

Hausarbeit im Rahmen des 23. Weiterbildungskurses
„Peer Counseling
als Schlüssel zur Stärkung der Selbsthilfe
behinderter Menschen“

Zur Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“

Anna Wiebke Hadenfeldt

Oktober 2022

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Das Krankheitsbild Schizophrenie.....	2
3. Der Prozess der Stigmatisierung.....	4
4. Drei Arten von Stigmatisierung.....	5
4.1 Strukturelle Stigmatisierung.....	5
4.2 Öffentliche Stigmatisierung.....	5
4.3 Selbststigmatisierung.....	7
5. Mögliche Mittel und Wege für einen sensibleren Umgang.....	7
6. Fazit.....	10
Literaturverzeichnis.....	11

1. Einleitung

Erving Goffman veröffentlichte im Jahr 1963 seine einflussreiche Studie „Stigma“. Hier wird beschrieben, was für Auswirkungen es auf die Identität betroffener Menschen haben kann, wenn ihnen negative Verhaltensweisen oder Einstellungen gesellschaftlich zugeschrieben werden (vgl. Goffman 1967). Und leider ist diese Studie noch immer hochaktuell.

Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ haben nicht selten das Problem, der Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion ausgeliefert zu sein und unter diesen Mechanismen zu leiden, was wiederum negative Auswirkungen auf den Gesundungsprozess haben kann. Finzen spricht bei Stigmatisierung auch von einer „zweiten Krankheit“ (Finzen 2010: 10), mit der Betroffene umzugehen haben. Es stellt sich für Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ oft die Frage, was Sie von sich und ihrer Erkrankung preisgeben oder nicht (Finzen 2010: 8-11).

Vorurteile und Mythen um die Erkrankung Schizophrenie halten sich hartnäckig. So wird oft fälschlicherweise angenommen, dass Schizophrenie mit einer gespaltenen Persönlichkeit gleichzusetzen sei. Auch typische Fehleinschätzungen wie, die Krankheit sei nicht heilbar, alle Erkrankten seien gewalttätig und unberechenbar, existieren.

Hinzu kommt, dass im allgemeinen Sprachgebrauch das Wort „schizophren“ benutzt wird, um Widersinnigkeit auszudrücken. Dies zeigt, wie verwurzelt die Stigmatisierung Schizophrener in der Gesellschaft ist.

In dieser Hausarbeit wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ stigmatisiert werden.

Zunächst wird das Krankheitsbild von an Schizophrenie erkrankten Menschen herausgearbeitet. Wovon reden wir eigentlich genau, wenn wir über Schizophrenie sprechen?

Im dritten Kapitel wird der Prozess der Stigmatisierung näher beleuchtet und auf die drei Arten von Stigmatisierung auch anhand von Beispielen eingegangen: die strukturelle Stigmatisierung, die öffentliche Stigmatisierung und die Selbststigmatisierung.

Kapitel vier beschäftigt sich mit möglichen Mitteln und Wegen, um der Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ entgegenzuwirken.

Zum Schluss werden die Erkenntnisse zusammengefasst.

2. Das Krankheitsbild Schizophrenie

Der Begriff „Schizophrenie“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt: „gespaltenes Bewusstsein“. Häufig wird angenommen, dass Schizophrenie etwas mit einer gespaltenen Persönlichkeit zu tun hätte. Dies ist ein Irrglaube. Schizophrenie hingegen ist gekennzeichnet durch ein Nebeneinanderbestehen von gesunden und kranken Verhaltensweisen. Die Einheit vom Denken, Fühlen und Wollen ist hierbei beschädigt (vgl. Gaebel/Wölwer 2010: 8).

Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ bilden keine homogene Gruppe, da Symptomatiken und Ursachen sehr unterschiedlich sein können, weshalb Schizophrenie als ein Sammelbegriff bezeichnet werden kann (vgl. Gaebel/Wölwer 2010: 8).

Abbildung 1: Psychische Funktionsstörungen bei schizophrenen Erkrankungen

Tabelle 1
Störungen psychischer Funktionen bei schizophrenen Erkrankungen

Funktionsbereich	Beispiele für Störungen bei Schizophrenie
1. Aufmerksamkeit	Konzentrationsstörungen
2. Inhaltliches Denken und formales Denken	Wahn (z. B. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn); Gedankenabreißen oder Einschleiben in den Gedankenfluss (führt oft zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen), Konkretismus, Assoziationslockerung
3. Ich-Funktionen	Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
4. Wahrnehmung	Halluzinationen (insbesondere kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen)
5. Intentionalität und Antrieb	Apathie
6. Psychomotorik	Haltungstereotypen
7. Affektivität	verflachter oder inadäquater Affekt, Depression, Anhedonie (hat oft sozialen Rückzug zur Folge)

Quelle: Gaebel/Wölwer 2010: 8

Abbildung 1 zeigt eine Aufstellung der Störungen psychischer Funktionen bei schizophrenen Erkrankungen. Inwieweit die Störungen ausgeprägt sind, ist individuell und kann bei ein und demselben Erkrankten und je nach Krankheitsphase stark variieren.

Es werden sieben Funktionsbereiche genannt, die bei schizophrenen Erkrankungen angegriffen sind. Der erste Funktionsbereich (Aufmerksamkeit) umfasst kognitive Leistungen. Ein Beispiel für eine dort ansässige Störung ist das Vorhandensein von Konzentrationsproblemen. Die Symptome in den Funktionsbereichen zwei bis vier (Inhaltliches Denken und formales Denken, Ich-Funktionen, Wahrnehmung) werden Positivsymptome genannt, da hier Funktionen übersteigert sind, dem Erleben wird etwas „hinzugefügt“. Positivsymptome sind z.B. Wahn oder Halluzinationen. Bei den Störungen in den Funktionsbereichen fünf bis sieben (Intentionalität und Antrieb, Psychomotorik, Affektivität) sind Funktionen gemindert. Hier spricht man von Negativsymptomen. Depression oder Apathie sind zwei Beispiele für Negativsymptome.

Die Gründe für die Störungen in den genannten Funktionsbereichen sind noch nicht hinreichend erforscht. Sicher ist wohl, dass bei einer Schizophrenie das Gleichgewicht einiger Botenstoffe (z.B. Dopamin) nicht mehr vorhanden ist und es somit zu Problemen bei der Informationsübertragung kommt (vgl. Gaebel/Wölwer 2010: 14).

Es gibt unterschiedliche Theorien, wann eine solche Erkrankung auftritt. Eine anerkannte Theorie ist das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell. Bei diesem Modell wird das Wechselspiel zwischen genetischen Faktoren, Umweltfaktoren, sowie sozialen Bindungen thematisiert. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch eine unterschiedliche genetisch bedingte Verwundbarkeit hat. Wird der Einzelne nun durch seine Umwelt psychosozial oder biologisch belastet, kommt es zu Stress. Hat die betreffende Person keine wirksamen Strategien zur Bewältigung dieses Stresses, bricht die Erkrankung aus. Untere biologischer Belastung wäre auch der Missbrauch von Drogen wie Kokain, LSD, psychoaktiven Pilzen oder Cannabis zu werten, was die Krankheit auslösen kann (vgl. Gäbel/Wölwer 2010: 13-14).

3. Der Prozess der Stigmatisierung

Goffman beschreibt die Herkunft des aus dem Griechischen stammenden Wortes „Stigma“ folgendermaßen:

„Die Griechen, die offenbar viel für Anschauungshilfen übrig hatten, schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, daß der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen.“ (Goffman 1967: 4)

Heutzutage beschreibt Stigmatisierung folgenden Prozess: Diskreditierende Merkmale werden Menschen zugeschrieben, was wiederum negative Auswirkungen im privaten und beruflichen Leben dieser Menschen hat.

Beim Prozess der Stigmatisierung lassen sich fünf Schritte erkennen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 227):

1. Wahrnehmung einer Normabweichung
2. Vergabe eines Labels
3. Feststellung eines Zusammenhangs mit negativen Stereotypen
4. Abgrenzung gegenüber dem Träger des Stigmas, soziale Distanz
5. Diskriminierung

Zuallererst wird eine Normabweichung wahrgenommen. Beispielsweise wird bei einer Feier festgestellt, dass eine Person keinen Alkohol trinkt und sie erklärt sich, dass sie Neuroleptika gegen das Auftreten von Psychosen nehme und sich der Alkohol nicht mit den Psychopharmaka verträge. Im zweiten Schritt wird ein Label vergeben. Um bei diesem Beispiel zu bleiben, wird der Person das Label „schizophren“ zugeordnet. Im dritten Schritt wird ein Zusammenhang mit negativen Stereotypen (z.B. Gefährlichkeit, Inkompetenz, Charakterschwäche) festgestellt. Im vierten Schritt wird sich gegenüber dem Träger des Stigmas abgegrenzt und sich von ihm distanziert. Bei diesem Beispiel wird sich nicht mehr mit der Person auf der Feier unterhalten. Im fünften Schritt kommt es dann zur Diskriminierung, was negative

soziale Konsequenzen beinhaltet. Beispielsweise wird auf der Feier die Polizei gerufen, um die Person von dieser zu entfernen und in die Psychiatrie einzuweisen. Wirksam wird die Diskriminierung aber erst dann, wenn sie mit Macht verbunden ist, um diese auch durchzusetzen (vgl. Rüschi/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 4).

4. Drei Arten von Stigmatisierung

Es lassen sich drei Arten von Stigmatisierung unterscheiden: die strukturelle Stigmatisierung, die öffentliche Stigmatisierung sowie die Selbststigmatisierung.

4.1 Strukturelle Stigmatisierung

Bei der strukturellen Stigmatisierung werden die Rechte von Minderheiten durch die Arbeitsweisen privater und öffentlicher Institutionen eingeschränkt.

Beispielsweise können Minderheiten aufgrund von Gesetzgebung, Versicherungsbedingungen oder Verteilung von Ressourcen benachteiligt werden. Dies kann beabsichtigt oder unbeabsichtigt passieren und auch ohne, dass sich eine einzelne Person gegenüber eines Mitgliedes einer Minderheit diskriminierend verhält. (vgl. Rüschi/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 5).

4.2 Öffentliche Stigmatisierung

Bei der öffentlichen Stigmatisierung kommt es zur Benachteiligung Betroffener im öffentlichen Leben, sei es durch mediale Darstellung von Betroffenen oder auf dem Wohnungs- oder Arbeitsmarkt.

So kann es für Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ sehr schwierig sein, eine Arbeit zu finden, wenn bei Arbeitgebern stigmatisierende Vorstellungen existieren (vgl. Rüschi/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 3-4).

Bei einer Emailbefragung von 8000 Arbeitgebern im Kanton Basel-Landschaft in der Schweiz wurde zunächst gefragt, welche Fähigkeit eines potenziellen Angestellten die wichtigste sei. Die Personalverantwortlichen gaben im Durchschnitt am

häufigsten die Fähigkeit „Zuverlässigkeit“ an. Daraufhin wurden die Arbeitgeber gebeten, eine Rangliste aus acht „beruflich gut qualifizierten, sehr zuverlässigen und sehr leistungsbereiten fiktiven Bewerbern“ (Baer 2010: 23) zu erstellen. Die acht fiktiven Bewerber hätten alle eine chronische Erkrankung, wären seit drei Jahren stabilisiert und dank ärztlicher Behandlung voll arbeitsfähig. Zu den acht fiktiven chronisch Erkrankten Bewerbern kam ein fiktiver neunter gesunder Bewerber, der sich durch Unzuverlässigkeit und geminderte Leistungsbereitschaft auszeichnete. Die entstandene Rangliste ist in Abbildung 2 zu sehen

Abbildung 2: Wen würden Arbeitgeber anstellen?

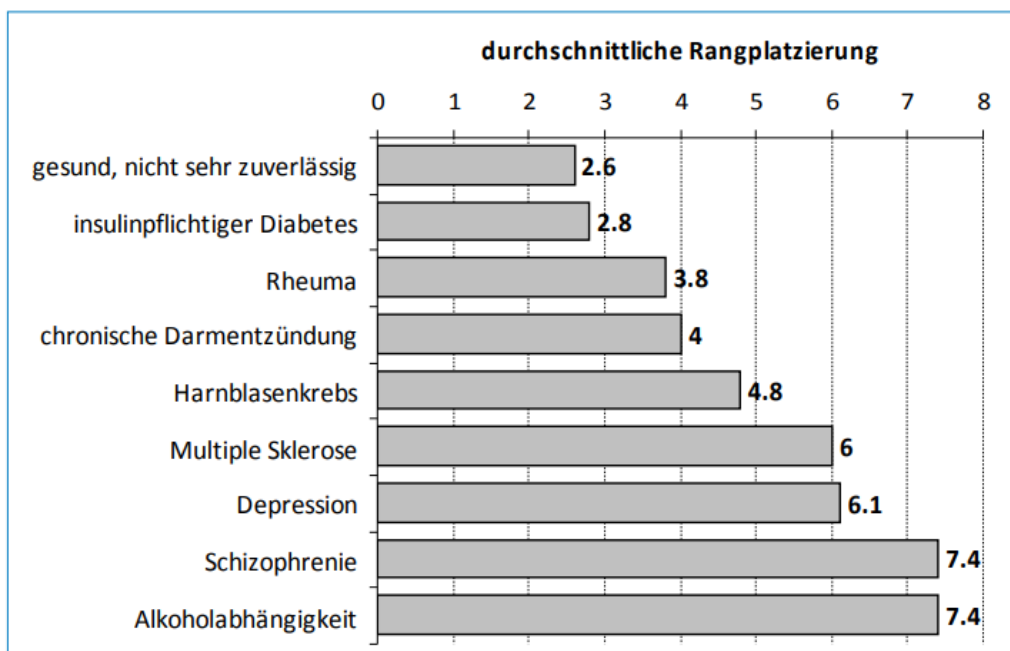


Abb. 3: Wen würden Arbeitgeber anstellen?

Quelle: Baer 2010: 23

Den letzten Rang teilten sich zwei fiktive Bewerber: zum einen derjenige mit der Schizophrenie und zum anderen der Bewerber mit einer Alkoholabhängigkeit. Diese Studie zeigt, dass die Diagnose „Schizophrenie“ mit einem großen öffentlichen Stigma behaftet ist. Ob der fiktive Bewerber mit der Diagnose „Schizophrenie“ nun

zuverlässig ist oder nicht, ist bei einer solchen Diagnose für die befragten Arbeitgeber nicht mehr relevant gewesen (vgl. Baer 2010: 23 - 24).

4.3 Selbststigmatisierung

Schon lange vor dem Beginn der Erkrankung kennen selbststigmatisierende Personen die Vorurteile über die Gruppe, der sie mit Beginn der Erkrankung angehören und wenden diese dann gegen sich selbst. Folgen von Selbststigmatisierung können sein, dass „ein niedriges Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeit“ (Rüsch/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 5) entstehen. Es kann zum Teil schwierig sein, Folgen von Depressivität, die auch Teil der Erkrankung Schizophrenie sein kann (siehe Kapitel 2), von Folgen der Selbststigmatisierung zu unterscheiden. Beispielsweise kann ein geringes Selbstwertgefühl daher rühren, dass eine an Schizophrenie erkrankte Person das Vorurteil „Inkompetenz“ gegen sich selbst richtet und im Zuge dessen, ihr das Zutrauen fehlt, sich auf eine Arbeitsstelle zu bewerben oder daher, dass die Negativsymptome (siehe Kapitel 2) zu stark ausgeprägt sind.

5. Mögliche Mittel und Wege für einen sensibleren Umgang

Was wären also mögliche Mittel und Wege für einen sensibleren Umgang? Welche Maßnahmen könnten „entstigmatisierend“ wirken?

Allein die Verwendung des Begriffes „Schizophrenie“ ist nicht unumstritten, weshalb in Japan der Begriff „Schizophrenie“ gegen „Integrationsstörung“ ersetzt wurde. Auch wenn einige den Nutzen einer solchen Umbenennung anzweifeln, scheint sie in Japan einen positiven Effekt zu haben. Beispielsweise wird Kriminalität bedeutend seltener mit der Erkrankung assoziiert als vor der Umbenennung (vgl. Zäske/Cleveland/Gaebel 2010: 26-28).

Ein weiterer möglicher Weg für einen sensibleren und Umgang mit dem Thema Schizophrenie könnte auch die Ausweitung von bestehenden Begegnungsräumen oder die Schaffung neuer Begegnungsräume sein. Wenn Menschen mit der Diagnose Schizophrenie häufiger mit Menschen zusammen kämen, die diese

Diagnose nicht besitzen, kann dies eventuell negative Vorurteile und seine Folgen abbauen.

Hierfür sprechen die Ergebnisse der im Kapitel 4.2 angesprochenen Studie. Es wurde nach der Anstellungsbereitschaft Personalverantwortlicher von psychisch Behinderten gefragt. Außerdem wurde die Frage gestellt, ob sie niemanden, einen oder mehrere mit einer psychischen Behinderung persönlich kennen. Beide Parameter wurden in Verbindung miteinander gesetzt und es kam folgenden Ergebnis, das in Abbildung 3 zu sehen ist. Die Bereitschaft der Arbeitgeber, Menschen mit einer psychischen Behinderung anzustellen, steigt demnach mit der Anzahl an psychisch Behinderten, die den Arbeitgebern persönlich bekannt sind.

Abbildung 3: Psychische Probleme im persönlichen Umfeld und Anstellungsbereitschaft

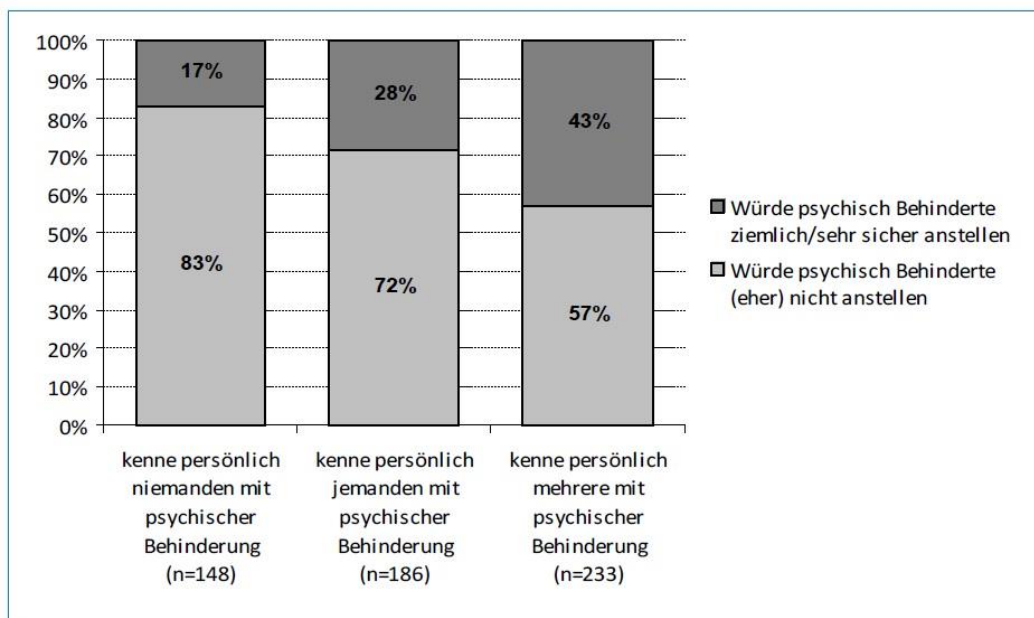


Abb. 5: Psychische Probleme im persönlichen Umfeld und Anstellungsbereitschaft

Quelle: Baer 2010: 23

Auch der Hamburger Verein „Irre menschlich Hamburg“ baut mit seiner „Antistigmaarbeit“ darauf, dass persönliche Begegnungen von Menschen zu einem sensibleren und toleranteren Umgang führen und Vorurteile abgebaut werden können. Dieser gemeinnützige Verein besteht aus Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörigen und Fachleuten aus dem psychosozialen Bereich und führt unter anderem Projekte an Schulen, bei denen Psychiatrieerfahrene, inklusive Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“, über Ihre Geschichte referieren und mit den Jugendlichen in Austausch kommen, um so das Thema „seelische Gesundheit“ in den Schulalltag zu holen. Gleichzeitig machen Psychiatrieerfahrene so die Erfahrung, selbstwirksam zu sein und begeben sich aus der Opferrolle heraus – Betroffene „empowern“ sich (vgl. Sielaff: 28).

Empowerment, das übersetzt Ermächtigung oder Befähigung bedeutet, wird als Gegenpol zur im Kapitel 4.3 angesprochenen Selbststigmatisierung gesehen (vgl. Rüsç/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 5) und kann als essentieller Bestandteil des aus den USA kommenden Peer Counselings verstanden werden (vgl. Hermes: 74-80). Peer bedeutet übersetzt Gleichgestellter oder Ebenbürtiger. Counseling bezeichnet jegliche Art von Beratung. Peer Counseling lässt sich demnach auch übersetzen mit „Beratung von Betroffenen für Betroffene“. Diese Beratungsmethode fand zum ersten Mal im Jahr 1939 mit der Etablierung der Anonymen Alkoholiker Beachtung und kommt somit aus der Selbsthilfe. Sie wurde Anfang der 1960er Jahre von der Independent-Living-Bewegung in den USA aufgegriffen und als Methode für das Empowerment von Behinderung betroffener Menschen genutzt. Zentren für selbstbestimmtes Leben arbeiten mit dem Peer Counseling auch in Deutschland. Im Gegensatz zur defizitorientierten medizinischen Sichtweise wird beim Peer Counseling der Fokus auf die Fähigkeiten und Ressourcen von Menschen gelegt. Es findet Beratung auf Augenhöhe statt. Behinderte Ratsuchende werden durch behinderte Berater unterstützt, eigene Lösungen für ihre Probleme zu entwickeln, was sie auf ihrem Weg zu mehr Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und Selbstvertretung stärkt (vgl. Hermes: 74-80).

Somit kann auch Peer Counseling als ein Mittel gegen selbststigmatisierende Mechanismen und für Empowerment gesehen werden.

6. Fazit

Bei schizophrenen Erkrankungen treten unterschiedliche psychische Funktionsstörungen, die individuell sind und je nach Krankheitsphase stark variieren können, auf. Erklärt wird das Auftreten dieser Störungen mit einem Ungleichgewicht an Botenstoffen im Gehirn und dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell (siehe Kapitel 2).

Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ müssen nicht nur lernen, mit der Erkrankung allein umzugehen, sondern auch mit der Stigmatisierung. Stigmatisierung ist ein Prozess, den man in fünf Schritten unterteilen kann: Wahrnehmung einer Normabweichung, Vergabe eines Labels, Feststellung eines Zusammenhangs mit negativen Stereotypen, Abgrenzung gegenüber dem Träger des Stigmas, soziale Distanz und Diskriminierung (siehe Kapitel 3).

Menschen können öffentlich oder strukturell stigmatisiert werden. Wenn Betroffene in der Öffentlichkeit existierende Vorurteile gegen sich selbst wenden, spricht man von Selbststigmatisierung. Somit können drei Arten von Stigmatisierung unterschieden werden (siehe Kapitel 4).

Es gibt Mittel und Wege der Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ entgegenzuwirken. Vereine wie „Irre menschlich Hamburg“ betreiben „Antistigmaarbeit“ und schaffen Begegnungsräume für Menschen mit und ohne Diagnose. Ein Mittel gegen Selbststigmatisierung kann Empowerment durch Peer Counseling sein (siehe Kapitel 5).

Das Problembewusstsein, Menschen nicht zu stigmatisieren, wenn ihre Herkunft, ihre Religion oder ihre sexuelle Orientierung von der Norm abweicht, ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Bezüglich psychischer Erkrankungen, eingeschlossen der Schizophrenie, ist dieses Problembewusstsein oftmals noch ungenügend vorhanden (vgl. Rüsç/Berger/Finzen/Angermeyer 2004: 4). Diese Arbeit sollte auf das Problem der Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ aufmerksam machen und mögliche Mittel und Wege aufzeigen, die der Stigmatisierung entgegenwirken.

Literaturverzeichnis

- Amering, M., Michaela, Schmolke, M. (2012): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit.
Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Baer, N. (2010): Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld. In: Kerbe, Heft 04/2010,
S. 21-25. Stuttgart: Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft.
- Finzen, A. (2010): Die Krankheit verstecken, Stigma und Stigmabewältigung bei
psychischen Störungen. In: Kerbe, Heft 04/2010, S. 8-11. Stuttgart: Verlag und
Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft.
- Gaebel, W., Wölwer, W. (2010): Schizophrenie, Gesundheitsberichterstattung des
Bundes Heft 50. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Goffman, Erving (1967): Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter
Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hermes, Gisela (2006): Peer Counseling – Beratung von Behinderten für Behinderte
als Empowerment-Instrument. In: Schnoor (Hrsg.) Psychosoziale Beratung in
der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, Angermeyer M. C., (2004): Das Stigma psychischer
Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen.
In: Berger (Hrsg.) Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie,
elektronisches Zusatzkapitel Stigma. 2. Aufl. München: Elsevier Urban &
Fischer.
- Sielaff, G. (2010): Durch Begegnung Vorurteile überwinden. „Irre menschlich
Hamburg – Gemeinsam für mehr Toleranz und Sensibilität. In: Kerbe, Heft
04/2010, S. 28-29. Stuttgart: Verlag und Buchhandlung der Evangelischen
Gesellschaft.
- Zäske, H., Cleveland H.-R., Gaebel, W. (2010): Die Semantik des Begriffs
„Schizophrenie“ und das damit verbundene Stigma. In: Kerbe, Heft 04/2010,
S. 26-28. Stuttgart: Verlag und Buchhandlung der Evangelischen
Gesellschaft.