

# Was tun gegen Stigma und seine Folgen?

## Übersicht zu Antistigma-Programmen in verschiedenen Bereichen

Von Nicolas Rüschi

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

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

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

Abschließend steht ein Vorschlag für erfolgreiche Antistigma-Arbeit hierzulande.

### Grundfragen oder: Was wollen wir eigentlich?

Bevor es losgeht mit der Antistigma-Arbeit, sollte man sich ein paar Fragen stellen. Wen möchten wir erreichen:

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

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

### Programme gegen öffentliches Stigma

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



Nicolas Rüschi

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

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

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

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

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

Genannt seien hier auch Interventionen im Medienbereich, weil alle Arten von Nachrichten, fiktiven Darstellungen oder sozialen Medien je nach Inhalt und Darstellungsweise Stigma abbauen oder aber verstärken können (Rüsch 2021, S. 219 f.). Es gibt verschiedene Arten von Interventionen: Erstens helfen Medienrichtlinien, die Berichterstattung nach Gewalttaten oder Suiziden nicht sensationell auf „(selbst)mörderische Kranke“ zu konzentrieren. Zweitens sollen Schulungen für Journalisten zu einer positiveren, mehr auf soziale Bedingungen und Recovery/Genesung bezogenen Berichterstattung beitragen (allerdings zeigen Studien bislang keinen klaren Effekt solcher Interventionen; Maiorano et al. 2017). Drittens gibt es den vielversprechenden Ansatz des sog. Bürgerjournalismus, indem journalistische Laien geschult werden, Medienbeiträge zum Thema psychische Gesundheit zu verfassen; diese stellen

eher Beispiele von Genesung/Recovery dar als Beiträge professioneller Journalisten. Schließlich bieten soziale Medien und auch Online-Videospiele nicht nur Beispiele schlimmer Stigmatisierung, sondern auch die Chance sozialer Unterstützung, Aufklärung und Solidarität mit und unter Betroffenen.

### Programme gegen Selbststigma

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

Ein kompaktes Programm gegen Selbststigma ist das von Peers geleitete Gruppenprogramm *In Würde zu sich stehen* (IWS), das Teilnehmer bei der Entscheidung unterstützt, ob sie anderen von ihrer Erkrankung berichten sollen, und aus vier Terminen à zwei Stunden besteht (Rüsch 2021, S. 255 ff.). Je nach Kontext und eigener Situation werden Vor- und Nachteile von Offenlegung abgewogen. Das IWS-Programm drängt Teilnehmer nicht zur Offenlegung, denn Offenlegung kann je nach Umfeld und eigener Verletzlichkeit riskant sein.

Stattdessen hat IWS das Ziel, Teilnehmern eine wohlüberlegte und strategische Entscheidung für oder gegen Offenlegung in verschiedenen Situationen zu ermöglichen. In mehreren Studien hat sich gezeigt, dass IWS Selbststigma und die Belastung durch Stigma wirk-

sam verringert (Rüsch & Kösters 2021). Es existiert in verschiedenen Versionen, u.a. für Erwachsene, für Jugendliche oder für Eltern psychisch erkrankter Kinder (die ebenfalls mit Stigma und Offenlegungsentscheidungen zu kämpfen haben, siehe dazu den Beitrag Janine Berg-Peers in diesem Heft)

### Programme gegen Stigma als Barriere für Hilfesuche

Die Furcht vor Etikettierung als *psychisch krank* ist ebenso ein Hindernis, Hilfe zu suchen, wie Selbststigma und die damit häufig einhergehende Scham, Demoralisierung und Aufgabe eigener Lebensziele. Dies gilt nicht zuletzt für psychisch erkrankte Profis im Gesundheitssystem, in dem es immer noch tabuisiert ist, selbst betroffen zu sein, obgleich schon angesichts der Häufigkeit psychischer

Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung klar ist, dass viele Profis selbst mit psychischen Krisen kämpfen mussten oder müssen (Rüsch 2021, S. 185 f.). Diese Tabuisierung eigener Erkrankung erschwert nicht nur Hilfesuche für betroffene Profis und dürfte zur hohen Suizidrate unter Ärztinnen und Ärzten beitragen, sondern mindert die Glaubwürdigkeit von Profis im Umgang mit ihren Patienten. Hier sind Interventionen wichtig, die den Mythos der Helfer, die alles aushalten und nie Hilfe brauchen, ersetzen durch ein Klima der Offenheit und Hilfsbereitschaft am Arbeitsplatz und Hilfsangebote für Profis bereithalten.

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

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

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

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

## Programme gegen strukturelle Diskriminierung

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

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

## Wie könnte ein landesweites Antistigma-Programm aussehen?

Ein langfristig angelegtes Antistigma-Netzwerk ist dringend nötig, und zwar mit folgenden Eigenschaften: Es hält einen Werkzeugkasten wirksamer, vor Ort durchführbarer Initiativen bereit, macht sie frei verfügbar und fördert den Austausch lokaler Akteure („best practice network“), bewährte Programme wie *Irrsinnig Menschlich* (s.o.)

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

werden einbezogen. Eine schlanke Organisationszentrale ermöglicht Informationsaustausch und engagiert sich für Koordination, Evaluation sowie politische Arbeit (nicht zuletzt gegen strukturelle Diskriminierung). Die eigentliche Antistigma-Arbeit findet lokal vor Ort statt (siehe oben zu *TLC3*). Im Bereich öffentlichen Stigmas liegt der Fokus auf kontaktbasierter Arbeit und dem Ziel der Verhaltensänderung (die Verbesserung von Einstellungen, etwa in Befragungen, reicht nicht aus; entscheidend ist bspw., ob Arbeitgeber mehr Menschen mit psychischer Vorerkrankung einstellen). Peer-geleitete Programme werden gestärkt, ebenso die Mitarbeit von Peers inner- und außerhalb des Gesundheitssystems, und Peers werden für ihre Arbeit entlohnt. Betroffene werden in Offenlegungsentscheidungen unterstützt (s.o. zu *IWS*). Peers müssen Führungsrollen in Antistigma-Arbeit übernehmen, denn sie wissen, was für sie wichtig ist, aus eigener Erfahrung, und sie sind die entscheidenden Akteure evidenzbasierter Arbeit gegen öffentliches und Selbststigma; im Gesundheitssystem tätige Profis sollten eine assistierende Rolle einnehmen.

## Evaluation

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

## Ausblick

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

## Literatur

- Corrigan PW (2011).** Strategic Stigma Change: Five principles for social marketing campaigns meant to erase the prejudice and discrimination of mental illness. *Psychiatric Services* 62: 824–826.
- Maiorano A et al (2017).** Reducing stigma in media professionals: Is there room for improvement? Results from a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry* 62: 702–715.
- Rüsch N (2021).** Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Urban & Fischer/Elsevier, München.
- Rüsch N, Kösters M (2021).** Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: Conceptual review and meta-analysis of program efficacy. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 56: 1513–1526.
- Xu Z et al (2018).** Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 48: 2658–2667.