

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialpädagogik und Sozialarbeit
Kurs VZ 2021 - 2024

Joel Kaufmann

Lara Bachmann

**Früherkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer
Störung**

**Eine Erarbeitung von Handlungsoptionen wie der Prozess der Selbststigmatisierung bei
Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt und daraufhin interveniert werden
kann**

Diese Arbeit wurde am **22.05.2024** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

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



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

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.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

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 Studiengangleitung Bachelor

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 mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2024

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

ABSTRACT

Die Anzahl der Menschen, welche sich psychisch stark belastet fühlen, steigt kontinuierlich an. Angesichts der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit ist anzunehmen, dass Fachkräfte regelmässig mit Menschen mit psychischer Störung in Kontakt kommen. Zum einen haben diese Menschen mit den Symptomen der psychischen Störung und zum anderen mit der (Selbst-) Stigmatisierung zu kämpfen. Diese doppelte Last bringt persönliche sowie gesellschaftliche Nachteile mit sich. Aufgrund dessen haben sich Joel Kaufmann und Lara Bachmann entschieden, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Selbststigmatisierung frühzeitig erkannt und daraufhin interveniert werden kann. Zur Beantwortung gibt es diese Arbeit mit dem Titel «Früherkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung». Diese doppelte Last bringt persönliche sowie gesellschaftliche Nachteile mit sich.

Durch verschiedene konsultierte Quellen sowie gewonnene Information aus einem Interview mit einer schizophreniebetroffenen Person wurde deutlich, dass die soziale Teilhabe bei selbststigmatisierenden Menschen beeinträchtigt sein kann. Insbesondere ist hierbei das Thema «Scham» hervorzuheben. Um den Selbststigmatisierungsprozess zu erkennen und daraufhin zu intervenieren, braucht es nicht nur Fachpersonen, sondern bedingt eine starke Netzwerkarbeit. Der Ansatz der Früherkennung und Frühintervention vom Bundesamt für Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit. Entlang dieses Ansatzes wurden Handlungsoptionen für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit herausgearbeitet, um so den Grundsätzen der Menschenwürde, der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit nachzukommen.

DANKSAGUNG

Das geführte Interview mit der schizophreniebetreffenen Person hat einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen. Wir sind der entsprechenden Person sehr dankbar, dass sie uns offen über ihr persönliches Stigmaerleben berichtete. Wir sind davon überzeugt, dass solche Menschen einen Beitrag leisten können, um der gesellschaftlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Zudem möchten wir uns recht herzlich bei unserer Begleit- und Beurteilungsperson, Christina Meyer, bedanken. Sie stand uns bei Fragen zur Seite und begleitete uns während des Schreibprozesses. Zu guter Letzt bedanken wir uns bei denjenigen, die sich die Zeit genommen haben, um unsere Bachelorarbeit gegenzulesen und entsprechende Anmerkungen zu machen. Wir möchten uns zunächst besonders bei Beat Schmocker, welcher ehemaliger Dozent und weiterhin engagierter Begleiter der Fallwerkstatt an der HSLU ist, bedanken. Ausserdem möchten wir Rahel Bachmann und Petra Haslimann unseren Dank fürs Gegenlesen der Arbeit aussprechen.

INHALT

Abstract.....	III
Danksagung.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Motivation	1
1.2 Ausgangslage	2
1.3 Praxisrelevanz	4
1.4 Fragestellung und Zielsetzung	5
1.5 Aufbau der Fachliteraturarbeit.....	6
1.6 Abgrenzung.....	7
2 Psychische Störung und Selbststigmatisierung	8
2.1 Psychische Störungen	8
2.2 Stigma	11
2.3 Stigmatisierung.....	12
2.4 Stigmatisierung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.....	14
2.4.1 Makroebene	15
2.4.2 Mesoebene.....	16
2.4.3 Mikroebene	16
2.5 Funktionen der Stigmatisierung	17
2.6 Selbststigmatisierung.....	19
2.7 Exkurs Schizophrenie	20
2.8 Fazit.....	23
3 Relevanz der Früherkennung von Selbststigmatisierung	24
3.1 Früherkennung und Frühintervention.....	24
3.1.1 Der Präventionsbegriff	27
3.1.2 Sekundärprävention.....	28
3.1.3 Selektive Prävention.....	29
3.1.4 Indizierte Prävention.....	30
3.1.5 Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	31

3.1.6	Salutogenese	32
3.2	Gesellschaftliche Nachteile der Selbststigmatisierung.....	34
3.3	Persönliche Nachteile der Selbststigmatisierung	37
3.4	Relevanz der Früherkennung von Selbststigmatisierung für die Soziale Arbeit.....	40
3.5	Fazit.....	42
4	Möglichkeiten zur Früherkennung	44
4.1	Gestaltung der Rahmenbedingungen.....	44
4.1.1	Gemeinsame Haltung und Recovery	46
4.1.2	Settingansatz	49
4.2	Früherkennung	51
4.2.1	Schutz- und Risikofaktoren.....	51
4.2.2	Symptome	55
4.2.3	Beobachten	57
4.3	Grenzen der Früherkennung	60
4.4	Fazit.....	62
5	Handlungsoptionen für die Soziale Arbeit.....	64
5.1	Früherkennung	65
5.2	Situationseinschätzung.....	67
5.2.1	Soziale Diagnostik.....	68
5.2.2	Kollegiale Beratung und Supervision.....	71
5.3	Frühintervention.....	72
5.3.1	Auf der Ebene des Umfelds.....	72
5.3.2	Auf der individuellen Ebene	75
5.4	Evaluation	79
5.5	Fazit.....	81
6	Schlussfolgerungen und Ausblick	83
7	Quellenverzeichnis	85
Anhang	98
A	Leitfaden zum Gespräch mit schizophreniebetroffener Person	98
B	Verwendung KI-gestützter Tools.....	99

Alle Kapitel wurden gemeinsam von Joel Kaufmann und Lara Bachmann verfasst.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1, Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen et al., 2020, S. 25)	10
Abbildung 2, Ablauf von Stigmatisierungsprozessen (De Col et al., 2004, S. 862)	12
Abbildung 3, Lebensführungssystem mit eigenen Ergänzungen (Sommerfeld, 2019, S. 8)	14
Abbildung 4, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)	26
Abbildung 5, Präventionsarten (eigene Abbildung)	28
Abbildung 6, Prävention von Selbststigmatisierung (eigene Darstellung)	31
Abbildung 7, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, ergänzt (Magistretti et al., 2019 S. 31)	32
Abbildung 8, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)	45
Abbildung 9, Voraussetzungen Settingansatz (eigene Darstellung)	50
Abbildung 10, Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold (Kantonspolizei Zürich, 2019, S. 5) ..	52
Abbildung 11, Handlungsfähigkeit in Anlehnung an Lothar Böhnisch (Böhnisch, 2019, S. 20) ..	53
Abbildung 12, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)	64
Abbildung 13, Motivational Interviewing, angelehnt an Miller und Rollnick (2015, S. 44)	66
Abbildung 14, Handlungstheoretisches Modell (Schmocker, 2015, S. 16)	69
Abbildung 15, Koordinatensystem mit Ergänzungen (Gahleitner et al., 2014, S. 139)	70
Abbildung 16, Handlungsfähigkeit in Anlehnung an Lothar Böhnisch (Böhnisch, 2019, S. 20) ..	75
Abbildung 17, Motivational Interviewing, angelehnt an Miller und Rollnick (2015, S. 44)	78

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	<i>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</i>
APA.....	<i>American Psychiatric Association</i>
BAG.....	<i>Bundesamt für Gesundheit</i>
BFS.....	<i>Bundesamt für Statistik</i>
BV	<i>Bundesverfassung</i>
DSG.....	<i>Datenschutzgesetz</i>
DSM.....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental</i>
EMRK.....	<i>Europäische Menschenrechtskonvention</i>
F+F.....	<i>Früherkennung und Frühintervention</i>
GWR	<i>Generalisierte Widerstandsressourcen</i>
IASSW	<i>International Association of Schools of Social Work</i>
ICD.....	<i>International Classification of Diseases</i>
IFSW	<i>International Federation of Social Workers</i>
IV	<i>Invalidenversicherung</i>
LCS.....	<i>Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health</i>
NCD-Strategie.....	<i>Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten</i>
SKOS	<i>Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe</i>
StGB.....	<i>Schweizerisches Strafgesetzbuch</i>
WHO.....	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>
ZGB.....	<i>Schweizerisches Zivilgesetzbuch</i>

1 EINLEITUNG

Zu Beginn dieses einleitenden Kapitels wird die Motivation der Verfassenden verdeutlicht. Es folgen die Ausgangslage sowie Praxisrelevanz des Themas. Des Weiteren werden die Zielsetzung, Fragestellungen und der genaue Aufbau der Arbeit beschrieben. Um die Fragen präzise zu beantworten, ist es hilfreich, klare Abgrenzungen zu anderen Themen und Praxisfeldern zu ziehen. Diese werden am Ende des Kapitels dargelegt.

1.1 Motivation

Unser persönliches Interesse, die psychische Gesundheit aus der Optik der Sozialen Arbeit zu betrachten, bildet den Ursprung, weshalb wir uns in dieser Bachelorarbeit mit der Früherkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung vertieft auseinandersetzen. Das Grundinteresse wurde während der Praktikumszeit weiter verfestigt. Die Praktika in der Sozialen Arbeit absolvierten wir bei KLICK (Fachstelle Sucht Region Luzern) beziehungsweise in der Stiftung Eichholz (sozialpsychiatrisches Wohnheim in Zug). Unsere Arbeitserfahrungen haben uns nicht nur einen intensiven Einblick in die Alltags Herausforderungen von Menschen mit psychischer Störung ermöglicht, sondern es wurden auch die negativen Auswirkungen der Selbststigmatisierung ersichtlich. Uns wurde klar, dass viele Menschen mit psychischer Störung nicht allein an Störungssymptomen leiden, sondern auch durch Selbststigmatisierung unerwünschte Wirkungen auf bio-psycho-sozialer Ebene erfahren. Diese Erkenntnisse bringen uns zur Überzeugung, dass den Themen Früherkennung beziehungsweise Frühintervention bei Selbststigmatisierungsprozessen eine grosse Bedeutung zukommt. Es sind bereits verschiedene Forschungsergebnisse zur Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung vorhanden, die zeigen, wie sie Stigmatisierung erfahren und welche Diagnosen dabei eine Rolle spielen. Auch wird dargelegt, wie diese gesellschaftliche Stigmatisierung internalisiert wird. Zudem existieren diverse Literaturquellen zum Thema Früherkennung und Frühintervention (F+F). Besonders relevant für diese Arbeit ist die harmonisierte Definition von F+F, welche im Kapitel 1.2 beschrieben wird. Die bisherige Literatur vertieft jedoch nicht die Verbindung zwischen Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung und Früherkennung beziehungsweise Frühintervention. Mithilfe verschiedener Erfahrungen im beruflichen sowie im schulischen Kontext sind wir darum bemüht, praktikable Handlungsoptionen herauszuarbeiten, wie die Soziale Arbeit der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig entgegenwirken kann. Das dafür nötige Fachwissen eigneten wir uns unter anderem in Modulen wie «Soziale Arbeit und psychische Gesundheit» oder «Suchthilfe und institutionelle Vernetzung» sowie durch das

Lesen ausgewählter Fachliteratur an. Diese Bachelorarbeit lädt Stigmatisierungsbetroffene, deren Angehörige, Fachpersonen der Sozialen Arbeit und alle weiteren Interessierten dazu ein, sich vertieft mit der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung auseinanderzusetzen. Wir freuen uns, einen Beitrag zu dieser sozial relevanten Thematik beisteuern zu dürfen.

1.2 Ausgangslage

Im Laufe der Zeit hat sich der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit psychischer Störung stark verändert. Im 13. Jahrhundert wurden psychische Störungen noch nicht diagnostiziert. Dennoch ordneten Päpste ab dieser Zeit, bis ins 16. Jahrhundert, die Verfolgung von Personen an, die aus heutiger Sicht als psychisch gestört gelten (Christen, 2016, S. 14; Open AI, 2024a). Das Verhalten, das von der Norm abwich, wurde beobachtet und mit religiösen Überlegungen erklärt und interpretiert (Christen, 2016, S. 14). Das auffällige Verhalten wurde unter anderem mit Besessenheit, einer Strafe Gottes oder einer besonderen Auserwählung begründet. Die angewendeten Behandlungsmethoden waren Exorzismus¹, Misshandlungen oder andere unmenschliche Verfahren. Blieben diese ohne Erfolg, drohte der Tod durch Verbrennung. Erst im 19. Jahrhundert wurde das Töten von Menschen mit psychischer Störung, welche damals «Krüppel» genannt wurden, als Straftat angesehen. Menschen mit psychischer Störung wurden stigmatisiert, wodurch ihr Leben bedroht wurde. Denn nur die Personen, welche durch ihr normabweichendes Verhalten gesellschaftlich aufgefallen sind, waren von den genannten grausamen Methoden betroffen. Durch das in der Neuzeit erworbene Wissen versuchen Fachpersonen Diagnosen zu stellen und die betroffenen Menschen entsprechend zu behandeln (ebd.). Die Stigmatisierung von Personen mit psychischer Störung ist dementsprechend schon länger vorhanden als das Wissen, dass es psychische Störungen überhaupt gibt.

Trotz zunehmendem Wissen über psychische Störungen und der Therapieviefalt, steigt die Zahl der Personen, welche sich psychisch belastet fühlen, auch in der Schweiz. Im Jahr 2017 fühlten sich 15.1 % der erwachsenen Menschen verstärkt psychisch belastet, im November 2022 waren es bereits 22.9 % (Schuler et al., 2023, S. 2). Es ist wichtig, die dazwischenliegende zweijährige Pandemie zu berücksichtigen, welche die Menschen auf verschiedenen Ebenen stark gefordert hat. Jedoch ist dies nicht der einzige Grund für die aktuell steigenden Zahlen. Bereits im Jahr 2004 stellten Jacobi et al. fest, dass 43 % der Menschen im Verlauf ihres Lebens eine psychische Störung erleiden (S. 5). Schweizweit sind es über 5% der Menschen, bei denen eine Depression

¹ Unter Exorzismus wird die Teufelsaustreibung verstanden, die manchmal auch auf gewaltvolle Weise durchgeführt wird (Haefeli, 2022, 04:44–05:02).

diagnostiziert wurde, geschweige von dem Anteil, welcher mit einer nicht diagnostizierten psychischen Störung weiterlebt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2023a). Das Wissen und die Aufklärung über psychische Störungen wurden in den letzten Jahren immer mehr. Trotzdem werden die Betroffenen nach wie vor weltweit stigmatisiert und deren Menschenrechte verletzt (Weltgesundheitsorganisation [WHO], o. J.). Die öffentliche Stigmatisierung «public stigma» wird von den stigmatisierten Gruppen meistens internalisiert, was zur Selbststigmatisierung «self stigma» führt (Aydin & Fritsch, 2015, S. 145). Die Selbststigmatisierung hat weitere Folgen, wie selbstdiskriminierende Verhaltensweisen. Dieser Prozess macht die Gruppe der Menschen mit psychischer Störung besonders vulnerabel und verunmöglicht eine würdige Teilhabe an der Gesellschaft (Aydin & Fritsch, 2015, S. 251). Die Soziale Arbeit ist berufsmoralisch dazu verpflichtet, der Zielgruppe gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S. 7–10). Auch der schweizerische Verband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit SAGES sieht es als Aufgabe der Sozialen Arbeit, die gesellschaftliche Teilhabe zu fördern und die Individuen vor gesundheitlichen Beeinträchtigung zu schützen (SAGES, 2018). Die Soziale Arbeit hat durch die eigene handlungsleitende Praxis, die Forschungsmethoden und die stark ausgeprägte Kompetenz der Vernetzung eine zentrale Funktion in der Umsetzung unterschiedlicher Gesundheitsstrategien in der Schweiz (Rademaker, 2016, S. 36). Eine dieser Strategien ist die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). Für die Verwirklichung dieser Strategie spielt die F+F eine bedeutende Rolle. Der F+F-Ansatz kann bei gesellschaftlichen und gesundheitlichen Problemen, wie beispielsweise bei der psychischen Gesundheit angewendet werden (BAG, 2023b). Der Ansatz nimmt eine wichtige Rolle im gesamten Bereich der Gesundheitsförderung ein (BAG, 2022, S. 15). Ebenso relevant ist er in dieser Bachelorarbeit. Denn es geht darum, Frühanzeichen der Selbststigmatisierung zu erkennen und daraufhin geeignete Massnahmen zu planen (BAG, 2022, S. 5). In dieser Arbeit wird F+F bezüglich der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung angewendet. Angesichts der zunehmenden Zahl psychisch belasteter Personen gewinnt die rechtzeitige Erkennung von Selbststigmatisierung an Bedeutung.

1.3 Praxisrelevanz

Auftrag der Sozialen Arbeit ist das Lösen sozialer Probleme (AvenirSocial, 2010, S. 7). Darunter fallen Menschen, welche aufgrund ihrer psychischen Störung öffentliche Stigmatisierung erfahren und/oder sich selbststigmatisieren. Stigmatisierungsbetroffene sehen sich nebst den Auswirkungen der psychischen Störung noch mit anderen gesundheitseinwirkenden Gegebenheiten konfrontiert. So erleben sie gemäss von Kardorff (2011) aufgrund der vorherrschenden Stigmatisierung Nachteile bei der Wohnungssuche, auf dem Arbeitsmarkt oder auch innerhalb des Versorgungssystems (S. 39). In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946, SR. 0.810.1 ist in der Präambel festgehalten, dass Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens darstellt (IFSW/IASSW, 2014). Dabei kann die Medizin dem körperlichen, die Psychologie beim psychischen und dementsprechend die Soziale Arbeit als wichtiger Teil beim sozialen Aspekt mitwirken. Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz wird Partizipation als ein zentrales ethisches Prinzip hervorgehoben (AvenirSocial, 2010, S. 10). Selbststigmatisierung verhindert jedoch die gelungene Teilhabe an der Gesellschaft, was bis hin zur Vereinsamung führen kann (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250). Diese Abwesenheit von sozialer Unterstützung und sozialer Bindung hat einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen (Solèr & Süsstrunk, 2019, S. 21). Gesundheitsförderung gehört somit zum Funktionsbereich Sozialer Arbeit. Menschen mit psychischer Störung sind in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit präsent. Wie beispielsweise in Psychiatrien, Rehabilitationskliniken, der Suchthilfe oder Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention (SAGES, 2018).

«Professionelle verfügen über mehr Wissen und setzen sich eher für die Rechte psychisch erkrankter Mitmenschen ein. Ausserhalb des beruflichen Umfelds meiden sie den Kontakt mit ihnen jedoch stärker als die Allgemeinbevölkerung» (Lauber, 2008; zit. in Martino et al., 2012, S. 6). Dieses Zitat zeigt auf, dass auch, oder insbesondere, Fachpersonen zur Stigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung beitragen. Sie stehen umso mehr in der Pflicht, ihr eigenes Handeln zu reflektieren und anzupassen. Denn im «Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz» werden Professionelle der Sozialen Arbeit dazu aufgefordert, Stigmatisierung aktiv entgegenzuwirken (AvenirSocial, 2010, S. 11).

1.4 Fragestellung und Zielsetzung

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit arbeiten nah mit vulnerablen und sozial benachteiligten Menschen zusammen und orientieren sich an deren Lebenswelten. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Fachpersonen der Sozialen Arbeit praktikable Handlungsoptionen zur Verfügung zu stellen, um Stigmatisierung auf struktureller und individueller Ebene zu erkennen, den Handlungsbedarf abzuklären und situationsgerecht zu intervenieren. Um dieses Ziel zu erreichen, orientiert sich die Arbeit an einer übergeordneten Frage. Es werden vier Hauptfragen beantwortet, um umfassend auf die übergeordnete Frage einzugehen.

Übergeordnete Frage:

Wie kann der Prozess der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt und daraufhin interveniert werden?

1. Hauptfrage:

Was ist unter dem Prozess der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung zu verstehen?

2. Hauptfrage:

Weshalb ist eine frühzeitige Erkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung relevant?

3. Hauptfrage:

Wie können Selbststigmatisierungsprozesse bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt werden?

4. Hauptfrage:

Welche Handlungsoptionen bieten sich für die Praxis der Sozialen Arbeit?

1.5 Aufbau der Fachliteraturarbeit

Zu Beginn wird erläutert, wie sich Selbststigmatisierung bei Personen mit psychischer Störung entwickeln kann. Hierbei wird zunächst der Begriff der psychischen Störung definiert und das damit einhergehende Stigma erklärt. Im Anschluss wird die Stigmatisierung an sich erläutert und ihre Funktionen verdeutlicht. Ausgehend vom idealtypischen Stigmatisierungsprozess wird ein zentraler Aspekt dieser Bachelorarbeit behandelt, nämlich die Selbststigmatisierung. Um diesen Prozess zu vertiefen, wird auf ein geführtes Interview mit einer schizophreniebetreffenden Person eingegangen und ihr generelles Stigmaerleben beleuchtet.

Im folgenden Kapitel wird die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung von Selbststigmatisierung behandelt. Hierbei werden zunächst die Begriffe Früherkennung und Frühintervention anhand des entsprechenden Ansatzes des Bundesamtes für Gesundheit erläutert. Um diesen Ansatz zu vertiefen, werden verschiedene Präventionsansätze und deren Bedeutung vorgestellt. Die negativen Auswirkungen der Selbststigmatisierung auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene werden aufgezeigt, um die Relevanz der Früherkennung zu unterstreichen. Anschliessend wird die Bedeutung der Früherkennung für die Soziale Arbeit anhand der diskutierten Nachteile hervorgehoben.

Daraufhin wird erläutert, wie Selbststigmatisierung frühzeitig erkannt werden kann. Zunächst werden die notwendigen Rahmenbedingungen diskutiert, einschliesslich der Festlegung einer gemeinsamen Haltung und der Bedeutung des Settingansatzes. Für die frühzeitige Erkennung von Selbststigmatisierung werden Schutz- und Risikofaktoren sowie Symptome beleuchtet. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf gezieltem Beobachten. Dennoch gibt es auch Grenzen der Früherkennung, welche in diesem Kapitel aufgezeigt werden.

Anschliessend wird aufgezeigt, welche Handlungsoptionen sich für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Phasen des F+F-Ansatzes bieten. Dabei werden die möglichen Handlungsoptionen während der Früherkennung sowie der Situationseinschätzung und die dazugehörigen Instrumente behandelt. Im Anschluss wird auf die Möglichkeiten zur Frühintervention eingegangen. Abschliessend steht die Evaluation, welche ein bedeutender Teil dieses Prozesses darstellt, sowie Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, im Zentrum.

Im 6. Kapitel werden Schlussfolgerungen gemacht. Ebenfalls folgt ein Ausblick hinsichtlich weiterführender Recherche- oder Forschungsthemen.

1.6 Abgrenzung

Die Bachelorarbeit unterscheidet grundsätzlich nicht zwischen den verschiedenen psychischen Störungen, womit das gesamte Spektrum psychischer Störungen mitgemeint ist. Untersucht wird die Stigmatisierung psychischer Störungen im Kontext der gesellschaftlichen Normen der Schweiz sowie kulturell ähnlicher Länder. Es wird nicht auf geschlechterspezifische Unterschiede hinsichtlich der Selbststigmatisierung und des Zugangs zu professioneller Hilfe eingegangen, obwohl renommierte Fachpersonen in Literatur und Podcasts solche Unterscheidungen häufig diskutieren. Diese Differenzierung würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Zudem wird keine Recherche zu Therapie- oder Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt, da die Verantwortung für die Behandlung und Therapie psychischer Störungen unter anderem bei Psychiater*innen und Psycholog*innen liegt. Der F+F-Ansatz wird spezifisch auf die Selbststigmatisierung bei psychischen Störungen angewendet, nicht jedoch auf andere nicht übertragbare gesundheitliche Phänomene. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die gesellschaftlichen Werte und Normen im Laufe des gesellschaftlichen Wandels ändern können, was auch die Stigmatisierung beeinflussen kann (Open AI, 2024a).

2 PSYCHISCHE STÖRUNG UND SELBSTSTIGMATISIERUNG

Im Kapitel 2 wird zunächst definiert, was in dieser Arbeit mit «psychischen Störungen» gemeint ist. Anschliessend folgt eine theoretische Einordnung der Begriffe Stigma sowie Stigmatisierung. Es wird unter anderem aufgezeigt, wie sich Stigmatisierung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zeigt und was ihre Funktionen sind. Es folgen Erläuterungen zur Selbststigmatisierung sowie ein Exkurs zur psychischen Störung Schizophrenie. Im Fazit werden zusammenfassend die wichtigsten Erkenntnisse festgehalten.

Folgende Frage steht im Kapitel 2 im Zentrum:

Was ist unter dem Prozess der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung zu verstehen?

2.1 Psychische Störungen

Vor einer genauen Betrachtung des Begriffs psychische Störung ist es angebracht, zunächst den Begriff der Psyche zu erläutern. Der Chefarzt der psychosozialen Dienste in Wien, Georg Psota, fasst den Begriff Psyche als Gesamtheit der Gefühle, des Wahrnehmens und des Denkens zusammen (Löw, 2020, 02:08–02:22). Die Psyche ist im Gesundheitsverständnis der WHO aufgrund des bio-psycho-sozialen Modells nicht mehr wegzudenken. Dabei wird Gesundheit nicht als gegebener Zustand, sondern vielmehr als veränderbares Kontinuum betrachtet (Löw, 2020, 38:17–38:43). Dieses Kontinuum wird auch von Aaron Antonovsky im salutogenetischen Modell angewendet, welches im Kapitel 3.1.6 genauer erläutert wird. Die Psyche muss also als bedeutender Einflussfaktor im gesamte Gesundheitsprozess gesehen werden (Walter-Klose, 2022, S. 161).

Der Begriff der psychischen Störung bleibt bis heute unklar definiert. Grundsätzlich werden sie als menschliche Konstrukte betrachtet, welche reale Sachverhalte repräsentieren, die aber wiederum schwer abzubilden sind (Stieglitz & Hiller, 2013, S. 239). Diese Konstrukte können sich im Laufe der Zeit verändern. So galt die Homosexualität bis zum 17. Mai 1990 als psychische Störung. Abgeleitet vom erklärten Begriff der Psyche, kann die psychische Störung als Störung des menschlichen Erlebens, Wahrnehmens und Denkens zusammengefasst werden. Diese Störung wirkt sich auf somatische, emotionale, kognitive Aspekte und das Verhalten der Person aus. Aufgrund der Definitionsschwierigkeit ist es umso wichtiger, die unterschiedlichen Symptome strukturiert zu verorten, um so eine Diagnose stellen zu können. Für eine einheitliche

Beschreibung werden psychische Störungen im ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) unter Kapitel 06 (Psychische, Verhaltens- oder neuroentwicklungsbedingte Störungen) definiert und es dient der Klassifizierung, Diagnostik und Einteilung in einen Schweregrad (Weltgesundheitsorganisation, 2023). Das ICD wird von der WHO herausgegeben und ist ein in der Schweiz gültiges Klassifizierungsinstrument für die medizinische Versorgung (Bundesamt für Statistik [BFS], o. J.). Darin definiert werden alle Arten von Krankheiten und gesundheitlichen Problemen. Das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental 5th Revision) ist ein anderes Klassifikationssystem, welches von der APA (American Psychiatric Association) in der 5. Revision herausgegeben wurde und ausschliesslich psychische Störungen beinhaltet (Bauer et al., 2014, S. 531). Die Anwendung ist für die Fachpersonen geeignet, welche Menschen mit psychischen Störungen diagnostizieren oder behandeln. In Europa wird das DSM-5 mehrheitlich zu Forschungszwecken verwendet. Für die Stellung von Diagnosen wird auf das ICD-11 zurückgegriffen (ebd.).

Wenn Menschen von einer psychischen Störung betroffen sind, wirkt sich dies auf die Wahrnehmung und auf das Handeln der Person aus (Schuler et al., 2020, S. 7). Die Veränderung, wie Betroffene ihre Umwelt wahrnehmen, wie sie denken, fühlen und sich in der Interaktion mit anderen verhalten, weicht von dem ab, was als gesellschaftliche Norm angesehen wird. Diese Veränderung kann eine grosse Herausforderung für den Alltag darstellen. Herausfordernd ist es nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörige und sonstiges Umfeld. Dabei sind je nach Situation eine intensive Unterstützung und Behandlung erforderlich (ebd.). Ein wichtiger Unterschied, dass von psychischer Störung und nicht von Krankheit gesprochen wird, liegt bei der Entstehung (Mattig, 2016, S. 11–12). Krankheiten haben oft eine klare Ursache. So kann beispielhaft ein Virus genannt werden, welcher auf den Körper einwirkt und diesen krank macht. Die Krankheit kann also klar auf den auslösenden Virus zurückgeführt werden. Bei psychischen Störungen ist die Ursache oft nicht eindeutig, da es keine alleinige gibt. Es handelt sich dabei vielmehr um eine Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Aspekten. Beim bio-psycho-sozialen Erklär-Modell ist der in der Verfassung der WHO verankerte Gesundheitsbegriff wiederzuerkennen. Relevant dabei ist die Wechselwirkung der drei Faktoren. Ein Mensch kann genetisch veranlagt sein, eine psychische Störung zu entwickeln. Diese Veranlagung allein löst aber noch keine Störung aus (ebd.). Trotzdem führt sie zu einer erhöhten Anfälligkeit (Vulnerabilität). Ein weiteres Modell, welches die Entstehung psychischer Störungen beschreibt und mit dem bio-psycho-sozialen Modell verknüpft ist, nennt sich Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Es ist auf der Abbildung 1 ersichtlich und zeigt die

Wechselwirkung der Vulnerabilität und der Stresseinwirkung, unter Berücksichtigung der Möglichkeiten zur Stressbewältigung einer Person, auf.

Es geht, wie das bio-psycho-soziale Modell, davon aus, dass Vulnerabilitäten auf biologischer, psychischer oder sozialer Ebene bestehen können (Wittchen et al., 2020, S. 24–25). Die biologischen und psychischen Faktoren werden als intraindividuell und die sozialen als soziale Umwelt bezeichnet. Nur in Verbindung mit Stressereignissen wie beispielsweise kritischen Lebensereignissen oder sonstigen Veränderungen, kann dies zu einer psychischen Störung führen. Weitere Einflussfaktoren wie die Resilienz oder dysfunktionale Kognitionen beeinflussen den Verlauf und die Konsequenz der Störung (ebd.). Dysfunktionale Kognitionen sind in dieser Arbeit von Bedeutung. Sie können als «Denkfehler» betrachtet werden und entstehen unter anderem durch persönliche Erfahrungen wie beispielsweise Stigmatisierung (Sauerland, 2015, S. 12–13). Diese fehlerhaften Gedankenkonstrukte werden auf unterschiedliche Situationen und Ereignisse übertragen. Ein Beispiel hierfür ist folgender Satz: «Ich kann das nicht» (ebd.). Die bedeutenden Faktoren des Vulnerabilitäts-Stress-Modell können sich im Verlauf des Lebens verändern (Wittchen et al., 2020, S. 24).

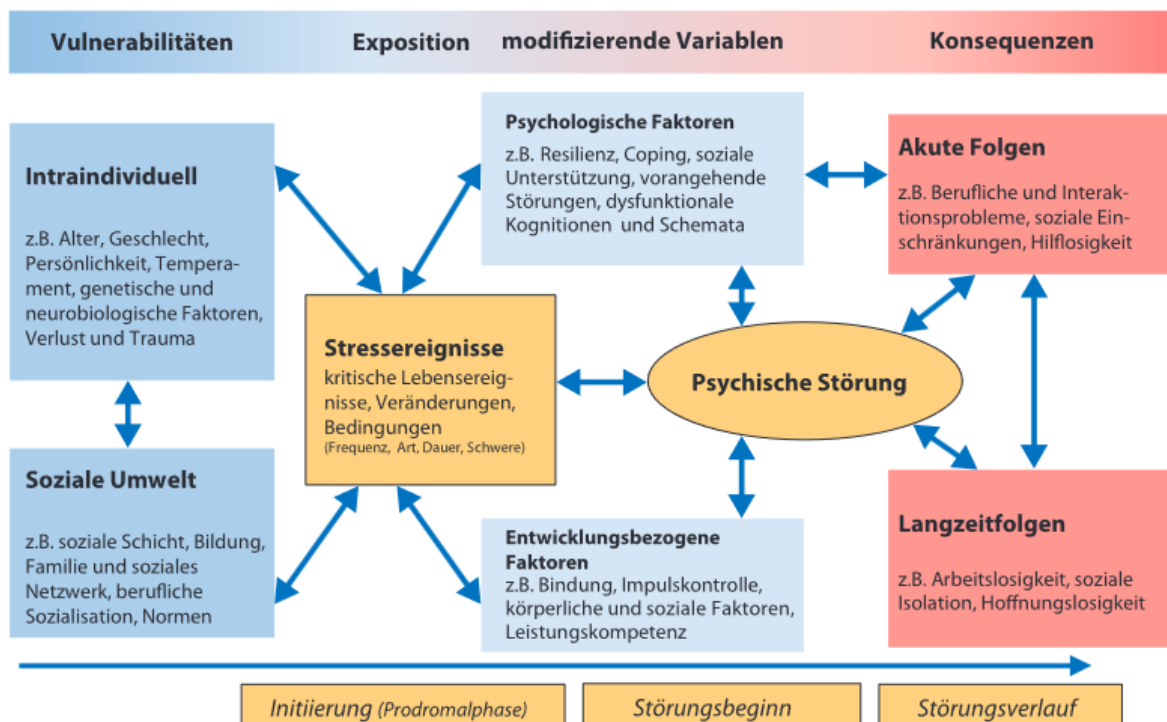


Abbildung 1, Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen et al., 2020, S. 25)

2.2 Stigma

Der Begriff Stigma, welcher ursprünglich aus dem Griechischen stammt, bezeichnet in seiner Wortherkunft ein körperliches Zeichen, welches etwas Negatives bezüglich des moralischen Zustands der betroffenen Person zu erkennen gab (Goffman, 1975, S. 9). Durch schneiden und brennen wurden solche in der Haut verewigt (De Col et al., 2004, S. 862), sodass sich die betroffene Person fortan optisch von «Normalen» unterschied (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Beispielsweise konnte so ein körperliches Merkmal darauf hinweisen, dass die Person kriminell war oder versklavt wurde. Infolgedessen wurde die als normabweichend definierte Person gemieden und gesellschaftlich ausgeschlossen. Sie wurde also stigmatisiert (ebd.). Genaueres zur Stigmatisierung wird im Kapitel 2.3 erläutert. Die sozialwissenschaftliche Interpretation des Begriffs Stigma hat sich im Laufe der Jahre geändert (ebd.). Stigma bezieht sich gegenwärtig auf ein Etikett, welches mit negativen Eigenschaften verknüpft wird und dadurch etikettierte von nichtetikettierten Personen unterscheiden lässt (De Col et al., 2004, S. 862). Ein solches kann beispielsweise die sexuelle Orientierung, die Hautfarbe oder eine Krankheit sein. Das Stigma geht mit negativen Einstellungen einher, wodurch die betroffene Person nicht mehr als individuelles Wesen wahrgenommen wird. Stattdessen wird sie auf das Stigma reduziert. Grundlegend für die Unterscheidung in «normal» und «nicht normal» ist ein gemeinsames Normverständnis. Darüber wird definiert, welche Eigenschaften ein Individuum besitzen muss, um von der Gemeinschaft als gleichwertig betrachtet zu werden. (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Stigmata können in sichtbare und unsichtbare unterteilt werden (ebd.). Sichtbare Stigmata werden als auffällige Merkmale beschrieben, da sie von aussen gut wahrnehmbar sind. Dazu gehören beispielsweise Adipositas, Hautkrankheiten sowie körperliche Beeinträchtigungen. Nicht offensichtlich vorhandene Merkmale werden als nichtsichtbare Stigmata bezeichnet. Hierzu zählen Krankheiten wie Aids oder eine Gefängnisbiografie. Da psychische Störungen mehrheitlich nicht direkt erkannt werden, gehören sie meistens der zweiten Kategorie an (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247–248).

2.3 Stigmatisierung

Die negative Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischer Störung hat sich in den letzten Jahren, trotz Entstigmatisierungskampagnen und fortschreitendem Wissen, nicht verbessert (Aydin & Fritsch, 2015, S. 246–247). Je nach Störungsbild hat sich diese sogar verschlechtert. Hier kann beispielsweise die Schizophrenie erwähnt werden, welcher besondere Vorurteile wie Gefahr oder Unkontrollierbarkeit zugeschrieben werden. Darauf wird noch konkreter im Kapitel 2.5 eingegangen. Die Stigmata haben grossen Einfluss auf die Betroffenen sowie deren Angehörigen. Etikette sind die Ausgangspunkte von Stigmatisierungsprozessen. Stigmatisierung ist also kein gegebener, statischer Zustand, sondern ist wandelbar. So wandelbar wie gesellschaftliche und kulturelle Normen. Denn diese sind ausschlaggebend dafür, welche Merkmale/Etikette als Stigma definiert werden und welche nicht (ebd.). De Col et al. beschrieben den Stigmatisierungsprozess in vier Schritten.

Zu Beginn wird eine Person etikettiert (De Col et al., 2004, S. 862). Was mit einem Etikett gemeint ist, wird im Kapitel 2.2 beschrieben. Dieses Etikett bezieht sich vorerst auf ein Merkmal, das sich von der Norm unterscheidet. Beispielsweise erhält eine Person die Diagnose Depression. Die Depression ist das Etikett, welches im

ersten Schritt jedoch unbewertet bleibt. Die gesellschaftliche Norm ist aber, dass Menschen keine Depression haben. Dadurch besitzen depressive Menschen ein sich unterscheidendes Merkmal. Im zweiten Schritt folgt die Phase der negativen Zuschreibung, in welcher gemäss De Col et al. (2004) das negative Stereotyp im Zentrum steht (S. 862.). Um beim Beispiel zu bleiben, könnten negative stereotype Zuschreibungen von depressiven Menschen sein, dass sie als willensschwach, schlecht gelaunt oder faul betrachtet werden (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Diese negativen Vorurteile sind nicht auf individuelle Urteile beschränkt, sondern werden weitgehend von der Allgemeinbevölkerung geteilt. Das unterstreicht nochmals die gesellschaftliche Dimension der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen, welche sich weiterhin negativ entwickelt (Open AI, 2024b). In einer englischen Studie aus dem Jahr 2003 wurde festgestellt, dass im Vergleich zum Jahr 1994 Menschen weniger bereit sind, Toleranz und Sympathie gegenüber Menschen mit psychischen Störungen zu zeigen. Diese Ergebnisse deuten auf einen potenziellen Rückgang der sozialen Akzeptanz und Unterstützungsbereitschaft für Betroffene und deren Angehörige hin (Aydin & Fritsch, 2015, S.

Ablauf von Stigmatisierungsprozessen

- Etikett (unterscheidendes Merkmal, z. B.: Symptomatik, Diagnose, Behandlung)
- Negatives Stereotyp (Vorurteile, z. B.: gefährlich, unheilbar, unzurechnungsfähig)
- Diskriminierung (negative soziale Folgen durch Ablehnung etc.)
- Psychologische Internalisierung des Vorurteils (Selbststigmatisierung)

Abbildung 2, Ablauf von Stigmatisierungsprozessen (De Col et al., 2004, S. 862)

248). Im dritten Schritt beschreibt De Col et al. (2004) die Diskriminierung (S. 862). Dieser Punkt beinhaltet die negativen sozialen Folgen der Betroffenen, welche durch die Ablehnung der allgemeinen Bevölkerung entstehen. Wenn sich Voreingenommenheit in einem negativen Verhalten der Menschen zeigt, wobei stigmatisierte Menschen anders als nichtstigmatisierte Menschen in derselben Situation behandelt werden, wird dies als Diskriminierung bezeichnet (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247; Open AI, 2024b). Gemäss Amnesty International (o. J.) müssen folgende drei Merkmale vorhanden sein, damit von einer Diskriminierung gesprochen werden kann. Erstens bedingt es einer nachteiligen Behandlung bezüglich der Rechte einer Gruppe oder Person. Ausserdem muss diese nachteilige Behandlung auf einer unrechtmässigen Grundlage basieren, sowie eine fehlende objektive Rechtfertigung vorhanden sein. Wird nun einer depressiven Person aufgrund des Stigmas Depression eine Arbeitsstelle nicht gegeben oder wird ihr gar gekündigt, erlebt die Person negative ökonomische Folgen infolge diskriminierender Verhaltensweisen. Stigmatisierungsprozesse beinhalten jedoch nicht zwangsläufig Diskriminierung, was durch folgendes Beispiel deutlich wird. Wenn eine Person angestarrt und die Nähe zu ihr gemieden wird, weil sie durch die Praxistür von psychologischen Fachpersonen geht, ist dieses ablehnende Verhalten stigmatisierend, aber nicht diskriminierend. De Col et al. integriert im Prozess der Stigmatisierung den vierten und für diese Arbeit sehr zentralen Schritt der Selbststigmatisierung. Dieser wird in einem Kapitel 2.4 differenziert aufgegriffen. Wichtig ist, dass es die Selbststigmatisierung, welche in dieser Arbeit eine zentrale Rolle spielt, nur gibt, wenn eine Stigmatisierung von aussen vorhanden ist. Gemäss Knuf gewinnt Stigmatisierung jedoch nur in Verbindung mit Selbststigmatisierung an Bedeutung (Pany, 2020, 54:20–54:40). Hier ist wiederum die ausgeführte Unterscheidung von Diskriminierung und Stigmatisierung wichtig. Bei der Aussage von Knuf geht es um das Stigma von Menschen oder Gruppen und das daraus entspringende Verhalten ihnen gegenüber, also die Stigmatisierung (Menche et al., 2011, S. 172). Das Verhalten entspringt aus der Einstellung der Menschen, die stigmatisieren. Diese Einstellung entsteht auch ohne eigene Erfahrungen mit den betroffenen Personen oder Gruppen. Oft dient es der Vereinfachung der Komplexität der Welt und lässt keine individuellen Unterscheidungen zu (ebd.). Wenn das Vorurteil der Faulheit die Einstellung gegenüber Depressiven beeinflusst, wird im Kontakt mit den entsprechenden Personen nicht individuell unterschieden (Open AI, 2024b).

2.4 Stigmatisierung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene

Der Blick auf die Gesellschaft und die verschiedenen Stigmatisierungsebenen soll aufzeigen, wie gesellschaftliche Normen zur Selbststigmatisierung und Diskriminierung führen können. Menschen sind soziale Wesen, welche auf die Mitgliedschaft in sozialen Systemen angewiesen sind (Staub-Bernasconi, 2018, S. 185). Sie sind in ständiger Wechselwirkung mit ihrer Umwelt (von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 90). Reize von aussen lösen einen kognitiven Prozess aus, welcher zu Veränderungen bei der Person führen kann (ebd.). Die individuelle Wirklichkeit der Welt wird mittels Kommunikation mit anderen Menschen konstruiert (von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 148). Daraus ist zu schliessen, dass ein Mensch nicht als sozial isoliertes Wesen betrachtet werden kann. Er ist ständig mit Umweltreizen konfrontiert, welche die eigenen Gedankenkonstrukte und das Verhalten beeinflussen. Die von Staub Bernasconi benannten sozialen Systeme, oder die von Sommerfeld (2019) definierte Lebenswelt (S. 5), können in Makro-, Meso- und Mikroebene unterteilt werden. In diesen drei Ebenen geschieht auch Stigmatisierung (Löw, 2020, 05:34–05:40). Auf der Abbildung 3 sind die Schnittstellen der drei Ebenen sowie deren Wechselwirkung zu sehen. Es ist ersichtlich, dass beispielsweise auf der Mesoebene das Familiensystem auch von der Makroebene beeinflusst wird. Durch den regelmässigen Kontakt zu diesem Familiensystem wirkt dies auf die Mikroebene und somit das Individuum ein. So geschieht das auch mit der Stigmatisierung auf der Makroebene, welche sich über die Mesoebene auf das Individuum überträgt.

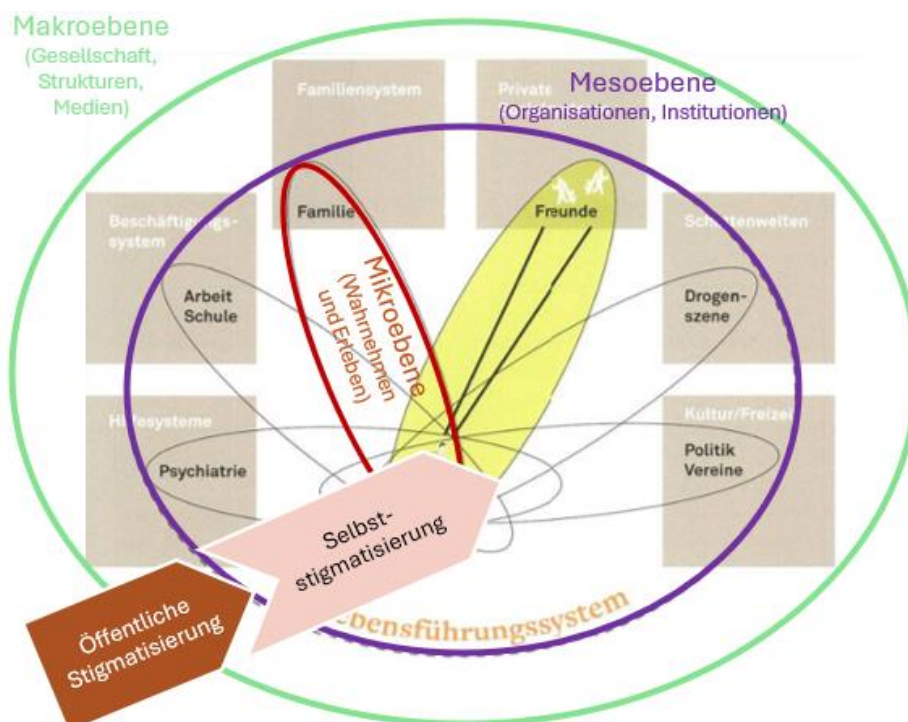


Abbildung 3, Lebensführungssystem mit eigenen Ergänzungen (Sommerfeld, 2019, S. 8)

2.4.1 MAKROEBENE

Die Makroebene beinhaltet nach Bronfenbrenner die kulturellen und subkulturellen Rahmenbedingungen, wie auch andere ökonomische oder politische Aspekte einer Gesellschaft (Flammer, 2009, S. 255). Die Rahmenbedingungen bestimmen geltende gesellschaftliche Werte und Normen stark. Flammer (2009) erwähnt, dass von einer Internalisierung der gesellschaftlichen Vorurteile und geltenden Normen ausgegangen werden muss (S. 255). Das Zusammenspiel der verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen ist dabei erkennbar und wird in Abbildung 3 nochmals bildlich dargelegt. Es besteht somit eine Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft. Wohingegen die Tatsache besteht, dass ohne Individuen keine Gesellschaft bestehen würde (Staub-Bernasconi, 2018, S. 185). Die einzelnen Mitglieder können als Spiegel deren betrachtet werden und umgekehrt (Stimmer, 2020, S. 62). Psota verortet die öffentlichen Medien und die Gesellschaft als Ganzes inklusive deren Werte und Normen in der Makroebene (Löw, 2020, 05:58–06:05). Den öffentlichen Medien wird in der Stigmatisierungsdiskussion über psychische Störungen grosse Wichtigkeit zugeschrieben. Übertrieben häufig wird beispielsweise in der medialen Darstellung von Gewalttaten im Zusammenhang mit Menschen mit psychischer Störung berichtet, was zu einer Assoziation zwischen Aggression und psychischer Störung führt (Aydin & Fritsch, 2015, S. 252). Auch auf nationaler gesetzlicher Ebene sind stigmatisierende Ausdrücke verfestigt. So hält das schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) vom 21. Dezember 1937, SR 311.0 in Art. 122 lit. b das Wort «geisteskrank» für Menschen mit psychischer Störung fest. Die Stigmatisierung auf der Makroebene ist schwer und in langwierigen Prozessen zu verändern. Die gesellschaftliche Reproduktion von Stigmatisierung auf der Makroebene wirkt sich auf die Stigmatisierung in der Mikroebene aus. Die Makroebene zeigt gleichzeitig gut auf, welche Assoziationen über Personengruppen gesellschaftlich geteilt werden und wie sie kulturhistorisch entstanden sind. Die eher gleichbleibende Stigmatisierung gegenüber psychischen Störungen ist an einer aktuellen Umfrage über psychiatrische Angebote zu erkennen. Die Befragten geben gleich negative Antworten über das mögliche Eröffnen von psychiatrischen Ambulatorien in der eigenen Nachbarschaft wie vor zwanzig bis dreissig Jahren (Löw, 2020, 16:01–16:27). Daraus können gesellschaftliche Normvorstellungen festgestellt werden. Die Strukturen tendieren dazu, dass der Fokus mehr auf der Sicherheit der Gesellschaft vor Personen mit psychischer Störung liegt, anstatt auf der Rehabilitation der Betroffenen (Löw, 2020, 16:53–17:14; Open AI, 2024).

2.4.2 MESOEBENE

Die Mesoebene beinhaltet nach Bronfenbrenner die Wechselbeziehung mindestens zweier Lebensbereiche, denen das Individuum angehört. Das Individuum selbst ist aber nicht an der Interaktion beteiligt. Ein Beispiel dafür ist die Beziehung zwischen der Mutter und der Lehrerin (Flammer, 2009, S. 253). In dieser Arbeit sind mit der Mesoebene jedoch alle Institutionen, Organisationen und Teilsysteme gemeint, an denen das Individuum beteiligt ist. In der «Abbildung 3» sind diese Teilsysteme beispielhaft als Schnittstellen zur Makroebene dargestellt. Die Mesoebene kann auch als näheres Umfeld eines Individuums betrachtet werden (Buntrock & Peinemann, 2023, S. 438). Psota nennt auf dieser Ebene das Gesundheitspersonal im Besonderen (Löw, 2020, 06:09–06:28). Die Mesoebene liegt zwischen der Makro- und Mikroebene und nimmt folglich die Funktion des Bindeglieds ein (Stimmer, 2020, S. 182). Bei Menschen mit psychischer Störung können Selbsthilfegruppen, Freizeitgruppen oder das Gesundheitspersonal Teil der Mesoebene sein. Dass Menschen mit psychischer Störung auch vom Gesundheitspersonal stigmatisiert werden, zeigt folgendes Beispiel. Ein Mann musste aufgrund einer Lungenentzündung ins Krankenhaus. Als das Pflegepersonal von einer laufenden Psychopharmaka-Medikation aufgrund von Schizophrenie erfährt, wird er nur noch als der «Schizophrene» bezeichnet. Und dies, obwohl er aus einem anderen Grund behandelt wurde (Löw, 2020, 06:49–07:43). Daraus kann abgeleitet werden, dass Stigmatisierungsprozesse von der Makroebene in die Mesoebene einfließen.

2.4.3 MIKROEBENE

Die Mikroebene ist die individuelle Ebene. Darin werden alle persönlichen Wahrnehmungen, Gefühle und Erlebnisse wie beispielsweise Diskriminierung und Stigmatisierung berücksichtigt (Buntrock & Peinemann, 2023, S. 438; Open AI, 2024b). Bronfenbrenner versteht unter der Mikroebene die unmittelbar erlebte Umwelt (Flammer, 2009, S. 251). Es handelt sich also um die Betroffenen selbst, sowie das nahe Umfeld wie Freunde und Familie. Auf die Gestaltung des sozio-kulturellen Systems auf der Mikroebene kann das Individuum mehr Einfluss nehmen als auf der Makro- und Mesoebene. Die unmittelbaren Erlebnisse in dem von Sommerfeld (2019) genannten Lebensführungssystem können als Veranschaulichung der Mikroebene genannt werden (S. 5–8). Dass die Meso- und Mikroebene eng miteinander verknüpft sind, veranschaulicht folgendes Beispiel. Der Krankenhausaufenthalt auf der Mesoebene hat einen direkten Einfluss auf das Erleben der Klientel auf der Mikroebene (S. 5–8). Relevant ist, ob beispielsweise die schizophrene Patientin M. Stigmatisierung erlebt oder nicht. Wenn sie als allgemeinversicherte Patientin ohne Absprache ein Einzelzimmer erhält, damit sie nicht den

Reizen anderer Person ausgesetzt ist, ist dies bereits diskriminierend und stigmatisierend. Denn dadurch wird ihr Erleben beeinflusst. Dies gilt auch, wenn die Handlung eigentlich fürsorglich gemeint ist. Auch in Familien wird stigmatisiert. So erzählt Knuf, dass er ungern Freunde nach Hause eingeladen hat, da sein schizophrener Onkel bei ihnen wohnte (Pany, 2020, 50:15–50:57). Diese Dynamik in den jeweiligen Interaktionsfeldern führt für die Betroffenen zu sozialen Problemen. Menschen haben das Bedürfnis nach sogenannter Austauschgerechtigkeit. Dabei gilt die einfache Regel: «Behandle andere so, wie du selbst behandelt werden möchtest.» Durch die Stigmatisierung von aussen entsteht eine problematische Austauschbeziehung, da die Identität der Betroffenen beschädigt wird. So kann das Bedürfnis der Austauschgerechtigkeit, welche oft mit weiteren Bedürfnissen verbunden ist, nicht gestillt werden. Nebst unbefriedigten Bedürfnissen führt die Stigmatisierung zu Machtverhältnissen und Unterlegenheit (Staub-Bernasconi, 2018, S. 215).

Daraus lässt sich folgern, dass die sich wiederholende öffentliche Stigmatisierung der Makroebene selbststigmatisierende Auswirkungen auf der Mikroebene haben kann und meist auch hat. Dieser Prozess wurde bereits im Kapitel 2.3 erwähnt und ist auf der Abbildung 2 dargestellt. Auch Psota erwähnt, dass die Selbststigmatisierung prozesshaft von der Makroebene beeinflusst wird (Löw, 2020, 06:40–06:45). Auf die Selbststigmatisierung wird genauer im Kapitel 2.4 eingegangen.

2.5 Funktionen der Stigmatisierung

Nach der Auseinandersetzung mit psychischen Störungen, Stigmata und Stigmatisierung stellt sich die Frage, weshalb nach wie vor stigmatisiert wird. Denn jede Person kann potenziell eine psychische Störung entwickeln und somit selbst der stigmatisierten Gruppe angehören.

Wie im Kapitel 2.2 aufgezeigt, entstehen Stigmata durch normabweichende Merkmale. An dieser Stelle wird darauf eingegangen, was Normen und Stigmatisierung für einen gesellschaftlichen Nutzen haben. Normen sind dazu da, um das gesellschaftliche Zusammenleben zu strukturieren (Buntrock & Peinemann, 2023, S. 43). Den Mitgliedern der Gesellschaft geben die Normen eine Orientierung für das eigene Handeln. Sie geben vor, wie etwas zu sein hat. Früher waren Normen "von Gott gewollt", durch den gesellschaftlichen Wandel wurden diese im Kollektiv festgelegt. Sie dienen der Reduktion der Komplexität und lassen Handlungen des Gegenübers berechenbarer machen. Werden die Normen aber nicht eingehalten oder erfüllt, folgen Sanktionen wie beispielsweise sozialer Ausschluss. Dabei gilt es Muss-Normen von Soll-Normen zu unterscheiden. Unter Muss-Normen können Gesetze

verstanden werden, wo die jeweilige Sanktion meist klar definiert ist. Soll-Normen sind nicht gesetzlichen verankert, können aber zu sozialer Stigmatisierung führen (ebd.; Open AI, 2024). Eine Soll-Norm ist beispielsweise die geistige Funktionstüchtigkeit von Menschen.

Stigmatisierungsprozesse durchlaufen verschiedene Funktionen sowohl auf der Mikro- als auch auf Makroebene (Hohmeier, 1975). Auf der Mikroebene fungiert Stigmatisierung als Orientierungsfunktion für Individuen. Stigmatisierung formt Vorstellungen bezüglich Interaktionspartner*innen, wodurch Unsicherheiten verringert und Situationen strukturierter werden. Darüber hinaus kann das stigmatisierende Verhalten als Projektion interpretiert werden. Eigene unerfüllte Wünsche werden auf andere projiziert und so als etwas Negatives bewertet, was einer Entlastung gleichkommt. Ein Beispiel dafür könnte sein, dass eine andere Person psychiatrische Hilfe in Anspruch nimmt, während der eigene Wunsch nach einer solchen Hilfe unterdrückt bleibt. Andererseits ermöglicht die Projektion, die eigene Wut abzubauen. Als abschliessende Funktion auf der Mikroebene wird die Identitätsstrategie genannt. Personen verstärken ihre eigene normkonforme Verhaltensweise, indem sie sich von der stigmatisierten Gruppe abgrenzen und diese schlechter stellen (ebd.).

Auf der Makroebene erfüllt Stigmatisierung gesellschaftliche Funktionen, die stark von jenen der Mikroebene abgeleitet sind (Hohmeier, 1975). Stigmatisierung regelt die Verteilung von Berufschancen und den sozialen Status bestimmter Personen in der Gesellschaft. Zudem kann stigmatisierten Gruppen die Schuld für gesellschaftliche Probleme zugeschrieben werden, was das System stabilisiert. So könnten Menschen mit psychischen Störungen beispielsweise für den Anstieg der Krankenkassenbeiträge verantwortlich gemacht werden. Im gesamten Prozess werden nichtstigmatisierte Personen bestärkt, indem sie der Norm entsprechen. Der Vorteil der Normkonformität kommt auch nur zum Tragen, wenn eine Unterscheidung zu abweichenden Personen besteht. Die letzte Stigmatisierungsfunktion ist die der Herrschaft. Betroffene werden unterdrückt und ihnen werden viele Möglichkeiten genommen, sodass keine Konkurrenz zu nichtstigmatisierten Personen entsteht (Hohmeier, 1975).

Daraus lässt sich schliessen, dass Stigmatisierung einen stark strukturierenden Effekt hat, welcher Sicherheit und Orientierung gibt. Dabei gibt es viele Personen, welche darunter leiden und Ungleichbehandlung und Diskriminierung erleben. Stigmatisierung kann auch als Bedürfnisbefriedigung nach Grawe verstanden werden (Grosse Holtforth & Grawe, 2004, S. 11). Die Orientierungsfunktion ermöglicht es beispielsweise, dass Menschen sich auf Situationen einstellen können und so mehr Kontrolle haben. Auch könnte aus der Identitätsstrategie das Bedürfnis der Selbstwerterhöhung vorhanden sein. Das führt jedoch dazu, dass die

Bedürfnisbefriedigung von nichtstigmatisierten Menschen auf Kosten der Bedürfnisbefriedigung von stigmatisierten Menschen stattfindet. So wird nämlich durch die Stigmatisierung das Bedürfnis nach Bindung und Zugehörigkeit der Stigmatisierten verletzt.

2.6 Selbststigmatisierung

Die Selbststigmatisierung respektive deren Früherkennung und entsprechende Frühinterventionen sind von zentraler Bedeutung in dieser Arbeit. Im Kapitel 2.3 wird der idealtypische Ablauf von Stigmatisierungsprozessen gemäss De Col et al. (2004) anhand der vier Phasen beschrieben, wobei die vierte und letzte Phase die Selbststigmatisierung darstellt (S. 862). Wie dieses Modell zeigt, ist Selbststigmatisierung nur durch das Vorhandensein gesellschaftlicher Vorurteile möglich. Diese Vorurteile werden psychologisch internalisiert (ebd.). Daher ist Selbststigmatisierung nicht als direktes Symptom einer psychischen Störung zu verstehen, sondern eher als Folge gesellschaftlicher Normvorstellungen und damit verbundener Vorurteile. Als Beispiel hierfür dient die kulturell unterschiedliche Bewertung der Symptome einer Schizophrenie. Genauere Erläuterungen hierzu folgen im Kapitel 2.7. Eine dreimonatige Studie zum Thema Stigma von Vogel et al. (2013) zeigt den Zusammenhang zwischen öffentlichem Stigma und Selbststigmatisierung eindrücklich auf. Ein vorhandenes öffentliches Stigma zu Beginn der Messung sagte ein eintretendes Selbststigma bei der zweiten Messung voraus (S. 316/eigene Übersetzung). Der gegenteilige Kausalzusammenhang, dass Selbststigmatisierung die öffentliche Stigmatisierung beeinflusst, konnte im Rahmen dieser Studie nicht nachgewiesen werden (ebd.). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass in hohem Masse öffentlich stigmatisierte Menschen eher zur Selbststigmatisierung neigen. Laut Knuf führt gesellschaftliche Stigmatisierung aber nicht zwangsläufig zu Selbststigmatisierung. Ausserdem habe die Stigmatisierung von aussen ohne die Selbststigmatisierung kaum eine Wirkung (Pany, 2020, 52:34–52:46). Knuf nennt als Beispiel Mitglieder der Zeugen Jehovas. Diese werden von aussen stigmatisiert, indem sie auf eine bestimmte Art und Weise angeschaut werden, wenn sie am Bahnhof Zeitschriften verteilen. Sie stigmatisieren sich aber nicht selbst, da ihr Selbstbild nicht mit jenem der Gesellschaft übereinstimmt. Die Stigmatisierung von aussen kann folglich nicht «andocken» (Pany, 2020, 52:50–52:30). Das kommt einer guten Nachricht für Stigmatisierungsbetroffene gleich. Denn das bedeutet, es muss nicht darauf gewartet werden, bis die Gesellschaft weniger stigmatisiert (Pany, 2020, 54:00–54:08). Der Psychotherapeut Andreas Knuf hebt diesbezüglich Folgendes hervor: «Da kann ich lange warten. Das wissen wir auch durch Untersuchungen. Da warten wir schon Jahrzehnte» (Pany, 2020, 54:08–54:15). Es lässt sich festhalten, dass der Reduktion von Selbststigmatisierung eine bedeutende Rolle zukommt und es sich demzufolge lohnt, bei dieser anzusetzen.

2.7 Exkurs Schizophrenie

Wie im Kapitel 1.6 erwähnt wurde, liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem gesamten Spektrum möglicher psychischer Störungen. Nichtsdestotrotz erscheint es sinnvoll, Stigmatisierungsprozesse bezüglich der Schizophrenie genauer zu betrachten. Denn verschiedenen Fachliteraturen, Podcasts und persönlichen Erfahrungen im beruflichen sowie privaten Kontext zufolge sind Schizophreniebetreffende in erheblichem Ausmass Stigmatisierung ausgesetzt. In diesem Exkurs wird aufgezeigt, was unter Schizophrenie zu verstehen ist, welche Vorurteile diesbezüglich vorhanden sind und weshalb diese sich so hartnäckig aufrechterhalten. Um das Stigmaerleben aus der Selbsterfahrungsperspektive genauer zu beleuchten, fand ein persönlicher Austausch mit einer von Schizophrenie betroffenen Person statt. Die Gesprächsinhalte werden in anonymisierter Form weiter unten wiedergegeben. Die Betroffene wird nachfolgend Hanna genannt.

Schizophrenie kann als Spektrum verstanden werden und gehört zu den sogenannten psychotischen Störungen² (Wittchen et al., 2020, S. 10). Klassisch für die Schizophrenie sind Symptome wie Zerfahrenheit, Wahn oder auch Halluzinationen (Köhler, 2020, S. 262). Das hohe Mass an Stigmatisierung, welche Schizophreniebetreffende erfahren, erweckt den Anschein, als handle es sich bei der Schizophrenie um ein seltenes Phänomen (Burton, 2011, S. 52). Es ist jedoch davon auszugehen, dass 0.4 % bis 0.7 % der Bevölkerung in ihrem Leben schizophoren werden (de Assis et al., 2023, S. 49). Wenn wir von einem Wert von 0.5 % ausgehen, entspricht das jeder zweihundertsten Person. Gemäss von Kardorff (2011) können depressive Menschen und solche, die an einer Angststörung leiden, mit einem gewissen Verständnis der Umwelt ihnen gegenüber rechnen. Davon ausgenommen sind aber Personen, die von psychotischen Symptomen betroffen sind (S. 39). Wie kulturell unterschiedlich psychotische Symptome bewertet werden, zeigt ein Blick in die Welt des Schamanismus. Dort wird schizophoren Personen eine Aura von Spiritualität nachgesagt. Dadurch erlangen sie den Status eines schaman*innenähnlichen Wesens. «Schaman*in» kann mit Heiler*in oder Hexenmeister*in übersetzt werden. Diese Menschen geniessen somit ein hohes Ansehen und werden nicht stigmatisiert (Burton, 2011, S. 76). Wie zuvor kurz angeschnitten, werden schizophreniebetreffende Personen in unseren Breitengraden weitaus negativer betrachtet. Die «Tabelle 1» macht dies deutlich.

² Psychotische Störungen, auch Psychosen genannt, definieren einen psychischen Zustand, der mit Realitätsverlust einhergeht. Dieser manifestiert sich durch Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen (Burton, 2011, S. 72).

Tab. 1 Ausgewählte Items zur Erfassung der emotionalen Reaktionen gegenüber psychischen Störungen in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2011 (N=2951). (Mod. nach [2])

	Schizophrenie (%)	Major-Depression (%)
Ich habe das Bedürfnis, ihm/ihr zu helfen	60	68
Er/sie tut mir leid	68	67
Ich verspüre Sympathie für ihn/sie	24	32
Ich fühle mich unbehaglich	49	30
Er/sie lässt mich unsicher fühlen	30	21
Er/sie macht mir Angst	37	20

Tabelle 1, Umfrage Schizophrenie (Aydin & Fritsch, 2015, S.249)

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Sympathie gegenüber schizophrenen Menschen gering und gleichzeitig ein ausgeprägtes Unbehagen vorhanden ist. Gemäss Aydin und Fritsch (2015) haften schizophreniebetroffenen Menschen die Vorurteile «gefährlich» und «unkontrollierbar» an (S. 247). In den nachfolgenden Ausführungen soll aufgezeigt werden, weshalb sich diese negativen Vorurteile so hartnäckig aufrechterhalten. Das Stigmapotenzial einer psychischen Störung hängt stark vom gesellschaftlich vermittelten Bild ab (Pany, 2019, 41:55–42:01). Gemäss Burton (2011) können schizophreniebetroffene Menschen mit stark ausgeprägten Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei anderen Personen Angst auslösen. Eine selektive Medienberichterstattung trägt häufig zur Verschärfung solcher Reaktionen bei. Tatsächlich geht aber von Personen mit Schizophrenie keine erhöhte Gefahr für Fremde aus, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (S. 58). Psota argumentiert, dass der Begriff «Schizophrenie» eine eigene Dynamik angenommen hat, die nicht mit der heutigen Realität übereinstimmt. Diese Diskrepanz wird besonders deutlich, wenn das Wort in Anwesenheit von Personen mit Schizophrenie und/oder ihren Angehörigen verwendet wird, da es bei ihnen Schrecken auslöst (Löw, 2020, 13:48–14:13). Eine weitere Ursache der vorherrschenden Stigmatisierung liegt darin, dass Schizophrenie zunehmend als biologisches Krankheitskonzept, also als «Gehirnkrankheit», betrachtet wird. Psychosoziale Faktoren, wie belastende Lebensumstände, werden weniger berücksichtigt. Dies führt zu einer stark biologistischen Darstellung der Störung, die eher die Andersartigkeit der Betroffenen hervorhebt und dadurch soziale Exklusion verstärken kann (Aydin & Fritsch, 2015, S. 249).

Im Folgenden wird das Thema auf der Betroffenenperspektive vertieft. In einem offenen Gespräch berichtete Hanna aus der Sicht einer Schizophreniebetroffenen, wie sie öffentliche sowie Selbststigmatisierung erlebt und wie sie gelernt hat, einen positiven Umgang damit zu finden. Die zentralen Fragen des Gesprächs sind im Anhang A zu finden.

Hanna (Gespräch, 25. März 2024) bevorzugt Ausdrücke wie «von Schizophrenie betroffen sein» anstatt «an Schizophrenie leiden». Ausserdem bezeichnet sie ihre Diagnose nicht als «meine

Krankheit», sondern als «mein Thema». Sie ist davon überzeugt, dass das negativ konnotierte Wording zur Stigmatisierung der Schizophrenie beiträgt. Das fehlende Wissen der Allgemeinbevölkerung bezüglich dieser Diagnose sieht sie ebenfalls als Stigmatisierungsfaktor. Beispielsweise wird Schizophrenie ihrer Erfahrung nach oft mit einer dissoziativen Identitätsstörung³ gleichgesetzt. Obwohl es sich hierbei um zwei gänzlich verschiedene Phänomene handelt. Im Arbeitsleben erzählte sie bis anhin zwei Arbeitskolleg*innen von ihrer Diagnose. Die Reaktionen fielen unterschiedlich aus. Beim ersten Mal befand sie sich in einem akuten psychotischen Schub, welcher bei ihr in der Regel nach dreissig Minuten wieder vorbei ist. Sie konnte sich in diesem Moment nicht selbst beruhigen und suchte deshalb Hilfe bei ihrer Vorgesetzten. Diese reagierte schockiert und fragte Hanna, weshalb sie das nicht früher gesagt habe. Bei einer weiteren Anstellung erzählte sie ihrem Vorgesetzten präventiv von ihrer Diagnose. Dieser zeigte sich verständnisvoll und zweifelte Hannas Kompetenzen nicht an. Im privaten Umfeld wissen diverse Personen von ihrem Thema. Nachdem sie ihnen das anvertraut hatte, nahm sie keine erkennbare Stigmatisierung wahr. Sie spürt aber jeweils eine grosse Verunsicherung des Gegenübers. Es werden beispielsweise kaum Rückfragen gestellt und so getan, als sei das soeben Gesagte etwas ganz «Alltägliches». Häufig herrscht anschliessend eine «komische» Stimmung. Das wiederum verunsichert auch Hanna. Auch Freund*innen, welche schon lange Bescheid wissen, fragen nie nach, wie es ihr diesbezüglich geht. Gerne würde sie öfters mit ihnen darüber sprechen. Hanna möchte sie aber auch nicht überfordern. Sie überlegt sich grundsätzlich sehr genau, wem sie von ihrer Diagnose erzählt. Gleichzeitig würde sie aber gerne mit irgendjemandem im Schul- oder Berufsalltag darüber sprechen können, falls psychotische Krisen auftreten, auch wenn sie sich meistens von selbst wieder beruhigen kann. Anfangs hatte sie mit den Auswirkungen der Schizophrenie zu kämpfen. Mittlerweile hat sie aber viel Erfahrung im Umgang mit den verschiedenen Symptomen und führt ein glückliches Leben. Ebenfalls gelang es ihr, das Störungsbild mehr als «Schlüssel zu sich selbst» statt als «Krankheit» zu sehen. Der gelingende Umgang mit den Symptomen sowie die Eigenschaft, die Symptome positiv zu bewerten, helfen ihr dabei, sich nicht selbst zu stigmatisieren. Wenn sie Mitmenschen von ihrem Thema erzählt, wünscht sie sich von ihnen Aufgeschlossenheit und Neugier, jedoch auch eine gewisses «Herantasten». Und falls sich jemand überfordert fühlt, darf ihr das gerne gesagt werden.

³ Die dissoziative Identitätsstörung bezeichnet ein Störungsbild, in der eine Person mindestens zwei unterscheidbare und einander abwechselnde Persönlichkeiten zeigt (Hoyer & Knappe, 2020, S. 1325).

2.8 Fazit

Folgende Frage wurde im Kapitel 2 beantwortet:

Was ist unter dem Prozess der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung zu verstehen?

Anfangs wurde ersichtlich, dass psychische Gesundheit kein gegebener Zustand ist. Trotz umfangreicher Bemühungen bleibt die öffentliche Meinung gegenüber Menschen mit psychischer Störung in der Tendenz gleichbleibend negativ. Stigmatisierungsprozesse lassen sich auf einen Zyklus zurückführen, der mit der Zuweisung eines Etiketts beginnt, wie beispielsweise einer psychiatrischen Diagnose. An dieses Etikett werden negative Stereotypen geknüpft, die zu diskriminierendem Verhalten führen können. Als Reaktion darauf erleben Betroffene oft Selbststigmatisierung. Stigmatisierung hat verschiedene Funktionen. Auf der Mikroebene bietet sie dem Individuum etwa eine Orientierungsfunktion, indem sie Vorstellungen und Erwartungen bezüglich des Gegenübers formt und Unsicherheiten verringert. Auf der Makroebene wiederum regelt Stigmatisierung beispielsweise die Verteilung von Berufschancen und sozialem Status, indem sie bestimmte Personen benachteiligt und ihnen Möglichkeiten verwehrt. Dies führt zu einem strukturierenden Effekt in der Gesellschaft, der Sicherheit und Orientierung gibt, jedoch auch zu Ungleichbehandlung und Diskriminierung führt. Die Stigmatisierungsdynamik wird durch gesellschaftliche Normen und Vorurteile geprägt und kann tiefgreifende Auswirkungen auf das Selbstbild und die Lebensqualität der Betroffenen haben. Auch wenn die öffentliche Stigmatisierung oft zu selbststigmatisierendem Verhalten führt, muss dies nicht zwingend der Fall sein. Ausserdem ist die öffentliche Stigmatisierung ohne die Selbststigmatisierung praktisch wirkungslos. Thematisiert wurde zudem die kulturelle Dimension in der Bewertung psychischer Symptome. Während im Schamanismus beispielsweise eine spirituelle Aura mit schizophrenen Symptomen verbunden wird, herrscht in unseren Breitengraden oft die Vorstellung von Gefahr und Unkontrollierbarkeit vor. Schizophrene Menschen sind unter anderem deshalb einem hohen Mass an öffentlicher Stigmatisierung ausgesetzt. Wie sich im Gespräch mit Hanna zeigte, können Schizophreniebetreffende trotz psychosozialer Belastungen ein gelingendes Leben führen. Dazu braucht es aber ein vertieftes Verständnis für die Symptome und ein positives Selbstbild.

Das nächste Kapitel zeigt auf, welche negativen gesellschaftlichen sowie persönlichen Folgen Selbststigmatisierung mit sich bringt. Und weshalb es sich deshalb lohnt, Selbststigmatisierung frühzeitig zu erkennen.

3 RELEVANZ DER FRÜHERKENNUNG VON SELBSTSTIGMATISIERUNG

Am Anfang dieses Kapitels wird der F+F-Ansatz beschrieben. Dabei wird näher auf weitere Ansätze eingegangen, an welchen sich F+F orientiert. Die Bedeutung der Früherkennung von Selbststigmatisierung wird unterstrichen, indem die negativen Auswirkungen selbststigmatisierender Verhaltensweisen sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf persönlicher Ebene aufgezeigt werden. Weiter wird dargelegt, inwiefern die Früherkennung für die Soziale Arbeit relevant ist. Im Fazit werden die wesentlichen Erkenntnisse des Kapitels zusammengefasst.

Folgende Frage steht im Kapitel 3 im Zentrum:

Weshalb ist eine frühzeitige Erkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung relevant?

3.1 Früherkennung und Frühintervention

Wie in der Ausgangslage bereits erwähnt, spielt die F+F in der schweizerischen Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle. Der idealtypische Ablauf von F+F ist auf der Abbildung 4 zu sehen. Beim F+F-Ansatz wird idealerweise der Settingansatz angewendet (BAG, 2022, S. 5). Dabei liegt der Fokus auf den Orten, wo die Betroffenen leben, arbeiten und sonst ihre Zeit verbringen. Es geht also um die Umgebung, welche Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Der Settingansatz zielt darauf ab, die Lebensumgebung gesundheitsförderlich zu gestalten, so dass Gesundheit im täglichen Leben reproduziert wird. Dabei sind auch die Gesundheitsdeterminanten zu nennen, welche versuchen, die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit aufzuzeigen (Diebold, 2022, S. 38).

Beim Prozess der F+F steht zuerst die Gestaltung der Rahmenbedingungen im Sinne einer Vorbereitung im Vordergrund (BAG, 2022, S. 5.). Es ist wichtig, zu Beginn des Implementierungsprozesses klare Rollen, Abläufe, Ziele und eine gemeinsame Haltung festzulegen. Auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen folgt der Schritt der Früherkennung, bei welchem das «Hinschauen» eine zentrale Rolle einnimmt (BAG, 2022, S. 12). Die Früherkennung des F+F-Ansatzes ist von der medizinisch geprägten Frühdiagnostik zu unterscheiden (ebd.). Denn beim F+F-Ansatz geht es um frühzeitiges Erkennen ungünstiger Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen sowie um andere Anzeichen von Problemen bei einzelnen Individuen oder Gruppen (Avenir Social et al., 2016, S. 1). Mit diesen Anzeichen

können schwierige Situationen, Auffälligkeiten und Symptome bei Personen oder Gruppen gemeint sein. Die Früherkennung und Frühintervention kommt bei allen Altersgruppen und Gesundheitsproblematiken zur Anwendung (ebd.). Auch kommt es nicht darauf an, ob das Problem bereits existiert oder es sich erst in der Entwicklung befindet. Die Strategie kann in unterschiedlichen Stadien der Problementwicklung angewendet werden, um der Klientel eine zielgerichtete Unterstützung zu ermöglichen. Dabei orientiert sich der F+F Ansatz am salutogenetischen Modell und an den Gesundheitsdeterminanten (BAG, 2022, S. 5). Auf die Salutogenese wird im Kapitel 3.1.6 genauer eingegangen. In dieser Bachelorarbeit liegt der Fokus auf der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung. Für die Früherkennung im Kontext von F+F ist kein fertiges «Diagnoseinstrument» vorhanden. Das Instrument zur Erfassung ist die aufeinander abgestimmte Beobachtung früher Anzeichen (BAG, 2022, S. 7). Nach der Früherkennung wird versucht, die Situation einzuschätzen. Dazu werden umfeld- und individuumsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren mit Hilfe aller Beteiligten analysiert (BAG, 2022, S. 7). Diese Faktoren können, wie in Kapitel 2.3.1 aufgezeigt, das Makro-, Meso- und Mikroebene zugeordnet werden. Es ist zu erkennen, dass es sich bei diesem Ansatz um eine Querschnittsaufgabe unter Einbezug von Betroffenen, deren Angehörigen, Fachleuten, Bezugspersonen und spezialisierten Organisationen handelt. Nur so können flächendeckend Anzeichen beobachtet und die Chance für eine Früherkennung erhöht werden. Als Grundlage für den F+F Ansatz gelten eine wertschätzende Haltung und der Aufbau einer förderlichen Beziehung (AvenirSocial et al., 2016, S. 1). Auf die Situationseinschätzung folgt die Frühintervention. Bei diesem Schritt werden dieselben Personen wie bei der Früherkennung und Situationseinschätzung miteinbezogen, um nachhaltige Erfolge anzustreben. Mithilfe einer ausführlichen Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren wird das Fundament geschaffen, um verhältnismässige Interventionen zu planen (Abbildung 4). Verhältnismässig heisst, die Massnahmen sind geeignet, erforderlich und zumutbar (Mösch Payot & Schwander, 2021, S. 54).

Bei der Frühintervention wird versucht, die Handlungsfähigkeit, die Ressourcen sowie Kompetenzen der Betroffenen zu stärken (BAG, 2002, S. 13). Idealerweise wird auch hier wieder auf den Settingansatz zurückgegriffen. Wenn keine geeignete Massnahme in Betracht gezogen werden kann, ist die Schadensminderung eine in Erwägung zu ziehende Intervention. Wenn die Intervention abgeschlossen ist, muss eine Evaluation unter Einbezug der Betroffenen und deren Umfeld erfolgen (BAG, 2022, S. 13). Anhand der Schlussfolgerung wird das weitere Vorgehen geplant (ebd.).

Beim Ansatz ist das Recht des Andersseins jederzeit zu wahren und darf nicht grundsätzlich als Anzeichen eines gesundheitlichen Problems verstanden werden. Grenzen sind dann zu ziehen, wenn eine Gesundheitsgefährdung der Betroffenen und/oder deren Umfeld vorliegt (Avenir Social et al., 2016, S. 1). Es muss beachtet werden, dass es hierbei um effektiv beobachtete Anzeichen geht (ebd.).

Der F+F-Ansatz hat Schnittstellen zur Prävention. Mit dem Unterschied, dass es bei der Prävention um bio-psycho-soziale Faktoren geht, welche auf möglicherweise eintretende Probleme hindeuten. Beim F+F-Ansatz hingegen sind nur tatsächlich beobachtbare Anzeichen relevant. F+F lässt sich der Sekundärprävention sowie der selektiven und indizierten Prävention zuordnen. Die verschiedenen Präventionsarten werden nachfolgend genauer beschrieben. Die Methoden können sich bei der Ausrichtung an verhaltens- oder verhältnispräventiven Ansätzen orientieren (ebd.).

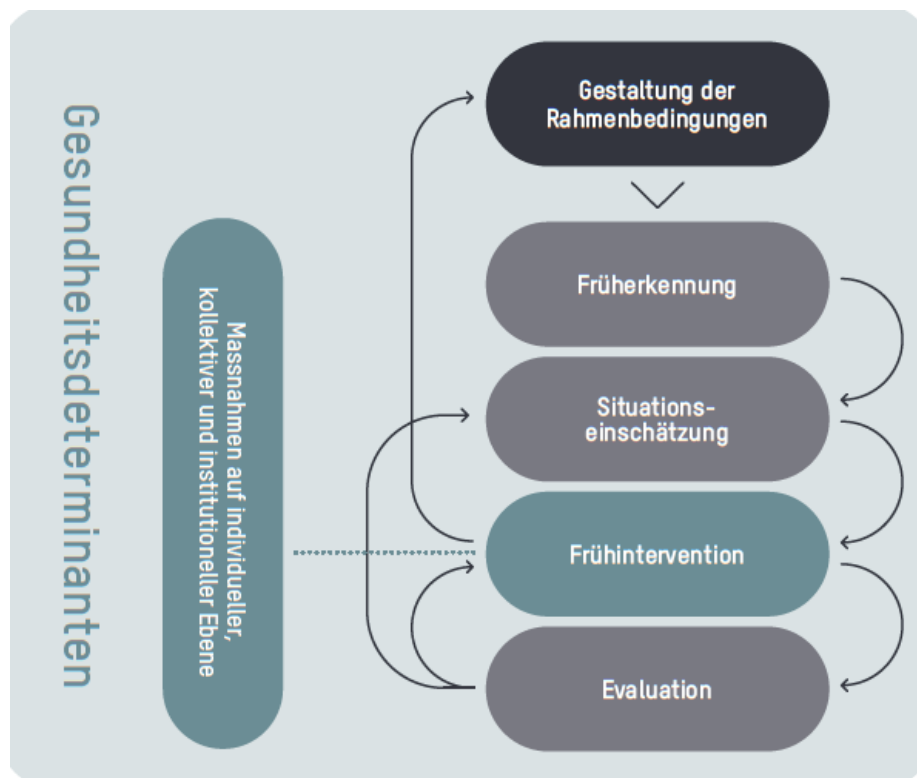


Abbildung 4, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)

3.1.1 DER PRÄVENTIONSBEGRIFF

Unter Prävention sind alle Interventionen zu verstehen, die eine Vermeidung, Verhinderung oder Verzögerung einer Gesundheitsstörung anstreben (Franzkowiak, 2022). Dabei handelt es sich um vorab definierte und wissenschaftlich fundierte Ursachen, Risiken und Rahmenbedingungen. Also Problemstellungen, welche vorhersehbar sind, sollen verhindert werden. Die Massnahmen, können wie bei der F+F auf einzelnen Individuen, auf Gruppen oder Gesellschaften abzielen. Dabei geht es um die Beeinflussung von Lebensbedingungen und Risikofaktoren. Prävention arbeitet nicht kausal mit Ursache und Wirkung, sondern berücksichtigt die mehrdimensionale Entstehung von Gesundheitsproblemen (Leppin, 2018, S. 47). Das Eintreten, Entstehen, Ausbreiten und Voranschreiten einer Gesundheitsstörung in ein nächstes Stadium soll verhindert werden, um bio-psycho-soziale Folgeschäden zu reduzieren und der Chronifizierung entgegenzuwirken. Prävention verfolgt das Ziel, einzelne Individuen gesund zu halten. Das wird erreicht, indem eine gute Lebensqualität und die Teilhabe am sozialen Leben ermöglicht wird. Ausserdem sollen die direkten Kosten für die Behandlung gesundheitlicher Probleme tiefgehalten werden. Weiter verfolgt die Prävention gesamtgesellschaftliche Ziele. Indirekte, solidarisch getragene Kosten sollen reduziert oder vermieden werden (Franzkowiak, 2022).

Prävention wird unter anderem in verschiedene Interventionszeitpunkte unterteilt. Zuallererst umfasst diese die Primärprävention, die darauf abzielt, vor dem Ausbruch einer Krankheit zu intervenieren (Leppin, 2018, S. 48). Zweiter Bestandteil ist die Sekundärprävention, die im nächsten Unterkapitel detaillierter behandelt wird, aber grundsätzlich Interventionen in Frühstadien von gesundheitlichen Problemen meint. Drittens wird die Tertiärprävention genannt, die sich mit Interventionen nach der Manifestation einer Krankheit befasst (ebd.)

Des Weiteren beschäftigt sich die Prävention mit Zielgruppen, die erreicht werden sollen. Erstens ist hier die universelle Prävention zu nennen, bei der entsprechende Interventionen die gesamte Gesellschaft zu erreichen versucht (Franzkowiak, 2022). Die zweite zielgruppenorientierte Prävention ist die selektive Prävention, die auf Personen mit vermuteten überdurchschnittlichen Risiken abzielt. Dies wird im Kapitel 3.1.3 genauer erläutert. Drittens ist die indizierte Prävention zu erwähnen, die im Kapitel 3.1.4 aufgezeigt wird und sich mit Personen mit gesicherten Risiken befasst (ebd.). Franzkowiak (2022) nannte das Modell, welches sich mit diesen Präventionsformen befasst, das Spezifitätsmodell.

Abschliessend wird die Prävention in Ausrichtungen eingeteilt. Damit ist gemeint, wo die Prävention ansetzt (BAG, 2022, S. 16). Der Fokus kann auf dem Verhalten einer Person oder auf den Umweltverhältnissen liegen. Diese beiden Präventionsarten werden im Kapitel 3.1.5 genauer erläutert (Open AI, 2024b).

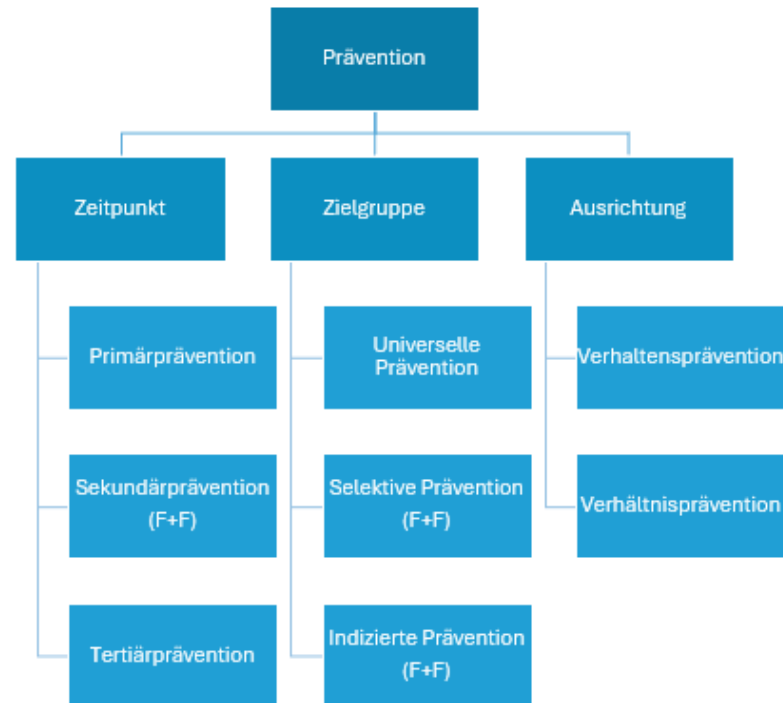


Abbildung 5, Präventionsarten (eigene Abbildung)

3.1.2 SEKUNDÄRPRÄVENTION

Zum einfacheren Verständnis und zur besseren Lesbarkeit der Präventionslandschaft liesse sich der F+F Ansatz zur sekundären Prävention zählen. Der Begriff der Prävention umfasst die Verhinderung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Das wird erreicht, indem Abwehrmechanismen gestärkt und Ursachen vermindert werden (Leppin, 2018, S. 48). Die Prävention ist stark durch das medizinische Verständnis geprägt (ebd.). Der Begriff richtet sich am pathologischen Verständnis, welcher sich an dem orientiert, was die Menschen krank macht. Im Gegensatz zum F+F Ansatz, welcher seinen Fokus auf das salutogenetische Modell legt. Bei der Sekundärprävention liegt der Schwerpunkt auf die Entwicklungsphase eines gesundheitlichen Problems (Leppin, 2018, S. 48–49; Open AI, 2024b). Entscheidend ist der Moment der Intervention bezüglich der Früherkennung und Eindämmung einer gesundheitsschädlichen Entwicklung. Zielgruppe sind Personen mit akuten Problemen, gesunde Personen, aber auch solche mit Frühsymptomen, die somit zur Risikogruppe gehören. Ein klassisches Beispiel für die Sekundärprävention ist die Mammographie⁴ bei Frauen über 50 Jahren (ebd.). Das Hauptziel besteht darin, das Frühstadium zu identifizieren, um einer

⁴ Röntgenuntersuchung der Brust zur Erkennung von Veränderungen (Universitätsspital Zürich, o. J.).

Chronifizierung vorzubeugen und die Dauer einer allfälligen Krankheit kurz zu halten. Damit wird auch das gesellschaftliche Ziel verfolgt, die Anzahl von Personen mit chronischen Krankheiten und langfristigen gesundheitlichen Problemen möglichst gering zu halten (Franzkowiak, 2022).

Im Hinblick auf die Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung geht es bei der Sekundärprävention darum, Menschen mit psychischer Störung zu erreichen, die sich (noch) nicht selbst stigmatisieren. Es geht aber auch um solche, welche bereits Selbststigmatisierung erfahren, sich jedoch noch in einem frühen Stadium dieser Entwicklung befinden (Open AI, 2024a). Es ist entscheidend, in beiden Phasen unterstützende Massnahmen anzubieten, um negative Selbstbilder zu verhindern oder zu mildern und dadurch den individuellen Heilungsprozess zu fördern.

3.1.3 SELEKTIVE PRÄVENTION

Wie im Kapitel 3.1.1 bereits aufgezeigt, gibt es eine zielgruppenspezifische Prävention, worunter die selektive Prävention gezählt wird (Franzkowiak, 2022). F+F lässt sich der selektiven Prävention zuordnen. Zur Zielgruppe der selektiven Prävention gehören Menschen, bei denen ein erhöhtes Risiko einer gesundheitlichen Problematik vermutet wird (ebd.). Das könnten beispielsweise Personen sein, welche eine familiäre Darmkrebsgeschichte haben oder Kinder von suchtbetroffenen Haushalten (Leppin, 2018, S. 50–51). Aber auch hier können wieder Frauen über 50 Jahre mit vorsorglicher Mammografie aufgezählt werden, was die Schwierigkeit der Abgrenzung der unterschiedlichen Präventionsstrategien aufzeigt. Je grösser die zu erreichende Zielgruppe ist, desto schwieriger gestaltet sich die Massnahmenplanung, da diese sehr heterogen sein kann. Die Zielgruppe muss zunächst durch die Massnahmen erreicht werden und sich schliesslich auch von diesen angesprochen fühlen. Gleichzeitig handelt es sich hierbei um eine grosse Gruppe mit erhöhtem Risiko, welche möglicherweise enorme Gesundheitsschäden generiert. So können Massnahmen für diese Zielgruppe die gesamtgesellschaftliche Krankheitslast stärker reduzieren als Massnahmen für kleine Gruppen. Dabei kann es zu einem Interessenskonflikt zwischen der Gesamtbevölkerung und der einzelnen Mitglieder der Zielgruppe kommen (ebd.). So liegt es beispielsweise im Interesse der Gesamtbevölkerung, die Zahl von Menschen mit Prostatakrebs möglichst gering zu halten. Eine mögliche Intervention zielt darauf ab, dass Menschen mit Prostata, bei welchen ein erhöhtes Risiko festgestellt wird, den Weg zum urologischen Untersuch antreten. Diese sind gemäss Pies aber oft mit Angst und Scham verbunden (*Schweizer Illustrierte*, 2023). Bei der selektiven Prävention handelt es sich um einen Versuch, empfohlene Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen durchzusetzen (Franzkowiak, 2022).

Bezugnehmend zur Selbststigmatisierungen von Personen mit psychischen Störungen, konzentrieren sich Interventionen im Rahmen der selektiven Prävention auf diejenigen, die von psychischen Störungen betroffen sind und infolgedessen öffentliche Stigmatisierung erfahren. Dabei wird von einem erhöhten Risiko ausgegangen, dass diese öffentliche Stigmatisierung internalisiert wird. Es ist von entscheidender Bedeutung, frühzeitige Unterstützung anzubieten.

3.1.4 INDIZIERTE PRÄVENTION

Die indizierte Prävention ist wie auch die selektive Prävention ein zielgruppenspezifischer Ansatz (Leppin, 2018, S. 50). Bei der Zielgruppe handelt es sich um Menschen, mit manifestem Risikoverhalten (Franzkowiak, 2022). Dabei liegt auch der Unterschied zur selektiven Prävention, bei welcher die Risikofaktoren hauptsächlich vermutet werden. Bei der indizierten Prävention wird versucht, anhand verschiedener Massnahmen vorsorgend, frühbehandelnd oder schadensmindernd einzuwirken. Hier können Kampagnen genannt werden, welche HIV-positive Patient*innen ermutigen, Kondome als Verhütungsmittel zu verwenden (ebd.). Eine Gefahr bei der indizierten Prävention ist die Stigmatisierung (Leppin, 2018, S. 50). Strategien für genannte Hochrisikopatient*innen werden Hochrisikostrategien genannt. Diese lassen sich im Gegenzug zur selektiven Prävention noch genauer auf die Gruppe zuschneiden. Die Zielgruppe ist oft bereits in Gesundheitssysteme eingebunden, was die Umsetzung der Präventionsmassnahmen zusätzlich erleichtert (ebd.).

Hinsichtlich der Selbststigmatisierung bei Personen mit psychischen Störungen fokussieren Interventionen der indizierten Prävention auf jene, die bereits eine psychische Störung haben und sich im anfänglichen oder fortgeschrittenen Stadium der Selbststigmatisierung befinden. Die Massnahmen zielen darauf ab, die negativen Auswirkungen der Selbststigmatisierung zu minimieren.

3.1.5 VERHALTENS- UND VERHÄLTNISPRÄVENTION

Im Rahmen des F+F-Ansatzes wird die Bedeutung der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Zusammenhang mit der Ausrichtung von Interventionen betont. Bei den zwei Präventionsarten geht es darum, wo die Intervention ansetzt (Leppin, 2018, S. 51–52). Das kann bei einer Person selbst sein oder bei der Umwelt. Bei der Verhaltensprävention wird versucht, einen positiven gesundheitsförderlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten einzelner Personen zu nehmen. Das kann durch Kampagnen oder Sensibilisierung über gewisse Themen geschehen (ebd.). Als Folge können Menschen beispielsweise das Rauchen einstellen, sich gesünder ernähren oder motiviert werden, regelmässige Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, um gesundheitsschädliche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen (ebd.). Bei der Verhältnisprävention zielen Interventionen darauf ab, gesundheitsförderliche Veränderungen in der ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Umwelt von Personen herbeizuführen (Leppin, 2018, S. 52). Darunter sind auch Gesetzesänderungen oder andere strukturelle Eingriffe zu verstehen. Als Beispiel kann hier das Tabakwerbeverbot für Jugendliche in der Schweiz genannt werden. Zwischen der Verhaltens- und Verhältnisprävention besteht immer eine Wechselwirkung, da sich verändernde Verhältnisse das Verhalten beeinflussen und umgekehrt (Open AI, 2024b). Es ist wichtig, diese gegenseitige Beeinflussung bei der Planung und Umsetzung von Präventionsmassnahmen zu berücksichtigen.

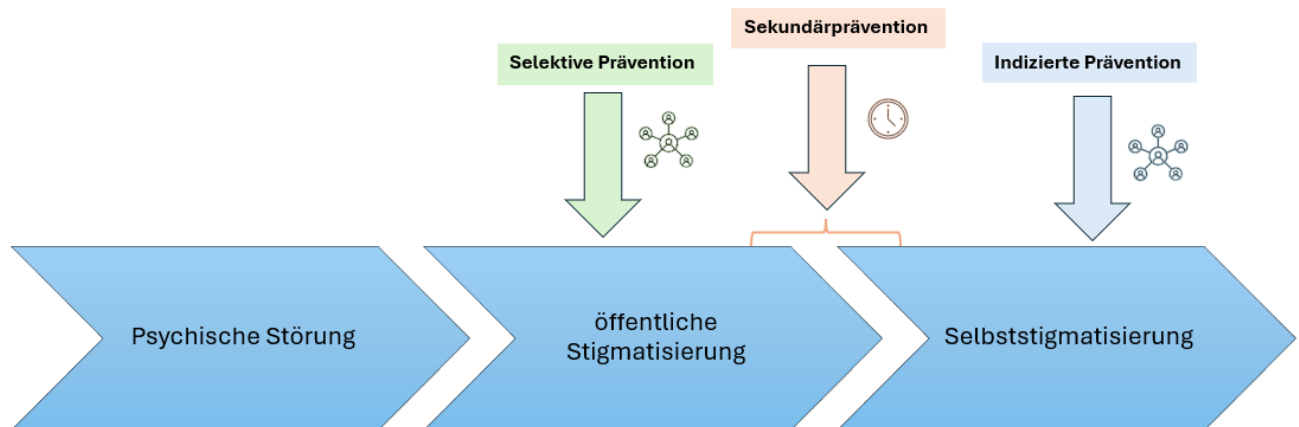


Abbildung 6, Prävention von Selbststigmatisierung (eigene Darstellung)

3.1.6 SALUTOGENESE

Der F+F-Ansatz geht vom salutogenetischen Modell aus. Bei der Salutogenese handelt es sich um ein Modell, welches von Aaron Antonovsky entwickelt wurde. Dabei geht es um die Frage, wie bei Menschen Gesundheit entstehen kann (Magistretti et al., 2019, S. 26; Open AI, 2024b). Das Wort Salutogenese stammt aus dem Lateinischen und bedeutet «Ursprung von Gesundheit» (Magistretti et al., 2019, S. 37).

Für die Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit entwickelte Antonovsky das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Siehe Abbildung 6). Dieses kann als erster Bestandteil der Salutogenese betrachtet werden. H^- wird dabei als absolute Abwesenheit und H^+ als vollständige Anwesenheit von Gesundheit verstanden (Magistretti et al., 2019, S. 30–32). Antonovsky geht davon aus, dass Menschen im Leben unterschiedlichsten Belastungen ausgesetzt sind. Diese Belastungen nennt er Stressoren. Stressoren können physikalischer (bspw. Lärm, Hitze), körperlicher (bspw. Verletzung, Hunger) oder sozialer (bspw. Konflikte, Stigmatisierung) Natur sein (Magistretti et al., 2019, S. 237). Wenn ein Stressor auf einen Menschen einwirkt, entsteht eine Spannung. Kann dieser Stressor nicht überwunden werden, löst das einen körperlichen oder geistigen Zusammenbruch in Richtung Pathologie aus. Die Pathologie befasst sich im Gegensatz zur Salutogenese damit, wie Krankheiten entstehen (Duden, o. J.a). Ist das Individuum imstande, den Stressor zu bewältigen, bewegt es sich in die gesunde Richtung (Magistretti et al., 2019, S. 30–32). Mit der Überwindung unterschiedlicher Stressoren können Personen die jeweilige Spannung abbauen und ihre Gesundheit wiederherstellen und aufrechterhalten. Der Fokus beim Gesundheits-Krankheits-Kontinuum liegt bei den Ressourcen und Bedingungen eines Menschen, welche es ermöglichen, sich in Richtung Gesundheit zu bewegen. Jede Person befindet sich auf diesem Kontinuum. Dabei sind Menschen täglich Stressoren ausgesetzt, was die Positionierung verändern kann (ebd.).

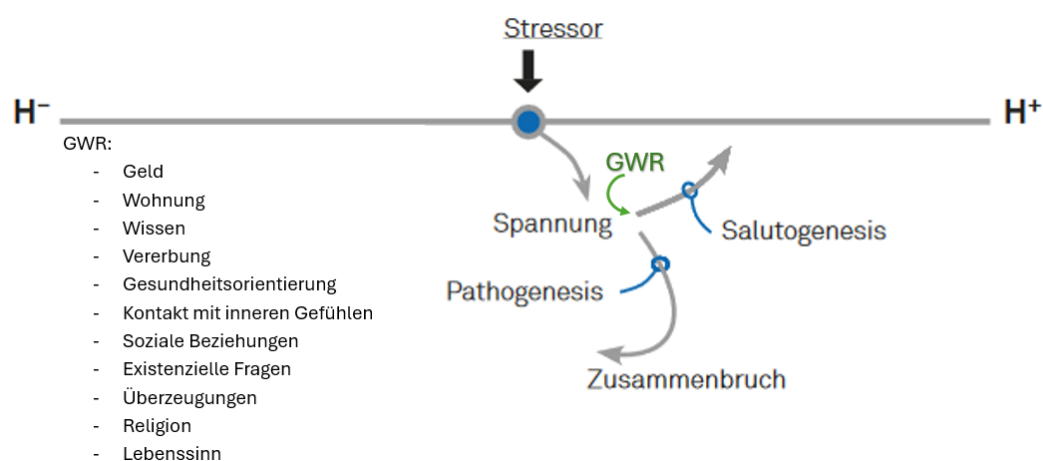


Abbildung 7, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, ergänzt (Magistretti et al., 2019 S. 31)

Salutogenese wird als Prozess in Richtung Gesundheit auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verstanden (Magistretti et al., 2019, S. 37).

Als zweiter Bestandteil der Salutogenese ist der Kohärenzsinn oder das Kohärenzgefühl zu nennen (Magistretti et al., 2019, S. 39). Dies setzt sich aus der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, bezogen auf das eigene Leben zusammen. Also etwas ist logisch, handhabbar und nachvollziehbar (Erzieherkanal, 2023, 02:40–02:44). Der Kohärenzsinn gibt inneres Vertrauen und die Fähigkeit, sowohl eigene als auch umgebungsbezogene Ressourcen zu erkennen und zur eigenen Gesundheitsförderung einzusetzen. Der Kohärenzsinn entwickelt sich über die Zeit und ist keine angeborene Fähigkeit des Menschen (Erzieherkanal, 2023, 02:46–02:54). Die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit beeinflussen einander, wobei die Sinnhaftigkeit als Produzentin von Motivation zu verstehen ist. Sie motiviert, Ressourcen zu erschliessen und Strukturen zu schaffen, um dadurch die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit zu verstärken. Die Verstehbarkeit ist die kognitive Fähigkeit zu erfassen, was in einer Situation geschieht (Magistretti et al., 2019, S. 115). Die Handhabbarkeit beschreibt die Fähigkeit, Bewältigungsstrategien zu identifizieren und anzuwenden. Das heisst, die Individuen sind überzeugt davon, etwas bewirken zu können und selbstwirksam zu sein (ebd.; Open AI, 2024). Antonovsky sah den Kohärenzsinn nicht als Bewältigungsstrategie, sondern als Lebensorientierung. Der Kohärenzsinn ermöglicht die Auswahl verschiedener Strategien zur Bewältigung verschiedener Probleme (Magistretti et al., 2019, S. 39).

Die drei Faktoren des Kohärenzgefühls sind wichtige Bestandteile bezogen auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Wenn ein Stressor auf eine Person einwirkt, wird versucht, die entstehende Spannung abzubauen (Erzieherkanal, 2023, 04:54–05:57). Dies geschieht über die drei Faktoren des Kohärenzsinn. Bei der Verstehbarkeit geht es darum, herauszufinden, was der Stressor ist und weshalb er eintritt. Bei der Handhabbarkeit ist der gelingende Umgang mit der Situation zentral. Bei der Sinnhaftigkeit stellt sich schliesslich die Frage, ob es sich lohnt, Energie in die Bewältigung zu investieren. Wenn alle drei Aspekte gegeben sind, besteht hinsichtlich des Stressorenabbaus eine positive Prognose. Dadurch kann sich das Kohärenzgefühl weiterentwickeln (ebd.).

Zum dritten und letzten Bestandteil der Salutogenese gehören die generalisierten Widerstandsressourcen (GWR) (Magistretti et al., 2019, S. 39–40). Sie gelten als Grundlage für die Entwicklung des Kohärenzsinn. Gemäss den GWR verfügt die Person und ihre soziale Umgebung über Ressourcen. Darunter werden auch materielle und immaterielle Aspekte wie

Finanzen, Wohnung, Wissen etc. verstanden. Um einen starken Kohärenzsinn zu entwickeln, müssen mindestens vier von den zwölf in Abbildung 7 aufgezeigten generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sein. Für die Salutogenese müssen die Ressourcen nicht nur vorhanden sein. Es ist ausserdem wichtig, diese gesundheitsförderlich zu nutzen. Durch die situative Nutzung von GWR können Stressoren bekämpft oder sogar vermieden werden (ebd.). In Abbildung 7 ist zudem aufgezeigt, wie Zusammenbrüche verhindert werden und sich Individuen so in Richtung H+ bewegen.

3.2 Gesellschaftliche Nachteile der Selbststigmatisierung

Nachfolgend wird aufgezeigt, welche gesellschaftlichen Nachteile durch die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung entstehen.

Gemäss Psota gibt es Menschen mit psychischer Störung, die Psychopharmaka lieber privat kaufen, anstatt sie über die Krankenkasse abrechnen zu lassen. Dies aus Angst davor, sich outen zu müssen (Löw, 2020, 10:42–11:06). Dadurch steigt die finanzielle Belastung der betroffenen Personen, was dazu führen kann, dass sie wirtschaftlich vom Staat abhängig werden. Im Kapitel 3.3 wird erläutert, dass sich Menschen mit psychischer Störung aufgrund selbststigmatisierender Verhaltensweisen spät in Therapie begeben und auch dazu neigen, solche Therapien frühzeitig abubrechen. Ebenfalls wird thematisiert, dass Selbststigmatisierung zur Chronifizierung psychischer Störungen beiträgt. Bei Menschen mit einer Panikstörung dauert es beispielsweise im Durchschnitt sieben bis acht Jahre, bis diese diagnostiziert wird (In-Albon & Margraf, 2020, S. 1094). Gemäss einer Umfrage in Deutschland, verzichten 24 Prozent der Menschen mit psychischer Störung gänzlich auf eine professionelle Behandlung (Ärztezeitung, 2024). Auch wenn Selbststigmatisierung nicht der einzige Grund für diese späte oder Nicht-Inanspruchnahme entsprechender Therapieangebote darstellt, ist davon auszugehen, dass sie massgebend zu diesem Umstand beiträgt. Gemäss Knappe et al. (2020) verschlechtert sich die Prognose mit zunehmender Chronifizierung der psychischen Störung (S. 795). Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine zu späte Behandlung höhere Gesundheitskosten verursacht. Dadurch ist die Allgemeinbevölkerung insofern betroffen, dass beispielsweise Krankenkassenprämien ansteigen.

Ein weiterer Nachteil der späten Behandlung ist das erhöhte Komorbiditätsrisiko. Mit dem Begriff der Komorbidität sind Mehrfachdiagnosen gemeint (Knappe & Wittchen, 2020, S. 54). Bei phobischen Störungen zeigt sich zum Beispiel, dass die Komorbiditätsrate bei langfristiger Krankheitsdauer zunimmt (Hamm & Richter, 2020, S. 1143). Ein weiteres Beispiel ist der

missbräuchliche Alkoholkonsum in Form einer «Selbstmedikation» bei depressiven Störungen. Neben psychischen Komorbiditäten kommt es bei Depressionen auch immer wieder zu komorbiden körperlichen Erkrankungen. Zum Beispiel können Depressionen mitverantwortlich sein für Diabetes oder Schlaganfälle (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020, S. 1038). Durch die erhöhte Komorbiditätsgefahr zeigt sich, dass Selbststigmatisierung massgeblich zu steigenden gesamtgesellschaftlichen Kosten führt und die Ressourcen des Gesundheitswesens unnötigerweise belastet werden. Steigende Krankenkassenprämien sind in der Schweiz eine Realität (BFS, 2023). Um dem entgegenzuwirken, schlug der Bundesrat 2017 vor, die Franchisen der Krankenkassen an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen. Sollte das passieren, geht die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) davon aus, dass mehr Menschen auf Sozialhilfe angewiesen sind. Die SKOS bevorzugt stattdessen präventive Massnahmen zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenzen (SKOS, 2017). Je höher die Sozialhilfekosten sind, desto mehr Steuergelder müssen folglich dafür bereitgestellt werden. Dies wiederum belastet die Gesellschaft.

Laut der weiter oben in diesem Kapitel erwähnten Umfrage, welche 2024 in der *ÄrzteZeitung* veröffentlicht wurde und sich auf Deutschland bezieht, wollen 19 Prozent der Arbeitnehmenden ihre Arbeitsstelle «wahrscheinlich» oder sogar «auf jeden Fall» verlassen, da sie diese als psychisch belastend empfinden. Sogar 30 Prozent sind es bei den Menschen mit psychischer Störung (*ÄrzteZeitung*, 2024). Diesbezüglich ist davon auszugehen, dass es keine signifikanten Unterschiede zur Schweiz gibt. Fachpersonen, die mit Menschen mit psychischen Störungen arbeiten, sind gemäss Knuf auch oft von selbststigmatisierenden Verhaltensweisen betroffen. Dies zeigt sich dadurch, dass sie glauben, versagt zu haben, wenn sie Medikamente und/oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Ausserdem fragen sie sich, ob sie vom Klientel noch ernst genommen werden, wenn diese von ihrer persönlichen Situation erfahren beziehungsweise, ob sie dieser Arbeit weiterhin nachgehen dürfen (Pany, 2020, 49:30–49:47). Es zeigt sich also, dass ein beträchtlicher Teil der Arbeitnehmenden aufgrund psychischer Belastungen mit dem Gedanken spielt, ihren aktuellen Job zu kündigen. Es ist anzunehmen, dass dabei auch die Selbststigmatisierung von Relevanz ist. Beispielsweise dadurch, dass Selbststigmatisierung oftmals Therapieerfolgen im Weg steht, wodurch sich die Gefahr einer längerfristigen (Teil-)Arbeitsunfähigkeit erhöht. Weiter wird etwa bei psychiatrischen Fachpersonen deutlich, dass sie sich aufgrund selbststigmatisierender Verhaltensweisen überlegen, aus dem Job auszusteigen. Das in einer Zeit, in welcher akuter Fachkräftemangel herrscht (Universität Zürich, 2023). Dass sich auch Fachpersonen, welche mit Menschen mit psychischer Störung arbeiten, aufgrund ihrer psychischen Störung selbststigmatisieren, wurde

bereits erläutert. Gemäss Knuf kommt es vor, dass solche Personen beispielsweise nach der Krankschreibung vom Psychiater noch bei der Hausärztin vorbeigehen, um sich eine neutrale Krankschreibung zu holen. Und das, obwohl angenommen werden könnte, dass psychiatrische Institutionen die am wenigsten stigmatisierenden Orte sind (Pany, 2020, 47:18–47:40). Daraus lässt sich folgern, dass Selbststigmatisierung auch unter psychiatrischen Fachpersonen vorkommt. Da unnötigerweise noch eine Hausärzt*innenpraxis aufgesucht wird, kommt es zu einer Mehrbelastung des Systems. Es werden zeitliche sowie finanzielle Ressourcen für etwas eingesetzt, was bereits abgeklärt ist.

Laut Pauge und Pany verbringen gewisse Menschen mit psychischer Störung ihre Freizeit ausschliesslich mit anderen Betroffenen, wodurch kein Austausch ausserhalb dieser Kreise stattfindet und sich Stigmatisierung verstärkt (Pany, 2019, 50:28–51:15). Pauge et al. (2018) führten eine Untersuchung zum Stigmaerleben bei Menschen mit psychischer Störung durch. Ziel dabei war, das Stigmaerleben aus der Betroffenenperspektive zu erfahren (S. 227). Eine depressive Person meint diesbezüglich, dass man sich nicht hinter der Krankheit verstecken, sondern die real vorhandenen Problematik nach aussen tragen soll. Denn durch diesen Austausch können auch Nicht-Betroffene profitieren (Pauge et al., 2018, S. 232). Im Kapitel 3.3 wird aufgeführt, dass Selbststigmatisierung zu Non-Compliance in der Therapie führen kann. Ausserdem wird der Zusammenhang von Selbststigmatisierung und zu später therapeutischer Unterstützung mit verbundener Chronifizierung erläutert. Non-Compliance, fehlende therapeutische Unterstützung sowie chronische psychiatrische Störungen gelten als delinquenzfördernde Faktoren (Biberstein et al., 2022, S. 32). Demnach kann Selbststigmatisierung dazu führen, dass Personen eher straffällig werden und dadurch das Leben der Allgemeinheit beeinträchtigen.

Selbststigmatisierende Verhaltensweisen bringen also diverse gesellschaftliche Nachteile mit sich. Die Relevanz der Früherkennung von Selbststigmatisierung wird dadurch deutlich.

3.3 Persönliche Nachteile der Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung bedeutet, wie in Kapitel 2.6 aufgezeigt, dass öffentliche Stigmatisierung gegen sich selbst gerichtet und somit internalisiert wird. Diese Selbstvorurteile wirken sich negativ auf unterschiedliche Bereiche der betroffenen Personen aus (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250).

Gängige Folgen, die aus der Selbststigmatisierung entstehen, sind depressive Symptome, gesteigerte Scham, geringe Selbstwirksamkeit und insbesondere verminderter Selbstwert (ebd.). Scham ist grundsätzlich ein funktionales soziales Gefühl und hat einen wichtigen Nutzen (Pany, 2020, 04:00–06:30). Menschen sind soziale Wesen und seit jeher aufeinander angewiesen. Die Hauptfunktion des Schamgefühls liegt darin, Menschen in einer Gruppe zu halten. Die Scham tritt auf, wenn etwas normabweichendes auftritt und ein sozialer Ausschluss droht. Es kann daher als Warnsignal angesehen werden. Gleichzeitig ist die Scham aber lähmend und erschwert es den Menschen, über Dinge zu reden, die eigentlich wichtig sind. Scham wird als etwas Negatives empfunden (ebd.).

Auch zeigen selbststigmatisierende Personen oft selbstdiskriminierendes Verhalten (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250–251). Das erschwert oder verhindert eine erfolgreiche gesellschaftliche Teilhabe. Das selbststigmatisierende und selbstdiskriminierende Verhalten wirkt sich in unterschiedlichste Lebensbereiche aus. Daraus kann eine emotionale Vereinsamung, weniger Partnerbeziehungen, Arbeitslosigkeit, finanzielle Not und weiteres resultieren. Es wird nur mit diesen Personen in Kontakt geblieben, welche von der Erkrankung Bescheid wissen. Diese Eingrenzung der Kontaktpersonen und der soziale Rückzug hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität (ebd.). Manche verbringen ihre Freizeit nur noch mit Personen, welche auch eine psychische Störung haben und pflegen keine Freundschaften ausserhalb dieser Gruppe. Das führt zu einem fehlenden Austausch mit anderen, wodurch sich das Stigma und die Selbststigmatisierung verstärken und die Betroffenen keine bis wenig Auswahl haben, mit wem sie sich treffen wollen (Pany, 2019, 05:30–07:10). Scham entsteht, wenn Betroffene von aussen negativ betrachtet werden. Sozialer Rückzug ist eine mögliche Vermeidungsstrategie, dass diese Betrachtung und dementsprechend Scham nicht entstehen kann. Dadurch bleiben die psychischen Belastungen und Erkrankungen oft bestehen und können schwer verbessert werden. Die Selbststigmatisierung wird so aufrechterhalten und die Scham bleibt standhaft. Betroffene nehmen eine negative Haltung gegenüber sich selbst ein und schämen sich. Die Geheimhaltung und der soziale Rückzug etablieren sich als dysfunktionale Copingstrategien. Diese Dynamik steht dem Recoveryprozess, welcher im Kapitel 4.1.1 genauer beleuchtet wird,

massgeblich im Weg (ebd.). Der soziale Rückzug und die mangelhafte Teilhabe führen dazu, dass die individuellen sozialen Bedürfnisse aufgrund mangelnden Zugangs zu Ressourcen nur schwer befriedigt werden können, wodurch das Wohlbefinden einbüsst. Diese Bedürfnisspanne führt zu psychobiologischen Stress und dadurch wiederum zu Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und weiteren negativen Gefühlen (Staub-Bernasconi, 2018, S. 212).

Bereits bei Personen mit psychischer Störung, welche sich nicht selbststigmatisieren, ist das Verhalten in negativer Weise an die Umwelt angepasst. Sie treten der Umwelt ängstlich gegenüber, da sie sich der negativen Einstellung ihnen gegenüber bewusst sind (Aydin & Fritsch, 2015, S. 251). Bei Personen, die sich selbststigmatisieren, kann dies eine sich verstärkende Wirkung haben, da sie sich selbst negativ betrachten. In einer Studie konnte aufgezeigt werden, dass Selbststigmatisierung das Verhalten auf bewusster, aber auch unbewusster Ebene, beeinflusst. Darin wurde aufgezeigt, dass Betroffene sich zurückhaltender, ängstlicher und unsicherer gegenüber Menschen zeigten, welche wussten, dass eine psychische Störung vorliegt als gegenüber Personen, die vermeintlich nicht Bescheid wussten (ebd.). Weitere Forschungen haben gezeigt, dass Menschen, die ihr Stigma in sozialen Interaktionen verbergen wollen, deutlich mehr Stress erfahren als jene, die einen offenen Umgang mit ihrem Stigma pflegen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass sich die «Verbergenden» weniger authentisch fühlen. Ausserdem fürchten sie soziale Ausgrenzung, da möglicherweise ihr Stigma aufgedeckt wird. Diese Angst wird als so belastend erlebt wie die Krankheitssymptome selbst (Aydin & Fritsch, 2015, S. 248). Auch gehen Betroffene aufgrund von Scham oft über ihre Grenzen, was negativen Stress auslöst. Das kommt daher, dass sie das unangenehme Gefühl der Scham gar nicht erst aufkommen lassen wollen. Betroffenen denken von sich beispielsweise: «Ich bin nicht gut genug.» Um diesem unangenehmen Gefühl zu entgehen, stecken Betroffene viel Energie in einen Bereich, zum Beispiel die Arbeit, und gehen dadurch über die eigene Belastungsgrenze (Pany, 2020, 59:15–01:00:20).

Nebst den negativen Folgen bezüglich der Interaktion mit anderen Personen erschwert die Selbststigmatisierung den Erfolg einer Behandlung. Betroffene zögern, eine psychotherapeutische Behandlung anzufangen (Aydin & Fritsch, 2015, S. 251). Ein Grund dafür ist unter anderen die Selbststigmatisierung. Hier spielt zum einen die Scham, aber auch wieder die Angst der Betroffenen, als «psychisch krank» etikettiert zu werden, eine tragende Rolle. Dabei wird das Wissen über die negative Einstellung der Umwelt ihnen gegenüber deutlich (ebd.). Auch die lähmenden Folgen der Scham und die Wechselwirkung mit der Angst erschweren die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung immens. Es ist üblich, dass sich Betroffene erst dann Hilfe suchen, wenn sie körperliche Symptome verspüren oder

akute Krisen erleben (Löw, 2020, 12:45–12:50.). Behandlungen in frühen Stadien bringen mehr Erfolg als bereits chronifizierte Krankheiten (Löw, 2020, 43:50–43:55). Durch die Selbststigmatisierung erhöht sich also das Risiko der Chronifizierung einer psychischen Störung aufgrund des verzögerten Behandlungsbeginns. Je länger eine psychische Störung besteht, desto intensiver und häufiger werde die Erfahrungen mit gesellschaftlicher Stigmatisierung (De Col et al., 2004, S. 861). Deswegen wird im Kontext der Stigmatisierung und Selbststigmatisierung von einer «zweiten Krankheit» gesprochen (Bühning, 2022, S. 481). Es entsteht ein Ohnmachtsgefühl (Pauge et al., 2018, S. 231–232). Betroffene sind überzeugt, keinen Einfluss mehr auf die eigene Lebenssituation zu haben und denken, dass sie den negativen Folgen ausgeliefert sind. Die eigenen Lebensziele werden aufgegeben. Dieses Phänomen wird auch «Why-Try-Effekt» genannt. Den Betroffenen erscheint der Versuch sinnlos, ein Ziel zu verfolgen. Sie fühlen sich nicht imstande, ein Ziel zu erreichen (W. Corrigan et al., 2015, S. 10). Interviews haben gezeigt, dass die Frustration und Ohnmacht gegenüber der eigenen Situation die Personen resignieren lassen. Sie beschäftigen sich nicht mehr mit den Ursachen und Folgen der Erkrankung (Pauge et al., 2018, S. 231–232). In diesem Beispiel ist zum einen die geringe Selbstwirksamkeit als Folge der Selbststigmatisierung gut zu erkennen sowie der wenig ausgeprägte Kohärenzsinn des salutogenetischen Modells.

Betroffene, welche das Stigma internalisiert haben, fühlen sich gehemmt, offen über ihre Probleme zu sprechen (Aydin & Fritsch, 2015, S. 251). Selbststigmatisierende Personen gehen davon aus, dass Therapeut*innen dieselbe negative Bewertung über sie haben wie die Gesamtgesellschaft. Das kann als grosses Hindernis gesehen werden, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Fachpersonen und Klientel aufzubauen. Dieser Prozess kann so weit gehen, dass die Krankheitseinsicht gemindert wird, da kein Vertrauen in die diagnosestellende Fachperson besteht. Dadurch wird das Einlassen auf eine Behandlung zusätzlich erschwert und eine Chronifizierung begünstigt. Das Phänomen der verschlossenen Haltung gegenüber Therapeut*innen und auch deren Interventionsversuche hat negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und deren Möglichkeit von gesellschaftlicher Teilhabe. Vereinbarte Sitzungstermine mit begleitenden Fachpersonen werden oft nicht eingehalten und die Behandlungen werden eigenständig und/oder zu früh beendet. Das zieht eine unzureichende Behandlung nach sich (Aydin & Fritsch, 2015, S. 251). Im Allgemeinen führt Selbststigmatisierung zu Non-Compliance, was den Therapieerfolg erschwert und dadurch wird die Wahrscheinlichkeit von einem Krankheitsrückfall erhöht (De Col et al., 2004, S. 862). Umso wichtiger scheint es, die Selbststigmatisierung frühzeitig zu erkennen und deren Entwicklung einzudämmen.

Studien zeigen auf, dass die Selbststigmatisierung während des Therapieverlaufs oft konstant bleibt. Das macht deutlich, wie schwierig es ist, dieser negativen Selbsteinschätzung, Scham und dem verminderten Selbstwert entgegenzuwirken. Daher sind der Früherkennung und den daraus resultierenden Frühinterventionen umso mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

3.4 Relevanz der Früherkennung von Selbststigmatisierung für die Soziale Arbeit

Die Aufgaben und Verpflichtungen der Fachpersonen Sozialer Arbeit können aus der internationalen Definition Sozialer Arbeit abgeleitet werden. So übersetzte Avenir Social (2014; Schmocker, 2019, S. 77) die Definition der IFSW/IASSW von 2021 wie folgt:

«Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf das Erfahrungs-Wissen des beruflichen Kontextes. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden.»

Gemäss dieser Definition setzen Aufgaben der Sozialen Arbeit am Individuum, an sozialen Gruppen und an der Gesellschaft an. Wobei es um die Förderung des Wohlbefindens einzelner Individuen sowie um soziale Gerechtigkeit geht. In Anlehnung zur Definition ist die Soziale Arbeit eine Menschenrechtsprofession, mit der Verpflichtung zur sozialen Gerechtigkeit (ebd.).

Im Kapitel 3.3 wurden einige persönliche Nachteile vom Negativprozess Selbststigmatisierung aufgezeigt. Dabei können für die Soziale Arbeit relevante Punkte in Zusammenhang mit dem Berufskodex, wie auch Theorien der Sozialen Arbeit gebracht werden. Ein wichtiger Punkt ist die ungenügende Teilhabe an der Gesellschaft, welche zum einen die Befriedigung von Bedürfnissen einzelner Personen verhindert und den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen erschwert (AvenirSocial, 2010, S. 7). Die Soziale Arbeit ist verpflichtet, einen Beitrag zur Verhinderung und Aufhebung des ungenügenden Zugangs zu leisten. Das trägt zugleich dazu bei, dass eine Befriedigung von individuellen Bedürfnissen eher ermöglicht werden kann. Die Bedürfnisbefriedigung ist notwendig, um menschliches Wohlbefinden aufrechtzuerhalten oder

herzustellen (Staub-Bernasconi, 2018, S. 176). Wenn von den Bedürfnissen nach Werner Obrecht ausgegangen wird, erschwert oder verunmöglicht die Selbststigmatisierung die Herstellung von komplettem Wohlbefinden. So gibt es die biopsychosozialen Bedürfnisse. Diese beinhalten unter anderen das Begehren nach Mitgliedschaft sowie das Bedürfnis nach Autonomie, Anerkennung und Austauschgerechtigkeit (Schmocker, 2019b, S. 1). Das Ohnmachtsgefühl als Folge der Selbststigmatisierung, schränkt die Selbstbestimmung, Handlungsfähigkeit und damit einhergehende Autonomie massgeblich ein (Pauge et al., 2018, S. 231).

Wenn der Prozess der Selbststigmatisierung vollumfänglich betrachtet wird, beginnt dieser typischerweise bei der Etikettierung von aussen, geht über zur Diskriminierung und schliesslich zur Internalisierung (De Col et al., 2004, S. 861). Aufgabe der Sozialen Arbeit ist gemäss Art. 9.4 im Berufskodex und der europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) vom 4. November 1950, SR 0.101, Art. 14, jegliche Art von Diskriminierung zurückzuweisen (AvenirSocial, 2010, S. 11). Das bedeutet, dass der Handlungsbedarf grundsätzlich bei den Wurzeln der Selbststigmatisierung und so bei der Gesellschaft und den Normvorstellungen liegt. National wie auch international werden bereits viele Ressourcen in Entstigmatisierungskampagnen und weitere Massnahmen gesteckt, wie beispielsweise die MadPride⁵. Und doch besteht Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen weiterhin. Der Früherkennung von Selbststigmatisierung ist deshalb besondere Aufmerksamkeit zu schenken, damit die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Betroffenen nicht zusätzlich gefährdet werden. Nach dem Grundsatz der Ermächtigung in Art. 8.8 im Berufskodex können Betroffene durch die Früherkennung ihre Stärken und Ressourcen aufrechterhalten (AvenirSocial, 2010, S. 10).

Grundsätzlich ist anzuerkennen, dass Selbststigmatisierungsbetroffene aufgrund diverser Gründe nicht dieselben Chancen haben wie Nicht-Betroffene. Dieser Fakt ist für die Soziale Arbeit deshalb von Bedeutung, um soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit zu ermöglichen und das Intervenieren zu legitimieren.

Weiter ist es ein Ziel der Sozialen Arbeit, sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken (Liel, 2019, S. 70). Mielck (2010) zeigt auf, dass soziale Ungleichheitsfaktoren mit der gesundheitlichen Ungleichheit zusammenhängen. Soziale Ungleichheitsfaktoren können beispielsweise soziale Vereinsamung oder ein mangelndes Einkommen durch Arbeitslosigkeit sein (S. 2). Diesen und weiteren sozialen Ungleichheiten sind Selbststigmatisierungsbetroffene

⁵ Eine Bewegung zum Zweck der Entstigmatisierung psychischer Störungen (madpride, 2023).

ausgesetzt. Dadurch kommt es zu einer sich einander verstärkenden Dynamik, dass Armut krank und Krankheit arm macht. Durch das aufgezeigte erhöhte Risiko der Krankheitschronifizierung bei selbststigmatisierenden Personen ist die Chance auf Gesundheit geringer (Knappe et al., 2020, S. 795). Es wird zudem ein begünstigender Faktor für soziale Ungleichheit geschaffen (Mielck, 2010, S. 2).

Die Soziale Arbeit ist eine Profession, welche niederschweligen und schnellen Zugang für Personen in vulnerablen Situationen bietet. Das ermöglicht es Fachpersonen der Sozialen Arbeit, Kontakt zu sich selbst stigmatisierenden Personen aufzunehmen. Die Soziale Arbeit ist daher eine wichtige Profession der F+F. Zugleich werden in der Charta F+F alle Bezugs- und Fachpersonen, die mit Betroffenen zu tun haben, in die Verantwortung gezogen, im Sinne der F+F zu handeln (AvenirSocial et al., 2016, S. 1).

3.5 Fazit

Folgende Frage wurde im Kapitel 3 beantwortet:

Weshalb ist eine frühzeitige Erkennung der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung relevant?

Anfangs wurde der F+F-Ansatz, welcher in der schweizerischen Gesundheitspolitik sowie in dieser Arbeit von Bedeutung ist, beschrieben. Bei diesem wird idealerweise mit dem Settingansatz gearbeitet. Dieser fokussiert darauf, die Lebensumgebung gesundheitsförderlich zu gestalten, so dass ein gesunder Lebensstil im Alltag möglich wird. Beim F+F-Ansatz werden zuerst die Rahmenbedingungen gestaltet. Dazu gehört die Rollenklärung. Ausserdem werden gemeinsame Ziele und Haltungen erarbeitet. Anschliessend ist das frühzeitige Erkennen ungünstiger Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen zentral. Anhand umfeld- und individuumsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren wird danach die Situation analysiert. Daraufhin wird bei der Frühintervention durch entsprechende Massnahmen versucht, Risikofaktoren zu minimieren sowie Schutzfaktoren zu stärken. Schliesslich wird mittels einer Evaluation der Prozess ausgewertet. Der F+F-Ansatz hat enge Verbindungen zur Prävention, da er darauf abzielt, Gesundheitsprobleme nicht nur zu behandeln, sondern auch zu verhindern. Dabei werden verschiedene Präventionsansätze einbezogen, darunter die Sekundärprävention (Früherkennung von Symptomen), die selektive Prävention (gezielte Interventionen für Risikogruppen) und indizierte Prävention (Eingreifen bei Personen mit Anzeichen von

Problemen). Der F+F-Ansatz baut auf dem salutogenetischen Modell auf. Bei diesem geht es um die Frage, wie bei Menschen Gesundheit entsteht und wie diese aufrechterhalten bleibt.

Die Selbststigmatisierung bringt sowohl negative gesellschaftliche als auch persönliche Auswirkungen mit sich. Gesellschaftlich kann sie zu höheren Gesundheitskosten sowie einer Zusatzbelastung des Gesundheitssystems führen. Der Fachkräftemangel kann ebenfalls verstärkt werden, da Fachpersonal möglicherweise aufgrund von Selbststigmatisierungserfahrungen den Beruf verlässt. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass selbststigmatisierende Verhaltensweisen Straffälligkeit begünstigen.

Auf persönlicher Ebene kann Selbststigmatisierung zu einem geringeren Selbstwertgefühl, gesteigerter Scham, depressiven Symptomen und sozialem Rückzug führen, was die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann. Aufgrund der negativen Selbstbetrachtung stellt Selbststigmatisierung zudem ein Hindernis für Recoveryprozesse dar. Betroffene könnten zusätzlich Schwierigkeiten haben, enge Beziehungen aufrechtzuerhalten oder erfolgreich am Arbeitsleben teilzunehmen. Des Weiteren gehen gewisse selbststigmatisierende Personen davon aus, dass Therapeut*innen sie negativ bewerten. Das verhindert eine vertrauensvolle Beziehung und damit auch den Therapieerfolg.

Dass selbststigmatisierende Verhaltensweisen frühzeitig erkannt werden, ist für die Soziale Arbeit in vielerlei Hinsicht von Relevanz. Denn sie ist dazu verpflichtet, das Wohlbefinden der Menschen zu fördern. Weiter ist sie als eine Menschenrechtsprofession für die Durchsetzung der Menschenrechte und sozialen Gerechtigkeit moralisch mitverantwortlich. Da Selbststigmatisierung eine ungenügende gesellschaftliche Teilhabe begünstigt, muss die Soziale Arbeit auch deshalb versuchen, selbststigmatisierender Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Des Weiteren ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit anzunehmen. Aufgrund des niederschweligen Zugangs zu Angeboten der Sozialen Arbeit, ermöglicht dies Fachpersonen, leichter in Kontakt mit sich selbst Stigmatisierenden zu kommen.

Durch die aufgezeigten gesellschaftlichen sowie persönlichen Folgen wird die Relevanz, für die Soziale Arbeit aber auch ganz allgemein, der Früherkennung selbststigmatisierender Verhaltensweisen deutlich. Das nächste Kapitel zeigt auf, wie die Gestaltung der Rahmenbedingungen sowie die Früherkennung anhand des F+F-Ansatzes konkret umgesetzt werden können. Dabei wird die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung fokussiert.

4 MÖGLICHKEITEN ZUR FRÜHERKENNUNG

Zu Beginn dieses Kapitels steht die Gestaltung der Rahmenbedingungen gemäss dem F+F-Ansatz im Zentrum. Diese bildet die Grundlage für die Früherkennung selbststigmatisierender Verhaltensweisen bei Menschen mit psychischer Störung. Anschliessend werden die Themen «Gemeinsame Haltung» sowie «Settingansatz» fokussiert. Weiter wird der Schritt der Früherkennung genauer beleuchtet, wobei Schutz- und Risikofaktoren sowie Symptome bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung wesentlich sind. Im Unterkapitel «Beobachten» wird darauf eingegangen, wie diese Indikatoren beobachtet werden können. Zudem werden die Grenzen der Früherkennung aufgezeigt sowie im Fazit die zentralen Erkenntnisse des Kapitels zusammengefasst.

Folgende Frage steht im Kapitel 4 im Zentrum:

Wie können Selbststigmatisierungsprozesse bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt werden?

4.1 Gestaltung der Rahmenbedingungen

Wie bereits mehrmals aufgezeigt, aber aufgrund der Wichtigkeit wiederholenswert, ist, dass F+F idealerweise in bestehende Kontexte integriert wird. Das bedeutet, der Ansatz soll in Settings oder Lebenswelten umgesetzt werden. Solche können beispielsweise Jugendheime, Gemeinden, Arbeitsplätze oder sonstige «geschlossene» oder abgegrenzte Systeme sein (Fachverband Sucht, 2022, S. 16). Die Anwendung des F+F Ansatzes bedingt klare Strukturen und ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen, welche somit nicht von einer Einzelperson ausgeführt werden kann. In Bezug auf die F+F von Selbststigmatisierung von Personen mit psychischer Störung liegt der Fokus in dieser Arbeit nicht nur auf psychologisch-psychiatrischen Institutionen.

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen ist die Vorbereitung auf die Früherkennung und Frühintervention. Personen können besser mit belastenden Situationen umgehen, wenn die Schutzfaktoren ausgeprägter sind als die Risikofaktoren (Fachverband Sucht, 2022, S. 21). Eine effektive Verhältnisprävention, welche im Kapitel 3.1.5 erklärt wurde, konzentriert sich darauf, eine förderliche Umgebung zu schaffen und verfolgt dabei zwei Hauptstrategien. Zum einen die Stärkung von Schutzfaktoren und zum anderen die Reduzierung von Risikofaktoren (Open AI, 2024a). Welche Schutz- und Risikofaktoren es in Bezug auf die Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung gibt, wird im Kapitel 4.2.1 aufgegriffen. Eine unterstützende

Umgebung am Arbeitsplatz, in Wohnquartieren oder in Jugendwohnheimen, ist entscheidend, um Probleme zu erkennen, diesen vorzubeugen und Personen schlussendlich die Möglichkeit zu geben, mit Schwierigkeiten positiv umzugehen (ebd.). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die positive Gestaltung der Rahmenbedingungen eine Voraussetzung ist, um

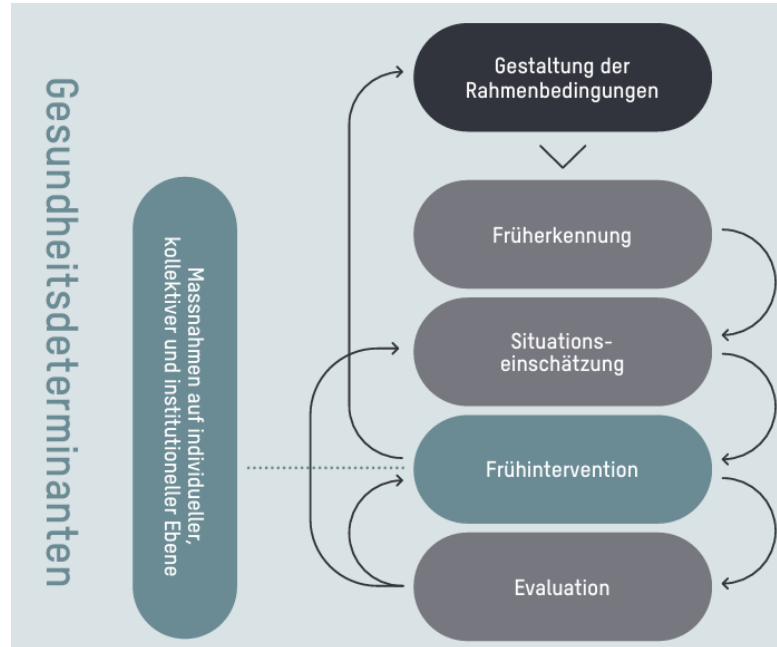


Abbildung 8, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)

Selbststigmatisierung frühzeitig zu erkennen. Gleichzeitig werden aber durch Frühinterventionen Rahmenbedingungen wieder neu geschaffen und angepasst. Diese wechselwirkende Beziehung ist in der Abbildung 8 gut erkennbar.

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen wirkt zum einen präventiv, dass Menschen vor negativen Entwicklungen wie beispielsweise Selbststigmatisierung geschützt werden. Zum anderen erhöhen sie die Chancen, Problementwicklungen frühzeitig zu erkennen und dienen als Grundlage des F+F Ansatzes (Fachverband Sucht, 2022, S. 23–25).

In der Gestaltung sollen Rollen klar verteilt, Abläufe gefestigt und eine gemeinsame Haltung, welche im nachfolgenden Unterkapitel erläutert wird, definiert werden (ebd.). Die Festlegung und Ausarbeitung dieser Standards müssen widerstandsfähig und alltagstauglich begründet und geeignet sein, um das Ziel der Früherkennung verwirklichen zu können (Ader & Schrapper, 2022, S. 41). Dabei muss immer mit finanziellen und personellen Mehraufwänden gerechnet werden, weshalb diese Ressourcen zur Verfügung stehen müssen (Fachverband Sucht, 2022, S. 27). Die Gestaltung der Rahmenbedingungen liegt in der Verantwortung von vorgesetzten Personen jeweiliger Institutionen. Die mitarbeitenden Fachpersonen nehmen aber eine wichtige Rolle bei der Durchführung des Ansatzes ein. Sie können sich beispielsweise mit Inputs und erworbenem

Fachwissen über die Selbststigmatisierung einbringen. Zusätzlich nehmen Mitarbeitende eine wichtige Rolle dabei ein, Führungspersonen zu animieren, sich mit F+F auseinanderzusetzen (ebd.).

Es gilt festzuhalten, dass die Gestaltung der Rahmenbedingung ein fundamentaler Teil, damit die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischen Störungen frühzeitig erkannt werden kann. Nur eine aktive Implementierung des Ansatzes mit klaren Rollen, Prozessen und Regeln der Zusammenarbeit ermöglichen das spezifische Hinschauen, um Anzeichen zu beobachten, weiterzugeben und Massnahmen zu planen.

4.1.1 GEMEINSAME HALTUNG UND RECOVERY

Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen, wie alle anderen Professionen auch, das eigene Handeln erklären und begründen können (Ader & Schrapper, 2022, S. 41). Im Bereich der Früherkennung und Frühintervention basiert der Ansatz auf Beobachtungen und Situationseinschätzungen. Solche Einschätzungen und Erklärungen basieren auf methodischem Vorgehen und Fachwissen.

Es ist bekannt, dass das eigene Handeln, ob als Rolle der Professionellen oder in der privaten Rolle, nie abgekoppelt von der eigenen Person betrachtet werden kann. Wenn Individuen handeln, ist das ein Ausdruck der inneren Haltung (Ader & Schrapper, 2022b). Alle bereits im Leben gemachten Erfahrungen, die aktuellen Lebensbedingungen oder eigenen Konzepte, wirken ineinander und beeinflussen einander. Die innere Haltung entwickelt sich durch das ganze Leben und ist ein subjektiver Prozess. Deshalb ist eine Definition einer gemeinsamen professionellen Haltung wichtig, um negative Entwicklungen frühzeitig und strukturiert zu beobachten, einzuschätzen und zu analysieren. Es gilt, eine berufliche Haltung zu entwickeln, welche sich von der individuellen unterscheiden kann. Sie bildet sich kontinuierlich weiter, sei es durch den Erwerb von Fachwissen, durch sich wiederholende kritische Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit berufsethischen Fragen.

Das Ausmachen einer gemeinsamen Haltung ist Teil der Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen. Um Selbststigmatisierung in sozialen Institutionen frühzeitig zu erkennen, muss sich die professionelle Haltung am Berufskodex der Sozialen Arbeit orientieren. Es müssen zudem Regeln der Verhältnismässigkeit gelten (Fachverband Sucht, 2022, S. 25). Die Rahmenbedingungen und die Handlungen basieren auf der Chancengerechtigkeit und Chancengleichheit. Das bedeutet, Faktoren wie das Geschlecht, eine Krankheit oder die Nationalität dürfen sich nicht negativ auf das Wohlergehen der Betroffenen auswirken (Nagel,

2009). Dabei spielt auch die Nicht-Diskriminierung und Nicht-Stigmatisierung eine tragende Rolle (Fachverband Sucht, 2022). Vor allem in Bezug auf die Früherkennung von Selbststigmatisierung ist eine nichtstigmatisierende Grundhaltung fundamental, um nicht das zu reproduzieren, was zu verhindern versucht wird. Gegenüber der Klientel soll eine wertschätzende Haltung eingenommen werden, damit Früherkennung überhaupt möglich ist (BAG, 2022). Mit der wertschätzenden Haltung können hierarchische Arbeitsbeziehung ausgeglichen werden. Wie auch durch die Einräumung von Selbstbestimmung (ebd.). Das Prinzip der Subsidiarität ist vorrangig. Damit ist gemeint, dass erst dann interveniert wird, wenn Betroffene und deren Umfeld Probleme nicht selbst lösen können. Der Klientel und dessen Angehörigen wird Lösungskompetenz zugeschrieben. Das bedeutet, ihnen wird zugetraut, dass sie ihre eigenen Probleme bewältigen können. Damit wird Respekt für die Ideen und Ansichten der Klientel gegenüber gebracht (Weber & Kunz, 2012, S. 35). Eng mit Selbstbestimmung, Empowerment, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit verbunden ist der Recoveryansatz (Utschakowski, 2022, S. 386). Der Grundgedanke dieses Ansatzes unterstützt Fachkräfte dabei, eine gemeinsame Haltung einzunehmen, bei der die Förderung der Autonomie, der vorhandenen Ressourcen und auch das subjektive Empfinden der Betroffenen im Zentrum stehen (Dammann, 2014, S. 1156). Recovery ist das englische Wort für Genesung. Mit Genesung ist weniger das symptomfreie Leben, sondern mehr das Streben nach subjektiver Zufriedenheit gemeint (Utschakowski, 2022, S. 386–390). In der Tabelle 2 werden die Schwerpunkte der «klassischen» Psychiatrie denen des Recoveryansatzes gegenübergestellt. Ein Kernelement von Recovery ist die Vermittlung von «Hoffnung». Damit ist gemeint, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit der Klientel und deren Situation hoffnungsvoll und zuversichtlich gegenüberstehen. Wodurch das Gefühl verbreitet wird, dass Genesung entstehen kann. Zweitens wird den Betroffenen zugeschrieben, dass sie am besten wissen, was ihnen guttut. Es kann somit eigenverantwortlich gehandelt werden und die Betroffenen werden als Expert*innen ihres Lebens anerkannt. Als drittes Kernelement des Recoveryansatzes wird der Sinn genannt. Schon bei der Salutogenese wurde der Bedeutung von Sinnhaftigkeit grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Ebenso ist es beim Recoveryansatz entscheidend, dass Erfahrungen verständlich sind, damit sie bewältigt werden können. Professionelle nehmen an, dass die Klientel durch positive Erfahrungen gestärkt wird und über Kompetenzen verfügt, um immer wieder neue Bewältigungswege zu finden (ebd.). Das Zusprechen von Kundigkeit lässt den Selbstwert der Betroffenen steigen, wodurch ein selbstbestimmtes Leben begünstigt wird (Weber & Kunz, 2012, S. 35). Ihnen wird zudem die Möglichkeit geboten, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung einzufordern, um so individuelle Ziele zu erreichen. Wie bereits angedeutet, stehen beim Recoveryansatz Empowerment und Selbstbestimmung im

Vordergrund, wodurch sich die Recoveryhaltung deutlich von paternalistischen Gedanken entfernt (Utschakowski, 2022, S. 389).

Psychiatrische Versorgung	Recovery
Anbieter-/Institutionszentriert	Person-/Recovery-zentriert
Symptomfreiheit	Sinnerfülltes Leben
Diagnose wichtig	Diagnose wenig wichtig
Macht über die Menschen	Erwecken der eigenen Stärke in den Menschen
Kontroll- und Zwangsorientierung	Wahlorientiert
Risiko- und angstbasiert (Hilflosigkeit)	Basiert auf Hoffnungen, Zuversicht und Träumen
Klienten müssen sich dem Hilfesystem anpassen	Anpassungen des Anbieters an den Klienten
Fördert Behinderungen und Erkrankungen	Förderung von Fähigkeiten und einem sinnvollen Leben
Compliance und Alibipolitik (Tokenism)	Partnerschaft
Fokus auf den Fall	Fokus auf den Menschen und seine individuelle Geschichte

Tabelle 2, Psychiatrie und Recovery (Dammann, 2014, S. 1159)

Zu einer gemeinsamen Haltung gehört in jedem Fall, dass die Rechte der Personen gewahrt werden. So auch das Recht auf Schutz der Persönlichkeit, welche in Art. 28 im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) vom 10. Dezember 1907, SR 210, festgehalten ist. Diesbezüglich müssen für die rechtliche Absicherung und das professionelle Auftreten Schweigepflichtsentbindungen eingeholt werden. Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Melde- und Schweigepflicht. Was auch in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Störungen von hoher Relevanz ist. Die genaue Regelung ist im Art. 443 im ZGB zu finden.

Zu einer professionellen Haltung gehört es auch, Grenzen zu kennen, interprofessionell zu arbeiten und die Klientel mit anderen zu vernetzen. Das Wissen bezüglich der Angebote anderer Institutionen ist somit zentral.

4.1.2 SETTINGANSATZ

Der Settingansatz wird auch oft auch «Lebensweltansatz» genannt. Es handelt sich dabei jeweils um einen sozialen Kontext, in welchem Menschen ihren Alltag verbringen und der sich auf die Gesundheit von ihnen auswirkt. Also um die Lebenswelt jeweiliger Personen und Gruppen. Bei den verschiedenen Kontexten geht es um stabile Systeme, wobei den Mitgliedern bewusst ist, dass sie Teil dieses Systems sind. Bei den sozialen Systemen kann es sich um formal organisierte wie Schulen, Vereine oder den Arbeitsplatz handeln (Schweizerischer Gemeindeverband, 2020, S. 58). Im Zentrum können zudem regionale Kontexte wie Quartiere oder Stadtteile sowie Systeme von Menschen in denselben Lebenslagen stehen. Bezüglich der Lebenslagen sind beispielsweise Rentner*innen oder Personen mit gemeinsamen Werten gemeint (Hartung & Rosenbrock, 2022; Open AI, 2024b). Die Fokussierung des Settingansatzes liegt somit auf stabilen Konstellationen, in denen Menschen einen grossen Teil ihres Lebens verbringen. Der Settingansatz ist ein wichtiger Bestandteil des F+F Ansatzes und gilt zusätzlich als Kernstrategie der Gesundheitsförderung (ebd.). Deshalb ist der Ansatz in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 als wichtiger Bestandteil integriert (WHO, 1986, S. 3). Der Ansatz berücksichtigt den Fakt, dass die Gesundheit einer Gruppe das Produkt des Zusammenspiels förderlicher, erhaltender und belastender Einflussfaktoren darstellt. Soziale Benachteiligungen von Gruppen können durch den Settingansatz ausgeglichen werden, ohne dass erneute oder verstärkte Stigmatisierung erzeugt wird (Hartung & Rosenbrock, 2022; Open AI, 2024b).

Zum einen kann der Settingansatz die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Setting nutzen, um dort auf ein gesundheitsförderliches Verhalten einzelner Personen oder der Gruppe Einfluss zu nehmen. Dieser Prozess orientiert sich an der Verhaltensprävention. Dieses Vorgehen wird in der Literatur Gesundheitsförderung im Setting genannt. Dabei bleiben die bestehenden Rahmenbedingungen in diesem Setting gleich. Wenn vom Settingansatz gesprochen wird, ist grundsätzlich nicht dieser Ansatz gemeint. Wird der Ablauf von Selbststigmatisierungsprozessen bei Menschen mit psychischer Störung betrachtet, ist zu erkennen, dass der Ursprung der Selbststigmatisierung beim Etikettieren Betroffener durch die Umwelt liegt. Dabei kann der Fokus für die Soziale Arbeit auf die Personen gerichtet werden, welche andere stigmatisieren. Diese Menschen aber in einem spezifischen Setting zu finden, ist sehr schwer. Ausserdem wird bereits viel in Entstigmatisierungskampagnen investiert, welche versuchen durch Sensibilisierung das stigmatisierende Verhalten zu ändern.

Wird der Fokus auf die Betroffenen gelegt, sind sowohl das gesundheitsschädliche Verhalten aufgrund selbststigmatisierender Verhaltensweisen als auch die Störungssymptome an sich von Relevanz. Zwischen diesen beiden «Problemfeldern» besteht eine Wechselwirkung, weshalb beide angegangen werden sollten. Bezüglich der Behandlung psychischer Störungen sind verschiedene Therapeut*innen verantwortlich. Die Soziale Arbeit wiederum kann mittels individueller Beratungen oder Informationsvermittlungen versuchen, das Verhalten in Richtung Gesundheitsförderung zu lenken, um so der Selbststigmatisierung entgegenzuwirken.

Zum anderen soll das Setting auf struktureller Ebene verändert werden. Dabei wird in der Literatur von der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings gesprochen, diese ist vergleichbar mit der Verhältnisprävention. Die strukturelle Veränderung wird als idealtypische Umsetzung des Settingansatzes bezeichnet (Hartung & Rosenbrock, 2022). Da Menschen mit psychischer Störung oft untereinander bleiben oder sogar in derselben Institution leben, kann der Settingansatz bei dieser Zielgruppe angewandt werden. Um den Settingansatz gelingend umzusetzen, müssen vier Voraussetzungen gegeben sein. Es braucht immer eine professionelle und vor allem kontinuierliche Koordinierung (Hartung & Rosenbrock, 2022). Beispielsweise könnte diese die Organisation «Gesundheitsförderung Schweiz» übernehmen, die sich immer wieder für Projekte zum Thema psychische Gesundheit einsetzt (Gesundheitsförderung Schweiz, o. J.). Damit das Wissen und die Fachinformationen auch zur Zielgruppe gelangt, muss zwingend mit Multiplikator*innen zusammengearbeitet werden (ebd.). Diese können einzelne Personen wie beispielsweise Fachpersonen der Sozialen Arbeit oder Peers, aber auch ganze Institutionen sein. Wichtig ist, dass sie im jeweiligen Setting akzeptiert sind. Zu ihren Aufgaben gehört, dass Fachinformationen, Strategien und Kompetenzen weitervermittelt werden. Mit diesen Aufgaben übernehmen sie wichtige Transferfunktionen (Blümel et al., 2024). Die dritte Voraussetzung ist die der hohen Beteiligung der im Setting lebenden Menschen. Ganz im Sinne der Partizipation. Sie sind bei der Bestimmung des Problems, Festlegung der Intervention, Bewertung und bei allen anderen Schritten miteinzubeziehen (Hartung & Rosenbrock, 2022). Der vierte und letzte Schritt bezieht sich auf die Stärkung der Kompetenzen, Ressourcen sowie Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten. Die Menschen im Setting sollen befähigt werden, ihre Ressourcen zu nutzen und für die Gestaltung einer förderlichen Lebenswelt einzusetzen. Das Ziel ist es, dass Betroffene das eigene Ohnmachtsgefühl aufheben und ihr Selbstbewusstsein stärken können (Brandes & Stark, 2021).



Abbildung 9, Voraussetzungen Settingansatz (eigene Darstellung)

4.2 Früherkennung

In diesem Unterkapitel wird genauer auf die Früherkennung des F+F-Ansatzes eingegangen. Zuerst werden dabei die Schutz- und Risikofaktoren sowie die spezifischen Symptome der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung erläutert. Anschliessend wird die erforderliche Grundvoraussetzung für Beobachtungsprozesse genauer beschrieben. Des Weiteren wird diskutiert, worauf bei der Beobachtung geachtet werden sollte und wie eine angemessene Dokumentation der verschiedenen Wahrnehmungen aussehen kann.

4.2.1 SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN

Im Kapitel 3.1 wird die Relevanz von Schutz- und Risikofaktoren im F+F-Ansatz aufgezeigt. Bevor diese analysiert und daraufhin interveniert werden kann, müssen sie erkannt werden. Auch bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen, wie im Kapitel 4.1 erläutert, sind sie wichtige Indikatoren. Förderliche Rahmenbedingungen bestehen aus einem günstigen Verhältnis von Schutz- und Risikofaktoren (Fachverband Sucht, 2022, S. 23). Nachfolgend wird dargelegt, welche umfeld- und individuumsbezogenen Schutz- und Risikofaktoren bei der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung zentral sind. Als Schutzfaktoren sind Faktoren zu verstehen, welche die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer gesundheitlichen Beeinträchtigung verringern (Rönnau-Böse et al., 2022). Risikofaktoren sind Indikatoren oder Vorläufer von Gesundheits- und Entwicklungsbeeinträchtigungen. Sie weisen eine potenzielle Gefährdung der Gesundheit auf (Sperlich & Franzkowiak, 2022).

Als Schutzfaktor auf der Ebene des Umfelds kann die frühe Wissensvermittlung bezüglich psychischer Störungen genannt werden. Damit ist exemplarisch gemeint, dass Themen rund um «psychische Gesundheit» in den Lehrplan aufgenommen werden sollten (Bühning, 2022, S. 481). Mit der Vermittlung von Wissen über psychische Störungen soll ein grösseres Verständnis geschaffen werden, damit bestenfalls weniger stigmatisiert wird. Die Gesundheitskompetenzen der Schüler*innen werden gefördert (BAG, 2023c). Die Schweiz verfügt über ein breitgefächertes Hilfesystem bezüglich des Umgangs mit psychischen Störungen. Teil davon sind kostenlose psychosozialen Beratungen, die Dargebotene Hand, welche rund um die Uhr telefonische Unterstützung bietet sowie psychotherapeutische Behandlungen durch Psycholog*innen sowie Psychiater*innen (Wie geht's dir?, o. J.). Da psychotherapeutische Interventionen in der Schweiz über die Grundversicherung abgerechnet werden können, ist der niederschwellige Zugang gewährleistet (IG Prikop, o. J.). Hierzulande sind zudem die rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben, um aufgrund einer psychischen Störung eine Invalidenrente der

Invalidenversicherung (IV) beziehen zu können. Ein Grossteil der IV-Neurenten ist auf das Vorliegen einer psychischen Störung zurückzuführen (Martino et al., 2012, S. 11). Die «Fünf Säulen der Identität» sind gemäss dem Psychologen Hilarion Petzold massgebend, ob ein Mensch dazu imstande ist, die Herausforderungen des Lebens meistern zu können (Kantonspolizei Zürich, 2019, S. 4). Die Abbildung 10 zeigt die verschiedenen Säulen auf. Bezogen auf das Umfeld ist die 2. Säule «Soziale Beziehungen» relevant. Als Schutzfaktoren können diesbezüglich beispielsweise stabile Familienverhältnisse und Beziehungen genannt werden.



Abbildung 10, Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold (Kantonspolizei Zürich, 2019, S. 5)

Diesen Schutzfaktoren stehen diverse umfeldbezogene Risikofaktoren gegenüber. Im Kapitel 2.6 wurde deutlich, dass Selbststigmatisierung aus gesellschaftlichen Vorurteilen resultieren kann. Wie im Kapitel 2.7 aufgezeigt wurde, beeinflusst eine selektive Medienberichterstattung die Gefühlswelt der nachrichtenkonsumierenden Personen, wodurch öffentliche Stigmatisierung psychischer Störungen begünstigt wird. Solche Medien können demzufolge als Risikofaktor für das Auslösen von Selbststigmatisierung betrachtet werden. Die «Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health» (LCS), was auf Deutsch mit «Kommission zur Beendigung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Bereich der psychischen Gesundheit»

übersetzt werden kann, hebt ebenfalls die Wichtigkeit der Medien bezüglich stigmatisierender beziehungsweise diskriminierender Verhaltensweisen hervor (Bühning, 2022, S. 481). Als weiterer Risikofaktor kann das Leben mit psychischer Störung in ländlichen Gebieten genannt werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass Betroffene teilweise in Städte ziehen, um sich der Stigmatisierung des ländlichen Milieus zu entziehen (Adli & Schöndorf, 2020, S. 980). Weiter kann am Beispiel des Transsexualismus aufgezeigt werden, dass Diagnosen bio-psycho-soziale Phänomene sind. So galt dieser im ICD-10 noch als Störung. Gleichzeitig hat Transsexualismus in einigen Kulturen einen anerkannten Platz (Christen, 2016, S. 15). Im Duden (o. J.b) wird Transsexualität wie folgt definiert: «Psychische Identifizierung eines Menschen mit dem Geschlecht, das seinem eigenen körperlichen Geschlecht entgegengesetzt ist, häufig mit dem Wunsch nach Geschlechtsanpassung». Ein weiterer Beweis für die soziale Komponente der Diagnosestellung ist anhand der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu erkennen. So wird ADHS im Tessin deutlich weniger häufig diagnostiziert als in der Deutschschweiz (Christen, 2016, S. 15). Es lässt sich festhalten, dass gewisse Symptome und Phänomene kulturell unterschiedlich bewertet werden. Wenn gesellschaftlich festgelegt wird, dass beispielsweise Transsexualität einer Störung entspricht, ist die öffentliche beziehungsweise Selbststigmatisierung nicht mehr fern. Des Weiteren werden nicht ausschliesslich Menschen mit psychischer Störung stigmatisiert, sondern auch das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie. Was dazu führt, dass sich immer weniger Personen in Ausbildung für dieses Fachgebiet entscheiden (Löw, 2020, 15:05–15:50). Insbesondere für junge psychisch belastete Menschen sind in der Schweiz oft zu wenige Plätze in geeigneten Institutionen vorhanden, was auf den Fachkräftemangel zurückzuführen ist (Schild, 2023). Es ist davon auszugehen, dass mangelndes Fachpersonal Selbststigmatisierung begünstigen kann. Ganz nach dem Motto: «Ich bin es nicht wert, dass mir geholfen wird.» Zu guter Letzt erleben Menschen mit psychischer Störung weiterhin Diskriminierung im Alltag. Sei es bei der Wohnungssuche, innerhalb des Versorgungssystems, oder auch auf dem Arbeitsmarkt (von Kardorff, 2011, S. 39).



Abbildung 11, Handlungsfähigkeit in Anlehnung an Lothar Böhnisch (Böhnisch, 2019, S. 20)

Auch auf der Ebene des Individuums gilt es verschiedene Schutzfaktoren hervorzuheben, welche vor Selbststigmatisierung schützen können. Gemäss Böhnisch (2019) ist ein Individuum handlungsfähig, wenn es sich in seinem Selbstwert gestärkt, selbstwirksam und sozial anerkannt fühlt (S. 20). Diese drei Faktoren können folglich als mögliche Schutzfaktoren bezeichnet werden und sind in der Abbildung 11 grafisch dargestellt.

Die Selbstwirksamkeit, soziale Anerkennung und der Selbstwert sind auch im Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold wiederzufinden. Anhand dieses Modells werden neben den drei genannten noch weitere Schutzfaktoren aufgezeigt. Wie der Abbildung 10 zu entnehmen ist, gehören zur 1. Säule «Leiblichkeit» unter anderem die körperliche Vitalität oder auch das seelische Wohlbefinden. Der Selbstwert kann Letzterem zugeordnet werden. Beispielsweise empfinden Personen, die offen mit ihrem Stigma umgehen, deutlich weniger Stress in Interaktionen als solche, die ihr Stigma verstecken (Aydin & Fritsch, 2015, S. 248). Dieses Beispiel zeigt auf, wie Selbstwert und Selbststigmatisierung zusammenhängen. Ausserdem gehört die Belastbarkeit zur 1. Säule. Dieser Punkt weist Parallelen zum Kohärenzsinn des salutogenetischen Ansatzes auf, welcher im Kapitel 3.1.6 genauer erläutert wurde. Denn ein ausgeprägter Kohärenzsinn ist gleichbedeutend mit einer Vielzahl an Bewältigungsstrategien für verschiedene Probleme, wodurch die Belastbarkeit des Individuums steigt. Ein ausgeprägter Kohärenzsinn kann also beispielsweise dazu führen, dass psychische Störungen gar nicht entstehen. Bei der 3. Säule «Arbeit und Leistung» sind beispielsweise die Arbeitszufriedenheit sowie die Anerkennung gemeint. Die Abbildung 11 zeigt auf, wie die soziale Anerkennung zu einer erhöhten Handlungsfähigkeit des Individuums führt. Weiter zählen Fähigkeiten und Chancen zur 3. Säule. In den Worten Böhnischs kann diesbezüglich von Selbstwirksamkeit gesprochen werden, durch welche sich wiederum die Handlungsfähigkeit verbessert. Bei der 4. Säule «Materielle Sicherheit» sind das Einkommen, Vermögen und die Wohnsituation zentral. Schliesslich sind der Glaube, Ideale, Vorbilder sowie ethische Vorstellungen der 5. Säule «Werte und Ideale» zugehörig. Auch diese können als Schutzfaktoren auf der individuellen Ebene genannt werden.

Auf der Seite des Individuums gibt es aber auch verschiedene Risikofaktoren, welche Selbststigmatisierung begünstigen. Im Kapitel 2.3 wird der Ablauf von Stigmatisierungsprozessen exemplarisch dargestellt. Gemäss diesem muss ein Etikett, wie beispielsweise eine Diagnose oder gewisse Symptome, vorhanden sein, um potenziell Selbststigmatisierung zu erleben. Darauf lässt sich ableiten, dass eine psychiatrische Diagnose oder psychische Störungssymptome Risikofaktoren für selbststigmatisierende Verhaltensweisen darstellen. Bezogen auf das Fünf-Säulen-Modell aus Abbildung 10 lassen sich die eben

genannten Faktoren unter der 1. Säule «Leiblichkeit» subsumieren. Womit deutlich wird, dass jede Säule Schutz- sowie Risikofaktoren enthält. Schliesslich können das fehlende Wissen bezüglich psychischer Störungen, deren Behandelbarkeit sowie der verschiedenen fachlichen Hilfestellungen Risikofaktoren darstellen (Martino et al., 2012, S. 21).

Diese Aufzählung der verschiedenen umfeld- und individuumsbezogenen Schutz- sowie Risikofaktoren bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr soll aufgezeigt werden, was damit gemeint ist.

4.2.2 SYMPTOME

Um die Selbststigmatisierung frühzeitig erkennen zu können, gibt es viele Faktoren, die aufeinander abgestimmt sein müssen. Fundierte Einschätzungen und angemessene Interventionen können nur auf dieser Grundlage generiert werden. Dies erfordert die Gestaltung geeigneter Rahmenbedingungen sowie ein gezielter Fokus auf ein spezifisches, eingrenzbare Setting. Sowohl Fachkräfte als auch sonstige Beteiligte müssen über ein umfassendes Verständnis von Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Selbststigmatisierung, wie aber auch über Symptome der Selbststigmatisierung verfügen. Diese Schutz- und Risikofaktoren sowie Symptome müssen als schützende beziehungsweise begünstigende Indikatoren einer möglichen Selbststigmatisierung betrachtet werden.

Die Früherkennung erfordert eine strukturierte Herangehensweise. Im vorherigen Kapitel wurden bereits die Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben, die sowohl im Umfeld als auch bei der betreffenden Person liegen. In diesem Abschnitt geht es darum, welche Symptome für die Selbststigmatisierung bei der Person beobachtbar sind (Open AI, 2024a).

Die Auswirkungen der Selbststigmatisierung auf das individuelle Wohlbefinden wurden im Kapitel 3.3 untersucht. Aus den einzelnen darin erläuterten Folgen werden Symptome aufgezeigt, die als Möglichkeit zur Früherkennung dienen sollen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die genannten Symptome als Indikatoren betrachtet werden. Es gibt keine einheitlichen Kriterien, welche die Selbststigmatisierung definitiv bestätigen lassen. Dadurch unterscheidet sich das Erkennen von Selbststigmatisierung von den psychischen Störungen. Diese können mittels Kriterien des ICD-11 diagnostisch festgestellt werden. Die Unterscheidung der Symptomatik aus dem Störungsbild und der Selbststigmatisierung ist oft schwer zu trennen und kann sich je nach Kombination gegenseitig verstärken.

Die in der Literatur oft genannte Folge, ist die depressive Symptomatik (Aydin & Fritsch, 2015). Ein Anzeichen für depressives Verhalten ist eine anhaltende emotionale Niedergeschlagenheit (Ihle et al., 2012, S 1–2). Diese äussert sich darin, dass Betroffene häufig traurig sind und nicht mehr in der Lage sind, Freude an Aktivitäten zu empfinden, die ihnen zuvor Freude bereiteten (Open AI, 2024a). Diese Niedergeschlagenheit können durch Aussagen der Person, aber auch aus dem Verhalten erkannt werden. Weitere depressive Symptome können Anzeichen von Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Schwierigkeiten bei Entscheidungsfindungen, Konzentrationsprobleme oder Schlafstörungen sein (ebd.). Anhand der vielfältigen Symptome, die sich in unterschiedlichen Lebenssituationen zeigen, ist der Einbezug unterschiedlicher Personen fundamental. Je breiter das Feld der Beobachtung ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, die Symptome zu erkennen.

Der soziale Rückzug als weiteres Symptom von Selbststigmatisierungsbetroffenen kann sich darin zeigen, dass Betroffene soziale Kontakte meiden. Insbesondere mit Personen, welche keine Kenntnisse über ihre aktuelle Situation haben (Pany, 2019, 05:30–07:10). Das Verhalten kann sich so zeigen, dass eine Person Verabredungen plötzlich und vermehrt meidet und sich nur noch in einem kleinen Kreis von immer denselben Personen aufhält. Damit verbunden sind ängstliche Äusserungen über die Umwelt und das entsprechende Verhalten durch Vermeidung. Beispielhaft können folgende Aussagen sein: «Es stimmt, dass ich charakterschwach und impulsiv bin. Ich kann verstehen, wenn meine Mitmenschen nichts mehr mit mir zu tun haben wollen» (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250–251). Wenn der soziale Rückzug und die Vermeidung für die Umwelt nicht mehr nachvollziehbar sind, kann dies als Selbststigmatisierungssymptom gewertet werden. Davon ist beispielsweise die Situation zu unterscheiden, dass einer Person für eine gewisse Zeit aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung nicht so viel Freizeit zur Verfügung steht wie üblich (von Kardorff, 2011, S. 40).

Negative Annahmen über sich selbst können als allgemeine Symptomatik der Selbststigmatisierung anerkannt werden. Als Beispiel kann folgende Aussage genannt werden: «Weshalb soll ich überhaupt versuchen, einen Job zu bekommen». Diese Aussage ist ein Anzeichen für geringe Selbstwirksamkeit, aber auch von Resignation (W. Corrigan et al., 2015, S. 10). Die Person versucht nicht mehr, die Ziele zu erreichen, weil sie selbst nicht daran glaubt, dass sie einen Job bekommen kann. Das hat zur Folge, dass die Person durch die negativen Annahmen und der geringen Selbstwirksamkeit resigniert. Die Betroffenen äussern die Sorge, dass sie die eigene Situation nicht mehr beeinflussen können (Magistretti et al., 2019, S. 115).

Das soziale Gefühl der Scham steht in enger Verbindung mit psychischen Störungen und Selbststigmatisierung (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250). Ein Anzeichen für erlebte Scham kann sich unter anderem im sozialen Rückzug zeigen. Betroffene versuchen zu vermeiden, Scham entstehen zu lassen und meiden daher soziale Interaktionen. Auch Wut kann ein Ausdruck oder Tarnversuch für die Scham sein. Wenn Betroffene in eher unpassenden Situationen wütend werden, kann das als Abwehrverhalten zur Vermeidung der Scham verstanden werden. Betroffene versuchen die Scham zu verstecken und setzen zur Attacke an (Pany, 2020, 01:04:35–01:04:53). Wut ist ein menschliches Gefühl und muss für die Früherkennung immer kontextualisiert werden.

Symptome, welche in einem Beratungssetting gut erkannt werden können, sind der erschwerte Beziehungsaufbau und die Non-Compliance. Eine professionelle Beratungsbeziehung ist das Fundament, damit Betroffene die Beratung als Chance und Ressource sehen. Wenn dies nicht der Fall ist, stehen die Chancen gering, dass Kooperation oder Veränderungsbereitschaft entgegengebracht werden (Weber & Kunz, 2012, S. 33). So kann auch Non-Compliance ein Ausdruck von mangelndem Beziehungsaufbau sein, welche durch die skeptische Haltung der betroffenen Person gegenüber der Beratungsperson entsteht. Unter Compliance ist das Einhalten von Regeln oder Absprachen zu verstehen (Tanski, 2023, S. 1). Non-Compliance zeigt sich durch das Nichteinhalten von Abmachungen und erschwert so auch den Beratungsfortschritt. In der wirtschaftlichen Sozialhilfe könnte das womöglich so aussehen, dass der Klientel die verlangten Unterlagen nicht in das Beratungsgespräch mitbringt oder unpünktlich beziehungsweise gar nicht zum Gespräch erscheint. Das Verhalten kann sich aber auch ausserhalb von Beratungssettings zeigen, in dem Regeln absichtlich oder auch aus Versehen nicht eingehalten werden (Tanski, 2023, S. 5).

4.2.3 BEOBACHTEN

In den vorherigen Unterkapiteln wurde aufgezeigt, welche Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Symptome bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung von Relevanz sind. Nun wird der Fokus darauf gelegt, wie Beobachtungen diesbezüglich aussehen können und was dabei zu beachten ist.

Selbstreflexivität ist eine der Grundvoraussetzungen, um professionelles Handeln legitimieren und gemachte Beobachtungen einordnen zu können (Ader & Schrapper, 2022c, S. 233). Beobachtende müssen demzufolge berücksichtigen, dass die Art und Weise, wie Dinge wahrgenommen und verstanden werden, stark von der Person abhängt, die sie betrachtet.

Einschätzungen können trotz aller Bemühungen um systematische Erfassung nie vollständig objektiv und unabhängig von individuellen Perspektiven sein (Ader & Schrapper, 2022c, S. 233). Dieses durch Selbstreflexion entstehende Wissen bezüglich der eigenen Subjektivität ist zentral, um professionell beobachten zu können. Auch im Konzept der Lebensweltorientierung wird betont, dass es sich nicht um den direkten Zugang zur «echten» Realität handelt. Obwohl sie auf unmittelbare Erfahrungen zurückgreift, ist sie eine konstruierte Sichtweise, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und nicht notwendigerweise die Wirklichkeit widerspiegelt (Thiersch et al., 2012, S. 176). Der Konstruktivismus geht davon aus, dass alles, was wir wissen oder beobachten, stark von unseren eigenen Gedanken und Erfahrungen abhängt. Die eigene Wirklichkeit wird also individuell konstruiert (Open AI, 2024a; von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 120). Heinz von Foerster (1981) drückt dies in folgenden Worten aus: «Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung» (S. 40).

Aufmerksames Zuhören ist in sämtlichen Gesprächsformen zentral, um das Gegenüber zu ermutigen, über seine eigenen Erfahrungen zu berichten. Es erfordert Präsenz, Zuwendung, Konzentration und die Fähigkeit, auf das Gehörte einzugehen. Aufmerksames Zuhören hilft dabei, die Vielschichtigkeit eines Problems zu beobachten. Es beinhaltet auch das Senden von nonverbalen Signalen, um den Redefluss aufrechtzuerhalten (Widulle, 2012, S. 104). Gemäss Ader und Schrapper (2022d) ist die Sichtweise der Betroffenen und der damit verbundene Perspektivenwechsel, entscheidend für die Faktensammlung (S. 39). Schulz von Thun (2018) weist darauf hin, dass jede gesendete Nachricht vier verschiedene Seiten beinhaltet. Die erste Seite wird Sachebene genannt. Dabei geht es, wie der Name schon sagt, um die «Sache». Also um die Frage, wie Sachverhalte klar und verständlich übermittelt werden können. Der Beziehungsaspekt beschreibt die zweite Seite. Durch die Art und Weise des Sprechens kann sich das Gegenüber beispielsweise akzeptiert und respektiert oder herabgesetzt fühlen. Bei der dritten Seite handelt es sich um die Selbstoffenbarung. Mit jeder gesendeten Nachricht wird auch etwas Persönliches preisgegeben. Das kann gewissermassen als Kostprobe der Persönlichkeit bezeichnet werden. Zu guter Letzt folgt die Appellseite. Damit ist gemeint, was eine Person mit ihrer Nachricht bewirken will – im Sinne eines «Auftrags» an die nachrichtenempfangende Person (S. 14–15). Diese vier Seiten zeigen die Komplexität verschiedener Interaktionen auf und streichen die Wichtigkeit des aufmerksamen Zuhörens zusätzlich hervor. Gemäss Watzlawick et al. (2017) ist es unmöglich, nicht zu kommunizieren. Dass dieser Grundsatz nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch von Relevanz ist, kann am Beispiel des Dilemmas Schizophreniebetreffender aufgezeigt werden. Diese versuchen oft, nicht zu kommunizieren. Da aber selbst Schweigen oder andere Formen der

Kommunikationsvermeidung als Kommunikation bezeichnet werden kann, stehen schizophreniebetreffene Personen vor einer fast unlösbaren Herausforderung (S. 60). Dadurch wird aufgezeigt, dass beim Beobachten von Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Symptomen bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung nicht nur Kommunikationsformen im klassischen Sinne, sondern auch Kommunikationsvermeidungen beachtet werden müssen. Gemäss Ader und Schrapper (2022d) ist ein systematisch geweiteter Blick unabdingbar, um Sachverhalte aus verschiedenen Blickwinkeln interpretieren zu können. Anschliessend muss der breite Blick wieder reduziert werden, um aus den verschiedenen Wahrnehmungen das Zentrale herauszufiltern (S. 24). Neben dem Analysieren ist bei Beobachtungsprozessen auch das einfühlsame Verstehen relevant (Ader & Schrapper, 2022d, S. 29).

Das systematische Sammeln von Informationen ist bei der Früherkennung von hoher Wichtigkeit (Fachverband Sucht, 2022, S. 29). Dieses systematische Sammeln kann auch als Dokumentation bezeichnet werden. Diese verfolgt unter anderem das Ziel, blinde Flecken zu vermeiden (Schöne, 2022, S. 181). Bezüglich des Dokumentierens ist eine selbstreflektierte und -kritische Perspektive von grosser Bedeutung. Denn beim Dokumentieren handelt es sich nicht um eine neutrale Beschreibung, sondern um eine Verknüpfung von Wahrgenommenem und Interpretierten. Diese Verknüpfungen und Interpretationen können sehr wertvoll sein, müssen aber nachvollziehbar bleiben (Ader & Schrapper, 2022c, S. 267). Es ist wichtig, über unterstützende Dokumentationsinstrumente zu verfügen. Durch diese können beobachtbare Fakten (Indikatoren) systematisch festgehalten und fundierte Einschätzungen abgegeben werden (Ader & Schrapper, 2022d, S. 27). Im Kapitel 5.1 wird vertiefter darauf eingegangen, wie solche Instrumente aussehen können. Beim Dokumentieren wird deutlich, wie wichtig eine ausgeprägte Selbstreflexivität ist.

4.3 Grenzen der Früherkennung

Wie bereits erwähnt, müssen für die institutionelle Etablierung des Ansatzes die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen, da aufgrund des Mehraufwandes zusätzliche Kosten entstehen (AvenirSocial et al., 2016, S. 1). Wenn kein politischer oder institutioneller Auftrag vorhanden ist, kann die systematische Früherkennung nur schwer, bis gar nicht umgesetzt werden. Ohne einen entsprechenden Auftrag gibt es mit höchster Wahrscheinlichkeit auch keine Investition in notwendige Ressourcen. Um den F+F-Ansatz zielführend umsetzen zu können, müssen genügend personelle, zeitliche und monetäre Mittel vorhanden sein. Diesbezüglich können die Grenzen durch einen fehlenden politischen oder institutionellen Auftrag sichtbar gemacht werden. Ein möglicher Grund für das Nicht-Zustandekommen eines Auftrags könnte sein, dass die Dringlichkeit durch fehlendes Aufmerksammachen nicht erkannt wurde.

Unter der systematischen Früherkennung sind auch der Einbezug diverser Akteur*innen sowie eine gelingende Vernetzung gemeint (BAG, 2022, S. 11). Grenzen der Früherkennung können durch die fehlende Mitwirkungsbereitschaft des privaten oder des Arbeitsumfelds der Betroffenen entstehen. Denn der Einbezug des sozialen Netzwerks ist für die Gestaltung eines förderlichen Umfelds unabdingbar. Weitere Grenzen können durch die fehlende Zustimmung bezüglich der Verwendung personenbezogener Daten vorhanden sein. Die Privatsphäre und der Datenschutz der betroffenen Person sind jederzeit zu wahren. Die Einhaltung vom Datenschutz und der transparente Umgang mit Informationen ist nicht nur für den Beziehungsaufbau mit der Klientel von Bedeutung (Widulle, 2012, S. 218). Denn auch aus rechtlicher Sicht sind die Grundlagen des Daten- und Persönlichkeitsschutzes jederzeit einzuhalten. Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999, SR 101, hält in Art 13 Abs. 2 den Schutz persönlicher Daten vor Missbrauch fest, um die Privatsphäre aller zu schützen. Auch garantiert die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 28. November 1974, SR 0.101, in Art. 8 Abs. 1 das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Dieser Artikel umfasst die Schutzmassnahmen gegen den Missbrauch persönlicher Daten (Mösch Payot & Schwander, 2021, S. 139–140). Im Privatbereich sind der ZGB-Artikel 28 zum Schutz der Persönlichkeit, wie auch das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 25. September 2020, SR 235.1, sowie die jeweiligen dazugehörigen Verordnungen relevant (ebd.).

Die gelingende Umsetzung des F+F-Ansatzes setzt voraus, dass die Betroffenen etwas verändern wollen (Weber & Kunz, 2012, S. 41). Wenn die Betroffenen kein Problem wahrnehmen und so

keine Kooperation zustande kommt, sind den Interventionen Grenzen gesetzt. Besonders im freiwilligen Kontext gerät die Soziale Arbeit oft in ein Dilemma zwischen der Achtung der Selbstbestimmung und dem Auftrag nach Schutz und Fürsorge (AvenirSocial, 2010, S. 8).

Die Soziale Arbeit bieten in vielen Bereichen einen niederschweligen Zugang zu Menschen in vulnerablen Situationen. Trotzdem wird es immer Menschen geben, welche die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit nicht erreichen können. Dies kann verschiedene Gründe haben. Vielleicht sind Betroffene noch nicht bereit Hilfe anzunehmen oder sie rutschen durch das gesamte soziale Sicherungsnetz, ohne dass sie ins Blickfeld der Fachpersonen Sozialer Arbeit geraten. Beim F+F Ansatz ist zudem zu beachten, dass jede Handlung und jeder Eingriff subsidiär zu verstehen ist. Die Unterstützung erfolgt also erst dann, wenn Angehörige oder Betroffene nicht mehr selbst in der Lage sind, Probleme zu bewältigen (BAG, 2022, S. 11).

4.4 Fazit

Folgende Frage wurde im Kapitel 4 beantwortet:

Wie können Selbststigmatisierungsprozesse bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt werden?

Es wurde klar, dass die Gestaltung der Rahmenbedingungen unabdingbar ist, um eine gelungene Früherkennung implementieren zu können. Dazu zählen beispielsweise die Rollenklärung sowie das Entwickeln einer gemeinsamen Haltung. Dabei sind wertschätzende, recoveryorientierte und nichtstigmatisierende Aspekte zentral. Auch der Settingansatz ist bei der Umsetzung des F+F-Ansatzes von grosser Bedeutung. Anhand des Settingansatzes konnte aufgezeigt werden, wie wichtig die kontinuierliche und professionelle Koordinierung, Arbeit mit Multiplikator*innen, Partizipation sowie die Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der Betroffenen ist.

Anschliessend wurde die Früherkennung als Teil des Ansatzes eingeführt. Dabei standen die Schutz- und Risikofaktoren bezüglich der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung im Mittelpunkt. Bei den Schutzfaktoren konnten auf der Ebene des Umfelds unter anderem die frühe Wissensvermittlung, das breitgefächerte Hilfesystem im Umgang mit psychischen Störungen sowie stabile Beziehungen eruiert werden. Auf der individuellen Ebene können das Gefühl sozialer Anerkennung, ein erhöhter Selbstwert sowie eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit genannt werden. Bei den umfeldbezogenen Risikofaktoren handelt es sich um die selektive Medienberichterstattung, gesellschaftlich bedingte Diagnosestellungen oder den Fachkräftemangel im psychologisch-psychiatrischen Bereich. Auf der Ebene des Individuums können diesbezüglich das Vorhandensein psychiatrischer Diagnosen und Symptome sowie das fehlende Wissen über psychische Störungen, deren Behandelbarkeit sowie der verschiedenen fachlichen Hilfestellungen genannt werden. Menschen, welche sich aufgrund ihrer psychischen Störung selbststigmatisieren, können folgende Symptome aufzeigen: Depressive Verstimmungen, sozialer Rückzug, negative Selbstbetrachtung, Scham oder Non-Compliance. Anschliessend wurde aufgezeigt, was es braucht, um diese Schutzfaktoren, Risikofaktoren sowie Symptome beobachten zu können. Selbstreflexivität ist eine der Grundvoraussetzungen, um gemachte Beobachtungen professionell einordnen zu können, da die eigene Wirklichkeit individuell konstruiert wird. Die Wichtigkeit des aufmerksamen Zuhörens konnte ebenfalls aufgezeigt werden. Auch wurden die «vier Ohren» nach Schulz von Thun sowie die Unmöglichkeit des Nicht-Kommunizierens nach Watzlawick et al. beschrieben. Des Weiteren

ist ein systematisch geweiteter Blick unabdingbar, um Sachverhalte aus verschiedenen Blickwinkeln interpretieren zu können. Anschliessend daran muss der breite Blick wieder reduziert werden, um aus den verschiedenen Wahrnehmungen das Zentrale herauszufiltern. Das systematische Dokumentieren ist bei der Früherkennung von hoher Wichtigkeit. Auch hier ist eine selbstreflektierte und -kritische Perspektive bedeutsam.

Der Früherkennung des F+F-Ansatzes sind gewisse Grenzen gesetzt. Wenn beispielsweise weder ein politischer noch institutioneller Auftrag vorhanden ist, sind die verfügbaren personellen, zeitlichen und monetären Ressourcen bezüglich der Implementierung in der Regel nicht ausreichend. Ebenfalls ist die Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen sowie deren Umfeld von immenser Bedeutung. Ist diese nicht oder nur beschränkt vorhanden, zeigt die Früherkennung kaum Wirkung. Grenzen werden zudem durch die Einhaltung der Privatsphäre und des Datenschutzes gesetzt. Ausserdem muss berücksichtigt werden, dass die Soziale Arbeit trotz ihrer Niederschwelligkeit nie alle Menschen wird erreichen können.

Anhand der Gestaltung der Rahmenbedingungen, des Aufzeigens der verschiedenen Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Symptome, konkreter Beobachtungsgrundlagen sowie der Grenzen der Früherkennung, konnte aufgezeigt werden, wie Selbststigmatisierungsprozesse bei Menschen mit psychischer Störung frühzeitig erkannt werden können. Das nächste Kapitel behandelt die verschiedenen Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit bezüglich der Umsetzung des F+F-Ansatzes. Der Fokus wird dabei auf die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung gelegt.

5 HANDLUNGSOPTIONEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT

Dieses Kapitel ist zentral für die Professionellen der Sozialen Arbeit. Denn es werden konkrete Handlungsoptionen entlang des F+F-Ansatzes herausgearbeitet, wie der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung entgegengewirkt werden kann. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen wird nur noch am Rande thematisiert, da diese bereits im Kapitel 4.1 genauer erläutert wurde. Wie der Abbildung 12 zu entnehmen ist, wird zunächst auf die Früherkennung eingegangen. Es folgt die Situationseinschätzung, welche die Basis für die darauffolgenden Interventionen darstellt. Um den F+F-Ansatz abzuschliessen, werden noch die zentralen Punkte der Evaluation aufgegriffen. Schliesslich folgt das Fazit, in welchem die zentralen Erkenntnisse des Kapitels zusammengefasst werden.

Folgende Frage steht im Kapitel 5 im Zentrum:

Welche Handlungsoptionen bieten sich für die Praxis der Sozialen Arbeit?

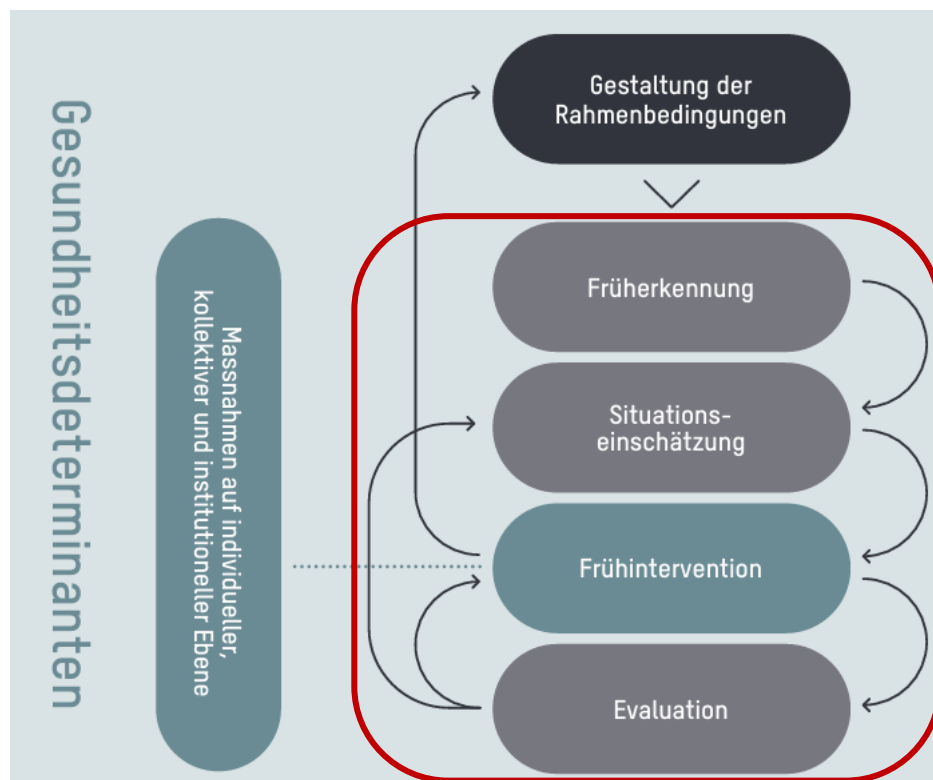


Abbildung 12, Früherkennung und Frühintervention (BAG, 2022, S. 6)

5.1 Früherkennung

Im Kapitel 4.1.1 wurde die Bedeutung einer gemeinsamen Haltung deutlich. Wichtig dabei ist, dass die gemeinsam entwickelte Haltung immer wieder in Erinnerung gerufen und reflektiert wird. Sie soll im Alltag gelebt werden (Fachverband Sucht, 2022, S. 31). Es wird dadurch deutlich, dass die gemeinsame Haltung nicht nur bei dem Schritt «Gestaltung der Rahmenbedingungen», sondern auch bei der «Früherkennung» sowie den restlichen Phasen des F+F-Ansatzes von Relevanz ist. Demzufolge kann es sinnvoll sein, die Inhalte der herausgearbeiteten Haltung schriftlich festzuhalten, um so die Verbindlichkeit hervorzuheben. Im Kapitel 4.1.2 wurde die Wichtigkeit des Miteinbezugs der Betroffenen betont, was folglich auch für den Schritt der Früherkennung gilt.

Die Praxis Sozialer Arbeit ist untrennbar mit Beziehungen zu anderen Menschen verbunden. Sei es zu den Menschen, welche Unterstützung benötigen, den Arbeitskolleg*innen oder den Fachkräften anderer Institutionen. Diese enge Verflechtung mit zwischenmenschlichen Beziehungen macht die Soziale Arbeit zu einer „Beziehungsprofession“. Die Fähigkeit, Beziehungen zu gestalten, ist eines der herausragenden Merkmale Sozialer Arbeit. Insbesondere wenn es darum geht, andere Menschen zu verstehen (Ader & Schrappner, 2022c, S. 237). Die beziehungsorientierten Facetten der Früherkennung umfassen die Aufmerksamkeit für Indikatoren, welche auf Schwierigkeiten hinweisen, wohlwollendes Interesse sowie Gehör für die Bedürfnisse des Gegenübers (BAG, 2022, S. 12). Diese beschriebenen Facetten weisen Ähnlichkeiten mit dem im Kapitel 4.2.3 beschriebenen «aufmerksamen Zuhören» auf. Dieses beinhaltet unter anderem das Senden von nonverbalen Signalen, um den Redefluss aufrechtzuerhalten. Dazu gehören Blickkontakt, ohne anzustarren, sowie das Ermutigen zum Fortfahren, indem beispielsweise genickt wird. Weitere wichtige Aspekte des aufmerksamen Zuhörens sind das Einnehmen einer offenen Sitzhaltung, das Regulieren der Gesprächsgeschwindigkeit sowie das Zusammenfassen des Gehörten (Widulle, 2012, S. 104). Zusammenfassen sowie aufmerksames Zuhören, in der motivierenden Gesprächsführungen «reflektierendes Zuhören» genannt, gehören zu den Kernkompetenzen der motivierenden Gesprächsführung. Zu den weiteren Kernkompetenzen zählen das Stellen offener Fragen, Affirmieren/Würdigen sowie das Geben von Ratschlägen, sofern die Erlaubnis hierfür beim Gegenüber eingeholt wurde (Miller & Rollnick, 2015, S. 56). Die erwähnten Kernkompetenzen sind in allen Schritten der motivierenden Gesprächsführung zentral (Miller & Rollnick, 2015, S. 51). In diesem Unterkapitel wird jedoch ausschliesslich der Beziehungsaufbau thematisiert. Die drei weiteren Schritte Fokussierung, Evokation und Planung sind Teil des Kapitels «5.3

Frühintervention». Der idealtypische Ablauf der motivierenden Gesprächsführung ist der Abbildung 13 zu entnehmen.

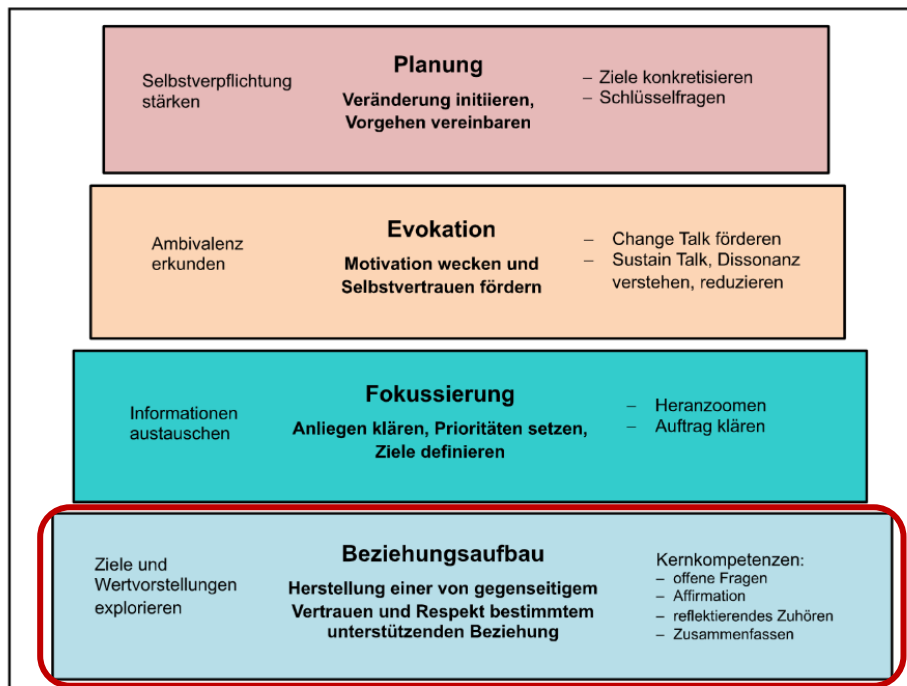


Abbildung 13, Motivational Interviewing, angelehnt an Miller und Rollnick (2015, S. 44)

Als Beziehungsaufbau wird der Prozess beschrieben, bei dem eine unterstützende Beziehung zueinander aufgebaut wird. Das passiert teilweise innerhalb weniger Sekunden, dauert je nachdem aber auch mehrere Wochen. In Gesprächen kann aktiv am Beziehungsaufbau gearbeitet werden. Es gibt aber auch externe Faktoren, welche auf diesen einwirken. Beispielsweise kann an dieser Stelle die emotionale Verfassung der Beteiligten genannt werden, welche nur bedingt beeinflussbar ist. Da die Beziehung als Grundlage für alle weiteren Schritte dient, ist dieser grosse Bedeutung beizumessen (Miller & Rollnick, 2015, S. 45). Zentral beim Thema «Beziehung» ist zudem, dass es sich um möglichst natürliche Beziehungen handelt und die Rollen nicht nur gespielt werden sollten (Pany, 2020, 15:05–15:25).

Beim Betrachten einer neuen Situation entstehen schnell erste Hypothesen und Eindrücke (Ader & Schrappner, 2022d, S. 25). Deshalb ist es wichtig, den analytischen Blick auszuweiten, um so Neues wahrzunehmen und nicht nur Altbekanntes zu bestätigen (Ader & Schrappner, 2022d, S. 24). Angesichts der potenziell unendlichen Menge an Informationen stellt sich die zentrale Herausforderung darin, das richtige Gleichgewicht zwischen der Menge und Qualität neuer Erkenntnisse zu finden (Ader & Schrappner, 2022d, S. 27). Um etwas erkennen zu können, müssen die unzähligen Eindrücke zudem entsprechend gewichtet werden (Ader & Schrappner, 2022a, S. 282). Um eine gelingende Früherkennung aufzugleisen, ist es unabdingbar, dass die verschiedenen Akteur*innen, seien es Angehörige, Fachpersonen oder andere

Multiplikator*innen miteinander vernetzt werden (BAG, 2022, S. 10). Nur so kann sichergestellt werden, dass blinde Flecken minimiert werden.

Die Fähigkeit zu selbstreflexivem Handeln ist bei Fachkräften Sozialer Arbeit eine Grundvoraussetzung (Ader & Schrapper, 2022c, S. 233). Dies gilt somit auch fürs Dokumentieren. In der Sozialen Arbeit werden Dokumentationen häufig als eine mühsame Pflicht betrachtet, die von Fachkräften zwar nicht ignoriert werden kann, aber dennoch oft als zu zeitaufwendig und detailliert empfunden wird. Die Kritik richtet sich weniger gegen die Notwendigkeit der Dokumentation selbst, sondern vielmehr gegen das Ausmass der Dokumentationsanforderungen und den damit verbundenen Arbeitsaufwand (Ader & Schrapper, 2022c, S. 260).

Nichtsdestotrotz können durch unterstützende Dokumentationsinstrumente Beobachtungen systematisch erfasst werden (Ader & Schrapper, 2022d, S. 27). Solche Instrumente dienen nicht dazu, die persönliche Bewertung durch Fachkräfte zu ersetzen. Sie stellen lediglich Werkzeuge dar, um Wahrnehmungsprozesse zu strukturieren (Schone, 2022, S. 181). Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen beim Dokumentieren jegliche Formulierungen vermeiden, die diskriminierend oder abwertend sein könnten. Ausserdem sind klare Unterscheidung zwischen überprüfbaren Fakten, eigenen und fremden Beobachtungen sowie Interpretationen zu machen (AvenirSocial, 2010, S. 13). Dokumentationsinstrumente können unterschiedlich aussehen. So gibt es beispielsweise strukturierte Anamnesebögen oder vorgefertigte Kategoriensysteme. Weiter sind auch solche denkbar, die so wenig wie möglich durch vorgegebene Kriterien beeinflusst werden (Ader & Schrapper, 2022d, S. 27–28). Alle Dokumentationsinstrumente haben gemeinsam, dass sie einerseits dazu dienen, eine umfassende Darstellung unter Einbezug verschiedener Informationen abzubilden. Andererseits gilt es sicherzustellen, dass in der Fülle der Informationen nichts Bedeutsames vergessen geht (Ader & Schrapper, 2022d, S. 27).

5.2 Situationseinschätzung

Die Situationseinschätzung ist fundamental, um den Handlungsbedarf abzuklären und Intervention zielführend zu planen. Für die Gesamteinschätzung und die Deutung von Beobachtungen, muss es zu einem Dialog zwischen Fach- und Bezugspersonen kommen (Fachverband Sucht, 2022, S. 32–33). Eine systematische Situationseinschätzung unter Einbezug anderer ist ein unverzichtbarer Schritt, damit Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu dieser Einschätzung kommen (Ader & Schrapper, 2022a, S. 41). Das Ziel der Situationseinschätzung ist es, durch fallspezifische Informationen den Handlungsbedarf abzuklären. Durch eine wie weiter

oben beschriebene professionelle Gesprächsführung, werden die notwendigen Informationen eingeholt. Die Einordnung der Informationen ist im Alleingang oft schwierig. Deshalb ist es sinnvoll, sich Unterstützung zu holen (Fachverband Sucht, 2022, S. 32–35).

5.2.1 SOZIALE DIAGNOSTIK

Der Begriff der Diagnostik hat eine stark medizinische Prägung. In der Medizin wird davon ausgegangen, dass es objektive und kontextunabhängige Beurteilungen gibt. Diagnostik meint also Beurteilen und ist nicht nur der Medizin vorbehalten, sondern ist ein handlungstheoretisches Kernelement jeder Profession. In der Sozialen Arbeit wird mittels sozialer Diagnostik versucht, sich an fremde Lebenswelten anzunähern. Um der Komplexität der Lebenswelten gerecht zu werden, fließen verschiedene Betrachtungsweisen und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Beurteilung mit ein (Ader & Schrapper, 2022b, S. 48). Dafür ist mitunter Fachwissen, wie beispielsweise über die Entstehung von Selbststigmatisierung, relevant. Die Situation darf aber nicht nur aufgrund dessen beurteilt werden. Die subjektive Lebenswelt der betroffenen Person gilt es ebenfalls miteinzubeziehen. Darunter fällt die Vergangenheit, die Gegenwart und Zukunftsvorstellungen der Betroffenen (Nauerth, 2016, S. 45). Um diese zu eruieren, müssen im Sinne der Partizipation alle im Setting lebenden Menschen miteinbezogen werden (Hartung & Rosenbrock, 2022). Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen sich möglichst unvoreingenommen auf solche Situationen einlassen (Nauerth, 2016, S. 45). Um einen Fall angemessen zu erfassen und eine soziale Diagnose durchzuführen, ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Empathie und analytischem Denken erforderlich (Ader & Schrapper, 2022b, S. 45).

Die mehrdimensionale Betrachtungsweise lässt darauf hindeuten, dass es sich bei der sozialen Diagnostik um eine aufwändige Aufgabe handelt. Die Komplexität anzuerkennen und sichtbar zu machen, ist aber ein wichtiger Schritt, um den Fall verstehen zu können. Die Soziale Diagnostik ist eine unverzichtbare Aufgabe, um methodisch, ethisch und professionell zu handeln. Primär müssen alle für die Diagnostik relevanten Daten gesammelt werden (Pantuček-Eisenbacher, 2019, S. 55). Wie im Kapitel 5.1 beschrieben, müssen die dokumentierten Beobachtungen aller Akteur*innen genutzt werden. Für allfällige Besprechungen dieser Beobachtungen, kann eine Hilfeforenz ein nützliches Gefäss darstellen. Hierbei muss immer wieder die Subjektivität bei Wahrnehmungsprozessen thematisiert werden. Wenn die Informationen gesammelt wurden, werden diese systematisch strukturiert. Das heisst, die gesammelten Informationen müssen wieder auf ein bearbeitbares Mass reduziert werden (Ader & Schrapper, 2022d, S. 24). Dafür braucht es Theorien, welche durch die bearbeitende Person

selbst gewählt werden können. Für die Soziale Arbeit liegen alltagsnahe Theorien nahe (Pantuček-Eisenbacher, 2019, S. 55). Anhand des Transformations-Modells in Abbildung 14 ist zu erkennen, was es braucht, um zu einem theoriebasierten, professionellen Fallverständnis zu gelangen, um professionelles Handeln legitimieren zu können. Dieses Modell ermöglicht es, verschiedene Wissensarten miteinander zu verknüpfen und so geplante Interventionen begründbar zu machen (Schmocker, 2015, S. 15).

Das Fallverständnis entsteht unter anderem durch das Beschreiben erhaltener Informationen. Hierbei ist es wichtig, die Fakten möglichst unbewertet zu lassen. Danach folgt die Erklärung. Dabei ist die Frage wichtig: «Weshalb ist etwas so?». Um diese Frage beantworten zu können, müssen Theorien und Fachwissen berücksichtigt werden. Bezüglich dieser Bachelorarbeit könnte eine entsprechende Frage so aussehen: «Weshalb stigmatisieren sich Menschen selbst?» Bei der Prognose müssen Professionelle der Sozialen Arbeit Prozesse berücksichtigen, welche zu erwarten sind, falls keine Intervention stattfindet (Schmocker, 2015). Hierbei spielt das Fachwissen über den Prozess und die Folgen von Selbststigmatisierung eine tragende Rolle. Der letzte Schritt bezüglich der Situationseinschätzung ist die Bewertung der Situation. Für diese Beurteilung sind die im Kapitel 4.2.1 aufgezeigten Risiko- und Schutzfaktoren sowie Symptome des Kapitels 4.2.2 von Bedeutung.

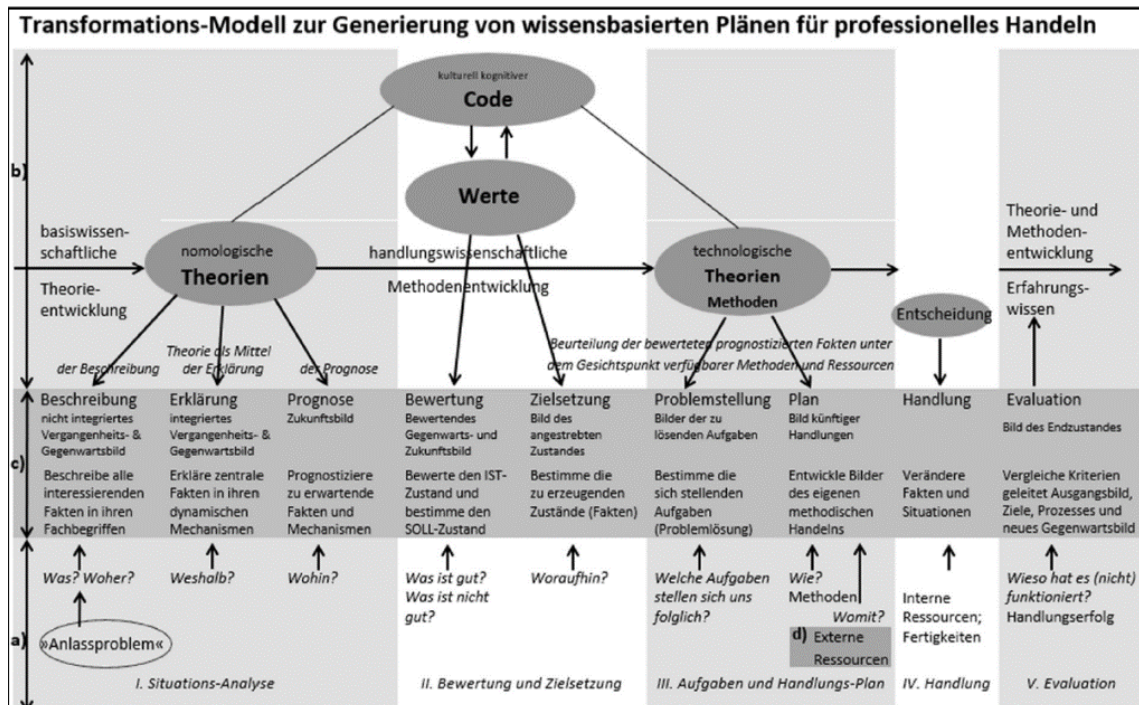


Abbildung 14, Handlungstheoretisches Modell (Schmocker, 2015, S. 16)

Die Zielsetzung beschäftigt sich mit dem Soll-Zustand und dient dazu, die zu lösende Probleme sichtbar zu machen und einen Handlungsplan für allfällige Interventionen zu erstellen. Das Modell kann zusammengefasst werden in die Fallanalyse, Diagnostik und die Intervention. Die

Fallanalyse geschieht über das Beschreiben, Erklären und die Prognose. Die Falldiagnostik umfasst die Bewertung und die Zielsetzung. Die fachliche Intervention beinhaltet die Problem- und Aufgabenstellung für die Fachperson, wofür ein Handlungsplan erstellt wird.

Für die strukturierte Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren, welche auch Ressourcen und Stressoren genannt werden können sowie Symptomen bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung, sind entsprechende Diagnoseinstrumente unabdingbar.

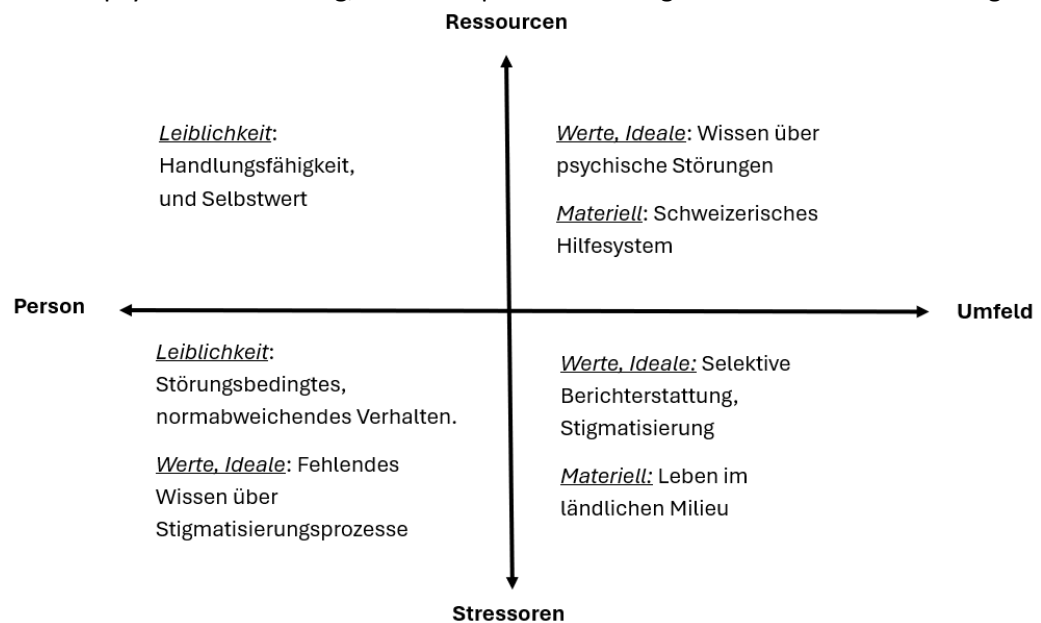


Abbildung 15, Koordinatensystem mit Ergänzungen (Gahleitner et al., 2014, S. 139)

Diesbezüglich sind verschiedene Instrumente vorhanden, wobei individuell entscheiden werden kann, welches genutzt wird, insofern keine institutionellen Vorgaben bestehen. Die Anwendung von Instrumenten helfen dabei, Gespräche, Berichte, Beobachtungen, Fallakten sowie alle weiteren Informationen einzuordnen, um die Situation analysieren zu können (Ader & Schrapp, 2022b, S. 52). Ein Beispiel für ein solches Instrument ist das bio-psycho-soziale Koordinatensystem, welches in Abbildung 15 angewendet wird. Es bietet die Möglichkeit, die Ressourcen und Stressoren bezüglich der Person und des Umfelds grafisch darzustellen (Gahleitner et al., 2014, S. 143). Gleichzeitig lässt es sich gut mit dem Fünf-Säulen-Modell nach Petzold kombinieren, welches im Kapitel 4.2.1 eingeführt wurde. Einzelne Risiko- und Schutzfaktoren wurden in der Abbildung 15 beispielhaft anhand der fünf Säulen ins Koordinatensystem eingeordnet.

5.2.2 KOLLEGIALE BERATUNG UND SUPERVISION

Wie bereits angedeutet, sind Beobachtungen immer durch die eigene Subjektivität geprägt. Ebenfalls ist die Interpretation verschiedener Informationen Personenabhängig. Diese Tatsache bringt Vor- und Nachteile mit sich. Um professionell mit der subjektiven Auffassung umzugehen, ist es sinnvoll, kollegiale Beratung und insbesondere strukturierte Interventionen in Anspruch zu nehmen (Ader & Schrapper, 2022c, S. 233).

Darunter fallen auch Supervisionen. Zum einen dienen diese dazu, die subjektive Auffassung auszugleichen. Zum anderen sichern Fachpersonen der Sozialen Arbeit dadurch ihr Handeln ab. Supervisor*innen sind in der Schweiz meist Selbstständigerwerbende und verfolgen kein spezifisches staatliches oder organisatorisches Interesse. Die Supervisionen gestalten sich dementsprechend ergebnisoffen. Supervisionen sind ein empfehlenswertes Gefäss, um fachliche Herausforderungen professionell zu lösen (ebd.).

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind während der Durchführung des F+F-Ansatzes idealerweise in ein Team mit Personen derselben und/oder einer anderen Profession eingebettet. Diese interprofessionelle Kooperation sollte genutzt werden. Oft genügt auch die kooperative Beratung / Intervention, um professionell mit herausfordernden Situationen umzugehen. Der Miteinbezug von Supervisor*innen ist somit nicht immer notwendig (Widulle, 2012, S. 31).

5.3 Frühintervention

Eine genaue Abstimmung zwischen den Handlungsbereichen Früherkennung und Frühintervention ist unerlässlich (AvenirSocial et al., 2016, S. 1). Anhand der Situationseinschätzung werden individuelle Frühinterventionen herausgearbeitet. (Fachverband Sucht, 2022, S. 37). Es gilt, die im Setting lebenden Menschen in den Prozess der Frühintervention miteinzubeziehen (Hartung & Rosenbrock, 2022). Denn die Soziale Arbeit basiert auf Beziehungen und ist stets um die Koproduktion verschiedener Massnahmen bemüht. Nur wenn sich Adressat*innen ernsthaft beteiligt und gehört fühlen, können sich Interventionen nachhaltig etablieren (Ader & Schrapper, 2022b, S. 47). Im Kapitel 2.6 wurde aufgezeigt, dass Selbststigmatisierung durch das Vorhandensein öffentlicher Stigmatisierung entstehen kann. Um der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung entgegenzuwirken, können entsprechende Massnahmen somit entweder auf das Umfeld oder die Betroffenen selbst fokussieren. Dem wird in diesem Kapitel Rechnung getragen, indem gewisse Frühinterventionen bei der öffentlichen Stigmatisierung und andere beim Individuum, also bei der Selbststigmatisierung, ansetzen.

5.3.1 AUF DER EBENE DES UMFELDS

Wie wichtig der Einbezug der Betroffenenperspektive ist, wurde bereits an anderer Stelle erwähnt. Pauge et al. (2018) schliessen diesbezüglich auch die Anti-Stigma-Forschung mit ein. Es wird argumentiert, dass solche Forschungsvorhaben nur erfolgreich sein können, wenn Betroffene wesentliche Akteur*innen im Forschungsprozess darstellen und somit nicht länger «Objekte» der Wissenschaft sind (S. 234).

Dass die Soziale Arbeit eine sozialpolitische Verantwortung in sich trägt, steht für Staub-Bernasconi (2018) ausser Frage. Gemäss ihr sind Probleme des Praxisalltags Sozialer Arbeit, wie beispielsweise Armut, Diskriminierung oder Gewalt, stets mit sozialpolitischen Debatten verknüpft. Die Soziale Arbeit wird also allein schon dadurch politikfähig, da das Bekämpfen sozialer Probleme sowie die Durchsetzung der Menschenrechte in der Professionsethik Sozialer Arbeit enthalten sind (Staub-Bernasconi, 2018, S. 122). Nachfolgende Bezüge zu sozialpolitischen Interventionen finden ihre Legitimation in der soeben beschriebenen Politikfähigkeit Sozialer Arbeit.

Auf eine psychiatrische Diagnose folgen regelmässig systematische, rechtlich legitimierte Eingriffe in die Privatsphäre der Betroffenen. Dies kann so weit gehen, dass diese nach Art. 426 Abs. 1 ZGB zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden (Pauge et al., 2018, S.

233). Professionelle der Sozialen Arbeit müssen sich diesen Tatsachen bewusst sein und diese entsprechend kritisch reflektieren. Denn der Berufskodex Sozialer Arbeit verpflichtet Fachpersonen dazu, sich für eine soziale, demokratische und nicht-diskriminierende Gesellschaft einzusetzen (AvenirSocial, 2010, S. 14). Es kann also bei den Rahmenbedingungen angesetzt werden, indem beispielsweise gesundheitsförderliche Faktoren gefördert und Risikofaktoren besser kontrolliert werden (BAG, 2022, S. 13).

In Bezug auf Menschen mit psychischer Störung werden diverse abwertende Begriffe verwendet. Beispiele dafür sind «Irre», «Psychos» oder «Klasmühle». Solche unreflektierten Äusserungen führen dazu, dass sich Stigmata aufrechterhalten. Medien kommt diesbezüglich eine besonders wichtige Rolle zu (Aydin & Fritsch, 2015, S. 252). Diese werden auch als «Transporteur*innen von Meinung» beschrieben (Martino et al., 2012, S. 21). Es ist deshalb von hoher Relevanz, dass Medien bezüglich Menschen mit psychischer Störung positive Modelle bereitstellen, da dadurch ein breites Publikum erreicht werden kann (Aydin & Fritsch, 2015, S. 253). Fachpersonen der Sozialen Arbeit können unter anderem auf politischem Weg Einfluss auf solche Berichterstattungen nehmen.

Gemäss dem Berufskodex Sozialer Arbeit sind Fachpersonen dazu verpflichtet, der Öffentlichkeit ihr Wissen über soziale Probleme zu vermitteln und ihre Expertise dadurch nutzbar zu machen (AvenirSocial, 2010, S. 14). Dies kann als (in-)direkter Auftrag verstanden werden, um an Entstigmatisierungskampagnen mitzuwirken. Bezüglich der Aufgleisung solcher Kampagnen gilt es, ein paar grundsätzliche Dinge zu beachten. Erstens sollten Betroffene, sofern dies für sie möglich ist, in die Öffentlichkeitsarbeit miteinbezogen werden. Dies, da sich der direkte Kontakt zu Betroffenen als eine der wirkungsvollsten Entstigmatisierungsstrategien herausgestellt hat (Martino et al., 2012, S. 17). Denn dadurch können negative Stereotype und Vorurteile reduziert werden. In einer Untersuchung über die Einstellung zu schizophrebiebetroffenen Menschen konnte festgestellt werden, dass Personen, welche Kontakt zu Menschen mit psychischer Störung haben, wesentlich weniger das Vorurteil reproduzieren, dass schizophrebiebetroffene Menschen gefährlich seien (Aydin & Fritsch, 2015, S. 253). Zweitens verfolgen Entstigmatisierungskampagnen das Ziel, durch Aufklärung das Wissen der Bevölkerung bezüglich psychischer Störungen zu verbessern (ebd.). Es geht also darum auf die Behandelbarkeit psychischer Störungen, die verschiedenen fachlichen Hilfen sowie den Recoveryansatz aufmerksam zu machen. Es soll hervorgehoben werden, dass die Psyche wie der Körper gepflegt werden kann. Der salutogenetische Ansatz sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz sind dabei ebenfalls zentral (Martino et al., 2012, S. 21). Zu guter Letzt

ist es umso effektiver, wenn Entstigmatisierungskampagnen immer wieder durchgeführt werden und nicht nur ein einmaliges Ereignis darstellen (Löw, 2020, 33:30–33:45).

Umfeldbezogene Interventionen können auch bei der Kompetenzerweiterung von Multiplikator*innen, also unter anderem bei Fachpersonen Sozialer Arbeit, ansetzen (BAG, 2022, S. 13). Fachpersonen fehlen beispielsweise oft die Werkzeuge, um Selbststigmatisierungsbetroffene bezüglich der persönlichen Schamreduktion zu helfen (Pany, 2020, 09:00–09:13).

Weiter können Schulungen oder Kurse zu verschiedenen Themen dazu führen, dass Stigmatisierungsprozessen entgegengewirkt werden kann. So empfiehlt die «Kommission zur Beendigung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Bereich der psychischen Gesundheit», dass Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich ihre Mitarbeitenden dazu verpflichten sollen, an Schulungen zu den Rechten und Bedürfnissen von Menschen mit psychischer Störung teilzunehmen (Bühning, 2022, S. 481). Zudem besteht in der Schweiz die Möglichkeit, erste Hilfe Kurse bezüglich der psychischen Gesundheit zu besuchen. In mehr- oder halbtägigen Kursen erhalten Ersthelfer*innen ein Grundverständnis für verschiedene psychische Störungen und Krisensituationen. Neben theoretischem Wissen werden praktische Fähigkeiten durch interaktive Übungen und Rollenspiele vermittelt. Die erlernten Fähigkeiten ermöglichen es den Teilnehmenden, einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen zu leisten (ensa - Erste Hilfe für psychische Gesundheit, o. J.). Aufgabe der Sozialen Arbeit kann sein, zur Bekanntmachung dieser Kurse beizutragen. Einerseits, um so Kenntnisse bezüglich psychischer Störungen in der breiten Bevölkerung zu verbessern und andererseits durch das grössere Verständnis der öffentlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Aus der Recoverybewegung entstand unter anderem der Miteinbezug von Peers in das Hilfesystem (Dammann, 2014, S. 1157). Dabei handelt es sich um Personen, welche selbst Erfahrungen mit psychischen Störungen gesammelt haben. Diese können durch das Teilen eigener Stigmatisierungserfahrungen anderen Betroffenen helfen, ihre Selbststigmatisierung zu überwinden (Pany, 2020, 56:00–56:20). Professionelle Sozialer Arbeit sollten sich demzufolge dafür einsetzen, dass zukünftig noch mehr Betroffene von den Erfahrungen der Peers profitieren können.

Der Berufskodex Sozialer Arbeit schreibt vor, dass sich Fachpersonen vernetzen. Diese entstandenen Netzwerke wiederum sollen sich für gesellschaftliche Verbesserungen einsetzen

(AvenirSocial, 2010, S. 14). Auch in der Umsetzung des F+F-Ansatzes kommt der Kooperation der verschiedenen Akteur*innen, seien es Betroffene, Angehörige oder Fachpersonen, grosse Wichtigkeit zu. Um die Kooperation gelingend zu gestalten, bedarf es einer koordinierten Vernetzung der verschiedenen Parteien (BAG, 2022, S. 10). Die Soziale Arbeit ist aufgrund ihrer Schnittstellenfunktion prädestiniert dafür, die entsprechende Vernetzung zielführend umzusetzen.

5.3.2 AUF DER INDIVIDUELLEN EBENE

Frühinterventionen auf der individuellen Ebene verfolgen das Ziel, Ressourcen zu aktivieren sowie Risiken zu reduzieren (AvenirSocial et al., 2016, S. 1). Im Kapitel 2.6 wurde deutlich, dass öffentliche Stigmatisierung nicht zwangsläufig zur Selbststigmatisierung führt. Am Beispiel der Zeugen Jehovas konnte zudem aufgezeigt werden, dass die Stigmatisierung von aussen ohne die Selbststigmatisierung praktisch wirkungslos bleibt. Diese werden gesellschaftlich stigmatisiert, indem sie abwertende Blicke auf sich ziehen, wenn sie Zeitschriften verteilen. Da ihr Selbstbild aber nicht mit jenem der Gesellschaft übereinstimmt, kann die Stigmatisierung von aussen nicht «andocken». Es lohnt sich also, beim Individuum selbst anzusetzen und sich so von der



Abbildung 16, Handlungsfähigkeit in Anlehnung an Lothar Böhnisch (Böhnisch, 2019, S. 20)

öffentlichen Stigmatisierung loszulösen. Diesbezüglich kann der Begriff der Handlungsfähigkeit nach Böhnisch herangezogen werden. Wie in der Abbildung 16 ersichtlich wird, ist ein Individuum handlungsfähig, wenn es sich in seinem Selbstwert gestärkt sowie selbstwirksam und sozial anerkannt fühlt.

Nachfolgende Frühintervention zielen darauf ab, den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit sowie soziale Anerkennung der Selbststigmatisierungsbetroffenen zu verbessern. Eng damit verknüpft ist auch das Konzept des «Empowerments», was auf Deutsch «Ermächtigung» bedeutet. Dieses ist gewissermassen mit dem Recoveryansatz verwandt (Dammann, 2014, S. 1157).

Es gehört zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit Adressat*innen, über die Ursachen und strukturellen Probleme aufzuklären, welche zu ihrem sozialen Ausschluss geführt haben. Es dient dazu, das Bedürfnis nach Orientierung zu stillen. Welche gesellschaftlichen Funktionen

Stigmatisierung übernimmt, wird später in diesem Kapitel nochmals aufgezeigt. Ausserdem sollen Adressat*innen dazu motiviert werden, ihre Rechte einzufordern, um so Einfluss auf ihre Lebensbedingungen nehmen zu können (AvenirSocial, 2010, S. 12).

Die Aufklärungsarbeit über Entstehung und Behandelbarkeit psychischer Störung kann dazu beitragen, Menschen zum aktiven Handeln zu befähigen. Dafür kann auch der Begriff der Psychoedukation verwendet werden. Es geht also beispielsweise darum, sich von der gesellschaftlichen Einstellung zu befreien, dass psychische Störungen eine rein medizinische Angelegenheit darstellen. Die sozialen sowie kulturellen Aspekte müssen dabei mehr Gewicht erhalten (Pauge et al., 2018, S. 234). Medizinische Betrachtungsweisen werden häufig als absolut vermittelt. Soziologische hingegen setzen die psychische Störung vielmehr in Relation zur Umwelt. Dadurch entsteht die Chance, mit falschen Vorstellungen aufzuräumen sowie neue Handlungsspielräume zu erschliessen (Pauge et al., 2018, S. 231). Pany (2019) merkt an, dass psychische Belastungen zum Menschsein dazugehören. Gemäss ihrem Verständnis sind solche Belastungen eine natürliche Reaktion auf ungünstige Lebensumstände (16:07–17:03). Selbststigmatisierung, und die damit verbundene Scham, kann reduziert werden, wenn Menschen mit psychischer Störung bewusst wird, dass der Ausbruch der Störung nicht ihre Schuld ist (Aydin & Fritsch, 2015, S. 253). Ausserdem gilt es aufzuzeigen, dass Genesung bezüglich psychischer Störungen nicht von heute auf morgen geschieht. Vielmehr handelt es sich hierbei um längere Prozesse. Dieses Wissen ist bei vielen Menschen kaum vorhanden, da das Heilungsverständnis bezüglich körperlicher Beschwerden vorherrschend ist. So nach dem Motto: Schmerzmittel einwerfen, Problem gelöst (Pany, 2019, 12:55–14:30). Den Betroffenen soll also transparent gemacht werden, wie so ein Genesungsprozess aussehen kann, um Enttäuschungen präventiv entgegenzuwirken. Über das psychische Wohlbefinden zu sprechen, stellt ein wichtiges Werkzeug dar, um Selbststigmatisierung zu reduzieren (Löw, 2020, 33:15–33:32). Ein erster Schritt kann auch sein, dass dies zuerst innerhalb einer Selbsthilfegruppe geschieht. Denn dort fällt es Betroffenen häufig leichter, sich zu öffnen und dadurch soziale Anerkennung zu erlangen (Pany, 2019, 28:35–28:50).

Zudem gilt es (Selbst-)Stigmatisierung und Scham im Klient*innenkontakt zu thematisieren. Damit kann gemeint sein, dass die Funktionen der Stigmatisierung angesprochen werden. Diese Funktionen wurden im Kapitel 2.5 behandelt. Stigmatisierung kann demzufolge Orientierung geben und hat somit einen stark strukturierenden Effekt, welcher Sicherheit vermitteln kann. Es ist anzunehmen, dass dieses Wissen dazu beitragen kann, Stigmatisierungsprozesse besser einzuordnen. Wie im Kapitel 3.3 aufgezeigt werden konnte, ist die Selbststigmatisierung eng mit dem Gefühl der Scham verknüpft. Die Funktionen der Scham zu besprechen, kann somit Teil des

«Entselbststigmatisierungsprozesses» sein. Wie im Kapitel 3.3 beschrieben, ist Scham grundsätzlich ein funktionales soziales Gefühl, welches das Ziel verfolgt, Menschen in einer Gruppe zu halten. Gleichzeitig wirkt Scham lähmend und erschwert es Menschen, über wichtige Dinge zu sprechen. Gemäss Knuf ist die Scham dann am erfolgreichsten, wenn sie gar nicht erst als solche erkannt wird. Beispielsweise gibt es Personen, die aufgrund von Minderwertigkeitskomplexen dazu neigen, sich zu überarbeiten. Um sich so dem «Ich-bin-nicht-gut-genug-Gefühl» zu entziehen. Kommt es nun aufgrund dessen zu einem Burn-out, ist es wichtig zu erkennen, dass nicht das «Zu-viel-Arbeiten», sondern die Scham das Grundproblem darstellt. Es gilt also bei dieser anzusetzen (Pany, 2020, 59:25–01:00:27). Bezüglich der Abbildung 16 kann somit der Fokus auf die Erhöhung des Selbstwerts gelegt werden. Das Gefühl der Wut kommt oft zum Vorschein, wenn Menschen beschämt sind und deshalb in die Attacke gehen. Die Wut ist also mehr Folge als Ursache, weshalb in erster Linie die Scham bearbeitet werden sollte (Pany, 2020, 01:04:44–01:05:44). Gemäss Knuf sollten die Themen Scham und Selbststigmatisierung aufgrund ihrer Wichtigkeit innerhalb psychoedukativer Gruppen aufgegriffen werden (Pany, 2020, 56:50–57:00). In professionellen Settings ist es wichtig, das Thema Scham aktiv aufzugreifen. Ansonsten wird gewissermassen das Gefühl vermittelt, dass an diesem Ort nicht über Scham gesprochen werden sollte (Pany, 2020, 57:25–57:50). Um sich ans Kommunizieren der Scham heranzutasten, könnte zu Beginn auch von etwas erzählt werden, dass nur ein «bisschen» peinlich ist. So können erste Erfahrungen gemacht werden, wie sich das Sprechen darüber anfühlt (Pany, 2020, 01:08:20–01:08:30). Es gibt auch noch weitere Möglichkeit, um Adressat*innen dazu zu motivieren, sich mit ihrer eigenen Scham auseinanderzusetzen. Beispielsweise können schambehaftete Themen in ein Tagebuch geschrieben werden (Pany, 2020, 01:07:00–01:07:14). Professionelle können auch eine Art «Brücke bauen», damit es dem Gegenüber leichter fällt, über das Thema Scham zu sprechen. Die einfachste Art und Weise eine solche Brücke zu bauen, besteht darin, dass Professionelle von eigenen schambehafteten Themen erzählen. Sollte dies dem eigenen Professionsverständnis im Weg stehen, können auch Beispiele anderer Personen herangezogen werden (Pany, 2020, 12:28–13:40). Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass «natürliche» menschliche Beziehungen auf Gegenseitigkeit beruhen. Die eine Person gibt etwas von sich preis, anschliessend tut die andere Person dasselbe. In professionellen Settings ist dieser Mechanismus häufig ausser Kraft gesetzt, da in der Regel die eine Person viel von sich erzählt und die andere Person nichts. Dieser Umstand führt dazu, dass das Verhalten der Professionellen paradoxerweise ein Hindernis für Genesungsprozesse der Betroffenen darstellen kann (Pany, 2020, 16:10–17:16). Gelingt es Menschen mit psychischer Störung, sich nicht zu schämen oder verurteilen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie kaum Ablehnung

erfahren. Gemäss Knuf zeigt sich dies beispielsweise darin, dass Menschen mit psychischer Störung auch eine Jobzusage erhalten, wenn sie offen und selbstbewusst mit ihrer psychischen Störung umgehen (Pany, 2020, 54:20–55:24). An diesem Beispiel ist zu sehen, wie wichtig ein ausgeprägter Selbstwert ist.

Dass selbststigmatisierende Verhaltensweisen verschiedene Nachteile fürs Individuum mit sich bringen, wurde im Kapitel 3.3 genauer erläutert. Beispielsweise sind depressive Symptome oder sozialer Rückzug gemeint. Zudem kann Selbststigmatisierung dazu führen, dass Recoveryprozesse verhindert werden. Da Selbststigmatisierung erhebliche Nachteile nach sich ziehen kann, sollten sich selbststigmatisierende Adressat*innen über diese aufgeklärt werden, wodurch idealerweise eine Verhaltensänderung angeregt werden kann. Frühinterventionen beabsichtigen, Personen mit problematischen Verhaltensweisen frühzeitig anzusprechen, sie auf gesundheitsschädigende Folgen aufmerksam zu machen und sie für Veränderungen zu motivieren. Frühinterventionen orientieren sich am Konzept der motivierenden Gesprächsführung (BAG, 2022, S. 22). Dieses wurde bereits im Kapitel «5.1 Früherkennung» eingeführt sowie der erste Schritt «Beziehungsaufbau», welcher auch für gelingende Frühinterventionen von Relevanz ist, genauer beschrieben. Die verschiedenen Schritte sind der Abbildung 17 zu entnehmen.

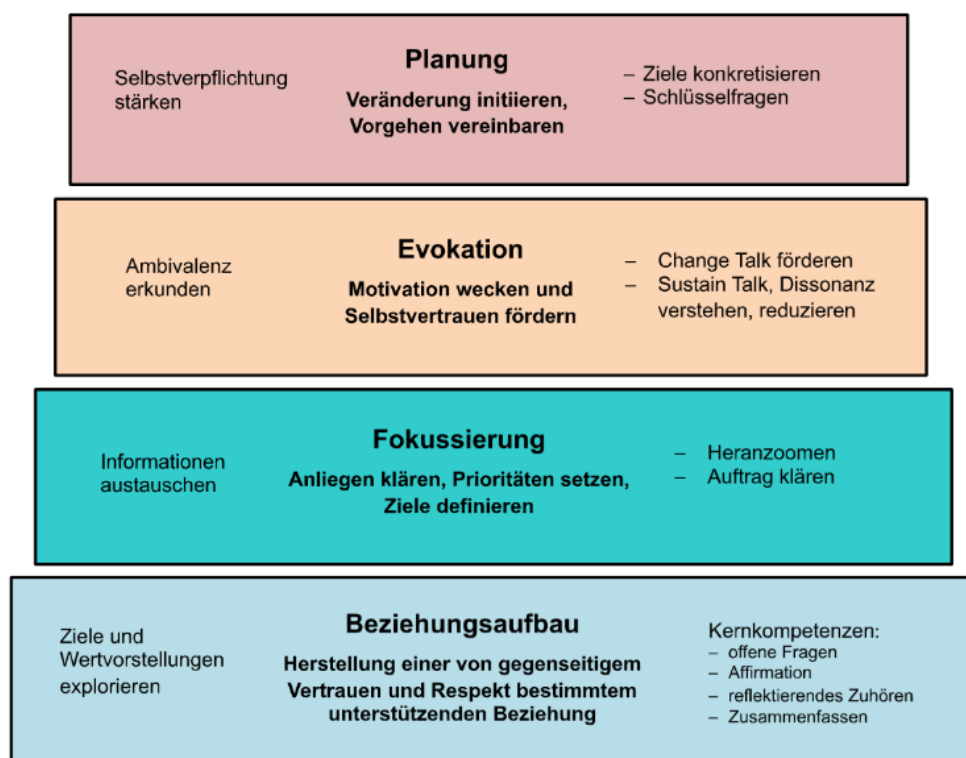


Abbildung 17, Motivational Interviewing, angelehnt an Miller und Rollnick (2015, S. 44)

Bei der Fokussierung wird darauf geachtet, in welche Richtung eine Veränderung gewünscht ist, es werden somit erste Ziele definiert (Miller & Rollnick, 2015, S. 56). Dem dritten Schritt der Evokation kommt in der motivierenden Gesprächsführung eine besondere Bedeutung zu. Die Evokation, damit ist das Hervorrufen der Selbstmotivation der Klient*innen zur Veränderung gemeint, bildet den Kern der motivierenden Gesprächsführung. Denn individuelle Veränderung erfordert die aktive Beteiligung der Betroffenen. Im Schritt der Evokation geht es konkret darum, dass die Adressat*innen die Argumente für eine Veränderung selbst formulieren (Miller & Rollnick, 2015, S. 46). Beim letzten Schritt der Planung steht das Entwickeln eines konkreten Handlungsplans im Vordergrund (Miller & Rollnick, 2015, S. 56). Generell lässt sich festhalten, dass solche Vorhaben Zeit und Geduld erfordern. Denn Adressat*innen haben vielleicht selten Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht und müssen sich deshalb zuerst daran gewöhnen, dass ihr Mitwirken gewollt und wirkungsvoll sein kann (Ader & Schrapper, 2022b, S. 47).

Zu guter Letzt ist die Vermittlung von Hoffnung hervorzuheben. Der Fokus von Fachpersonen soll demzufolge auf den Genesungschancen liegen, um so Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln (Löw, 2020, 54:35–54:53).

5.4 Evaluation

Die Soziale Arbeit sieht sich immer wieder mit der Aufgabe konfrontiert, das eigene Handeln gegenüber der Öffentlichkeit zu legitimieren. Deshalb und auch um sozial-arbeitswissenschaftliches Wissen zu generieren, müssen Interventionen evaluiert werden. Nach der Intervention gemäss F+F muss überprüft werden, ob und inwiefern eine Verbesserung der Situation stattgefunden hat. Dabei wird die Situation vom Individuum und dessen Umfeld überprüft (Fachverband Sucht, 2022, S. 41). Die Evaluation ist ein wichtiges Instrument zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, von welcher in erster Linie die Betroffenen profitieren. Der Berufskodex zieht in Art. 13 Abs. 3 die Fachpersonen Sozialer Arbeit in die Verantwortung, indem er von ihnen verlangt, dass eine stetige Qualitätsverbesserung angestrebt wird (AvenirSocial, 2010, S. 14). Das setzt voraus, dass sich die beteiligten Fachpersonen während der Umsetzung des F+F-Ansatzes mit ihrem Handeln auseinandersetzen.

Beim Schritt der Evaluation wird geschaut, was die Frühinterventionen bewirkt haben. Nur so kann entschieden werden, wie der weitere Prozess bezüglich F+F aussieht. Je nachdem konnten Frühinterventionen bereits abgeschlossen werden. Es kann aber auch sein, dass diese weitergeführt werden oder die Situation neu eingeschätzt werden muss (Fachverband Sucht, 2022, S. 41). Bezüglich der Wirkung wird geschaut, ob bei der Zielgruppe kurz- und mittelfristige

Veränderungen hinsichtlich des Wissens, der Einstellung oder dem Verhalten stattgefunden haben. Ausserdem wird geschaut, ob eine Veränderung der Verhältnisse feststellbar ist (Fässler & Studer, 2019, S. 1).

Die Verantwortung der Evaluation kann bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit oder bei externen Fachleuten liegen. Daher ist es wichtig, diesen Schritt bei der F+F frühzeitig zu planen (Fässler & Studer, 2019, S. 17). Denn auch dieser Schritt ist mit einem Mehraufwand von Geld und Zeit verbunden. Der Zweck der Evaluation muss somit bereits bei der Planung dargelegt werden. Daraus kann erschlossen werden, welche Outputs die gewünschte Wirkung erzielen und welche zukünftig weggelassen werden können (ebd.).

Bezüglich der Evaluation sind die Dokumentation und die Gesprächsführung mit den Betroffenen sowie den Bezugspersonen von grosser Bedeutung. Um den Input zu bestimmen, muss ersichtlich sein, welche Ressourcen in die F+F investiert wurden (Fässler & Studer, 2019, S. 33). Auf den Output bezogen, müssen alle erbrachten Leistungen festgehalten werden. Damit sind beispielsweise Gespräche mit Betroffenen, Bezugspersonen oder anderen Institutionen sowie die Abgabe von Broschüren gemeint. Für die Messung des Outcomes ist die kurz- und mittelfristige Wirkung bei der Zielgruppe von Bedeutung. Das Outcome kann mitunter durch Gespräche mit Betroffenen und dem involvierten Netzwerk erarbeitet werden. Bezüglich der Wirkungsmessung ist auch der Impact ein wichtiger Faktor. Denn dieser bestimmt die längerfristige Wirkung auf gesellschaftlicher Ebene (ebd.). Auch bei der Evaluation ist es wichtig, dass die Fachpersonen Sozialer Arbeit den Grundsatz der Partizipation durch den Miteinbezug der Betroffenen berücksichtigen.

Das Aufzeigen der Wirkung hat den positiven Effekt, dass sich im besten Falle mehr Institutionen mit der Früherkennung und Frühintervention von Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung befassen. Wenn sich zusätzliche Institutionen damit befassen, können weitere betroffene Personen erreicht werden, wodurch die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Besserstellung von Personen in vulnerablen Situationen geleistet hätte.

5.5 Fazit

Folgende Frage wurde im Kapitel 5 beantwortet:

Welche Handlungsoptionen bieten sich für die Praxis der Sozialen Arbeit?

Da die Soziale Arbeit auch als «Beziehungsprofession» bezeichnet wird, ist dem Beziehungsaspekt bei der Umsetzung des F+F-Ansatzes Rechnung zu tragen. Dabei ist es wichtig, dass möglichst natürliche Beziehungen entstehen und nicht nur eine Rolle gespielt wird. Die Fähigkeit des selbstreflexiven Handelns ist beim Dokumentieren von grosser Bedeutung. Denn es ist wichtig, dass zwischen überprüfbaren Fakten, eigenen und fremden Beobachtungen sowie Interpretationen unterschieden wird. Um Beobachtungen systematisch festzuhalten, sind verschiedene Dokumentationsinstrumente denkbar. So gibt es beispielsweise strukturierte Anamnesebögen oder vorgefertigte Kategoriensysteme. Weiter sind auch solche vorhanden, die so wenig wie möglich durch vorgegebene Kriterien beeinflusst werden.

Die Situationseinschätzung ist zentral, um den Interventionen zielführend umsetzen zu können. Da es schwierig ist, diese Einschätzung allein durchzuführen, sollten verschiedene Personen in diesen Arbeitsschritt involviert werden. Für die Situationseinschätzung bedient sich die Soziale Arbeit idealerweise bei den verschiedenen Instrumenten der sozialen Diagnostik. An diese Stelle können beispielsweise das Transformations-Modell, das bio-psycho-soziale Koordinatensystem oder das Fünf-Säulen-Modell genannt werden. Zusätzlich können Supervisionen oder kollegiale Beratungen dazu dienen, die subjektive Auffassung auszugleichen sowie das eigene Handeln zu legitimieren.

Bei den Frühinterventionen wurde deutlich, dass die Soziale Arbeit eine sozialpolitische Verantwortung in sich trägt. Diese kann beispielsweise zum Tragen kommen, wenn sich Professionelle auf politischem Weg gegen die Verwendung von Begriffen wie «Irre», «Psyche» oder «Klasmühle» einsetzen. Ausserdem können Entstigmatisierungskampagnen dazu dienen, Selbststigmatisierung zu reduzieren. Bezüglich individueller Frühinterventionen lohnt es sich in erster Linie, beim Selbstwert, der Selbstwirksamkeit sowie der sozialen Anerkennung anzusetzen. Das kann beispielsweise durch Aufklärungsarbeit, die Reduktion von Scham oder motivierende Gesprächsführung geschehen. Nicht zu vernachlässigen ist zudem das Vermitteln von Hoffnung.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen ihr eigenes Handeln legitimieren können. Ein passendes Instrument hierfür stellt die Evaluation dar. Anhand dieser kann festgestellt werden,

was investiert wurde, welche Leistungen erbracht wurden und welche Wirkung daraus resultierte. Durch das Aufzeigen der Wirkung können im Idealfall zusätzliche Institutionen gewonnen werden, die sich mit der Früherkennung und Frühintervention von Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischen Störungen befassen.

Das nächste Kapitel befasst sich mit den zentralen Schlussfolgerungen dieser Arbeit. Ausserdem wird ein kurzer Ausblick skizziert.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Im Verlauf der Arbeit wurde ersichtlich, dass Selbststigmatisierung ein Produkt der öffentlichen Stigmatisierung darstellt. Gäbe es keine öffentliche Stigmatisierung, müssten wir uns gar nicht mit dem Thema der Selbststigmatisierung auseinandersetzen. Dass dies nicht ganz so einfach ist, wird durch die verschiedenen Funktionen der Stigmatisierung klar. Denn sie bietet den Individuen Orientierung und somit Sicherheit. Ausserdem hat sie auf gesellschaftlicher Ebene einen stark strukturierenden Effekt. Thematisiert wurde zudem die kulturelle Dimension. Während im Schamanismus schizophreniebetreffene Menschen beispielsweise als spirituell gelten, dominiert in unseren Breitengraden oft die Vorstellung von Gefahr und Unkontrollierbarkeit. Schizophreniebetreffene Menschen sind unter anderem deshalb einem hohen Mass an öffentlicher Stigmatisierung ausgesetzt. Dass Selbststigmatisierung sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene Nachteile mit sich bringt, ist kaum von der Hand zu weisen. An dieser Stelle können das geringere Selbstwertgefühl, gesteigerte Scham oder sozialer Rückzug genannt werden. Auf der gesellschaftlichen Ebene sind es insbesondere die höheren Gesundheitskosten sowie die Annahme, dass Selbststigmatisierung Straffälligkeit begünstigt. Es wurde zudem aufgezeigt, welche Schutzfaktoren, Risikofaktoren sowie Symptome bezüglich der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischer Störung vorhanden sind und wie diese beobachtet werden können. Dem F+F-Ansatz können gewisse Grenzen gesetzt sein. Wenn beispielsweise weder ein politischer noch institutioneller Auftrag vorhanden ist, sind die verfügbaren personellen, zeitlichen und monetären Ressourcen bezüglich der Implementierung in der Regel nicht ausreichend.

Im Kapitel 5 konnten verschiedene Handlungsoptionen dargelegt werden. Um entsprechende Frühinterventionen zu lancieren, müssen zunächst die Gestaltung der Rahmenbedingungen, die Früherkennung sowie die Situationseinschätzung durchgeführt werden. Ist das passiert, können die verschiedenen Frühinterventionen auf der Ebene des Umfelds sowie der individuellen Ebene durchgeführt werden. Da die Soziale Arbeit einen sozialpolitischen Auftrag verfolgt, sind verhältnisverändernde Interventionen gewissermassen als Pflicht zu verstehen. Auf der Ebene des Umfelds kann zudem bei Entstigmatisierungskampagnen angesetzt werden. Glücklicherweise muss nicht gewartet werden, bis die Gesellschaft aufhört zu stigmatisieren. Denn es konnte aufgezeigt werden, dass die Stigmatisierung von aussen ohne die Selbststigmatisierung ihre Wirkung verliert. Bezüglich individueller Frühinterventionen sind der Selbstwert, die Selbstwirksamkeit sowie sozialen Anerkennung zentrale Elemente. Grundlegend ist zudem das Vermitteln von Hoffnung. Es kann schlussgefolgert werden, dass Fachpersonen

der Sozialen Arbeit auf verschiedenen Wegen der Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung entgegenwirken können.

Da die Selbststigmatisierung stark von kulturellen und subkulturellen Normvorstellungen geprägt ist, wäre für eine weitere Arbeit spannend zu sehen, wie in verschiedenen Subkulturen mit psychischen Störungen umgegangen wird. Ein Fokus diesbezüglich könnte auf den verschiedenen Normen der Subkulturen liegen und wie sich diese auf die Selbststigmatisierung auswirken. In zahlreichen Quellen wurden die geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich der Selbststigmatisierung thematisiert. Diese wurden in dieser Arbeit nicht weiter vertieft, könnten aber Inhalt einer künftigen Bachelorarbeit sein.

7 QUELLENVERZEICHNIS

- Ader, S., & Schrapper, C. (Hrsg.). (2022a). Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik: Entwicklungslinien und fachliche Diskurse. In *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe* (2., aktualisierte Auflage, S. 275–298). Ernst Reinhardt Verlag.
- Ader, S., & Schrapper, C. (Hrsg.). (2022b). „Handwerkszeug und Haltung“—Fachliche Hintergründe und methodische Zugänge zur Fallarbeit. In *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe* (2., aktualisierte Auflage, S. 41–97). Ernst Reinhardt Verlag.
- Ader, S., & Schrapper, C. (Hrsg.). (2022d). „Wie“ und „was“? - Erkenntnistheoretische und gegenstandsbezogene Fragen von Fallverstehen und sozialpädagogischer Diagnostik. In *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe* (2., aktualisierte Auflage, S. 23–40). Ernst Reinhardt Verlag.
- Ader, S., & Schrapper, C. (Hrsg.). (2022c). Zentrale Handlungskompetenzen für Verstehen und Beurteilen in der Sozialen Arbeit. In *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe* (2., aktualisierte Auflage, S. 231–274). Ernst Reinhardt Verlag.
- Adli, M., & Schöndorf, J. (2020). Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986.
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>
- Amnesty International. (o. J.). *Was ist Diskriminierung?* Amnesty International Schweiz.
<https://www.amnesty.ch/de/themen/diskriminierung/zahlen-fakten-und-hintergruende/was-ist-diskriminierung>
- ÄrzteZeitung. (2024, März 12). *Umfrage: Viele lassen psychische Erkrankung unbehandelt.*
<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Viele-lassen-psychische-Erkrankung-unbehandelt-447905.html>

- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre]. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web_SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- AvenirSocial. (2014). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*. <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf>
- AvenirSocial, Fachverband Sucht, GREA, Infodrog, Radix, Sucht Schweiz, SSAM, Ticino Addiction, BAG, KKBS, SKBS, & VBGF. (2016). *Charta Früherkennung und Frühintervention* [Charta]. https://www.radix.ch/media/e4rexhj4/charta_frueherkennung_und_fruehintervention_2016.pdf
- Aydin, N., & Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0024-9>
- Bauer, M., Maier, W., Schneider, F., & Kapfhammer, H.-P. (2014). Das neue DSM-5-Klassifikationssystem: Wesentliche Neuerungen in der psychiatrischen Klassifikation. *Der Nervenarzt*, 85(5), 531–532. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3983-5>
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2020). Depressive Störungen: Major Depressionen und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie). In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1027–1072). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Biberstein, L., Brunner, R., Cavelti, L., Habermeyer, E., Kauf, C., Schmid, W., Schmidt, C., Treuthardt, D., Werner, A., & Winet, R. (2022). *Gefährdung durch psychisch auffällige Personen – Fachtagung Bedrohungsmanagement – Tagungsband 2021* (Europa Institut an der Universität Zürich, C. Schwarzenegger, & R. Brunner, Hrsg.; 1. Aufl.). buch & netz. <https://doi.org/10.36862/eiz-519>
- Blümel, S., Lehmann, F., & Hartung, S. (2024). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0>

- Böhnisch, L. (2019). *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.
- Brandes, S., & Stark, W. (2021). *Empowerment/Befähigung*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I010-2.0>
- Bühring, P. (2022). Stigmatisierung psychischer Erkrankungen: Die „zweite Krankheit“. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 481.
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Früherkennung und Frühintervention: Harmonisierte Definition*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/f-f/f-f-harmonisierte-definition.pdf.download.pdf/F-F%20Harmonisierte%20Def_D_VF.pdf
- Bundesamt für Gesundheit. (2023a). *Psychische Erkrankungen und Gesundheit*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023b, Februar 22). *Früherkennung und Frühintervention (F+F)*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/frueherkennung-fruehintervention.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023c, November 30). *Gesundheitskompetenz*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html>
- Bundesamt für Statistik. (o. J.). *Medizinische Kodierung und Klassifikationen*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk.html>
- Bundesamt für Statistik. (2023, November 21). *Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI), Prämienentwicklung und geschätzter Einfluss auf verfügbare Einkommen*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/preise/krankenversicherungspraemien.assetdetail.29645217.html>

- Buntrock, M., & Peinemann, K. (Hrsg.). (2023). *Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-39707-4>
- Burton, N. (2011). Schizophrenie – der Preis des Menschseins. In *Der Sinn des Wahnsinns: Psychische Störungen verstehen* (S. 43–85). Spektrum Akademischer Verlag.
https://doi.org/10.1007/978-3-8274-2774-8_2
- Christen, U. (2016). Eine kulturhistorische Sicht. *SozialAktuell, Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 12, 14–15.
- Dammann, G. (2014). Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. *Der Nervenarzt*, 85(9), 1156–1165. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4007-9>
- de Assis, J. C., Villares, C. C., & Bressan, R. A. (2023). *Zwischen Vernunft und Illusion: Entmystifizierung der Schizophrenie*. Springer Nature Switzerland.
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-44565-1>
- De Col, C., Seewald, G., & Meise, U. (2004). Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-18823-7_67
- Diebold, M. (2022). Chronische, nichtübertragbare Krankheiten in der Schweiz – Krankheitslast, volkswirtschaftliche Kosten und Risikofaktoren. In T. Mattig & Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz: Mit mehrsprachigen Beiträgen* (1. Auflage, S. 35–56). Hogrefe.
- Duden. (o. J.a). Abgerufen 28. März 2024, von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Pathologie>
- Duden. (o. J.b). Abgerufen 12. April 2024, von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Transsexualitaet>
- ensa - Erste Hilfe für psychische Gesundheit. (o. J.). *Kompetent handeln bei psychischen Problemen*. <https://www.ensa.swiss/de/erstthelfer/>

- Erzieherkanal (Regisseur). (2023, September). *SALUTOGENESE MODELL nach Aaron Antonovsky einfach erklärt—Kohärenzgefühl und Co [Video]*. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=2W3IKHqHUDQ>
- Fachverband Sucht. (2022). *Hinschauen, einschätzen und begleiten Früherkennung und Frühintervention (F+F): Ein Handbuch für Bezugspersonen*.
- Fässler, S., & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. Arbeitspapier 46. Gesundheitsförderung Schweiz. (Hrsg.).
- Flammer, A. (2009). Die ökologische Entwicklungstheorie von Urie Bronfenbrenner. In *Entwicklungstheorien: Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 245–260). Hans Huber.
- Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G., Kreiner, B., & Jobst, A. (2014). Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches verstehen“. *Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 134–152.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (o. J.). *Projektförderung* /. Abgerufen 14. April 2024, von <https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung>
- Goffman, E. (1975). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (F. Haug, Übers.). Suhrkamp.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 9–21.
- Haefeli, R. (Produzent). (2022, 23. November). *Exorzismus im Zürcher Oberland [Podcast Folge]*. <https://polizeirapport.podigee.io/7-neue-episode>

- Hamm, A. O., & Richter, J. (2020). Spezifische Phobien. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1141–1158). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz–Lebensweltansatz. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0>
- Hohmeier, J. (1975). Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In M. Brusten & J. Hohmeier (Hrsg.), *Stigmatisierung 1, Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen* (S. 5–24). Luchterhand. <https://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html#idm57>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). Glossar. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1320–1342). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- IFSW/IASSW. (2014). *Global Definition of Social Work – International Federation of Social Workers*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- IG Prikop. (o. J.). *Psychotherapie—Wer zahlt? Ein Überblick über die Finanzierungsmöglichkeiten für Psychotherapie in der Schweiz*. https://www.prikop.ch/news-einzelseiten.html?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=327&cHash=cb67696fbc6c8f22d7232e593be4fc5
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Esser, G., & Petermann, F. (2012). *Depression* (1. Auflage). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- In-Albon, T., & Margraf, J. (2020). Panik und Agoraphobie. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1073–1098). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population:

- Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS).
Psychological Medicine, 34(4), 597–611. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>
- Kantonspolizei Zürich. (2019). *Identität und Persönlichkeit: Gesprächsführung anhand des Fünf-Säulen-Modells, Leitfaden für Fachpersonen im Sicherheitsbereich, Sozial- und Schulwesen*. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/sicherheit-justiz/delikte-praevention/dokumente/gewalt-extremismus/radikalisierung-extremismus/2212_spre_identitaet_persoenlichkeit.pdf
- Knappe, S., Herrmann, J., Schlepper, F., & Schmitz, J. (2020). Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 771–812). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Knappe, S., & Wittchen, H.-U. (2020). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 29–56). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Köhler, T. (2020). Psychopharmakologische Grundlagen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 245–281). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 47–55). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85590-000>
- Liel, K. (2019). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen—Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 69–79). Verlag W. Kohlhammer.
- Löw, R. (Produzent). (2020, 14. September). Psyche und Stigma [Podcast Folge]. In FALTER Radio.

madpride. (2023). *Was ist die Mad Pride?* <https://madpride.ch/de/was-ist-mad-pride-2/>

Magistretti, C. M., Eriksson, M., & Lindstrøm, B. (2019). *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert und praktische Anwendung* (1. Auflage). Hogrefe.

Martino, H., Rabenschlag, F., Koch, U., Attinger-Andreoli, Y., Michel, K., Gassmann, J.,

Berger, S., Bowly, M., & Gaby, R. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung:*

Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit.

https://public-health.ch/documents/232/Entstigmatisierung_Arbeitspapier_DEF.pdf

Mattig, A. (2016). Eine psychologische Sicht. *SozialAktuell, Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 12, 10–13.

Menche, N., Asmussen-Clausen, M., & Urban-&-Fischer-Verlag (Hrsg.). (2011). *Pflege heute:*

Lehrbuch für Pflegeberufe (5., vollständig überarb. Aufl). Elsevier, Urban & Fischer.

Mielck. (2010). In D. Strech & G. Marckmann (Hrsg.), *Public Health Ethik*. LIT.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (J. Reuß & C. Trunk, Übers.; 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch). Lambertus.

Mösch Payot, P., & Schwander, M. (Hrsg.). (2021). *Recht für die Soziale Arbeit Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (5th ed). Haupt.

Nagel, T. (2009). *Was bedeutet das alles? Eine ganz kurze Einführung in die Philosophie* (Reprint von Ausgabe 1980). Reclam.

Nauerth, M. (2016). *Verstehen in der Sozialen Arbeit: Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-10075-9>

Open AI. (2024a). ChatGPT April Version 3.5. <https://chat.openai.com>

Open AI. (2024b). ChatGPT März Version 3.5. <https://chat.openai.com>

Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (4., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

- Pany, M. (Produzent). (2019, November 19). *Hoffnung hilft heilen Stigma und Diagnosen—Im Gespräch mit Matthias Pauge [42]*. <https://hoffnunghilftheilen.de/2019/11/19/stigma-und-diagnosen/>
- Pany, M. (Produzent). (2020, Mai 16). *Hoffnung hilft heilen Scham, Selbststigmatisierung & Recovery—Im Gespräch mit Andreas Knuf [54]*. <https://podtail.com/de/podcast/hoffnung-hilft-heilen/scham-selbststigmatisierung-recovery-im-gesprach-m/>
- Pauge, M., Steffen, H., Schulz, M., & Löhr, M. (2018). Zur Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen – Eine Untersuchung des Stigmaerlebens aus der Binnenperspektive. *Pflegewissenschaft*, 20(5/6), 227–236. <https://doi.org/10.3936/1573>
- Rademaker, A. L. (2016). DVSG, gemeinsam für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. *FORUM Sozialarbeit + Gesundheit*, 35–38.
- Rönnau-Böse, M., Fröhlich-Gildhoff, K., Bengel, J., & Lyssenko, L. (2022). Resilienz und Schutzfaktoren. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0>
- SAGES. (2018). Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. *SAGES*. <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-soziale-arbeit-im-gesundheitswesen/>
- Sauerland, M. (2015). *Design your mind – Denkfallen entlarven und überwinden: Mit zielführendem Denken die eigenen Potenziale voll ausschöpfen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-09021-0>
- Schild, B. (2023). *Notstand in der Jugendpsychiatrie: Wie ein Netzwerk Abhilfe schaffen soll*. <https://www.bfh.ch/de/aktuell/storyst/notstand-in-der-jugendpsychi/>
- Schmocker, B. (2015). *Übersicht zur Einführung in die ‚Zürcher Schule‘*. <http://www.freies-institut-tpsa.com/documents/Schmocker%20Einfuehrung%20in%20die%20E2%80%9AZ%C3%BCrcher%20Schule%27%20Kurzversion.pdf>
- Schmocker, B. (2019a). *Plädoyers zur Sozialen Arbeit: Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (R. Portmann & R. Wyrsh, Hrsg.). interact.

- Schmocker, B. (2019b). *Die Begriffe «Bedürfnis» und «soziales Problem»—Und die Soziale Arbeit*. https://www.beat-schmocker.ch/application/files/8315/8695/3427/Begriffe_Beduerfnis_und_soziales_Problem_und_Soziale_Arbeit.pdf
- Schone, R. (2022). Zwischen Diagnose und Prognose—Zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung. In S. Ader & C. Schrappner (Hrsg.), *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe* (2., aktualisierte Auflage, S. 175–183). Ernst Reinhardt Verlag.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz Monitoring 2020*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2023). *Psychische Gesundheit Kennzahlen 2021* (1033–2301; S. 8). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_BULLETIN_2023_01_d.pdf
- Schulz von Thun, F. (2018). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (55. Aufl.). Rowohlt.
- Schweizer Illustrierte*. (2023, Juli 22). Check-up: Warum Männer regelmässig zum Urologen sollten. <https://www.schweizer-illustrierte.ch/body-health/health/warum-manner-regelmassig-zum-check-up-sollten-618220>
- Schweizerischer Gemeindeverband. (2020). *Präventionsprojekte in Gemeinden – aber richtig!* https://www.chgemeinden.ch/wAssets/docs/fachartikel/deutsch/soziales/2020/D_2020-04_SOZ_Praeventionsprojekte-HSLU.pdf
- Siller, G. (2022). *Supervision: Eine grundlegende Einführung* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- SKOS. (2017, Oktober 18). *Höhere Franchisen belasten Sozialhilfe*. <https://skos.ch/medien/medienmitteilungen/artikel/hoehere-franchisen-belasten-sozialhilfe>

- Solèr, M., & Süssstrunk, S. (2019). Integrative Suchthilfe als Antwort auf biopsychosoziale Probleme. *SuchtMagazin*, 45(3), 21. <https://doi.org/10.5169/seals-865660>
- Sommerfeld, P. (2019). Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *Sucht Magazin, Arbeit am Sozialen*, 3, 4–12.
- Sperlich, S., & Franzkowiak, P. (2022). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0>
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. Aufl.). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838547930>
- Stieglitz, R.-D., & Hiller, W. (2013). Definition und Erfassung psychischer Störungen: Bestandsaufnahme. *Psychotherapeut*, 58(3), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0978-4>
- Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (4. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-035929-1>
- Tanski, J. S. (2023). *Compliance-Management*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40682-0>
- Thiersch, H., Grunwald, K., & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 175–196). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_7
- Universität Zürich. (2023, November 28). *Fachkräftemangel-Index Schweiz*. <https://www.stellenmarktmonitor.uzh.ch/de/indices/fachkraeftemangel.html>
- Universitätsspital Zürich. (o. J.). *Mammographie*. <https://www.usz.ch/krankheit/mammografie/>
- Utschakowski, J. (2022). Recoveryorientierung und Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen. In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther, & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (1. Aufl., S. 381–401). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838558479>

- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311–316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- von Foerster, H. (1981). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit* (S. 39–60). Piper.
- von Kardorff, E. (2011). Systematische Diskriminierung: Zur Situation psychisch kranker Menschen. *Sozial Extra*, 35(11/12), 39–42. <https://doi.org/10.1007/s12054-011-0412-5>
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen* (3., unveränderte Auflage).
- W. Corrigan, P., Bink B., A., Schmidt, A., Jones, N., & Rüschi, N. (2015). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/DOI: 10.3109/09638237.2015.1021902>
- Walter-Klose, C. (2022). Körper – Psyche – Umwelt. Bio-psycho-soziale Determinanten körperlicher Gesundheit und ihre Bedeutung für Inklusion und Teilhabe. *Gemeinsam leben*, 3 (161–169).
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2017). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (13. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85745-000>
- Weber, E., & Kunz, D. (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit: Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Weltgesundheitsorganisation. (o. J.). *Mental health*. Abgerufen 20. Februar 2024, von <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
- Weltgesundheitsorganisation. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

Widulle, W. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

<https://doi.org/10.1007/978-3-531-19118-8>

Wie geht's dir? (o. J.). *Ich suche Unterstützung*. <https://www.wie-gehts-dir.ch/adressen-und-angebote/ich-suche-unterstuetzung>

Wittchen, H.-U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 3–28). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1

ANHANG

A, Leitfaden zum Gespräch mit schizophreniebetreffender Person

1. Ist es mehr die Angst davor, möglicherweise stigmatisiert zu werden? Oder wurdest du tatsächlich schon stigmatisiert?
2. Wo wird öffentliche Stigmatisierung erlebt?
3. Wie gehst du mit der erlebten öffentlichen Stigmatisierung um?
4. Hast du schon Diskriminierung erlebt?
5. Wie wurde reagiert, wenn du von deiner Diagnose erzählt hast? (Im nahen Umfeld, auf der Arbeit etc.)
6. Welche Reaktion erwünschst du dir, wenn du Mitmenschen von deiner Diagnose erzählst?
7. Was für Strategien helfen dir, um mit öffentlicher Stigmatisierung umzugehen?
8. Erlebst du Selbststigmatisierung? Wenn ja, was glaubst du, weshalb das so ist?
9. Falls du Selbststigmatisierung bereits erlebt hast: Welche Vorurteile hast du eher übernommen, die vom nahen Umfeld oder die, welche bspw. die Medien teilen? (Falls sich das überhaupt unterscheiden lässt?)
10. Falls du selbststigmatisierendes Verhalten erlebt hast, wie zeigte sich das? (bspw. durch Scham / durch Stress in Interaktionen -> die andere Person darf nichts erfahren / nicht über deine Schwierigkeiten sprechen / auf Therapie verzichten)
11. Falls keine (oder wenig) Selbststigmatisierung stattgefunden hat, wie hast du das erreicht?

B, Verwendung KI-gestützter Tools

S. 2, Teilen 6–8	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (29.04.2024)	Prompt: «Umformulieren: Im 13. Jahrhundert gab es noch keine diagnostizierten psychischen Störungen. Trotzdem erliessen Päpste ab dieser Zeit die Verfolgung von, aus heutiger Sicht, Menschen mit psychischer Störung.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 7, Zeilen 1–14	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (29.04.2024)	Prompt: «Aus folgendem Teil an fließenden Text formulieren: Es wird keine Recherche zu Therapie- oder Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischer Störung durchgeführt oder darauf eingegangen. Die Verantwortung für die Behandlung und Therapie psychischer Störungen liegt unter anderem bei Psychiater*innen und Psycholog*innen. Der Ansatz der Früherkennung und Frühintervention wird explizit auf die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischer Störung angewendet, nicht bei weiteren nicht übertragbaren gesundheitlichen Phänomenen. Kulturelle und gesellschaftliche Normen beeinflussen die Stigmatisierung. In dieser Bachelorarbeit werden die Stigmen mit den gesellschaftlichen Normen der Schweiz in Verbindung gebracht. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Werte und Normen durch den gesellschaftlichen Wandel laufend ändern können und sich somit auch Stigmata wandeln. Der Fokus der Arbeit liegt auf dem gesamten Spektrum psychischer Störungen. In Literaturen und Podcasts von renommierten Fachpersonen werden immer wieder geschlechterspezifische Unterscheidungen bezüglich der Selbststigmatisierung und dem Aufsuchen / Nichtaufsuchen professioneller Hilfe gemacht. In dieser Arbeit wird nicht explizit auf diese Unterscheidung eingegangen.»

		Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 12, Zeilen 23–30	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (07.03.2024)	Prompt: «Schreib folgenden Text um: Im zweiten Schritt kommt die negative Zuschreibung. De Col et al. nennt es negativer Stereotyp. Den Betroffenen werden negative Vorurteile zugeschrieben (ebd.). Beim Beispiel der Depression sind es Vorurteile wie willensschwach, schlecht gelaunt oder faul sein (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247-248). Diese negativen Vorurteile kommen nicht nur von einer Person, sondern werden zum grossen Teil von der allgemeinen Bevölkerung so geteilt.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 13, Zeilen 1–5	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (07.03.2024)	Prompt: «Manifestieren sich vorurteilsbehaftete Einstellungen nun im Verhalten, beispielsweise, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung tatsächlich ungleich behandelt werden, spricht man von Diskriminierung. Diskriminierung von stigmatisierten Personengruppen ist in vielen Lebensbereichen anzutreffen, wie z. B. im Arbeitsleben, bei der Wohnungssuche, im Schul- oder im Gesundheitsversorgungssystem.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 13, Zeilen 28–30	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (07.03.2024)	Prompt: «Wenn die Vorurteile der Faulheit die eigene Einstellung gegenüber Depressiven beeinflusst, wird im Kontakt nicht individuell unterschieden. Das Verhalten wird sich daran orientieren, dass die depressive Person vielleicht nichts ausser Haus oder Körperliches machen muss, weil die Faulheit im Umgang vorherrschend ist.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 15, Zeilen 27–30	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (08.03.2024)	Prompt: «Formuliere folgendes um: Daraus können gesellschaftliche Normvorstellungen erschlossen werden. Auch ist die Haltung tendenziell so, dass es mehr um die Sicherheit der Gesellschaft vor Menschen mit psychischer Störung geht als um die Genesung von Menschen die davon Betroffen sind.»;

		Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S, 16, Zeilen 19–20	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (08.03.2024)	Prompt: «Formuliert folgenden Text um: Die Mikroebene bezieht sich auf die individuelle Ebene und schließt alle individuellen Erlebnisse oder tatsächliche beziehungsweise vermeintliche Gefühle wie Entfremdung, gescheiterte Integration, Diskriminierung, Marginalisierung, Demütigung sowie Stigmatisierung und Ablehnung ein.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
S. 17–18, Zeilen 24–1	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (08.03.2024)	Prompt: «Normen fungieren als Strukturbildner in Gesellschaften, indem sie Orientierung für das individuelle Handeln der Mitglieder bieten. Sie präskribieren, wie bestimmte Verhaltensweisen auszuführen sind. Früher waren Normen als "von Gott gewollt" angesehen, doch im Zuge des gesellschaftlichen Wandels wurden sie kollektiv festgelegt. Ihr Zweck besteht darin, die Komplexität zu reduzieren und die Handlungen des Gegenübers vorhersehbar zu machen. Bei Nichteinhaltung oder Nichterfüllung von Normen treten Sanktionen und sozialer Ausschluss auf. Dabei erfolgt eine Unterscheidung zwischen Muss-Normen, die Gesetze entsprechen, bei denen die Sanktionen meist klar definiert sind, und Soll-Normen, die zwar nicht gesetzlich verankert sind, jedoch zu sozialer Stigmatisierung führen können.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 28, Zeilen 1–4	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (14.03.2024)	Prompt: «Abschliessend wird die Prävention in Ausrichtungen zugeordnet, also da, wo die Prävention ansetzt (Verhalten und Verhältnis) (BAG, 2022, S. 16). Diese beiden Präventionsarten werden im Kapitel 3.1.5 genauer aufgezeigt.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 28, Zeilen 6–13	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus	Prompt: «Der Begriff orientiert sich am pathologischen Verständnis (was macht die Menschen krank) und nicht wie bei dem F+F Ansatz an der

	ChatGPT, Version 3.5 (15.03.2024)	Salutogenese (Was hält die Menschen gesund). Bei der Sekundärprävention wird der Fokus auf die Entwicklungsphase eines Problems oder Krankheit, also auf den Zeitpunkt gelegt (Leppin, 2018, S. 48).»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 27, Zeilen 18–21	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (04.04.2024)	Prompt: «Umschreiben: In Bezug auf die Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischen Störungen kann der Zeitpunkt der Intervention zum einen bei Personen sein, welche eine psychische Störung haben, sich aber noch nicht selbst stigmatisieren. Und zum anderen Personen, welche sich bereits selbst stigmatisieren, sich aber im frühen Stadium der Selbststigmatisierung befinden.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 31, Zeilen 9–15	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (15.03.2024)	Prompt: «Bei der Verhältnisprävention richten sich die Interventionen auf eine gesundheitsförderliche Veränderung bei der ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Umwelt von Personen (Leppin, 2018, S. 52). Darunter sind auch Gesetzesänderungen oder andere strukturelle Eingriffe zu verstehen. Als Beispiel kann hier das Tabakwerbeverbot für Jugendliche in der Schweiz genannt werden. Zwischen der Verhaltens- und Verhältnisprävention ist immer eine Wechselwirkung zu verstehen. Sich ändernde Verhältnisse haben einen Einfluss auf das Verhalten und umgekehrt.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 32, Zeilen 1–3	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (21.03.2024)	Prompt: «Formuliert folgendes in einen wissenschaftlichen Text um: Die Ansatz der Früherkennung und Frühintervention geht vom salutogenetischen Modell aus. Die Salutogenese ist ein Modell welches Aaron Antonovsky entwickelte. Es handelt sich dabei um die Frage, «Wie entsteht Gesundheit» (Magistretti et al., 2019 S. 26).

Seite 33, Zeilen 14–17	Paraphrasiert aus ChatGPT, Version 3.5 (28.03.2024)	Prompt: «Umschreiben: Die Verstehbarkeit ist die kognitive Funktion zu wissen, was vor sich geht.; Umschreiben: Die Handhabbarkeit ist die Fähigkeit, Formen der Bewältigung zu finden.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 44, Zeilen 23–28	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (15.04.2024)	Prompt: «Schreib folgenden Textabschnitt um: Eine Person ist umso widerstandsfähiger gegenüber belastenden Situationen, je stärker ausgeprägt die Schutzfaktoren bzw. Ressourcen im Verhältnis zu den Risikofaktoren sind. Eine erfolgversprechende Verhältnisprävention fokussiert auf die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen und verfolgt dazu zwei Strategien: Einerseits sollen Schutzfaktoren gestärkt, andererseits Risikofaktoren reduziert werden. Eine förderliche Umgebung – sei es beispielsweise am Arbeitsplatz, in einem Wohnquartier oder in einem Wohnheim für Jugendliche – ist zentral, um möglichen Problemen entgegenzuwirken und den Personen die Möglichkeit zur positiven Bewältigung anstehender Schwierigkeiten zu geben.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 49, Zeilen 1–9	Paraphrasiert aus ChatGPT, Version 3.5 (18.04.2024)	Prompt: «fasse folgenden Text zusammen: Ein Setting – im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelt“ bezeichnet – ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ beständig und seinen Mitgliedern auch bewusst. Er drückt sich aus durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslagen (z. B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte oder Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.»;

		Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 46, Zeilen 14–18	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (18.04.2024)	Prompt: «umformulieren: Der Settingansatz berücksichtigt, dass die Gesundheit einer Gruppe das Produkt einer Interaktion zwischen förderlichen sowie erhaltenden und belastenden Einflussfaktoren ist (Hartung & Rosenbrock, 2022.). Der Settingansatz ermöglicht es, die soziale Benachteiligung benachteiligter Gruppen auszugleichen, ohne sie erneut oder verstärkter Stigmatisierung auszusetzen.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 55, Zeilen 9–21	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (18.04.2024)	Prompt: «Schreibe folgenden Abschnitt um: Um die Selbststigmatisierung frühzeitig erkennen zu können, gibt es viele Faktoren, die aufeinander abgestimmt sein müssen. Nur so kann eine fachlich begründete Einschätzung und eine entsprechende Intervention generiert werden. So müssen die Rahmenbedingungen gestaltet werden. Es bedingt eine Fokussierung auf ein spezifisches Setting und die Fachpersonen wie auch die Mitwirkenden brauchen das Wissen über Schutz- und Risikofaktoren der Selbststigmatisierung. Die Früherkennung kann also nicht aus eigener Motivation im öffentlichen Verkehr oder beim Spaziergang vollzogen werden. Es braucht Struktur. Im Vorgegangenen Kapitel sind die Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben worden, die im Umfeld wie aber auch bei der Person liegen. In diesem Abschnitt geht es darum, welche Symptome bei der Person erkennbar sind und Anzeichen für eine Selbststigmatisierung sein könnten.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seite 56, Zeilen 2–4	KI-generierte Überarbeitung eines eigenen Textes aus ChatGPT, Version 3.5 (18.04.2024)	Prompt: «Im Verhalten einer Person ist das erkennbar, in dem sie emotional oft niedergeschlagen ist (Wolfgang, S. 1-2). Das heisst die Betroffenen Personen sind häufig traurig, haben nicht mehr die

		Fähigkeit Freude an Dingen zu haben, worüber bisher Freude empfunden wurde und sie zeigen ermüdetes Verhalten durch Antriebslosigkeit oder ähnliches.»; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.
Seiten 58, Zeilen 8–10	Paraphrasiert aus ChatGPT, Version 3.5 (22.04.2024)	Prompt: «zusammenfassend umschreiben in einfacher Sprache: Die Kernthese der Konstruktivismus ist die strenge Subjektabhängigkeit jeder Erkenntnis, jeder Beobachtung. Erkennen ist unweigerlich an die Bedingungen des menschlichen Gehirns gebunden. Das, was wir wissen, ist nicht davon zu trennen, wie wir wissen, das vermeintlich "gefunden" ist etwas "erfundenes". Ein Beobachter trägt also keine "Abbildung" der Dinge in sich, sondern ein Netzwerk dynamischer Beziehungen zwischen seinen Sinnen und dem, was er beschreibt.; Aussagen validiert und mit Literaturquelle/n belegt.