

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**  
Kurs **VZ 15-1**

**Isabelle Sigrist**

**Stigmatisierung der depressiven Störung**

**Eine Betrachtung der Selbststigmatisierung von Menschen mit einer depressiven  
Störung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

Die unterschiedlichen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit beinhalten vielfältige Begegnungen mit Menschen. Dabei besteht die Möglichkeit mit Menschen zu arbeiten, welche von einer depressiven Störung betroffen sind, denn die Zahl der Betroffenen liegt jährlich bei etwa 7%, sei es eine Ersterkrankung oder eine wiederkehrende Erkrankung. Trotz dieser Verbreitung, müssen Menschen mit einer depressiven Störung noch immer mit Stigmatisierung im Alltag rechnen. Zu den täglichen Vorurteilen gehören ein Fehlender Wille für die Genesung oder Faulheit in Bezug auf die Arbeit. Die grosse Schwierigkeit stellen zudem Vorurteile dar, welche Menschen mit einer depressiven Störung sich selber gegenüber hegen. Diese Selbststigmatisierung kommt beispielsweise daher, dass Betroffenen ebenfalls mit Vorurteilen gegenüber psychischen Störungen sozialisiert wurden, ihre eigene Erkrankung nicht anerkennen oder ihnen schlicht Wissen über die psychische Störung fehlt. Das führt dazu, dass die psychische Störung nicht behandelt oder sogar nicht erkannt wird. Dieser Zustand ist belastend für Menschen mit einer depressiven Störung, welche unter Selbststigmatisierung leiden und kann dazu führen, dass zusätzlich zu den Symptomen der Störung beispielsweise die Selbstwirksamkeit beeinträchtigt wird. Dies kann wiederum in verschiedenen Bereichen folgenreich Einflüsse, wie soziale Isolierung, fehlende Arbeit und somit eine geringere Lebensqualität bewirken. Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass bereits bestehende Methoden der Sozialen Arbeit einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit haben und somit zur Reduzierung der Selbststigmatisierung beitragen.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage und Abgrenzung	8
1.2 Motivation	9
1.3 Fragestellung	9
1.4 Berufsrelevanz für die Soziale Arbeit	10
1.5 Adressatinnen und Adressaten	11
1.6 Begrifflicher Kontext	11
1.6.1 Gesundheit und Krankheit	12
1.6.2 Gesellschaftliche Systeme	13
1.6.3 Selbstwirksamkeit und Selbstwert	13
1.7 Aufbau der Arbeit	14
2 Stigmatisierung	15
2.1 Definition und Herkunft	15
2.1.1 Stigma und Stigmatisierung	15
2.1.2 Stereotyp und Vorurteil	16
2.2 Typen von Stigma	18
2.2.1 Ausgangslage	18
2.2.2 Drei Typen nach Goffman	18
2.2.3 Fazit	19
2.3 Prozess von Stigmatisierung	20
2.3.1 Der Labeling Approach	20
2.3.2 Der modifizierte Etikettierungsansatz	21
2.3.3 Fazit	22
2.4 Funktionen von Stigmatisierung und Normen	23
2.4.1 Definition und Funktion von Normen	23
2.4.2 Funktion von Stigmatisierung	24
2.5 Folgen von Stigmatisierung	25

2.5.1	Begriffsdefinition Diskriminierung	25
2.5.2	Folge Makroebene: öffentliche Stigmatisierung	26
2.5.3	Folge Mikroebene: Selbststigmatisierung	26
2.5.4	Fazit	27
2.6	Identität	28
2.6.1	Begriffsdefinition	28
2.6.2	Identitätskonzepte	28
3	Depressive Störung	30
3.1	Begriffsdefinitionen	30
3.1.1	Störung	30
3.1.2	Affektive Störung	30
3.2	Chancen und Risiken von Diagnosen	30
3.2.1	Begriff Diagnostik	30
3.2.2	Chancen und Risiken	31
3.3	Symptome und Klassifikation einer depressiven Störung	33
3.3.1	ICD10 / DSM5	33
3.3.2	Symptome einer depressive Störung	34
3.3.3	Fazit	35
3.4	Ursachen der depressiven Störung	36
3.4.1	Die bio-psycho-soziale Theorie	36
3.4.2	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	37
3.4.3	Fazit	38
4	Stigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung	39
4.1	Modifizierter Etikettierungsansatz am Beispiel der depressiven Störung	39
4.1.1	Ausgangslage	39
4.1.2	Die fünf Phasen	39
4.2	Stigmatisierung aus der Sicht von Betroffenen	41
4.2.1	Subjektive Stigmatisierung	41
4.2.2	Auswirkungen antizipierter Stigmatisierung	41

4.3	Das Stigma Depression	43
4.3.1	Öffentliche Stigmatisierung von Depression	43
4.3.2	Selbststigmatisierung bei Depression	44
4.3.3	Modell der Selbststigmatisierung	45
4.3.4	Fazit	45
4.4	Techniken zum Umgang mit Stigma	46
4.4.1	Geheimhaltung	46
4.4.2	Sozialer Rückzug	46
4.4.3	Aufklärung	47
4.4.4	Fazit	47
4.5	Exkurs: Selbststigmatisierung als Chance für Interventionen	48
4.5.1	Fazit	49
5	Die Soziale Arbeit und ihre Handlungsmöglichkeiten	50
5.1	Grundsätze der Sozialen Arbeit	50
5.2	Entstigmatisierung	51
5.2.1	Makroebene	51
5.2.2	Mikroebene	52
5.3	Theoretische Zugänge und Konzepte der Sozialen Arbeit	53
5.3.1	Empowerment	53
5.3.2	Systemischer Ansatz	54
5.3.3	Fazit	54
5.4	Methoden für die Soziale Arbeit	55
5.4.1	Psychosoziale Diagnostik und Ressourcen	55
5.4.2	Klientenzentrierte Gesprächsführung	57
5.4.3	Soziale Netzwerkarbeit und Psychoedukation	59
5.4.4	Fazit	61
6	Schlussfolgerung	62
6.1	Ausblick	62
6.1.1	Verschiedene Gruppierungen im Umgang mit psychischen Störungen	62

6.1.2	Erforschung von Methoden zur Reduzierung von Stigmatisierung	63
7	Literaturverzeichnis	64

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Stigmatisierungsprozess nach Link et al. (1989; zit. in Grausgruber, 2005, S.29)	22
Abbildung 2:	Zirkuläres Depressionsmodell nach Hell (Hell et al. 2011, S.119)	35
Abbildung 3:	Entstehungsmodell psychischer Krisen (Jensen et al. 2010; zit. in Hammer & Plössl.2012)	38
Abbildung 4	Why Try Effekt basierend auf Corrigan et al. (2018)	45
Abbildung 5:	Selbststigmatisierung als Chance (Rüsch et al. 2004)	48
Abbildung 6:	Integratives Rahmenmodell basierend auf Gahleitner und Pauls (2013)	56
Abbildung 7:	Die fünf Säulen der Identität basierend auf Gahleitner und Dangel (2018)	56
Abbildung 8	Netzwerkkarte (Wendt, 2015, S.159)	60



# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Abgrenzung

In der Schweiz erkranken während eines Jahres etwa 7% der Bevölkerung an einer unipolaren depressiven Störung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan, 2013, S.8). Dabei handelt sich entweder um eine Ersterkrankung oder eine wiederholte Erkrankung (ebd.). Bei 5 bis 20% der Betroffenen einer depressiven Störung, verläuft die Erkrankung chronisch, was bedeutet, dass die Symptome länger als zwei Jahre anhalten (Matthias Hammer, Irmgard Plössl, 2012, S.86). Trotz der grossen Anzahl Betroffener, kann der Gang zum Arzt für Menschen mit einer psychischen Störung stigmatisierend sein. Im Vergleich zu rein körperlichen Beschwerden, bei welchen das deutlich weniger festzustellen ist (S.80). Verschiedene Studien stützen die Aussage, dass die Angst vor Stigmatisierung oder die bereits erfolgte Selbststigmatisierung Menschen daran hindert, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen (Matthias C. Angermeyer, 2003). Die späte Behandlung, sofern überhaupt eine stattfindet, begünstigt negative Auswirkungen wie die soziale und berufliche Isolation oder körperliche Beschwerden (Obsan, 2013, S.7). Zudem kann der von Betroffenen gewählte Umgang mit der psychischen Störung und der Stigmatisierung einschneidende Auswirkungen auf soziale Beziehungen, die Arbeitssituation oder Lebensqualität haben (Angermeyer, 2003). Es ist also nicht nur nötig öffentlich über psychische Störungen aufzuklären um die Diskriminierung von Menschen mit einer depressiven Störung aufgrund von Stigmatisierung zu bearbeiten, sondern auch für das subjektive Empfinden Betroffener zu sensibilisieren.

In dieser Arbeit wird vertieft auf die Selbststigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung eingegangen. Dabei wird hauptsächlich die unipolare depressive Störung betrachtet. Menschen mit einer depressiven Störung sind nicht nur von Vorurteilen der Umwelt betroffen, sondern verurteilen die persönliche Situation oftmals selbst. Aus einer Studie (Bruce G. Link, Elmer L. Struening, Sheree Neese-Todd, Sara Asmussen & Jo C. Phelan, 2001) geht hervor, dass die Selbstachtung von Menschen mit einer psychischen Störung durch Stigmatisierung beeinträchtigt wird. Sie zeigt ebenfalls, dass das Stigma eine Barriere für die Genesung darstellen kann (ebd.). Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, diesen Bereich der Stigmatisierung genauer zu betrachten.

Menschen, welche beispielsweise an einer Schizophrenie leiden, erfahren oftmals eine andere Art der Stigmatisierung als Menschen mit einer depressiven Störung. Aus diesem Grund wird in der folgenden Arbeit die Stigmatisierung am Beispiel einer depressiven Störung bearbeitet. Weiter wird darauf verzichtet, auf die Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für Menschen mit einer depressiven Störung einzugehen. Die Ansätze und Methoden der Sozialen Arbeit werden in Bezug auf die Bearbeitung von Selbststigmatisierung betrachtet. Es wird jedoch nicht ausgeschlossen,

dass sich die bearbeiteten Ansätze mit gängigen Methoden für die Behandlung einer depressiven Störung überschneiden können.

## **1.2 Motivation**

Die Motivation für diese Arbeit entspringt aus einem grossen Interesse an Fragen zu den Normvorstellungen einer Gesellschaft. Einerseits ist zu beobachten, dass die Individualität einzelner Menschen und die damit zusammenhängende Selbstbestimmung grosse Aufmerksamkeit geniesst. Andererseits wird Verhalten, welches von einer gewissen Norm abweicht von Aussenstehenden verurteilt. Diese Verurteilung kann für das abweichende Individuum belastende Folgen haben.

Spannend bei der Betrachtung der Normen der Gesellschaft ist ebenfalls die Frage, ob das nicht Einhalten von dieser Norm vom abweichenden Individuum selbst tatsächlich als solches wahrgenommen oder ob nur das eigene Befinden durch die eigene Abweichung beeinflusst wird. Also ist die Selbstwahrnehmung zentral, denn sie kann das Verhalten nach aussen beeinflussen.

In Bezug auf die Abweichung von Normen scheinen Individuen, welche von einer psychischen Störung betroffen sind, besonders anfällig für negative gesellschaftliche Reaktionen, da sie allenfalls abweichende Verhaltensweisen zeigen oder sich in ungewöhnlichen Lebensumständen befinden. Bei Betroffenen einer psychischen Störung ist es zudem wahrscheinlicher, dass sie weniger persönliche Ressourcen haben, um mit diesen gesellschaftlichen Reaktionen umzugehen.

Auffällig ist zudem die grosse Verbreitung der depressiven Störung innerhalb einer Gesellschaft. Die meisten Menschen kennen mindestens eine betroffene Person in ihrem persönlichen Umfeld oder waren oder sind sogar selbst betroffen. Trotz dieser grossen Anzahl Betroffener scheinen Menschen mit einer depressiven Störung noch immer mit Vorurteilen zu kämpfen. In dieser Arbeit soll es daher darum gehen, die Auswirkungen dieser Vorurteile auf Betroffene zu untersuchen und aufzuzeigen, wie Professionelle der Sozialen Arbeit dabei unterstützen können, einen Umgang mit der persönlichen Situation zu finden.

## **1.3 Fragestellung**

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was bedeutet Stigmatisierung und insbesondere Selbststigmatisierung und mit welchen Prozessen und Funktionen ist diese Stigmatisierung verbunden?
- Was wird unter einer depressiven Störung verstanden?
- Wie werden Menschen mit einer depressiven Störung stigmatisiert und was bedeutet Selbststigmatisierung für die Betroffenen?

Diese drei Fragen thematisieren die Grundlagen zu den Themen Stigmatisierung und Selbststigmatisierung sowie das Verständnis einer depressiven Störung. Daraus leitet sich folgende Hauptfrage ab:

- Welche Zugänge und Handlungsmöglichkeiten gibt es in der Sozialen Arbeit um Selbststigmatisierung bei Menschen mit einer depressiven Störung zu reduzieren?

#### **1.4 Berufsrelevanz für die Soziale Arbeit**

Die Soziale Arbeit ist in verschiedenen Feldern mit Menschen konfrontiert, die aufgrund einer psychischen Störung selbststigmatisierende Tendenzen haben können. Da die Integration nicht nur durch gesellschaftliche Interventionen gefördert werden kann, muss es Teil der professionellen Zusammenarbeit sein, solche Tendenzen im Blick zu haben.

Gemäss Berufskodex ist es ein Ziel der Sozialen Arbeit, Zugänge an gesellschaftlichen Ressourcen zu bearbeiten sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S.6). Das heisst, Soziale Arbeit hat zu intervenieren, wenn die Handlungsfähigkeit auf individueller Ebene oder die Handlungschancen auf gesellschaftlicher Ebene eingeschränkt sind (AvenirSocial, 2015, S.3). Dabei gilt der Grundsatz, dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben lebensnotwendig ist, um eine persönliche Handlungsfähigkeit zu erlangen (AvenirSocial, 2010, S.9). Wird davon ausgegangen, dass Betroffene einer psychischen Störung aufgrund der Stigmatisierung erhebliche Diskriminierung erfahren, was sich auf ihre Teilhabechancen auswirkt, ist die Bearbeitung von Stigmatisierung ein zentrales Thema der Sozialen Arbeit.

Der Grundsatz der Integration beinhaltet die Achtung von physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und körperlichen Bedürfnissen von Menschen (AvenirSocial, 2010, S.9). In dieser Arbeit haben aufgrund der thematischen Eingrenzung insbesondere psychische Bedürfnisse besondere Relevanz, können jedoch nicht von körperlichen und sozialen Bedürfnissen losgelöst betrachtet werden. Das liegt daran, dass psychische Vorgänge in Zusammenhang mit biologischen oder sozialen Voraussetzungen stehen (Josef Egger, 2015, S.54).

Die Erhaltung oder Stärkung der Selbstwirksamkeit ist zudem eine wesentliche Grundlage der Sozialen Arbeit und wird zudem als Voraussetzung für die Selbstbestimmung gesehen. Wird nun diese Selbstwirksamkeit beeinträchtigt durch den Einfluss von Stigmatisierung, einer psychischen Störung oder beidem zusammen (Patrick W. Corrigan, Katherine Niewegloski, Janis Sayer, 2018), ist es für die Soziale Arbeit unumgänglich, solche Vorgänge genauer zu betrachten. Das Ziel ist dabei die Ermächtigung des Individuums, was eine breite Betrachtungsweise der Situation voraussetzt.

## **1.5 Adressatinnen und Adressaten**

Diese Arbeit richtet sich an Professionelle der Sozialen Arbeit, welche in verschiedenen Settings mit Menschen arbeiten, die von Stigmatisierung und insbesondere von Selbststigmatisierung aufgrund einer depressiven Störung betroffen sind. Aus diesem Zusammenhang leiten sich die Handlungsoptionen ab, begründet auf theoretischen Grundlagen der Sozialen Arbeit. Die Handlungsoptionen sind nicht an ein bestimmtes Feld der Sozialen Arbeit gerichtet, weshalb sich die Arbeit einen generalisierten Zugang hat.

Ausserdem soll sich diese Arbeit an alle von Selbststigmatisierung betroffenen Personen richten. Zum einen sollen betroffene Personen dazu ermutigt werden, sich für ihre persönlichen Bedürfnisse einzusetzen und zum anderen sollen sie erkennen, dass sie keine Einzelfälle sind und nicht allein mit der gegenwertigen Situation umgehen müssen.

Zudem richtet sich diese Arbeit an Angehörige von Menschen mit einer depressiven Störung. Sie soll dazu beitragen, einen kleinen Einblick in das Erleben von Betroffenen zu erhalten um einen besseren Umgang zu finden. Denn besonders Angehörige sind als nächstes Umfeld gefordert, weshalb es wichtig ist, sich als Angehörige nicht von gesellschaftlichen Stigmatisierungsmechanismen beeinflussen zu lassen.

Die Arbeit richtet sich zudem an alle Interessierten und diejenigen, welche sich den Auswirkungen von Stigmatisierung nicht oder kaum bewusst sind. Der Diskurs zum Thema Normalität, was darunter verstanden wird und welche Werte damit verbunden sind, soll erhalten und immer wieder aufs Neue gemacht werden.

## **1.6 Begrifflicher Kontext**

In diesem Abschnitt werden Begriffe behandelt, welche nicht alle unmittelbar in der vorliegenden Arbeit verwendet werden, aber einen wesentlichen Teil zum Verständnis des Kontexts beitragen. Zunächst wird auf die Begriffe Gesundheit und Krankheit eingegangen werden, welche oftmals in Zusammenhang mit einer psychischen Störung beziehungsweise mit psychischer Gesundheit auftreten. Weiter werden die verschiedenen Ebenen nach Urie Bronfenbrenner aufgezeigt und zum Schluss werden Selbstwirksamkeit und das Selbstbild thematisiert. Zentrale Begrifflichkeiten wie Stigma werden im Verlauf der Arbeit in dem jeweiligen Kapitel detaillierter ausgeführt.

### 1.6.1 Gesundheit und Krankheit

Gesundheit ist ein vielgenutzter Begriff, was die Definition schwieriger gestaltet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche im Rahmen der Vereinten Nationen für die öffentliche Gesundheit zuständig ist, definiert Gesundheit folgendermassen:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 2014).

Diese umfassende Definition ist mit einem bio-psycho-sozialem Verständnis begründet, also einer Betrachtungsweise, welche sowohl körperliche wie auch soziale und psychische Faktoren umfasst.

Kritisch bei dieser Betrachtungsweise ist der Begriff Wohlbefinden, der einerseits sehr individuell ist und andererseits vollständig sein soll (Martin Hafen, 2007, S.33). Es handelt sich dabei um eine subjektive Einschätzung des persönlichen Befindens, weshalb die Definition in dieser Arbeit nicht abschliessend genutzt wird, sondern lediglich als Anhaltspunkt dient.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist zudem die Betrachtung des Begriffes Krankheit. Eine Krankheit ist daran zu erkennen, dass in der Regel ausführliche Symptome für diese beschrieben sind (Hafen, 2007, S.33). Diese Symptome fehlen in Bezug auf die Gesundheit. Die Gesundheit kann demnach nur dadurch definiert werden, dass keine Symptome einer Krankheit vorhanden sind (ebd.). Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit der folgenden Definition besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

*Gesundheit* kann auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Theorie insofern als Fähigkeit betrachtet werden, als dass krankmachende Einflüsse oder Faktoren kontrolliert beziehungsweise in Schach gehalten werden können (Egger, 2015, S.60). Das beinhaltet die Tatsache, dass Gesundheit nicht ausschliesslich durch die Abwesenheit von krankmachenden Faktoren definiert werden kann (ebd.).

Demnach wird *Krankheit* dadurch definiert, dass zu wenige Kompetenzen vorhanden sind, um krankmachende Einflüsse zu kontrollieren oder sogar zu bewältigen (Egger, 2015, S.61). Dabei ist anzumerken, dass sowohl Gesundheit wie auch Krankheit dynamische Geschehen und nicht als gleichbleibender Zustand zu verstehen sind (ebd.).

### 1.6.2 Gesellschaftliche Systeme

In der vorliegenden Arbeit werden sowohl gesellschaftliche Normen thematisiert, als auch Stigmatisierungsprozesse aufgrund von Abweichungen solcher Normen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die Unterstützung gesellschaftliche Entwicklung aber auch die Stärkung von Individuen (AvenirSocial, 2015). Die Betrachtung verschiedener Systeme der Gesellschaft und die gegenseitige Einwirkung ist daher von Bedeutung, da die Voraussetzung für die Ermächtigung eines Individuums die Auflösung sozialer Probleme ist (ebd.).

Auch Bronfenbrenner (1990 zit. in, August Flammer, 2017) beschreibt den Menschen als soziales Wesen, welches durch soziale Gegebenheiten beeinflusst wird und diese selbst beeinflusst (S.258). Das Individuum und dessen Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen werden dabei als *Mikrosystem* beschrieben (S.251). Das *Mesosystem* beschreibt die Beziehungen und Interaktionen verschiedener Lebensbereiche wie beispielsweise die Kommunikation zwischen den Eltern und der Schule eines Individuums (S.253). Sie stehen in Verbindung mit dem Individuum und wirken auf dieses ein, die direkte Beteiligung des Individuums ist jedoch nicht gegeben (ebd.). Als Beschreibung der gesellschaftlichen Voraussetzung wird die Bezeichnung *Makrosystem* verwendet (S.255). Dabei handelt es sich um die Kultur und Werte einer Gruppierung, welche sich inhaltlich ähnlich sind (ebd.).

Im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit bedeutet die gesellschaftliche Entwicklung und Förderung auf der Makroebene auch Sensibilisierung für missliche Umstände und Schutz besonders verletzlicher Personengruppen (AvenirSocial, 2015). Die Makroebene beschreibt die Förderung von sozialem Zusammenhalt und die Mikroebene die Förderung und Ermächtigung von Individuen von ihren Rechten Gebrauch zu machen und sich von strukturellen Barrieren zu befreien (ebd.).

### 1.6.3 Selbstwirksamkeit und Selbstwert

Die Begriffe Selbstwirksamkeit und Selbstwert, sind in der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung weshalb sie an dieser Stelle kurz erläutert werden.

*Selbstwirksamkeit* beschreibt die Fähigkeit eines Individuums, auf die Umstände des eigenen Lebens Einfluss nehmen zu können (Norbert Herriger, 2010, S.20). Das bedeutet, dass eine Person Gestaltungsspielraum hat und Veränderungen im persönlichen Leben bewirken kann (ebd.). Selbstwirksamkeit ist dabei nicht ein vollendeter Zustand, den es zu erreichen gilt, sondern ergibt sich situativ.

Im Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit spielt der *Selbstwert* eine zentrale Rolle. Dieser beschreibt den Wert, der sich ein Mensch selber zuschreibt (Duden online, 2019) und wird als Synonym zu Begrifflichkeiten wie Selbstbewusstsein oder Selbstvertrauen verwendet (ebd.).

## 1.7 Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit befasst sich zu Beginn mit der Thematik der Stigmatisierung. In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, was Stigmatisierung bedeutet und wie es sich zu verwandten Begrifflichkeiten wie beispielsweise dem Vorurteil verhält. Weiter wird auf die verschiedenen Typen von Stigmatisierung eingegangen und es werden Prozesse erläutert, die den Stigmatisierungsvorgang aufzeigen. Auch die Funktion von Stigmatisierung sowie die damit verbundenen Folgen werden aufgezeigt. Gegen Ende des Kapitels wird die Unterscheidung zwischen öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung bearbeitet. Schliesslich wird das Kapitel mit einer kurzen Einführung ins Thema Identität in Bezug auf Selbststigmatisierung abgeschlossen.

Das folgende Kapitel widmet sich der Thematik der depressiven Störung. Es behandelt einen kurzen Abriss zum Thema Diagnose, um anschliessend auf die damit verbundenen Chancen und Risiken eingehen zu können. Der Hauptteil dieses Kapitels widmet sich den Symptomen und den Ursachen einer depressiven Störung.

Weiter werden die beiden Themen zusammengeführt. Es folgt ein Kapitel, in welchem explizit auf die Stigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung eingegangen wird. In diesem Teil der Arbeit wird zu Beginn die Sicht von Betroffenen beschrieben. Dabei werden sowohl die subjektive wie auch die antizipierte Stigmatisierung erläutert. Anschliessend wird auf die Unterscheidung zwischen öffentlicher Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung von Menschen mit einer Depression eingegangen. Es folgt ein Modell zum Thema Umgang von Betroffenen mit dem Stigma, welche unter anderem nachteilig für den Verlauf der Störung sein können. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Exkurs zum Thema Chancen der Selbststigmatisierung.

Im letzten Kapitel wird der Auftrag der Sozialen Arbeit betrachtet und welche theoretischen Zugänge oder Konzepte vorhanden sind, um der Selbststigmatisierung entgegen zu wirken. Aus diesen Zugängen werden Methoden abgeleitet, welche als geeignet angesehen werden, selbststigmatisierende Tendenzen zu reduzieren.

Zum Schluss der Arbeit wird ein Fazit gezogen, bei welchem auf die wichtigsten Erkenntnisse eingegangen wird. Zudem werden Perspektiven für die Praxis und weiter folgende Arbeiten aufgezeigt.

## 2 Stigmatisierung

Im folgenden Kapitel werden die Begriffsdefinitionen von Stigma und Stigmatisierung dargestellt sowie eine Abgrenzung zu den Begriffen Vorurteil und Stereotyp gezogen. Weiter wird erläutert, welche Ansätze für den Prozess von Stigmatisierung vorhanden sind und was dieser Prozess mit gesellschaftlichen Normen zu tun hat. Gegen Ende des Kapitels wird darauf eingegangen, welche Folgen Stigmatisierung auf gesellschaftlicher und individueller Ebene haben kann. Zum Abschluss wird in Hinblick auf selbststigmatisierende Prozesse kurz auf das Thema Identität eingegangen.

### 2.1 Definition und Herkunft

#### 2.1.1 Stigma und Stigmatisierung

Die Bedeutung des Wortes *Stigma* wird im Duden mit den Synonymen Brandmal oder Kennzeichen übersetzt (Duden online, 2019). Unter dem Begriff *Stigma* wird zudem ein Merkmal verstanden, welches die betroffene Person von dem Umfeld unterscheidet (Christine De Col, Günther Seewald, Ullrich Meise, 2004, S.862).

In seinen Ausführungen zum Thema Stigma geht Erving Goffman (1963/1975) ebenfalls auf die Herkunft der Wortbedeutung auf den Grund. Er beschreibt, dass der Begriff von den Griechen in Bezug auf ein körperliches Zeichen genutzt wurde, welches etwas Unmoralisches oder Schlechtes mit dem Träger dieses Zeichen verknüpfte (S.9). Die Verbindung eines Merkmales mit etwas Negativen wurde dementsprechend bereits damals geprägt. Zudem kann ein *Stigma* dazu führen, dass der betroffenen Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben werden (Goffman, 1963/1975, S.21). Das liegt daran, dass die Wahrnehmung eines Merkmals gekoppelt ist an Vermutungen über andere unvorteilhafte Merkmale (ebd.).

Eine weitere Umschreibung des Begriffs *Stigma* bietet der Soziologe Karl-Heinz Hillmann (2007). Er führt aus, dass *Stigma* für ein Brand- oder Schandmal steht, welches sowohl ein physisches wie auch psychisches oder soziales Merkmal sein kann (S.864). Diese Definition beinhaltet demnach zum einen äusserlich erkennbare Merkmale und zum anderen psychische Merkmale, welche von aussen nicht direkt zu sehen sind. Als Folge solcher Merkmale beschreibt Hillmann (2007) soziale Deklassierung, Isolation oder sogar Verachtung der Träger (ebd.), auf die im Kapitel 2.5 zu den Folgen noch genauer eingegangen wird. Auch Goffman (1963/1975) beleuchtet den Begriff *Stigma* aus verschiedenen Perspektiven und unterteilt diese in drei Typen, welche folgend im Kapitel 2.1 ebenfalls genauer beleuchtet werden.

Der Begriff *Stigma* beschreibt gemäss Günther Cloerkes (2000) nicht das Merkmal selbst, sondern die negativen Definitionen die diesem Merkmal zugeschrieben werden. Es ist demnach ein Sonderfall eines Vorurteils, auf welches im nächsten Abschnitt eingegangen wird (Cloerkes, 2000). Folglich beschreibt *Stigmatisierung* den Prozess beziehungsweise den Vorgang, durch den



jemand oder etwas aufgrund eines Merkmals diskriminiert wird (Cloerkes, 2000) Dies bedeutet, dass diese Person mit unerwünschten Eigenschaften verbunden wird, was zur Folge hat, dass die Gesellschaft ablehnend oder sogar meidend auf die stigmatisierte Person reagiert (De Col et al. S.862).

### **2.1.2 Stereotyp und Vorurteil**

Zur Abgrenzung zu den Begrifflichkeiten *Stigma* und *Stigmatisierung* wird nachfolgend auf die Begrifflichkeiten *Stereotyp* und *Vorurteil* eingegangen. Diese Begriffe werden oftmals als Synonym verwendet und gleichzeitig in verschiedenen Disziplinen unterschiedlich definiert, weshalb sie hier erläutert werden. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Stigma und Stigmatisierung berücksichtigt.

Unter *Stereotyp* versteht man eine von Alltagswissen geprägte Beschreibung von Einzelpersonen oder grösseren Menschengruppen. Diese Beschreibungen sind einfach und gedanklich leicht festzuhalten. Sie gelten als Vereinfachung eines Umstandes und erzeugen somit schnell Eindrücke und Erwartungen an die Personen, welche dieser stereotypisierten Gruppe angehören (Nicolas Rüschi, Matthias C. Angermeyer & Patrick W. Corrigan, 2005). Beispiele dafür sind, dass Schweizerinnen und Schweizer immer pünktlich sind oder Männer Fussball lieben. Gemäss Hillmann (2007) können diese Stereotype sowohl in den Köpfen einzelner Individuen wie auch in der Gesellschaft auf lange Frist unverändert bleiben, auch wenn neue oder sogar gegenteilige Erfahrungen gemacht werden (S.860).

Das *Vorurteil* beinhaltet den Begriff Urteil. Ein Urteil wird nach allgemeinem Verständnis bei vernünftiger Abwägung aller Argumente gefällt (Asmus Finzen, 2013, S.26). Diese kritische Abwägung fehlt bei einem Vorurteil, da oftmals keine Erfahrungswerte vorhanden sind. Das Vorurteil entsteht somit willkürlich und passt sich den individuellen Werten und Normen an (ebd.).

Max Horkheimer (1963) erstellt zusätzlich die These, dass das Vorurteil eine Ergänzung für die Instinkte eines Menschen in unserer Gesellschaft darstellt (S.6). Dies hängt damit zusammen, dass die Individuen für die Alltagsbewältigung eine einschränkende Ansichtsweise benötigen um Eindrücke besser verarbeiten zu können (ebd.). Zudem stellen Vorurteile eine Stütze für die Entscheidungsfindung dar, da sie auf Erfahrungswerten beruhen können oder vorgeben dies zu tun (Finzen, 2013, S.28).

Zudem haben Vorurteile den Zweck, die Eigengruppe zu stärken und sich von Fremdgruppen abzugrenzen (Hillmann, 2007, S.949). Diese Abgrenzung geschieht durch die Abwertung und Diskriminierung von anderen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft und führt so zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls sowie dem Gefühl, als Gruppe moralisch überlegen zu sein (ebd.).

Im Unterschied zu einem Stigma, können Vorurteile auch positiv sein. Positive Vorurteile sind im Gegensatz zu negativen Vorurteilen oder einer Stigmatisierung nicht abwertend oder diskriminierend (Horkheimer, 1963). Sie dienen lediglich zur Orientierung in Alltagssituationen, wie beispielsweise die Frage, welches Waschmittel das Beste ist, deutliche macht (S.8).

Bei negativen Vorurteilen handelt es sich ebenfalls um ein umfangreiches Themenfeld, welches alle Ebenen des gesellschaftlichen Lebens betreffen kann. Sie entstehen oft aus fehlendem Wissen gegenüber etwas, das fremd und daher fragwürdig erscheint, oder beruhen auf Stereotypen, welche sich über Generationen verfestigt haben (Finzen, 2013, S.29). Auf die gesamte Bandbreite von Vorurteilen sowie auf den schmalen Grat zwischen vernünftigen und begründbaren Urteilen und diskriminierenden Vorurteilen wird in dieser Arbeit jedoch nicht eingegangen werden.

Abschliessend ist festzuhalten, dass das Wissen über gängige Stereotypen und Vorurteile nicht direkt die allgemeine Zustimmung bedeutet. Trotzdem sind sie grundlegende Voraussetzung für das Stigma und die damit zusammenhängende Reaktion der Diskriminierung. Vorurteile, Stereotype und Stigma werden oftmals auch sprachlich als synonym verwendet und dementsprechend als dasselbe betrachtet. Aus den Ausführungen wurde jedoch ersichtlich, dass insbesondere das Stigma gekennzeichnet ist durch eine negative Zuschreibung, sei es in Bezug auf das Merkmal selbst oder die Umstände, in welchen es auftaucht.

## 2.2 Typen von Stigma

Bei der Begriffsdefinition von Stigma wurde bereits ersichtlich, dass sich Stigma nicht klar eingrenzen lässt. Es macht einen Unterschied, ob ein Merkmal äusserlich erkennbar ist oder von psychischer Natur also für Aussenstehende in keiner Weise zu erraten ist. Erving Goffman (1963/1975) unterscheidet dabei drei Typen von Stigma (S.13). Zudem unterscheidet er zwischen diskreditierbaren und diskreditierten (S.12), was für Betroffene besonders im Umgang mit dem Stigma von Bedeutung ist. Folgend wird sowohl auf den Nutzen der Unterscheidung wie auf die verschiedenen Typen eingegangen.

### 2.2.1 Ausgangslage

Zu Beginn stellt sich die Frage, weshalb von verschiedenen Typen eines Stigmas gesprochen wird. Dabei geht es gemäss Alfred Grausgruber (2005) hauptsächlich um die unterschiedlichen Möglichkeiten für betroffene Personen, wie mit dem Stigma umgegangen werden kann (S.22). In diesem Zusammenhang ist beispielsweise ein angeborenes Stigma mit zusätzlichen Bewältigungsaufgaben während der persönlichen Entwicklung verbunden, wobei auch ein langfristiger Umgang gelernt werden kann. Ein erworbenes Stigma hingegen, verursacht beispielsweise durch einen Unfall, erfordert oftmals eine Neubestimmung der eigenen Identität (ebd.).

Eine wichtige Gegebenheit in Bezug auf die Typen von Stigma ist ebenfalls, dass nicht das spezifische Merkmal stigmatisierend wirkt, sondern erst in einem bestimmten Kontext stigmatisierend ist (Goffman, 1963/1975, S.11). Auch Cloerkes (2000) beschreibt, dass ein Stigma erst in sozialen Beziehungen zum Vorschein kommt, da nicht das Merkmal selbst, sondern erst die negativen Zuschreibungen und Definitionen stigmatisierend sind (ebd.). Das heisst, dass ein Merkmal, welches in einer Situation besonders auffällt, in einer anderen völlig unauffällig ist oder als normal angesehen wird. Wenn also beispielsweise eine Person in einem Rollstuhl unterwegs ist, kann das an einem Bahnhof ein Stigma sein, da diese Person durch den Rollstuhl besonders auffällt oder weil sie beispielsweise einen Mehraufwand beim Einstieg in den Zug bedeutet. In einem Paraplegie-Zentrum hingegen wird diese Person eher weniger Stigmatisierung erleben, da diese Umstände zum Alltag gehören.

### 2.2.2 Drei Typen nach Goffman

Als erste Unterscheidung beschreibt Goffman (1963/1975) den Unterschied zwischen den *Diskreditierbaren* und den *Diskreditierten* (S.12). Im ersten Fall handelt es sich um Personen, welche davon ausgehen, dass der Zustand des Andersseins nicht wahrnehmbar ist. Bei den Diskreditierten hingegen, ist die Auffälligkeit bereits bekannt oder erkennbar (ebd.). In Zusammenhang damit, dass nicht das spezifische Merkmal stigmatisierend ist, sondern in welchem Kontext es auftritt, haben stigmatisierte Personen wahrscheinlich bereits Erfahrungen

als Diskreditierbare und Diskreditierte gemacht. Auch hier gibt es einen Unterschied in Bezug auf den Umgang mit der Stigmatisierung. Bei den Diskreditierbaren stellt sich hauptsächlich die Frage, wer wie über das Merkmal informiert wird (De Col et al., 2004, S. 864). Bei diskreditierten Personen ist die hauptsächlich Schwierigkeit wie Spannungen, ausgelöst durch das Stigma, bei sozialen Interaktionen reduziert werden können (ebd.).

Die drei Typen beschreibt Goffman (1963/1975) wie folgt. Zum einen benennt er Physische Auffälligkeiten welche er als „Abscheulichkeiten des Körpers“ (S.12) bezeichnet, und zum anderen benennt er „individuelle Charakterfehler“ (S.12) wie beispielsweise eine Sucht, Arbeitslosigkeit oder eine Gefängnishaft. Den dritten Typ nennt Goffman (1963/1975) das „phylogenetische Stigma“ (S.13) und er fasst damit Merkmale wie die Abstammung, Nation oder Religion zusammen. Dieser Stigma Typ wird in der Regel genetisch oder innerhalb einer Familie weitergeben und betrifft normalerweise alle Familienmitglieder (ebd.). Grausgruber (2005) teilt die psychische Krankheit, somit auch die depressive Störung, in die zweite Kategorie der Stigmatisierungs-Typen ein, also bei den „individuellen Charakterfehlern“ (S.21).

### **2.2.3 Fazit**

Aus diesen Abschnitten wurde ersichtlich, dass für diese Arbeit besonders der zweite Typ des Stigmas nach Goffman (1963/1975) relevant ist, da im weiteren Verlauf die depressive Störung betrachtet wird. Dabei handelt es sich um ein erworbenes Stigma, welches besonderen Einfluss auf die persönliche Identität haben kann. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass die Diskreditierung nicht bei einer ersten Begegnung vorhanden ist, da das Stigma visuell nicht erkennbar ist. Trotzdem hat der Kontext einen grossen Einfluss auf den Stigmatisierungsprozess. In einer Einrichtung für Menschen mit psychischen Störungen wird der Umgang mit Betroffenen vermutlich ganz anders aussehen, als an einem ungeschützten Ort in der Gesellschaft wie beispielsweise dem Arbeitsplatz.

## 2.3 Prozess von Stigmatisierung

Um die Bedeutung der diskriminierenden Wirkung von Stigmatisierung nachvollziehen zu können, macht es Sinn den Prozess der Stigmatisierung zu beschreiben. Dabei gibt es verschiedene Ansätze, wie dieser Prozess verlaufen kann.

De Col et al. (2004) beschreibt den Prozess der Stigmatisierung nur knapp. Die Ausgangslage ist ein auffallendes unterscheidendes Merkmal, welches die betroffene Person markiert also mit einem sogenannten Etikett versehen. Dieses Merkmal oder ist mit negativen Vorurteilen oder Stereotypen verbunden, welche das Etikett beschreiben. Das führt zu Diskriminierung in Form von negativen sozialen Folgen. Wichtig ist zudem die psychologische Internalisierung des Vorurteils der Betroffenen was dazu führt, dass sich die Person selbst stigmatisiert (S.862).

Ausführlicher kann der stigmatisierende Prozess, mit verschiedenen Modellen beschrieben werden. Eines davon ist der *Labeling Approach* zu Deutsch *Etikettierungsansatz* oder auch *Reaktionsansatz* (Siegfried Lamnek, 2007, S.223). Bei diesem Ansatz liegt der Fokus auf dem Vorgang, wie eine Person als abweichend etikettiert oder stigmatisiert wird (Dagmar Danko, 2015, S.66). Dieser Ansatz wird vorgängig betrachtet da er als Ausgangspunkt für den *modifizierte Etikettierungsansatz* gilt (Link et al., 2001; zit. in Grausgruber, 2005, S.29), auf welchen in diesem Kapitel ebenfalls eingegangen wird.

### 2.3.1 Der Labeling Approach

Die Ausgangslage für den *Etikettierungsansatz* ist eine gesellschaftliche Vorstellung von Normen und die Abweichung eines Individuums von diesen Normvorstellungen (Lamnek, 2007, S.224). Dabei stellt sich nicht die Frage, ob ein bestimmtes Verhalten normal oder abweichend ist, sondern wie dieses von der Gesellschaft definiert wird (ebd.). Ähnlich wie beim Stigma selbst, handelt es sich entsprechend um eine subjektive und situationsabhängige Bewertung. In Bezug auf eine psychische Störung beispielsweise bestehen Vorstellungen, die durch verschiedene Stereotype gekennzeichnet sind (Grausgruber, 2005, S.28). Werden diese nun mit einem bestimmten Verhalten einer betroffenen Person bestätigt, wird diese Person mit dem Etikett *psychisch krank* versehen (ebd.). Das bedeutet, wenn sich eine Person auffallend verhält, wird ihr Verhalten unmittelbar als Resultat der psychischen Störung betrachtet. Die darauffolgenden Reaktionen von der Umgebung dieser Person gegenüber, sind geprägt von einheitlichen Mustern und Vorstellungen der Gesellschaft, wie sich psychisch erkrankte Menschen verhalten und wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll (Grausgruber, 2005, S.28.). Diese gesellschaftlichen Reaktionen fördern bei stigmatisierten Personen die Übernahme der Rolle *eines psychisch kranken Menschen* und können zu einer Umorganisation der persönlichen Identität aufgrund von Identifizierungsprozessen führen. Das bedeutet, die betroffene Person beginnt sich mit der zugeschriebenen Rolle zu identifizieren (S.29).

### 2.3.2 Der modifizierte Etikettierungsansatz

Beim *modifizierten Etikettierungsansatz* wurden diverse Forschungsergebnisse zusammengefasst, welche aufzeigen, dass ein Etikett oder eben das Stigma *psychisch krank* erhebliche Auswirkungen auf die Betroffenen haben kann (Link et al. 1989; zit. in Grausgruber, 2005, S.29). Dabei werden fünf Phasen unterschieden, die nachfolgend beschrieben werden (ebd.). Dieser Ansatz ist für die vorliegende Arbeit besonders relevant, da er die Grundlage für diverse Studien zur Bedeutung der Selbststigmatisierung im Prozess der Stigmatisierung bietet (Angermeyer, 2003). Er wird anhand des Beispiels einer psychischen Störung ausgeführt. Die Ausführungen zum Thema depressive Störung folgen in Kapitel 3.

Am Anfang steht die Phase eins, die verbreitete gesellschaftlichen Vorstellungen zum Thema psychische Krankheit beinhaltet (Grausgruber, 2005, S.29). Es besteht ein allgemein anerkanntes Bild psychisch kranker Personen, welches die Wahrnehmung der Individuen einer Gesellschaft prägt und die damit verbundene Abwertung und Diskriminierung rechtfertigt. In der zweiten Phase werden diese Vorstellungen mit einer Person verknüpft. Auslöser dafür ist die offizielle Etikettierung beispielsweise durch medizinische, diagnostizierende Instanzen in Form einer psychiatrischen Behandlung. Werden nun betroffene Personen mit dem Stigma konfrontiert, löst dies eine Reaktion bei den Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus, welche begründet ist mit dem stigmatisierten Status. Dies Beschreibt die Phase drei. Mögliche Reaktionen sind beispielsweise sozialer Rückzug oder Verheimlichung der aktuellen Situation. Die Konsequenzen des Stigmatisierungsprozesses auf das Leben und die Lebensumstände werden in der vierten Phase erkennbar. Dabei zeigt sich einerseits die negative Auswirkung durch die Einstellung der Gesellschaft, insbesondere bei wichtigen Interaktionspartnern. Andererseits zeigen sich Auswirkungen bei den Betroffenen selbst, welche sich versuchen zu schützen. Die Verheimlichung, der soziale Rückzug oder die selektive Information über den persönlichen Zustand können in dieser Phase negative Konsequenzen nach sich ziehen, wie beispielsweise die Einschränkung sozialer Beziehungen und somit sozialer Ressourcen. Erst die Auswirkungen der Stigmatisierungen mit Nebeneffekten wie die Verminderung des Selbstwertgefühls oder Verlust des Arbeitsplatzes führen zu Phase fünf, in welcher die erhöhte Anfälligkeit für weitere psychosoziale Probleme erkennbar wird (S.30).

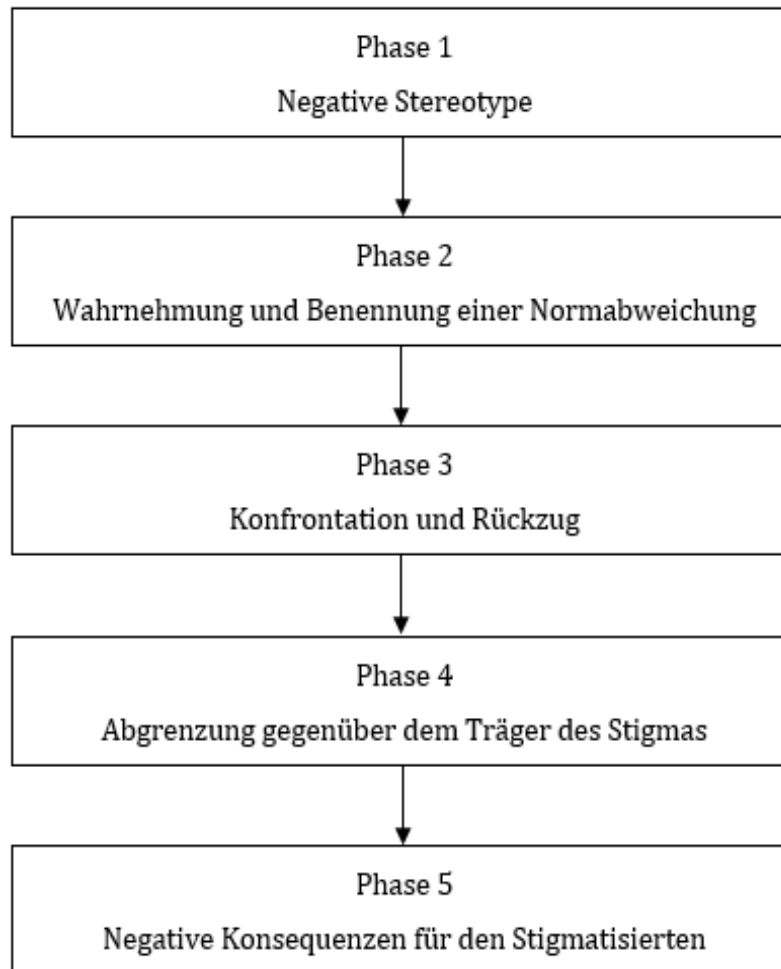


Abbildung 1: Stigmatisierungsprozess nach Link et al. (1989; zit. in Grausgruber, 2005, S.29)

### 2.3.3 Fazit

Bei beiden Modellen ist zu erkennen, dass Stigmatisierung ein von verschiedenen Einflüssen abhängiger Prozess ist. Es gibt zwei Perspektiven, einerseits die der stigmatisierenden Umwelt und andererseits die des stigmatisierten Individuums. Diese Perspektiven werden hauptsächlich beim modifizierten Etikettierungsansatz zum Vorschein gebracht. Auch Goffman (1963/1975) beschreibt den Prozess als wechselseitig. Er umreißt diesbezüglich die Wahrnehmung der stigmatisierten Person, welche das Verhalten der Umgebung als Reaktion auf die eigene Unzulänglichkeit sieht und dementsprechend reagiert. Das stigmatisierende Umfeld hingegen sieht im Verhalten der stigmatisierten Person eine Reaktion aufgrund der Unzulänglichkeit und stigmatisiert dementsprechend (S.28). Dieses Erkenntnis ist wichtig für den Verlauf der Arbeit, da diese Selbststigmatisierung daher nicht nur einseitig betrachtet werden kann. Weiter ist von Bedeutung, in welcher Phase sich das Individuum befindet. Auch die Gesellschaft muss als Kontext miteinbezogen werden und dementsprechend werden je nach Phase verschiedene Auswirkungen beschrieben.

## **2.4 Funktionen von Stigmatisierung und Normen**

Wie beim Prozess der Stigmatisierung ersichtlich wurde, ist die Ausgangslage für den Stigmatisierungsprozess gesellschaftliche Vorstellungen davon, welche Normen gelten. Dabei ist noch nicht klar, welchen Zweck diese Normen für die Gesellschaft haben, weshalb anschliessend darauf eingegangen wird. Ausserdem stellt sich die Frage, ob auch die Stigmatisierung eine gesellschaftliche Funktion haben kann, was danach betrachtet wird.

### **2.4.1 Definition und Funktion von Normen**

Für den sozialen Umgang gilt es, verschiedene Grundsätze einzuhalten, um das Zusammenleben nicht zu gefährden (Finzen, 2013, S.48). Einer dieser Grundsätze beinhaltet die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, wie beispielsweise der Familie, einem Sportverein aber auch einer Gemeinde oder Stadt. Diese Zugehörigkeit beinhaltet die Einhaltung von gewissen sozialen Regeln, welche auch als Normen und Werte zu bezeichnen sind und die man ohne Konsequenzen nicht überschreiten kann (ebd.). Das bedeutet, dass Mitglieder einer Gruppe dazu angehalten sind, diese Regeln, Normen und Werte einzuhalten, um das funktionierende Zusammenleben zu gewährleisten (S.49).

Soziale Normen können auch als soziale Regeln betrachtet werden (Asmus Finzen, 2018, S.16). Sie sind nicht alle gleich stark verbindlich (ebd.) und sind beeinflusst durch den sozialen Wandel sowie durch gesellschaftliche und kulturelle Hintergründe. Soziale Normen unterscheiden sich daher von Gesellschaft zu Gesellschaft (Peter R. Hofstätter, 1966, S.99 ff.).

Diese klaren Vorstellungen davon, wie innerhalb einer bestimmten Gruppe gelebt werden soll, sind gemäss Grausgruber (2005) prägend für unser Verhalten und Auftreten. Sie haben zudem eine entlastende Funktion, da die Erfahrungen aus neuen Begegnungen eingeordnet werden können (S.20.). Normen und Normalität dienen somit als Orientierungsgrundlage im Alltag (S.25).

Die Abweichung von ebendiesen Normen und Wertvorstellungen kann zu Sanktionen bis hin zum Ausschluss aus einer Gesellschaft oder Gruppierung führen (Finzen, 2013, S.49). Diese Abweichung von Normen beschreibt Grausgruber (2005) auch als Grundlage für die Stigmatisierung (S.25).

In diesem Zusammenhang kann festgehalten werden, dass die Normen und Werte ein Abgrenzungs-, aber auch Orientierungsfunktion haben. Die beschriebenen Modelle zeigen zudem auf, dass Stigmatisierung als Folge von Abweichung dieser Normen stattfindet. Trotzdem stellt sich noch die Frage, ob sich noch weitere soziale Funktionen hinter dem Stigmatisierungsprozess finden lassen.



## 2.4.2 Funktion von Stigmatisierung

Grausgruber (2005) geht aufgrund von Feststellungen in der Stigma-Forschung davon aus, dass Stigmatisierung überall auf der Welt zu finden ist und aus diesem Grund eine soziale Funktion erfüllen muss (S.24). Dabei unterscheiden sich Funktionen auf der Mikroebene, also auf der Ebene von einzelnen Individuen, und auf der Makroebene, der gesellschaftlichen Ebene (ebd.).

Auf der individuellen Ebene stellt Stigmatisierung, wie dies auch bei den Normvorstellungen der Fall ist, eine Orientierungsgrundlage dar (Grausgruber, 2005, S.24). Einzelne Individuen haben so die Möglichkeit, Unsicherheiten zu verringern, da bereits definierte Vorstellungen und Erwartungen unbekanntem Interaktionspartnern gegenüber gegeben sind (ebd.). Negative Auswirkungen zeigen sich, sobald diese Erwartungen selektiv wirken, also eine Interaktion gar nicht zugelassen wird. Das kann dazu führen, dass Erfahrungen im Umgang mit anderen Individuen einer Gesellschaft nicht gemacht werden und sich Vorurteile verhärten können (ebd.).

Weiter kann Stigmatisierung auf der Mikroebene eine Strategie zur Identitätssicherung darstellen (Grausgruber, 2005, S.25). Damit ist einerseits gemeint, dass das persönliche psychische Gleichgewicht bei der Begegnung mit Betroffenen beziehungsweise Trägern eines Stigmas wiederhergestellt oder bewahrt wird. Grund dafür sind individuelle „Abweichungsgelüste“ (S.25), welche bei Begegnung mit abweichenden Personen bei stigmatisierenden Personen abgewendet werden. Andererseits können fehlende Strategien im Umgang mit dem Anderssein zu Ablehnung und Vermeidung von Interaktion führen. Das hat die soziale Isolierung einer stigmatisierten Person zur Folge, damit Stigmatisierende sich nicht mit dieser hervorgerufenen Irritation auseinandersetzen müssen (ebd.).

Auf individueller wie auch gesellschaftlicher Ebene bedeutet Stigmatisierung die Erhöhung des Wertes der Eigengruppe (Grausgruber, 2005, S.25). Durch die Definition einer Randgruppe wird es möglich, sich selbst als wertvoller oder besser zu sehen, was zu einer Erhöhung des Selbstwertes führt (ebd.).

Weiter ist auf der Makroebene eine Funktion der Regulation zu beobachten (Grausgruber, S.26). Damit ist gemeint, dass das System einer Gesellschaft gerechtfertigt wird, da unterschiedliche Positionen und Ungleichbehandlung aufgrund der abweichenden Individuen legitimiert werden können (ebd.). Zu guter Letzt ist die Stärkung der Norm eine grundlegende Funktion, da es nur Sinn macht normkonform zu sein, wenn es auch Stigmatisierte gibt (ebd.).

## 2.5 Folgen von Stigmatisierung

Eine schwerwiegende Folge von Stigmatisierung ist die gesellschaftliche Diskriminierung und Ungleichbehandlung von Personen, die von der oben erörterten Norm abweichen. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise wie stark ein Individuum abweicht von gängigen Normvorstellungen und der soziale Umgang mit diesen Abweichungen. Angermeyer (2004) unterscheidet drei Formen der Diskriminierung, welche Auswirkungen auf die Betroffenen haben: Die individuelle Diskriminierung, die strukturelle Diskriminierung und die Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung (ebd.).

### 2.5.1 Begriffsdefinition Diskriminierung

Durch die Beschreibung des Prozesses der Stigmatisierung wurde bereits klar, dass die Diskriminierung eine Folge von Stigmatisierungsprozessen darstellt. Die grundsätzliche sowie die drei spezifischen Definitionen der Diskriminierung werden wie folgt umschrieben.

Gemäss Amnesty International (ohne Datum) bedeutet Diskriminierung, dass Einzelpersonen und Menschengruppen aufgrund bestimmter Merkmale systematisch an der Ausübung ihrer Menschenrechte gehindert werden. Finzen (2013) beschreibt Diskriminierung als Folge von Stigma, negativer Vorurteile und Stereotype (S.26).

Bei der *individuellen Diskriminierung* handelt es sich um die subjektive Einschätzung stigmatisierender Personen, zum Beispiel in Bezug auf soziale Distanz (Angermeyer, 2004). In Bezug auf die depressive Störung könnte das bedeuten, dass die Diagnose ein spezifisches Verhalten wie Kontaktabbruch bei den Menschen im Umfeld auslösen kann. Anders wäre das bei der Diagnose einer Grippe, bei welcher das Umfeld eher bereit ist, bei der Genesung zu unterstützen.

Unter *struktureller Diskriminierung* wird die Entstehung von Ungleichgewicht und Ungerechtigkeit in sozialen Strukturen verstanden, die negative Folgen für Betroffene verursachen (Angermeyer, 2004). Beispiele dafür sind politische Entscheide oder gesetzlichen Regelungen zum Thema der Krankenversorgung, welche zum Nachteil von Betroffenen einer psychischen Störung getroffen werden (ebd.).

Bei der dritten Form handelt es sich um *Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung* (Angermeyer, 2004). So haben von einem Stigma betroffene Personen eine Vorstellung davon, welche Vorurteile in der Gesellschaft zur eigenen Situation bestehen. Menschen mit einer psychischen Störung zum Beispiel, hatten vor der Diagnose der Störung eine Vorstellung davon, wie sich ein psychisch Kranker verhält. Mit der eigenen Betroffenheit fallen diese Vorstellungen nicht einfach weg und eine Selbststigmatisierung entsteht.

Finzen (2013) nennt dies auch die „zweite Krankheit“ (S.36). Auch hier zeigt sich die bereits erwähnte Wechselwirkung zwischen erwarteter Reaktion und dem eigenen Verhalten aufgrund ebendieser Erwartungen.

### **2.5.2 Folge Makroebene: öffentliche Stigmatisierung**

Bei öffentlicher Stigmatisierung unterscheidet man die individuelle und die strukturelle Diskriminierung (Georg Schomerus und Matthias C. Angermeyer, 2011). Ausserdem wird Diskriminierung als zurückweisendes Verhalten aufgrund bestimmter Vorurteile gegenüber einer Person definiert, was die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe betrifft (De Col et al., 2004, S.862). Damit verbunden sind Beleidigungen, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Vorenthaltung von Grundrechten, Ausschluss von Ämtern und Berufen (ebd.).

Zudem kann Stigmatisierung zu unerfreulichen Kontakten mit stigmatisierenden Personen (Grausgruber, 2005, S.33) oder ebenfalls als Folge auf gesellschaftlicher Ebene zur sozialen Isolation führen (De Col et al., 2004, S.861). Diese Faktoren können unter anderem einen negativen Einfluss auf die Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben, dem damit verbunden Einkommen und somit zur Reduzierung der Lebenschancen führen (Grausgruber, 2005, S.33).

### **2.5.3 Folge Mikroebene: Selbststigmatisierung**

Die behandelten Folgen auf gesellschaftlicher Ebene zeigen nur eine Seite. Die beschriebenen Stigmatisierungsprozesse zeigen zudem einen Einfluss auf die persönliche Selbstwahrnehmung. So kann ein Stigma dazu führen, dass der eigene Selbstwert aufgrund von Schamgefühlen gemindert wird (De Col et al., 2004, S.861).

Besonders zu begründen ist dies damit, dass das negativ geprägte Bild im Lauf der persönlichen Sozialisation bereits so stark verinnerlicht wurde, dass die Selbstbetrachtung ebenfalls negativ geprägt wurde (De Col et al., 2004, S.862). Besonders im Bereich der psychischen Gesundheit hat das einen starken Einfluss auf eine allfällige Behandlung der Störung da es, aufgrund der negativen Einstellung zu sich selbst, negative Auswirkungen für den Krankheitsverlauf und die Prognose auslöst. Es wird oftmals nicht oder sehr verspätet auf eine Behandlung zurückgegriffen (ebd.). Goffman (1963/1975) verbindet diese negative Selbstwahrnehmung zudem mit dem Glauben an eine Normalität. Diese Normalität wird angestrebt mit der Hoffnung, ihr zu entsprechen und nicht von ihr abzuweichen (S.16).

Im Bereich der Selbststigmatisierung kann daher zwischen zwei Mechanismen unterschieden werden (De Col et al., 2004, S.866). Einerseits sind die Identifikationsprozesse mit dem Stereotyp oder aber mit dem als normal betrachteten Umfeld zu nennen, andererseits die Coping-Strategien, welche den Umgang mit herausfordernden Lebenslagen beschreiben (ebd.).

Bei den Identifikationsprozessen können Betroffene die negativen Zuschreibungen auf die eigene Person beziehen und als zutreffend verinnerlichen (De Col, 2004, S.866). Es findet eine Rekonstruktion der Identität statt, auf welche im nächsten Kapitel noch genauer eingegangen wird. Die Coping-Strategien hingegen beschreiben Prozesse, bei welchen beispielsweise die eigene Erkrankung verleugnet wird, um sich mit den vermeintlich Normalen beziehungsweise den Gesunden zu identifizieren (ebd.). Diese Mechanismen sind eng verbunden mit den Techniken, Stigmatisierung zu umgehen oder zu bewältigen. Im Kapitel 4.4 zum Thema Stigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung wird auf diese Techniken eingegangen, nachdem die Selbststigmatisierungsprozesse ausführlicher beschrieben wurden.

#### **2.5.4 Fazit**

Die gesellschaftliche Stigmatisierung zeigt Folgen, welche für den betroffenen Menschen von grossem Nachteil sind. Die soziale Isolation, fehlende Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit fehlendes Einkommen haben auf die Lebensqualität einen erheblichen Einfluss und damit auch auf die Genesungs- und Wiedereingliederungschancen. Trotzdem darf die Selbststigmatisierung nicht unterschätzt werden, denn die Identifizierung mit dem Stigma und die negative Selbstbetrachtung haben erheblichen Einfluss auf die individuellen Lebensumstände. Ist eine betroffene Person davon überzeugt, dass die eigene gesellschaftliche Ausgrenzung gerechtfertigt ist, werden Massnahmen zur Veränderung der Situation wohl weniger in Erwägung gezogen.

## **2.6 Identität**

Wie beim modifizierten Etikettierungsansatz und den Folgen auf der Mikroebene zu erkennen ist, kann Stigmatisierung einen Einfluss auf die Identität von Trägern eines Stigmas haben. Anhand dieser Überlegung wird nun erläutert, was genau Identität heisst und welche Identitätskonzepte es gibt.

### **2.6.1 Begriffsdefinition**

Identität kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden und hat demnach in der Psychologie eine andere Bedeutung als aus der pädagogischen oder philosophischen Sicht (Jörg Zirfas, 2010, S.9). Psychologisch stehen das Selbstbild und dessen Bedeutung im Vordergrund, in pädagogischen Ansätzen wird hauptsächlich die Identitätsentwicklung beleuchtet, wobei auch soziale Rolle und Zuschreibungen Teil der Identität ausmachen, was thematisch eher in der Soziologie bewegt (ebd.).

Identität beschreibt das Selbst, welches aus Wissen oder Annahmen über die eigene Person besteht und damit persönliche Denkprozesse beeinflusst. Ausserdem ist Teil der Identität die eigene Persönlichkeit. Diese wird definiert als Gesamtheit aller individuellen Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Menschen (Bettina Hannover & Werner Greve, 2018, S.561). Das Selbst entwickelt sich im Verlaufe eines Lebens und kann sich durch bereits erworbenes Wissen und vorhandene Erfahrungen stabilisieren. Gleichzeitig verändert sich das Selbst lebenslänglich und ist immer abhängig von relevanten sozialen Rückmeldungen (ebd.). Erikson beschreibt in seinen Ausführungen zur Identitätsentwicklung die fünfte Entwicklungsstufe als Identitätsdefinition. In dieser Stufe steht der Einfluss von körperlichen Veränderungen und der Umgang mit Erwartungen der Umwelt im Zentrum (August Flammer, 2017, S.100).

Die vorangegangene Einführung gibt Einblick in die Wechselwirkung zwischen dem Selbst, beziehungsweise der Identität und der Umwelt. Die Entwicklung der Identität basiert auf Rückmeldungen und Eindrücken aus der Umwelt. Dies weist darauf hin, dass eine mögliche Umorganisation der Identität bei veränderten Reaktionen oder Erwartungen der Umwelt denkbar ist.

### **2.6.2 Identitätskonzepte**

Goffman (1963/1975) hat sich im Zusammenhang mit Stigmatisierung bereits mit der Frage der Identität auseinandergesetzt. Wie es der Titel des Buches „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ bereits aufzeigt, geht Goffman (1963/1975) von einer Beeinflussung der Identität aufgrund von Stigmatisierung aus.

Bei diesen Ausführungen wird davon ausgegangen, dass jedes Individuum verschiedene Identitäten mit unterschiedlichen Funktionen besitzt. Goffman (1963/1975) unterscheidet drei

Identitäten: die virtuelle und die aktuelle soziale Identität sowie die Ich-Identität (Goffman, 1963/1975, S.10). Diese werden in der neuen Literatur auch als soziale Identität, persönliche Identität und Ich-Identität beschrieben (Cloerkes, 2000).

Unter der sozialen Identität (virtuelle soziale Identität) versteht man die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kategorie, in welche sich Menschen gegenseitig einordnen. Es handelt sich dabei um Charakterisierungen welche spontan im Moment gemacht werden wie beispielsweise die Wahrnehmung eines anderen Menschen als der Student, der Körperbehinderte oder die Drogenabhängige (Goffman, 1963/1975, S.10). Es handelt sich hierbei um offensichtliche oder bereits bekannte Eigenschaften, welche von der Umwelt einfach kategorisiert werden können.

Die persönliche Identität (aktuelle soziale Identität) beschreibt die Merkmale, welche eine Person tatsächlich aufweist und die damit verbundene Einzigartigkeit jedes Individuums. Diese sind wie bereits eingangs beschrieben begründet mit der persönlichen Biografie, den Erfahrungen, aber auch der Rückmeldungen der Umwelt (Goffman, 1963/1975, S.10). Die persönliche Identität ist vergleichbar mit der Persönlichkeit.

Die dritte Identität ist nicht zu verwechseln mit der persönlichen Identität. Die Ich-Identität beschreibt das subjektive Empfinden der persönlichen Situation (Goffman, 1963/1975, S.132). Es ist das Zusammenspiel von persönlichen Erfahrungen und der Umwelt, welche das Empfinden eines Individuums beeinflussen (ebd.). Das Selbst, welches zu Beginn beschrieben wurde, kann am ehesten damit in Verbindung gesetzt werden.

Alle drei Identitäten zeigen verschiedene Problembereiche im Umgang mit Stigmatisierung auf (Cloerkes, 2000). So beschreib die soziale Identität wie Stigmatisierung überhaupt zustande kommt. Die persönliche Identität zeigt auf, wie mit diesem Merkmal umgegangen wird (Cloerkes, 2000), also beispielsweise ob die depressive Störung kommuniziert oder verheimlicht wird. Die Ich-Identität verdeutlicht, wie sich die Person mit der Diagnose fühlt und wie sie den Umgang im Umfeld erlebt (Cloerkes, 2000). Diese Ebene hat in dieser Arbeit besondere Bedeutung, da die Verarbeitung der Stigmatisierungsprozesse betroffener Personen besonders betrachtet wird.

## 3 Depressive Störung

Um zu erkennen, wie und weshalb Menschen mit einer depressiven Störung stigmatisiert werden könnten, wird in diesem Kapitel vertiefter auf diese Diagnose eingegangen. Dazu werden zu Beginn begriffliche Abgrenzungen gemacht, um danach auf die Diagnose an sich und die der depressiven Störung eingehen zu können. Am Ende des Kapitels werden mögliche Ursachen einer depressiven Störung anhand verschiedener Ansätze erläutert.

### 3.1 Begriffsdefinitionen

#### 3.1.1 Störung

In Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, oder eben anstelle von Krankheit, spricht man heute vermehrt von psychischer Störung (Urs Baumann & Meinrad Perrez, 2011, S.32). Dies mit der Begründung, dass der Begriff Krankheit spezifische Symptome, Verläufe und dazugehörige biologische Prozesse und Ursachen impliziert (ebd.). Da weder die Ursachen noch die genauen Verläufe einer psychischen Störung abschliessend definierbar sind, wird in dieser Arbeit der weniger spezifische Begriff Störung verwendet.

#### 3.1.2 Affektive Störung

Die depressive Störung gilt als Teilbereich der affektiven Störungen. Als synonyme Begriffe von Affekt werden unter anderem Emotion oder Gefühl verwendet (Daniel Hell, Jérôme Endrass, Jürg Vontobel & Ulrich Schnyder, 2011, S.31). Bei extremer Ausprägung von Affekten, wie beispielsweise Traurigkeit oder Angst, kann ein Leidenszustand entstehen. Es gibt sowohl gesteigerte Affekte wie auch verminderte Affekte, also positive oder negative Affekte. In Bezug auf die Depression sind negative Affekte wie Bedrücktheit und Freudlosigkeit zentrale Symptome (ebd.). Diese Veränderung der Stimmung und des Antriebs sind Haupteigenschaften einer Affektiven Störung (Hell et al., 2011, S.115).

### 3.2 Chancen und Risiken von Diagnosen

Wie im Kapitel 2.3 zum Prozess der Stigmatisierung erwähnt wurde, ist beim modifizierten Etikettierungsansatz die offizielle Diagnose eine Grundlage für die Stigmatisierung. Nebst diesem Risiko können Diagnosen durchaus auch positive Effekte haben. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die Chancen und Risiken einer Diagnose erörtert, bevor die Diagnose *depressive Störung* ausführlich bearbeitet wird.

#### 3.2.1 Begriff Diagnostik

Der Begriff Diagnostik kommt aus dem Griechischen und kann mit Unterscheidung oder Entscheidung übersetzt werden (Silke B. Gahleitner & Helmut Pauls, 2013, S.61). Eine Diagnose ist das Resultat einer Untersuchung und wird somit auch als Krankheits- oder Untersuchungsbefund verstanden (Duden online, 2019). Diagnosen im Bereich der psychischen

Gesundheit sind zudem eine besondere Art der Erkenntnisform (Mandfred Lütz, 2018, S.29). Das bedeutet, dass Diagnosen keine Erkenntnisse im Sinn von naturwissenschaftlichen, sondern lediglich zweckgerichtete Erkenntnisse sind. Der Zweck von Diagnosen ist eine geeignete Therapie zu eruieren und somit die Behandlung von leidenden Menschen (ebd.).

### **3.2.2 Chancen und Risiken**

Peter Buttner (2013) beschreibt, dass Diagnosen als Klassifikationen von bestimmten psychischen Störungen anfällig für Fehler sind. Sie sind dennoch allgegenwärtig, da sich der Wunsch nach Orientierung und Ordnung als nützlich erweist (S.35). Die Voraussetzung für eine Ordnung ist eine genaue und ausführliche Grundlage von Daten (S.36). Die Schwierigkeit dieser Ordnung ist, dass es sich nicht um einen klaren Endzustand handelt. Vielmehr wird die Ordnung und entsprechend die Diagnose laufend im Zusammenhang mit gewissen Merkmalen geschaffen (S.38). Im übertragenen Sinn kann beispielsweise ein Bücherregal entweder nach Farben oder nach Alphabet geordnet werden, wobei ein Buch mit verschiedenen Farben schwieriger einordnen lässt als ein einfarbiges.

In Bezug auf psychische Störungen ist die Klassifikation in dem Sinne angreifbar, weil die Ordnung nur hergestellt werden kann, wenn soziale und moralische Normen wegweisend sind (Buttner, 2013, S.39). Solche Normen, wie bereits in Kapitel 2.4.1 beschrieben wurden, können von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich sein.

In dem Zusammenhang stellt sich Buttner (2013) die Frage, zu welchem Zweck und mit welchen Zielen diagnostische Instrumente als Klassifikationsinstrumente angewendet werden (S.41). Einerseits ergibt sich die Möglichkeit, eine Wirklichkeit abzubilden und nachvollziehbar darzulegen (S.44). Andererseits können Klassifikationsinstrumente dazu beitragen, eine Wirklichkeit zu konstruieren. Das bedeutet, dass ein auffälliges Verhalten vorerst nur beschrieben wird. Wenn es sich wiederholt, kann daraus eine Beschreibung eines Krankheitsbildes mit spezifischen Symptomen entstehen. Dieses Krankheitsbild kann nun vermehrt beobachtet und somit auch häufiger diagnostiziert werden, da es allgemein anerkannt ist (S.45).

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass Diagnosen mit Hilfe von Klassifikationsinstrumenten nicht ausschliesslich als Chance oder Risiko gesehen werden können. Sie bieten eine Orientierung und eine Reduzierung von Komplexität, was Angst und Verunsicherung betroffener Personen mindern kann. Zudem bieten Diagnosen eine Handlungsgrundlage für Therapien und vor allem sind sie eine Grundlage für die Klärung von staatlichen Leistungsansprüchen (Elke Brusa, 2018). Trotzdem bergen sie das Risiko, einseitig und nicht zuverlässig zu sein und können somit auch eine Verstärkung von Angst und Verunsicherung bewirken. Nebst einer Grundlage für Stigmatisierung sind Klassifikationssysteme dieser Art defizitorientiert, was dazu führt, dass



bestehende Ressourcen betroffener Personen und funktionierende Lebensbereiche in den Hintergrund rücken können (Brusa, 2018).

Lütz (2018) plädiert dafür, Diagnosen regelmässig zu überprüfen und sie demnach nicht als endgütige Wahrheit zu sehen (S.29). Es soll der Grundsatz gelten, dass der Mensch im Zweifel gesund ist und nur einschränkende oder selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen behandelt respektive diagnostiziert werden müssen. Ansonsten soll es den Menschen ermöglicht werden, sich mit allen ihren aussergewöhnlichen Verhaltensweisen in einer Gesellschaft zurecht zu finden (S.41).

### **3.3 Symptome und Klassifikation einer depressiven Störung**

Mit der Einführung über Diagnosen und damit verbundene Chancen und Risiken kann nun das diagnostische Bild einer depressiven Störung betrachtet werden. Dazu werden typische Symptome einer depressiven Störung erläutert und es wird aufgezeigt, welche Ausführungen dazu in offiziellen Klassifikationssystemen vorhanden sind.

Jeder Mensch leidet zeitweise an Niedergeschlagenheit. Besonders Verluste oder belastende Veränderungen können dazu führen, dass man sich traurig oder einsam fühlt (Pro Mente Sana, ohne Datum). Solche belastenden Situationen lassen sich häufig aushalten und verarbeiten. Ist dies nicht der Fall, kann es zu einer depressiven Störung führen, welche sich von einem vorübergehenden Stimmungstief unterscheidet (ebd.).

#### **3.3.1 ICD10 / DSM5**

Der ICD10 (International Classification of Diseases) wird von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) veröffentlicht und ist ein internationales Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Das amerikanische Gegenstück DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft herausgegeben (Lütz, 2018, S.37). Bei diesen Klassifikationssystemen werden die Krankheiten beziehungsweise Störungen allein aufgrund ihrer Symptomatik beschrieben, was bedeutet, dass auf die Betrachtung von Ursache und Prognose verzichtet wird (ebd.).

Kritisch betrachtet werden beide Klassifikationssysteme als soziales Konstrukt beschrieben, welches keine allgemein gültige Wahrheit beschreibt (Brusa, 2018). Es stellt sich die Frage nach dem Kontext und vor allem, inwiefern bestimmte Verhaltensweisen als pathologisch also krankhaft bewertet werden (ebd.). Zudem werden mögliche Folgen einer beschriebenen Störung und vorhandene Ressourcen, also die Funktionsfähigkeit betroffener Personen, ausser Acht gelassen (Lütz, 2018, S.37). Sie geben lediglich Hinweise auf mögliche Behandlungsmethoden betroffener Personen (ebd.).

Der ICD-10 sowie das DSM5 unterscheiden verschiedene Ausprägungen der Depression (Renate de Jong-Meyer, 2011, S.853). Nebst bipolaren Störungen gibt es unipolare Störungsbilder, welche im Vergleich häufiger vorkommen. Bei dem bipolaren Störungsbild gibt es manischen Episoden, welche auch als krankhaft leidenschaftliche Episoden bezeichnet werden können, sowie depressive Episoden. Das unipolare Störungsbild unterscheidet innerhalb der Störung noch weitere Kategorien. Das sind unter anderem einzelne depressive Episoden oder die rezidivierende also wiederkehrende depressive Störung. Weiter gibt es noch die anhaltende depressive Störung, welche einen chronischen Verlauf aufweist, also mindestens über zwei Jahre lang als akut zu betrachten ist (ebd.). Neben dem Verlauf wird ausserdem bei der Ausprägung zwischen leicht, mittelgradig oder stark unterschieden wobei auch hier keine klare Abgrenzung gezogen werden

kann (Daniel Hell, 2008, S.42). In dieser Arbeit wird hauptsächlich die unipolare depressive Störung betrachtet, ohne weitere Abgrenzungen zu machen.

### **3.3.2 Symptome einer depressive Störung**

Hammer und Plössel (2012) beschreiben die Depression als eine Verstärkung negativer Gefühle wie Trauer oder Niedergeschlagenheit über eine längere Dauer (S.82).

Gemäss Hell et al. (2011) sind die Hauptsymptome Freudlosigkeit, Bedrücktheit, Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit. Weiter zeigen sich Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen, grüblerische Tendenzen und Unruhe. Auch eine unbestimmte Angst, zum Beispiel vor der Bewältigung des Alltags, und ein vermindertes Selbstwertgefühl können typische Anzeichen einer depressiven Störung sein (S.116). Betroffene werden oft von Selbstvorwürfen oder Schuldgefühlen geplagt, welche sogar in Suizidgedanken münden können. Zudem können die Konzentration, das Gedächtnis und das Denkvermögen beeinträchtigt sein oder verlangsamt sein (ebd.).

Hammer und Plössl (2012) teilen die oben erwähnte Symptomatik in zwei Kategorien ein. Zum einen in negative Gefühle, zum anderen in negative Gedanken. Dazu zählen beispielsweise pessimistische Zukunftsgedanken, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle (S.84). In Zusammenhang mit der Stigmatisierung, insbesondere bei der Selbststigmatisierung, ist dieser Bereich der Symptome besonders bedeutsam. Sie haben einen erheblichen Einfluss auf das Selbst, welches in Kapitel 2.6 zur Identität genauer erläutert wurde.

Eine weitere Kategorie ist die körperliche Ebene (Hammer & Plössl, 2012). Typisch für eine Depression sind Erschöpfung, Energielosigkeit und Müdigkeit sowie Schlafstörungen, welche gemäss Hell et al. (2011) besonders charakteristisch für Depressionen sind (S.116).

Ausserdem beschreibt Hell (2008) die Depression als ganzheitliches Leiden und tiefgehende Veränderung betroffener Personen. Gefühle, Denken und Verhalten sowie körperliche Funktionen sind verändert. Durch die gegenseitige Verstärkung der bestehenden Symptome entsteht ein schwer durchdringbarer Teufelskreis (S.61). Anschaulich wird dies beispielsweise dadurch, dass eine negative Sicht der Dinge zum sozialen Rückzug führt. Die andauernde Isolation in den eigenen vier Wänden verwehrt die Gelegenheit, Erfolge zu erleben oder positive Erfahrungen zu machen, was wiederum dazu führt, dass das eigene Empfinden noch negativer wird (Hammer & Plössl, 2012, S.84).

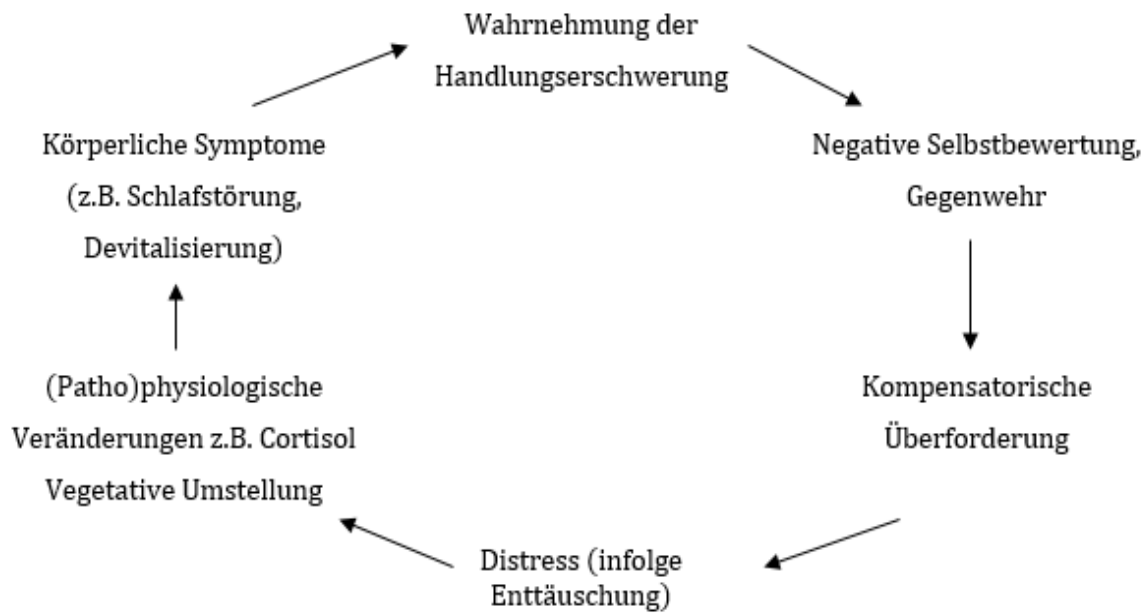


Abbildung 2: Zirkuläres Depressionsmodell nach Hell (Hell et al. 2011, S.119)

Das zirkuläre Depressionsmodell zeigt auf, inwiefern die depressive Störung ein Wechselspiel von körperlichen und psychologischen Vorgängen ist (Hell et al., 2011, S.118). Zu Beginn steht die Wahrnehmung der Handlungerschwerung, bei welcher Betroffene eine reduzierte Leistungsfähigkeit feststellen. Dies führt zu einem negativen Selbstbild, verbunden mit einer Gegenwehrreaktion, welche mit viel Energie verbunden ist. Ist der Ausgleich nicht zu bewältigen folgt eine Überforderung, was wiederum Stress aufgrund der Enttäuschung über die persönliche Niederlage führt. Dieser negative Stress kann zu körperlichen Reaktionen wie einer vermehrten Ausschüttung von Cortisol führen, was beispielsweise eine dämpfende Wirkung auf das Immunsystem zur Folge haben kann. Diese Vorgänge führen zu körperlichen Symptomen, welche wiederum eine Voraussetzung für eine verminderte Leistungsfähigkeit darstellen.

### 3.3.3 Fazit

Die depressive Störung zeichnet sich durch verschiedene Symptome aus, welche von Mensch zu Mensch unterschiedlich gewertet werden müssen. Eine klare Grenze zwischen gesunder Trauer und pathologischer Niedergeschlagenheit scheint deshalb nur schwer zu ziehen. Zudem ist erkennbar, dass sich eine depressive Störung selbst verstärken kann. Durch diesen sich selbst verstärkenden Prozess, können Betroffene immer weiter in eine depressive Störung rutschen.

### 3.4 Ursachen der depressiven Störung

Eine depressive Störung zeichnet sich durch verschiedene Symptome aus, welche mithilfe von Klassifikationssystemen in eine Ordnung gebracht werden sollen. Bei diesen Systemen werden, wie bereits beschrieben, ausschliesslich mögliche Symptome, nicht aber die Ursachen einer depressiven Störung berücksichtigt. Der folgende Abschnitt befasst sich mit Modellen, anhand welcher die Ursachen einer depressiven Störung erklärt werden können.

#### 3.4.1 Die bio-psycho-soziale Theorie

Die *bio-psycho-soziale-Theorie* besagt, dass bei jedem Krankheitsprozess sowohl biologische, psychologische wie auch soziale Aspekte als potentielle Einflussfaktoren zu sehen sind (Egger, 2015, S.54). Dies ist nicht zu verwechseln mit der Psychosomatik, bei welcher psychologische Faktoren und deren negativen Einfluss auf körperliche Vorgänge zentral sind (ebd.). Die bio-psycho-soziale Theorie beschreibt somit ein ganzheitliches Krankheitsverständnis und ist keine rein biologisch orientierte Sichtweise (S.55). Gemäss Egger (2015) ist diese Theorie das bedeutendste Konzept, mit welchem der Mensch in Bezug auf Gesundheit und Krankheit verstanden und erklärbar wird (S.56).

Unter *biologischen Einflussfaktoren* sind alle Vorgänge zusammengefasst, die sich als körperliche Funktion einstufen lassen, also organisch sind (Egger, 2015, S.63). Darunter fällt beispielsweise der Serotoninmangel, welcher zu depressiven Symptomen führen kann (De Jong-Meyer, 2011, S.864). Ein weiterer biologischer Erklärungsansatz bezieht sich auf eine chronische Stressreaktion. Bei dieser führt, vereinfacht erklärt, eine erhöhte Konzentration des Hormons Cortisol im Blut dazu, dass das Serotonin nicht wie üblich arbeiten kann. Auch eine körperliche Veränderung wie beispielsweise ein gebrochenes Bein, kann als Ursache gesehen werden. Das schränkt betroffene Personen ein und verlangt eine Neuorientierung im Alltag (Hammer & Plössl, 2012, S.88).

Die *psychologischen Einflussfaktoren* beschreiben das Erleben und das Verhalten (Egger, 2015, S.63), die mit der Identität und dem Selbst, welche in Kapitel 2.6 näher ausgeführt wurden, zu vergleichen sind. Dabei werden zwei Modelle unterschieden. Das eine bezieht sich auf die interaktive Ebene also die Ebene, also auf die Ebene der Kommunikation zwischen Menschen. Das andere auf kognitive, selbstregulierende Prozesse also die Ebene der Gedanken einer Person (De Jong-Meyer, 2011, S.866). Eine zentrale Rolle spielt dabei, auf welche Art Informationen wahrgenommen und verarbeitet werden (S.870). So können beispielsweise negative Erfahrungen in der Kindheit dazu führen, dass ein Individuum eine negativ geprägte Grundhaltung entwickelt hat. Erfahrungen der Gegenwart werden dabei verzerrt wahrgenommen, beeinflusst durch diese Grundhaltung. Es entsteht eine negative Sicht auf sich selbst, die persönliche Umwelt und auf die Zukunft (Hammer & Plössl, 2012, S.88).

Nicht zu verwechseln ist die erwähnte interaktive Ebene mit den *sozialen Einflussfaktoren*. Diese beschreiben die sozialen Lebensbedingungen und die Anpassung an diese gegebenen Umstände (Egger, 2015, S.63). Dabei kann es sich um belastende Lebensumstände wie Armut handeln, oder um Ereignisse wie Verluste, welche eine belastende Situation erzeugen (De Jong-Meyer, 2011, S.867). Ein weiterer Faktor ist das soziale Netzwerk. Ist dieses nicht oder kaum vorhanden, kann in belastenden Umständen mit weniger Unterstützung gerechnet werden (Hammer & Plössl, 2012, S.90).

Da die Erfassung einer ganzheitlichen Realität nicht möglich ist, werden die einzelnen Einflussfaktoren zusammengestellt um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten (Egger, 2015, S.63). Dabei widersprechen sich verschiedenen Einflussfaktoren und Erklärungsansätze grundsätzlich nicht und können somit als ergänzend wahrgenommen werden (De Jong-Meyer, 2011, S.873).

### **3.4.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Wie bereits bei der bio-psycho-sozialen Theorie erläutert, haben psychische Störungen meist mehr als eine Ursache. Es spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, die sich gegenseitig beeinflussen.

Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* wurde ursprünglich für Schizophrenie entwickelt. Mittlerweile hat sich die Anwendung bei verschiedenen Arten von psychischen Störungen bewährt. Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit und wird in diesem Zusammenhang so verstanden, wie anfällig ein Individuum für eine psychische Störung ist (Hammer & Plössl, 2012, S.16).

Die Verletzlichkeit an sich führt nicht automatisch zu einer psychischen Störung. Es handelt sich vielmehr um ein Zusammenspiel von Verletzlichkeit und Stressfaktoren, wie beispielsweise kritische Lebensereignisse oder belastende körperliche und soziale Voraussetzungen. Dabei können verschiedene Stressfaktoren als belastende Umstände auf ein Individuum einwirken, bevor überhaupt eine Störung entsteht. Wird jedoch eine kritische Grenze überschritten, kann daraus eine psychische Störung entstehen. Das ist insbesondere der Fall, wenn nicht genügend Schutzfaktoren, wie beispielsweise ein unterstützendes soziales Netzwerk oder persönliche Strategien im Umgang mit Stressfaktoren, vorhanden sind (Hammer & Plössl, 2012, S.16).

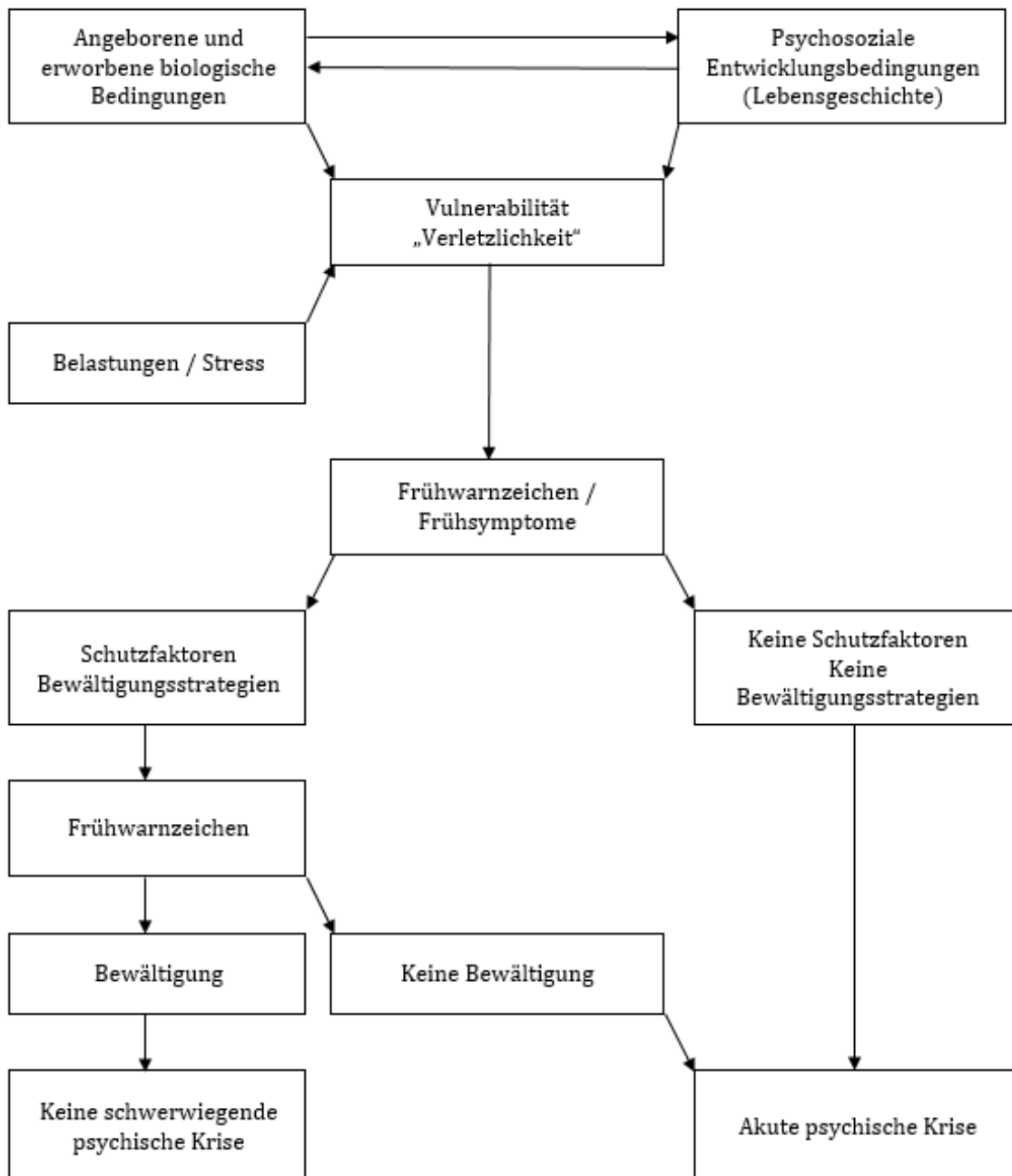


Abbildung 3: Entstehungsmodell psychischer Krisen (Jensen et al. 2010; zit. in Hammer & Plössl.2012)

### 3.4.3 Fazit

Die Ursachen einer psychischen Störung können sehr unterschiedlich sein, was an den beschriebenen Modellen zu erkennen ist. Das bedingt, dass es nicht oder kaum möglich ist, eine spezifische Ursache zu finden, zu bearbeiten und somit die Störung zu beheben. Es heisst vielmehr, dass die verschiedenen Einflüsse betrachtet werden, um ein ganzheitliches Bild zu erhalten und mögliche Stressfaktoren besonders genau betrachtet werden sollten. Im Zusammenhang mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist jedoch zu erwähnen, dass die Schutzfaktoren keinesfalls vergessen werden dürfen. Diese können vor dem Entstehen einer psychischen Störung bewahren.

## **4 Stigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung**

Wie bereits im Kapitel 2.2 zu Stigmatisierung beschrieben, definiert Grausgruber (2005) die psychische Krankheit als neu erworbenes Stigma, welches eine betroffene Person besonders herausfordert. Die Schwierigkeit liegt darin, dass Betroffene selbst mit Vorbehalten gegenüber psychischen Störungen aufgewachsen sind, weshalb sie zwangsläufig eine Ablehnung sich selbst gegenüber entwickeln können (S.22). Diesen Vorgang beschreibt Finzen (2013) als zweite Krankheit (S.36).

In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, inwiefern Stigmatisierung bei Menschen mit einer depressiven Störung zum Ausdruck kommt. Zu Beginn wird der bereits beschriebene Modifizierte Etikettierungsansatz am Fallbeispiel der depressiven Störung beschrieben. Weiter wird auf die Stigmatisierung aus Sicht der Betroffenen eingegangen und das Stigma *Depression* erläutert. Zum Schluss werden Techniken im Umgang mit Stigma beleuchtet, welche auch als Folgen gesehen werden können.

### **4.1 Modifizierter Etikettierungsansatz am Beispiel der depressiven Störung**

#### **4.1.1 Ausgangslage**

Eine Person bekommt die Diagnose depressive Störung, ein erworbenes Stigma, welches also noch nicht seit Geburt vorhanden ist (vgl. Kapitel 2.2 Typen von Stigma). Da die depressive Störung äusserlich in erster Linie nicht erkennbar ist handelt es sich gemäss Goffman (1963/1975) um eine diskreditierbare Person (S.12). Weiter würde er die depressive Störung als „individuellen Charakterfehler“ (S.13) bezeichnen also die zweite Kategorie der Stigmatisierungstypen. Heute würde diese Kategorie wohl anders bezeichnet werden.

#### **4.1.2 Die fünf Phasen**

Die Phase eins besteht aus den gesellschaftlichen Vorstellungen zu psychischen Störungen oder der depressiven Störung. Da die depressive Störung Symptome wie Niedergeschlagenheit, Trauer oder verminderte Antriebsfähigkeit aufweist, kann die gesellschaftliche Vorstellung beispielsweise lauten, dass die betroffene Person einfach schlecht gelaunt oder faul ist. Verbreitet ist auch der Gedanke, dass man selbst auch schon deprimiert war und trotzdem keine Behandlung nötig hatte. Also einen Vergleich mit der eigenen Situation macht und somit subjektive Rückschlüsse zieht.

In der zweiten Phase werden die genannten Vorstellungen über die depressive Störung mit der betroffenen Person verknüpft. Das kann bedeuten, dass die betroffene Person vermehrt bei der Arbeit fehlte, Hilfe aufgesucht hat und nun ein offizielles ärztliches Zeugnis mit der Diagnose Depression vorweist.



Wird nun die betroffene Person beispielsweise von Mitarbeitenden über die Diagnose ausgefragt oder mit Ratschlägen zugeschüttet welche Besserung versprechen, fühlt sie sich möglicherweise überfordert. Am nächsten Tag wird sie gänzlich von der Arbeit fernbleiben, was die die Mitarbeitenden bestätigt, dass diese Person wohl einfach zu faul ist gegen die Krankheit anzukämpfen. Das erklärt die Phase drei des modifizierten Etikettierungsansatzes.

Dies kann erhebliche Konsequenzen auf die Lebensumstände haben, denn durch das Fehlen der Arbeit fehlt nun beispielsweise die tägliche Struktur oder die sozialen Kontakte zu Mitarbeitenden, was in der Phase vier beschrieben wird. Dabei ist ebenfalls das in Kapitel 3.3.3 beschriebene zirkuläre Depressionsmodell von Bedeutung. Werden sich betroffenen Personen über die eigenen Grenzen und die möglicherweise mit einher gehenden Überforderungen bewusst und versuchen, dagegen anzukämpfen, kann sich eine Verstärkung der negativen Gefühle und somit der depressiven Störung entwickeln.

Folgen daraus ein Verlust des Arbeitsplatzes oder ein vermindertes Selbstwertgefühl, tritt die Phase fünf ein. Sie beschreibt die erhöhte Anfälligkeit für psychosoziale Probleme wie zum Beispiel Armut, vermindertes soziales Umfeld oder erhöhte Anfälligkeit für weitere Erkrankungen.

## **4.2 Stigmatisierung aus der Sicht von Betroffenen**

Im folgenden Kapitel wird die Sicht von Betroffenen, beziehungsweise das Erleben von Menschen mit einer depressiven Störung in den Fokus gerückt. In einer Metastudie von Angermeyer (2003) wurden verschiedene Studien ausgewertet, welche einen Überblick zum Thema Stigmatisierung psychisch kranker Menschen geben. Die Schlussfolgerung der Studie zeigt auf, dass nicht nur gegen objektive Diskriminierung vorgegangen werden sollte, sondern dass das subjektive Erleben eines Stigmas von Betroffenen dringend behandelt werden muss (ebd.). Es handelt sich wohlgerne um Folgen der Stigmatisierung, wobei die Symptome denen einer depressiven Störung sehr ähnlich sind.

### **4.2.1 Subjektive Stigmatisierung**

Angermeyer (2003) unterscheidet in seiner Studie drei verschiedene Bereiche der subjektiven Stigmatisierung. Zum einen sind das konkrete Erfahrungen mit Stigmatisierung, welche tatsächliche Diskriminierungserfahrungen Betroffener beschreiben. Zum anderen wird eine antizipierte Stigmatisierung erläutert, welche die Erwartungen betroffener Personen beinhaltet, stigmatisiert zu werden ohne dies tatsächlich erlebt zu haben. Der letzte Bereich ist das Stigma-Coping, welches die Strategien im Umgang mit den sozialen Auswirkungen des Stigmas *psychisch krank* aufzeigt (ebd.).

In der Studie ist erkennbar, dass Personen mit einer psychischen Störung mehr Stigmatisierung antizipieren, als sie tatsächlich erleben (Angermeyer, 2003). Dies hat jedoch erhebliche Auswirkungen auf das Stigma-Coping. Je stärker davon ausgegangen wird, von der Umwelt aufgrund der psychischen Störung diskriminiert zu werden, desto weniger wird die Störung kommuniziert und der Kontakt zur Umwelt wird verstärkt gemieden (ebd.).

### **4.2.2 Auswirkungen antizipierter Stigmatisierung**

Verschiedene Studien, welche Angermeyer (2003) betrachtet bestätigen die bereits erwähnte Vermeidung sozialer Kontakte (ebd.). Dieses Verhalten ist eine Reaktion auf die antizipierte Stigmatisierung, also die Erwartung, diskriminierenden Verhaltensweisen ausgesetzt zu sein. Ausnahmen stellen dabei engste Bezugspersonen dar (Angermeyer, 2003).

Weitere Auswirkungen zeigen sich beispielsweise bei dem Anstellungsverhältnis. Je stärker betroffene Personen damit rechneten diskriminiert zu werden, desto länger waren sie arbeitslos (Angermeyer, 2003). In Bezug auf das Stigma-Coping wurde die Effektivität verschiedener Strategien in der Arbeitsumgebung untersucht. Beliebte Strategien sind Geheimhaltung, Kontaktvermeidung und Aufklärung. Dabei sind die Folgen der Kontaktvermeidung am deutlichsten erkennbar. Betroffene, welche hauptsächlich diese Strategie anwendeten, waren im vorhergehenden Jahr der Studie gehäuft arbeitslos (ebd.).

Ein grosser Einfluss der antizipierten Stigmatisierung zeigt sich ausserdem in den Bereichen der subjektiven Lebensqualität und der emotionalen Befindlichkeit (Angermeyer, 2003). Mit den Erwartungen, Diskriminierung zu erfahren, sinkt die allgemeine Lebenszufriedenheit. Auch das emotionale Wohlergehen wird allein durch die Erwartung negativer Reaktionen beeinflusst. Der Gemütszustand äussert sich beispielsweise in Form von mangelndem Selbstbewusstsein, Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und einer pessimistischen Einstellung in Bezug auf die Zukunft (ebd.).

### **4.3 Das Stigma Depression**

Bei der Einführung in die Studie von Angermeyer (2003) wurde ersichtlich, dass die antizipierte Stigmatisierung einen grossen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und auf das Selbstwertgefühl von Personen mit einer psychischen Erkrankung hat. Zudem wurde anhand des Kapitels 3.3 zur depressiven Störung klar, dass die Verstärkung negativer Gefühle ein wesentliches Symptom ist.

Des Weiteren wurde ersichtlich, dass Betroffene einer psychischen Störung oftmals selbst mit Vorbehalten gegenüber psychischen Störungen sozialisiert wurden. Daher macht es Sinn, zu Beginn des Kapitels auf die öffentliche Stigmatisierung einzugehen. Danach wird die Selbststigmatisierung von Menschen mit einer depressiven Störung betrachtet. Dies mit dem Hintergrund, dass sich die depressive Störung hauptsächlich durch die Gefühlsebene äussert (Hammer & Plössl, 2012, S.80). Also die Gefühlsebene bereits negativ geprägt ist.

#### **4.3.1 Öffentliche Stigmatisierung von Depression**

Im Bereich der öffentlichen Stigmatisierung, zeigen sich spannende Erkenntnisse. Gemäss Schomerus und Angermeyer (2011) zeigen mehrere Studien auf, dass die Öffentlichkeit unterschiedliche Haltungen zu verschiedenen Diagnosen von psychischen Störungen einnimmt (ebd.). Deutlich zeigt das die Gefahr im Zusammenhang mit verschiedenen Diagnosen. Dabei werden Menschen mit Schizophrenie eher als Bedrohung angesehen als Menschen mit einer Depression (ebd.). Weiter wurde untersucht, inwiefern davon ausgegangen wird, dass die Erkrankung selbst verschuldet ist. Ein wesentlicher Teil der Gesellschaft macht Menschen mit einer Alkoholerkrankung selbst für ihre Sucht verantwortlich, ein vergleichsweise geringer Anteil macht diese Zuschreibungen bei Menschen mit einer depressiven Störung (Schomerus & Angermeyer, 2011).

Das Stigma der Depression besteht hauptsächlich darin, dass depressive Symptome oft nicht als Krankheit anerkannt werden, worunter die Anerkennung der Krankheit leidet (Christoph Lauber, Carlos North, Luis Falcato & Wulf Rössler, 2002, S.99). Das fehlende Bewusstsein führt dazu, dass weniger psychiatrische Behandlungen in Anspruch genommen oder empfohlen werden, sondern zu alltäglichen Bewältigungsstrategien gegriffen wird (ebd.).

Eine Behauptung bezüglich Menschen mit depressiver Störung, welche sich hartnäckig hält, ist die Frage des Willens. Dies zeigt sich in Äusserungen, in welchen die schlechte Stimmung als Frage der Selbstdisziplin dargestellt wird (Thomas Ihde-Scholl, 2013, S.99). Dies impliziert die Haltung, bei welcher Menschen, welche an einer depressiven Störung leiden, lediglich der Wille fehlt, gesund werden zu wollen. Gestärkt wird diese Haltung von den Betroffenen selbst, welche befürchten nicht krank zu sein, sondern eine Charakterschwäche zu haben (ebd.).

### 4.3.2 Selbststigmatisierung bei Depression

Die Stigmatisierung der Öffentlichkeit, hat erhebliche Auswirkungen auf die Sicht der Betroffenen in Bezug auf ihre Krankheit und sich selbst (vgl. Kapitel 2.3.2 Stigmatisierung im modifizierten Etikettierungsansatz). Die Wahrnehmung der Umwelt und die damit verbundenen Reaktionen der Umwelt haben einen erheblichen Einfluss auf das Selbstbild. Dies wurde ebenfalls bei der Beschreibung des Wechselseitigen Prozess gemäss Goffman (1963/1975) ersichtlich, welcher beschreibt, dass die Wahrnehmung der stigmatisierten Person beeinflusst ist durch das Verhalten des Umfeldes und umgekehrt (S.28).

Konkret bedeutet das, dass eine Person welche mit einem Stigma wie *Depression* gekennzeichnet ist, die Meinungen und Reaktionen des Umfeldes wahrnimmt. Als weiterer Schritt teilt die betroffene Person diese Ansichten und bezieht diese als letzten Schritt auf sich selbst (Anna Christin Makowski, Eva E. Mnich & Olaf von dem Knesebeck, 2018). Folgen davon sind ein vermindertes Selbstwertgefühl oder eine verringerte Selbstwirksamkeit (ebd.).

Im folgenden Kapitel wird ein Modell zum Prozess der Selbststigmatisierung erläutert. Dabei zeigt sich, dass dieses geminderte Selbstbewusstsein einen negativen Einfluss auf die bereits vorhandenen Krankheitssymptome hat. In Bezug auf die depressive Störung ist die Selbstbetrachtung häufig mit Scham verbunden und dem Wunsch, eine allfällige Diagnose und Behandlung geheim halten zu können (ebd.). Bei einer Studie zur Erfassung von Selbststigmatisierung wurden verschiedene Äusserungen von Betroffenen in drei Kategorien eingeteilt. Eine Kategorie beinhaltet die soziale Unzulänglichkeit also das Gefühl nicht genug zu sein. Eine weitere Kategorie ist die Hemmungen bei der Hilfesuche. Die letzte Kategorie beinhaltet die eigene Schuldzuschreibung also das Gefühl, selbst verantwortlich für die depressive Störung zu sein (Makowski et al. 2018). Diese drei Kategorien zeigen bereits wesentliche Auswirkungen von Selbststigmatisierung.

Die Selbststigmatisierung zeigt sich bereits bei der Anerkennung der psychischen Störung. Wie das bei der öffentlichen Stigmatisierung beschrieben wurde, hält sich die Vorstellung, dass Symptome einer depressiven Störung mit alltäglichen Bewältigungsstrategien überwunden werden können (Lauber et al., 2002, S. 99). Die grosse Schwierigkeit dabei sind die Folgen für die Betroffenen, welche aufgrund der allgemeinen, aber auch der eigenen Vorstellungen gar nicht oder erst spät eine angemessene Behandlungsmethode für ihre Krankheit in Anspruch nehmen. Wolfgang Gaebel, Anja Baumann und Harald Zäske (2004) beschreiben eine hohe Nichterkennungsrate ebenfalls als Folge dieser Fehleinschätzung (S.877). Betroffene Personen glauben selbst nicht, dass die eigene Stimmungslage krankheitsbedingt und behandelbar ist und werten sich daher selbst ab. Zudem werden vielen Personen, welche an einer depressiven Störung leiden, statt psychotherapeutisch körperlich behandelt. Das heisst, dass die körperlichen

Symptome wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit oder Appetitlosigkeit im Vordergrund stehen und behandelt werden, anstelle der effektiven Ursache der depressiven Störung (Gaebel, Baumann & Zäske, 2004, S.877).

### 4.3.3 Modell der Selbststigmatisierung

Zur Veranschaulichung der Selbststigmatisierungsprozesses hat Corrigan et al. (2018) ein Modell entwickelt. Es beschreibt den *Why Try* Effekt, also eine Konsequenz der Selbststigmatisierung, welche die depressive Störung negativ beeinflussen und gegebenenfalls sogar fördern kann.

Es beschreibt als ersten Schritt, das Bewusstsein von Vorbehalten gegenüber psychischen Störungen. Dieser wird als *aware* bezeichnet. Beispielsweise denken Betroffene: *die meisten Menschen mit Depression sind inkompetent*. Der nächste Schritt bezeichnet die Zustimmung, was *agree* genannt wird. In dieser Phase wird dem Bewusstsein zugestimmt: *das stimmt, Depressive sind meistens inkompetent*. Diese beiden Faktoren sind jedoch noch nicht ausschlagkräftig für eine Selbststigmatisierung. Der dritte Schritt wird als *apply* bezeichnet und beschreibt die Anwendung auf sich selbst: *ich bin depressiv, also wahrscheinlich auch inkompetent*, was schliesslich zur Selbststigmatisierung führt. Die Folgen sind als *harm*, also Schaden definiert und begründen den *Why Try* Effekt. Menschen mit Depression fühlen sich wertlos oder nicht in der Lage um gegen diese Stigmatisierung anzukämpfen. Sie verlieren das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit, was zur Verstärkung der Depression beitragen kann (Corrigan et al., 2018).

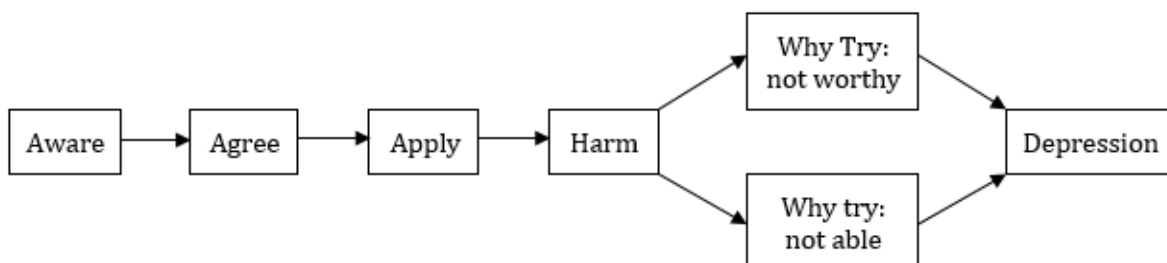


Abbildung 4 *Why Try* Effekt basierend auf Corrigan et al. (2018)

### 4.3.4 Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen mit einer depressiven Störung mehrfach gefordert sind. Sie müssen zum einen Bewältigungsstrategien für die psychische Störung erarbeiten und zum anderen den Umgang mit der Stigmatisierung erlernen (De Col et al., S.861). Dabei darf die Sicht auf sich selbst und die damit verbundene Krankheitsbewältigung nicht in den Hintergrund rücken, denn wie bei den verschiedenen Ausführungen klar wurde, sind die Prozesse miteinander verknüpft. Die psychische Störung beeinflusst die Befindlichkeit, welche durch das Verhalten nach aussen getragen und von der Gesellschaft gewertet wird. Diese Wertung kann wiederum übernommen werden und führt dazu, dass der Selbstwert sinkt, was wesentlich zur Genesungsmöglichkeit beiträgt.

## **4.4 Techniken zum Umgang mit Stigma**

Als Folge von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung gibt es verschiedene Techniken, welche sich betroffene Personen aneignen, um mit dem Stigma umzugehen. Dabei wird wie bereits beschrieben beispielsweise auf die Geheimhaltung, den sozialen Rückzug oder die Aufklärung zurückgegriffen (Angermeyer, 2003). Jede dieser Strategien für sich zieht gewisse Konsequenzen für die Betroffenen nach sich, insbesondere wenn es um Genesungsprozesse geht. Goffman (1963/1975) beschreibt dies zudem als statusverändernden Prozess, also von einer *diskreditierbaren* zu einer *diskreditierten* Person werden (S.12).

### **4.4.1 Geheimhaltung**

Wie bereits in Kapitel 2.2 (bei den Typen von Stigma) erläutert wurde, unterscheidet Goffman (1963/1975) zwischen drei verschiedenen Typen von Stigma, wobei die psychische Störung äusserlich nicht sichtbar ist. Diese Tatsache hilft bei der Täuschung über das Stigma hinweg (S.64). Die Information über die eigene Person liegt also bei den Betroffenen selbst.

Bereits aufgrund antizipierter Stigmatisierung (vgl. Kapitel 4.2.2) sehen sich Betroffene gezwungen, den persönlichen Umstand zu verschweigen (Nadja Baer, Claudia Sikorski, Melanie Lupp, Steffi G. Riedel-Heller & Georg Schomerus, 2016). Das bedeutet, dass Betroffene sich nicht über ihren persönlichen Zustand äussern oder gar vorgeben, gesund zu sein. Dieses Verhalten geht einher mit einer gesellschaftlichen Normvorstellung, in welcher impliziert wird, dass nur sozial akzeptiert ist, wer ein gesundes zufriedenes Leben lebt. Diese Strategie kann für einzelne hilfreich sein ihren Alltag zu meistern, führt jedoch dazu, dass die Depression weiterhin eine undurchschaubare Störung darstellt und dementsprechend in der Öffentlichkeit stigmatisiert wird. Die Normvorstellung eines durchgehend energiegeladenen, motivierten und glücklichen Individuums wird dabei zementiert (ebd.). Diese Geheimhaltungsstrategien haben zur Folge, dass sich Betroffene oftmals nicht dazu bewegen können, professionelle Hilfe anzunehmen.

### **4.4.2 Sozialer Rückzug**

Falls die Geheimhaltung aufgrund der Erkrankung zu schwierig erscheint, ziehen sich Betroffene aus ihrem sozialen Umfeld zurück (Baer et al. 2016). Das Paradoxon dieses Verhalten zeigt sich in den Motiven. Der soziale Rückzug ist eine Strategie, um sozialer Ablehnung entgegenzuwirken, vor welcher sich Betroffene fürchten. Doch im Gegenzug fördert diese Strategie die soziale Isolation (ebd.). Mit diesem Verhalten kann ein potentiell unterstützendes Netzwerk, welches im Genesungsprozess sein könnte, reduziert werden.

### **4.4.3 Aufklärung**

Eine weitere Strategie ist die Aufklärung des sozialen Umfeldes über den persönlichen Zustand in der Hoffnung, der Stigmatisierung so entgegenzuwirken oder sie ganz zu vermeiden (Nicolas Rüschi, Mathias Berger, Asmus Finzen, Matthias C. Angermeyer, 2004). Diese Strategie kann unterschiedlich umgesetzt werden. So können Betroffene sich dazu entscheiden, nur wenige ausgewählte Personen über ihre Diagnose zu informieren. Andere kommunizieren die psychische Störung hingegen offen und machen diese allgemein bekannt. Dies hängt jeweils davon ab, wie Betroffene die Risiken und Vorteile gegeneinander abwägen. Dabei ist ein klarer Vorteil, dass die psychische Belastung verringert wird, da keine Anstrengungen bezüglich der Geheimhaltung erforderlich sind. Ein Risiko hingegen ist die Möglichkeit, auf Unverständnis und Ablehnung zu stossen (ebd.).

Gemäss Baer et al. (2016) ist das Risiko der Ablehnung auch damit zu begründen, dass vermeidlich gesunde Menschen niemals gänzlich begreifen können, was es heisst an einer depressiven Störung zu leiden. Betroffene, aber auch Wissenschaftler vertreten oftmals die Meinung, dass das komplette Verständnis nicht durch Information zu erlangen ist, sondern nur dadurch, den Zustand selbst zu erleben (ebd.). Dieses Empfinden führt wiederum eher dazu, dass Betroffene die Diagnose verheimlichen.

### **4.4.4 Fazit**

Es ist festzuhalten, dass alle Strategien im Umgang mit Stigmatisierung erheblichen Einfluss auf die betroffene Person haben können. Die Aufklärung scheint als die vernünftige Wahl in Bezug auf die Genesungschancen, birgt gleichzeitig aber das grösste Risiko, auf ablehnendes Verhalten zu stossen. In diesem Fall ist es für Betroffene besonders wichtig, sich auf Reaktionen der Umwelt vorzubereiten und diesbezüglich persönliche Strategien zu entwickeln.



#### 4.5 Exkurs: Selbststigmatisierung als Chance für Interventionen

Bisher wurden hauptsächlich die negativen Folgen von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung beschrieben, welche auch weiterhin eine zentrale Rolle in dieser Arbeit darstellen. Die folgende Grafik zeigt, dass sich ebenfalls alternative Reaktionen auf die Stigmatisierung zeigen können, welche gemäss Corrigan (2002, zit. in Rüscht et al. 2004) als *Paradox von Selbststigma und psychischer Erkrankung* bezeichnet werden.

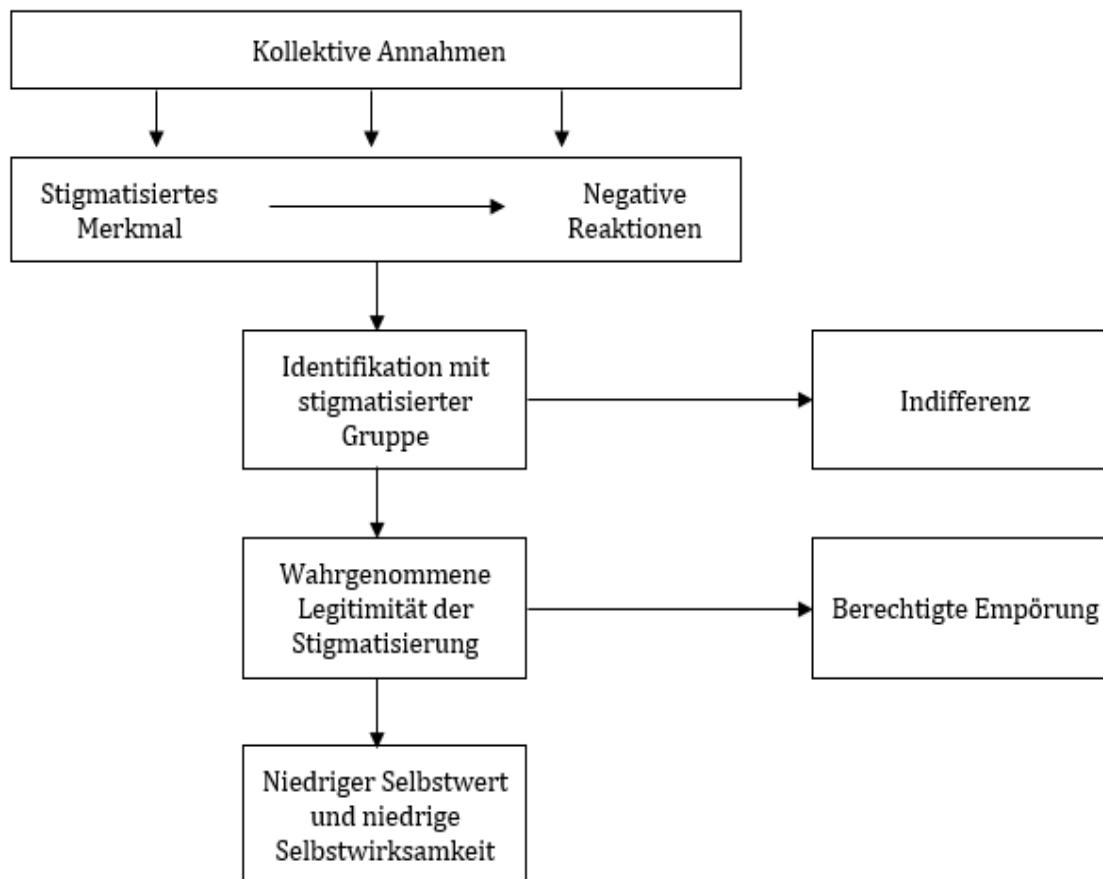


Abbildung 5: Selbststigmatisierung als Chance (Rüscht et al. 2004)

Anhand dieser Grafik wird ersichtlich, dass ein Grossteil der Menschen mit einer psychischen Erkrankung über das Stigma Bescheid wissen. Weiter identifizieren sich Betroffene mit dem Stigma, sehen die Legitimation dahinter und entwickeln folglich eine verringerte Selbstwirksamkeit und einen geringeren Selbstwert. Weitere Reaktionen zeigen hingegen, dass sich Betroffene einerseits nicht mit der stigmatisierten Gruppe identifizieren und daher gleichgültig dem Stigma gegenüber sind, was als Indifferenz bezeichnet wird. Sie beziehen das Stigma also nicht auf sich selbst. Andererseits ist eine weitere Reaktion die Empörung. Diese beruht auf der Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe, die Legitimität der Stigmatisierung wird jedoch in Frage gestellt. Die darauffolgende Empörung wird als nützlich für Selbstbestimmung und für Behandlungsmöglichkeiten gesehen, da sie oftmals Aktivität seitens Betroffener hervorruft (Rüscht et al., 2005).

#### **4.5.1 Fazit**

Für diese Arbeit sind diese Erkenntnisse relevant, da nicht allein davon ausgegangen werden soll, dass Menschen mit einer depressiven Störung automatisch weniger Selbstwirksamkeit oder Selbstwert besitzen. Es kann für die Arbeit mit betroffenen Menschen einen Mehrwert darstellen, die allgegenwärtigen Stigmata zu diskutieren. Die Folge davon könnte eine gesteigerte Aktivität durch die Empörung darstellen, welche sich als wichtige Ressource zeigen kann.

## **5 Die Soziale Arbeit und ihre Handlungsmöglichkeiten**

Im folgenden Kapitel stellt sich schliesslich die Frage, welche Möglichkeiten die Soziale Arbeit hat, Menschen mit einer depressiven Störung, welche unter Selbststigmatisierung leiden, unterstützend zu begleiten. Dabei soll es weniger um die gesellschaftspolitische Makroebene gehen, sondern mehr um die individuelle Arbeit mit der Klientel, also der Mikroebene. Zu Beginn des Kapitels wird auf die Grundsätze der Sozialen Arbeit eingegangen. Weiter wird erläutert, was es mit der Reduzierung von Stigmatisierung auf sich hat, um im Folgenden theoretische Zugänge zu beleuchten, welche grundlegend für diverse Handlungsmethoden der Sozialen Arbeit sind.

### **5.1 Grundsätze der Sozialen Arbeit**

Die Soziale Arbeit hat verschiedene Ziele und Grundsätze. Dabei werden sowohl soziale wie auch individuelle Werte verbunden (Silvia Staub-Bernasconi, 1995, S.135). Das heisst, dass individuelle Bedürfnisse betrachtet werden und mithilfe verfügbarer Ressourcen bearbeitet werden. Das Handlungsspektrum eines Individuums kann so mithilfe sozialer, physischer oder materieller Ressourcen erweitert werden (ebd.). Dabei spielen aber auch Pflichten und Rechte zwischen sozialen Gruppen und einzelner Menschen eine zentrale Rolle (ebd.).

Ein Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit ist es, die individuelle Handlungsfähigkeit von Menschen zu stärken (vgl. Kapitel 1.4). Dies mit dem Grundsatz der Wahrung der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit sowie der Achtung der Vielfalt (IFSW, 2019).

Im Zusammenhang mit der Achtung der Vielfalt ist es eine Aufgabestellung der Sozialen Arbeit Überlegungen anzustellen, wie der Umgang mit Differenz und Andersheit innerhalb eines gesellschaftlichen Kontextes gestaltet werden kann (Fabian Kessel und Melanie Plösser, 2010, S.7). Diese Differenz kann dabei aus Armut, Desintegration oder abweichendem Verhalten bestehen (ebd.). In Bezug auf psychische Gesundheit sind alle diese Aspekte relevant, da eine psychische Störung per se abweichend von der vorherrschenden Norm ist und Folgen wie Exklusion oder Armut nach sich ziehen kann. Gemäss Kessel et al. (2010) ist es für die Soziale Arbeit besonders wichtig, wie der Umgang mit der Differenz gestaltet werden kann, denn die Folgen von Ausgrenzung und Stigmatisierung zeigen, dass betroffene Personen wieder einer Norm entsprechen sollten um integriert zu werden (S.8). Trotz der grösseren Verbreitung von Normalisierung der Differenz also der Anerkennung von Andersheit in der Gesellschaft, besteht Stigmatisierung und die damit verbundene Diskriminierung.

Die Soziale Arbeit hat verschiedene Leitlinien für die Arbeit mit Menschen, welche besondere Aufmerksamkeit benötigen und nicht der Norm entsprechen und dieser auch nicht entsprechen wollen, können, müssen etc. Gemäss Berufskodex (AvenirSocial, 2010) basiert die Soziale Arbeit auf folgendem Menschenbild:

„Voraussetzungen für das erfüllte Menschsein sind die gegenseitig respektierende Anerkennung des oder der Anderen, die ausgleichend gerechte Kooperation der Menschen untereinander und gerechte Sozialstrukturen“ (S.6).

Dieses Menschenbild wird gestützt durch die Verpflichtung der Anerkennung von Verschiedenheiten (AvenirSocial, 2010, S.9). Das bedeutet unter anderem, dass die Verschiedenheit von Individuen zu berücksichtigen ist und gleichzeitig wird die Akzeptanz allgemein gültiger Normen und Werte eingefordert (ebd.)

## **5.2 Entstigmatisierung**

Bei der Bekämpfung von Stigmatisierung wird häufig von *Entstigmatisierung* gesprochen. Finzen (2001 zit. in Grausgruber, 2005) spricht jedoch davon, dass die Bemühungen, Stigma und Stigmatisierung zu verringern oder sogar abzuschaffen bedeutet, die Gesellschaft als Ganzes zu verändern (S.38). Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit nicht von Entstigmatisierung und somit von der völligen Auflösung von Stigmatisierung gesprochen, sondern vielmehr von der Bewältigung oder Bekämpfung von Stigmatisierung.

### **5.2.1 Makroebene**

Stigmatisierung entgegenzuwirken kann auf verschiedenen Ebenen geschehen. Es besteht die Möglichkeit, Sensibilisierungskampagnen auf der Makroebene zu lancieren, um die Gesellschaft über das Thema zu informieren. Das Bundesamt für Gesundheit (2015) betont ebenfalls die Wichtigkeit Massnahmen zu ergreifen, um für die psychische Gesundheit zu sensibilisieren und die Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen zu reduzieren (S.38). Dies mit der Begründung, dass neben der Diskriminierung die effektive Umsetzung von Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Früherkennungsaktivitäten durch die Stigmatisierung beeinflusst oder sogar behindert wird (S.37).

Voraussetzungen für solche Massnahmen sind Kenntnisse über die Ursachen der Stigmatisierung, beziehungsweise über die dahinter stehenden Prozesse notwendig (Grausgruber, 2005, S.34). Dazu liefert beispielsweise der in Kapitel 2.3.2 beschriebene modifizierte Etikettierungsansatz vertiefte Informationen. Gemäss einer Studie zeigen sich verschiedene Schwierigkeiten beim Nachweis, wie nachhaltig Sensibilisierungsprogramme zur Reduzierung von Stigmatisierung tatsächlich sind (Anita Holzinger, Sandra Dietrich, Sabine Heitmann, Matthias Angermeyer, 2008). Trotzdem zeigen sich wirkungsvolle Tendenzen. Einerseits, dass die Information

beziehungsweise der Wissensstand der Gesellschaft über psychische Störungen von falschen Vorstellungen geprägt ist wie beispielsweise in Bezug auf den Verlauf oder die Behandelbarkeit der Krankheit (Holzinger, Dietrich, Heitmann & Angermeyer, 2008). Auch Grausgruber (2005) beschreibt die Veränderung von Einstellungen und Meinungen über psychische Erkrankungen als konkrete Stigma-Reduzierung (S.35). Andererseits deutet einiges darauf hin, dass persönliche Begegnungen mit Betroffenen einer psychischen Störung eine wichtige und erfolgreiche Intervention gegen Stigmatisierung darstellt (Holzinger et al., 2008).

Die Veränderung von Einstellungen und Meinungen bedingen Interventionen auf verschiedenen Ebenen. Wie ersichtlich wurde ist es nötig, gesellschaftliche Sensibilisierung in Form von verschiedenen Interventionen zu starten. In dieser Arbeit steht die Selbststigmatisierung von Betroffenen im Fokus, weshalb nachfolgend hauptsächlich auf die Reduzierung von Stigmatisierung auf der Mikroebene eingegangen wird.

### **5.2.2 Mikroebene**

Wie dies bereits in Kapitel 2.3.5 ersichtlich wurde, sind besonders ein niedriger Selbstwert und eine niedrige Selbstwirksamkeit die Folgen von Selbststigmatisierung. Dabei ist jedoch schwierig zu deklarieren, woher diese Gefühle tatsächlich stammen, da es ebenfalls Symptome einer depressiven Störung sind oder diese allenfalls verstärken.

Auf der Mikroebene ist somit die Bearbeitung von Selbststigmatisierung zusammen mit dem betroffenen Individuum eine Möglichkeit zur Reduzierung von Stigmatisierung. Grundlegend scheint dabei die Betrachtung von Empowerment zur Vermeidung von Selbststigmatisierung (Grausgruber, 2005, S.36). Auch Linkt et al. (2001) betrachten die Verbesserung von Selbstachtung als zentral bei Menschen mit einer psychischen Störung. Dabei soll die Angst vor Stigma betrachtet werden, welche als Barriere für die Behandlung der psychischen, beziehungsweise der depressiven Störung gilt (Rüsch et al., 2005).

Um die Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft, beziehungsweise Umfeld nicht zu vergessen ist die Reduzierung von Stigmatisierung nicht isoliert zu betrachten. Es ist also nötig, ebenfalls systemische Ansätze zu Rate zu ziehen um auf der Mikroebene zu agieren, welche wie bereits eingangs beschrieben, Auswirkungen sowohl auf die Meso- wie auch auf die Makroebene aufweist (vgl. Kapitel 1.6.2).

### 5.3 Theoretische Zugänge und Konzepte der Sozialen Arbeit

Im Folgenden wird, resultierend aus den vorangegangenen Informationen zur Selbststigmatisierung und die damit verbundenen Prozesse, insbesondere auf die Theorie von Empowerment und des systemischen Ansatzes eingegangen. Diese sollen als Grundlage dienen um daraus die Handlungsmöglichkeiten und Methoden der Sozialen Arbeit abzuleiten.

#### 5.3.1 Empowerment

Die Bezeichnung *Empowerment* beschreibt Prozesse zur Selbstbemächtigung und Selbstbefähigung (Herriger, 2010, S.20). In der Sozialen Arbeit wird unter Empowerment einerseits ein Arbeitsprinzip und andererseits ein Konzept verstanden, welches eine Grundlage für Handlungen darstellt (Franz Stimmer, 2006, S.50). Die Grundlage von Empowerment ist die ressourcenorientierte Sichtweise, sie ist also nicht defizit- oder konfliktorientiert (ebd.).

Besonders Personen, welche benachteiligt sind oder unter gesellschaftlicher Ausgrenzung leiden, können davon profitieren (Herriger, 2010, S.20). Da Menschen mit einer depressiven Störung unter Selbststigmatisierung leiden können und als Folge davon auch gesellschaftlicher Ausgrenzung erfahren, ist die Betrachtung von Empowerment in dieser Arbeit besonders sinnvoll.

Empowerment wird auch als Gegenteil von Selbststigmatisierung bezeichnet (Rüsch et al., 2004, S.5). Menschen mit einer psychischen Störung sind stark durch die negativen Bewertungen ihrer Störung beeinflusst, was das Selbstwertgefühl beeinträchtigt (ebd.). Empowerment soll dabei helfen, Strategien zu entwickeln, welche betroffenen Personen mehr Kontrolle über sich selbst geben, um so die Selbstbestimmung zu steigern (S.9). Es geht darum, dass sich Personen über persönliche Ressourcen bewusst werden, Kräfte entwickeln und diese für eine selbstbestimmte Lebensführung einsetzen können (Herriger, 2010, S.20).

Ein wichtiger Begriff ist die Selbstwirksamkeit, welcher die Fähigkeit jedes Individuums beschreibt, die Umstände des eigenen Lebens zu gestalten und Veränderungen bewirken zu können (Herriger, 2010, S.20). Nach Herriger (2010) beinhaltet dies die persönliche Gestaltungskraft, Ermutigungen durch das Umfeld sowie soziale Anerkennung, also positives Kapital (S.20). Das bedeutet, dass sich die betroffenen Personen, welche ein solches Kapital besitzen, weniger den Umständen ausgesetzt fühlen und tendenziell bereit dafür sind, Eigeninitiative zu ergreifen (ebd.). In dem Zusammenhang ist auch das Selbstwertgefühl zu betrachten, welches als Grundbedürfnis des Menschen gilt (Helmut Pauls, 2010, S.59). Es beschreibt den Wert eines Individuums, welcher selbst zugeschrieben und durch eigene Emotionen, Situationen und Aussenstehende beeinflusst wird (ebd.).

### **5.3.2 Systemischer Ansatz**

Für die Soziale Arbeit ist die Auseinandersetzung mit Systemen ein zentraler Faktor (Helmut Lambers, 2010, S.15). Die Basis dafür ist die Erkenntnis, dass der Mensch nicht isoliert von seiner Umwelt betrachtet werden kann, sondern in Wechselbeziehung mit dieser steht (ebd.). Die Systemtheorie hat sich zudem bewährt, soziale Phänomene zu untersuchen und zu beschreiben, weshalb sie auch für die Soziale Arbeit anwendbar ist (Michael May, 2009, S.107).

Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass sie jeweils diverse Eigenschaften besitzen, wie beispielsweise Regeln in Bezug auf die Interaktion oder eine bestimmten Kultur (Staub-Bernasconi, 1995, S.131). Sie funktionieren in sich geschlossen, können aber Informationen von aussen aufnehmen, was eine Wechselwirkung entstehen lässt (ebd.). Jeder Mensch ist von Geburt an Teil sozialer Systeme und lernt, wie die jeweilige Struktur gestaltet ist und übernimmt die gängigen Funktionen (Staub-Bernasconi, 1995, S.132).

Eine zentrale Grundlage der Systemtheorie ist die konstruktivistische Sichtweise (Lambers, 2010, S.21). Wie bei vielen Begrifflichkeiten gibt es verschiedene Ausprägungen und Definitionen. Der Konstruktivismus geht davon aus, dass es für den Menschen nicht möglich ist, eine tatsächliche Realität abzubilden, beispielsweise mithilfe der Wissenschaft (S.23). Das heisst unter anderem, dass jedes Individuum die inneren persönlichen Zustände nach aussen trägt und somit eine eigene Realität schafft. Diese Realität kann für die Gedanken und Vorstellungen sowie damit verbundene Handlungen des Individuums verantwortlich gemacht werden (ebd.).

### **5.3.3 Fazit**

Empowerment ist ein zentraler Begriff für die Soziale Arbeit. Bei den Ausführungen wurde ersichtlich, dass dieses Konzept passend für Menschen mit einer depressiven Störung ist, welche selbststigmatisierende Tendenzen aufzeigen. Diese Personen sind darauf angewiesen, ein grundlegendes Selbstbewusstsein wiedererlangen zu können und Selbstwirksamkeit zu erleben. Aus diesem Grund können passende Methoden der Sozialen Arbeit hilfreich sein, um eine Reduzierung der Selbststigmatisierung zu erreichen.

Für die Soziale Arbeit ist es zudem zentral zu erkennen, dass ein Mensch nicht isoliert von seiner Umwelt zu betrachten ist. Der Ursprung von Selbststigmatisierung kommt nicht ausschliesslich aus einer Person selbst, sondern das Umfeld beziehungsweise die Gesellschaft trägt einen wesentlichen Teil dazu bei. Grundlegend für die Soziale Arbeit ist ebenfalls die Sichtweise des Konstruktivismus. Menschen mit einer depressiven Störung und Selbststigmatisierung sind geleitet von ihren individuellen Wahrnehmungen der Realität. Daher ist von Bedeutung, diese Realität versuchen zu verstehen, um nachvollziehen zu können, woher die Motive für Selbststigmatisierung stammen, bevor Interventionen gestartet werden können.

## 5.4 Methoden für die Soziale Arbeit

Unter Methoden werden Handlungsmodelle verstanden, welche sich teilweise aus theoretischen Kontexten, aber auch diversen Konzepten ergeben (Brigitta Michel-Schwartze, 2009, S.13). Es geht darum, den Hilfeprozess zu planen und diesen nachvollziehbar und kontrollierbar zu gestalten (Michael Galuske, 2013, S.35). Nachfolgenden werden daher Methoden aufgeführt, welche in der Arbeit mit Menschen, die unter Selbststigmatisierung aufgrund einer depressiven Störung leiden, als hilfreich betrachtet werden.

### 5.4.1 Psychosoziale Diagnostik und Ressourcen

Menschen mit einer depressiven Störung leiden oftmals an einem niedrigen Selbstwert, welcher sich aus erwähnten Gründen noch verschlechtern kann. Die damit verbundene Selbststigmatisierung darf zudem nicht isoliert von den verschiedenen Einflussfaktoren betrachtet werden. Aus diesem Grund kann die psychosoziale Diagnostik eine hilfreiche Methode zur Erfassung aller Faktoren darstellen.

Richmond (1917) beschreibt soziale Diagnostik wie folgt:

„Eine soziale Diagnose kann als Versuch beschrieben werden, die exaktest mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen ... vorzunehmen, und zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, ... aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens“ (1917, zit. in Brusa 2018).

Eine Grundlage für Interventionen ist die psychosoziale Diagnose, welche auch in Zusammenhang mit dem systemischen Ansatz steht. Die psychosoziale Diagnostik soll die Schnittstellen zwischen psychischen, sozialen und physischen Dimensionen ausleuchten, sowie alltagstypische Vorgänge betrachten (Gahleitner et al., 2013, S.61). Das Ziel ist, aktuelle Problemlagen und mögliche Ressourcen darzustellen (S.62). Dieser Versuch, komplexe Zusammenhänge abzubilden, verlangt eine Strukturierung, die eine Übersicht verschafft (Peter Pantucek, 2012, S.61). Es geht ausserdem darum, Interventionen oder Nicht-Interventionen fachlich zu begründen (S.34). Wie bereits in Kapitel 3.2 zum Thema Diagnose beleuchtet, bestehen auch hier mögliche Chancen und Risiken, wie beispielsweise, dass die Reduktion komplexer Zusammenhänge nicht nur Übersicht verschaffen, sondern auch *blinde Flecke* begünstigen kann. Aus diesem Grund plädieren Gahleitner et al. (2013) dafür, die psychosoziale Diagnostik als Prozess zu verstehen und regelmässige Überprüfung einzuplanen. Somit ist die Diagnostik nicht ausschliesslich eine Grundlage für Interventionen, denn sie stellt durch den Dialog und das Fallverstehen bereits eine Art der Fallbearbeitung dar (S.71).

Als Instrument für eine psychosoziale Diagnose eignet sich das integrative Rahmenmodell. Es zeigt verschiedene Lebensbereiche und Einflussfaktoren und stuft diese als hilfreiche Ressource



oder als Belastung ein (Gahleitner et al., 2013, S.70). Mithilfe der gewonnenen Informationen, lässt sich eine Vielzahl möglicher Interventionsimpulse ableiten (ebd.). Grundlegend ist dabei die Betrachtung aller Lebensbereiche: Den körperlichen Zustand, das psychische Befinden und die sozialen Umstände. Für eine ausführliche Betrachtung kann das Fünf-Säulen-Modell (vgl. Abbildung 7) ergänzend angewandt werden (Silke Birgitta Gahleitner & Lucia Dangel, 2018, S.360).

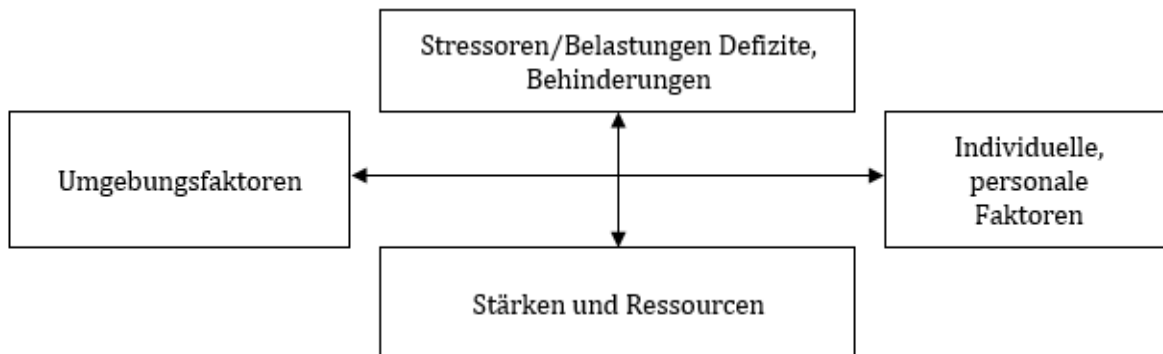


Abbildung 6: Integratives Rahmenmodell basierend auf Gahleitner und Pauls (2013)

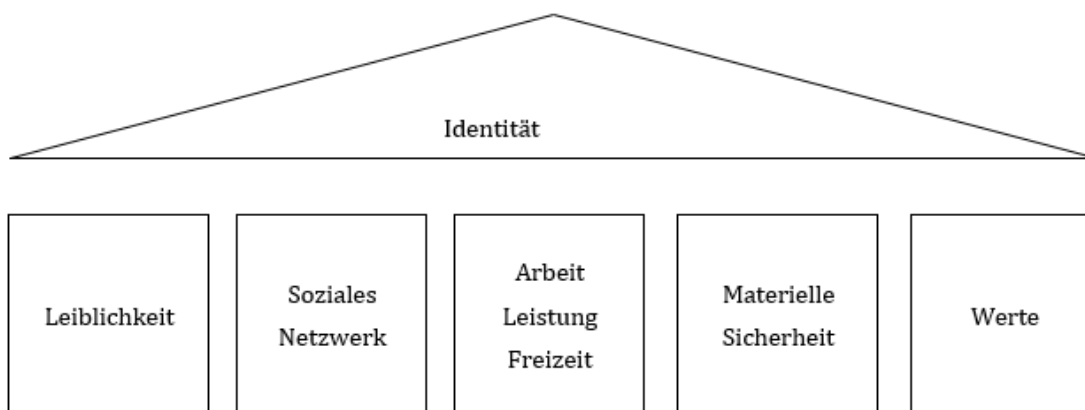


Abbildung 7: Die fünf Säulen der Identität basierend auf Gahleitner und Dangel (2018)

Ein zentraler Aspekt der psychosozialen Diagnostik stellt die Ressourcenorientierung dar (Peter Buttner, 2018, S.310). Ressourcenorientierung bedeutet die Betrachtung von allen Möglichkeiten, welche einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation hilfreich erscheinen und wertgeschätzt werden (Herriger, 2010, S.94). Ressourcen sind somit zentral für die Bewältigung von täglichen Anforderungen, sei es in Bezug auf das Selbst oder im Zusammenhang mit der Umwelt (ebd.).

Herriger (2010) gibt in Bezug auf die Ressourcenorientierung zu bedenken, dass nur wenige Einrichtungen der Sozialen Arbeit spezifische Instrumente für die Erfassung von Ressourcen

aufweisen (Herriger, 2010, S.93). Sie sollen der Klientel helfen, ihren Blick von Defiziten und mangelnden Bewältigungsfähigkeiten abzuwenden und ihre Fähigkeiten zu erfassen (ebd.). Buttner (2018) beschreibt dazu verschiedene Instrumente, welche sich beispielsweise in Bezug auf ihre Strukturierung oder Offenheit unterscheiden (S.310). Die Instrumente können sich zudem darin unterscheiden, wer Auskunft gibt. Entweder gibt die betroffene Person selbst Auskunft mit Hilfe von Fragebögen oder Interviews. Weitere Möglichkeiten sind, dass Aussenstehende Auskunft geben, das Verhalten beobachtet wird oder Informationen mithilfe von Aktenrecherche beschaffen werden (Buttner, 2018, S.148).

Ein Beispiel dafür sind *Ressourcenkarten*, bei welchen die Klientel gebeten wird die persönlichen Ressourcen mithilfe eines Vier-Felder-Schemas darzustellen (Buttner, 2018). Das Schema enthält die Bezeichnungen: persönliche Ressourcen und Kompetenzen, materielle Ressourcen, soziale Ressourcen und infrastrukturelle/institutionelle Ressourcen. Ausserdem kann eine Ziel- oder Problemformulierung vorhanden sein. Unterstützend können dabei Listen mit Beispielbegriffen verwendet werden (ebd.). Dies ist eine sehr offene Methode und verlangt viel Information von der Klientel selbst.

#### **5.4.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung**

Die Klientenzentrierte Gesprächsführung beschreibt eine Beratungsmethode, welche ursprünglich aus dem psychotherapeutischen Bereich stammt (Galuske, 2013). Das zentrale Anliegen dieser Beratungsmethode ist die Aktivierung von Selbstheilungskräften des Individuums. Diese soll unter anderem durch wiederholtes Hinterfragen der Wahrnehmung und der Anpassungsschemata der Klientel geschehen (ebd.).

Die Grundlage dieser Methode ist die Persönlichkeitstheorie von Rogers welche besagt, dass der Mensch davon angetrieben wird, sich immer wieder zu aktualisieren und zu verwirklichen und grundsätzlich nach Positivem strebt (Rogers 1973, zit. in Galuske, 2013, S.181). Diese Züge sind grundlegend für die erwähnten Selbstheilungskräfte. Weiter ist zentral, dass jedes Individuum in einer Realität lebt, welche nicht absolut ist, sondern allein durch die Wahrnehmung des Individuums besteht (ebd.). Dies weist eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Konstruktivismus auf, welcher bereits in Kapitel 5.3.2 zum systemischen Ansatz erläutert wurde. Hierbei betont Rogers (1973, zit. in Galuske, 2013), dass die Erfahrungen eines Individuums in einer Wechselbeziehung mit dieser individuellen Wahrnehmung, der Realität und des Selbst stehen. Das heisst, dass Erfahrungen entweder ignoriert werden, da sie für das Selbst als unwichtig angesehen werden, oder eine Erfahrung Symbolische Bedeutung bekommt, da dieser Mensch einen starken Bezug zu sich selbst wahrnimmt. Als dritte Option können Erfahrungen auch geleugnet oder verzerrt werden, da sie nicht mit dem Selbstbild vereinbar sind (S.182). Kann nun das Individuum nicht

flexibel mit Erfahrungen und Selbstkonzept umgehen, können problematische Verteidigungsstrategien entstehen (Rogers, 1973, zit. in Galuske, 2013, S. 182).

Es gibt zwei Prinzipien in der klientenzentrierten Gesprächsführung (Galuske, 2013, S.183). Zum einen soll die Beratung nicht direktiv gestaltet werden. Dies bedeutet, dass die Klientel sich beispielsweise mit den persönlichen Wünschen, Werten oder Zielen auseinandersetzt und nicht von der beratenden Person in eine Richtung gedrängt wird, wo das Problem bereits definiert ist. Es wird also weder informiert, noch belehrt, geraten oder verglichen (ebd.).

Das zweite Prinzip besagt, dass die Person und nicht die Probleme im Mittelpunkt stehen (Galuske, 2013, S.183). Es ist also nicht das Ziel der Gesprächsführung, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern ein Individuum dabei zu unterstützen, sich zu entwickeln (ebd.).

### 5.4.3 Soziale Netzwerkarbeit und Psychoedukation

Wie dies bereits zu Beginn der Arbeit ersichtlich wurde, stehen das Individuum und die Umwelt in einer Wechselbeziehung. Die gegenseitige Beeinflussung findet stetig statt und ist ein zentraler Faktor bei selbststigmatisierenden Prozessen. Zudem wurde in Kapitel 4.4 ersichtlich, dass Menschen mit einer depressiven Störung dem Risiko ausgesetzt sind, von sozialer Isolation betroffen zu sein. Aus diesem Grund wird nun auf die Netzwerkarbeit eingegangen.

Unter sozialen Netzwerken werden Beziehungen und Bindungen verschiedener Menschen verstanden (Galuske, 2013, S.331). Die Einbindung in soziale Netzwerke bewirkt, dass Individuen in die Gesellschaft integriert werden. Diese Einbindung beinhaltet unter anderem soziale Erwartungen, Bestätigung, materielle oder nicht-materielle Unterstützung (ebd.). In der Netzwerkforschung wurde verstärkt auf die positiven Effekte der Methode für das Individuum aufmerksam gemacht. Konkret wurden verschiedene Funktionen benannt wie sozialer Schutz, Bewältigungs- und Unterstützungsfunktionen oder entlastende Funktionen (S.333). In konkreten Notsituationen stellen soziale Netzwerke eine wichtige Ressource dar, sei es beispielsweise in Form von Anteilnahme oder materieller Unterstützung.

Es lassen sich verschiedene Netzwerktypen unterscheiden, welche sich am Ansatz von Bronfenbrenner (1981, zit. in Stimmer, 2006) orientieren (S.72). Es werden die Mikro-, Meso- und Makroebene unterschieden. Die *Mikroebene* beschreibt persönliche Netzwerke, wie Familie oder Freunde. Die *Makroebene* beschreibt gesellschaftliche Netzwerke wie beispielsweise die Schule oder Verwaltungen, also öffentliche institutionelle Netzwerke. Die *Mesoebene* beschreibt Netzwerke, welche zwischen den persönlichen und den gesellschaftlichen Netzwerken liegen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Sportvereine, Selbsthilfegruppen oder auch professionelle beratende Dienstleistungen (S.73).

Bei der sozialen Netzwerkarbeit geht es darum, die Beziehungsgeflechte zu analysieren, zu nutzen oder zu gestalten und auszuweiten (Galuske, 2013, S.331). Das Ziel ist die Stärkung der individuellen Selbsthilfe unter Einbezug verschiedener Umweltfaktoren als Ressource (ebd.). Ein wichtiges Thema dabei ist individuelle Barrieren bei der Nutzung von Unterstützungsangeboten abzubauen (Stimmer, 2006, S.75). Bei Menschen mit einer depressiven Störung heisst das beispielsweise, die Angst vor dem Stigma beim Besuch einer Therapie zu nehmen. Weiter ist es wichtig, negativ wirkende soziale Netzwerke zu erkennen und besonders positiv wirkende Netzwerke zu stärken (Stimmer, 2006, S.75).

Die Grundlage für die Netzwerkarbeit ist eine Netzwerkanalyse also die genaue Untersuchung vorhandener Netzwerke (Peter-Ulrich Wendt, 2015, S.159). Dazu werden beispielsweise *Netzwerkkarten* als Instrument genutzt. Es werden aktuell vorhandene Netzwerke sichtbar

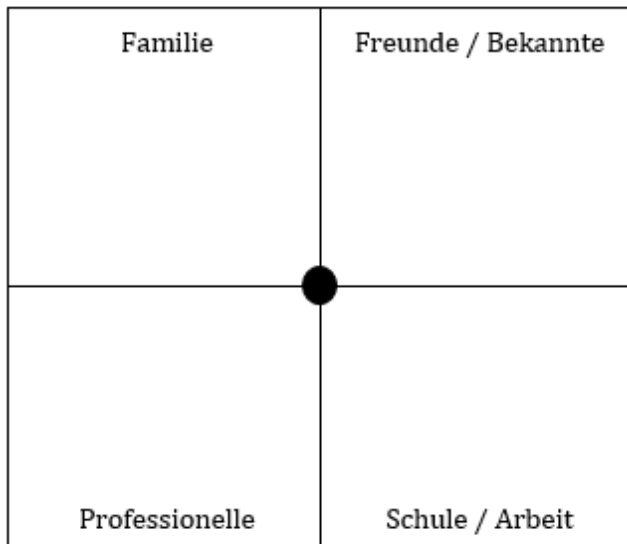


Abbildung 8 Netzwerkkarte (Wendt, 2015, S.159)

gemacht und Faktoren wie Intensität oder Intimität, Bedeutung, Wechsel- oder Einseitigkeit veranschaulicht (Wendt, 2015, S.160).

Der Sektor Familie steht für Verwandtschaft und Beziehungen wie Verschwägerungen.

Beim Sektor Freunde werden Beziehungen erwähnt, die frei gestaltet und wählbar sind und eine variierende Intimität aufweisen können.

Im Sektor Professionelle, werden Personen zusammengefasst, deren berufliche Funktion unterstützende Massnahmen beinhalten.

Der Sektor Schule / Arbeit beinhaltet Beziehungen eines Arbeitsbereichs oder Schulbereiches (Wendt, 2015, S.159).

Bei der Arbeit mit solchen Netzwerkkarten ist es von Bedeutung, die verschiedenen Felder zu Beginn genau zu erläutern (Wendt, 2015, S.160). Die Klientel ist danach gefragt, freiwillig relevante Personen einzutragen, jedoch ohne den Anspruch auf Vollständigkeit. Die Beziehungsqualität oder Nähe wird dabei mit der Distanz zum Individuum (Punkt in der Mitte) festgelegt (ebd.). Die Erarbeitung dieser Karte bietet zusätzlich die Möglichkeit, Lebensumstände zu besprechen, wobei die bereits erwähnte klientenzentrierte Gesprächsführung von Nutzen sein kann. Sie ähnelt zudem der psychosozialen Diagnostik mit der Fokussierung von vorhandenen Ressourcen.

Weitere Schritte der sozialen Netzwerkarbeit sind Netzwerkkinterventionen und Evaluationen (Galuske, 2013, S.336). Beispiele dafür sind Training von Hilfesuchverhalten, Helferkonferenzen oder Unterstützung von Selbsthilfegruppen (ebd.). Das bedeutet, dass beispielsweise enge Freunde miteinbezogen werden oder die Klientel dazu befähigt wird, die Familie um Unterstützung zu bitten.

Bezüglich der Thematik der sozialen Netzwerkarbeit ist die Psychoedukation aus dem psychotherapeutischen Bereich eine spannende Ergänzung. Unter Psychoedukation versteht man verschiedene Interventionen, welche Betroffene und Angehörige über die psychische Störung informieren (Gabriele Pitschel-Waltz, Josef Bäuml, 2008, S.3). Das Ziel bei diesem Vorgehen ist, das Verständnis aller Beteiligten für die psychische Störung zu verbessern und einen selbstverantwortlichen Umgang damit zu erlangen. Dabei ist es von Bedeutung, dass Betroffene

einen gewissen Informationsstandart erlangen und somit über mögliche Ursachen, Verlauf oder Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Teil der Psychoedukation kann auch der Erfahrungsaustausch Betroffener sein, sowohl direkt Betroffener einer psychischen Störung als auch betroffener Angehörigen (Pitschel-Waltz & Bäuml, 2008, S.3).

#### **5.4.4 Fazit**

Diagnostische Instrumente können Professionellen der Sozialen Arbeit helfen, eine Übersicht über den Umstand der Klientel zu erlangen. Ausserdem sind sie hilfreich, um den Blick zu schärfen beispielsweise weg von der depressiven Störung, hin zu einer belastenden Situation, welche von der Klientel weniger als solche wahrgenommen wurde. Weiter ist zu beachten, immer auch Ressourcen zu fokussieren und verschiedene Lebensbereiche in Betracht zu ziehen wie in Kapitel 3.4 ersichtlich wurde.

Die Persönlichkeitstheorie ist spannend bei der Betrachtung von Menschen mit einer depressiven Störung, bei welchen die Selbstaktivierungsprozesse gestört und die zusätzlich von einer negativen Sicht auf das Selbst geprägt sind. Die Selbststigmatisierung entsteht demnach aus einer individuellen Wirklichkeit und findet möglicherweise durch diverse Erfahrungen immer wieder Bestätigung. Trotzdem wird bei dieser Methode nicht das Problem der depressiven Störung oder der Selbststigmatisierung in den Fokus gestellt, sondern sie zielt darauf ab, das Individuum in seiner Entwicklung zu stärken. Bei Menschen mit einer depressiven Störung kann das besonders erfolgreich sein, da der Druck von aussen dazu führen kann, dass sich betroffene Personen in dieser negativen Spirale gemäss Hell (2011) (vgl. Kapitel 3.3) wiederfinden können. Die klientenzentrierte Gesprächsführung kann Betroffenen diesen Druck nehmen und so eine Chance für die persönliche Entwicklung darstellen.

Auch soziale Netzwerkarbeit spielt eine zentrale Rolle im Umgang mit Menschen mit einer depressiven Störung, welche von Selbststigmatisierung betroffen sind. Dabei können nicht nur vorhandene Ressourcen erkannt, sondern das persönliche Umfeld direkt miteinbezogen werden. Mit diesem Einbezug wiederum können beispielsweise Stigmata einer depressiven Störung oder auch eine antizipierte also vorweggenommene Stigmatisierung bearbeitet werden, was sich direkt auf die Selbststigmatisierung auswirken kann. Dabei ist die Psychoedukation nicht zu unterschätzen, denn diese vermittelt den Betroffenen zusätzliches Wissen, was ebenfalls zu einem positiven Verlauf also einer Reduzierung der Selbststigmatisierung beitragen kann.

## **6 Schlussfolgerung**

Wie bereits im Fazit zu den gewählten Methoden ersichtlich wurde, haben verschiedene Ansätze unterschiedliche Vorteile im Umgang mit Selbststigmatisierung. Sowohl die individuelle Handlungsfähigkeit, wie auch die Handlungschancen auf gesellschaftlicher Ebene sollen im Fokus in der Arbeit mit Betroffenen stehen. Dabei sind individuelle ressourcenorientierte Zugänge ebenso wertvoll wie die Netzwerkarbeit. Grundsätzlich gibt es nicht die eine erfolgreiche Methode um mit der Selbststigmatisierung von Personen mit einer depressiven Störung adäquat umzugehen. Das hängt nur schon mit den grossen Unterschieden zwischen den einzelnen Betroffenen zusammen, mit welchen die Soziale Arbeit in Kontakt kommt. Zudem ist es nicht relevant, von welchem Bereich der Sozialen Arbeit gesprochen wird, denn die beschriebenen Methoden können, je nach dem leicht verändert, in verschiedenen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit zur Anwendung kommen. So ist es möglich, auf einer Wohngruppe mit Jugendlichen zu arbeiten, auf der eine Person Züge einer depressiven Störung aufweist, und in Folge beginnt, sich selbst in Frage zu stellen. Andererseits kann die Arbeit im klinischen Bereich zur Anwendung kommen, wo die Bezüge zur depressiven Störung offensichtlicher sind.

Abschliessend scheint weniger eine konkrete Methode wegweisend, denn die Soziale Arbeit setzt sich grundlegend für die Befähigung von Menschen ein, welche Unterstützung im Alltag benötigen. Vielmehr ist es von Bedeutung, dass Professionelle der Sozialen Arbeit auch persönliche Vorgänge der Klientel wie die Selbststigmatisierung in Betracht ziehen können. Diese wird sich nicht nur im Bereich der psychischen Gesundheit zeigen, sondern kann in Verbindung mit verschiedenen persönlichen Herausforderungen auftauchen wie dies beispielsweise bei Armut der Fall ist, oder im Zusammenhang mit Exklusion aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung.

### **6.1 Ausblick**

#### **6.1.1 Verschiedene Gruppierungen im Umgang mit psychischen Störungen**

Bei der Bearbeitung des Kapitels 2.4.1 welches die Definition und Funktion von Normen beschreibt, wurde ersichtlich, dass die konkrete Benennung von Normen eine zentrale Schwierigkeit darstellt. Diese unterscheiden sich von Gesellschaft zu Gesellschaft und variieren wiederum innerhalb einer Gesellschaft aufgrund verschiedener Subkulturen und Gemeinschaften. In dem Zusammenhang könnte eine weiterführende Bearbeitung des Themas sein, wie der Umgang mit psychischen Störungen in verschiedenen Subkulturen einer Gesellschaft gehandhabt wird. Zentrale Aspekte dabei können beispielsweise Werte und Normen dieser Subkultur darstellen, welche dazu beitragen, dass sich eine Selbststigmatisierung aufgrund einer psychischen Störung nicht oder kaum entwickelt. Diese Betrachtung wäre auch im Sinne der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, welche sich besonders mit dem individuellen Umfeld im Alltag eines Individuums auseinandersetzt.

### **6.1.2 Erforschung von Methoden zur Reduzierung von Stigmatisierung**

Wie bei erwähnten Studien (vgl. Kapitel 5.2.1) aufgezeigt wurde, gelingt der Nachweis nur schwierig, wie nachhaltig Sensibilisierungsprogramme sind. Für die Erforschung verschiedener öffentlicher Sensibilisierungsprogramme insbesondere derer Nachhaltigkeit, scheint es daher noch einen grossen Spielraum zu geben. Weiter gibt es zwar Zugänge, wie Selbststigmatisierung entstehen kann, doch konkrete Methoden zur Reduzierung von Selbststigmatisierung wurden nicht geprüft, was sich ebenfalls als spannendes Forschungsfeld anbietet.



## 7 Literaturverzeichnis

- Amnesty International (ohne Datum). *Was ist Diskriminierung*. Gefunden unter <https://www.amnesty.ch/de/themen/diskriminierung/zahlen-fakten-und-hintergruende/was-ist-diskriminierung#>
- Angermeyer, Matthias C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten – Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 30 (7), 358-366
- Angermeyer, Matthias C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis*, 31, 246-250
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial
- AvenirSocial (2015). *Die globale IFSW/IASSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 in der deutschen Übersetzung*. Bern: AvenirSocial
- Baer, Nadja; Sikorski, Claudia; Lupp, Melanie; Riedel-Heller, Steffi G.; Schomerus, Georg (2016). Das Stigma Depression – eine Interaktion zwischen öffentlichem Diskurs und Erfahrungsberichten Betroffener. *Psychiatrische Praxis*, 43 (03), 1-8
- Baumann, Urs; Perrez, Meinrad (2011). Grundbegriffe – Einleitung. In Meinrad Perrez & Urs Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hans Huber Verlag
- Brusa, Elke (2018). *Bio-psycho-soziale Diagnostik / Interventionsplanung in der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsscript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
- Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Gefunden unter [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht\\_psychische\\_gesundheit.pdf.download.pdf/bericht\\_psychische\\_gesundheit.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht_psychische_gesundheit.pdf.download.pdf/bericht_psychische_gesundheit.pdf)
- Buttner, Peter (2013). Diagnose und Kritik. In Gahleitner, Silke Brigitta; Hahn, Gernot; Glemser Rolf (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnostik. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Buttner, Peter (2018). Ressourcendiagnostik. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freud, Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins
- Buttner, Peter (2018). Ressourceninstrumente. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freud, Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins
- Cloerkes, Günther (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung*, 3 (00), 104-111
- Corrigan, Patrick W.; Nieweglowski, Katherine; Sayer, Janis (2018). Self-stigma and the mediating impact of the „why try“ effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47, 698-705
- De Col, Christine; Seewald, Günther; Meise; Ulrich (2004). Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In Wurf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer

- De Jong-Meyer, Renate (2011). Depressive: Störungen: Klassifikation und Diagnostik. In Meinrad Perrez & Urs Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hans Huber Verlag
- Duden online (2019). *Diagnose*. Gefunden unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Diagnose>
- Duden online (2019). *Stigma*. Gefunden unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma#Bedeutung1>
- Duden online (2019). *Selbstwertgefühl*. Gefunden unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstwertgefuehl>
- Egger, Josef W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell*. Wiesbaden: Springer Verlag
- Finzen, Asmus (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Finzen, Asmus (2018). *Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Flammer, August (2017). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Hans Huber Verlag
- Gaebel, Wolfgang; Baumann, Anja; Zäske, Harald (2004). Gesellschaftsrelevante Ansätze zur Überwindung von Stigma und Diskriminierung. In Wurf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer
- Gahleitner, Silke Brigitta; Pauls, Helmut (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In Silke Brigitta Gahleitner, Gernot Hahn und Rolf Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Gahleitner, Silke Brigitta; Dangel Lucia (2018). Lebensweltdiagnostik anhand der Säulen der Identität. In Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freud, Dieter Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins
- Galuske, Michael (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Basel: Beltz Juventa
- Goffman, Erving (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Frigga Haug, Übers.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (engl. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey 1963)
- Grausgruber, Alfred (2005). Formen und Entstehungsmodelle. In Wolfgang Gaebel, Anja Baumann und Harald Zäske (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung: Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hafen, Martin (2007). Was ist Gesundheit und wie kann Sie gefördert werden? Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. *Sozial Extra*, 31 (5-6), 32-36
- Hammer, Matthias; Plössl, Irmgard (2012). *Irre Verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Hannover, Bettina; Greve, Werner (2018). Selbst und Persönlichkeit. In Wolfgang Schneider & Ulman Lindnenberg (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz
- Hell, Daniel (2008). *Welchen Sinn macht Depression? Ein Integrativer Ansatz*. Reinbek: Rowohlt Verlag GmbH

- Hell, Daniel; Endrass, Jérôme; Vontobel, Jürg; Schnyder, Ulrich (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen*. Bern: Hans Huber Verlag
- Herriger, Norbert (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hillmann, Karl-Heinz (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner
- Holzinger, Anita; Dietrich, Sandra; Heitmann, Sabine; Angermeyer, Matthias (2008). Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit. *Psychiatrische Praxis*, 35 (8), 376-386
- Horkheimer, Max (1963). *Über das Vorurteil*. Wiesbaden: Springer
- ICD 10 (2018). *Affektive Störungen*. Gefunden unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>
- IFSW, Internationale Föderation der Sozialarbeit (2019). *Globale Definition des Berufs der Sozialen Arbeit*. Gefunden unter <https://www.ifsw.org/de/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Ihde-Scholl, Thomas (2013). *Ganz normal anders. Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote*. Schweiz: Axel Springer AG
- Kessel, Fabian; Plösser, Melanie (2010). Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen – eine Einleitung. In Fabian Kessel und Melanie Plösser (Hrsg.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lambers, Helmut (2010). *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen: Barbara B. Verlag
- Lamnek, Siegfried (2007). *Theorien abweichenden Verhaltens I: „Klassische“ Ansätze*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Lauber, Christoph; Nordt, Carlos; Falcato, Luis; Rössler, Wulf (2002)ih. Behandlungsvorstellungen der Bevölkerung zu Depression und Schizophrenie. *Neopsychiatrie*, 16 (1-2), 99 - 102
- Link, Bruce G.; Struening, Elmer L.; Neese-Todd, Sheree; Asmussen, Sara; Phelan, Jo C. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1621-1626
- Lütz, Manfred (2018). *Irre! Wir behandeln die Falschen unser Problem sind die Normalen*. München: Penguin Verlag
- Makowski, Anna Christin; Mnich, Eva E.; Von dem Knesebeck, Olaf (2018). Self-Stigma of Depression Scale SSDS – Evaluation der Deutschen Skalenversion. *Psychiatrische Praxis*, 45 (6), 314-320
- May, Michael (2009). *Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag
- Michel-Schwartz (2009). Einführung in die Thematik: Methodenverständnis und Handlungsrationalitäten. In Brigitta Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag
- Pantucek, Peter (2015). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau Verlag

- Pauls, Helmut (2010). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Basel: Beltz Juventa
- Pitschel-Waltz, Gabriele; Bäuml, Josef (2008). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In Josef Bäuml und Gabriele Pitschel-Waltz *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer
- Pro Mente Sana (ohne Datum). *Depression, Burnout und Bipolare Störung*. Gefunden unter <https://www.promentesana.ch/de/wissen/psychische-krankheiten/krankheitsbilder/depression-burnout-und-bipolare-stoerung.html>
- Rüsch, Nicolas; Berger, Mathias; Finzen, Asmus; Angermeyer, Matthias C. (2004). *Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen*. Gefunden unter [http://berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung\\_ruesch.pdf](http://berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf)
- Rüsch, Nicolas; Angermeyer, Matthias C., Corrigan, Patrick W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32 (5), 221-232
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Gefunden unter [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_56\\_bericht.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_bericht.pdf)
- Schomerus, Georg; Angermeyer, Matthias C. (2011). Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 5 (6), 345-356
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995). *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: vom Ende der Bescheidenheit*. Bern: Paul Haupt Verlag
- Stimmer, Franz (2006). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Weltgesundheitsorganisation, WHO (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- Wendt, Peter-Ulrich (2015). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit*. Basel: Beltz Juventa
- Zirfas, Jörg (2010). Identität in der Moderne. In Benjamin Jörissen, Jörg Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag