ Vgl. ebd., S. 63.

⁷⁷ Vgl. ebd., S. 65.

⁷⁸ Vgl. ebd., S. 67.

Zudem scheint das Risiko, gewalttätig zu werden, auf ganz bestimmte Symptomkonstellationen begrenzt zu sein.⁷⁹ So ist ein Großteil der Gewalt die von schizophreniekranken Menschen ausgeübt wird, als Reaktion auf das Gefühl der Bedrohung im Rahmen eines Verfolgungswahns zurückzuführen und scheint in diesem Moment für den Betroffenen subjektiv die ultima ratio zu sein, um sich gegen die Angriffe zur Wehr zu setzen.⁸⁰

Obwohl man das Risiko, Opfer eines psychisch kranken Gewalttäters zu werden, natürlich nicht völlig ausschließen kann, besteht aber kein rational erklärbarer Anlass dafür, vor schizophreniekranken Menschen eine größere Furcht zu haben, als vor anderen Menschen und infolgedessen eine erhöhte soziale Distanz zu ihnen einzuhalten. Im weiteren Verlauf wird noch darauf eingegangen werden, wie irrationale Ängste vor allem durch die Medien immer wieder weiter geschürt werden.

2.8 Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch Schizophrenie

Durch die Krankheit und ihre direkten und indirekten Auswirkungen wird die Lebensqualität der Betroffenen oft in erheblichem Ausmaß beeinträchtigt. KATSCHNIG zufolge lässt sich die Lebensqualität besonders an den verfügbaren *materiellen Ressourcen* (das heißt dem Lebensstandard), dem *objektiven Funktionieren in sozialen Rollen* und dem *subjektiven Erleben*, also insgesamt am subjektiven Wohlbefinden eines Menschen festmachen.⁸¹

Für HINTERHUBER bedeutet Lebensqualität „Partizipation an den Sach- und Kulturgütern einer Epoche und hat mit Lebenszufriedenheit zu tun, mit individuellen Vorstellungen und Erwartungen.“⁸² Wichtige Grundpfeiler einer guten Lebensqualität sind dabei seiner Ansicht nach die Gesundheit, die Sicherstellung körperlicher und geistiger Bedürfnisse und geglückte

⁷⁹ Vgl. ebd., S. 63.

⁸⁰ Vgl. ebd., S. 64f.

⁸¹ Vgl. KATSCHNIG, H. (1994): *Wie läßt sich die Lebensqualität bei psychisch Kranken erfassen?* In: KATSCHNIG, H. / KÖNIG, P. (Hg.) (1994): *Schizophrenie und Lebensqualität*. - Wien, S. 4.

⁸² HINTERHUBER, H. (1994): *Soziokulturelle Aspekte und biopsychosoziale Grundlagen der Lebensqualität schizophrener Patienten*. In: Katschnig, H. / König, P. (Hg.) (1994): a.a.O., S. 23.

Beziehungen im sozialen und sexuellen Bereich sowie ein selbstbestimmtes Leben⁸³.

Bei vielen Betroffenen brechen aber durch die Schizophrenie oft mehrere dieser Pfeiler zusammen, so dass man davon ausgehen kann, dass die Lebensqualität durch die Krankheit sowohl objektiv messbar, als auch subjektiv empfunden, in nicht unerheblichem Maße beeinträchtigt wird.

Schon per definitionem ist die psychische Gesundheit schizophrener Menschen zumindest phasenweise eingeschränkt. Oft führen aber die Nebenwirkungen einer Neuroleptikatherapie zusätzlich zu einer körperlichen und nach außen hin sichtbaren Beeinträchtigung, durch die die soziale Akzeptanz der Patienten zusätzlich eingeschränkt wird. Vor allem die klassischen, schon länger bekannten Medikamente mit antipsychotischer Wirkung führen zu motorischen Nebenwirkungen, die den Symptomen einer Parkinson-Erkrankung ähneln, wie beispielsweise einem hölzernen Gang, Zittern oder unkontrolliertem Speichelfluss. Allerdings gibt es mittlerweile neuere Medikamente, bei denen diese Nebenwirkungen kaum auftreten, die jedoch sehr teuer sind und deshalb von vielen Ärzten nur selten verschrieben werden: Eine weitere Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber Menschen mit einem körperlichen Leiden.

Die Teilhabe an Sach- und Kulturgütern ist in unserer Gesellschaft abhängig von finanziellen Ressourcen. Die wichtigste Quelle für diese finanziellen Mittel ist in einer Arbeitsgesellschaft wie der unsrigen ein bezahlter und gesicherter Arbeitsplatz. Leider verliert aber immer noch ein Großteil der Betroffenen im Zuge der Erkrankung seine Arbeitsstelle. Für einen Teil derjenigen, die schon sehr früh sehr schwer erkranken, ist es häufig krankheitsbedingt unmöglich, eine normale Berufsausbildung oder ein geregeltes Studium zu absolvieren. Hinzu kommt, dass oftmals finanzielle Reserven aus der Zeit vor der Erkrankung für eine ambulante oder stationäre Betreuung im Rahmen eines betreuten Wohnens oder in einer Heimeinrichtung eingesetzt werden müssen, bevor der örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger die weiteren Kosten übernimmt. Dabei kommt es nicht selten vor, dass ganze Häuser veräußert werden müssen, um die Kosten einer Betreuung decken zu können.

⁸³ Vgl. ebd.

Arbeit ist aber nicht nur die Grundlage einer finanziellen Unabhängigkeit, sondern auch von enormer psychologischer Bedeutung. Sie vermittelt das elementar wichtige Gefühl, gebraucht zu werden. DÖRNER hat dies mit dem Titel seines Buches „Jeder Mensch will notwendig sein“⁸⁴ treffend umschrieben. Zudem hilft eine geregelte Tätigkeit den Tag sinnvoll zu strukturieren und ist eine Gelegenheit, um soziale Kontakte zu knüpfen. Viele Psychiatrie-Erfahrene müssen durch den Verlust ihres Arbeitsplatzes auch ganze Lebensentwürfe verwerfen und ihre Ansprüche und Zukunftserwartungen nach unten korrigieren. Soziale Rollen wie beispielsweise die des Vater als „Ernährer der Familie“ können zum Teil nicht mehr erfüllt werden.

Zahlreiche Beziehungen brechen auseinander, wenn sich der Partner des Schizophreniekranken mit den durch die Krankheit entstandenen Problemen überfordert fühlt. Zudem haben Betroffene häufig Schwierigkeiten, neue, stabile sexuelle Beziehungen aufzubauen, da die Zahl ihrer Sozialkontakte oft stark eingeschränkt ist und potentielle Partner zudem häufig abgeschreckt werden und auf Distanz gehen, wenn sie von der Krankheit erfahren.

Auch mit der Möglichkeit zur Führung eines selbstbestimmten Lebens ist es für viele Betroffene häufig nicht weit her. Der ganze Lebensrhythmus ist oft von der Krankheit geprägt und bestimmt. Dies beginnt bei der regelmäßigen Einnahme von Neuroleptika, die oft mehrmals täglich erfolgen muss. Außerdem muss sich ein Teil der Patienten häufig in stationäre Behandlung begeben und benötigt zudem psychosozialer und/oder gesetzlicher Betreuung. Häufig müssen sich die Betroffenen dabei den Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution anpassen, anstatt diese sich umgekehrt an den Bedürfnissen der Nutzer orientiert. Hinzu kommt, dass den Nutzern in diesen Einrichtungen oft auch heute noch sehr wenig eigene Kompetenzen zugeschrieben werden und dadurch insgesamt ein überbehütendes Klima herrscht, in dem Eigeninitiative von manchen Ärzten und Betreuern eher skeptisch betrachtet wird.

Wie man sieht, ist bei vielen Betroffenen ein Teil der Grundpfeiler, die gewissermaßen die Träger einer zufriedenstellenden Lebensqualität sind, in sich

⁸⁴ DÖRNER, K. (1995): *Jeder Mensch will notwendig sein*. - Gütersloh.

zusammengebrochen. Dies lässt sich jedoch nur zum Teil direkt auf die eigentliche Erkrankung und ihre Symptomatik zurückführen. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das, was FINZEN als „die zweite Krankheit“⁸⁵ bezeichnet hat: das Stigma. Viele schizophrenerkrankte Menschen leiden unter den Auswirkungen dieses Stigmas in ähnlicher Weise wie unter ihren eigentlichen Krankheitssymptomen. Gerade nach überstandener Krankheit oder in den Phasen zwischen akuten Episoden stellt es für viele Menschen sogar das Hauptproblem im Zusammenhang mit ihrer Krankheit dar.

⁸⁵ Finzen, A. (2001a); a.a.O., S. 24.

3.1.1.1.1. Stigma und Stigmatisierung

3.1 Begriffsdefinition

Will man sich näher mit der stigmatisierenden Wirkung der Schizophrenie und deren zusätzlichen Belastungen für die Betroffenen befassen, ist es zunächst nötig, etwas genauer auf die Begriffe *Stigma* und *Stigmatisierung* einzugehen, um deutlich zu machen, welche Phänomene in diesem Zusammenhang gemeint sein sollen.

Die meisten Arbeiten zum Thema *Stigma* und *Stigmatisierung* orientieren sich mehr oder weniger explizit an GOFFMANS⁸⁶ Ausführungen.⁸⁷ Demnach bezeichnete der Begriff *Stigma* bei den alten Griechen einen „Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren.“⁸⁸ So wurden früher beispielsweise in manchen Kulturkreisen Gesetzesbrechern die Ohrmuscheln eingeschnitten um sie als Verbrecher zu kennzeichnen und auszugrenzen (daher rührt noch heute die Bezeichnung „Schlitzohr“ für jemanden, der sich mit nicht immer legalen Tricks durchs Leben schlägt). Später wurden dem Wort vor allem in der Verwendung im Plural, in Anlehnung an die Wundmale Jesu, noch eine weitere Bedeutung hinzugefügt: „körperliche Zeichen göttlicher Gnade“⁸⁹.

Im Folgenden soll es allerdings ausschließlich um die Bedeutung im ursprünglichen Sinne gehen. Der Begriff Stigma kann nach GOFFMAN zum einen für ein Merkmal selbst, also für eine Eigenschaft der Person, „die zutiefst diskreditierend ist“⁹⁰ verwendet werden. Zum anderen verweist HOHMEIER darauf, dass unter ganz bestimmten Umständen, das heißt in gewissen

⁸⁶ GOFFMAN, E. (1996): *Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 12. Aufl. - Frankfurt a. M.

⁸⁷ Vgl. FINZEN (2001a): a.a.O., S. 27.

⁸⁸ GOFFMAN, E. (1996): a.a.O., S. 9.

⁸⁹ Ebd.

⁹⁰ Ebd. S. 11.

Gesellschaften oder Milieus, jedes objektive Merkmal zu einem Stigma werden kann⁹¹, und er schlägt daher vor, „den Begriff nicht – wie bei GOFFMAN – für ein Merkmal selbst, sondern für die negative Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung zu verwenden.“⁹² Dass heißt mit anderen Worten, eine bestimmte Eigenschaft einer Person ist nicht an sich ein *Stigma*, sondern wird erst dann zu einem, wenn sie von anderen als von der Norm abweichend erkannt *und* zugleich negativ bewertet wird.

BRUSTEN und HOHMEIER definieren Stigma und Stigmatisierung folgendermaßen:

Als „Stigmatisierung“ werden soziale Prozesse bezeichnet, die durch „Zuschreibungen“ bestimmter – meist negativ bewerteter – Eigenschaften („Stigmata“) bedingt sind oder in denen stigmatisierende, d.h. diskreditierende und bloßstellende „Etikettierungen“ eine wichtige Rolle spielen, und die in der Regel zur sozialen Ausgliederung und Isolierung der stigmatisierten Personengruppen führen. Stigmatisierungsprozesse haben sowohl für die Lebenssituation als auch für die Identität der von ihnen Betroffenen beträchtliche Folgen.⁹³

Stigmatisierung bedeutet demnach ein verbales oder non-verbales Verhalten, das jemandem wegen eines zueigen gemachten *Stigmas* entgegengebracht wird. *Stigmatisierte* sind Personen(-gruppen), denen ein oder mehrere bestimmte, meist negativ bewertete Merkmale zugeschrieben werden.⁹⁴

3.2 Stigmatypen

GOFFMAN unterscheidet grundsätzlich drei verschiedene Stigmatypen: „Erstens gibt es Abscheulichkeiten des Körpers – die verschiedenen physischen Deformationen.“⁹⁵ Dazu könne man seiner Ansicht nach fehlende Gliedmaßen, Blindheit oder die sichtbaren, bleibenden Folgen von Brandverletzungen zählen.

⁹¹ Vgl. HOHMEIER, J. (1975): *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß*. In: BRUSTEN, M. / HOHMEIER, J. (Hg.) (1975): *Stigmatisierung Bd.1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. - Neuwied, S.7.

⁹² Ebd.

⁹³ BRUSTEN, M. / HOHMEIER, J. (1975): *Vorwort*. In DERS. (Hg.) (1975): a.a.O., S. 1f.

⁹⁴ Vgl. HOHMEIER, J. (1975): a.a.O., S. 7.

⁹⁵ GOFFMAN, E. (1996): a.a.O., S. 12.

Einen zweiten Typus bezeichnet er als *individuelle Charakterfehler* und führt als Beispiele Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Homosexualität und Arbeitslosigkeit an.⁹⁶

Den dritten Typ bilden seiner Auffassung nach die sogenannten „phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion.“⁹⁷

Gemeinsam ist den Trägern dieser Stigmata trotz dieser Unterschiede nach GOFFMAN eines:

Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird.⁹⁸

So gilt eben auch für einen an einer schizophrenen Psychose erkrankten Menschen,

– unabhängig von, während einer akuten Phase, tatsächlich möglichen Beeinträchtigungen – dass der Stempel „Schizophrenie“ oder die Tatsache ein- oder mehrmals in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, das einzige Merkmal ist, dass ihn von anderen – den sogenannten „Normalen“⁹⁹ – unterscheidet und aufgrund dessen er ausgegrenzt wird.

Eine weitere wichtige Unterscheidung trifft GOFFMAN zwischen denjenigen Menschen, deren Stigma entweder ganz offensichtlich und für die Mitmenschen schon in Situationen des alltäglichen Miteinanders erkennbar ist oder aber annehmen, dass ihr Gegenüber ohnehin über ihr Anderssein Bescheid weiß und denjenigen, deren Makel nicht auf den ersten Blick erkennbar ist und die daher zunächst davon ausgehen können, dass sie für ihre Mitmenschen nicht gleich automatisch zum Personenkreis der Stigmatisierten gehören.

Die erste Gruppe bezeichnet GOFFMAN als „Diskreditierte“ und die zweite als „Diskreditierbare“¹⁰⁰.

⁹⁶ Vgl. ebd.

⁹⁷ Ebd., S. 13.

⁹⁸ Ebd.

⁹⁹ Vgl. ebd.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., S. 12.

Diese Unterscheidung wird von besonderer Bedeutung, wenn es für die Betroffenen um die Frage geht, wie sie sich anderen gegenüber hinsichtlich ihres Stigmas verhalten sollen: Offen zu der Krankheit stehen, oder sie lieber verheimlichen? (vgl. dazu Kap. 4.2.2)

3.3 Verschiedene „moralische Werdegänge“

Einen wichtigen Unterschied hinsichtlich der Frage, wie gut ein Mensch mit seinem Stigma umzugehen lernt, macht sicherlich der jeweilige Zeitpunkt innerhalb der Lebensgeschichte eines Menschen aus, in dem er ein Stigma erwirbt beziehungsweise erfährt, dass er schon immer Träger eines Stigmas gewesen ist. Denn ein Mensch trägt ein bestimmtes Stigma – von den *phylogenetischen* Stigmata vielleicht einmal abgesehen – ja nicht unbedingt von Geburt an, sondern es kann ihn auch erst zu einem späteren Zeitpunkt in seinem Leben treffen. Einem Menschen muss sein Stigma nicht unbedingt von Anfang an bewusst sein, wie es zum Beispiel dann der Fall ist, wenn er die erste Zeit seines Lebens nur unter seinesgleichen verbringt. GOFFMAN unterscheidet daher die Phase im menschlichen Sozialisationsprozess, „in welcher die stigmatisierte Person den Standpunkt der Normalen kennenlernt und in sich aufnimmt und hierbei den Identitätsglauben der weiteren Gesellschaft und eine allgemeine Vorstellung davon erwirbt, wie es sein würde, ein bestimmtes Stigma zu besitzen“¹⁰¹ von einer zweiten Phase, in welcher der Person bewußt wird, dass sie Träger eines bestimmten Merkmals ist, das außerhalb der von den Nichtstigmatisierten definierten Normalität ist und die daraus für sie resultierenden Folgen realisiert.¹⁰²

Man kann demnach zwischen verschiedenen *moralischen Werdegängen*¹⁰³, wie GOFFMAN die unterschiedlichen Sozialisationsmuster nennt, differenzieren, die sich aus den unterschiedlichen möglichen Abfolgen der Phasen vom

¹⁰¹ Ebd., S. 45.

¹⁰² Vgl. ebd. S. 45.

¹⁰³ Vgl. ebd.

Kennenlernen des Standpunktes der Normalen und der Realisierung des eigenen Stigmas ergeben.

Eines dieser Muster ergibt sich dann, wenn bei einem angeborenen oder sehr früh erworbenen Stigma, das Erlernen dessen, was als normal gilt und das Wissen um das eigene Stigma zeitlich zusammenfallen. In diesem Fall müssen – beziehungsweise können – sich die Betroffenen von klein auf mit ihrem Handicap und der Reaktion ihrer Umwelt darauf auseinandersetzen.

Ein zweiter Fall ist der eines Menschen, der ebenfalls schon von Geburt an ein stigmatisierendes Merkmal trägt, aber in der frühen Kindheit im beschützten Rahmen der Familie aufwächst. Dies führt dazu, „daß das eingekapselte Kind sich als vollkommen qualifiziertes, gewöhnliches menschliches Wesen von normaler Identität hinsichtlich solch grundlegender Dinge wie Alter und Geschlecht sieht.“¹⁰⁴ Hiermit wird die Stigmaerfahrung oft umso härter, wenn das Kind in Kindergarten oder Schule unvermittelt auf die ablehnenden Reaktionen der anderen Kinder stößt.

Das nach GOFFMAN dritte Sozialisationsmuster, welches wohl auf fast alle von einer schizophrenen Psychose betroffenen Menschen zutrifft, liegt dann vor, wenn das Individuum zunächst normal aufwächst und die verbreiteten Einstellungen gegenüber den Stigmatisierten internalisiert. Tritt nun der Fall auf, dass es selbst durch eine Krankheit oder einen Unfall zu der Gruppe der Stigmaträger gerechnet wird, wird es sich – was besonders bei psychischen Erkrankungen von Bedeutung ist – höchstwahrscheinlich auch selbst zu dieser Gruppe zählen und sich genauso, wie es zuvor andere mit diesem gleichen Stigma ausgegrenzt hat, auch selbst stigmatisieren und abwerten. Diese Art der Selbst-Stigmatisierung führt dann mit großer Wahrscheinlichkeit dazu, dass sich der Betroffene von sich aus mehr und mehr aus der Gegenwart anderer Menschen zurückzieht, weil ihm aus eigener Erfahrung noch bewusst ist, welches Unbehagen er bei seinen Mitmenschen auslöst.

¹⁰⁴ Ebd.

3.4 Der Labeling Ansatz

SCHEFF ist der Ansicht, dass Stigmatisierung und Selbststigmatisierung nicht nur zu einem sozialen Rückzug führen, sondern umgekehrt die Verstärkung bestimmter Auffälligkeiten zu einer psychischen Krankheit erst durch bestimmte Etikettierungsprozesse bewirkt wird.

Er versucht in seinem sogenannten Labeling-Ansatz die Rolle, die die Stigmatisierung durch andere für die Manifestation psychischer Krankheit spielt, aufzuzeigen. Dazu trifft er zunächst eine Reihe von Vorannahmen.

Er geht davon aus, dass es verschiedene Arten von Verhaltensabweichungen und Regelverletzungen gibt: „Regelverletzen wird sich auf eine Klasse von Verhaltensakten beziehen, die Verletzungen sozialer Normen bedeuten; und Abweichung auf einzelne Verhaltensakte, die als Regelverletzung öffentlich und offiziell etikettiert worden sind.“¹⁰⁵ Mit anderen Worten: Eine Regelverletzung muss nicht zwangsläufig als Verhaltensabweichung definiert werden. Als Beispiel könnte man das anführen, was man üblicherweise als Kavaliersdelikte bezeichnet, wie zum Beispiel das leichte Überschreiten der Alkohol- oder Geschwindigkeitsgrenze im Straßenverkehr. Gleichzeitig muss aber nicht jeder, der als Abweichler definiert wird, tatsächlich eine Regel verletzt haben.¹⁰⁶

Nach SCHEFF fällt nahezu jede Abweichung oder Regelverletzung in eine bestimmte Kategorie. Wie beispielsweise ein Diebstahl in die Kategorie *Verbrechen* fällt, womit der Dieb zum *Verbrecher* wird. Es gibt jedoch auch Regelverletzungen, die keiner Kategorie zugeordnet werden können und somit als *residual* (=restlich, übrigbleibend) bezeichnet werden. „Bei der Aufstellung solcher Fälle unbenennbarer und doch auffälliger Regelwidrigkeit faßt die Gesellschaft sie um der Einfachheit willen in Bausch und Bogen zu einer

¹⁰⁵ SCHEFF, T. J. (1973): *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. Soziale Interaktion und psychische Störung. - Frankfurt a. M., S. 26.

¹⁰⁶ Vgl. BECKER, H. S. (1963): *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. - Frankfurt a. M., S. 9.

residualen Kategorie zusammen: etwa Zauberei, Besessenheit oder in unserer Gesellschaft psychische Störung.¹⁰⁷

Die Ursachen für die Verhaltensabweichungen sieht SCHEFF in organischen und psychischen Bedingungen, äußeren Belastungen, Stress sowie in willentlichen Innovations- und Widerstandsakten.¹⁰⁸ Er führt dafür als Beispiele den französischen Impressionismus und den Dadaismus an, die zu ihrer Zeit weitgehend auf Unverständnis stießen und daher als verrückt erachtet wurden.¹⁰⁹

Er argumentiert dann weiter: „*Im Verhältnis zum Anteil der behandelten psychischen Störungen ist der Anteil der unbekanntem Verletzungen von Residualregeln extrem hoch.*“¹¹⁰ Das heißt die Mehrzahl der Personen mit psychiatrischen Symptomen unterzieht sich nicht einer ärztlichen Behandlung.

Dies hängt seiner Ansicht nach damit zusammen, dass die meisten residualen Regelverletzungen nur temporärer Natur sind und daher entweder gar nicht als solche erkannt, oder aber rationalisiert werden.

Mit der Frage danach, warum diese Verhaltensweisen nur bei einem geringen Prozentsatz der Betroffenen wiederholt auftreten oder gar zu einem chronischen Verlauf führen, befasst sich nun der eigentliche Labeling-Ansatz, welcher psychische Krankheit als das Ergebnis eines sozialen Zuschreibungsprozesses ansieht.

Der Labeling-Ansatz geht davon aus, dass erst durch ein öffentliches Etikettieren der Regelüberschreitungen ein Prozess in Gang gesetzt wird, an dessen Ende eine manifeste psychische Erkrankung steht. Mit anderen Worten: Psychische Krankheit ist letztlich ein Produkt von Etikettierung.

Ob jemand das Etikett *des* psychisch Kranken erhält, ist nach SCHEFF von einer Reihe verschiedener Faktoren abhängig. Dazu zähle zum einen wie schwerwiegend, wie häufig und wie auffällig die Regelübertretungen seien.

¹⁰⁷ Vgl. SCHEFF, T. J. (1973): a.a.O., S. 27.

¹⁰⁸ Vgl. ebd., S. 32.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., S. 36f.

¹¹⁰ Ebd., S. 39.

Zum anderen sei dies aber an den sozialen Status des Regelbrechers, seine Möglichkeiten, alternative, nichtabweichende Rollen einzunehmen und die Bereitschaft der jeweiligen Gesellschaft abweichendes Verhalten zu tolerieren gebunden.¹¹¹ Vereinfacht ausgedrückt: Ein freischaffender Künstler mit Hochschulabschluss hat demnach eine höhere Chance einer Etikettierung zu entgehen, als ein Hilfsarbeiter ohne Schulabschluss.

In jeder Gesellschaft gibt es in der Regel eine ziemlich klare Vorstellung davon, wie sich ein psychisch Kranker zu verhalten hat, denn jedem einzelnen werden die entsprechenden Stereotype schon von klein auf vermittelt und verfestigen sich durch den Einfluss der Medien. (vgl. Kap. 3.10) Somit ist aber auch dem Regelabweicher selbst klar, wie er sich als psychisch Kranker, als der er von den anderen gesehen wird, zu verhalten hat.

An diesem Punkt stellt sich die Frage, warum „der Abweichende eine so diffamierende Rolle anzunehmen bereit ist.“¹¹²

SCHEFF bietet hierzu drei Erklärungen an. Erstens werde der nun als psychisch krank Etikettierte dafür belohnt, wenn er die ihm damit zugeschriebene Rolle spielt, das heißt diejenigen Patienten, die sich krankheitseinsichtig zeigen, bereitwillig kooperieren und somit die von den Ärzten geforderte Compliance zeigen, seien bei Ärzten und Pflegepersonal beliebter und erhielten Privilegien. Andererseits werde denjenigen, die versuchen in ihr ursprüngliches Leben zurückzukehren, aufgrund ihres Stigmas immer wieder Steine in den Weg gelegt.

Zweitens bedeute die öffentliche Etikettierung für den Betroffenen eine Krise und daher sei er „höchst suggestibel und geneigt, die sich anbietende Rolle des Geisteskranken als die einzige Alternative zu akzeptieren.“¹¹³

Drittens ergebe sich so insgesamt ein Teufelskreis, da je mehr der Abweichende die Rolle des psychisch Kranken annehme, auch die Erwartungen der anderen an ihn diese Rolle auszufüllen, stiegen und so weiter und so fort.¹¹⁴

¹¹¹ Vgl. ebd., S. 84.

¹¹² Ebd., S. 70.

¹¹³ Ebd., S. 74.

¹¹⁴ Vgl. ebd., S. 82.

Es ist allerdings zu bezweifeln, ob die Manifestierung einer schizophrenen Erkrankung direkt durch eine Etikettierung bedingt ist.¹¹⁵

3.5 Der „modifizierte“ Labeling-Ansatz

LINK und Kollegen¹¹⁶ haben aus diesen Gründen den Labeling-Ansatz modifiziert und zeigen stattdessen auf, inwiefern eine Etikettierung über den Umweg einer Destabilisierung des sozialen Netzwerkes und einen Schwund des Selbstvertrauens der Betroffenen, zumindest indirekt den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann.

Ausgangspunkt ist hier das Bild, das der Betroffene und die Gesellschaft von psychisch Kranken haben. Allerdings wird dabei die Vorstellung des Betroffenen selbst, wie die anderen auf seine psychische Krankheit reagieren – nämlich höchstwahrscheinlich mit Entwertung und Diskriminierung – betont. Wird der Betroffene nicht durch eine psychiatrische Behandlung mit dem offiziellen Etikett *psychisch krank* belegt, betrachtet er sich selbst auch nicht als psychisch krank und daher bezieht er diese Vorstellungen auch nicht auf sich selbst. Es ergeben sich dadurch für ihn keine negativen Konsequenzen. Begibt sich der Betroffene jedoch in eine psychiatrische Behandlung und erhält dort eine offizielle Diagnose, muss er auch sich selbst gegenüber seine Krankheit eingestehen. Die Vorstellungen davon, wie psychisch Kranke von der Gesellschaft behandelt werden, wird er nun auch auf sich selbst beziehen (Selbststigmatisierung), da er zuvor wahrscheinlich selbst stigmatisierende Tendenzen gegenüber psychisch Kranken gewissermaßen erlernt hatte und in sich trug.

Negative Konsequenzen für das Selbstbewusstsein können sich nun entweder direkt aus dieser Angst davor, abgewertet und diskriminiert zu werden, oder aber aus den bevorzugten Reaktionsweisen von Geheimhaltung („*secrecy*“), sozialem Rückzug („*withdrawal*“) oder Aufklärung („*education*“), die den Betroffenen zur Verfügung stehen, um eine Diskriminierung zu vermeiden,

¹¹⁵ Vgl. FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 76f.

¹¹⁶ Vgl. LINK, B. G. u.a. (1989): *A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment*. In: *American Sociological Review* 54 (1989), S. 400-423.

ergeben. Obwohl diese Reaktionsweisen in dieser Hinsicht einen gewissen Erfolg haben mögen, können sie nach LINK und Mitarbeitern auch eine Reihe von negativen Konsequenzen nach sich ziehen. So könne beispielsweise ein niedrigeres Selbstbewusstsein, ein eingeschränktes soziales Netzwerk und der Ausschluss von angemessen bezahlten Arbeitsplätzen, einen chronischen Verlauf der Krankheit forcieren.¹¹⁷

Insgesamt lässt sich dieser Ansatz meiner Ansicht nach gut mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell in Einklang bringen.

Einem Menschen, der ein oder mehrmals eine schizophrene Psychose durchlebt hat, sieht man dies in der Regel äußerlich nicht an, das heißt er gehört zum Personenkreis der „Diskreditierbaren“. Da er die negativen Konsequenzen kennt, die sich aus einer Enthüllung als psychisch Kranker ergeben, stellt sich ihm die Frage, wie er mit dieser Information in der Begegnung mit anderen Menschen oder Institutionen umgehen will und wem gegenüber er sich als psychisch krank offenbaren kann. Es stehen ihm dazu die drei o.g. Strategien zur Verfügung. Zum einen kann er die Tatsache seiner psychischen Erkrankung geheim halten und seine Umwelt täuschen.¹¹⁸ Eine andere Möglichkeit besteht darin, sich aus bestimmten Bereichen des gesellschaftlichen Miteinanders zurückzuziehen und die Sozialkontakte weitgehend auf diejenigen zu beschränken, die ohnehin um das Stigma wissen und mit deren Verständnis der Betroffene rechnen kann. Dieser Rückzug kann sogar so weit gehen, dass Betroffene um einer Stigmatisierung zu entgehen, ihre Kontakte auf die Anonymität des Internets beschränken und sich ansonsten – wenn überhaupt – nur ihren nächsten Angehörigen anvertrauen.¹¹⁹ Der dritte Weg der Handhabung der Informationen über die Erkrankung ist es, offen damit umzugehen, andere von vorneherein darüber in Kenntnis zu setzen und zu versuchen, sie über die Krankheit aufzuklären.¹²⁰

¹¹⁷ Vgl. ebd. S. 421.

¹¹⁸ Vgl. GOFFMAN, E. (1996): a.a.O., S. 94-116.

¹¹⁹ Vgl. WAHL, O. F. (1999): *Mental Health Consumers' Experience of Stigma*. In: Schizophrenia Bulletin 25(1999), S. 470f.

¹²⁰ Vgl. SCHNEIDER, J. / CONRAD, P. (1980): „*In the Closet with Illness: Epilepsy, Stigma Potential and Information Control*“ In: Social Problems 28 (1980), S. 32-44.

In jedem Fall sitzen Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind in einer Zwickmühle: Einerseits versuchen sie durch die verschiedenen Techniken der Informationskontrolle einer Stigmatisierung und den mit ihr verbundenen Auswirkungen zu entgehen, auf der anderen Seite bergen diese natürlich wiederum negative Begleiterscheinungen. So wird beispielsweise das Selbstvertrauen von jemandem, der über seine Probleme derart gut hinwegtäuschen kann, dass sie von seiner Umwelt nicht bemerkt oder zumindest nicht als Anlass zu einer Stigmatisierung gewertet werden, nicht gerade gestärkt werden, wenn ihm bewußt wird, dass das Bild, das andere von ihm haben, nur auf der Vorspiegelung falscher Tatsachen beruht. Außerdem kann es natürlich notwendig sein, zum Beispiel den Arbeitgeber von der Erkrankung und einer eventuell daraus resultierenden Behinderung in Kenntnis zu setzen, damit berufliche Rehabilitations- und Schutzmaßnahmen greifen können und Vorgesetzte wie Kollegen rücksichtsvoll mit einer eventuellen Leistungseinschränkung umgehen können. Sie sind wahrscheinlich eher geneigt, diese zu akzeptieren, wenn sie darüber informiert sind, dass diese nicht die Folge von Faulheit, sondern einer ernsthaften Erkrankung sind.

Während der soziale Rückzug wie angedeutet eine massive Vereinsamung zur Folge haben kann, ist es möglich, dass jemandem der offensiv mit seiner Erkrankung umgeht, im Einzelfall genau das widerfährt, was er versuchte zu vermeiden – eine Ausgrenzung und Diskriminierung.

In einigen Fällen muss man jedoch auch davon ausgehen, dass psychisch Kranke durch die zum Teil erheblichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka auch äußerlich gehandikapt sind und sie, selbst wenn dies von den Mitmenschen nicht unbedingt mit psychischer Krankheit in Verbindung gebracht wird, als andersartig angesehen werden und somit zu den *Diskreditierten* zählen.

ANGERMEYER und Kollegen¹²¹ vertreten die Ansicht, dass ähnliches auch für Betroffene in ausgesprochen ländlichen Regionen gelte, da diese ihr Stigma

¹²¹ ANGERMEYER, M. C. u.a. (1985): *Stigmatisierung psychisch Kranker: Stadt versus Land*. In: *Psychoth med Psychol* 35 (1985), S. 99-103.

aufgrund der im Gegensatz zu urbanen Gebieten nicht vorhandenen Anonymität eines Dorfes, ohnehin nicht auf Dauer vor anderen verstecken könnten.¹²²

3.6 Der Prozess der Stigmatisierung und seine Funktion für die Gesellschaft

Bisher blieb die Frage unbeantwortet, wie der Prozess einer Stigmatisierung im Einzelfall abläuft, ob sie eine Funktion für den Stigmatisierenden und die Gesellschaft als ganzes erfüllt und wenn ja, worin diese Funktion besteht, das heißt, was haben Menschen davon einzelne oder ganze Gruppen auszugrenzen.

3.6.1 Der Stigmatisierungsprozess

Wir Menschen fassen bei der Vielzahl an Eindrücken, die uns tagtäglich treffen, die Objekte in unserer Umwelt zu Kategorien zusammen, um nicht angesichts der Menge an Reizen völlig verwirrt zu werden. Dies erst versetzt uns in die Lage, uns mit anderen Menschen über diese Objekte auszutauschen. So sind wir beispielsweise in der Lage, aufgrund einer Reihe von Merkmalen (vier Beine, Sitzfläche, Lehne) einen Stuhl eindeutig als Stuhl zu identifizieren, obwohl sich Stühle ansonsten in einer ganzen Reihe weiterer Merkmale (Material, Größe, Farbe etc.) unterscheiden.

Eine ähnliche Kategorisierung oder Klassifizierung nehmen wir mehr oder weniger unbewusst auch vor, wenn wir auf unsere Mitmenschen treffen. Aus dem Kontext, in dem wir auf einen Menschen treffen und einigen äußeren Merkmalen schließen wir unwillkürlich auf weitere, auch innere Merkmale. Dadurch ist es uns möglich, „mit antizipierten Anderen ohne besondere Aufmerksamkeit oder Gedanken umzugehen.“¹²³

¹²² Ebd., S. 100.

¹²³ GOFFMAN, E. (1996): a.a.O., S. 10.

In der Regel gehen wir sogar noch einen Schritt weiter und betrachten diese Erwartungen als normativ, das heißt, wir betrachten sie als rechtmäßig gestellte Anforderungen. Die Gesamtheit dieser Erwartungen kann man als „*virtuale soziale Identität*“¹²⁴ bezeichnen.

Demgegenüber stehen die Attribute die der Andere tatsächlich besitzt: Seine „*aktuale soziale Identität*.“¹²⁵

Natürlich sind die virtuelle und die aktuale Identität unseres Gegenübers nicht zwangsläufig deckungsgleich, d.h. er kann eine Eigenschaft besitzen, „die ihn von anderen in der Personenkategorie, die für ihn zur Verfügung steht, unterscheidet.“¹²⁶ Dies führt dazu, dass wir den Anderen entweder in eine andere wohlangesehene Kategorie, oder – falls das Merkmal oder die Verhaltensweise unerwünscht ist, in eine Sonderkategorie (die der Stigmatisierten und Ausgestoßenen) einstufen.¹²⁷

3.6.2 Zur Funktion von Stigmatisierung für die Gesellschaft

Zur Frage, warum die Gesellschaft einzelne Individuen oder ganze Gruppen ausgrenzt, lässt sich folgendes sagen:

Dem *Normalen* wird durch den Kontakt mit einem Stigmatisierten seine eigene Verletzbarkeit deutlich, im Falle des körperlich Beeinträchtigten, seine körperliche Verwundbarkeit. Im Kontakt mit psychisch Kranken kommt die eigene Angst davor „den Verstand zu verlieren“¹²⁸ zum Tragen und somit ist er bemüht, solche Situationen zu meiden. Andererseits brauchen die *Normalen* aber auch die Abweichenden, um sich angesichts ihrer eigenen kleinen Schwächen selbst als *normal* definieren zu können:

Jeder Mensch ist stets bemüht, ein positives stabiles Bild seiner selbst aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Wir werden uns allerdings tagtäglich unserer eigenen Unzulänglichkeiten und Ängste bewußt und versuchen diese

¹²⁴ Ebd.

¹²⁵ Ebd.

¹²⁶ Ebd.

¹²⁷ Vgl. ebd., S. 10f.

¹²⁸ FINZEN, A. (2001b): a.a.O., S. 41.

mit verschiedenen Mechanismen zu unterdrücken. Einer dieser Mechanismen ist die sogenannte *Projektion*. Dabei übertragen wir diese unerwünschten Gefühle, Antriebe und Wünsche auf andere und können diese dann entweder bemitleiden oder verachten, aber in jedem Fall ermöglicht uns die Projektion, uns von ihnen und damit unseren eigenen negativen Eigenschaften zu distanzieren.¹²⁹

Eine weitere Funktion von Stigmatisierung besteht zweifellos darin, die Einhaltung bestehender Regeln und Normen und somit die Aufrechterhaltung der jeweiligen Gesellschaftsordnung sicherzustellen, indem durch die Ausgrenzung abweichendes Verhalten und Regelverletzungen sanktioniert werden.

In vielen Fällen müssen Stigmatisierte auch als gesellschaftliche Sündenböcke herhalten, denen man die Schuld an allem Schlechtem geben kann, um so von eigenen Fehlern ablenken zu können. So wie es beispielsweise im Falle der Juden, während des Nazi-Regimes, die auf der Grundlage eines schon seit Jahrhunderten latent vorhandenen Antisemitismus zur Wurzel allen Übels erklärt wurden – mit den bekannten schrecklichen Folgen.

HOHMEIER verweist außerdem darauf, dass ein Großteil der Ablehnung schlicht das Ergebnis einer Unsicherheit und Unwissenheit ist, wie man sich stigmatisierten Personen gegenüber verhalten sollte. Auch darum wird versucht, Kontakte zu diesen zu vermeiden oder auf das Nötigste zu beschränken.¹³⁰

3.7 Stellt Schizophrenie tatsächlich ein Stigma dar?

Nachdem zunächst ein kurzer Überblick darüber gegeben wurde, was sich hinter dem Begriff Stigma verbirgt und wie der Prozess der Stigmatisierung in der Regel abläuft, gilt es nun den Blick darauf zu wenden, ob Menschen, die mit

¹²⁹ Vgl. HUGHES, P. (2001): *The Origins of Stigmatisation: Stigmatisation As a Survival Strategy: Intrapsychic Mechanisms*. <http://www.stigma.org/everyfamily/phughes.html> In: CRISP, A. H. (2001): *Everyfamily In the Land. Understanding Prejudice And Discrimination Against People With Mental Illness*. <http://www.stigma.org/everyfamily/everycontentsnew.html> (Zit.a.30.10.2001) oder HOHMEIER, J. (1975): a.a.O., S.11.

¹³⁰ Vgl. Ebd.

dem in Kapitel 2 beschriebenen Etikett Schizophrenie belegt wurden, zum Kreis der Stigmatisierten zu rechnen sind und wenn ja, wie groß das Ausmaß ihrer Stigmatisierung ist.

Dabei sollte zunächst einmal die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken und das Bild, das der Durchschnittsbürger von ihnen hat, näher in Augenschein genommen werden. ANGERMEYER und MATSCHINGER vertreten die Ansicht,

daß alle rehabilitativen Bemühungen erst dann wirklich voll Sinn machen, wenn zumindest grundsätzlich die Möglichkeit einer Reintegration in puncto sozialer Beziehungen und Arbeit besteht. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu wissen, wie denn die Allgemeinbevölkerung gegenüber den Kranken eingestellt ist. Wie reagiert man auf sie? Wie groß ist die Bereitschaft, mit ihnen in Kontakt zu treten und sie in sozialen Rollen zu tolerieren?¹³¹

Zum anderen darf man aber auch den Blick dafür nicht verlieren, wie die Betroffenen selbst die Stigmatisierung wahrnehmen, welche Auswirkungen sie im Alltag für sie hat und in welchen Situationen sie besonders unter ihrem Etikett zu leiden haben.

Einige Autoren bestreiten, dass psychisch Kranke ernsthaft von Stigmatisierung betroffen sind. So behauptet GOVE, dass für die große Mehrheit von psychisch Kranken Stigmatisierung nur vorübergehend sei, und kein ernsthaftes Problem darstelle.¹³² Andere behaupten, dass selbst wenn es negative Einstellungen Psychiatriepatienten gegenüber gebe, diese nicht zu zurückweisendem Verhalten führen würden und weisen darauf hin, dass die Patienten angeblich nur selten konkrete Beispiele für diskriminierendes Verhalten ihnen gegenüber anführen können.¹³³

Manche Autoren sind der Ansicht, dass die soziale Distanz psychisch Kranken gegenüber eher von deren tatsächlichen *Verhalten*, als von dem Etikett, mit dem

¹³¹ ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1995): *Einstellung der Bevölkerung zu schizophren Erkrankten*. In: HINTERHUBER, H. / FLEISCHHACKER, W. / MEISE, U.: *Die Behandlung der Schizophrenien. State of the Art*. - Innsbruck, S. 2.

¹³² Vgl. GOVE, W. R. (1982): *The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness*. In: DERS (Hg.) (1982): *Deviance and Mental Illness*. - Beverly Hills, S. 280.

¹³³ Vgl. LINK, B. G. u.a. (1989): a.a.O., S. 401.

sie versehen wurden, abhängt. Das heißt, wenn jemand, der unter einer schizophrenen Psychose leidet, von anderen ausgegrenzt wird, dann nicht allein aufgrund der Tatsache, dass er als psychisch krank gilt, sondern vorwiegend wegen seines für seine Umwelt unverständlichen und unangepassten Verhaltens. Andere Autoren betonen dagegen die Bedeutung von Stigmata für diskriminierendes Verhalten. Sie führen die oben genannten Ergebnisse unter anderem darauf zurück, dass bei Befragungen nach den persönlichen Einstellungen oftmals als Antwort nicht die tatsächliche Einstellung, sondern die *ideale* sozial erwünschte akzeptierende Haltung wiedergegeben wird, von der die Befragten dem Befragenden gegenüber nicht abweichen wollen. Frage man jedoch danach, wie wohl *die meisten Menschen* über psychisch Kranke denken, würden sich realistischere und nicht mehr so positiv ausfallende Ergebnisse zeigen.¹³⁴

Ein Beleg dafür, dass psychisch kranke Menschen nicht in erster Linie wegen ihres auffälligen Verhaltens, sondern tatsächlich aufgrund des Etiketts, dass sie in Form einer Diagnose erhalten haben, benachteiligt werden, lässt sich auch in Untersuchungen LINKS zu den Auswirkungen eines psychiatrischen Etiketts auf Beschäftigungsstatus und Einkommen finden.¹³⁵ Dazu verglich er eine Gruppe von Menschen mit psychiatrischen Symptomen, die behandelt wurde und bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, mit einer Gruppe, deren Mitglieder vergleichbare Symptome zeigte, sich aber niemals deshalb in Behandlung befanden und daher auch mit keiner ärztlichen Diagnose belegt wurde.¹³⁶ Er stellte dabei fest, dass die erstgenannte Gruppe tatsächlich mit größerer Wahrscheinlichkeit arbeitslos war und im Durchschnitt weniger verdiente, als die zweite Gruppe.¹³⁷ Da in beiden Gruppen annähernd die gleichen Symptome vorhanden waren, musste dieser Effekt auf die offizielle Etikettierung durch eine psychiatrische Behandlung mit Diagnosestellung zurückzuführen sein.

¹³⁴ Vgl. ebd.; Vgl. auch LINK, B. G. / CULLEN, F. T. (1990): *The Labeling Theory of Mental Disorder: A Review of the Evidence*. In: *Research in Community and Mental Health* 6 (1990), S. 93.

¹³⁵ Vgl. LINK, B. G. (1982): *Mental Patient Status, Work, and Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label*. In: *American Sociological Review* 47 (1982), S. 202-215.

¹³⁶ Vgl. ebd., S. 205.

¹³⁷ Vgl. ebd., S. 207-210.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden zahlreiche Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken vorgenommen, die in der überwiegenden Mehrheit belegen, dass – und auch wie sehr – Menschen mit einer psychischen Erkrankung, speziell diejenigen mit einer schizophrenen Psychose, in ihrer Umwelt auf Ablehnung stoßen. Auf einige exemplarische Erhebungen wird im weiteren Verlauf Bezug genommen.

In diesen Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung oder bestimmter Teilgruppen, wurde entweder nach den Gefühlen, die psychisch Kranke bei den Befragten auslösen, nach der sozialen Distanz, das heißt bis zu welchem Grad die Befragten psychisch Kranke an sich heranlassen würden – ob sie sie beispielsweise als Nachbar, Ehepartner oder Babysitter für ihre Kinder akzeptieren würden – oder Eigenschaften, die den Kranken zugeschrieben werden, gefragt. Dabei wird davon ausgegangen, dass von den Einstellungen Rückschlüsse auf das tatsächliche Verhalten in alltäglichen Situationen vorgenommen werden können.

Es wurden zudem experimentelle Untersuchungen vorgenommen, in denen das Verhalten von Versuchspersonen gegenüber Menschen, von denen sie *annahmen*, sie seien psychisch krank (sie waren es tatsächlich aber nicht), beobachtet wurde.

Einige andere Arbeiten vergleichen den Grad der Ablehnung mit demjenigen in Bezug auf andere Eigenschaften, die häufig eine Ursache von Geringschätzung sind, wie beispielsweise Alkoholismus, Kriminalität, Körperbehinderung und so weiter, um zu belegen, wie stark stigmatisierend eine schizophrene Erkrankung ist.

In Deutschland hat sich in den letzten Jahren vor allem ANGERMEYER in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kollegen durch zahlreiche Untersuchungen zur Bevölkerungseinstellung verdient gemacht und gezeigt, dass psychisch Kranke allgemein und insbesondere solche mit einer schizophrenen Psychose auf Vorbehalte in weiten Teilen der Bevölkerung stoßen.

So stellten sie fest, dass die soziale Distanz gegenüber schizophren Erkrankten in Deutschland im Frühjahr 1993 in nahezu allen vorgestellten Beziehungssituationen, die den Befragten vorgegeben wurden, höher war als bei den anderen nachgefragten Merkmalen (Asylant, depressiv Erkrankter, Türke und Übersiedler).

Am ehesten wären die Befragten bereit, einen schizophren Erkrankten als Arbeitskollegen zu akzeptieren. Nahezu jeder vierte (24,4%) würde allerdings einen Schizophreniekranken als Kollegen ablehnen (Asylant 21,5%, depressiv Erkrankter 14,4%, Türke 15,2% und Übersiedler 11,8%). Insgesamt ist zu beobachten, dass die Ablehnung mit zunehmender Intimität der Beziehungssituationen bei nahezu allen Merkmalen stetig zunimmt. Besonders auffällig ist dieser Effekt jedoch bei den psychischen Erkrankungen Schizophrenie (annähernd 80% würden es ablehnen ihre Kinder von einem schizophren Erkrankten beaufsichtigen zu lassen) und Depression (66% Ablehnung). Zum Vergleich würden „nur“ circa die Hälfte (51,7%) der Befragten einen Asylanten, ein gutes Drittel (38,2%) einen Mitbürger türkischer Herkunft und ein knappes Drittel (31,5%) einen Übersiedler als Babysitter ablehnen.¹³⁸ Eine ähnliche Untersuchung aus dem Jahr 1990 in den alten Bundesländern, in der die Einstellung zu Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen betrachtet wurde, zeigt, dass in allen Situationen nur Alkoholabhängigkeit eine höhere Ablehnung hervorruft als Schizophrenie.¹³⁹

WIENER, WESSLEY und LEWIS¹⁴⁰ zeigen, wie sehr psychisch Kranke auch im Vergleich mit somatisch erkrankten Patienten benachteiligt sind. Diese Benachteiligung äußert sich zum Beispiel darin, dass psychisch Kranke während eines Krankenhausaufenthaltes weniger Geschenke von ihren Freunden und Verwandten erhalten. Die in nahezu allen Kulturen verbreitete Sitte des Mitbringens eines Präsentes für Kranke wird gepflegt, da der Betroffene für

¹³⁸ Vgl. ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1996): *Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken*. In: Gesundheitswesen 58 (1996) Sonderheft 1, S. 22.

¹³⁹ Vgl. ebd., S.20.

¹⁴⁰ Vgl. WIENER, A. / WESSLEY, S. / LEWIS, G. (1999): „*You Don't Give Me Flowers Anymore*“: *An Analysis of Gift-Giving to Medical and Psychiatric Inpatients*. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34 (1999), S. 136-140.

seine Situation zum einen nicht verantwortlich gemacht wird und zum anderen die Hilfe und Unterstützung anderer benötigt. Er ist in seiner Situation von fremder Hilfe abhängig. Das Besondere an dieser Situation sei nun so WIENER und Mitarbeiter, dass dieser Austausch von Geschenken auf Gegenseitigkeit beruhe und der Schenkende in der Regel davon ausgehe, dass er bei einem eigenen Krankenhausaufenthalt auch mit einem Geschenk rechnen könne. Die Tatsache, dass Psychiatrie-Patienten weniger Geschenke erhalten, könne vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass der Besucher nicht damit rechne, selbst einmal psychisch krank zu werden und somit – weil er kein Gegengeschenk erwarte – mit einem Geschenk zurückhaltender sei. Zudem scheine ein psychisch Kranker nicht in das Rollenbild des hilflosen, unverschuldet erkrankten Patienten zu passen. Vielfach werde die Auffassung vertreten, der Kranke müsse sich nur ein wenig zusammenreißen, um wieder zu gesunden.¹⁴¹

Eine vom *Royal College of Psychiatrists* zur Untersuchung der Einstellung der Bevölkerung in Großbritannien in Auftrag gegebene Studie stützt ebenfalls die Annahme von der starken Stigmatisierung psychisch Kranker. Dort wurden die Teilnehmer danach befragt, inwieweit sie verschiedenen Thesen über psychisch Kranke zustimmen können. Dabei wurde zwischen verschiedenen Störungen unterschieden: Depression, Panikattacken, Schizophrenie, Demenz, Essstörungen, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit. Das Ergebnis war, dass gegenüber allen diesen Störungen gewisse negative Vorurteile bestehen, die Befragten aber durchaus in der Lage waren, zwischen den verschiedenen psychischen Erkrankungen zu differenzieren. So wurden besonders Menschen mit einer Schizophrenie (71,3%) sowie mit Alkohol- (65,2%) und Drogenabhängigkeit (73,9%) als gefährlich eingeschätzt, während Depressive (22,9%) und Essgestörte (6,7%) weniger oft als Gefahr angesehen wurden. Mehr als $\frac{3}{4}$ (77,3%) der Befragten teilten die Meinung, Schizophrene seien unberechenbar (Drogenabhängigkeit 77,8%, Alkoholabhängigkeit 70,8%,

¹⁴¹ Vgl.ebd., S. 139f.

Depression 56,4%, Essstörung 28,9%). Allen Personengruppen wurde von vielen attestiert, dass eine Kommunikation mit ihnen schwierig sei.

Auffallend ist, dass über die Hälfte (50,8%) der Teilnehmer die Schizophrenie als unheilbar betrachteten. Dieser Wert wurde nur bei der Demenz (82,5%) übertroffen. Nur ein knappes Viertel (23,2%) sah diesbezüglich der Depression ähnlich (Alkoholabhängigkeit. 24,3%, Drogenabhängigkeit. 23,2%).¹⁴²

LINK und Kollegen¹⁴³ führten eine Umfrage unter folgenden Personengruppen durch:

- a) Patienten, die sich zum ersten Mal in psychiatrischer Behandlung befanden,
- b) Patienten, die sich schon wiederholt in Behandlung befunden haben,
- c) Gemeindemitglieder, die früher einmal in psychiatrischer Behandlung waren,
- d) Gemeindemitglieder mit psychischen Störungen, die bisher nicht behandelt wurden und
- e) Gemeindemitglieder ohne psychische Störungen.

Sie legten den Versuchspersonen einen Katalog von zwölf Thesen vor, zu denen diese auf einer Skala von 1 (=völlige Zustimmung) bis 6 (=völlige Ablehnung) Stellung nehmen sollten. Die Thesen waren ähnlich der folgenden formuliert: „Most people would willingly accept a former mental patient as a close friend.“¹⁴⁴ Die übrigen Thesen zielten darauf ab, was die Befragten denken, wie die meisten Leute psychisch Kranke in Bezug auf Intelligenz, Vertrauenswürdigkeit, die Eignung als Lehrer oder Babysitter und ähnlichem einschätzen würden. Im Durchschnitt der zwölf vorgegebenen Items ergab sich dabei bei allen Personenkreisen ein Wert, der deutlich über dem Mittelwert von 3,5 lag. Die Werte differierten dabei nur wenig und reichten von 4,03 bei den Patienten, die sich erstmalig in Behandlung befanden, bis zu 4,33 bei den

¹⁴² Vgl. CRISP, A. H. u.a. (2000): *Stigmatisation of People with Mental Illnesses*. In: *The British Journal of Psychiatry* 177 (2000), S. 4-7.

¹⁴³ LINK, B. G. u.a. (1989): a.a.O.

¹⁴⁴ Ebd., S. 412.

ehemaligen Patienten. Dies zeigt, dass die Befragten aus allen Gruppen nahezu in gleichem Maße der Ansicht sind, „that mental patients will be rejected by most people.“¹⁴⁵

Die bisher genannten Untersuchungen beschränkten sich im Wesentlichen auf die Erfassung von Einstellungen von nicht Betroffenen zu psychisch Kranken. PINER und KAHLE weisen jedoch zurecht darauf hin, dass man aus diesen Untersuchungen, die zumeist negative Einstellungen dokumentieren, nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf tatsächliches negatives Verhalten psychisch Kranken gegenüber ziehen kann.¹⁴⁶ Sie untersuchten daher experimentell, ob sich das Verhalten einem psychisch kranken Menschen gegenüber in einer konkreten sozialen Situation von dem Verhalten gegenüber *Normalen* unterscheidet. Dazu ließen sie jeweils eine Versuchsperson in einem Raum zusammen mit zwei in das Experiment eingeweihten Personen einen Gedächtnistest absolvieren. In der Experimentalgruppe gaben diese beiden Personen nun vor, sich von einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu kennen und nun zufällig wiedergetroffen zu haben. Sie zeigten darüberhinaus aber kein *auffälliges* oder *merkwürdiges* Verhalten. Für die Kontrollgruppe galt das gleiche, mit dem Unterschied, dass die beiden so taten, als hätten sie sich in einem Allgemeinkrankenhaus kennengelernt. Gemessen wurde nun das Ergebnis der Versuchspersonen in dem Gedächtnistest und ihr Verhalten den anderen Teilnehmern gegenüber, das heißt welchen physischen Abstand sie zu den anderen Teilnehmern einhielten und ob beziehungsweise wie lange sie sich mit ihnen unterhielten. Außerdem wurden sie nach dem Test befragt, wie ungewöhnlich sie die anderen Teilnehmer der Studie fanden.

Es stellte sich heraus, dass die Teilnehmer der Experimentalgruppe im Durchschnitt wesentlich besser abschnitten, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Während die Experimentalgruppe auf einer Skala von 1-10 im Schnitt einen Wert von 8,27 erreichten, schaffte die Kontrollgruppe nur einen Durchschnitt von 6,60 Punkten. Zwar konnte kein signifikanter Unterschied der

¹⁴⁵ Ebd., S. 413.

¹⁴⁶ Vgl. PINER, K. E. / KAHLE, L. R. (1984): *Adapting to the Stigmatising Label of Mental Illness: Forgone But Not Forgotten*. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (1984), S. 806.

beiden Gruppen in Bezug auf physischen Abstand und Konversation gefunden werden, doch sahen die Teilnehmer der Experimentalgruppe ihre Co-Teilnehmer als deutlich ungewöhnlicher an (im Mittel bei 3,20 auf einer Skala von 1-9), als die der Kontrollgruppe (\bar{X} 1,90).

Das bessere Abschneiden der Experimentalgruppe erklären PINER und KAHLE dadurch, dass die Versuchspersonen annehmen, die anderen Teilnehmer seien psychisch krank und somit „childish, inferior, slow and not able to function quite normally.“¹⁴⁷ Daher würden sie besondere Anstrengungen unternehmen, um sich von den psychisch Kranken positiv abzuheben. Durch diese Ergebnisse wird gewissermaßen die These widerlegt, psychisch Kranke würden eher akzeptiert, wenn sie normale Rollen ausfüllen und normale Aufgaben übernehmen würden.¹⁴⁸ Es wird im Gegenteil sogar gezeigt, dass sie eben auch dann diskriminiert werden, wenn sie sich normal verhalten: Eben ausschließlich aufgrund ihres Stigmas.

3.7.1 Kinder und Stigmatisierung

Dass es unter Erwachsenen verbreitet Vorbehalte psychisch Kranken gegenüber gibt, kann man bei Betrachtung der vorhergehenden Ergebnisse als erwiesen ansehen. Inwieweit haben aber schon Kinder diese Einstellungen der Erwachsenen generation übernommen?

Eine Studie von ADLER und WAHL¹⁴⁹ liefert Hinweise darauf, dass Kinder bereits im dritten Schuljahr eine negative Grundeinstellung gegenüber psychisch Kranken aufweisen. Gleiches gilt jedoch auch in etwas geringerem Ausmaß für ihr Bild von Körperbehinderten. Dabei konnte festgestellt werden, dass das Wissen der Kinder über psychische Krankheiten in diesem Alter in der Regel noch sehr diffus ist, das heißt sie konnten konkret keine Beispiele für Menschen

¹⁴⁷ Ebd., S. 809.

¹⁴⁸ Vgl. ebd., S. 810.

¹⁴⁹ Vgl. ADLER, A. K. / WAHL, O. F. (1998): *Children's Beliefs About People Labeled Mentally Ill*. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 68 (1998), S. 325.

mit einer psychischen Erkrankung benennen. Trotzdem ordneten bereits diese Kinder psychisch Kranken verstärkt negative Eigenschaften zu, sie hatten also bereits weitgehend die Ansichten der Erwachsenen übernommen.

Dieses Ergebnis ist ein Argument dafür, bei der Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krankheiten möglichst schon bei Kindern im Grundschulalter zu beginnen, damit sie diese negativen Einstellungen nach Möglichkeit gar nicht erst entwickeln.

3.8 Einflussfaktoren der Stigmatisierung

Von besonderem Interesse im Hinblick auf den Versuch einer Entstigmatisierung ist die Frage danach, ob bestimmte Teilgruppen innerhalb der Bevölkerung besonders dazu neigen, psychisch Kranke zu stigmatisieren und ob Aufklärung und Information sowie eine persönliche Beziehung zu psychisch Kranken die Neigung zur Ausgrenzung schmälern können.

3.8.1 Kann Kontakt zu psychisch Kranken Stigmatisierungstendenzen mindern?

Eine der wichtigsten Fragen im Zusammenhang mit einer möglichen Entstigmatisierung ist, ob eine gewisse Vertrautheit mit psychisch kranken Menschen diskriminierendes Verhalten ihnen gegenüber reduzieren kann?

CRISP und Mitarbeiter¹⁵⁰ konnten dazu in einer Studie feststellen, dass Menschen, die jemanden mit einer psychischen Erkrankung persönlich kannten, nicht automatisch weniger zu stigmatisierenden Tendenzen und dazu, diese für gefährlich zu halten, neigten. Das Ergebnis scheint vielmehr zum einen sehr stark abhängig davon zu sein, welcher Art und von welcher Qualität der Kontakt zwischen dem gesunden und dem psychisch kranken Menschen war. Zudem kann man vermuten, dass unter Umständen dramatische Darstellungen von

¹⁵⁰ CRISP, A. H. u.a. (2000): a.a.O.

Gewalttaten psychisch Kranker in den Medien positive Effekte, die sich aus einem persönlichen Kontakt ergeben, überlagern.¹⁵¹

CORRIGAN und Kollegen konnten aber sehr wohl einen negativen Zusammenhang zwischen dem persönlichen Kontakt zu einem (oder mehreren) Menschen mit einer ernsthaften psychischen Krankheit und der sozialen Distanz gegenüber dieser Personengruppe im Allgemeinen feststellen. Das bedeutet: Je enger der Kontakt zu einem psychisch Kranken ist, desto geringer scheint die Tendenz zu sein, sich anderen psychisch Kranken gegenüber zu distanzieren. Die Schlussfolgerung ist, dass soziale Distanz vor allem ein Ergebnis von Angst ist. Diese Angst wiederum geht auf die Auffassung zurück, psychisch kranke Menschen seien gefährlich. Sie kommen zu dem Schluss, dass persönlicher Kontakt diese Auffassung signifikant dahingehend beeinflussen können, dass psychisch Kranke als weniger gefährlich eingestuft werden. Dies führt zu einer Abnahme von Angst, die wiederum die Tendenz, eine gewisse soziale Distanz einzuhalten, reduziert.¹⁵²

Gestützt werden diese Ergebnisse von Untersuchungen durch LINK und CULLEN.¹⁵³ Auch sie versuchten herauszufinden, ob durch Kontakte mit psychisch Kranken die Neigung, diese als gefährlich einzuschätzen, herabgesetzt und somit auch die soziale Distanz zu ihnen reduziert werden kann. Sie konnten ebenfalls einen statistisch signifikanten inversen Zusammenhang zwischen Kontakt und der Einschätzung psychisch Kranker als gefährliche Personen finden. Dieser Effekt war unspezifisch und konnte für alle Alters- und Bildungsgruppen nachgewiesen werden.¹⁵⁴ Er trat sogar dann ein, wenn gar kein direkter Kontakt zu psychisch Kranken erfolgte, sondern gewissermaßen nur indirekt durch Gespräche mit jemandem, der tatsächlich persönlichen Kontakt hatte, vonstatten ging.¹⁵⁵ Daher lautet ihre Schlussfolgerung:

¹⁵¹ Vgl. ebd., S. 6.

¹⁵² Vgl. CORRIGAN, P. W. u.a. (2001): *Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*. In: *Psychiatric Services* 52 (2001), S. 956f.

¹⁵³ LINK, B. G. / CULLEN, F. T. (1986): *Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are*. In: *Journal of Health and Social Behavior* 27 (1986), S. 289-303.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., S. 289.

¹⁵⁵ Vgl. ebd., S. 298.

When individuals are exposed to former mental patients, there is, as our results indicate, a significant tendency to revise these beliefs, not only toward the particular individual contacted, but toward former mental patients in general.¹⁵⁶

3.8.2 Ist die Tendenz zur Stigmatisierung altersabhängig?

Ein weiteres Ergebnis der schon genannten Studie von CRISP und Kollegen war, dass die jüngsten Teilnehmer der Studie, die 16-24jährigen, die Betroffenen als am gefährlichsten einstufen (bei Schizophrenie 82,7%). Mit zunehmendem Alter scheint dagegen die Angst vor ihnen nachzulassen. So halten beispielsweise „nur“ 74,7% der 25-64jährigen und 54,1% der über 65jährigen Schizophrene für gefährlich. Ähnliche Altersunterschiede in der Bewertung der Gefährlichkeit zeigen sich auch in Bezug auf andere psychische Erkrankungen wie Depression, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit.¹⁵⁷

Dem widersprechen jedoch die Resultate einer Studie von WOLFF und Mitarbeiter,¹⁵⁸ die die Einstellungen der Bevölkerung in der Nachbarschaft einer Wohneinrichtung für psychisch Kranke vor ihrer Eröffnung erfragen. Sie fanden heraus, dass insbesondere die Altersgruppe der 30-49jährigen Angst vor psychisch Kranken hat und dazu tendiert, diese auszugrenzen, während dies bei den über 50jährigen und erst recht bei den 18-29jährigen weniger stark ausgeprägt war. Die Angst der 30-49jährigen lässt sich aber zum Teil durch einen weiteren wichtigen Faktor erklären, der diese fördert, nämlich die Anwesenheit von Kindern. Befragte, in deren Haushalt Kinder unter 18 Jahren lebten, zeigten eine deutlich höhere Furcht vor psychisch Kranken und davor, dass diese ihren Kindern etwas antun könnten. Daher zeigen sie davon ausgehend eine verstärkte Tendenz Schizophrene und andere psychisch kranke Menschen auszugrenzen. Da bei dieser Altersgruppe aber wahrscheinlich der Anteil von Kindern im Haushalt am größten ist und in einer Wohneinrichtung

¹⁵⁶ Ebd., S. 299.

¹⁵⁷ Vgl. CRISP, A. H. u.a. (2000): a.a.O., S. 5.

¹⁵⁸ WOLFF, G. u.a. (1996a): *Community Attitudes to Mental Illness*. In: *British Journal of Psychiatry* 168 (1996), S. 186f.

für psychisch Kranke eine konkrete Bedrohung gesehen wird, ist hierin wohl die Begründung für die starke Angst der Befragten mittleren Alters zu sehen.¹⁵⁹ Untersuchungen der Gruppe um ANGERMEYER scheinen dagegen zu belegen, dass die Ablehnung annähernd proportional zum Alter zunimmt.¹⁶⁰ Diese sich teilweise widersprechenden Ergebnisse führen zu der Annahme, dass der Einfluss des Faktors *Alter* nur von untergeordneter Rolle ist und von anderen Faktoren überlagert wird.

3.8.3 Einfluss weiterer Faktoren

Weitere Faktoren, die die Stigmatisierung und beispielsweise die Ansicht, psychisch Kranke müssten einer erhöhten sozialen Kontrolle unterliegen, förderten, zeigen die Ergebnisse von WOLFF und Mitarbeitern,¹⁶¹ denen zufolge ein niedriger sozialer Status und eine ausländische Herkunft. Eine negative Einstellung entwickelte sich verstärkt mit zunehmender Anzahl der Jahre, die die Befragten schon in der Gegend der Wohneinrichtung wohnten.¹⁶²

Umgekehrt konnte als Faktor, der eine positive Einstellung förderte, insbesondere eine höhere Bildung festgestellt werden.¹⁶³ Dies wird durch die Untersuchungen von ANGERMEYER und Kollegen gestützt.¹⁶⁴

3.8.4. Der Einfluss von Wissen über psychische Krankheit

¹⁵⁹ Vgl. ebd., S. 186-190.

¹⁶⁰ Vgl. ANGERMEYER, M. C. / SIARA, C.S. (1994b): *Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 2: Die Entwicklung im Jahr 1991*. In: *Nervenarzt* 65 (1994), S.52 oder ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1996): a.a.O., S. 1725f.

¹⁶¹ WOLFF, G. u.a. (1996a): a.a.O.

¹⁶² Vgl. Ebd., S. 189.

¹⁶³ Vgl. ebd.

¹⁶⁴ Vgl. ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1996): a.a.O., S. 1725f.

Im Anschluss an ihre oben genannte Untersuchung versuchten WOLFF und Mitarbeiter¹⁶⁵ in Erfahrung zu bringen, ob eine ablehnende Haltung psychisch Kranken gegenüber, auch eine Folge von fehlender Information über die Erkrankungen ist. Dabei stellte sich heraus, dass das Wissen über psychische Erkrankungen gerade bei denjenigen mit einer diskriminierenden Haltung besonders lückenhaft war. Durch Informationen über psychische Krankheiten können durchaus Vorurteile abgebaut werden. Es zeigte sich allerdings, dass dieser Effekt bei gut informierten Anwohnern dann nicht eintrat, wenn Kinder in ihrem Haushalt wohnten. Kinder scheinen das zu Tage treten von tiefliegenden Ängsten, die ansonsten von rationalen Überlegungen überlagert werden, zu fördern und zwar in besonderer Weise dann, wenn die vermeintliche Bedrohung in Form einer Einrichtung für psychisch Kranke in direkter Nachbarschaft auftaucht.¹⁶⁶

Dies gilt meiner Ansicht nach in besonderem Maße für den Bereich der forensischen Psychiatrie, also geschlossenen Einrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher, die aufgrund ihrer Erkrankung als schuldunfähig gelten und daher nicht in regulären Strafvollzugsanstalten untergebracht werden dürfen.

So ist etwa in Münster, aber auch in anderen Städten in Nordrhein-Westfalen, in den letzten Monaten eine hitzige Diskussion um dieses Thema entbrannt. Die Landesregierung plant zur Entlastung der bestehenden, zum größten Teil völlig überlasteten forensischen Kliniken, eine Reihe von neuen Einrichtungen zu errichten, oder bestehende psychiatrische Krankenhäuser um eine forensische Abteilung zu erweitern. Dies stößt bei den Anwohnern, die große Zweifel bezüglich der Sicherheit dieser Einrichtungen hegen, auf großen Widerstand. Obwohl die meisten Menschen von der Notwendigkeit solcher Einrichtungen überzeugt sind, möchte sie doch niemand direkt vor seiner eigenen Haustür haben.

¹⁶⁵ WOLFF, G. u.a. (1996b): *Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People*. In: *British Journal of Psychiatry* 168 (1996), S. 191-198.

¹⁶⁶ Vgl. ebd. S. 197.

3.9 Stigmatisierung aus der Sicht der Betroffenen

Die bisher aufgeführten Studien und Untersuchungen betrachten das Problem Stigma nahezu ausschließlich aus Sichtweise derjenigen, die stigmatisieren und versuchen auf diese Weise das Ausmaß von Ausgrenzung und Diskriminierung zu bestimmen. Dabei wurden allerdings die Erfahrungen, die Betroffene selbst mit ihrem Stigma gemacht haben, außer acht gelassen, wobei nur sie selbst wirklich Aussagen darüber machen können, wie sehr sie unter ihrem Stigma und der damit verbundenen Ausgrenzung zu leiden haben.

WAHL¹⁶⁷ hat deshalb in einer groß angelegten Befragung psychisch kranke Menschen selbst zu Wort kommen lassen, um ihre alltäglichen Erfahrungen mit Stigma und Stigmatisierung darzulegen.

In dieser Studie wurden insgesamt über 1300 Teilnehmer schriftlich befragt. Darüber hinaus wurden 100 von ihnen zusätzlich telefonisch interviewt, um noch gezielter darauf eingehen zu können, in welchen Situationen und durch wen sie besonders stigmatisiert werden und wie sich ihre Stigmatisierung auf ihre persönliche Lebenssituation auswirkt.

Im ersten Teil des Fragebogens wurde zunächst nach relativ allgemeinen Indikatoren für Stigmatisierung gefragt und ob beziehungsweise wie häufig die Betroffenen entsprechende Erfahrungen gemacht hatten. Der zweite Teil zielte auf konkrete Situationen ab, in denen sie sich gegenüber ihren gesunden Mitmenschen benachteiligt fühlten.

Die Antwortmöglichkeiten erstreckten sich dabei jeweils auf einer fünfstufigen Skala von *nie* bis *sehr häufig*.

Das Ergebnis zeigt, dass sich zwar nicht alle Befragten gleichermaßen von Stigmatisierung betroffen zu fühlen scheinen, aber immerhin geben 60% an, zumindest manchmal die Erfahrung gemacht zu haben, aufgrund ihres Stigmas

¹⁶⁷ WAHL, O. F. (1999): *Telling Is Risky Business. Mental Health Consumers Confront Stigma*. - New Brunswick.

gemieden worden zu sein. Bei mehr als einem Viertel (26%) war dies sogar häufig oder sehr häufig der Fall. Nahezu 80% gaben an, schon hin und wieder mit Äußerungen oder Kommentaren konfrontiert worden zu sein, durch die sie sich verletzt oder angegriffen fühlten. Mehr als zwei Drittel (70%) waren der Ansicht, von anderen gelegentlich oder gar häufig als weniger kompetent angesehen zu werden, wenn ihre Krankheit bekannt ist. Dementsprechend verwundert es nicht, dass nahezu drei Viertel (74%) angaben, manchmal, häufig oder sehr häufig vermieden zu haben Menschen, außerhalb der Familie von ihrer Krankheit zu erzählen.¹⁶⁸

Die Teilnehmer konnten weniger häufig konkrete Situationen benennen, in denen sie aufgrund ihrer Krankheit benachteiligt oder diskriminiert wurden. Aber immerhin jeder dritte (32%) musste schon mehrfach die Erfahrung machen, dass er einen Arbeitsplatz, für den er eigentlich qualifiziert gewesen wäre, nicht erhalten hat, nachdem seine Psychiatrie-Erfahrung bekannt geworden war. Von denjenigen, die es geschafft hatten, einen Arbeitsplatz zu finden, hatte mehr als jeder Vierte den Eindruck, dass er von seinen Kollegen und Vorgesetzten nur selten oder nie unterstützt und zuvorkommend behandelt wurde. Benachteiligungen haben die Befragten aber auch beispielsweise dadurch erfahren, dass ihnen aufgrund ihrer bestehenden Erkrankung eine Aufnahme in eine Krankenversicherung verwehrt wurde oder bei einer bestehenden Mitgliedschaft kein ausreichender Versicherungsschutz bestand, um sich einer geeigneten Therapie unterziehen zu können.¹⁶⁹ Dabei sind die Hauptursachen für die zuletzt genannten Schwierigkeiten in den Besonderheiten des amerikanischen Sozialversicherungssystems zu suchen. In Deutschland sind die meisten Menschen durch die gesetzliche Krankenversicherung ausreichend abgesichert. Allerdings ist ein kleiner Kreis derjenigen, die krankheitsbedingt niemals einer Beschäftigung nachgehen konnten und daher keiner gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten sind, auf die Übernahme der Behandlungskosten durch den Sozialhilfeträger angewiesen, was einen zusätzlichen stigmatisierenden Effekt zur Folge hat.

¹⁶⁸ Vgl. ebd., S. 201f.

¹⁶⁹ Vgl. ebd., S. 203f.

3.10 Die Darstellung psychischer Krankheit in den Medien

Die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen in unserer Gesellschaft zu den am meisten stigmatisierten und ausgegrenzten Personen gehören, kann wohl nach den vorliegenden Erkenntnissen niemand ernsthaft bestreiten.

Welche Rolle spielen aber die Massenmedien, insbesondere Film, Fernsehen und die Printmedien im Prozess der Stigmatisierung? Welches Bild vermitteln sie von psychisch Kranken und inwieweit tragen sie zur Bildung und Aufrechterhaltung von Vorurteilen und Ängsten bei? Inwiefern trägt die häufig unsachgemäße Verwendung des Begriffs „Schizophrenie“ als Metapher zum schlechten Ruf der Betroffenen bei?

Dies alles sind Fragen, die sich geradezu aufdrängen, wenn man bedenkt, dass die meisten Menschen ihr Wissen über psychische Krankheiten vorwiegend aus den Medien beziehen.¹⁷⁰

LUHMANN behauptet in diesem Zusammenhang gar: „Was wir über unsere Gesellschaft, ja über die Welt, in der wir leben, wissen, wissen wir durch die Massenmedien.“¹⁷¹

Gleichzeitig mangelt es aber sowohl in der Berichterstattung, als auch in fiktionalen Beiträgen (Spielfilme etc.) an realistischen Darstellungen von Schizophrenie und psychischer Krankheit.

Eine Analyse der *Neuen Zürcher Zeitung* (NZZ), der Jahrgänge 1994/95¹⁷² belegt dies in eindrucksvoller Weise. So taucht der Wortstamm „schizo“ in nahezu einem Drittel der Fälle als Metapher auf,¹⁷³ um etwas als unverständlich, bizarr oder widersinnig zu kennzeichnen. In Fällen, in denen mit dem Begriff Schizophrenie tatsächlich eine Erkrankung gemeint ist, wird er am häufigsten in der Gerichtsberichterstattung verwendet, also im Zusammenhang mit Verbrechen. „Hier geht es ohne Ausnahme um schizophrene oder angeblich

¹⁷⁰ Vgl. WAHL, O. F. (1995): *Media Madness. Public Images of Mental Health*. - New Brunswick, S. 3.

¹⁷¹ LUHMANN, N. (1996): *Die Realität der Massenmedien*. 2. Aufl. - Opladen, S. 9.

¹⁷² HOFFMANN-RICHTER, U. u.a. (1998): *Schizophrenie in der „Neuen Zürcher Zeitung“ – Eine Medienanalyse*. In: *Psychiatrische Praxis* 25 (1998), S. 14-18.

¹⁷³ Vgl. ebd., S. 15.

schizophrene Gewalttäter.“¹⁷⁴ Im Feuilleton und im lokalen Kulturteil dagegen wird die Krankheit meistens mit Kunst und Kreativität in Zusammenhang gebracht. Zwar gibt es eine ganze Reihe von Beispielen, dass sich Schizophrene als künstlerisch oder dichterisch außerordentlich begabt erwiesen haben, doch wird dieses Bild vom hin und wieder zum Wahnsinn neigenden Genie dem Großteil der an einer schizophrenen Psychose erkrankten Menschen wahrscheinlich ebensowenig gerecht, wie das vom unberechenbaren Gewalttäter. Immerhin tragen einige wenige Artikel aus dem Themenbereich Neurobiologie und eine Reihe von Beiträgen, die sich gezielt der Information über psychische Krankheit und psychiatrische Versorgung widmen, zu einer realistischeren Darstellung bei.¹⁷⁵

Besonders diskriminierend ist die Berichterstattung in den Lokalteilen der Tageszeitungen. Dort werden psychisch kranke Straftäter systematisch schlechter dargestellt als gesunde.¹⁷⁶ Nach verschiedenen Studien ist der meistgelesene Teil einer Zeitung ausgerechnet der Lokalteil.¹⁷⁷ Genau diese lokale Berichterstattung ist es, die die Leser am stärksten beeinflusst, da Ereignisse thematisiert werden, die quasi vor ihrer Haustür geschehen und sie daher unmittelbarer betreffen als Nachrichten aus der weiten Welt.

Wenn selbst in so großen und angesehenen Zeitung wie beispielsweise der NZZ derart widersprüchlich und tendenziell negativ berichtet wird, kann man in etwa ermessen, wie es erst um den Informationsgehalt von kleinen, regionalen Tageszeitungen, die erfahrungsgemäß weniger Hintergrundrecherchen anstellen können oder gar bei den großen Boulevardzeitungen, die ja von plakativen Schlagzeilen, für die sich insbesondere Berichte von Gewaltverbrechen psychisch Kranker anzubieten scheinen, bestellt sein mag.

Ähnlich schlecht wie in den Printmedien stellt sich die Lage dar, wenn man die Darstellung von Schizophrenie und anderen psychischen Krankheiten in Film und Fernsehen betrachtet. WAHL¹⁷⁸ stellte fest, dass in zwölf Monaten (Februar 1990 – Februar 1991) von 177 neu erschienen Kinofilmen 18, also mehr als

¹⁷⁴ Ebd., S. 16.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 17.

¹⁷⁶ Vgl. HOFFMANN-RICHTER, U. (2000): *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. - Bonn, S. 164.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., S. 49.

¹⁷⁸ WAHL, O. F. (1995): a.a.O., S. 5f.

10%, eine Darstellung von psychischer Krankheit enthielten. In annähernd dem gleichen Prozentsatz (9%) aller Sendungen von fünf ausgewählten Fernsehsendern der USA im Februar 1981 kamen Charaktere vor, die in irgendeiner Weise als psychisch krank abgestempelt waren. Dabei war die Darstellungsweise auch hier fast immer negativ geprägt und ein psychisch Kranker ist fast immer der Bösewicht oder der, der sich zum Amüsement der Zuschauer der Lächerlichkeit preisgibt.

Diese Darstellungsweise macht auch vor dem Kinderfernsehen nicht Halt. Insbesondere in Zeichentrickserien werden immer wieder Bezüge der Figuren zu psychischer Krankheit hergestellt, die vorwiegend negativ konnotiert sind. Somit werden schon die Kleinsten in die Vorurteile der Erwachsenen gewissermaßen hineinsozialisiert.¹⁷⁹

WAHL versucht desweiteren der Frage nachzugehen, warum sich die Vorstellungen von psychisch Kranken als entweder gefährliche Menschen oder als Witzfiguren in den Medien so hartnäckig halten.

Zuallererst ist es natürlich im Interesse der Filmemacher und der Herausgeber von Zeitungen, ihre Produkte zu verkaufen. Dabei greifen sie in der Regel auf bewährte Geschichten zurück, von denen sie wissen, dass sie vom Publikum angenommen werden. Da wir als Publikum offensichtlich den Reiz des Unheimlichen und der Gefahr lieben, sind Horrorfilme – insbesondere dann, wenn das Böse vom geheimnisvollen Psychopathen ausgeht – und Zeitungsberichte über Morde durch Schizophrene natürlich sehr reizvoll für die Konsumenten und daher enorm profitabel für die Produzenten.

Einen weiteren Grund dafür, warum sie immer wieder auf die genannten Klischees zurückgreifen, sieht WAHL in der eigenen Unwissenheit der Mitarbeiter bei den Medienunternehmen. Auch Filmemacher und Reporter haben eben nicht automatisch einen besseren Einblick in die tatsächliche Lebenswelt psychisch Kranker, als der Rest der Bevölkerung. Sie sind sich oft

¹⁷⁹ Vgl. WILSON, C. u.a. (2000): *How Mental Illness Is Portrayed in Children's Television*. In: *The British Journal of Psychiatry* 176 (2000), S. 442.

gar nicht bewußt, wie sehr sie dazu beitragen, ein Zerrbild von psychischer Krankheit zu bewahren.

Die allgemein falschen Vorstellungen von psychischer Krankheit hängen sicherlich auch damit zusammen, dass sie schon seit Jahrhunderten tradiert werden und schon in der Bibel sowie im alten Griechenland ihren Ursprung haben. So wurde beispielsweise in der Bibel Wahnsinn als göttliche Bestrafung für menschliches Fehlverhalten gesehen. Im Mittelalter wurden später bekanntlich viele Menschen, die verdächtiges Verhalten zeigten, als vom Teufel oder anderen bösen Mächten besessen, auf dem Scheiterhaufen verbrannt. Diese uralten Ansichten schwingen zumindest unterschwellig in der Sozialisation nachkommender Generationen immer noch mit, und da die Massenmedien heutzutage einen Großteil dieser Sozialisationsaufgabe übernommen haben, ist evident, dass dazu auch die Weitergabe von Vorbehalten psychisch Kranken gegenüber gehört, über die in der Gesellschaft ein weitgehender Konsens zu bestehen scheint. Eine weitere Funktion der übertriebenen Darstellung von psychischer Krankheit in den Medien dient nach WAHL dazu, die Furcht der Rezipienten davor, selbst psychisch krank zu werden, zu mindern, indem durch eine übertriebene Darstellung gewissermaßen versichert wird, dass sie und ihresgleichen nicht in Gefahr sind, dass ihnen ähnliches widerfahren könnte.

Eine weiterer wichtiger Grund für die fortgesetzte Negativdarstellung psychischer Krankheit in den Medien ist für WAHL, in der oftmals fehlenden kritischen Rückmeldung der Konsumenten an die Produzenten zu sehen. Seiner Ansicht nach wird dass, was wir zu sehen und zu lesen bekommen, letztendlich von uns Zuschauern und Lesern bestimmt. So lange wir aber keine Kritik an dem üben, was uns präsentiert wird, müssen die Autoren davon ausgehen, dass wir mit dem, was uns von ihnen angeboten wird, einverstanden sind. In erster Linie sieht WAHL die professionell im psychiatrischen Bereich Tätigen, aber auch die Psychiatrie-Erfahrenen selbst, sowie deren Angehörige und aufgeklärte Bürger in der Pflicht sich mit Kritik direkt an die Verantwortlichen in den Medien zu wenden, wenn diese psychische Krankheit inadäquat dargestellt haben, um deren Bewußtsein in dieser Hinsicht zu schärfen.¹⁸⁰

¹⁸⁰ Vgl. WAHL, O. F. (1995): a.a.O., S. 110-131.

3.10.1 Beeinflussbarkeit der Einstellungen durch die Medien

Wie sehr die öffentliche Meinung und die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken von der aktuellen Berichterstattung in den Medien mitbestimmt wird, zeigen Untersuchungen, die die Gruppe um ANGERMEYER im Zusammenhang mit den Attentaten an den Politikern Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble im Jahre 1990 durchführten. Beide wurden Opfer von als schizophren diagnostizierten Tätern. Da sie zum Zeitpunkt der Attentate beide hohe politische Ämter als Ministerpräsident des Saarlandes beziehungsweise als Bundesinnenminister inne hatten, wurde in den Medien entsprechend ausführlich über die Angriffe und ihre Umstände berichtet.

Zufälligerweise war zum Zeitpunkt des ersten Attentats im April 1990 eine schon vorher geplante und durchgeführte Einstellungsuntersuchung gerade beendet, so dass Vergleichswerte über die Stellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken im Vorfeld der Attentate vorhanden waren. Im Mai 1990 wurde diese Untersuchung dann noch einmal durchgeführt, um den Einfluss des ersten Attentates zu bestimmen. Im Anschluss an das zweite Attentat wurde die Studie dann erneut wiederholt, um auch den Effekt dieses Anschlages zu erfassen.

Die ursprüngliche Untersuchung bestätigte Ergebnisse aus anderen Studien:

Die Bereitschaft, die Erkrankten nicht abzulehnen, ist um so größer, je weniger eng und persönlich die erwarteten Beziehungen sind. Oder umgekehrt: Die Neigung psychisch erkrankte Personen nicht zu akzeptieren, wächst mit der größeren eigenen Betroffenheit, die durch die vorgestellten Sozialbeziehungen erwartet werden.¹⁸¹

Außerdem zeigte sich auch hier: „Personen mit schizophrener Symptomatik stoßen auf mehr Ablehnung als solche, mit den Zeichen einer Depression.“¹⁸²

¹⁸¹ ANGERMEYER, M.C. / SIARA, C.S. (1994a): *Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990*. In: *Nervenarzt* 65 (1994), S. 43.

¹⁸² Ebd., S. 44.

Die Ablehnung nach dem ersten Attentat stieg in allen schon aus den anderen Untersuchungen bekannten angesprochenen Sozialbeziehungen (Nachbar, Arbeitskollege etc.) im Schnitt um 7,48 Prozentpunkte an. Dieser Effekt wurde durch das zweite Attentat noch einmal verstärkt. Dabei war der Anstieg der Ablehnung zwischen der zweiten und der dritten Erhebung sogar noch größer als zwischen der ersten und der zweiten, so dass sich der Grad der Ablehnung durch die beiden Attentate insgesamt im Schnitt der Sozialbeziehungen um 18,6 Prozentpunkte erhöht hat. Die zeitliche Nähe der Untersuchungen zu den jeweiligen Attentaten und das Fehlen von anderen sozialen Ereignissen, die zu diesem Einstellungswandel geführt haben könnten, legen nahe, „daß beide Attentate [bzw. die intensive Berichterstattung über sie] für die hier skizzierte Entwicklung auch kausal verantwortlich zu machen sind.“¹⁸³

Im folgenden Jahr wurden im April/Mai und Oktober/November zwei weitere Repräsentativerhebungen durchgeführt, um die Langzeitwirkung der Ereignisse zu erforschen. Es zeigte sich,

daß im Verlauf des Jahres 1991 die Distanzhaltung zwar wieder etwas zurückging, ein Jahr nach den Attentaten aber noch deutlich über dem Ausgangsniveau lag.¹⁸⁴

Ein weiteres Ergebnis war, dass die Zunahme der sozialen Distanz für schizophrene Kranke spezifisch zu sein scheint, da ähnliches für Depressive nicht zu beobachten war.¹⁸⁵ Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass die meisten Menschen sehr wohl zwischen verschiedenen psychischen Krankheiten zu differenzieren vermögen.

Wenn die Ansichten der Bevölkerung sich durch solche singulären Ereignisse und eine intensive Berichterstattung derart beeinflussen lassen, birgt dies natürlich einerseits eine Gefahr für den Entstigmatisierungsprozess, andererseits bedeutet dies natürlich auch eine Chance, die Medien zu nutzen, um die

¹⁸³ Ebd., S. 47.

¹⁸⁴ ANGERMEYER, M. C. / SIARA, C. S. (1994b): a.a.O., S. 49.

¹⁸⁵ Vgl. ebd.

Einstellungen eventuell auch positiv verändern zu können. Dies ist unter anderem ein wichtiger Aspekt des dritten Teils dieser Arbeit.

3.11 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die angeführten Studien belegen, dass psychisch kranke Menschen allgemein und insbesondere diejenigen unter ihnen, die mit dem Stigma einer schizophrenen Psychose leben müssen, tatsächlich in weiten Teilen der Bevölkerung auf Vorbehalte und Ablehnung stoßen. Diese Diskriminierung wirkt sich sowohl negativ auf die allgemeine Lebensqualität der Betroffenen, als auch auf den Krankheitsverlauf selbst aus (Stichwort: New Labeling Approach). Erschwerend kommt hinzu, dass viele psychisch Kranke die ablehnenden Einstellungen der Bevölkerung teilen und sich somit selbst stigmatisieren, was erhebliche negative Auswirkungen auf die Selbstachtung dieser Menschen hat.

Die soziale Distanz der Allgemeinbevölkerung zu schizophren erkrankten Menschen hat eine ganze Reihe von Ursachen.

Eine dieser Ursachen ist sicherlich, dass viele Menschen schlicht und einfach Furcht und Unsicherheit in Bezug auf schizophren erkrankte Personen empfinden. Diese Angst wurzelt in einer weit verbreiteten Desinformation über das eigentliche Krankheitsbild und in der damit verbundenen Vorstellung, schizophrene Menschen seien gefährlich und unberechenbar. Hinzu kommt, dass sie in den Augen vieler Leute weniger intelligent sind und ihnen nicht zugetraut wird, hinreichend für sich selbst zu sorgen. Häufig werden von uns im Alltag, aber auch in den Medien Witze auf ihre Kosten gemacht und ihr Selbstvertrauen weiter geschwächt.

Obwohl alle genannten Vorurteile als nicht zutreffend widerlegt wurden, werden sie immer noch durch zahlreiche unsachgemäße Darstellungen in Film, Fernsehen und Presse aufrechterhalten und schon Kinder wachsen gewissermaßen in diese falschen Vorstellungen hinein.

Mut macht jedoch, dass es bestimmte Faktoren gibt, die zumindest die Tendenz zur Ausgrenzung mindern können. Zu den wichtigsten Möglichkeiten zur Entstigmatisierung der Schizophrenie gehört daher sicherlich zum einen die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Krankheit und die gleichzeitige Förderung von Kontakten der Bevölkerung zu schizophren erkrankten Menschen, um ihr die Möglichkeit zu geben, möglichst viele positive Erfahrungen mit Schizophrenen zu machen, um so bestehende Vorurteile abbauen zu können.

4 Anti-Stigma-Strategien

Obwohl wir in einer Gesellschaft leben, die vorgibt, liberal und tolerant zu sein, ist es leider immer noch Tatsache, dass verschiedene Minderheiten und Randgruppen, unter Ausgrenzung und Diskriminierung zu leiden haben. Dazu gehören wie gezeigt wurde, insbesondere Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind oder waren.

Das Ziel aller Bemühungen muss es daher sein, eine breite Akzeptanz für psychisch Kranke in der Bevölkerung zu erreichen und, das durch die Stigmatisierung hervorgerufene Leid der Betroffenen zu lindern.

Grundsätzlich bieten sich dabei zwei Wege an, um zu versuchen, diese beiden hoch gesteckten Ziele zu erreichen.

Der erste dieser Wege zielt darauf ab, durch gezielte Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit und politische Maßnahmen einen verbesserten Status und eine höhere Akzeptanz, also eine *Entstigmatisierung* schizophrener Menschen zu erreichen.

Ein zweiter Ansatz besteht darin, die psychisch kranken Menschen dabei zu unterstützen, Mittel und Wege zu finden, mit den Folgen ihres Stigmas umzugehen zu lernen und eine möglicherweise zusätzliche Selbststigmatisierung zu verhindern, das heißt, gemeinsam mit den Betroffenen Strategien für eine individuelle *Stigmabewältigung* zu finden.

4.1 Entstigmatisierung

Bei dem Versuch, eine höhere Toleranz gegenüber psychisch kranken Menschen zu erreichen, gilt es, an die Ergebnisse der im Vorfeld genannten Studien über das Ausmaß der Stigmatisierung anzuknüpfen. Dabei sollten vor allem die Faktoren, die als förderlich für eine Verringerung der sozialen Distanz herausgestellt wurden, berücksichtigt werden. Die beiden wichtigsten dieser Faktoren sind vor allem ein gewisses Grundwissen über psychische Krankheiten

und der persönliche Kontakt zu Betroffenen. Zudem muss versucht werden, den negativen Einfluss der Medien zu begrenzen.

CORRIGAN und Mitarbeiter¹⁸⁶ halten vor allem drei Strategien für geeignet, um stigmatisierenden Tendenzen in der Gesellschaft entgegenzutreten.

Zum einen ist dies „education“, das heißt Aufklärung der Bevölkerung, um die bestehenden Mythen und Vorurteile, die sich um psychische Krankheiten ranken, durch eine realistische Vorstellung zu ersetzen.

Die zweite Strategie, die sie in diesem Zusammenhang für fruchtbar halten, ist „contact“, also die Förderung von direkten Interaktionen zwischen psychisch kranken und gesunden Menschen, um die unsichtbaren Mauern zwischen den Menschen zum Einsturz zu bringen.

Als drittes, ihrer Meinung nach geeignetes Mittel, führen sie „protest“, also die öffentliche Anprangerung von diskriminierendem Verhalten, an.¹⁸⁷

CORRIGAN und Mitarbeiter haben diese drei Strategien experimentell auf ihre Wirksamkeit getestet und kommen zu dem Ergebnis, dass *Aufklärung* einen positiven Effekt auf die Einstellungen haben kann, der Erfolg jedoch nicht nur von schlagkräftigen Argumenten abhängt. Vielmehr kommt es darauf an, ob der Aufklärende einen glaubwürdigen und kompetenten Eindruck auf seine Zuhörer macht.¹⁸⁸

Sehr vielversprechend ist ihren Ergebnissen zufolge die Förderung von *Kontakten* zu psychisch kranken Menschen, die trotz ihrer Erkrankung ein weitgehend normales Leben führen. Durch diese Kontakte änderten sich die Einstellungen von Versuchspersonen signifikant, da sie durch diese persönlichen Erlebnisse erfahren konnten, dass ihre Vorurteile unbegründet waren.¹⁸⁹

Proteste erzielten nach den Ergebnissen von CORRIGAN und Kollegen zwar keinerlei messbaren positiven Effekt auf die Einstellungen einzelner Personen, da Druck und Zwang generell keine geeigneten Mittel sind, um menschliche Ansichten zu verändern. Deshalb sollte aber verschiedene Formen des Protestes

¹⁸⁶ CORRIGAN, P. W. u.a. (2001): *Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness*. In: *Schizophrenia Bulletin* 27 (2001), S. 187-195.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S. 187.

¹⁸⁸ Vgl. ebd., S. 192f.

¹⁸⁹ Vgl. ebd., S. 193.

keineswegs als unbrauchbar in diesem Zusammenhang angesehen werden, denn durch Proteste kann zwar kein Einfluss auf *Einstellungen* genommen werden, aber dennoch bieten sie eine Möglichkeit, das *Verhalten* von Personen oder Gruppen zu verändern.¹⁹⁰ Protestverhalten sollte sich dabei nicht gegen einzelne Personen richten, um deren Ansichten positiv verändern zu wollen, sondern in erster Linie als Mittel eingesetzt werden, um Einspruch gegen stigmatisierende Darstellung psychischer Krankheit in den Medien geltend zu machen oder die Hersteller von stigmatisierenden Produkten zu Veränderungen zu veranlassen.

4.1.1 Umsetzung von Anti-Stigma-Arbeit im Alltag

Wie die genannten Strategien im Alltag umgesetzt werden können, versuchen CORRIGAN und LUNDIN¹⁹¹ in einem leicht verständlichen Ratgeber und Wegweiser für Betroffene, Angehörige und beruflich im sozialpsychiatrischen Bereich Tätige, anhand von Beispielen zu zeigen.

4.1.1.1 Förderung des Kontaktes zu psychisch Kranken

CORRIGAN und LUNDIN wenden sich dabei in erster Linie direkt an die Betroffenen selbst und schreiben ihnen eine zentrale und wesentliche Rolle im Entstigmatisierungsprozess zu. Sie fordern psychisch Kranke dazu auf, selbst aktiv und offensiv auf andere zuzugehen und schlagen vor, sich direkt an Kirchengemeinden, Schulgruppen und Vereine zu wenden und in einem Treffen mit diesen Gruppen zunächst die eigene Lebens- und Krankheitsgeschichte zu erzählen und über die Schwierigkeiten und Herausforderungen, aber auch über erreichte Ziele zu berichten. Anschließend sollten die Redner noch für Fragen und eine weiterführende Diskussion zur Verfügung stehen. Dabei sei es wichtig, seine Geschichte in einer sehr persönlichen Art und Weise und in einfachen

¹⁹⁰ Vgl. ebd.

¹⁹¹ CORRIGAN, P. W. / LUNDIN, R. K. (2001): *Don't Call Me Nuts. Coping With the Stigma of Mental Illness*. - Chicago.

Worten zu erzählen, so dass sich die Zuhörer leichter in die Lage des psychisch Kranken hineinversetzen können. Sie raten weiterhin zu einer möglichst realistischen Schilderung, ohne die Geschichte in einem übermäßig hellen Licht erscheinen zu lassen oder unnötig schwarzzumalen, um den beabsichtigten Effekt zu erreichen, da Übertreibungen in die eine oder andere Richtung entweder unglaubwürdig wirken, oder das Stigma weiter verfestigen. Das Wichtigste sei es, deutlich zu machen, dass man auch mit einer psychischen Erkrankung arbeiten, leben und spielen kann, wie jeder andere Mensch auch. Bei all dem, sollte man sich vorher gut überlegen, ob man zu diesem offensiven Schritt bereit ist, der immer auch mit einem gewissen Risiko behaftet ist (vgl. Kap. 4.2.1) und ob man das Gefühl hat, auch persönlich von dieser Erfahrung zu profitieren.¹⁹²

Diese Art von Kontakt spielt sich allerdings in einer mehr oder weniger „künstlich“ herbeigeführten Situation ab: Auf der einen Seite steht der Psychiatrie-Erfahrene, der als Dozent fungiert und auf der anderen Seite die Mitglieder der jeweiligen Gruppe, die eher die Rolle von Konsumenten oder Schülern einnehmen.

Besser als solche Situationen, in denen sich Betroffene und Nicht-Betroffene gegenüberstehen, ist es natürlich, wenn möglichst viele Psychiatrie-Erfahrene den Mut finden, und selbst in Vereine, Clubs oder Gemeinden eintreten, um dort im alltäglichen „Miteinander“ zu zeigen, dass Schizophreniekranken oder andere psychisch kranke Menschen sehr wohl wertvolle und gleichwertige Mitglieder einer Gruppe sein können und auch in der Lage sind, verantwortungsvolle Positionen einzunehmen, um zu zeigen: „Ich bin genau wie du.“¹⁹³

4.1.1.2 Aufklärung über psychische Krankheiten

Wie gezeigt wurde, bietet auch die Aufklärung und Information über psychische Krankheiten die Möglichkeit, um Stigmatisierungen entgegenzutreten.

¹⁹² Vgl. ebd., S. 261-271.

¹⁹³ Vgl. ebd., S. 302f. (Übersetzung durch M.B.)

Ziel sollte es allerdings nicht sein, jedes Mitglied der Bevölkerung zu einem Fachmann für psychische Krankheiten werden zu lassen, da selbst Fachleute Jahre brauchen, um dieses Gebiet zu beherrschen. Vielmehr sollte angestrebt werden, eine breite Mehrheit in der Bevölkerung mit einfachen Fakten zu versorgen, um die bestehenden Mythen, die sich um Schizophrenie und andere psychische Krankheiten ranken, aus der Welt zu schaffen.¹⁹⁴

CORRIGAN und LUNDIN führen tabellarisch die ihrer Ansicht nach verbreitetsten acht Mythen auf¹⁹⁵:

- Einmal verrückt, immer verrückt
- Alle Menschen mit psychischer Krankheit sind ähnlich
- Ernste psychische Krankheiten sind selten
- Psychisch Kranke sind gefährlich, nur einen Schritt von einem Amoklauf entfernt
- Psychisch Kranke können niemals außerhalb eines Krankenhauses weiterleben
- Psychisch Kranke werden niemals von einer Psychotherapie profitieren
- Psychisch Kranke sind zu nichts anderem als zu Handlangerarbeiten fähig
- schlechte Eltern und schlechte Erziehung verursachen psychische Krankheiten

CORRIGAN und LUNDIN befürchten, dass stille und passive Aufnahme von Fakten und persönlichen Geschichten über psychische Krankheit bei manchen Zuhörern nicht den gewünschten Effekt bewirken, da sie der Ansicht sein könnten, sie selbst seien nicht so engstirnig wie andere Menschen und hätten daher keine Vorurteile psychisch Kranken gegenüber. Deswegen halten CORRIGAN und LUNDIN es für hilfreich, diese Menschen mit ihren eigenen Stigmatisierungstendenzen, die oftmals so tief verwurzelt sind, dass sie gar nicht mehr bemerkt werden, zu konfrontieren – ihnen gewissermaßen den Spiegel vorzuhalten und zu zeigen, dass sie gar nicht so vorurteilsfrei sind, wie sie zu sein glauben.

¹⁹⁴ Vgl. ebd., S. 308.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 328.

Daher schlagen die Autoren vor, zu Beginn eines Aufklärungsprogrammes einen Test¹⁹⁶ mit den Teilnehmern durchzuführen, in dem sie zuerst bewerten sollen, für wie wichtig sie Werte wie persönliche Freiheit und Chancengleichheit für eine freie Gesellschaft halten. Im Anschluss daran sollte erfasst werden, für wie wichtig sie es für eine freie Gesellschaft halten, dass die gleiche Freiheit auch Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit zusteht. Es ist davon auszugehen, dass eine ganze Reihe derjenigen, die sich für eigentlich sehr tolerant hielten, psychisch Kranken ein geringeres Maß an persönlicher Freiheit und Chancengleichheit zubilligen würden, als sie das für die Gesamtbevölkerung tun würden, weil sie an die Mythen bezüglich psychischer Krankheit glauben.

4.1.1.2.1 Bevorzugte Zielgruppen für die Aufklärung

Das Ziel aller Bemühungen um Aufklärung sollte es sein, eine Verringerung stigmatisierender Tendenzen auf einer möglichst breiten Basis zu erreichen. Gleichzeitig wird es aber nur sehr schwer möglich sein, wirklich jedes Mitglied der Gesellschaft über Aufklärungsprogramme direkt zu erreichen, da einerseits eine Teilnahme natürlich immer auf freiwilliger Basis erfolgen muss und andererseits wahrscheinlich dazu nicht in ausreichender Zahl Referenten zur Verfügung stehen, die die Programme durchführen.

Somit muss man sich zunächst verstärkt auf bestimmte Teilgruppen der Gesellschaft konzentrieren.

Um einen möglichst großen Multiplikatoreffekt zu erreichen, sollte gezielt auf Meinungsführer und andere leitende Persönlichkeiten (sogenannte Opinion-Leader) zugegangen werden. So könnten beispielsweise Politiker ihren Einfluss auf ihre Wählerschaft, religiöse Führer denjenigen auf ihre Glaubensgemeinschaft oder Vorgesetzte den auf ihre Mitarbeiter geltend machen und ihr erworbenes Wissen über psychische Krankheiten an diese weitergeben.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 330-335.

¹⁹⁷ Vgl. ebd., S. 339ff.

Selbst Ärzte, Krankenpfleger oder Sozialarbeiter, die es eigentlich aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrungen besser wissen müssten, hängen vielfach noch der Auffassung an, Schizophrenie sei unheilbar und führe dazu, dass Betroffene dauerhaft fremder Unterstützung bedürfen, da sie allein nicht in der Lage seien, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Daher besteht auch und gerade in diesem Bereich ein Bedarf an Aufklärung beziehungsweise Fort- und Weiterbildung. Denn gerade dieser Personenkreis, der sich aus vermeintlichen Fachleuten zusammensetzt, hat natürlich einen sehr großen Einfluss auf Laien-Ansichten und prägt so deren Einstellungen.

Wie bereits gezeigt wurde (vgl. Kap. 3.7.1), sind bereits Kinder dem Einfluss der Medien ausgesetzt und erlernen so und unter dem Einfluss von erwachsenen Bezugspersonen, schon früh, deren Vorurteile und Mythen zu übernehmen. Daher scheint es angebracht, schon möglichst früh bei Kindern und Jugendlichen gegen solche Tendenzen zu intervenieren. Allerdings stellt sich die Frage, in welchem Rahmen Antistigmaarbeit mit Kindern und Jugendlichen erfolgen und geleistet werden kann. Für viele Autoren ist in diesem Zusammenhang die Schule der geeignete Ort, um junge Menschen mit psychischen Krankheiten vertraut zu machen.¹⁹⁸

4.1.1.2.2. Anti-Stigma-Arbeit an Schulen

Die Ansicht, verstärkt Anti-Stigma-Arbeit an Schulen zu leisten, stützt sich auf Studien, die zeigen, dass „Schülerinnen und Schüler über psychische Erkrankungen ein ungenügendes Wissen aufweisen, jedoch ein großes Interesse bekunden, mehr darüber zu erfahren.“¹⁹⁹ Tatsächlich führen Informationsveranstaltungen zu diesem Thema zu einer signifikanten Abnahme

¹⁹⁸ Vgl. MEISE, U. / SULZENBACHER, H. / HINTERHUBER, H. (2001): *Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung*. In: Fortschr Neurol Psychiat 69 (2001) Sonderheft 2, S. 79.

¹⁹⁹ Ebd.; Vgl. auch: BATTAGLIA, J. / COVERDALE, J. H. / BUSHONG, C. P. (1990): *Evaluation of a Mental Illness Awareness Week Program in Public Schools*. In: American Journal of Psychiatry 147 (1990), S. 324.

der sozialen Distanz unter den Schülern, wobei der erzielte Effekt noch deutlich besser ausfällt, wenn Psychiatrie-Erfahrene in das Programm einbezogen werden.²⁰⁰ Daher scheint es sinnvoll und viel versprechend, in Schulen Aufklärungsarbeit über psychische Krankheiten zu leisten.

Die aus einer Initiative des Hamburger Psychose-Seminars (Psychose-Seminare sind Veranstaltungen, in denen sich Psychiatrie-Erfahrenen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen die Möglichkeit zu einem gleichberechtigten, dialogischen Erfahrungsaustausch bietet) entstandene AG „Irre menschlich“ hat zu diesem Zweck eine Art Leitfaden für die Arbeit mit Schülern erstellt. Darin setzt sie sich dafür ein, auch in der schulischen Aufklärung auf die Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen zu setzen, anstatt nur eine einseitige Sichtweise von Psychiatern und Sozialarbeitern zu vermitteln.

Das Ziel der AG ist es, dem immer noch vorherrschenden Zerrbild von Verrücktheit entgegenzuwirken und ein ganzheitliches Bild von psychischer Erkrankung zu vermitteln. Den Schülern sollen Möglichkeiten zur Solidarität mit den Anderen und damit zu mehr Großzügigkeit im Umgang mit sich selbst vermittelt werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Angst vor dem Fremden soll angeregt werden, damit Jugendliche rechtzeitig unterschiedlichen Wahrnehmungswelten begegnen und lernen, sich nicht nur mit äußerer Fremdheit, sondern auch mit innerer Vielfalt vertraut zu machen, um sich und andere besser kennen zu lernen.

Die Form und der zeitliche Rahmen sollten sich an den individuellen Wünschen und Möglichkeiten des jeweiligen Lehrers und hinsichtlich des Inhalts an den unterschiedlichen Altersstufen der Schüler orientieren. Daher scheint es vorteilhaft, Kinder in der Unterstufe über spannende Geschichten, die an ihre Erlebniswelt anknüpfen eher nebenbei an das Thema heranzuführen. In der Mittelstufe kann dann eine allgemeine Auseinandersetzung mit Themen wie Ausgrenzung und Vorurteilen erfolgen, während in der Sekundarstufe II später auch konkret auf die Stigmatisierung und Ausgrenzung psychisch Kranker

²⁰⁰ Vgl. MEISE, U. / SULZENBACHER, H. / HINTERHUBER, H. (2001): a.a.O., S. 79.

eingegangen werden kann. Dabei sollten auch unterschiedliche Verstehensmöglichkeiten psychischer Krankheit diskutiert werden.

Bei der Planung und Durchführung bietet es sich an, örtliche Ressourcen (zum Beispiel Hilfeeinrichtungen für psychisch Kranke, Psychose-Seminare) zu nutzen und Kontakt zu ihnen herzustellen. Dabei sollte die Eigeninitiative der Schüler bei der Hintergrundrecherche nach geeigneten Zeitungsartikeln, Ereignissen, Personen usw. angeregt und gefördert werden.

Die AG stellt Schulklassen auf Anfrage kostenlos einen Medienkoffer zur Verfügung, in dem für jede Altersklasse geeignete Literatur, Dokumentar- und Spielfilme sowie Hörbücher vorgehalten werden. Zudem vermittelt die AG Kontakt zu Psychiatrie-Erfahrenen, die als Referenten zur Verfügung stehen. Dabei wird von Seiten der AG Wert darauf gelegt, dass die Referententätigkeit auch offiziell als solche gekennzeichnet wird, und mit einer Aufwandsentschädigung honoriert wird. Dabei steht aber weniger der finanzielle, als der psychologische Effekt im Vordergrund: Die Psychiatrie-Erfahrenen sollen sich selbst als aktiv und wirksam in einer interessierten Öffentlichkeit erleben und das Gefühl erleben, als Experten für ihre eigene Erkrankung anerkannt zu werden.²⁰¹

Fraglich ist es jedoch, ob die Schule – angesichts ihrer ohnehin hohen Belastung durch Lehrermangel und Stundenausfall, sowie der Tatsache, dass mittlerweile eine Vielzahl von ungelösten gesellschaftlichen Problemen und Erziehungsaufgaben auf sie abgewälzt werden – diesem Thema in der Art und Weise gerecht werden kann, wie es nötig wäre. Es besteht meiner Ansicht nach die Gefahr, dass es irgendwo zwischen anderen Themen wie Rechtsradikalismus, Ausländerfeindlichkeit oder Okkultismus verloren geht und dadurch letztendlich bei den Schülern kein langfristiger Effekt erreicht wird.

²⁰¹ Die Informationen dieses Abschnitts sind dem Informationsblatt *Grundsätzliches zur AG ‚Irre menschlich‘* entnommen. Zu beziehen ist dieses über E-mail: bock@uke.uni-hamburg.de

4.1.1.3 Protest

CORRIGAN und LUNDIN sind der Auffassung, dass Aufklärung allein oftmals als Strategie nicht ausreicht, um schnelle und dauerhafte Veränderungen herbeizuführen. Trotz aller Bemühungen würden immer noch viele Menschen ihre Befürchtungen zum Ausdruck bringen, psychisch kranke Menschen seien gefährlich. Zudem werde vielfach durch einige Meinungsführer oder die Medien psychische Krankheit weiterhin überzogen dargestellt und beispielsweise neue Psycho-Killer-Filme gedreht. Manchmal ändere sich zumindest äußerlich die Meinung, doch folge dem zuweilen aber kein entsprechendes Verhalten und die Wohnung oder der Job würden im Zweifelsfall dann doch eher an jemanden vergeben, der psychisch gesund zu sein scheint.²⁰²

In solchen Fällen ist der letzte Ausweg, etwas zum Positiven verändern zu können, vehement gegen solches Verhalten zu protestieren, damit der Entstigmatisierungsprozess dauerhaft zum Erfolg führen kann. Protest ist für CORRIGAN und LUNDIN, zum einen eine Art *moralischer Botschaft* an die Gesellschaft, dass öffentliche Stigmatisierung und Diskriminierung falsch sind und zum anderen in gewisser Weise auch eine *Strafe* für derartiges Fehlverhalten. Wichtig ist dabei, dass durch einen lautstarken Protest das Thema Stigmatisierung überhaupt erst ins öffentliche Bewusstsein gerückt wird.²⁰³

CORRIGAN u. LUNDIN beschreiben in ihrem Buch verschiedene Proteststrategien, die sie hinsichtlich der negativen Folgen für diejenigen, an die sich der Widerspruch richtet, ordnen:

- a) Protestbriefe
- b) Protesttelefonate
- c) Öffentliche Kritik
- d) Demonstrationen

²⁰² Vgl. CORRIGAN, P. W. / LUNDIN, R. K. (2001): a.a.O., S. 342.

²⁰³ Vgl. ebd., S. 346.

e) Boykotte

a) *Protestbriefe*

Die erste Stufe des Protestes ist das Schreiben von Protestbriefen direkt an stigmatisierende Personen oder an Verantwortliche in Unternehmen, die diskriminierende Produkte oder Inhalte verbreiten. Dies stellt eine relativ milde Form des Protests dar und gibt den Adressaten des Protests die Chance, ihr Verhalten ohne großen Schaden für ihr Image zu überdenken und hält somit die Möglichkeit offen, sie für eine gemeinsame Zusammenarbeit zu gewinnen.

Effektiver als ein einzelner Brief ist es natürlich, wenn sich mehrere Personen zu einer Art Kampagne zusammenschließen und mit Protesten überhäufen. Dabei ist aber darauf zu achten, dass der Empfänger nicht immer den gleichen Standardbrief erhält, sondern jeder Brief individuell formuliert wird, um die angestrebte Wirkung zu erzielen.²⁰⁴

b) *Protesttelefonate*

Für den Fall, dass auf die Briefe keinerlei Reaktion erfolgt, sollte man es auf der nächsten Stufe des Protests mit Telefonanrufen probieren, denn diese sind persönlicher als ein Brief und das Gegenüber wird zumindest zu einer Reaktion in Form einer Stellungnahme gezwungen. Da Direktoren und Vorsitzende in großen Unternehmen telefonisch meist nur schwer zu erreichen sind, sollte man versuchen, die Einwände an leitende Angestellte in der Kundenbetreuung oder Marketingabteilung zu richten.²⁰⁵

c) *Öffentliche Kritik*

Die bisher genannten Protestwege ziehen für die betroffenen Unternehmen noch keine negativen Konsequenzen nach sich und sind für sie höchstens lästig. Bis zu dieser Stufe des Protests ist man deshalb noch weitgehend auf den *guten Willen* der Unternehmen angewiesen. Daher ist es sehr wahrscheinlich, dass sich einige der Adressaten von Briefen und Telefonanrufen nicht beeindrucken lassen.

²⁰⁴ Vgl. ebd. S. 347-352.

²⁰⁵ Vgl. ebd., S. 353.

Dewegen kann es nötig sein, den Druck zu erhöhen und den Protest öffentlich zu machen, denn die meisten Firmen sind sehr um ihr Image bemüht, weil nicht zuletzt von ihrem Ansehen in der Öffentlichkeit auch ihre Absatzzahlen und beispielsweise Investitionen durch Dritte abhängen.

Eine Möglichkeit des Protestes für Einzelpersonen ist, einen Leserbrief an regionale oder überörtliche Zeitungen und Magazine zu senden. Vereine oder Organisationen haben auch die Möglichkeit, Pressemeldungen herauszugeben, um die Aufmerksamkeit der Medien auf sich zu lenken.²⁰⁶

d) *Demonstrationen*

Eine geradezu „klassische“ Art, gegen Missstände in der Gesellschaft zu protestieren, stellen Demonstrationen dar. Durch eine gut organisierte Demonstration wird in jedem Fall die Aufmerksamkeit der Medien und der Öffentlichkeit erregt und es kann so auf bestehende Missstände hingewiesen werden.²⁰⁷

Dabei ist es ratsam, darauf zu achten, dass eine relativ große Anzahl von Personen an der Demonstration teilnimmt, um nicht am Ende in den Augen der Öffentlichkeit als „kleines Häuflein von Spinnern“ dazustehen und um deutlich zu machen, dass es sich bei psychischer Krankheit nicht um bedauernde Einzelfälle, sondern um ein weit verbreitetes Phänomen handelt.

e) *Boykotte*

Die höchste Stufe auf der *Protestleiter*²⁰⁸ ist für CORRIGAN und LUNDIN, den Kauf, Verkauf und Gebrauch von Waren oder Dienstleistungen von Unternehmen, die ihren Gewinn auf Kosten von psychisch Kranken machen, zu boykottieren.²⁰⁹

Bei solch einem Boykott muss allerdings darauf geachtet werden, dass er sowohl sehr öffentlichkeitswirksam inszeniert, als auch von einer möglichst großen Gruppe getragen werden, damit die negativen Konsequenzen für das Unternehmen ausreichend sind, um eine Verhaltensänderung zu bewirken.

²⁰⁶ Vgl. ebd. S. 353-356.

²⁰⁷ Vgl. ebd. S. 356ff.

²⁰⁸ Vgl. ebd., S. 348.

²⁰⁹ Vgl. ebd., S. 358.

Um den Protest gegen die Stigmatisierung zu organisieren und effektiver zu gestalten, haben einige Organisationen sogenannte **Stigma-Alarm-NEtzw**erke (SANE) gegründet. Diese bieten die Möglichkeit, in Form eines sogenannten Newsletters über das Internet den anderen Mitgliedern des Netzwerkes Stigmatisierungen mitzuteilen, damit sich möglichst viele Menschen an den Protesten beteiligen können. Das Deutsche SANE geht beispielsweise aus einer Initiative der **Bayrischen Anti-STigma Arbeitsgruppe (BASTA)** hervor.²¹⁰

Bei den genannten Protestformen besteht die Gefahr, dass auf die Einstellungen derjenigen Menschen, an die sich der Protest richtet, kein positiver Einfluss ausgeübt wird, sondern sie sich im Gegenteil in ihren Vorurteilen bestärkt fühlen. Das hängt sicherlich damit zusammen, dass sich durch äußeren Druck zwar das *Verhalten* von Menschen verändern kann, auf diese Weise aber kaum innere Einstellungen und Überzeugungen gewandelt werden können, da man wohl keinem Menschen vorschreiben kann, was er *denken* soll.

In diesem Fall muss man sich wohl zunächst damit zufrieden geben, das Verhalten der Verantwortlichen für stigmatisierende Produkte zu ändern und zu erreichen, dass diese Produkte vom Markt genommen werden, um über diesen Umweg eine Bewusstseinsveränderung bei weiten Teilen der Bevölkerung zu erreichen.

Anstatt sich darauf zu beschränken, negative Darstellungen psychisch Kranker zu missbilligen, sollte man umgekehrt aber auch vorbildliche Filme, Berichterstattungen oder ähnliches entsprechend würdigen und den Autoren ein Lob für diese Arbeiten auszusprechen, um sie auch in Zukunft dafür zu motivieren, mit ihren Werken zum Engagement gegen die Stigmatisierung beizutragen.

4.1.1.4 Gesetzliche, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen

²¹⁰ Im Internet zu erreichen unter: <http://www.opentheodoors.de/saneleit2.htm>.

Wenn psychisch kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz oder einer Wohnung zusätzlich benachteiligt werden, hat dies nicht nur negative Auswirkungen auf jeden einzelnen von ihnen, sondern es stellt auch eine Verletzung der in Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes festgelegten Grundsatzes dar, dass kein Mensch aufgrund einer Behinderung benachteiligt werden darf.

Daher gibt es eine Reihe von Gesetzen zur Förderung und zum Schutz von Behinderten. Nicht jede psychische Krankheit ist aber so gravierend, dass im Sinne des jeweiligen Gesetzes von einer Behinderung gesprochen werden kann. So definiert beispielsweise das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) Behinderung als

die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten.²¹¹

Viele Betroffene leiden nicht so stark unter einer Schizophrenie, dass sie als behindert im Sinne des Gesetzes gelten. Sie werden dann leider nicht durch die besonderen Förder- und Schutzmaßnahmen vor weiterer Benachteiligung geschützt, obwohl sie diese vielleicht benötigen würden, um ihre krankheitsbedingten Einschränkungen auszugleichen.

Ein zusätzliches Problem ist, dass viele psychisch Kranke sich scheuen, eine offizielle Anerkennung als Schwerbehinderter (Grad der Behinderung mindestens 50) zu beantragen oder diese ihrem Arbeitgeber mitzuteilen, da dies bedeuten würde, dass sie – für den Fall, dass es ihnen bisher erfolgreich gelungen ist, ihr Stigma vor anderen zu verbergen – nun zumindest ihrem Arbeitgeber gegenüber ihre Krankheit offenbaren müssten. Schwerbehindertenstatus bedeutet oftmals eine zusätzliche Stigmatisierung.

So kommt es, dass vielen Betroffenen, die einer besonderen Förderung und eines besonderen Verständnisses bedürfen, diese nicht zuteil werden, weil der

²¹¹ SchwbG §3 Abs.1.

Arbeitgeber überhaupt nichts von einer Krankheit oder Behinderung erfahren hat.

Zwar müssen private Arbeitgeber und Arbeitgeber der öffentlichen Hand die über mehr als 20 Arbeitsplätze verfügen, auf mindestens fünf Prozent der Plätze Schwerbehinderte beschäftigen,²¹² doch sind die fälligen Ausgleichszahlungen, die zu leisten sind, falls diese Quote nicht erfüllt wird,²¹³ so gering, dass es sich für viele Arbeitgeber nicht zu lohnen scheint, den zusätzlichen Aufwand, den sie befürchten, wenn sie einen behinderten Mitarbeiter einstellen sollten, zu betreiben. Daher müssten Arbeitgeber, die bereit sind, psychisch kranke und behinderte Menschen stärker als es bisher der Fall ist finanziell aber auch personell, zum Beispiel in Form von sogenannten Case-Managern, die den Eingliederungsprozess begleiten und bei Problemen zwischen dem psychisch Kranken und seinen Kollegen oder Vorgesetzten vermitteln können, unterstützt werden.

Die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen ist sicherlich zu einem nicht unerheblichen Teil auf die bis heute fortgeführte Tradition zurückzuführen, diesen Patientenkreis zum großen Teil in speziellen Kliniken für Psychiatrie zu behandeln, die noch dazu häufig sehr abgelegen in der Peripherie von Städten lagen und bis heute liegen. Dies führte früher häufig dazu, dass Betroffene über mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte oft etliche Kilometer von ihrem Heimatort untergebracht und entwurzelt wurden.

Schon allein durch diese Ghettoisierung wurde psychisch Kranken gegenüber somatischen Patienten ein Sonderstatus zugewiesen und dazu beigetragen, dass sich gegenüber an Schizophrenie und anderen psychischen Krankheiten leidenden Menschen bis heute bestimmte Vorurteile halten, da psychisch Kranke im Alltag so gut wie nie angetroffen wurden. Daher wäre es eine geeignete gesundheitspolitische Maßnahme, noch konsequenter dazu überzugehen, an jedem „normalen“ Krankenhaus auch eine psychiatrische

²¹² Vgl. SchwbG §5 Abs.1.

²¹³ Vgl. SchwbG §11 Abs.1.

Abteilung einzurichten, beziehungsweise an den bestehenden rein psychiatrischen Kliniken auch Abteilungen für somatische Krankheiten zu etablieren.

Wenn zusätzlich dazu ambulanten Behandlungs- und Betreuungsformen stärker als bisher der Vorzug gegenüber stationären Hilfen gegeben würden, wäre dies ein erster Schritt in die richtige Richtung, um die Dichotomie in psychische Krankheiten auf der einen und somatische Erkrankungen auf der anderen Seite aufzuheben und somit psychisch Kranke stärker in die Mitte der Gesellschaft zu rücken.

4.1.2 Anti-Stigma-Kampagnen

Das Problem der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und insbesondere derjenigen unter ihnen die an einer schizophrenen Psychose leiden, ist heute als solches erkannt und daher wurden von Seiten verschiedenster Institutionen Versuche gestartet, breit angelegte, sogenannte Anti-Stigma-Kampagnen ins Leben zu rufen, um die Kräfte und Bemühungen um eine Entstigmatisierung unter einem gemeinsamen Motto zu bündeln.

4.1.2.1 Die weltweite Kampagne „Schizophrenia – Open the Doors“

Da die Stigmatisierung schizophreniekranker Menschen nicht nur ein nationales Phänomen ist, sondern international in nahezu allen Ländern und Kulturen gleichermaßen verbreitet ist, erfolgte 1996 der Startschuss für eine weltweite, derzeit zum Teil kontrovers diskutierte, Antistigma-Kampagne. Unter dem Titel „Schizophrenia – Open The Doors“ entwickelte der Weltverband für Psychiatrie (World Psychiatric Association, kurz: WPA) ein *Programm gegen Stigma und Diskriminierung schizophren erkrankter Menschen*.

Finanziell gefördert wird das Programm von führenden Unternehmen der Pharmaindustrie, also den Herstellern von chemischen Mitteln zur Behandlung

der Schizophrenie. Da die WPA eine Vereinigung von Psychiatern ist, ergibt sich aus dieser Allianz von Pharmaindustrie und Psychiatern ein sehr stark biologisch orientiertes Krankheitsverständnis. Das bedeutet, dass in dem Programm sehr stark die physiologischen Bedingungsfaktoren der Schizophrenie in den Vordergrund gestellt werden.

Zwei Jahre nachdem die Kampagne ins Leben gerufen wurde, begannen die ersten Pilotprojekte. Weltweit beteiligen sich mittlerweile Organisationen in mehr als einem Dutzend kulturell zum Teil völlig verschiedener Länder, von Deutschland über Canada, Italien, Australien und Neuseeland bis hin zu Staaten wie China, Indien und Ägypten, an diesem Programm.

„Es bezieht in jedem Land Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, schizophren Erkrankte, Angehörigen Verbände, Ministerien, Behörden, Parteien, Verbände, Medien und Unternehmen aus der Medizinbranche mit ein.“²¹⁴ (Man beachte die Reihenfolge in der Aufzählung!)

Das Ziel des Programms ist es, durch spezifische Maßnahmen in der Bevölkerung und in besonderen Zielgruppen Wissen, Einstellungen und Verhalten der Menschen gegenüber schizophren erkrankten zu verändern und damit soziale Beeinträchtigungen der Betroffenen zu vermindern, sowie ihre Reintegration in die Gesellschaft zu erleichtern.²¹⁵

Das Programm basiert auf einem nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch zwischen einzelnen Arbeitsgruppen, die in ihrer Arbeit verschiedene Schwerpunkte hinsichtlich der Zielgruppen setzen. So wird beispielsweise in Kanada die Arbeit mit Schülern sehr stark vorangetrieben während in Indien vorwiegend Initiativen in den Familien gestartet wurden, da schizophren Erkrankte dort traditionell überwiegend bei ihren Familien leben.

Auch innerhalb Deutschlands gibt es sechs verschiedene Projektzentren, die sich jeweils auf unterschiedliche Aspekte des Antistigma-Programms konzentrieren. In Düsseldorf beispielsweise, wo sich auch die Koordinationsstelle für das deutsche Antistigma-Programm befindet, wird der Effekt verschiedener Interventionen (Schulungen, Workshops, Vorträge, Podiumsdiskussionen,

²¹⁴ SATORIUS, N. (O. J.): *Geleitwort zum deutschen Antistigma-Programm*. Zit. n.: <http://www.openthedoors.de/geleitwort2.html> (zit. a. 07.12.2001).

²¹⁵ Vgl. OPEN THE DOORS E.V. (O. J.): *Open The Doors: Das Antistigma-Programm in Deutschland*. <http://www.openthedoors.de/deutschland2.html> (zit. a. 07.12.2001).

Ausstellungen, Tage der offenen Tür u. kontinuierliche Medienarbeit) auf den Verlauf der Erkrankung bei Patienten und auf die Einstellung spezieller Zielgruppen und der Bevölkerung evaluiert.²¹⁶

In Hamburg wird dagegen eher an die dortige Tradition der Psychose-Seminare angeknüpft und auf die Aufklärungsarbeit unter Betroffenen, sowie den Dialog zwischen Psychoseerfahrenen, Angehörigen und therapeutischem Personal, in den auch interessierte Laien mit einbezogen werden, gesetzt. Ein weiterer Schwerpunkt in Hamburg ist die Aufklärungsarbeit in Schulen.²¹⁷ (vgl. Kap. 4.1.1.2.2)

Um den internationalen Austausch von Erfahrungen der einzelnen Gruppen und aus den verschiedenen Ländern zu fördern, fand beispielsweise im September 2001 in Leipzig unter dem Motto „Together Against Stigma“ ein internationaler Kongress statt, in dem die einzelnen Gruppen ihre Projekte und bisherigen Ergebnisse präsentieren und sich über den Stand der Bemühungen der anderen Gruppen informieren konnten.

4.1.2.1.1 Kritik an der „Open the Doors“-Kampagne

Obwohl das breit angelegte Programm der „Open the Doors“-Kampagne mit seiner internationalen Zusammenarbeit sicherlich ein gut gemeinter und nötiger Schritt in die richtige Richtung ist, gibt es aber auch Stimmen, die die Art und Weise seiner Durchführung kritisieren oder Zweifel daran hegen, dass mit solch einer Kampagne wirkliche Erfolge bei der Entstigmatisierung schizophrener Menschen zu erzielen sind.

Zu den Skeptikern, die in Zweifel ziehen, dass eine solche umfassende Entstigmatisierungskampagne erfolgreich sein wird, gehört FINZEN, der eine Entstigmatisierung angesichts des polarisierenden Charakters unserer Mediengesellschaft für utopisch hält.²¹⁸ Er ist der Ansicht, dass wir die

²¹⁶ Vgl. ebd.

²¹⁷ Vgl. ebd.

²¹⁸ Vgl. FINZEN (2001a): a.a.O., S. 178.

Stigmatisierung der Schizophreniekranken in unserer Gesellschaft nicht aufheben können,²¹⁹ und schon gar nicht durch eine „simple Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit.“²²⁰ Die optimistischen Entstigmatisierer würden einer Reihe von Irrtümern unterliegen.²²¹ Sie würden beispielsweise den Einfluss der durch und durch negativen Berichterstattung über psychisch Kranke und psychische Krankheiten und der Metaphorisierung von psychiatrischen Begriffen unterschätzen.²²² Weiterhin würde übersehen, dass solche Kampagnen auch extrem negative Wirkungen haben können, wenn sie die Bevölkerung für die Probleme der psychisch Kranken sensibilisiere und sie als nette Nachbarn und Mitmenschen darstelle, gleichzeitig aber ein spektakuläres Ereignis wie das Lafontaine-Attentat zeige, dass das Gegenteil auch wahr sei.²²³ Zudem erinnert er an die gesellschaftliche Funktion von Stigma und Stigmatisierung, so dass der Versuch „sie zu mildern oder gar aufzuheben, nicht mehr und nicht weniger bedeutet als zu versuchen, die Gesellschaft als Ganzes zu verändern.“²²⁴

FINZEN betont aber schließlich trotz aller Skepsis, dass er keineswegs gegen Aufklärung über psychische Krankheit und gegen Öffentlichkeitsarbeit psychiatrischer Institutionen ist. Seine Kritik richtet sich lediglich auf allumfassende, globale Ansätze. Er plädiert stattdessen für eine Öffentlichkeitsarbeit da, wo sie seiner Meinung nach Erfolg verspricht: „Bei den Lokalredaktionen der Tageszeitungen und bei lokalen Rundfunksendern.“²²⁵ Denn genau dort ist die Diskriminierung besonders hoch und wird zudem von den meisten Lesern zur Kenntnis genommen. (Vgl. Kap. 3.10) Die Tatsache, dass mit Lokalradios und dem Lokalteil der Zeitungen die meisten Menschen erreicht werden können, bietet aber für FINZEN auch Ansatzpunkte für Veränderungen, „weil sie für die Bewohner des jeweiligen Gemeinwesens gut zugänglich [sind] – durch Leserbriefe, Anrufe, persönliche Kontaktaufnahme, Einladungen in Behandlungseinrichtungen und Veranstaltungen von Selbsthilfvereinigungen und vieles andere mehr.“²²⁶

²¹⁹ Vgl. ebd., S. 179.

²²⁰ Vgl. ebd., S. 178.

²²¹ Vgl. ebd., S. 189.

²²² Vgl. ebd.

²²³ Vgl. ebd.

²²⁴ Ebd., S. 191.

²²⁵ Ebd.

²²⁶ Ebd.

Besonders harte Kritik an der weltweiten Entstigmatisierungskampagne kommt aus den Reihen der Psychiatrie-Erfahrenen. In einer Stellungnahme²²⁷ kritisiert der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE e.V.) dass die „Open-Doors-Kampagne“ vorwiegend von Psychiatern und einigen Unternehmen der Pharma-Industrie dominiert würde und bemängelt, dass diejenigen, um die es bei dieser Aktion gehe, nicht als gleichberechtigte Partner in das Projekt mit einbezogen würden. Die Psychiatrie-Erfahrenen verwahren sich „vor allem gegen die Verknüpfung von Pharma-Interessen mit der Anti-Stigma-Kampagne.“²²⁸ Durch diese würde nämlich suggeriert, „dass Heilung bzw. das In-Schach-Halten von so genannten psychiatrischen Krankheiten nur mittels [...] Medikamente zu haben ist.“²²⁹ Die Betroffenen selbst lehnen dies „als unerträglich simplifizierend ab.“²³⁰ Es dürfe nicht sein, so heißt es weiter, „dass die professionell Tätigen auf unsere Kosten sich in ihrer Tüchtigkeit feiern und uns als ‚artikulationsunfähige Kranke‘ noch doppelt diskriminieren und stigmatisieren.“²³¹ Emanzipation könne nur mit und nicht über die Menschen entwickelt werden, um die es gehe.²³² Die besten Voraussetzungen, zu überzeugen, habe eine zeitgemäße Anti-Stigma-Kampagne von unten beispielsweise unter der Federführung des BPE e.V.²³³ Daher fordert der BPE e.V. in seiner Stellungnahme dazu auf, „mit wachem und kritischem Verstand dieser ‚Stigma‘-Kampagne von oben die Gefolgschaft zu verweigern.“²³⁴ Zudem wendet er sich an die Verantwortlichen in Politik, Krankenkassen und Verwaltungen und bittet sie, „der so genannten offiziellen ‚Anti-Stigma‘-Kampagne kein Geld zur Verfügung zu stellen.“²³⁵

²²⁷ Vgl. BUNDESVERBAND DER PSYCHIATRIE-ERFAHRENE (2001): *Anti-Stigma ohne uns? Nein Danke!* In: *Soziale Psychiatrie* 2 (2001), S. 49.

²²⁸ Ebd.

²²⁹ Ebd.

²³⁰ Ebd.

²³¹ Ebd.

²³² Vgl. ebd.

²³³ Vgl. ebd.

²³⁴ Ebd.

²³⁵ Ebd.

Die Kritik der Psychiatrie-Erfahrenen wird aber auch von einigen Psychiatern geteilt. So befürchtet WEISE²³⁶, dass das Anliegen der Entstigmatisierung

in sein Gegenteil verkehrt wird, wenn die Psychiatrie Träger und Motor der Kampagne ist, noch dazu mit einem Übergewicht ihres medizinisch-naturwissenschaftlichen Flügels. Die Psychiatrie ist selbst zu sehr Teil des Problems, als dass sie seine Lösung in die Hand nehmen könnte.²³⁷

Weiter vertritt er die Ansicht, durch ein einseitig medizinisch-naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis würden „Psychosen reduziert auf einen Aspekt, der nur einen Teil der Wahrheit repräsentiert, auf ihre biologische Natur. [...] Die innere subjektive Welt der Psychose wird ausgeblendet.“²³⁸ Durch diese Reduktion werde so WEISE auch einseitig die Verantwortung und Problemlösungskompetenz der Professionellen betont²³⁹ und die traditionellen Machtverhältnisse der Psychiatrie konserviert und somit das alte Bild vom psychisch Kranken, der seine Interessen nicht selbst wahrnehmen könne, reproduziert.²⁴⁰

Zudem gibt er dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis eine erhebliche Mitschuld an der Stigmatisierung, weil diese „nur zum Teil in den ursprünglichen psychischen Störungen, den ‚primären Abweichungen‘ und nachfolgenden krankheitsbedingten Störungen begründet ist.“²⁴¹ Mindestens ebenso wichtig für eine Stigmatisierung seien diagnostische Etikettierungen sowie psychiatrische oder soziale Maßnahmen.²⁴² WEISE betont daher, wie wichtig es für alle Bemühungen um eine Entstigmatisierung sei, dass sich vor allen Dingen die Psychiatrie selbst wandle. Er fordert daher einen kritischen, vorsichtigeren Umgang mit diagnostischen Etikettierungen, sowie eine Realisierung der Prinzipien „ambulant vor stationär, nichtprofessionelle Hilfen vor professionelle, psychiatrische Abteilungen statt Krankenhäuser, offene Stationen statt geschlossene etc.“²⁴³

²³⁶ WEISE, K. (2001): *Wer kann entstigmatisieren? Bemerkungen zur Anti-Stigma-Kampagne*. In: Soziale Psychiatrie 2 (2001), S. 46-48.

²³⁷ Ebd. S. 46.

²³⁸ Ebd.

²³⁹ Ebd.

²⁴⁰ Vgl. ebd., S.47.

²⁴¹ Ebd.

²⁴² Vgl. ebd.

²⁴³ Ebd.

4.2 Stigmabewältigung

Wenn die Skeptiker und Kritiker einer groß angelegten Anti-Stigmakampagne Recht haben und eine weitgehende Entstigmatisierung psychisch Kranker wenn überhaupt nur sehr langfristig zu erreichen ist und schon gar nicht, wenn diejenigen, um die es eigentlich geht, außen vor gelassen werden, gilt es, Möglichkeiten zu finden, die Betroffenen dabei zu unterstützen, Wege zu finden, mit ihrem Stigma zu leben und die Einbußen in der Lebensqualität möglichst gering zu halten.

4.2.1 Verheimlichen oder offenbaren?

Von entscheidender Bedeutung für Menschen, die von einer schizophrenen Erkrankung betroffen sind oder waren, ist die Entscheidung darüber, wem sie ihre Krankheit verheimlichen und wem sie von ihrer Krankheit erzählen. Wenn sie ihre Schizophrenie verschweigen, „sind sie diskreditierbar durch Bloßstellung und Verrat.“²⁴⁴ Sie geben damit möglicherweise auch einige Chancen auf Hilfen auf, die ihnen nur zu Teil werden können, wenn sie sich anderen anvertrauen.

Die ständige Angst davor diskreditiert zu werden, führt zudem oft zu einem sozialen Rückzug, der wiederum unter Umständen dazu beiträgt, dass der langfristige Krankheitsverlauf insgesamt ungünstiger ausfällt.

Offenbaren Betroffene anderen gegenüber aber ihre Krankheit, müssen sie damit rechnen, dass ihnen genau das widerfährt, was sie eigentlich verhindern

²⁴⁴ FINZEN, A. (2001a): a.a.O., S. 182.

wollten, nämlich dass andere ihnen gegenüber auf Distanz gehen, nur weil sie von der Schizophrenie erfahren haben.

CORRIGAN und LUNDIN²⁴⁵ wenden sich an die Betroffenen und fassen folgendermaßen zusammen, welche Vor- und Nachteile es mit sich bringt, wenn man sich offen zu seiner Krankheit bekennt:

- Vorteile:
- + Sie brauchen vor einer Entdeckung keine Angst mehr zu haben.
 - + Ein offenerer Umgang in tagtäglichen Beziehungen wird möglich.
 - + Sie erhalten möglicherweise Unterstützung und Zustimmung von anderen.
 - + Möglicherweise treffen sie auf Menschen, die ähnliche Probleme haben.
 - + Aus diesen Begegnungen ergeben sich vielleicht Freundschaften und gegenseitige Unterstützung.
 - + Das Gefühl für und ein Vertrauen in Ihre eigenen Kräfte wird gefördert.
 - + Sie werden zu einem lebendigen Zeugnis gegen Stigmatisierung.

- Nachteile:
- Andere könnten ihre Missbilligung, gegenüber Ihrer psychischen Krankheit oder Ihrem Entschluss offen darüber zu sprechen äußern.
 - Andere könnten über sie tratschen.
 - Andere könnten sie von gesellschaftlichen Treffen ausschließen.
 - Andere könnten sie bei Arbeits- und Wohnungssuche oder anderen Gelegenheiten benachteiligen.
 - Sie könnten sich mehr Sorgen darüber machen, was andere von ihnen denken.
 - Sie könnten sich sorgen, dass andere sie bemitleiden.
 - Zukünftige Rückfälle könnten mit mehr Stress verbunden sein, da

²⁴⁵ Vgl. CORRIGAN, P. W. / LUNDIN, R. K. (2001): a.a.O., S. 132.

andere Sie beobachten.

- Ihre Familienmitglieder werden auch Opfer von Stigmatisierung.

Was soll man nun einem schizophreniekranken Menschen raten, wie er sich anderen Menschen gegenüber verhalten soll? Offen zur Krankheit stehen, oder täuschen und verheimlichen?

Es lässt sich hier keine pauschale Empfehlung geben. Die richtige Wahl ist abhängig von Faktoren wie dem persönlichen Umfeld und der Schwere der Krankheit.

FINZEN ist der Ansicht, dass die Entscheidung, die Krankheit für sich zu behalten, dann richtig sei,

wenn der Gesundheitszustand stabil ist, wenn Restsymptome entweder nicht mehr vorhanden oder doch zuverlässig unter Kontrolle sind. Sie ist falsch, wenn die Krankheit fortbesteht, wenn die Kranken vermindert belastbar sind, wenn sie eine soziale oder berufliche Nische suchen oder eine beschützte Arbeit. Sie ist möglicherweise auch dann falsch, wenn die Kranken einen Arbeitsplatz haben, wenn sie aus ihrer beruflichen Tätigkeit heraus erkranken, in die Klinik müssen und den Weg zurück suchen.²⁴⁶

Er rät dazu, eine Abwägung auf nüchterner und sachlicher Basis und ohne Rücksicht auf moralische Bedenken vorzunehmen, da die Moral der Gesunden im Umgang mit Schizophrenen mehr zu Wünschen übrig lasse, als umgekehrt.²⁴⁷

4.2.2 Vermeidung von Selbststigmatisierung

Wie gezeigt wurde, ist neben der Ausgrenzung und Diskriminierung durch andere die Selbststigmatisierung eines der dringenden Probleme, die eine schizophrene Psychose mit sich bringt. Die Betroffenen sind in der Regel mit den gleichen ablehnenden Vorurteilen aufgewachsen, die ihnen ein großer Teil der Bevölkerung entgegenbringt. Nachdem die Krankheit bei ihnen

²⁴⁶ FINZEN, A. (2001a): a.a.O., S. 98.

²⁴⁷ Vgl. ebd., S. 100.

diagnostiziert wurde, beziehen sie diese Vorurteile mit großer Wahrscheinlichkeit auf sich selbst, was zu erheblichen negativen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und den Krankheitsverlauf führen kann.

Deshalb sollten Betroffene mit der Diagnose „Schizophrenie“ nicht allein gelassen werden und sie sollten dabei unterstützt werden, ein Krankheitsverständnis zu entwickeln, das es ihnen ermöglicht, ihre Selbstachtung aufrecht zu erhalten.

Eine Möglichkeit schizophrener Menschen dabei zu unterstützen, ein solches Krankheitsverständnis zu entwickeln, stellt die sogenannte *psychoedukative Gruppenarbeit* dar. Dabei trifft sich eine kleine Gruppe von circa fünf bis sieben Teilnehmern nach Möglichkeit einmal pro Woche, unter der Leitung eines erfahrenen Moderators.

Die Ziele dieser Gruppenarbeit sind, ein besseres Verständnis des Krankheitsgeschehens, eine Reduzierung von Angst und Unsicherheit, sowie eine Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit. Dabei soll dem Anspruch der Betroffenen auf eine angemessene Aufklärung über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten, sowie deren Chancen und Risiken gerecht werden und eine Relativierung von stigmatisierenden, falschen und mystifizierenden Krankheitsvorstellungen erreicht werden.²⁴⁸

Erst ein fachlich begründetes Wissen über die Diagnose sowie das Bewusstsein, dass man sich den unberechtigten Gefühlen von Scham, Schuld und Schande aufgrund der Erkrankung nicht so einfach entziehen kann, machen eine Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung und deren Folgen möglich.²⁴⁹

Letztendlich ist aber jede Maßnahme, die dazu beiträgt, die Stigmatisierung schizophrener Menschen in der Bevölkerung *insgesamt* zu verringern, auch ein Beitrag dazu, die Tendenz zur Selbststigmatisierung zu reduzieren, da

²⁴⁸ Vgl. WIENBERG, G. / SCHÜNEMANN-WURMTHALER, S. (1995): *Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS – Ziele, Inhalte und Methoden*. In: WIENBERG, G. (Hg.) (1995): a.a.O., S. 190.

²⁴⁹ Vgl. FINZEN, A. (2001a): a.a.O., S. 182f.

die Betroffenen ja selbst ein Teil der Öffentlichkeit sind und deren Bild von der Krankheit trotz gegenteiliger Erfahrungen bis zu einem gewissen Grad teilen.

5 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

Zu Beginn dieser Arbeit standen zunächst die Mythen, die sich um die Krankheit Schizophrenie ranken, im Mittelpunkt. Diesen Vorurteilen zufolge halten viele Menschen Schizophrenieerkrankte für unberechenbar, gefährlich und nicht in der Lage, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Zudem wird oft angenommen, dass wer einmal erkrankt ist, sein Leben lang unter den Symptomen zu leiden hat.

Dem gegenüber wurden einige wissenschaftliche Erkenntnisse gestellt, die zeigen, dass Schizophrenie heute eine mittels moderner Psychopharmaka und nicht medikamentöser Therapieformen gut behandelbare Krankheit ist, die nur in einem Teil der Fälle zu einer lebenslangen starken Beeinträchtigung führt.

Zudem wurde deutlich gemacht, dass von schizophrenieerkrankten Menschen keine wesentlich erhöhte Gefahr für ihre Mitmenschen besteht.

Zum besseren Verständnis der Krankheit wurden die Grundsymptome der Krankheit und die sich aus diesen entwickelnden akzessorischen Symptome erläutert und mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell ein Ansatz vorgestellt, der biologische und psychosoziale Bedingungsfaktoren der Schizophrenie integriert und die Betroffenen und ihre Familie von Schuldzuweisungen entlastet.

Außerdem wurde deutlich, wie sehr die Lebensqualität der Betroffenen zum einen durch die eigentlichen Krankheitssymptome, aber auch und vor allem, durch die „zweite Krankheit“ – ihr Stigma und die damit einhergehende Stigmatisierung, beeinträchtigt wird.

Im anschließenden Kapitel wurden zunächst die Begriffe Stigma und Stigmatisierung eingehend erläutert sowie verschiedene Stigmatypen und sogenannte moralische Werdegänge benannt. Wichtig im Hinblick auf die Frage nach dem Umgang mit einem Stigma war hier die Unterscheidung zwischen sogenannten *diskreditierten* und *diskreditierbaren* Stigmaträgern.

Mittels des Labeling-Ansatzes und seiner Modifikation wurde versucht, deutlich zu machen, welche Wechselwirkungen zwischen der Stigmatisierung und den eigentlichen Krankheitssymptomen auftreten und es wurde gezeigt, dass Stigmatisierungen für eine Gesellschaft und ihre Mitglieder auch eine wichtige Funktion erfüllen und es von daher unmöglich ist, Stigmatisierungen gänzlich zu unterbinden.

Das Schizophrenie tatsächlich ein Stigma ist und insofern zu Ausgrenzung und Diskriminierung führt, wurde anhand einer ganzen Reihe von Einstellungsuntersuchungen verdeutlicht. Die Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass die Diskriminierung zum größten Teil auf das *Etikett* „Schizophrenie“ zurückzuführen sind, und weniger auf seltsames und abweichendes *Verhalten*. Der Grad der Ablehnung schizophrener Menschen wächst dabei mit abnehmender sozialer Distanz zu ihnen an und ist höher als bei anderen stigmatisierenden Eigenschaften wie beispielsweise Depressionen oder ausländischer Herkunft. Kinder übernehmen die stigmatisierenden Einstellungen und Verhaltensweisen der Erwachsenen schon früh.

Es gibt jedoch verschiedene Faktoren, die die Tendenz zur Stigmatisierung reduzieren können. Zum einen ist dies der Fall, bei Personen, die Gelegenheit hatten, ihre Ansichten über die Träger eines Stigmas durch persönlichen Kontakt zu revidieren. Ein anderer wichtiger Faktor ist ein gewisses Maß an Fakten und Informationen über Schizophrenie, die den verbreiteten Vorurteilen und Mythen entgegenstehen.

Gefördert wird die Stigmatisierung von schizophrener Menschen durch die Art und Weise, wie über psychische Krankheit in den Medien berichtet wird und wie psychisch kranke Menschen in Film und Fernsehen verkörpert werden: Entweder sind sie unberechenbar und gefährlich oder Zielscheiben von Hohn und Spott. Dabei prägen ausgerechnet die Berichterstattung und die Darstellung in den Medien die Einstellungen der Bevölkerung wie kein anderer Faktor und können so alle Bemühungen um eine Entstigmatisierung unterlaufen.

Die Stigmatisierung trifft die betroffenen Menschen in ihrer Person als Ganzes. Lebensqualität und Lebenschancen werden erheblich beeinträchtigt, und nicht zuletzt hat sie auch negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.

Daher besteht die Notwendigkeit, gleichzeitig eine gesellschaftliche Verpflichtung dazu, Maßnahmen gegen die Ausgrenzung und Benachteiligung schizophrener Menschen in Angriff zu nehmen, um ihre gesamte Lebenssituation zu verbessern.

Da sich vor allem der persönliche Kontakt zu Menschen mit einer schizophrenen Psychose und ein fundiertes Basiswissen über psychische Krankheiten als Faktoren bewährt haben, um stigmatisierende Einstellungen zu revidieren, scheinen Aufklärung und die Förderung von verstärkten Kontakten zwischen Schizophrenen und den anderen Mitgliedern der Gesellschaft viel versprechende Ansatzpunkte für eine Stigmabekämpfung zu sein.

Der Kontakt zu psychisch Kranken lässt sich am besten durch eine konsequente Fortführung des Weges weg von der Anstalts- und Heimpsychiatrie, hin zu einer in die Gemeinden integrierte kommunale Psychiatrie mit psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und einem verstärkten ambulanten Behandlungs- und Betreuungsangebot fördern.

Da es schwierig sein dürfte, die gesamte Bevölkerung direkt durch Aufklärungsprogramme zu erreichen, sollte man sich hier in erster Linie auf die sogenannten Opinion-Leader konzentrieren, die ihr erworbenes Wissen und ihre veränderten Einstellungen dann in ihrem Einflussbereich weiter verbreiten können.

Da die stigmatisierenden Einstellungen schon sehr früh übernommen werden, scheint es sinnvoll zu sein, schon bei Kindern mit der Anti-Stigmaarbeit zu beginnen. In welchem Rahmen dabei die Schulen angesichts der Vielzahl an Aufgaben, die sie heute zu übernehmen haben, einen Beitrag leisten können, werden die Ergebnisse der bereits angelaufenen Projekte zeigen.

Stigmatisierende Darstellungen und Berichterstattungen in den Medien lassen sich wohl nur reduzieren, wenn die Produzenten und Verleger auf ihre Verfehlungen aufmerksam gemacht werden und gegebenenfalls unter Druck

gesetzt werden. Dazu ist es aber nötig, dass eine große Anzahl von Menschen hinter diesen Protesten steht, damit die „Macher“ bei Presse, Film und Fernsehen ernsthafte Auswirkungen auf ihr Image sowie auf ihre Auflage, Besucherzahlen oder Einschaltquoten befürchten müssen.

Ob sich durch all die genannten Ansätze der Anti-Stigmaarbeit tatsächlich ein bleibender Effekt einstellen wird und schizophreniekranke Menschen tatsächlich ohne jede Vorbehalte in die Gesellschaft integriert werden können, wird die Zukunft zeigen. Es sollte aber möglich sein, zumindest eine verbesserte Akzeptanz und ein größeres Verständnis bei der Mehrheit der Bevölkerung zu erzielen.

Das Beispiel der Homosexuellen zeigt, dass sich ihr jahrzehntelanger Kampf um eine größere Anerkennung langsam auszuzahlen scheint. Noch vor wenigen Jahrzehnten standen sie völlig am Rande der Gesellschaft und wurden stigmatisiert. Die Männer unter ihnen machten sich, wenn sie ihre Sexualität auslebten, damals unter Umständen sogar noch strafbar. Zu jener Zeit hätte wohl niemand für möglich gehalten, dass homosexuelle Partnerschaften einmal staatlich legitimiert würden und sich der regierende Bürgermeister von Berlin einmal öffentlich zu seiner Homosexualität bekennen würde. Sicherlich gibt es immer noch eine Reihe von Menschen, die Vorurteile gegen Schwule und Lesben hegen, doch dürften die sich mittlerweile in der Minderheit befinden. Dies ermöglicht es den meisten Homosexuellen heute offen mit ihrer Neigung umzugehen, ohne ständig Angst davor haben zu müssen geoutet zu werden.

Menschen die unter dem Stigma *Schizophrenie* leiden müssen, haben bis dahin sicherlich noch einen weiten Weg vor sich. Um das Ziel einer gesellschaftlichen Akzeptanz überhaupt erreichen zu können, ist es aber nötig, dass alle Beteiligten – die Betroffenen, ihre Angehörigen sowie die Professionellen gemeinsam an einem Strang ziehen. Es kann und darf nicht sein, dass eine weltweite Anti-Stigma-Kampagne nahezu ohne die Mitwirkung derjenigen, um die es eigentlich geht, initiiert wird.

Die Psychiatrie war und ist [...] am Prozess der Stigmatisierung selbst beteiligt; sie kann eine Anti-Stigma-Kampagne alleine nicht glaubhaft zustande bekommen. Die Gefahr ist zu groß, dass neue Vorurteile befördert, statt alte abgebaut werden und dass die zarten Ansätze des Dialogs durch autoritäre Monologe erschlagen werden.²⁵⁰

Daher ist es notwendig, dass der gleichberechtigte Dialog zwischen diesen drei Gruppen – beispielsweise in Psychose-Seminaren – intensiviert wird und gleichzeitig verstärkt noch eine vierte Gruppe mit in das Boot genommen wird: Die Bürger in den Gemeinden.

Vielleicht wäre es eine Initialzündung für den Entstigmatisierungsprozess, wenn sich eines Tages ein bekannter Sympathieträger nach dem Vorbild von Klaus Wowereit hinstellt und sagt: „Ich bin schizophran – und das ist auch gut so! Es ist ein Teil von mir. Seht her: Ich bin weder gefährlich noch hilflos!“

Der Versuch einer Entstigmatisierung schizophreniekranker Menschen ist in jedem Fall ein Projekt, das selbst dann, wenn es eines Tages gelingen sollte, in jedem Fall etliche Jahre oder gar Jahrzehnte in Anspruch nehmen wird.

Bis dahin gilt es, die psychischen und materiellen Auswirkungen des Stigmas für die Betroffenen möglichst gering zu halten und sie bei der Bewältigung ihres persönlichen Stigmas nach Kräften zu unterstützen.

²⁵⁰ Bock, T. (2000): *Gemeinsam gegen Vorurteile. Zur Auseinandersetzung um eine Anti-Stigma-Kampagne*. In: Soziale Psychiatrie 4 (2000), S. 16.

6 Literaturverzeichnis

ADLER, A. K. / WAHL, O. F. (1998): *Children's Beliefs About People Labeled Mentally Ill*. In: American Journal of Orthopsychiatry 68 (1998), S. 321-326

ANGERMEYER, M. C. (2000): *Schizophrenia and Violence*. In: Acta Psychiatr Scand 102 (Suppl.407) (2000), S. 63-67

ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1995): *Einstellung der Bevölkerung zu schizophren Erkrankten*. In: HINTERHUBER, H. / FLEISCHHACKER, W. / MEISE, U. (1995): *Die Behandlung der Schizophrenien. State of the Art*. - Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie

ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H. (1996): *Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken*. In: Gesundheitswesen 58 (1996) Sonderheft 1, S. 18-24

ANGERMEYER, M. C. / SIARA, C. S. (1994a): *Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990*. In: Nervenarzt 65 (1994), S. 49-56

ANGERMEYER, M. C. / SIARA, C. S. (1994b): *Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 2: Die Entwicklung im Jahr 1991*. In: Nervenarzt 65 (1994), S. 41-48

ANGERMEYER, M. C. u.a. (1985): *Stigmatisierung psychisch Kranker: Stadt versus Land*. In: Psychoth med Psychol 35 (1985), S. 99-103

BATTAGLIA, J. / COVERDALE, J. H. / BUSHONG, C. P. (1990): *Evaluation of a Mental Illness Awareness Week Program in Public Schools*. In: American Journal of Psychiatry 147 (1990), S. 324-329

BECKER, H. S. (1963): *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. - Frankfurt a. M.: Fischer

BEN JELLOUN, T. (1999): *Papa, was ist ein Fremder? Gespräch mit meiner Tochter*. - Berlin: Rowohlt

BHUGRA, D. (1989): *Attitudes towards Mental Illness. A Review of the Literature*. In: Acta Psychiatr Scand 80 (1989), S. 1-12

BLEULER, E. (1911): *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. - Leipzig. Reprint (1988): Mit einem Vorwort von M. BLEULER. - Tübingen: Archiv der Edition Diskord

- Bock, T.** (2000): *Gemeinsam gegen Vorurteile. Zur Auseinandersetzung um eine Anti-Stigma-Kampagne*. In: Soziale Psychiatrie 4 (2000), S. 16-18
- BÖKER, W. / HÄFNER, H.** (1974): *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*. - Berlin: Springer
- BOSSHARD, M. / EBERT, U. / LAZARUS, H.** (1999): *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch*. - Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BUNDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENER** (2001): *Anti-Stigma ohne uns? Nein danke! Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur sogenannten Anti-Stigma-Kampagne*. In: Soziale Psychiatrie 2 (2001), S. 49
- BYRNE, P.** (1999): *Stigma of Mental Illness. Changing Minds, Changing Behaviour*. In: British Journal of Psychiatry 174 (1999), S. 1-2
- BYRNE, P.** (2000): *Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing It*. In: Advances in Psychiatric Treatment. 6 (2000), S. 65-72
- CIOMPI, L.** (1994): *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihrer Entwicklung*. 4. Aufl. - Stuttgart: Klett-Cotta
- CIOMPI, L.** (1986): *Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie*. In: **BÖKER, W. / BRENNER, H. D.** (Hg.) (1986): *Bewältigung der Schizophrenie*. - Bern: Huber
- CORRIGAN, P. W. / LUNDIN, R. K.** (2001): *Dont't Call Me Nuts! Coping With The Stigma of Mental Illness*. - Chicago: Recovery Press
- CORRIGAN, P. W. u.a.** (2000): *Stigmatizing Attributions about Mental Illness*. In: Journal of Community Psychology 28 (2000), S. 91-102
- CORRIGAN, P. W. u.a.** (2001): *Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*. In: Psychiatric Services 52 (2001), S. 953-958
- Corrigan, P. W. u.a.** (2001): *Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness*. In: Schizophrenia Bulletin 27 (2001), S. 187-195
- CRISP, A. H. u.a.** (2000): *Stigmatisation of People with Mental Illnesses*. In: The British Journal of Psychiatry 177 (2000), S. 4-7
- CUMMING, J. / CUMMING, E.** (1965): *On the Stigma of Mental Illness*. In: Community Mental Health Journal 2 (1965), S. 135-143

- DÖRNER, K. / PLOG, U.** (1996): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie Psychotherapie*. 1. Ausg. d. Neuaufl. - Bonn: Psychiatrie-Verlag
- DÖRNER, K.** (1995): *Jeder Mensch will notwendig sein*. - Gütersloh: v. Hoddis
- FINZEN, A.** (2000a): *Die Psychiatrie, die psychisch Kranken und die öffentliche Meinung. Beobachtungen zu einer gestörten Kommunikation*. In: Soziale Psychiatrie 4 (2000), S. 4-6
- FINZEN, A.** (2000b): *Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung*. In: Psychiatrische Praxis 27 (2000), S. 316-320
- FINZEN, A.** (2001a): *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*. 2. korrr. Aufl. - Bonn: Psychiatrie-Verlag
- FINZEN, A.** (2001b): *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen*. 5. Aufl. - Bonn: Psychiatrie-Verlag
- FRICKE, R.** (2000): *(Ent-)Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in der Öffentlichkeit. Aus dem Alltag der Psychiatrie-Erfahrenen*. In: Soziale Psychiatrie 4 (2000), S. 13-15
- GOFFMAN, E.** (1996): *Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 12. Aufl. - Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- GOVE, W. R.** (1982): *The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness*. In: ders (Hg.)(1982): *Deviance and Mental Illness*. - Beverly Hills: Sage
- GROß, T. M.** (2000): *Das Stigma psychischer Erkrankung. Theorien und Methoden*. - Butzbach-Griedel: AFRA
- HINTERHUBER, H.** (1994): *Soziokulturelle Aspekte und biopsychosoziale Grundlagen der Lebensqualität schizophrener Patienten*. In: **Katschnig, H. / König, P.** (1994) (Hg.) a.a.O.
- Hoffmann-Richter, U.** (2000): *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. - Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag
- HOFFMANN-RICHTER, U. u.a.** (1998): *Schizophrenie in der „Neuen Zürcher Zeitung“ – Eine Medienanalyse*. In: Psychiatrische Praxis 25 (1998), S. 14-18
- HOHMEIER, J.** (1975): *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß*. In: **BRUSTEN, M. / HOHMEIER, J.** (Hg.) (1975): *Stigmatisierung Bd.1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. - Neuwied: Hermann Luchterhand
- HOLZINGER, A. / ANGERMEYER, M. C. / MATSCHINGER, H.** (1998): *Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein?* In: Psychiatr. Prax. 25 (1998), S. 9-13

- HUBER, G. / GROSS, G. / SCHÜTTLER, R.** (1979): *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie.* - Berlin: Springer
- HUBER, G.** (1999): *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung.* 6. vollst. überarb. und aktual. Aufl. - Stuttgart: Schattauer
- HUGHES, P.** (2001): *The Origins of Stigmatisation: Stigmatisation As a Survival Strategy: Intrapsychic Mechanisms.*
<http://www.stigma.org/everyfamily/phughes.html>. In: CRISP, A.H.(2001): *Everyfamily In the Land. Understanding Prejudice And Discrimination Against People With Mental Illness.*
<http://www.stigma.org/everyfamily/everycontentsnew.html> (Zit. a. 30.10.2001)
- KATSCHNIG, H.** (1994): *Wie läßt sich die Lebensqualität bei psychisch Kranken erfassen?* In: **KATSCHNIG, H. / KÖNIG, P.** (Hg.) (1994): *Schizophrenie und Lebensqualität.* - Wien: Springer
- KATSCHNIG, H.** (2000): *Schizophrenia and Quality of Life.* In: *Acta Psychiatr Scand* 102 (2000) (Suppl. 407), S. 33-37.
- LINK, B. G.** (1982): *Mental Patient Status, Work, And Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label.* In: *American Sociological Review* 47 (1982), S. 202-215
- LINK, B. G.** (1987): *Understanding Labeling Effects In the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectation of Rejection.* In: *American Sociological Review* 52 (1987), S. 96-112
- LINK, B. G. / CULLEN, F. T.** (1986): *Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are.* In: *Journal of Health and Social Behavior* 27 (1986), S. 289-303
- LINK, B. G. / CULLEN, F. T.** (1990): *The Labeling Theory of Mental Disorder: A Review of the Evidence.* In: *Research in Community and Mental Health* 6 (1990), S. 75-105
- LINK, B. G. / MIROZNIK, J. / CULLEN, F. T.** (1991): *The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided?* In: *Journal of Health and Social Behavior* 32 (1991), S. 302-320
- LINK, B. G. u.a.** (1989): *A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment.* In: *American Sociological Review* 54 (1989), S. 400-423

LUHMANN, N. (1996): *Die Realität der Massenmedien*. 2. Aufl. - Opladen: Westdeutscher Verlag

MARKOWITZ, F. E. (1998): *The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons With Mental Illness*. In: *Journal of Health and Social Behavior*. 39 (1998), S. 335-347

MEISE, U. / SULZENBACHER, H. / HINTERHUBER, H. (2001): *Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung*. In: *Fortschr Neurol Psychiat* 69 (2001) Sonderheft 2, S. 75-80

OpenTheDoors e.V (o. J.): *Open The Doors: das Antistigma-Programm in Deutschland*. <http://www.openthedoors.de/deutschland2.html> (zit. a. 7.12.2001)

PENN, D. L. u.a. (1994): *Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information is Best?* In: *Schizophrenia Bulletin* 20(3) (1994), S. 567-578

PINER, K. E. / KAHLE, L. R. (1985): *Adapting to the Stigmatising Label of Mental Illness: Forgone But Not Forgotten*. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (1984), S. 805-811

ROSEN, A. u.a. (2000): *Combating Psychiatric Stigma: An Overview of Contemporary Initiatives*. In: *Australasian Psychiatry* 8 (2000), S. 19-26

SALTER, M. / BYRNE, P. (2000): *The Stigma of Mental Illness: How You Can Use the Media to Reduce It*. In: *Psychiatric Bulletin* 24(2000), S. 281-283

SATORIUS, N. (o. J.): *Geleitwort zum deutschen Antistigma-Programm*. <http://www.openthedoors.de/geleitwort2.html> (zit. a. 07.12.2001)

SCHEFF, T. J. (1973): *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. *Soziale Interaktion und psychische Störung*. - Frankfurt a. M.: Fischer

SCHNEIDER, J. / CONRAD, P. (1980): *„In the Closet with Illness: Epilepsy, Stigma Potential and Information Control“* in: *Social Problems* 28 (1980), S. 32-44

SCHÖNY, W. (1998): *Schizophrenie – eine Erkrankung und ihre Behandlung im Bild der Öffentlichkeit*. In: *Wien. med. Wschr.* 148 (1998), S. 284-288

TÖLLE, R. (1996): *Psychiatrie*. 11. Aufl. - Berlin: Springer

VELTIN, A. (2000): *Narren, Jecken, Irre. Zur Geschichte des widersprüchlichen Verhältnisses der Gesellschaft zu den psychisch Kranken*. In: *Psychiatrische Praxis* 27 (2000), S. 361-364

- WAHL, O. F.** (1995): *Media Madness. Public Images of Mental Health.* - New Brunswick: Rutgers University Press
- WAHL, O. F.** (1999): *Mental Health Consumers' Experience of Stigma.* In: *Schizophrenia Bulletin* 25 (1999), S. 467-478
- WAHL, O. F.** (1999): *Telling Is Risky Business. Mental Health Consumers Confront Stigma.* - New Brunswick: Rutgers University Press
- WEISE, K.** (2001): *Wer kann entstigmatisieren? Bemerkungen zur Anti-Stigma-Kampagne.* In: *Soziale Psychiatrie* 2 (2001), S. 46-48
- WIENBERG, G.** (1995): *Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeit-Streß-Bewältigungs-Konzept.* In: **DERS.** (Hg.) (1995): *Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis.* Bonn: Psychiatrie-Verlag
- WIENBERG, G. / SCHÜNEMANN-WURMTHALER, S.** (1995): *Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS – Ziele, Inhalte und Methoden.* In: **WIENBERG G.** (Hg.) (1995): a.a.O.
- WIENER, A. / WESSELY, S. / LEWIS, G.** (1999): „*You Don't Give Me Flowers Anymore*“: *An Analysis of Gift-Giving to Medical and Psychiatric Inpatients.* In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34 (1999), S. 136-140
- WILSON, C. u.a.** (2000): *How Mental Illness Is Portrayed in Children's Television.* In: *The British Journal of Psychiatry* 176 (2000), S. 440-443
- WOLFF, G. u.a.** (1996b): *Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People.* In: *British Journal of Psychiatry* 168 (1996), S. 191-198
- WOLFF, G. u.a.** (1996a): *Community Attitudes to Mental Illness.* In: *British Journal of Psychiatry* 168 (1996), S. 183-190
- ZAUMSEIL, M. / LEFERINK, K.** (1997): *Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt.* In: **DERS.** (Hg.) (1997): *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie.* - Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag
- ZIMBARDO, P. G.** (1992): *Psychologie.* 5. Aufl. - Berlin: Springer

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Münster, 11.01.2002

Unterschrift