

Stigma-Prävention und Selbstermächtigung durch Bildung

Von Matthias Pauge und Martha Pany

Einleitung

In diesem Artikel wollen wir Stigma bzw. Stigma-Prävention aus der Perspektive von Bildung begegnen, wobei mit Bildung in erster Linie das Wissen über das eigene Krankheitsbild und die Möglichkeiten für den Recovery-Prozess gemeint sind. Wir betrachten die Fragen: Welchen Einfluss hat Bildung auf die Wahrnehmung von Diagnosen und Krankheitsbild, auf das eigene Erleben und die eigene Entwicklung? Wie schränkt die unzureichende Weitergabe von Wissen Menschen mit psychischen Erschütterungen in ihren Handlungsmöglichkeiten ein und trägt zur Verunsicherung des Selbstbildes bei? Und wie ließe sich stattdessen durch entsprechende Bildung Selbstermächtigung ermöglichen und fördern?

Wir beginnen mit einer kurzen Diskussion über Diagnostizierung und deren Folgen für die betroffene Person. Daraufhin überlegen wir, wie sich das Selbstbild durch die Psychiatrisierung (Castel, Castel, Lovell, 1982) der Person verändert und warum sich diese im Alltag neu positionieren muss. Wir möchten zeigen, weshalb neues Wissen zu neuen Umgangsformen mit der Erkrankung führen kann. Im letzten Teil setzen wir uns mit der Notwendigkeit eines Bildungsprozesses bei Fachpersonen auseinander. Zur Vereinfachung beziehen wir uns in diesem Artikel auf das Beispiel der „Schizophrenie“.

Wir verwenden die Begriffe „Betroffene“ und „Fachperson für Psychiatrie“. Damit soll keine Grenze zwischen sogenannten „Profis“ und „Erkrankten“ gezogen werden, sondern lediglich die unterschiedlichen Rollen in diesem Kontext beschrieben werden.

Diagnosen – medizinische Tatsachen oder sozial konstruiert?

Mit dem Eintritt in professionelle psychiatrische Hilfsstrukturen ergeben sich für Menschen in Krisensituationen neue Herausforderungen: Sie treffen auf Fachpersonen und deren Vorstellungen von psychischer Erkrankung. Diese werden

jedoch üblicherweise als allgemein gültiges medizinisches Wissen präsentiert, was weitreichende Folgen, wie z.B. Stigmatisierung, Entwertung der eigenen Lebenssituation oder den Verlust von Hoffnung und Eigensinn haben kann (British Psychological Society, 2013).

Zur Vermittlung der Erkrankung werden psychiatrische Diagnosen verwendet. Diese geben Struktur vor und ermöglichen so ein Gefühl von Orientierung für Betroffene und Fachpersonen. Dabei formt das noch immer stark vorherrschende biologisch geprägte Krankheitsverständnis die Vorstellung über die Erkrankung und die Fähigkeiten, Defizite und Perspektiven für die Betroffenen (Fuchs & Schramme, 2019, S. 10; Weinmann, 2019, S. 38).

Durch die Alltagsroutine und Strukturen der Psychiatrie werden die Diagnose und die damit verbundenen Bilder gefestigt (z.B. extra am Krankheitsbild ausgerichtete Stationen) (Barett, 1996, S. 138ff.). Nicht zuletzt verstärkt die biologische Krankheitsvorstellung den Eindruck, die Erkrankung könne nicht durch die Betroffenen kontrolliert werden (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2014).

Es ist kritisch zu hinterfragen, wie sehr in der alltäglichen Praxis bewusst ist, dass Diagnosen keine objektiven, medizinischen Größen darstellen, sondern viel mehr sozial und historisch konstruiert und damit immer auch ein Ausdruck des aktuellen Zeitgeists sind. Was als Krankheit gilt und was nicht, wird von dem vorherrschenden Menschenbild geprägt (Groenemeyer, 2008, S. 20f.). So kommt es im Zuge gesellschaftspolitischer und medizinischer Veränderungen über die Jahre immer wieder zu Grenzverschiebungen hinsichtlich der Einsortierung von psychischer Erkrankung bei gleichzeitigen Veränderungen der (Be-)Handlungsmöglichkeiten (Schneider, 2013). Ein bekanntes Beispiel ist, dass Homosexualität erst seit den 1990ern Jahren in Deutschland nicht mehr als psychiatrische Diagnose geführt wird.

Die *unreflektierte Pathologisierung* mittels psychiatrischer Diagnosen kann jedoch gerade für das Selbstbild der Betroffenen



Matthias Pauge

Heilerziehungspfleger und Sozialwissenschaftler M.A. Er arbeitet auf einer akut-psychiatrischen Station der LWL Klinik Dortmund und forscht zum Alltag Psycho-Erfahrener. Kontakt: Matthias.pauge@rub.de



Martha Pany

Martha Pany ist Ergotherapeutin B.Sc., psychiatriee erfahren, als Dozentin u. Coach tätig. Sie gibt Fortbildungen u. betreibt den Podcast <https://hoffnunghilftheilen.de>. Kontakt: info@hoffnunghilftheilen.de

tiefgreifende Erschütterungen gefolgt von Angst, Unsicherheit und Scham mit sich bringen (Bock & Heinz, 2016, S. 32). Darum befassen sich zahlreiche Fachpersonen aus Forschung und Praxis und verschiedenen Initiativen, wie bspw. „A disorder 4 everyone“, mit Vorschlägen für ein weniger stigmatisierendes Kategorisierungs- und Erklärungssystem psychischer Erkrankungen.¹

Die erste psychiatrische Diagnose

Die Reaktion auf und der Umgang mit der Diagnose wird von Person zu Person unterschiedlich ausfallen. Was aber in den meisten Fällen mit einer Diagnose einhergeht, ist, dass stereotype Bilder mit dem eigenen Selbstbild in Zusammenhang gebracht werden (Bock & Heinz, 2016, S. 31). Dabei haben gesellschaftlich vorherrschende Bilder von Diagnosen Einfluss auf die Erwartungen und Handlungsmuster, sowohl bei Fachpersonen als auch bei den Betroffenen selbst (Corrigan, Larson, Rüscher, 2009).

Die Attribute, die eine Person mitbringt, werden mit Blick auf die Erkrankung von Fachpersonen teils neu gewertet, was

¹ <http://www.adisorder4everyone.com/>

die Selbstwahrnehmung der Betroffenen ungünstig beeinflussen kann (Corbin & Strauss, 2010, S. 71). Was für die Person vorher normal und essenziell war, wird nun aus dem Blickwinkel der Diagnose betrachtet. Das bringt einen tiefen Eingriff in die „Selbstidentität“ (Schütze, 1981, S. 74) der Person mit sich. Die Betroffenen müssen immer wieder neu verhandeln, welche Angewohnheiten, Verhaltensweisen und persönliche Eigenschaften als krank bzw. nicht krank gewertet werden. Die Deutungshoheit liegt durch die institutionelle Rolle jedoch bei der Fachperson. Dadurch wird die asymmetrische Stellung von beiden deutlich. Handlungsleitendes Wissen wird so durch die Fachperson explizit.

Betrachten wir dies anhand eines Beispiels:

Jan wird mit einer Psychose auf einer akut-psychiatrischen Station mit PsychKG aufgenommen. Es ist sein ‚erstes Mal‘ in der Psychiatrie. Er erfährt, dass seine Diagnose die F20.0 ist. Aus seinen rudimentären Informationen legt er sich erste Vorstellungen darüber zurecht, was es heißt, F20.0 zu sein. Die Schizophrenen sind ihm nur aus den Medien bekannt. Die stereotype Vorstellung, selbst so zu sein, macht ihm Angst. Zudem erfährt er von anderen Patienten, dass das Leben mit F20.0 einige Hürden mit sich bringt. Medikamente werden zur Pflicht, genauso wie regelmäßige Arztbesuche oder die Inanspruchnahme weiterer Hilfeleistungen. Statistisch gesehen, so erfährt er von den Ärzten, erhalten die meisten Schizophrenen Geld vom Sozialamt, da sie nicht mehr arbeiten gehen können. Arbeiten und Wohnen werden sich schwieriger gestalten, was nicht minder Auswirkungen auf ein selbstständiges Leben hat. Davon erhält er im Krankenhaus einen Vorgesmack. Die Schizophrenen benötigen eine feste Struktur: So gibt es feste Zeiten zum Aufstehen, für die Mahlzeiten oder zum Fernsehen. Zuhause ist Jan schon immer Langschläfer, in der Klinik erklären die Pflegekräfte ihm jedoch, dass langes Schlafen ein Symptom der Antriebschwäche bei Schizophrenie sei. Obwohl Jan im Normalfall auf Gruppenangebote verzichten würde, da er schon immer eher ein Einzelgänger war, muss er an den Angeboten teilnehmen; der Struktur wegen, sagt man ihm. Etwas anderes könne man ihm derzeit nicht zutrauen, erfährt er von

einem Arzt. Angst, Verunsicherung aber auch Scham verstärken sein Vertrauen in das professionelle Handeln.

An dem Beispiel wird deutlich, dass die rasche Veränderung der gesamten Lebenssituation zu einem „beschleunigten Identitätswandel“ beitragen kann und bekannte Orientierungsmuster an Bedeutung verlieren (Schütze, 1981, S. 91). Individuelle Vorstellungen werden zugunsten eines professionalisierten Krankheitsverständnisses relativiert. Die Routineeinschätzungen der Erkrankung breiten sich scheinbar wie von selbst über allen Beteiligten aus. Problematisch wird es dann, wenn das Wissen über die Erkrankung keine ausreichenden Handlungsoptionen und -alternativen für den Umgang mit der Erkrankung bietet und immer wieder „Schema F“ durchgespielt wird.

Immer wieder „Schema F“?

Starre Konzepte und Routineabläufe sind oft Konsequenz der Institutionsstrukturen. Für die Betroffenen ergibt sich daraus aber ein Problem, da Alternativen schwer greifbar sind. Zudem ist ein Mensch, der erstmalig mit dem professionellen psychiatrischen Hilfesystem konfrontiert ist, im Normalfall das ‚schwächste Glied‘ in der Kette. Er befindet sich auf Neuland und benötigt professionelle Unterstützung zur Orientierung. Zurecht darf er erwarten, dass die Unterstützung, die ihm von fachlicher Seite angeboten wird, die besten Handlungsmöglichkeiten für seine Erkrankung aufzeigt. Eine unzureichende, wenig differenzierte Wissensvermittlung kann daher vielfältige Konsequenzen nach sich ziehen. Wir skizzieren am Beispiel von Jan wesentliche Aspekte, die unserer Ansicht nach in psychiatrischen Einrichtungen oft nicht ausreichend kommuniziert werden, und zeigen auf, welchen Unterschied entsprechende Aufklärungsangebote machen könnten.

• 1. Statistiken suggerieren, dass mit der Diagnose „Schizophrenie“ keine Genesung möglich sei. Diese katastrophale Botschaft lässt aber die individuelle Entwicklung und die Erkenntnisse vieler Langzeitbeobachtungen unberücksichtigt (Amering & Schmolke, 2012, S. 172ff.). So ist es wichtig, Jan darüber zu informieren, dass es Menschen gibt, die genesen, und dass das Urteil ‚unheilbar‘

nicht zwangsweise zutrifft. Es liegt auf der Hand, dass er aus entsprechender Information andere (gar positive) Perspektiven ableiten kann.

- 2. Genesung und die Zunahme von Lebensqualität sind subjektive Prozesse, die nicht in einer statistischen Messung abgebildet werden können (Slade & Londgen, 2015, S. 3). So sollte Jan erfahren, dass auch als ‚nicht genesen‘ kategorisierte Menschen durchaus ein zufriedenes Leben führen können. Zudem verstärkt die einseitige Fokussierung auf eine vollständige Genesung den Druck und erhöht damit erneut das Risiko der persönlichen Unzufriedenheit (Amering & Schmolke, 2012 S. 234).
- 3. Da Jan das erste Mal in der Psychiatrie ist und vorher noch nicht mit einer psychischen Erkrankung in Erscheinung getreten ist, muss die Diagnose nicht stimmen. Die Symptomatik kann z.B. Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise sein. Auch diese Möglichkeit sollte ihm entsprechend kommuniziert werden (Division of Clinical Psychology, 2017, S. 22).
- 4. Das Schizophreniekonzept wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert und als gültige Diagnose in Frage gestellt (Guloksuz & van Oz, 2017). Jan kann die Diagnose als Arbeitshypothese für sich annehmen. Alternative Erklärungsversuche sind für ihn auch nützlich, um sich distanzieren zu können, oder haben gar eine entstigmatisierende Wirkung. Jan hat hier die Möglichkeit, sich anders zu positionieren und sich darüber Entlastung zu verschaffen.

Werden alle vier Punkte resümierend betrachtet, wird der deutlich größere Aushandlungsspielraum für die Sicht der Erkrankung und den Umgang mit ihr deutlich.

Das Paradox: Wie Wissen beschaffen, wenn nicht bewusst ist, dass Wissen fehlt?

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie wichtig Aufklärung und Ermöglichung von Emanzipation durch Bildung für Betroffene im Recovery-Prozess ist. In der alltäglichen Praxis kommt dies leider zu kurz. In der Akut-Situation sind erst andere Dinge vorrangig, in weiterführenden Settings wird oft davon ausgegangen, dass bereits in der vorherigen Behandlung entsprechende Aufklärung passiert ist. Personelle und zeitliche Knappheit im Alltag erschweren es zusätzlich, auf diese

scheinbaren „Feinheiten“ zu achten. Der Betroffene selbst hat dabei nicht immer die Möglichkeit, Wissen einzufordern, da ihm in vielen Fällen schlicht und einfach nicht bewusst ist, dass es mehr oder anderes Wissen gibt (Amering & Schmolke, 2012, S. 97). Eine weitere Herausforderung resultiert daraus, dass sich der Wissensstand bezüglich psychischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Durch Erkenntnisse aus Neurobiologie, Traumaforschung und anderen Disziplinen ist einiges, was Fachpersonen in ihrer eigenen Ausbildung gelernt haben, inzwischen nicht mehr gültig. Wie sogenanntes Fachwissen über die Jahre an Gültigkeit verliert, zeigt John Read zum Beispiel an den Reliabilitäts- und Validitätsproblemen zur Einschätzung von ‚Schizophrenie‘, sowie an der Relativierung der noch oft vorherrschenden Meinung, die ‚Schizophrenie‘ sei eine Gehirnkrankheit (Read, 2013a; ebd., 2013b). Früheres Fachwissen ist überholt, wodurch auch Fachpersonen vor dem Problem stehen: Wenn nicht bewusst ist, dass es Wissen gibt, das für die Arbeit wichtig und hilfreich sein könnte, wie soll es gefunden werden? In der Praxis tritt diese Bildungs-Hürde hinter den alltäglichen Herausforderungen, die zu bewältigen sind, mitunter in den Hintergrund. Vorurteilbasierte Entscheidungen beeinflussen dann den Therapieverlauf (Weinmann, 2019, S. 63).

Welches Potential liegt im Nicht-Wissen?

Eine mögliche Variante, dieser Diskrepanz professionell zu begegnen, könnte darin liegen, eine andere Haltung zu fachlichem Wissen zu entwickeln. Wenn Fachpersonen sich von der Idee verabschieden, alles fachlich Relevante bezüglich der psychischen Erkrankungen, mit denen sie in ihrer Praxis zu tun haben, bereits zu wissen bzw. wissen zu müssen, könnte Raum für einen neuen Zugang entstehen, der durch Neugierde, Offenheit und Interesse geprägt ist. Erworbenes Vorwissen muss gegebenenfalls wieder losgelassen werden, um einer unvoreingenommenen Beziehungsgestaltung nicht im Wege zu stehen. So könnte auch dem sich ständig weiter verändernden Wissensstand in puncto psychischer Gesundheit Rechnung getragen werden. Statt Diagnosen und Prognosen als Tatsachen zu vermitteln, könnte nun darauf hingewiesen werden, dass sich der Blick auf psychische Erkrankungen im Laufe der Zeit immer wieder ändert. Ein

Beispiel dafür ist der mögliche Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und Psychosen, der lange Zeit unbekannt war und nach dem zum Nachteil der Betroffenen schlicht nicht gefragt wurde (Read, 2013c; Cunningham et al., 2016). Bei allen Bemühungen, fachlich fundiertes, hilfreiches Wissen anzubieten, kann also nicht ausgeschlossen werden, dass auch andere Erklärungsmodelle gefunden werden könnten, die ebenfalls Sinn machen. Wenn fachliches Wissen mit dieser Offenheit kommuniziert wird, beendet das weder den Bildungsprozess von Betroffenen noch zementiert es Bilder ein, die es derzeit zu Diagnosen und psychischen Herausforderungen gibt. Stattdessen öffnet es den Blick für alternative Sicht- und Herangehensweisen – sowohl für Fachpersonen als auch für Betroffene.

Durch Bildung die Hoffnung stärken

Wie in dem Beispiel von Jan bereits aufgezeigt wurde, kann die Qualität von Wissen, das über ein Krankheitsbild und dazugehörige Prognosen vermittelt wird, Hoffnung ermöglichen oder auch nehmen. In ihrem Buch „Morgen bin ich ein Löwe: wie ich die Schizophrenie besiegte“ beschreibt die Psychologin Arnhild Lauveng, die in ihrer Jugend selbst an Schizophrenie erkrankt war, wie sehr wir als Menschen unbewusst auf die Erwartungen anderer Menschen reagieren (Lauveng, 2010, S. 101 ff.). Dabei nimmt sie Bezug auf die Studie von Scott (1969), in der er aufzeigt, wie gravierend unterschiedlich die funktionelle Entwicklung von Menschen durch entsprechendes Labelling verlaufen kann. Menschen, die die Diagnose ‚blind mit Restsehfähigkeit‘ erhalten hatten (Sehkraft unter 10% auf dem besseren Auge) wurden eher in eine Behindertenrolle gedrängt und auch ihr Lebensentwurf entwickelte sich dementsprechend. Von Menschen mit der Diagnose ‚sehend mit Sehbehinderung‘ (Sehkraft über 10% auf dem besseren Auge) wurde erwartet, dass sie sich mit Unterstützung und Hilfsmitteln weiterhin „normal“ am Leben beteiligen, was diese auch erreichten. Ein minimaler Unterschied von 2% Sehkraft (9% blind mit Restsehfähigkeit oder 11% sehend mit Sehbehinderung) führte durch unterschiedliche gesellschaftliche Erwartungen und entsprechender Behandlung zu mas-

siven Unterschieden in der Lebensqualität und Selbstständigkeit der Betroffenen.

Auch in ihrer eigenen Geschichte beschreibt Arnhild Lauveng dies gut nachvollziehbar:

„Man kann sich auf die Statistik fokussieren: „Es ist so gut wie unmöglich, dass du dein Ziel erreichst.“ Oder man kann auf die Hoffnung setzen: „Menschen sind unberechenbar, es gibt immer eine

kleine Chance, dass es gut wird, wenn wir hart genug arbeiten und viel Zeit aufwenden.“ Diese beiden Aussagen sind gleichermaßen „wahr“. Aber sie haben zwei sehr unterschiedliche Effekte und drücken etwas voll-

ständig anderes aus. Die eine beinhaltet eine ungeheure Hoffnung. Die andere tut das nicht. Dürfte ich wählen, würde ich immer die Wahrheit vorziehen, in der sich Hoffnung findet. Ganz einfach, weil sie am gesündesten ist und am wenigsten weh tut.“ (Lauveng, 2010, S.10)

Wenn unser (Nicht-)Wissen Hoffnung auf Genesung – egal wie gering die Wahrscheinlichkeit – nicht ausschließen kann, kann die Hoffnung auch neben einer schweren psychiatrischen Diagnose bestehen bleiben und andere Handlungsmöglichkeiten eröffnen – sowohl für Betroffene als auch für Fachpersonen.

Fazit

Als Fachpersonen mag uns bewusst sein, dass unser aktuelles Fachwissen keine vollkommen stabile und ausreichende Größe ist. Wir müssen uns jedoch im Klaren darüber sein, dass dies keineswegs automatisch auch für Betroffene gilt. Bildung und Kommunikation kann den Recovery-Prozess und die erlebte Stigmatisierung massiv beeinflussen – sowohl positiv als auch negativ.

Wir sollten daher nie vergessen, welche Macht Wissen hat und welcher Stellenwert Bildung – unserer eigenen und der, die wir Betroffenen anbieten – in der praktischen psychiatrischen Arbeit zukommt. ●

Literatur

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Barett, R.J. (1996). The Psychiatric Team and the

Social Definition of Schizophrenia. New York: Cambridge University Press.

Bock, T. & Heinz, A. (2016). Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit. Köln: Psychiatrie-Verlag.

British Psychological Society (2013). Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift. DCP Position Statement.

Castel, F.; Castel, R.; Lovell, A. (1982). Die Psychiatrisierung des Alltags. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Corbin, J. & Strauss, A. (2010). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Erkrankung, 3. Aufl. Bern: Huber.

Corrigan, P. W.; Larson, J. E.; Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the „why try“ effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.

Cunningham et al. (2016). Enquiring about traumatic experiences in psychosis: A comparison of case notes and self-report questionnaires. *Psychosis* Vol 8, 2016 – Issue 4, S. 301–310.

Division of Clinical Psychology (2017). Understanding Psychosis and Schizophrenia. Britisch Psychological Society.

Fuchs, T. & Schramme, T. (2019). Zur Identität der Psychiatrie: Positionspapier einer DGPPN-Task-Force zum Thema Identität. Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.

Gronemeyer, A. (2008). Eine schwierige Beziehung: psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. In: *Soziale Probleme* 19(2), S. 113–134.

Guloksuz, S. & van Oz, J. (2017). The slow death of the concept of schizophrenia and painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine* July 2017, S. 1–16.

Lauveng, A. (2010). Morgen bin ich ein Löwe: Wie ich die Schizophrenie besiegte, 2. Aufl. München: btb

Read, J. (2013a). Does 'schizophrenia' exist? Reliability and validity. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.), *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 47–61). Routledge: London.

Read, J. (2013b). Biological psychiatry's lost cause: The 'schizophrenic' brain. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.), *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 62–71). Routledge: London.

Read, J. (2013c). Childhood adversity and psychosis: From heresy to certainty. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.), *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 249–276). Routledge: London.

Schneider, W. (2013). Medikalisierung sozialer Prozesse. In: *Psychotherapeut* 2013/58, S. 219–236.

Schomerus, G; Matschinger, H; Angermeyer M.C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of person with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol. In *Psychological Medicine* (2014) 44, S. 303–314.

Schütze, F. (1981). Professionsstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, Joachim et al. (Hrsg.); *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive* (S. 67–156). Nürnberg: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Universität Erlangen-Nürnberg.

Scott, R. (1969). *The Making of Blind Men: A Study of Adult Socialization*. New York: Russell Sage Found.

Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery a. mental health. *BMC Psychiatry* (2015) 15:285.

Weinmann, S. (2019). Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebietes. Köln: Psychiatrie Verlag.