

***AN DEN RÄNDERN DER GESELLSCHAFT WIRD DIE EXISTENZ BRÜCHIG.***

# Überlegungen zur Entstigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung

---

Die Rolle von Peers in der Förderung der Antistigma  
Kompetenz und des Stigma Managements  
in Psychiatrischen Kliniken

Ulrike Kaiser

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit  
DAS-Studiengang Experienced Involvement 2012/2014

Referent: Andreas Heuer, MNS

Oberdorf, Mai 2014

## **Inhalt**

<b>1 Zusammenfassung.....</b>	<b>- 2 -</b>
<b>2 Einleitung und Zielsetzung .....</b>	<b>- 3 -</b>
2.1 Darstellung des gewählten Themas.....	- 4 -
2.2 Begründung der beruflichen Relevanz des Themas.....	- 4 -
2.3 Ziele.....	- 5 -
<b>3 Fragestellung und Thesen .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>4 Methode.....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>5 Theoretische Grundlagen.....</b>	<b>- 8 -</b>
5.1 Begriffsklärung .....	- 9 -
5.2 Entstehungserklärungen und Funktion .....	- 10 -
5.3 Stigmatisierungsprozess .....	- 11 -
5.4 Auswirkungen von Stigmatisierung.....	- 13 -
5.5 Stigma Erfahrungen in Psychiatrischen Kliniken .....	- 16 -
<b>6 Ergebnisse .....</b>	<b>- 17 -</b>
6.1 Die Rolle von Peers bei der Förderung der Antistigma Kompetenz (Professionelle) ...	- 17 -
6.2 Die Rolle von Peers bei der Förderung des Stigma Managements (PatientInnen).....	- 21 -
<b>7 Diskussion .....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>8 Schlussfolgerung .....</b>	<b>- 25 -</b>
<b>9 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>- 27 -</b>
<b>10 Anhang .....</b>	<b>- 31 -</b>
10.1 Stigma anfällige Bereiche in Psychiatrischen Kliniken.....	- 31 -
10.2 Weiterbildungsprogramm (Pflegerachmittag) Luzerner Psychiatrie, Luzern.....	- 33 -
10.3 Kernbereiche für die Förderung der Antistigma Kompetenz (Professionelle) .....	- 34 -
10.4 Kernbereiche für die Förderung des Stigma Managements (PatientInnen) .....	- 35 -

## **1 Zusammenfassung**

Die Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hat ihren Ursprung in der Art und Weise, wie wir Menschen aufgrund auffällender Merkmale kategorisieren und etikettieren. Wir assoziieren die negativ auffallenden Merkmale oder Eigenschaften mit weiteren negativen Merkmalen und erschaffen damit ein generalisierendes Bild, ein stereotypes Bild des „psychisch Kranken“. Stigmatisierung verläuft in einem Prozess, der bei der Wahrnehmung eines von der Norm abweichenden Merkmals beginnt und schliesslich zur sozialen Diskriminierung führt. Menschen, die stigmatisiert werden, laufen Gefahr, die Stigmatisierung, die sie von aussen erleben, als gerechtfertigt zu interpretieren und ein Selbst Stigma zu entwickeln. Sie beginnen sich wegen ihrer Erkrankung selbst zu entwerten, was negative Auswirkungen auf ihren Gesundungsprozess hat. Auch Mitarbeitende in Psychiatrischen Kliniken sind nicht davor gefeit zu stigmatisieren, auch wenn sie dies nicht bewusst tun. Um der Stigmatisierung in Psychiatrischen Kliniken entgegenzuwirken, ist es unabdingbar, dass sich Mitarbeitende eine Antistigma Kompetenz erarbeiten. Aber auch für die PatientInnen ist es notwendig, dass sie lernen Stigmatisierung zu erkennen und Strategien (Stigma Management) zum Umgang mit ihr erarbeiten, mit denen sie sich selbst nicht schädigen und die sie befähigen, gegen Stigmatisierung in ihrem sozialen Umfeld anzugehen. Mitarbeitende und PatientInnen können in ihrem Bewusstwerdungs- und Lernprozess von Peers unterstützt werden, weil Peers aufgrund ihrer eigenen Krankheitserfahrung eine Sensibilisierung auf das Thema der Stigmatisierung erfahren haben, ihre diesbezüglichen Erfahrungen reflektiert haben und sich einen wertschätzenden Umgang mit sich und ihrer Geschichte erarbeitet haben.

## 2 Einleitung und Zielsetzung

Ich war damals in der 1. Klasse. Mario, ein bleicher, schwächlicher Junge mit roten Haaren und Sommersprossen am ganzen Körper war einer meiner Mitschüler. Im Turnunterricht trug er ein weisses Unterhemd und blaue, kurze Babyhosen, wie wir Kinder das damals nannten. Seine Kleidung wirkte ärmlich, er wirkte ärmlich, auch in seinem Verhalten. Ich und meine „Sanli“ lachten Mario deswegen aus. Wir fanden ihn absolut „uncool“, wie Kinder das heute wohl ausdrücken würden. Irgendwann erzählte ich meiner Mutter von Mario und seiner Turnkleidung. Meine Mutter setzte sich zu mir und machte das mit mir, was wir heute Perspektivenwechsel nennen. Sie versuchte mit mir zusammen herauszufinden, wie sich Mario wohl fühlt, wenn er von allen ausgelacht wird, und sie erklärte mir auch, dass seine ärmliche Bekleidung damit zusammenhing, dass seine Familie nur wenig Geld zur Verfügung hatte. Was sie mir damals auch sagte war, dass ich selber nachdenken und nicht einfach mit der Gruppe mitmachen solle. Nach diesem Gespräch begann ich Mario gegen die Angriffe meiner Kolleginnen und Kollegen zu verteidigen.

Danke, Mario!

Später erlebte ich Vorurteile und Ausgrenzung selbst, als Übergewichtige, als kinderlose Single-Frau, als psychisch Erkrankte. Und ich erlebte mich vor und während meiner psychischen Erkrankung selbst als ausgrenzend, als ablehnend allem mir Fremden gegenüber, als schwarz-weiss malend, als vorverurteilend und generalisierend.

Ich habe mich während vieler Jahre selbst verletzt, und so trage ich das Stigma im wörtlichen Sinn auf meinen Armen. Dass ich mir diese Male, die mich heute zeichnen und erkennbar machen, selbst zugefügt habe, verkompliziert die ganze Sache.

Wenn ich jetzt diese Arbeit zum Thema Antistigma Kompetenz schreibe, dann schreibe ich sie zum einen, weil das Thema für mich und meine Geschichte bedeutsam ist. Zum anderen schreibe ich sie, weil ich mich aufgrund meiner eigenen Erfahrung und als Peer-Mitarbeiterin in einer Psychiatrischen Klinik mitverantwortlich fühle, dass die Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erschütterung keine Chance mehr hat, schon gar nicht in Psychiatrischen Kliniken selbst.

Ich wurde in diesem ersten Arbeitsjahr als Peer bereits dreimal angefragt, ob ich ein Referat über Vorurteile und Stigmatisierung halte, bei den Auszubildenden und bei

internen Weiterbildungen für die Mitarbeitenden. Ich habe diese Referate gehalten, mit dem Schwerpunkt auf der eigenen Erfahrung. Daraus entstand für mich das Bedürfnis, mich auch theoretisch mit dem Thema der Stigmatisierung auseinanderzusetzen.

## **2.1 Darstellung des gewählten Themas**

Menschen mit einer psychischen Erschütterung werden stigmatisiert. Sie erfahren soziale Distanz oder Ausgrenzung, was auf intrapersonaler Ebene zu einer zerstörten Identität und Selbst Stigma führen kann. Dies kann sich negativ auf den Selbstwert und das Verhalten der Betroffenen auswirken und hat damit wiederum einen negativen Einfluss auf ihre soziale Teilhabe. Ein Teufelskreis entsteht.

Menschen mit einer psychischen Erschütterung können Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene, wie z.B. bei der Arbeit- und Wohnungssuche erfahren, aber auch in der Familie und im Freundeskreis und nicht zuletzt auch in der professionellen Behandlung (Gaebel, Möller, & Rössler, 2005, S. 4; Freimüller & Wölwer, 2012, S. VII; Schulze, 2007). Meines Erachtens nach geht die professionelle Behandlung noch allzu oft von der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen und von einer erzieherischen und invalidisierenden Haltung aus, und die Risikobereitschaft unkonventionelle Wege zu ermöglichen ist oft gering. Durch Stigma Erfahrungen und Selbst Stigma kann die Identität der Betroffenen Schaden nehmen und den Gesundungsprozess erheblich erschweren.

## **2.2 Begründung der beruflichen Relevanz des Themas**

Für Mitarbeitende in Psychiatrischen Kliniken, die mit Menschen arbeiten, die in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen stehen, und deren Entscheidungen weitreichende Konsequenzen haben können, ist es unumgänglich, sich mit Fragen der Diskriminierung und Stigmatisierung auseinanderzusetzen und eine Antistigma Kompetenz zu erlangen. Genauso wichtig aber ist es für die Betroffenen selbst, sich mit ihrem Selbst Stigma auseinanderzusetzen und ein funktionales Stigma Management zu erarbeiten. Durch die Sensibilisierung auf Stigmatisierung und Selbst Stigma und die Stärkung der Identität und des Selbstwertes können sie sich gegen ungerechte Behandlung zur Wehr setzen. Selbst Stigma steht in direktem Zusammenhang mit Stigma Erfahrungen. Nach Asmus Finzen (2013) ist Selbststigma als eine zweite Krankheit zu betrachten, die behandelt werden muss. Für die Gesundung ist es für die von Selbst Stigma

betroffenen PatientInnen deshalb entscheidend, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen.

### **2.3 Ziele**

Ziel dieser DAS-Arbeit ist es, einen theoretischen Überblick über Stigmatisierungsprozesse und ihre Folgen zu erarbeiten und Überlegungen anzustellen, welche Rolle Peers bei der Förderung eines funktionalen Stigma Managements bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung und bei der Förderung der Antistigma Kompetenz bei Fachleuten einnehmen können. Die Überlegungen beziehen sich auf die Arbeit in Psychiatrischen Kliniken.

Mit dieser DAS-Arbeit möchte ich Ideen bereitstellen, die als Grundlage für die Entwicklung wirkungsvoller Weiterbildungs- und (Be-) Handlungskonzepte bezüglich Entstigmatisierung in Psychiatrischen Kliniken dienen können.

### **3 Fragestellung und Thesen**

Was können Peers zur Förderung der Antistigma Kompetenz bei den Mitarbeitenden in Psychiatrischen Kliniken und zur Förderung des Stigma Managements bei den PatientInnen beitragen?

Ich gehe von folgenden Thesen aus:

- Stigma Erfahrungen und Selbst Stigma machen krank und hemmen den Gesundungsprozess.
- Stigmatisierung fördert Selbst Stigma.
- Stigmatisierung findet auch durch Angehörige der Berufsgruppen in Psychiatrischen Kliniken statt.
- Entstigmatisierung setzt Antistigma Kompetenz voraus, und diese kann mit geeigneten Mitteln erlernt werden.
- Peers können Stigmatisierung für Mitarbeitende in Psychiatrischen Kliniken sichtbar machen.
- Peers können mit ihren Erfahrungen einen Bewusstseinsprozess für Stigmatisierung bei den Fachleuten herbeiführen.
- Peers können mit ihren Erfahrungen ein funktionales Stigma Management bei den Betroffenen fördern.

## 4 Methode

Ausgehend von Asmus Finzens Buch „Stigma psychische Krankheit“ (Finzen, 2013) stiess ich auf die beiden Klassiker zum Thema: das umfangreiche Werk von G. W. Allport, das 1954 erschien und Vorurteile (ethnische) detailliert untersucht (Allport, 1971) und das Buch von E. Goffman von 1963, das Techniken im Umgang mit Stigmatisierung untersucht (Goffman, 1975).

Anhand des Bibliothekskatalogs IDS Luzern suchte ich dann zusätzlich neuere Literatur, mit deren Hilfe ich mir ein Grundlagenwissen zum Thema Stigmatisierung/Entstigmatisierung erarbeitete. Da das Literaturangebot zu diesem Thema riesig ist, habe ich mich einerseits auf Werke beschränkt, die in deutscher Sprache zur Verfügung stehen und andererseits auf Werke, die mir das notwendige Wissen im Überblick und aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Mein spezielles Interesse galt dabei der Suche nach Antworten zu den Fragen, welche Funktion Stigmatisierung hat, wie sie aus der menschlichen Natur her zu erklären ist, wie sie abläuft und was sie anrichtet. Eine hilfreiche Quelle zur gezielten Weitersuche waren die jeweiligen Literaturverzeichnisse in den Büchern. Zur Beantwortung der Frage nach der Rolle der Peers beziehe ich mich neben der Literatur, die ich während der Ex-In Ausbildung las, vor allem auch auf die Inhalte der Ausbildung selbst.

Neben dem erarbeiteten Fachwissen stütze ich mich auf mein eigenes Erfahrungswissen, die Erfahrungen, die ich als Patientin in Psychiatrischen Kliniken gemacht habe, die Erfahrungen mit Selbst Stigma und die Erfahrungen, die ich als Peer-Mitarbeiterin in der Luzerner Psychiatrie mache. Zur Beantwortung der Frage nach der Rolle von Peers bei der Förderung der Antistigma Kompetenz bei den Mitarbeitenden in Psychiatrischen Kliniken ziehe ich ein Praxisbeispiele bei: die interne Weiterbildung im November 2013 zum Thema „Stigmatisierung“ für Pflegefachleute in der Luzerner Psychiatrie, an der ich als Peer einen Beitrag geleistet habe. Um mich vertiefter mit dem Thema „Stigma Management bei PatientInnen auseinanderzusetzen, nahm ich im April 2014 am Programm „In Würde zu sich stehen“ teil, das vom Sanatorium Kilchberg angeboten wird. Als weitere Quelle meines Erfahrungswissens nütze ich meine inzwischen einjährige Praxiserfahrung als Peer-Mitarbeiterin in der Luzerner Psychiatrie, dies zur Beantwortung der Frage, wie Peers in der individuellen Begleitung von psychisch erkrankten Menschen und als Teammitglieder einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten können.



## 5 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werde ich nach einer Definition von Stigma und Stigmatisierung einen theoretischen Überblick über Entstehungserklärungen von Stigmatisierung, ihre gesellschaftliche Funktion, den Stigmatisierungsprozess und ihre Auswirkungen für die Stigmatisierten geben, im Bewusstsein, dass ich die ganze Komplexität des Themas im Rahmen dieser Arbeit auch nicht ansatzweise erfassen kann. In der Abbildung 1 habe ich versucht, diese Komplexität bildlich darzustellen. Ich habe Begriffe aufgelistet, die alle einen Bezug zum Thema haben. Die Darstellung als Netz soll zeigen, dass diese Begriffe alle in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinanderstehen. Wenn ich an einem Faden ziehe, einen Teilbereich betrachte, dann schwingen immer gleichzeitig auch alle anderen Fäden mit. Die Abbildung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.



Abbildung 1: sinnverwandte Begriffe zu Stigmatisierung und Abhängigkeitsbeziehungen (eigene Darstellung)

## 5.1 Begriffsklärung

Stereotype Bilder und Vorurteile sind Vorläufer von Stigmatisierung.

Der altgriechische Begriff „Stigma“ bedeutet im ursprünglichen Sinn „Zeichen“, „Brandmal“, „Stich“. Er verweist auf körperliche Zeichen, *„die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren“* (Goffman, 1975, S. 9). Die so Gezeichneten waren für die Öffentlichkeit erkenn- und damit vermeidbar.

Im übertragenen Sinn wird das Stigma heute als Merkmal verstanden, das Menschen von anderen unterscheidet. Die Merkmalstragenden, die in der Wahrnehmung der Gesellschaft zu einer sozialen Kategorie zusammengefasst (Gruppe) werden, werden aufgrund des einen Merkmals in ihrer Gesamtheit abgewertet, mit allen Konsequenzen, die sich daraus auf intra- und interpersonaler Ebene ergeben.

*Unter einem Stigma wird in der sozialpsychologischen Literatur ein negativ bewertetes Attribut verstanden, durch das der Träger von normativen Erwartungen abweicht und das ihn in den Augen anderer derartig diskreditiert, dass er seinen Anspruch auf gesellschaftliche Gleichberechtigung verliert* (Stürmer & Salewski, 2009, S. 267).

Anders ausgedrückt: Der Begriff „Stigma“ nimmt Bezug auf eine Eigenschaft, die zu tiefst diskreditierend ist (Goffman, 1975, S. 11).

Unter Stigmatisierung versteht man den Prozess, durch den eine Person, die ein solches negativ bewertetes Attribut trägt, von der Gesellschaft abgelehnt und gemieden wird (Gaebel, Möller, & Rössler, 2005, S. 1).

*„Diskriminierung wird als eine als illegitim wahrgenommene negative Behandlung von Mitgliedern einer Gruppe definiert, wobei diese negative Behandlung allein auf der Basis der Gruppenmitgliedschaft beruht“* (Beelmann & Jonas, Einleitung: Begriffe und Anwendungsperspektiven, 2009, S. 23).

Diskriminierung wird aus der Opferperspektive definiert. Täter haben häufig eine andere Perspektive und interpretieren ihr Verhalten als legitime unterschiedliche Behandlung (Hansen, 2009, S. 156).

Diese Aussage gilt auch, so meine ich, für die Stigmatisierung. Stigmatisierung muss aus der Opferperspektive formuliert werden. Das bedeutet, dass die Betroffenen befragt werden müssen, was sie als stigmatisierend erleben. Die Perspektivendivergenz muss möglicherweise immer wieder neu ausgehandelt werden. Eine unterschiedliche Behandlung bedeutet nicht notwendigerweise Diskriminierung. Diskriminierend und stigmatisierend kann auch eine Handlung sein, die alle gleich behandelt, unabhängig von individuellen Bedürfnissen und Kompetenzen.

## **5.2 Entstehungserklärungen und Funktion**

Es gibt zu den Entstehungsursachen von Stigmatisierung bis heute nur relativ vage Hypothesen. Stigmatisierung setzt Machtdifferenzen in der Gesellschaft voraus und gesellschaftlich organisierte Kontrollinstanzen. Stigmatisierung kann mit unserer Art der stereotypen Wahrnehmung und unserer Art des generalisierenden Denkens erklärt werden. Weiter kann man sie mit folgenden Bedürfnissen des Menschen in Zusammenhang bringen: Bedürfnis nach Unterscheidung, nach Triebentladung von Aggressionen und nach Entlastung durch Orientierung an übernommenen Vorurteilen (Grausgruber, 2005, S. 23ff).

Stigmatisierung findet man überall, wo Menschen zusammenleben, wodurch sich die Frage nach der sozialen Funktion der Stigmatisierung stellt. Eine wichtige Funktion scheint die der Entlastung und Orientierung zu sein. Aufgrund weniger Merkmale kann eine Vermutung über den Interaktionspartner bezogen werden. Eine Situation und die Einstellung darauf kann so im Voraus strukturiert werden. Das verringert Unsicherheit, gibt Entscheidungshilfen und entlastet damit. Stigmatisierung kann eine Strategie zur Identitätssicherung sein. Das bedrohlich Fremde kann die eigene Identität in Frage stellen. Durch Ausgrenzung und Herabsetzung des Bedrohlichen kann die eigene Identität wieder stabilisiert werden. Menschen, die von der Norm abweichen, können unser Vertrauen in eine gewünschte Übersichtlichkeit und Verstehbarkeit des Lebens erschüttern. Indem sie abgesondert werden, kann das Vertrauen in die Richtigkeit des eigenen Weltbildes wieder hergestellt werden. Weiter kann durch Stigmatisierung der eigene Selbstwert gesteigert werden. Der Vergleich mit schlechter Gestellten erhöht das Selbstwertgefühl. Und schliesslich kann auch der Wert der gesamten Eigengruppe durch Stigmatisierung erhöht werden (Grausgruber, 2005, S. 25f).

Auf gesellschaftlicher Ebene regeln Stigmata den Zugang zu knappen Gütern wie Status oder Berufsposition. Sie legitimieren Ungleichbehandlung und rechtfertigen Privile-

gien. Es geht um Machterhalt und den Erhalt wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Privilegien. Um die Machtverhältnisse zu erhalten werden institutionelle Kontrollinstanzen geschaffen. Insofern muss man sich auch die Frage stellen, ob und wie Psychiatrische Kliniken neben ihrem Hauptauftrag auch dem gesellschaftlichen Machterhalt dienen, vor allem auch deshalb, weil sie bei Zwangsmassnahmen auf die Kontroll- und Machtinstanz „Polizei“ zurückgreifen, in meinen Augen ein klarer Systemfehler, der der Stigmatisierung Vorschub leistet, weil sie damit die psychisch erkrankter Menschen in die Nähe der Kriminalität rückt. Diskriminierung und Stigmata rechtfertigen das System. Eine weitere Funktion ist die des Sündenbocks. Stigmatisierten kann man die Schuld für gesellschaftliche Probleme zuweisen (damit arbeiten z.B. viele der SVP-Initiativen in der Schweiz; pers. Anmerkung). Stigmata stärken die Normkonformität bei den Nicht-Stigmatisierten und stabilisieren damit das System (Grausgruber, 2005, S. 26).

### 5.3 Stigmatisierungsprozess

Gordon W. Allport (Allport, 1971, S. 28f) skizziert einen Eskalationsprozess, der bei der Verleumdung beginnt und über die Diskriminierung zur physischen Vernichtung führt. Diese letzte Eskalationsstufe, die Vernichtung, wie wir sie aus der Nazizeit kennen, steht bei uns heute nicht mehr zur Debatte. Den Begriff „Stigmatisierung“ finden wir bei Allport noch nicht. Verbreitung gefunden hat er in der sozialwissenschaftlichen Forschung erst durch E. Goffman (Grausgruber, 2005, S. 19).

Der Circulus Vitiosus des Stigmas (Abbildung 2) zeigt den zirkulären Prozess der Stigmatisierung auf. Er beginnt mit der Wahrnehmung eines sich von der Norm abweichenden Kennzeichens oder Merkmals und beschreibt dann als Folge von Stigma und Diskriminierung die intrapersonale Beeinträchtigung der Opfer. Diese Beeinträchtigungen erzeugen neue von der Gesellschaftsnorm abweichende Verhaltensformen, die wiederum als negative Kennzeichen wahrgenommen werden. Damit dreht der Teufelskreis.

Wo lässt sich der Teufelskreis unterbrechen, verlassen?

Bei den **stereotypen Bildern, Einstellungen, Merkmalen**: Einstellungen gelten als stabil (Stössel, 2009, S. 108) und änderungsresistent (Degner, Meiser, & Rothermund, 2009, S. 91). Sie können aber durch die Motivation jedes einzelnen verändert werden. *„Die internale Motivation ist über die bewusste Stereotypunterdrückung hinaus der wirksamste Weg zum vorurteilsfreien Verhalten“* (Sassenberg, 2009, S. 69). Wissens-

vermittlung ist in diesem Bereich hilfreich. Einen wichtigen Einfluss könnten auch die Medien haben (Pupato, 2005, S. 98). Kontaktmöglichkeiten mit Betroffenen und Projekte von Betroffenen und Nicht-Betroffenen (Intergruppenkontakte) mit einem gemeinsamen Ziel, das jede Gruppe für sich nicht erreichen würde, gelten als wirkungsvoll (Allport, 1971, S. 267ff; Beelmann, Heinemann, & Saur, 2009, S. 45f). Genannt werden zur Verringerung von negativen Einstellungen auch der positive Einfluss von kooperativem Lernen (Beelmann, Heinemann, & Saur, 2009, S. 442) und Übungen zur Perspektivenübernahme zur Erhöhung der Empathie Fähigkeit (Beelmann, Heinemann, & Saur, 2009, S. 437). Auch Statements oder gar das Outen von Prominenten ist aufgrund ihres Vorbildcharakters wirksam (Beelmann, Heinemann, & Saur, 2009, S. 439).

Durch die Förderung sozialer Kompetenzen bei den Betroffenen fallen sie gesellschaftlich weniger auf. Durch einen verantwortungsbewussten Umgang mit Psychopharmaka können krankheitsbedingte Auffälligkeiten minimiert werden, durch Überdosierungen aber auch verstärkt (Stumpfheit, Apathie, Konzentrationsschwäche). Durch Reduzierung der Merkmale wird der Labeling-Prozess erschwert, die stereotypen Bilder in Frage gestellt.

Beim **Stigma**: durch die Förderung der Antistigma Kompetenz im Umfeld der Betroffenen, aber auch in der Gesellschaft allgemein, wird Stigmatisierung erkannt und kann beeinflusst werden.

Bei der **Diskriminierung**: durch Gleichstellungsgesetze und deren Durchsetzung.

Beim **Selbstwertverlust**: durch die Stärkung der Betroffenen (Empowerment) und das Erlernen eines funktionalen, nicht-selbstschädigenden Stigma Managements.

In all diesen Bereichen kann man in Psychiatrischen Kliniken aktiv werden, durch den Erwerb von Antistigma Kompetenz, durch einen verantwortungsbewussten Umgang mit Psychopharmaka, durch gemeinsames Lernen von Betroffenen und Fachleuten, durch gemeinsame Projekte (Verringerung der sozialen Distanz), durch Interventionen beim Selbst Stigma und vieles mehr.



Abbildung 2: Sartorius & Schulze 2005, übernommen aus PowerPoint Präsentation „Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Wölwer & Zäske, 2014)

## 5.4 Auswirkungen von Stigmatisierung

Die Auswirkungen von Stigmatisierung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind vielfältig und können hier nur im Überblick beschrieben werden. Wichtig ist, wie ich bereits in Kapitel 2.1 erwähnt habe, dass sie von der Betroffenenperspektive her definiert werden. Sie sind es, die entscheiden, was sie als stigmatisierend erleben.

Die ersten Auswirkungen von Stigmatisierung erleben Betroffene in ihrem sozialen Umfeld. Die soziale Anerkennung bleibt aus. Freunde, Familienmitglieder, ArbeitskollegInnen ziehen sich zurück. Die Kontaktmöglichkeiten sind reduziert. Die soziale Distanz wird schmerzhaft. Es wird hinter vorgehaltener Hand getuschelt. Medienberichte zeichnen ein verzerrtes und sensationsgeiles Bild von psychisch Kranken und gefährlichen Tätern. Kompetenzen der Betroffenen werden in Frage gestellt. Somatische Erkrankungen werden nicht oder unzureichend behandelt, weil sie erst einmal als psychisches Problem interpretiert werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen hören Schuldzuweisungen und bekommen Gesundheitsratschläge, die eher Schläge als Rat sind. In der Psychiatrischen Klinik fühlen sich PatientInnen von den Angestell-

ten nicht ernst genommen. Eine Aussage, der ich in meinen Peer-Gesprächen immer wieder begegne. Die Details hinter dieser Aussage sind vielfältig. Sie reichen von starren Strukturen, fehlender Information über abwertende Kommunikationsformen bis zum Missachten von Bedürfnissen und Nicht-Einbezug bei Entscheidungen.

Mögliche Folgen der Diskriminierung und Stigmatisierung können Chancenungleichheit in der Bildung, im Berufs- und Wohnungsbereich sein. Dazu kommt die Begrenzung der gesellschaftlichen Teilhabe. Was im Speziellen bei der Stigmatisierung noch dazu kommt, ist die tiefe Erschütterung der eigenen Identität und die Verringerung des Selbstwerts. Die Betroffenen ziehen sich zurück, isolieren sich, schützen sich, ihr Verhalten verändert sich, die Symptomatik der Erkrankung kann sich verstärken, was alles wiederum einen negativen Einfluss auf Bildung, Beruf, Wohnen, soziale Teilhabe und Selbstwert hat (Finzen, 2013; Gaebel, Möller, & Rössler, 2005; Goffman, 1975).

Stigmatisierung und Diskriminierung setzen voraus, dass sich die Mitglieder der stigmatisierten Gruppe als sozial diskriminiert wahrnehmen. In der Sozialpsychologie spricht man von sozialer Diskriminierung, wenn zwei Kriterien erfüllt sind: „Zum einen muss die Behandlung von der betroffenen Person als illegitim wahrgenommen werden und zum andern aufgrund der Gruppenzugehörigkeit dieser Person geschehen“ (Hansen, 2009, S. 158).

Mitglieder stigmatisierter Gruppen werden heute eher subtil diskriminiert. Offensichtliche Diskriminierung ist vom Gesetz her verboten. Die subtile Benachteiligung ist für die Betroffenen oft nur schwer als solche zu erkennen, die Situation ist meist nicht eindeutig, was den Widerstand und Kampf dagegen erschwert.

*„Mitglieder stigmatisierter Gruppen entwickeln zum Teil die Erwartung, in bestimmten Situationen diskriminiert zu werden. Damit verbunden ist die Angst, aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit zurückgewiesen zu werden. Diese Angst wiederum beeinflusst, wie sich Individuen in zukünftigen Situationen verhalten“* (Hansen, 2009, S. 163).

Diese Angst erhöht einerseits die Aufmerksamkeit (und ev. Überbewertung) der Situation. Sie wirkt sich andererseits auf den Umgang mit Interaktionspartnern aus und auch auf die Leistung (Hansen, 2009, S. 164).

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind diskreditierbar, wie Goffman sagt. Ihre Behinderung ist nicht unbedingt sichtbar und war auch nicht von Geburt an da.

(Goffman, 1975). Damit müssen sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung nach Ausbruch der Erkrankung neu definieren. Dazu kommt, dass sie mit den stereotypen Bildern bezüglich psychischer Erkrankung aufgewachsen sind und diese geteilt haben. Nach Ausbruch der Erkrankung richten sie diese negativen Beurteilungen gegen sich selbst und damit richtet sich auch die negative Wirkung gegen sie selbst (Knuf, 2014).

Goffman beschreibt in seinem Buch über Stigma sehr detailliert, welche Techniken Menschen mit einer psychischen Erkrankung anwenden um mit ihrer Diskreditierbarkeit und „beschädigten Identität“ umzugehen (Goffman, 1975). Bekannte Coping-Strategien sind Verbergen, Verleugnen und sozialer Rückzug. Heute reagieren immer mehr Betroffene auf ihre Diskreditierbarkeit, indem sie ihre Krankheitserfahrungen und Gesundungsgeschichten öffentlich machen, sich in der Selbsthilfebewegung und in dialogischen Seminaren engagieren oder sich zu Peers ausbilden lassen um gemeinsam und solidarisch gegen die Stigmatisierung anzutreten. Das lässt hoffen.

Ein Selbst-Stigma ist nach Finzen, gestützt auf die Analyse von Knuf (Knuf, 2014), ein Gegen-sich-selbst-Kehren eines Wertesystems aus gesunden Tagen (Finzen, 2013, S. 65).

*„Die Internalisierung von stigmatisierenden Ideen („Selbststigmatisierung“) führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug und behindert somit beträchtlich den Genesungsprozess“ (Amering & Schmolke, 2012, S. 237).*

Eigene negative Einstellungen und Stigma Erfahrungen führen bei den Betroffenen zu Scham, Schuldgefühlen, Selbstabwertung (Selbst Stigma), und im schlimmsten Fall zur Selbstaufgabe und zur Selbstvernichtung. Der Gesundungsprozess wird erheblich erschwert oder gar verunmöglicht. Die Hoffnung, der Mut und oft auch die Kraft zur Gesundung gehen verloren. Das Selbst Stigma bindet viel Energie, die dann für den Gesundungsprozess fehlt.

So ist es für die Betroffenen von grosser Notwendigkeit, Stigmatisierung und Selbst Stigma zum Thema zu machen. Um dagegen angehen zu können, braucht es Kompetenzen, und dies sowohl bei den Mitarbeitenden in Psychiatrischen Kliniken, wie auch bei den Betroffenen selbst.



## **5.5 Stigma Erfahrungen in Psychiatrischen Kliniken**

Kein Mensch, der in einer Psychiatrischen Klinik arbeiten möchte, und davon bin ich überzeugt, bewusst stigmatisieren. Er möchte helfen und unterstützen. Trotzdem kann auch in den Kliniken selbst Stigmatisierung erlebt werden, durch die Haltung von Fachpersonen gegenüber den PatientInnen, durch ihr Krankheitsverständnis, das nicht dem eigenen entspricht, durch ihr Verhalten, durch Abläufe im psychiatrischen Alltag. Damit gegen Stigmatisierung in Psychiatrischen Kliniken vorgegangen werden kann, müssen deshalb Strukturen und Verhaltensweisen von Fachpersonen identifiziert werden, die von PatientInnen als stigmatisierend erlebt werden. Jede Klinik hat ihre eigene Kultur, so dass diese Identifizierung vor Ort gemacht werden muss, mit Hilfe von Fokusgruppengespräche und/oder Fragebogen. Trotzdem gibt es vermutlich stigmatisierungsanfällige Bereiche, die für viele Kliniken zutreffen: Soziale Distanz und Unberührbarkeit der Fachleute (v.a. PsychiaterInnen), Medikamente und Nebenwirkungen, Diagnosen, Mitsprache und Mitentscheidungsrecht, Zeitmangel. Eine detailliertere Aufzählung befindet sich im Anhang.

Bevor Fachleute an ihrer Antistigma Kompetenz arbeiten, sollten sie erfahren dürfen, was von PatientInnen als stigmatisierend erlebt wird und, dass Stigmatisierung auch passieren kann, wenn sie nicht bewusst gewollt ist. Stigmatisierung hat eine Funktion und eine lange Tradition. Wir sind alle Kinder unserer Geschichte und Kultur, und das Wissen, dass Stigmatisierung auf Einstellungen aufgrund früher Lernerfahrungen zurückgeht, kann das Thema entlasten. Antistigma Arbeit sollte, so denke ich, von Schuldfragen befreit werden, da Schuldzuweisungen zu inneren Widerständen führen. Antistigma Arbeit sollte ermutigen, sollte Lust darauf machen, sich mit den eigenen Einstellungen, mit der eigenen Haltung und dem eigenen Verhalten auseinanderzusetzen, und sie sollte das Bedürfnis wecken, sich für Barrierefreiheit – auch in unseren Köpfen – zu engagieren. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Stigmatisierungstendenzen (sich selbst oder anderen gegenüber) kann – befreit von Schuldgefühlen, Schuldzuweisungen und erhobenem Zeigefinger – eine spannende Reise zu übernommenen Einstellungen und Glaubenssätzen werden und zu neuer Freiheit führen. Das ist der persönliche Gewinn, wenn wir bereit sind, uns mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

## 6 Ergebnisse

Negative Einstellungen, die die Grundlage von Diskriminierung und Stigmatisierung bilden, gelten, wie gesagt, als über die Zeit sehr stabil (Stössel, 2009, S. 108) und hochgradig änderungsresistent (Degner, Meiser, & Rothermund, 2009, S. 91). Antistigma Kampagnen und -Projekte haben es somit schwer, und wenn sie nicht sehr gut durchdacht sind, können sie das Gegenteil von dem bewirken, was sie eigentlich wollten (Finzen, 2014).

*„Antistigma-Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, sich wirksam gegen Stigma und Diskriminierung zu richten. Sie drückt sich in Wissen, Haltungen und Verhalten aus und bedeutet einen aktiven Beitrag zu einem respektvollen und gleichberechtigten Miteinander“ (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 7).*

Das bedeutet, dass bei der Förderung der Antistigma Kompetenz auf drei Ebenen angesetzt werden muss, auf der Wissens-, auf der Werte- und auf der Verhaltens-ebene, worauf ich im nächsten Kapitel ausführlicher zu sprechen komme.

### 6.1 Die Rolle von Peers bei der Förderung der Antistigma Kompetenz (Professionelle)

Einleitend möchte ich einen Weiterbildungsnachmittag für Pflegefachleute in der Luzerner Psychiatrie zum Thema „Stigmatisierung“ auswerten, wo ich einen Vortrag zu eigenen Stigma Erfahrungen hielt, dies, um an diesem Beispiel die Rolle von Peers sichtbar zu machen und auf wichtige Elemente zur Förderung von Antistigma Kompetenz bei Mitarbeitenden in Psychiatrischen Kliniken aufmerksam zu machen. Das genaue Programm der Weiterbildung findet sich im Anhang.

Es sei immer wieder auffallend, wie die Aufmerksamkeit, die Konzentration und die Stille im Raum steigen würden, wenn Peers über ihre eigenen Erfahrungen sprechen würden, meldete mir der Leiter der Weiterbildung am Ende des Nachmittags zurück. Auch ich nehme dies immer wieder wahr. Erfahrungsberichte aus erster Hand werden geschätzt und gehört. Die Rückmeldungen von den ZuhörerInnen fallen grösstenteils wertschätzend, respektvoll und differenziert aus. Sie sind dankbar für die Authentizität, Offenheit, Ehrlichkeit und auch den Mut.

Durch persönliche Erfahrungsberichte von Peers wird theoretisches Wissen mit Emotionen und Kontext angereichert und damit für das Gegenüber verstehbar, was den Perspektivenwechsel ermöglicht.

Damit dies gelingen kann, tragen die Peers eine Verantwortung. Diese liegt meiner Meinung nach darin, dass sie ihre Erfahrung reflektiert weiter geben, nicht anklagend, nicht pauschalisierend, ohne Schuldzuweisungen und wenn möglich mit einer gewissen Prise Selbstironie und Humor. Reden aus einer inneren Stärke heraus, sich selbst und den ZuhörerInnen wertschätzend begehend. Ausgebildete Peers haben gelernt, ihre Erfahrungen zu reflektieren und zumindest teilweise auf eine Metaebene zu heben. Im besten Fall haben sie gelernt, einen Schritt von der eigenen Erfahrung zurückzutreten und sie von aussen zu betrachten. Darin sehe ich grosse Vorteile für die Übermittlung von Erfahrungswissen. Es erspart Peinlichkeiten und eine lähmende Schwere und ermöglicht über gewisse Situationskomik zu lachen.

*„Ich denke, dass Humor Vorurteile reduziert. (...) Die Intoleranz lächerlich zu machen, zu karikieren, blosszustellen (...) das alles sind Methoden, von denen die oft bierernst angelegten Toleranztrainings und Podiumsdiskussionen zum Thema Diskriminierung profitieren könnten“ (Förster, 2007, S. 264).*

Peers müssen sich aber immer wieder die Frage stellen, wie viel, wem und wie sie von sich erzählen, um eine gute Balance zwischen Offenheit und Selbstschutz zu erreichen. Diese Balance muss immer wieder neu ausgehandelt werden, in Abhängigkeit des eigenen Befindens. Die Verantwortung dafür liegt bei den Peers.

Damit ein Perspektivenwechsel gelingt, braucht es mehr als das Referat eines/einer Peer. Das hat mir das auf meinen Beitrag folgende Rollenspiel gezeigt. Mitarbeitende in der Rolle von PatientInnen sollten ein gespieltes Stationszimmergespräch über einen schwierigen Patienten „zufällig“ mithören und anschliessend kommentieren. Das Gespräch im „Stationszimmer“ war sehr laut und sehr abwertend. Die Spielenden kosteten die Szene aus. Sie wussten nicht, dass sie „ZuhörerInnen“ hatten. In der Nachbesprechung zeigte sich, dass die „PatientInnen“ sich in erster Linie mit dem „Stationszimmer“ identifizierten, und das Gehörte überhaupt nicht schlimm fanden. Sie interpretierten es als notwendige Psychohygiene. Der Perspektivenwechsel gelang nicht. Bei mir als tatsächlich psychiatrieerfahrener Zuschauerin der Szene wurden viele negative Emotionen provoziert: Wut, Enttäuschung, Scham, Hoffnungslosigkeit, dass

sich je etwas ändern kann im Psychiatrischen Versorgungssystem. Es gab Aussagen, die mich zutiefst erschütterten.

Perspektivenwechsel gilt als wirksame Methode Verständnis zu entwickeln. Warum hatte es hier nicht so funktioniert? Ich kann nur spekulieren. Vielleicht ist die Vorstellung, selbst einmal von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein zu bedrohlich. Vielleicht ist für die Mitarbeitenden die Angst zu gross, die sogenannte professionelle Distanz zu verlassen. Vielleicht würden sie plötzlich erkennen, dass auch sie berührbar sind, vielleicht sogar durch ihre eigenen Geschichten, denen sie in ihrer Professionalität keinen Raum geben. Vielleicht schützen sie sich vor der Identifikation um ihr eigenes Sicherheitssystem stabil zu erhalten. Antworten darauf müssen die Fachleute aus ihrer Perspektive für sich finden.

Vielleicht braucht es erst einmal die Bewusstwerdung und Reflexion eigener Stigma Erfahrungen um den Transfer zu schaffen. Da auch Mitarbeitende in Psychiatrischen Kliniken aufgrund ihrer Tätigkeit Stigmatisierung erleben [„Courtesy Stigma“ (Schulze, 2005, S. 122)], kann diese Erfahrung als Ausgangspunkt gewählt werden. Und vermutlich braucht es eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen Psychisch Erkrankter gegenüber, mit den eigenen Ängsten bezüglich psychischer Erkrankung, mit den eigenen Wertvorstellungen, mit der eigenen Rolle.

Ich denke, dass das Thema „Stigmatisierung“ nach diesem Nachmittag bei den Teilnehmenden wieder präsent war. Das Thema interessierte und engagierte. Wie nachhaltig solche Weiterbildungen sind, müsste untersucht werden. Was an diesem Nachmittag nicht stattfand, war eine fundierte Wissensvermittlung über Stigmatisierung/Selbst Stigma und eine Diskussion über Werte und Haltungen. Was ebenfalls fehlte war eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, was von PatientInnen in der Klinik als stigmatisierend erlebt wird und wie darauf reagiert werden kann. Die Lösungsvorschläge am Ende der Weiterbildung blieben sehr im Allgemeinen.

Antistigma Kompetenz kann nicht in drei Stunden erlernt werden. Stigmatisierung muss als Thema ständig präsent bleiben, nach dem Motto: Steter Tropfen höhlt den Stein.

Die wichtigste und entscheidende Voraussetzung, dass sich Menschen ändern, ist die eigene Motivation, sich ändern zu wollen. Das gilt für PatientInnen genauso wie für Professionelle.

Die Förderung von Antistigma Kompetenzen bei den Professionellen muss auf folgenden drei Ebenen einsetzen: bei der Wissensvermittlung, bei der eigenen Haltung (Wertediskussion) und beim Verhalten (s. Abbildung 3).

Um in Psychiatrischen Kliniken gegen Stigmatisierung vorzugehen, sollten folgende Voraussetzungen da sein oder geschaffen werden:

- Bedürfnis, Entstigmatisierung zum Thema zu machen und sich aktiv dafür einzusetzen
- Vertrauensvolle Teamkultur, Bereitschaft im Team stigmatisierendes Verhalten anzusprechen
- partnerschaftliche, gleichberechtigte Zusammenarbeit (im Team und zwischen Fachleuten und PatientInnen)
- Möglichkeiten für PatientInnen, stigmatisierende Erfahrungen in der Klinik angstfrei zu melden (im Sinne eines Lernpools für Fachleute)
- Einbezug von Peers in Ausbildung, Weiterbildung und Sitzungen, um Begegnung und Austausch zu ermöglichen, und um aus Betroffenen-sicht stigmatisierende Denk- und Kommunikationsformen zu identifizieren und anzusprechen. Der direkte Kontakt mit Stigmatisierten gilt als wirkungsvollste Methode gegen Stigmatisierung (Rüesch, 2005, S. 205f).

Der Versuch einer tabellarischen Zusammenstellung der wichtigsten Elemente zur Förderung der Antistigma Kompetenz bei den professionell Tätigen (inklusive Peers) findet sich im Anhang.

Eine Lanze brechen möchte ich für das kooperative Lernen und die Durchführung gemeinsamer Projekte. Weiterbildungen könnten für Betroffene und Fachleute gemeinsam durchgeführt werden. Projekte, v.a. auch künstlerische Projekte, können Fachleute und Betroffene beim gemeinsamen Arbeiten auf ein gemeinsames Ziel hin auf gleicher Augenhöhe zusammenbringen und die soziale Distanz verringern. Ich habe als Patientin an solchen Projekten in der Psychiatrischen Klinik in Sarnen teilgenommen. Die Kunstprojekte gehören zu meinen wohlthuendsten Erinnerungen.

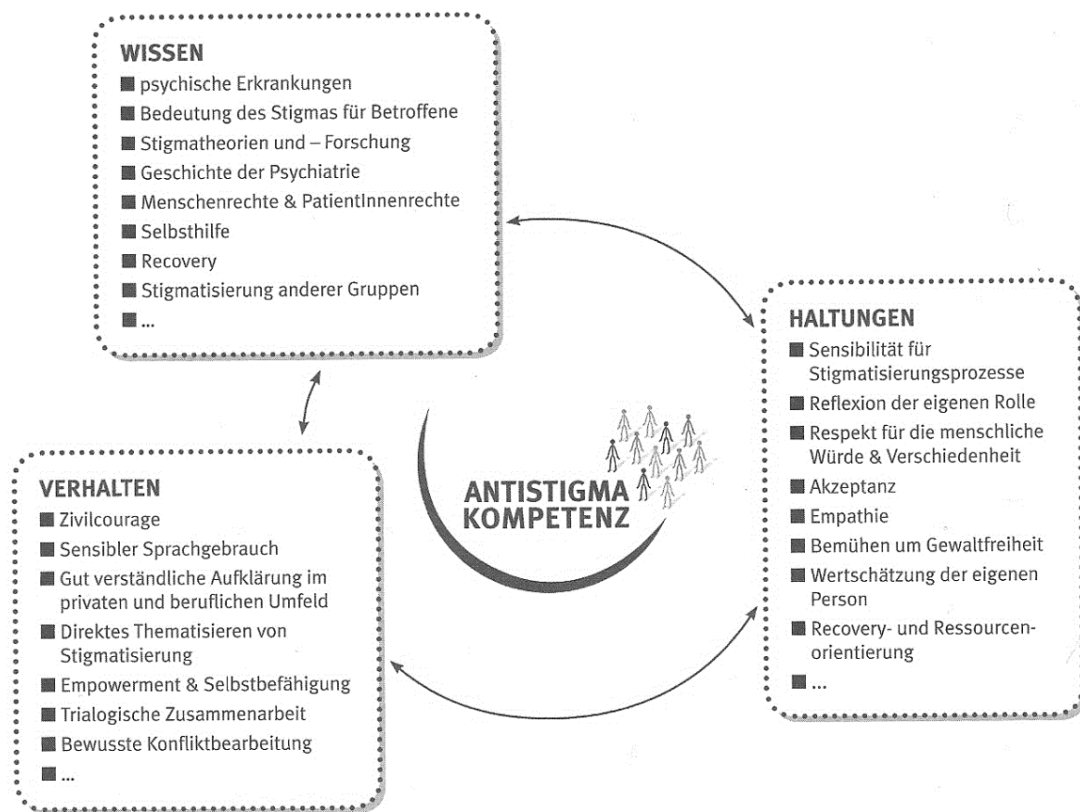


Abbildung 3: Kompetenz-Bildungs-Modell (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 8)

Zusammenfassend für die Peer-Beteiligung bei der Antistigma-Förderung kann man sagen, dass Peers überall dort dabei sein sollten, wo Entscheidungen über das PatientInnen Dasein fallen um die Betroffenenensicht zu vertreten, überall dort, wo die PatientInnen selbst nicht anwesend sein dürfen/können und wo PatientInnen noch nicht befähigt sind, selbst für sich einzustehen und gegen Stigmatisierung anzutreten. Was Peers dazu beitragen können diese Befähigung bei den PatientInnen zu stärken, davon handelt das nächste Kapitel.

## 6.2 Die Rolle von Peers bei der Förderung des Stigma Managements (PatientInnen)

Wenn Menschen nicht stigmatisiert würden, müssten sie sich kein Stigma Management erarbeiten. Die Realität aber sieht anders aus. PatientInnen in Psychiatrischen Kliniken haben oft schon vor ihrer ersten Hospitalisierung Stigma Erfahrungen gemacht, oft solche, die sie daran hinderten, rechtzeitig Hilfe zu suchen. Sie kennen die stigmatisierende gesellschaftliche Einstellung gegenüber Psychiatrischen Kliniken und derer, die dort hin gehen. Und sie kommen mit Einstellungen und Vorurteilen gegenüber psychi-

scher Erkrankung und psychisch Kranken in die Klinik, die sie vor ihrer eigenen Erkrankung mit ihrem Umfeld geteilt haben, und das sie nun gegen sich selbst richten.

Menschen mit Stigma Erfahrung (Fremd- und Selbst Stigma) müssen auf drei Ebenen Stigma Kompetenzen erarbeiten. Sie müssen lernen, stigmatisierende Erfahrungen als solche zu identifizieren, was, wie bereits gesagt, nicht immer einfach ist. Sie müssen lernen, einen funktionalen Umgang mit Stigmatisierung finden, das heisst, einen Umgang, der sie nicht schädigt, und schliesslich müssen sie lernen, das Selbst Stigma zu überwinden, was bedeutet, dass sie wieder einen gesunden Selbstwert entwickeln und würdevoll zu sich, ihrer Geschichte und ihrer Identität stehen. Das ist ein hoher Anspruch.

Peers können aufgrund ihrer eigenen Stigma Erfahrungen auf allen drei Ebenen Unterstützung anbieten. Gegenüber anderen professionell Tätigen haben Peers den Vorteil, dass sie sehr genau wissen, wie sich Stigma anfühlt und welche schädigende Wirkung es entfalten kann. Peers haben (im besten Fall) gelernt, zu ihrer Geschichte zu stehen und offen und selbstverantwortlich darüber zu reden. Das kann Vorbildcharakter haben. Dazu kommt, dass Peers oft grosses Vertrauen von den PatientInnen bekommen, aufgrund der Tatsache, dass sie selbst den Weg durch die psychische Erkrankung gegangen sind. Dieses Vertrauen ermöglicht es den PatientInnen, über Stigma Erfahrungen auf den Abteilungen offen zu reden, ohne Konsequenzen für die Behandlung zu befürchten - eine sehr reale Angst, die viele PatientInnen daran hindert, Kritik zu üben. Peers haben die Möglichkeit, Stigma Erfahrungen der PatientInnen im Stationszimmer zu thematisieren und falls nötig zu „übersetzen“.

Peers mussten im Verlauf ihrer persönlichen Recovery lernen, Stigmatisierung zu begegnen. Viele mussten lernen, selbststigmatisierende Einstellungen und Überzeugungen bei sich zu erkennen und zu bearbeiten. Damit sind sie sensibilisiert, selbststigmatisierende Aussagen bei den PatientInnen zu „hören“ und sie im Gespräch zu thematisieren. Dies kann im Einzelgespräch stattfinden, aber wirkungsvoller noch in den Recovery-Gruppen, weil sich die PatientInnen dort gegenseitig unterstützten und stärken können. Es geht darum, einen würdevollen und selbstbewussten Umgang mit der eigenen Geschichte zu finden. Das von Buchholz und Corrigan (Buchholz & Corrigan, 2012) entwickelte Programm „In Würde zu sich stehen“ bietet eine wertvolle Grundlage für die Auseinandersetzung mit dem Stigma im Gruppenprozess.

Was hilft auch noch? Ich denke, es sind ähnliche Elemente, die auch den Fachleuten beim Erlangen ihrer Antistigma Kompetenz helfen: Wissen über Stigma Prozesse, Wissen über Menschen- und Patientinnen Rechte (z.B. Psychiatrische Patientenverfügung), Wissen um Selbsthilfegruppen und unterstützende Netzwerke (Sozialpsychiatrie), Reflektieren und Verändern eigener Einstellungen und Überzeugungen und das Identifizieren eigener (Selbst-) Stigma Erfahrungen. Entscheidend sind eine Recovery orientierte Haltung der Fachleute, die den PatientInnen ermöglicht, immer wieder ihre Selbstwirksamkeit zu erfahren, Selbstbefähigung zu erlangen und ihre ganz persönlichen und selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Selbstbefähigung zu erlangen beginnt oft im ganz Kleinen, bei der Unterstützung und Begleitung bei der Bewältigung ganz alltäglicher Herausforderungen, und sie beinhaltet auch die Förderung von verloren gegangener oder nie erlernter Sozialkompetenzen (Rüesch, 2005, S. 209). Die Erfahrung, dass ich selbst etwas bewirken kann, die Fähigkeit, meine alltäglichen Aufgaben selbst oder mit der geeigneten Unterstützung meistern zu können, die Sicherheit im Umgang mit meiner Bezugsgruppe und die Vernetzung mit Gleichgesinnten stärken meinen Selbstwert und damit die Fähigkeit, gegen Stigmatisierung anzutreten, in der Selbsthilfebewegung, in der Peer-Arbeit, in der Öffentlichkeit oder auch einfach im eigenen Umfeld.

Eine tabellarische Zusammenstellung von Interventionsmöglichkeiten ist im Anhang zu finden.

Gegen Stigmatisierung anzutreten ist nicht allein Sache der Betroffenen (oder Peers). Es ist eine Aufgabe aller Beteiligten am Gesundungsprozess von psychisch kranken Menschen und letztlich der ganzen Gesellschaft, hier Aufmerksamkeit und Unterstützung zu bieten und Veränderungen zu bewirken. Das Positionspapier von Public Health Schweiz beschreibt die Grundlagen für eine nationale Kampagne zur „Entstigmatisierung von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit“ (Martino & Rabenschlag, 2014).



## 7 Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt einen Überblick über Erklärungsmodelle von Stigmatisierung und Möglichkeiten der Entstigmatisierung in Psychiatrischen Kliniken, und damit werden auch bereits die Grenzen dieser Arbeit klar. Ein Überblick klammert notgedrungen viele Aspekte aus und neigt deshalb zu generalisierenden Aussagen, die die Wirklichkeit, wenn es eine solche denn überhaupt gibt, nur annähernd beschreiben können.

In dieser Arbeit habe ich die Differenzierung bezüglich der Diagnose abhängigen Schwere der Stigmatisierung nicht berücksichtigt, weil sie für einen Überblick über das Thema nicht relevant ist. Dies wird sie dann, wenn man konkrete Entstigmatisierungsmassnahmen plant. Was ich in dieser Arbeit ebenfalls ausgeklammert habe ist die Problematik der Stigmatisierung von Mitarbeitenden in Psychiatrischen Kliniken, die sie aufgrund ihrer Tätigkeit erfahren können, ein wichtiges Thema, da es möglicherweise Erklärungen dazu liefern könnte, warum Fachleute stigmatisieren.

Viele Fragen bleiben unbeantwortet: Welchen Einfluss haben Peers in Psychiatrischen Kliniken tatsächlich? Wo laufen Peers Gefahr zu stigmatisieren (bei den Fachleuten und PatientInnen)? Wie und wo zeigt sich Stigmatisierung in den Kliniken? Warum stigmatisieren Fachpersonen in Psychiatrischen Kliniken (unbewusst)? Kann der Recovery-Ansatz selbst Gefahr laufen zu stigmatisieren?

Diskriminierung und Stigmatisierung sind Themen, denen gegenüber ich eine klare Haltung habe, die Haltung, dass sie zwar erklärbar sind, nicht aber tolerierbar. Mit dieser Haltung werde ich in der Arbeit spürbar, werden die Überlegungen subjektiv. Mein Blick von aussen ist gleichsam mein Blick von innen. Und dies bedeutet (wobei ich den Begriff „Kapitel“ im folgenden Zitat für die ganze DAS-Arbeit geltend mache):

*„Doch für Konstruktivisten ist alle Verständigung, alles Lernen und Verstehen stets Bau und Interpretation des erlebenden Subjekts, und darum kann letzten Endes nur ich selbst die Verantwortung übernehmen für das, was in diesem Kapitel gesagt wird“ (von Glasersfeld, 2012, S. 17).*

## 8 Schlussfolgerung

Peers können bei der Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Psychiatrischen Kliniken eine wichtige Rolle übernehmen. Aufgrund ihrer eigenen Stigma Erfahrung sind sie auf das Thema sensibilisiert und dadurch in der Lage, stigmatisierende Haltungen oder Abläufe zu identifizieren und sichtbar zu machen. Durch Ansprechen im Team können sie bei den Fachleuten einen Bewusstseinsprozess herbeiführen. Peers können in der Weiterbildung und Ausbildung von Fachleuten einen aktiven Beitrag leisten, indem sie von ihren eigenen Stigma Erfahrungen berichten. Kontakt und Austausch mit Betroffenen gilt als wirkungsvollste Intervention gegen Stigmatisierung. Nachhaltiger aber ist, so denke ich, wenn Peers bei Rapporten und Planungssitzungen grundsätzlich anwesend sein können. Allein durch ihr Dabeisein können sie einen sorgfältigeren Sprachgebrauch bewirken. Sie können Haltungen und Verhalten aber auch aktiv erfragen und hinterfragen – im Idealfall. Wie viel Einfluss sie auf Teamebene tatsächlich haben, hängt davon ab, wie gut Peers in die Teams integriert sind, ob sie als gleichberechtigt angesehen werden und ob ihr Erfahrungswissen als dem Fachwissen gleichberechtigt angesehen wird. Damit kommt eine neue Fragestellung ins Spiel: Welche Rolle und welche Einflussmöglichkeiten haben Peers in Psychiatrischen Kliniken tatsächlich? Eine Antwort bleibe ich hier schuldig.

Einfacher sehe ich die Möglichkeiten von Peers auf der Begegnungsebene mit PatientInnen. Hier können sie ihr Erfahrungswissen bezüglich Stigma einbringen und Unterstützung im Umgang mit (Selbst) Stigma anbieten, weil sie den oft dysfunktionalen Umgang mit Stigma Erfahrung erkennen und ansprechen können, weil ihre Aussagen für die PatientInnen aufgrund der eigenen Erfahrung glaubhaft sind, weil sie von ihnen nur bedingt als VertreterInnen der Institution angesehen werden und das Äussern von Kritik an der Institution und ihren Mitarbeitenden daher angstfrei und unzensiert geschehen kann, und weil der Austausch auf gleicher Augenhöhe stattfindet.

*„An den Rändern der Gesellschaft wir die Existenz brüchig.“* (Aussage in „Sternstunde Kultur“, SRF 1 vom 16. März 2014). Stigmatisierungserfahrungen lassen die eigene Identität und damit die eigene Existenz in allen Lebensbereichen brüchig werden. Eine brüchige Existenz behindert die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse aufs Größte, die Bedürfnisse nach Sicherheit, nach Beziehung, nach sozialer Anerkennung, nach sozialer Teilhabe, um nur ein paar zu nennen. Das Abbauen von Vorurteilen, das Verbieten

von Diskriminierung und das aktive Antreten gegen Stigmatisierung sind gesellschaftliche Aufgaben. Die Gesellschaft sind wir, jeder einzelne von uns.

Mitarbeitende in Psychiatrischen Kliniken tragen eine besondere Verantwortung für die Entstigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erschütterung. Sie begegnen den Menschen während ihrer verletzlichsten Phasen, und sie tragen das Bild der Psychiatrie nach aussen in die Gesellschaft.

## 9 Literaturverzeichnis

- Allport, G. W. (1971). *Die Natur des Vorurteils*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Beelmann, A., & Jonas, K. J. (2009). Einleitung: Begriffe und Anwendungsperspektiven. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beelmann, A., Heinemann, K. S., & Saur, M. (2009). Interventionen zur Prävention von Vorurteilen und Diskriminierung. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buchholz, B. A., & Corrigan, P. W. (2012). *In Würde zu sich stehen, Offenlegung der eigenen psychischen Erkrankung, Arbeitsbuch für Gruppenleiter und Teilnehmer*.
- Degner, J., Meiser, T., & Rothermund, K. (2009). Kognitive und sozial-kognitive Determinanten: Stereotype und Vorurteile. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit, Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Finzen, A. (5. April 2014). *Trotz Anti-Stigma-Kampagnen: Nehmen Vorurteile zu?* Von [http://dialog-forum-peine.de/?page\\_id=2134](http://dialog-forum-peine.de/?page_id=2134) abgerufen
- Förster, J. (2007). *Kleine Einführung in das SchubladenDenken, Über Nutzen und Nachteil des Vorurteils*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Freimüller, L., & Wölwer, W. (2012). *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis, Das Trainingsmanual*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

- Gaebel, W., Möller, H.-J., & Rössler, W. (2005). Einführung. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Goffman, E. (1975). *Stigma, ÜberTechniken der Bewältigung beschädigter Identitäten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Grausgruber, A. (2005). Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma-Diskriminierung-Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Hansen, N. (2009). Die Verarbeitung von Diskriminierung. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jonas, K. J., & Beelmann, A. (2009). Einleitung: Begriffe und Anwendungsperspektiven. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knuf, A. (5. April 2014). *Das Stigma auf der Innenseite der Stirn*. Von [http://www.promentesana.ch/\\_files/Downloads/Selbsthilfe/Diverses/Selbststigmatisierung.pdf](http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Selbsthilfe/Diverses/Selbststigmatisierung.pdf) abgerufen
- Krumm, S., & Becker, T. (2005). Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Martino, H., & Rabenschlag, F. (5. April 2014). *Positionspapier Entstigmatisierung*. Von Public Health Schweiz: [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier\\_Enstigmatisierung\\_120815.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Enstigmatisierung_120815.pdf) Public Health Schweiz abgerufen
- Pupato, K. (2005). Psychiatrie in den Medien. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma-Diskriminierung-Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

- Raabe, T., & Beelmann, A. (2009). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rüesch, P. (2005). Überwindungsversuche. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma-Diskriminierung-Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Sassenberg, K. (2009). Sozialpsychologische Determinanten - Motivation und Selbstregulation. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulze, B. (2005). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma-Diskriminierung-Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Schulze, B. (April 2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*.
- Stigmatisierung*. (5. April 2014). Von Wikipedia:  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Stigmatisierung> abgerufen
- Stössel, K. C. (2009). Vorurteile, Diskriminierung und Toleranz aus der Sicht der Persönlichkeitspsychologie. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stürmer, S., & Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann, & K. J. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz, Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Glasersfeld, E. (2012). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick, *Die erfundene Wirklichkeit, Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?* München: Piper Verlag GmbH.

Wölwer, W., & Zäske, H. (5. April 2014). *Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. Von [http://www.rk-duesseldorf.lvr.de/forschung/klinik\\_psychiatrie/hauptvorlesung/woelwer\\_vorlesung\\_stigma\\_auswahl\\_ss13.pdf](http://www.rk-duesseldorf.lvr.de/forschung/klinik_psychiatrie/hauptvorlesung/woelwer_vorlesung_stigma_auswahl_ss13.pdf) abgerufen

## 10 Anhang

### 10.1 Stigma anfällige Bereiche in Psychiatrischen Kliniken

Die folgende Aufzählung soll auf Bereiche hinweisen, die Stigma anfällig sein können: Die Zusammenstellung erfolgt aufgrund von Peer- Gesprächen, aufgrund eigener Klinik- erfahrung und aufgrund von Hinweisen, die ich in der Literatur gefunden habe. Sie ist weder vollständig noch zu sehr zu generalisieren.

Literatur (Schulze, 2005, S. 129) und Peer-Gespräche in der Luzerner Psychiatrie:

- Soziale Distanz und Unberührbarkeit (v.a. PsychiaterInnen)
- Medikamentennebenwirkungen (Ängste werden nicht ernst genommen, Ab- setzversuche nicht unterstützt)
- Individuelle Bedürfnisse werden nicht „gehört“
- Mitsprache- und Mitentscheidungsrechte werden nicht berücksichtigt
- Somatische Beschwerden werden „psychiatrisiert“ und deshalb erst spät oder gar nicht adäquat behandelt
- PatientInnen werden nicht/zu spät/zu wenig/gar nicht oder unangemessen informiert
- Schlechte und pauschalisierende Prognosen zum Krankheitsverlauf (Unheilbar- keit)
- Zeitmangel der Fachleute (wenig Gespräche, zu viele Rapporte)
- Desinteresse an der Gesamtpersönlichkeit der PatientInnen und ihrer Ge- schichten (Fokus auf Symptome, Defizite)
- Wenig Risikobereitschaft der Fachleute (Abbremsen von Ideen und Experimen- ten, deren Ausgang ungewiss ist, Fokussieren auf Sicherheit)



Eigene Psychiatrieerfahrung:

- Weitergabe von persönlichen Informationen ans gesamte Team (Vertrauensverlust, Kontrollverlust über die eigene Geschichte, Angst vor verzerrter Wiedergabe)
- Besprochen werden ohne eigenes Beisein (über mich sprechen, nicht mit mir sprechen)
- Handlungen, die ich als erzieherisch oder bestrafend wahrnahm
- Abwertende Diagnosebeschreibung (Borderline: manipulativ, spaltend, drohend, inszenierend)
- Autonomieverlust (um alles bitten/fragen müssen, auch wenn ich nach meiner Einschätzung in der Lage war selbst zu entscheiden)
- Asymmetrische Beziehungen (bezüglich geben-erhalten, Entscheidungsmacht, Offenlegung persönlichen Erlebens)
- Falsches/kein Verständnis für Widerstände und dysfunktionales Verhalten (Fragen nach den Ängsten/Verletzungen hinter dem sichtbaren Verhalten fehlen; interpretiert und nicht gefragt werden)
- Biologische Krankheitserklärungen ohne gleichzeitige Informationen zur Plastizität unseres Gehirns und damit Lern- und Veränderungsfähigkeit

## 10.2 Weiterbildungsprogramm (Pflegerachmittag) Luzerner Psychiatrie, Luzern

Luzerner  
Psychiatrie **lups.ch**

Pflegerachmittag

Mittwoch, 6. November 2013, 13.00 – 16.00 Uhr

### Stigmatisierung

Ablauf

Zeit	Was	Wer
13.00	Begrüssung und Einstieg ins Thema	Martin
13.15	Gruppenaufgabe (3 – 4-er Gruppen): Stell dir einen schwierigen Patienten/schwierige Patientin vor, Anmeldung ist gekommen, Eintritt steht kurz bevor. A) Was läuft bei dir in diesem Moment ab? Welche Gefühle hast du? Was macht das mit dir? B) Was tust du dagegen? Was hilft dir in diesem Moment, dich auf den Eintritt vorzubereiten? Stichworte auf Zettel sammeln C) Vorstellung der Stichworte im Plenum	Pietro Material: Papier und Stifte, Stellwände
13.45	Vortrag Stigmatisierung	Ulrike
14.00	Rollenspiel: Ein schwieriger Patient ist angemeldet (Situationsbeschreibung erhalten alle, die eine Rolle spielen). Situation: Pflorgeteam macht Pause und spricht über den Patienten, Türe im Stationszimmer ist offen, Patienten hören alles mit. Rollen: 6 Pflegefachpersonen (mit verschiedenen, von uns beschriebenen Rollen, jemand zurückhaltend, jemand stark stigmatisierend, jemand genau gegenteilig usw.) 4 PatientInnen, sitzen neben der Pausenrunde und hören alles mit. Sie wissen, dass sie PatientInnen sind. Die 6 Pflegenden wissen das nicht. Rollenspiel wird vor dem Plenum "aufgeführt". Dauer des Rollenspiels ca. 5 Minuten Analysieren des Rollenspiels: Pflegefachpersonen PatientInnen	Martin
14.20	Danach Diskussion im Plenum Auf Flipcharts festhalten (Stichworte) Stigmatisierung / Entstigmatisierung / weitere Oberbegriffe?	
14.35	Pause	Martin
15.00	Gruppenaufgabe (6-er Gruppen): Wie kann ich meinen Vorurteilen entgegen wirken? Sammlung der Stichworte auf Flipchart und vorstellen im Plenum	Pietro Material: Flipchart und Stifte
15.45	Abschluss	Martin

24.10.13/mfl

### 10.3 Kernbereiche für die Förderung der Antistigma Kompetenz (Professionelle)

#### Kernbereiche für die Förderung der Antistigma-Kompetenz bei den professionell Tätigen

Theoretisches Wissen	Erfahrungswissen von Profis	Erfahrungswissen von Peers	(Werte-) Haltung	Verhalten
Begrifflichkeit (stereotyp. Bilder, Vorurteil, Stigma...)	Eigene Stigma-Erfahrungen:	Stigmatisierungserleben in der Behandlung	Persönliche Werthaltung	Sensibler Sprachgebrauch
Kognitive Erklärungsmodelle bezüglich Einstellungen / stereotype Bilder	Auswirkungen Eigenes Stigma Management (Widerstand oder Selbstabwertung?)	Auswirkungen von Stigmatisierung	Werthaltung der Institution	Recovery orientiertes Arbeiten
Funktion der Stigmatisierung		Auswirkungen von Selbststigmatisierung auf die eigene Identität	Menschenbild	Förderung von Empowerment
Stigma Prozesse (Teufelskreis)		funktionales Stigma Management	Berufsverständnis	Möglichkeiten zur Erfahrung der Selbstwirksamkeit schaffen
Auswirkungen von Stigmatisierung			Qualität der Berührbarkeit	Direktes Thematisieren von Stigmatisierung
Für Stigmatisierung anfällige Bereiche kennenlernen (bezogen auf Psychiatrische Kliniken)			Haltung des Nicht-Wissens	Trialogische Zusammenarbeit
Stigma freie Kommunikation			Umgang mit sich Widersprechendem	Partnerschaftliche und gleichberechtigte Zusammenarbeit (im Team und mit PatientInnen)
Prinzipien von Recovery und Empowerment			Umgang mit Widerstand	
Menschen-, Patientenrechte				

➔ Erarbeiten konkreter Schritte bei der Umsetzung der Antistigma-Kompetenz auf institutioneller Ebene, Teamebene und persönlicher Ebene

## 10.4 Kernbereiche für die Förderung des Stigma Managements (PatientInnen)

### Kernbereiche für die Förderung von Stigma Management bei den PatientInnen

Resilienz Förderung	Information	Umsetzung
<p><b>Selbstwirksamkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Situationen schaffen, wo Selbstwirksamkeit erfahrbar wird, reflektieren</li> </ul> <p><b>Selbstbefähigung vs. erlernte Hilflosigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Was kann ich selbst und wo brauche ich Hilfe?</li> </ul> <p><b>Eigenverantwortung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wo kann/soll/muss ich trotz meiner Erkrankung die Verantwortung für mich tragen?</li> </ul> <p><b>Überzeugungen reflektieren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Glaubenssätze</li> <li>individuelle Krankheitserklärungen verwerfen oder vertreten</li> <li>Schuldfrage</li> <li>Selbstabwertung</li> </ul> <p><b>Ermutigen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitentscheiden bei der Behandlung</li> <li>Fragen stellen</li> <li>Bedürfnisse äussern</li> <li>hörbar werden</li> <li>neue Wege/Strategien ausprobieren</li> <li>Hilfe holen</li> </ul> <p><b>Fördern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ressourcen</li> <li>Soziale Kompetenzen</li> </ul>	<p><b>Infos über Krankheitsbilder</b> (Ursachen, Auswirkungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wissenschaftliche Erklärungsmodelle vs. individuelle Vergleichen</li> <li>Welche ist für die Betroffenen hilfreicher?</li> </ul> <p><b>Salutogenese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuum: gesund-krank</li> <li>Kohärenzsinn</li> <li>Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit</li> </ul> <p><b>Resilienz</b></p> <p><b>Neurobiologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plastizität des Gehirns</li> <li>Lernfähigkeit als Hoffnung</li> </ul> <p><b>Infos über Medikament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chancen und Grenzen</li> <li>Nebenwirkungen</li> <li>Mitentscheidungsrecht bei Medikamenten</li> </ul> <p><b>Gesundung/Heilbarkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prinzip Hoffnung</li> </ul> <p><b>Umgang mit Stigma-Erfahrung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strategien des Widerstands</li> </ul> <p><b>Patientenrechte/Menschenrechte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PPV</li> </ul>	<p><b>Vernetzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selbsthilfegruppen</li> <li>Triolog</li> <li>Beratungsstellen</li> <li>TherapeutInnen</li> <li>Sozialpsych. Angebote</li> </ul> <p>→ Unterstützung (falls nötig) bei Adresssuche und Kontaktaufnahme</p> <p><b>Umgang mit Stigma/Selbststigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persönliche Strategien entwickeln</li> </ul> <p><b>Psychiatrische Patientenverfügung ausfüllen</b></p>