

## 2 Das soziale Phänomen der Stigmatisierung in Theorie und Empirie

### 2.1 Stigmatisierung in theoretischen Konzepten

Theoretische Überlegungen und empirische Arbeiten zum Thema Stigma und Stigmatisierung sind zahlreich. Die Theorieentwicklung und Forschung in diesem Bereich findet jedoch ihren Ursprung erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Für die moderne Stigmaforschung sind verschiedene Eckdaten der Entwicklung von Stigmakzepten von Bedeutung: 1963 (dt. 1967) veröffentlichte der amerikanische Soziologe Erving Goffman ein Buch mit dem Titel „Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity“, das als wegweisendes Werk den Beginn der sozialwissenschaftlichen Stigmaforschung markieren sollte. Drei Jahre später erschien ein Theorieentwurf zur Stigmamathematik von Thomas Scheff („Being Mentally Ill: A Sociological Theory“, 1966). Im Jahr 1989 stellten Link et al. eine modifizierte Etikettierungstheorie für den Bereich der psychischen Erkrankungen vor. Zehn Jahre darauf präsentierten Link und Phelan ein erweitertes Stigma-Konzept („Labeling and stigma“, 1999). Gingen Bemühungen um die theoretische Fundierung eines Stigmakonzepts in erster Linie vom englischsprachigen Raum aus, muss jedoch auch auf zahlreiche deutschsprachige Publikationen zum Thema verwiesen werden. Wichtige Autoren sind hier z. B. Hohmeier, Cloerkes, Finzen und Angermeyer. Die Beschäftigung mit der Stigmatisierungsproblematik in Deutschland setzte insgesamt etwas später ein. Ihr Beginn kann parallel zur Reform zur Schaffung einer gemeindenahen Psychiatrie mit dem Ziel der Integration von psychisch Kranken Mitte der 1970er angesiedelt werden. Bis heute hat sich jedoch auch in Deutschland eine breite Stigmaforschung entwickelt.

Nur ein Beispiel für die Bedeutung, die der Stigmatisierungsproblematik weltweit zukommt, ist der Weltgesundheitstag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 7. April 2001, der unter dem Motto „Stop Exclusion - Dare to Care“ stand und intensive Bemühungen um die Entstigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft (z. B. über Anti-Stigma-Kampagnen) zum Ziel hatte (vgl. Grausgruber 2005:18).

Der nachfolgende Überblick zu zentralen Gedanken der Entwicklung von Stigmakzepten kann aufgrund der Fülle an Literatur nur fragmentarisch bleiben. Jedoch sollen Grundlagen, die für das Verständnis von aktuellen Entwicklungen und Forschungsprojekten zum Thema Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken notwendig sind, aufgezeigt werden.

### 2.1.1 Ausgangspunkte

Widmet man sich dem Begriff Stigma, so zeigt sich, dass dieser bis in die 1990er Jahre in Lexika nur als Begriff der Botanik und Biologie sowie im Bereich der christlichen Theologie, wo er ein Wundmal bezeichnet, zu finden ist (vgl. Grausgruber 2005:19). Im ursprünglichen Wortsinn aus dem Griechischen und Lateinischen stammend bedeutet Stigma „Zeichen“, „Brandmal“ oder „Stich“ und diente als Bezeichnung dafür, wenn sich eine Person in besonderer Weise von anderen unterschied. „Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen.“ (Goffman 2003:9) Im Mittelalter traten noch religiös geprägte metaphorische Bedeutungsinhalte dazu.

Der Soziologe Goffman greift den Stigmabegriff in seiner wissenschaftlichen Arbeit zum Phänomen Stigma von 1963 auf und stellt fest, dass der Terminus wieder eher im ursprünglichen Wortsinne Verwendung findet. In die sozialwissenschaftliche Forschung findet der Begriff Stigma bald darauf Eingang und wird heute im Wörterbuch der Soziologie definiert als „ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von den übrigen Mitgliedern einer Gesellschaft oder Gruppe, der sie angehört, negativ unterscheidet und das sie von vollständiger sozialer Anerkennung ausschließt.“ (Schäfers 1995:354)

Doch wie erklärt Goffman nun das Phänomen Stigma? Er führt dazu das Konstrukt der „sozialen Identität“ an, das sowohl persönliche Charaktereigenschaften als auch strukturelle Merkmale beinhaltet (vgl. Goffman 2003:10), und unterteilt es in eine „virtuale“ sowie „aktuale“ Seite. Die virtuelle soziale Identität sieht er durch Vorstellungen bzw. Erwartungen charakterisiert, mit Hilfe derer eine Person in bestimmte Kategorien eingeordnet werden kann. Diese prägen das Verhalten, übernehmen auch entlastende Funktionen. Die aktuelle soziale Identität meint dagegen Merkmale und Attribute, über welche die Person tatsächlich verfügt. Zwischen beiden Identitätsformen kommt es notwendigerweise im Alltag zu Differenzen, da Vorstellungen oder Erwartungen eine Person betreffend und die Wirklichkeit in Interaktionsprozessen voneinander abweichen können. Diese Diskrepanzen müssen nicht in jedem Falle als problematisch eingestuft werden. Sie können jedoch dazu führen, dass Personen Attribute zugeschrieben werden, die diese als abweichend kennzeichnen und damit herabstufen. Solche Attribute wertet Goffman dann als Stigma – insbesondere, wenn deren diskreditierende Wirkung sehr stark ist (Goffman 2003:11). „Der Terminus Stigma wird also in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht werden, die zutiefst diskreditierend ist, aber es sollte gesehen werden, dass es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf.“ (Goffman 2003:11) Das Merkmal selbst steht also nicht im Mittelpunkt eines Zuschreibungsprozesses, sondern die negative Definition

dessen. Die Eigenschaft wird erst dann zum Stigma, wenn sie von anderen als Normabweichung verstanden wird und gleichzeitig eine negative Bewertung erfolgt. Für Stigmata ist es daneben charakteristisch, dass über das vorhandene Merkmal hinaus der Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben werden, die objektiv keinen oder nur einen geringen Bezug zu dem real vorhandenen Merkmal haben. Hohmeier (1975) spricht von der Übertragung eines Merkmals auf die gesamte Person, wodurch er Stigmatisierung als Prozess der Generalisierung beschreibt, der auf die Person in all ihren sozialen Bezügen wirkt.

Goffman nimmt in seinen weiteren Ausführungen eine Unterteilung von möglichen Stigmata in drei Kategorien vor: „physische Deformationen“ wie z. B. Körperbehinderungen, „individuelle Charakterfehler“ wie etwa Geistesverwirrung, Sucht und daneben noch „phylogenetische Stigmata“ wie Rasse, Nation und Religion (vgl. Goffman 2003:12f). Für alle drei genannten Bereiche gilt, dass Menschen, die stigmatisiert werden, in Eigenschaften und/oder Verhalten in unerwünschter Weise anders sind, als es vom Gegenüber antizipiert wurde.

Eine Einordnung von Personen mit psychischen Erkrankungen lässt sich nach dieser Unterteilung primär in die zweite Kategorie vornehmen. Eng damit verknüpft ist für den Bereich der Psychiatrie Goffmans Unterscheidung in „Diskreditierte“ und „Diskreditierbare“ (Goffman 2003:12). Im ersten Fall nimmt das stigmatisierte Individuum an, dass andere über sein „Anderssein“ Bescheid wissen oder dieses unmittelbar evident bzw. wahrnehmbar ist. Im Gegensatz dazu geht eine „diskreditierbare“ Person davon aus, dass seine Abweichung bei anderen noch nicht bekannt bzw. nicht wahrnehmbar ist. Stigmatisierte Personen werden nach Goffmans Ansicht mit beiden Situationen Erfahrungen haben und im Sinne eines Stigma-Managements versuchen, unerwünschtes „Anderssein“ zu verbergen.

Für psychische Erkrankungen stellt sich die Frage nach dem Verbergen in hohem Maße, weil in den meisten Fällen die „Visibilität“ – die Sichtbarkeit bzw. Wahrnehmbarkeit – der Erkrankung oft nicht unmittelbar gegeben ist (vgl. Goffman 2003:64). Unter Umständen reichen auch Verdachtsmerkmale, die eine Stigmatisierung auslösen können. Erschwerend kommt die meist plötzliche Konfrontation mit einer psychischen Erkrankung hinzu. Das Individuum ist gefordert, sich mit der neuen Situation auseinander zu setzen, die eigene Identität neu zu bestimmen. Im Vergleich zum angeborenen Stigma (z. B. Blindheit) birgt das Schwierigkeiten, weil die Betroffenen selbst mit bestimmten Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und einem Verständnis vom „Normalsein“ sozialisiert wurden. Es besteht also die Gefahr, beim Auftreten einer psychischen Krankheit die Missbilligung gegen sich selbst zu richten (vgl. Grausgruber 2005:22). Es kann dazu kommen, dass das Stigma selbst so belastend wird wie die eigentliche psychische Erkrankung. Finzen (2000) nennt dafür den Begriff der „zweiten Krankheit“.

Um diese „zweite Krankheit“, das persönliche Stigma bzw. „die beschädigte Identität“ bewältigen zu können, greifen stigmatisierte Individuen auf verschiedene Strategien zurück. Goffman führt hier den Begriff des Stigma-Managements ein, der bereits angeklungen ist. Im Mittelpunkt seiner Betrachtungen stehen in diesem Zusammenhang Techniken der Informationskontrolle. Insbesondere wendet Goffman sich Möglichkeiten des Verbergens eines Stigmas, das noch nicht offenbart wurde, zu und konzentriert sich auf das „Täuschen“ (vgl. Goffman 2003:94ff).

Die bisherigen theoretischen Vorüberlegungen bilden sich in einer immer noch aktuellen Definition zum Begriff des Stigmas ab, die bei Jones et al. (1984) zu finden ist: „[...] stigma can be seen as a relationship between an ‚attribute and a stereotype‘ to produce a definition of stigma as a ‚mark‘ (attribute) that links a person to undesirable characteristics (stereotypes)“ (zit. nach Grausgruber 2005:22). Diese Aussage macht deutlich, dass das Konstrukt Stigma eine Beziehung zwischen einem Attribut und einem Stereotyp darstellt. Über diese Verknüpfung werden der Person unerwünschte Eigenschaften zugeschrieben, sie wird stigmatisiert.

Ein zentraler Begriff, der auch in anderen Definitionen auftaucht, ist der des Stereotyps als „relativ verfestigte, verallgemeinernde oder vereinfachende Bilder von einem Meinungsobjekt.“ (Grausgruber 2005:22) Stereotype können damit die soziale Orientierung durch Verallgemeinerung und Vereinfachung erleichtern, was dem Begriff des Vorurteils nahe kommt. Eine Abstufung im Bedeutungsgehalt muss jedoch vorgenommen werden, da Vorurteile durch eine besonders „verhärtete subjektive Voreingenommenheit“ gekennzeichnet sind (vgl. Grausgruber 2005:23). Einige Autoren (z. B. Hohmeier 1975) sehen Stigma als Sonderfall eines sozialen Vorurteils. Und so können Stigmata wie auch Vorurteile auf der Einstellungsebene verortet werden, während der Prozess der Stigmatisierung die Verhaltensebene anspricht.

Die folgende Tabelle veranschaulicht in komprimierter Form beispielhaft die Begrifflichkeiten. Es wird hinsichtlich des Stigmafokuss (öffentlich, selbst) und sozialkognitiver Komponenten (Stereotyp, Vorurteil, Diskriminierung) unterschieden.

Tab. 2.1: Zwei-Faktoren-Theorie der Stigmatisierung

Öffentliche Stigmatisierung	Selbststigmatisierung
Stereotypen: negative Meinungen über eine Gruppe, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit	Selbststereotypen: negative Meinung über sich selbst, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz
Vorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z. B. Ärger, Furcht	Selbstvorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z. B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit
Diskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z. B. Benachteiligung bei Arbeitsplatzvergabe, Vorhalten von Hilfe	Selbstdiskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z. B. Aufgabe der Suche nach Arbeit

(nach Rüscher et al. 2005:223)

Die dargestellten Überlegungen von Goffman dienen als Ausgangspunkt für weitere sozialwissenschaftliche Stigma-Ansätze. Ausgehend von seinem Werk entstanden unterschiedliche Stigma-Konzepte. Daneben hat sich eine vielgestaltige Stigmataforschung etabliert, unterschiedlichste Anwendungsfelder sind zu finden. Längst ist das Phänomen der Stigmatisierung als multidisziplinäre Angelegenheit zu verorten (vgl. Grausgruber 2005:22).

### 2.1.2 Ursachen und Funktionen

Eine große Zahl wissenschaftlicher Publikationen bezieht sich auf die Erforschung von Einstellungen bezogen auf die Stigmatisierungsproblematik sowie auf Konzepte zur Entstigmatisierung. Um das Phänomen der Stigmatisierung aber umfassend zu beleuchten, müssen Entstehungsursachen ebenso im Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses stehen. Unterschiedlichste Erklärungen bewegen sich meist im Kontinuum zwischen sozialpsychologischen (z. B. emotionalbasierte und motivationale Ansätze) und soziologischen Ansätzen (z. B. Theorien zu abweichendem Verhalten).

Eine frühe Arbeit zu Ursachen und Funktionen von Stigmata stammt von Hohmeier (1975): „Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess“. Er stellt darin Hypothesen für die Herausbildung von Stigmata auf. Folgende Voraussetzungen führt Hohmeier für deren Entstehen an: Stigmata sind mit einer Generalisierung, mit der Übertragung eines einzelnen Merkmals sowie zusätzlichen negativen Attributen auf die gesamte Person verbunden und tragen so aus ihrer Struktur heraus schon zu einer hohen Wirksamkeit von Stigmatisierungsprozessen bei. Damit einhergehend nennt Hohmeier den Wunsch von Individuen nach Unterscheidung und Abgrenzung. Er beschreibt die Orientierung an Vorurteilen als „anthropologisch“ verankert und stellt die Entlastungsfunktion von Vorurteilen heraus. Als

weiteres Kriterium für die Durchsetzung von Stigmata führt er die Abweichung von einer allgemeingültigen Norm an, betont aber gleichzeitig, dass ein Normbruch nicht automatisch eine Stigmatisierung auslösen muss. Zusätzliche Faktoren wie Verbindlichkeit und Verbreitung der Norm sind dafür entscheidend. Das Eingreifen von Sanktionsinstanzen oder das Verhalten gesellschaftlicher Gruppen, deren Interessen betroffen sind, hält Hohmeier hier für bedeutsam. In diesem Zusammenhang weist er außerdem darauf hin, dass Prozesse der Stigmatisierung und Diskriminierung machtabhängig sind. Ist ein Machtgefälle zwischen Stigmatisierten und Stigmatisierenden vorhanden, gelingen Ausgrenzung und Stigmatisierung leichter (vgl. Hohmeier 1975).

Erkenntnisse der Stigmaforschung geben Hinweise und lassen Hypothesen zu den sozialen Funktionen von Stigmata zu. Dazu ist eine Unterscheidung in eine Mikroebene, die Individuumsebene, und in eine Makroebene, die gesellschaftliche Ebene, sinnvoll.

### **Mikroebene**

- Stigmata und Vorstellungen von Normalität stellen für den Einzelnen eine Orientierungsmöglichkeit innerhalb sozialer Interaktionsgefüge dar. Bestimmte Vorstellungen und Erwartungen bezogen auf Attribute und Handlungen der Interaktionspartner lassen anhand von nur wenigen Merkmalen ein hohes Maß an Vermutungen über das Gegenüber zu. „Stigmata strukturieren damit Situationen im voraus und erleichtern die Einstellung darauf; [...] Zugleich beeinflussen Stigmata aber – und das ist die andere Seite der ‚Entlastung‘ – die Wahrnehmungen in Richtung einer Selektion und Verzerrung und machen so neue Erfahrungen unmöglich.“ (Hohmeier 1975)
- Auch aus tiefenpsychologischer Perspektive können Stigmata als Entlastungsfunktion verstanden werden. Selektionen in der Wahrnehmung dienen hier als Möglichkeit, Aggressionen in eine bestimmte Richtung zu kanalisieren. Auch lassen sich Stigmatisierungen als Projektionen von eigenen verdrängten Triebansprüchen deuten (vgl. Hohmeier 1975).
- Stigmatisierungen können ebenso als Strategien der Identitätssicherung aufgefasst werden. So stellt die Begegnung mit Stigmatisierten oder Stigmatisierbaren häufig eine Bedrohung der eigenen Identität dar, in dem man sich u. U. eigenen Abweichungstendenzen bewusst wird. Eine Abgrenzung durch das Herausstellen der eigenen Normalität und der Ablehnung des anderen kann hier wieder ein Gleichgewicht herstellen (vgl. Hohmeier 1975).
- Die sozialpsychologische Stigmaforschung (vgl. Crocker et al. 1998) benutzt auch den Begriff des Terror-Managements, um Stigmata zu erklären. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass Menschen in einer kaum kontrollierbaren und bestimmaren Umwelt leben. Diese Wahrnehmung führt zu einer Angst, die lähmen kann. Um der Angst entgegen wirken zu können, struktu-

riert sich der Mensch die Welt so, dass er Ordnung und Bedeutung vorfindet. Stigmatisierungen dienen nun dazu, von kulturellen Normen abweichende Individuen oder Gruppen zu diskriminieren oder auszugrenzen, weil sie beispielsweise bestimmten Vorstellungen der Übersichtlichkeit und der Vorhersehbarkeit von Handlungen oder Ereignissen entgegen stehen.

- Stigmatisierungen können aber auch die Funktion der Selbstwertsteigerung einnehmen. Andere Personen oder Marginalgruppen werden mit dem eigenen Status oder Zielen verglichen (*downward comparison theory*, vgl. Crocker et al. 1998:508). Fällt der Vergleich positiv für das Individuum aus, sind die anderen Personengruppen also „schlechter gestellt“, kann es sich selbst als besser bzw. wertvoller ansehen als die stigmatisierte Gruppe und stärkt damit das eigene Selbstwertgefühl.
- Eine ähnliche Funktion auf der Interaktionsebene stellt auch die Funktion der Erhöhung des Wertes der Eigengruppe dar. Stigmatisierung und Diskriminierung von anderen gesellschaftlichen Gruppen ermöglichen eine Steigerung des Wertes der eigenen Gruppe. Rechtfertigungen für die Ausgrenzung und Stigmatisierung von anderen Personen oder Gruppen werden durch besondere Überlegenheit oder Bedeutung der eigenen Gruppe begünstigt. Besonders in Wettbewerbssituationen, wenn Gruppen Druck oder Angst ausgesetzt sind, ist dieses Phänomen zu beobachten (vgl. Hohmeier 1975).

#### **Ebene der Gesamtgesellschaft** (vgl. im Folgenden Grausgruber 2005:26)

- Wie bereits auf der Individualebene deutlich wurde, lässt sich auf der Gesellschaftsebene eine regulierende Funktion von Stigmatisierungen einordnen. Stigmata können so neben Normen, Werten und Einstellungen eine wichtige Stellung als interaktionsregulierende Größe zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Gruppierungen einnehmen.
- Zudem kann eine Systemstabilisierungsfunktion postuliert werden. Stigmata regeln nach diesem Verständnis mit dem Zugang zu knappen Gütern wie Belohnungen, Status, Berufs- oder Lebenschancen.
- Über das Prinzip der Systemrechtfertigung nehmen Stigmatisierungsprozesse eine Legitimationsfunktion für Ungleichbehandlungen und unterschiedliche Positionen einzelner Gruppen der Gesellschaft ein. So lassen sich Diskriminierungen oder Privilegien meist leicht legitimieren, wenn zwischen Personen einzelner Gruppen der Gesellschaft Statusunterschiede vorhanden sind, d. h. eine Gruppe mit weniger Macht ausgestattet ist. Im Extremfall können bestimmte Subgruppen als Sündenböcke für gesellschaftliche bzw. soziale Missstände verantwortlich gemacht werden. Die Existenz gesellschaftlicher Ungleichheiten dient oft dazu, bestimmte Konflikte innerhalb sozialer Gruppen zu verringern.

- Eine weitere Funktion, die Stigmata zugeschrieben wird, ist die Stärkung der Normkonformität. Durch die Zweiteilung in Stigmatisierte und Nicht-Stigmatisierte, ergeben sich für Letztere Vorteile durch das „Normalsein“, so dass es für Angehörige dieser Gruppe Sinn macht, normkonform zu leben.

Die genannten Aspekte machen deutlich, dass Stigmata im Zusammenleben der Menschen bestimmte wesentliche Funktionen einnehmen. Und so gibt es stigmatisierte Gruppen in jeder Gesellschaft. Ausformungen von Stigmata hinsichtlich der zugeschriebenen Merkmale oder der Stärke müssen jedoch historisch und interkulturell als sehr variabel betrachtet werden. Gesellschaftliche Diskurse tragen ebenso zum Wandel von Stigmata bei, wobei betont werden muss, dass Stigmatisierungsprozesse zumeist auf relativ verfestigten und überdauernden Meinungen basieren (vgl. Hohmeier 1975).

Im Besonderen ist festzustellen, dass vor allem solche Unterschiede öffentliche Stigmatisierungen auslösen, die gerade als sozial relevant gelten. In westlichen Gesellschaften gehören dazu die psychischen Erkrankungen. Als problematisch stellt sich hier die genaue Abgrenzung dar, da oft keine scharfe Trennlinie zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit gezogen werden kann (vgl. Rüscher et al. 2005:222). Für das bessere Verständnis von Etikettierung und Diskriminierung sollen im nächsten Abschnitt Prozessmodelle zur Stigmatisierung vorgestellt werden.

### 2.1.3 Prozess der Stigmatisierung

Es wurde auf bereits Merkmale von Stigmata allgemein sowie in Bezug auf psychische Erkrankungen verwiesen. Doch wie läuft der Prozess der Stigmatisierung nun im Detail ab? Welche Phasen von der Feststellung eines Unterschieds bis hin zu diskriminierenden Aktivitäten sind zu erkennen? Antworten auf diese Fragen sollen im Folgenden mit Fokus auf psychische Erkrankungen aufgezeigt werden.

Als ein Basiswerk für das Verstehen von Stigmatisierungsprozessen gilt neben Goffman eine Arbeit von Scheff (1966), in welcher er eine Konzeption über die Verfestigung psychischer Erkrankungen beschreibt, bekannt als der *labeling approach*. Stark verkürzt auf die wesentlichen Annahmen meint Scheff (vgl. folgend Grausgruber 2005:28):

- Innerhalb der Gesellschaft herrschen bestimmte Vorstellungen über psychisch Kranke vor, die zwar vielfältig sind, jedoch in hohem Maße durch negative Stereotype gekennzeichnet sind. Diese werden im Verlauf der menschlichen Entwicklung, schon beginnend in der Kindheit, angeeignet.
- Im Zuge der psychischen Erkrankung kommt es zu einer sog. „residualen Regelübertretung“. Nur ein Teil der Menschen mit solchen regelübertretenden

Verhaltensweisen wird erkannt und mit dem Etikett „psychisch krank“ versehen.

- Besitzt nun eine Person einmal ein Stigma, wird es mit den einheitlichen Interaktionsmustern der Umwelt konfrontiert. Diese gründen sich auf weit verbreitete und internalisierte Vorstellungen und Erwartungen darüber, wie sich psychisch Kranke verhalten und wie ihnen begegnet werden soll.
- Durch die gesellschaftlichen Reaktionen kommt es nun durch ein System von Belohnungen und Bestrafungen auf Betroffenenseite zur Übernahme und Internalisierung der Rolle eines psychisch Kranken. Dies kann zur Umorganisation seiner persönlichen Identität und damit auch zur Chronifizierung von psychischen Erkrankungen führen.

Scheffs Verständnis des Stigmatisierungsprozesses hat in der Folge für kontroverse Diskussionen besonders in Bezug auf die These der Chronifizierung aufgrund von gesellschaftlichen Reaktionen gesorgt. Es diente aber auch als Ausgangspunkt der „modifizierten Etikettierungstheorie“ wie sie Link et al. (1989) entwickelten. Wie auch bei Scheff wird das Prozesshafte betont. Neu ist die Sichtweise aus zwei Richtungen: Einmal wird das Stigmageschehen aus der Sicht der Stigmatisierenden analysiert, andererseits findet sich auch die Sichtweise und die Situation der von einem Stigma Betroffenen in dieser theoretischen Konzeption wieder (vgl. im Folgenden Grausgruber 2005:29f).

- In der Gesellschaft sind über psychische Erkrankungen und damit verbundene Abwertungen und Diskriminierungen bestimmte Vorstellungen vorhanden.
- Durch offizielle Etikettierung von sozialen oder medizinischen Kontrollinstanzen wird psychisch abweichendes Verhalten bekannt. Daraufhin erfolgt eine Verknüpfung der allgemeinen stereotypen und stigmatisierenden Vorstellungen mit der jeweiligen Person.
- Reaktionsmöglichkeiten der betreffenden Person auf die Konfrontation mit dem Stigma sind z. B. Verheimlichung, sozialer Rückzug oder präventive selektive Information.
- Es ergeben sich Konsequenzen für das Leben und die Lebensumstände der stigmatisierten Person. Negative Auswirkungen der Einstellungen der Gesellschaft bzw. der wichtigen Interaktionspartner werden deutlich. Weitere negative Konsequenzen, aufgrund der Versuche sich vor diesen Auswirkungen zu schützen, können sich ergeben (z. B. Selbstwertminderung, Einschränkung der Sozialkontakte).
- Eine erhöhte Vulnerabilität für neue psychosoziale Probleme oder bereits bestehende Störungen kann die Folge sein.

Eng angelehnt an die beschriebenen Phasen des *modified labeling approach* und basierend auf Gedanken von Jones et al. (1984) konstruierten Link und Phelan (1999, 2001) ein erweitertes Stigma-Konzept, auf das in der einschlägigen Literatur oftmals verwiesen wird und welches als Basis für die Ableitung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung bzw. Vermeidung von Diskriminierung aufgegriffen wird.

Der Stigma-Prozess nach Link und Phelan (vgl. folgend Link & Phelan 2001; Grausgruber 2005:30f):

- **Wahrnehmung und Benennung einer Normabweichung**  
Bei einer Person wird ein zentrales unterscheidendes Merkmal festgestellt, dieses wird mit einem negativen Etikett versehen (Beispiele hierfür sind: bestimmte Verhaltensweisen, Negativsymptome von psychischen Störungen, Nebenwirkungen von Psychopharmaka oder auch das Bekanntwerden einer psychiatrischen Behandlung allein).
- **Aktivierung negativer Stereotype**  
Die festgestellten Unterschiede werden mit negativen Attributen in Verbindung gebracht. Das Stereotyp von psychischen Erkrankungen wird losgelöst von beobachtbarem Verhalten betroffener Personen betrachtet. Kulturell geprägte Vorstellungen werden aktiviert und dem Träger des Etiketts „psychisch krank“ zugeschrieben (z. B. Chronizität, Gefährlichkeit, Eigenverantwortung für psychische Erkrankung).
- **Abgrenzung gegenüber dem Träger des Stigmas**  
Es kommt zum Phänomen der Ab- und Ausgrenzung mit Betonung der Trennung in Eigen- und Fremdgruppe, welche im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen meist mit der Übertragung des Stigmas auf die gesamte Person verbunden ist (die Anorexie, der Schizophrenie). Link und Phelan weisen hier explizit auf Macht als zentrale Grundlage zur sozialen Produktion eines Stigmas hin.
- **Diskriminierung**  
Die Herausbildung in „Wir“ und „Sie“ sowie die unerwünschten Eigenschaften lassen eine Rechtfertigung konkreter Diskriminierungen zu. Drei Formen werden aufgeführt: Diskriminierung bei sozialen Interaktionen, strukturelle Diskriminierung und Diskriminierung über Selbststigmatisierung der betroffenen Person.
- **Negative Konsequenzen für den Stigmatisierten**  
Link und Phelan zeigen wesentliche Folgen auf: Statusverlust, Auswirkungen struktureller Diskriminierungen, persönlichkeitspezifische Auswirkungen und negative Konsequenzen von Bewältigungsversuchen, die zu erneuter Stigmatisierung führen können.

Empirische Forschungen auf Basis des modifizierten Etikettierungsansatzes nennen weitere Folgewirkungen der Stigmatisierung. Sie reichen von unerfreulichen Kontakten mit stigmatisierenden Personen, eingeschränkten sozialen Beziehungen über ein vermindertes Selbstwertgefühl, vermehrte depressive Symptome bis hin zu reduzierten Lebenschancen allgemein wie z. B. Arbeitslosigkeit und vermindertem Einkommen (vgl. Angermeyer 2003: 362ff).

Um die negativen Konsequenzen zu systematisieren, wird im folgenden Abschnitt explizit auf die Folgen der Stigmatisierung und auf die damit verbundene Zwangslage, in der sich psychisch Kranke befinden können, eingegangen.

#### **2.1.4 Folgen der Stigmatisierung**

Hohmeier (1975) formuliert drei Folgebereiche von Stigmatisierung und nimmt die ähnliche Ausdifferenzierung von Link und Phelan, welche schon zur Sprache kam, teilweise vorweg.

In seinen Ausführungen weist Hohmeier zum einen auf Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung auf der Ebene der individuellen Identität hin. Bei Stigmatisierten und hier besonders bei Personen, die durch eine neu auftretende Krankheit stigmatisiert werden, kommt es häufig zu einer „Neubestimmung der persönlichen Identität“. Insbesondere auf dem Gebiet der Behindertenforschung werden Stigma-Prozesse als identitätsverändernd näher betrachtet. Hierzu sei auf Cloerkes mit seiner Stigma-Identitäts-These (2000) aber auch auf Frey (1983) verwiesen. Daneben sind Darstellungen von Corrigan (2002) und Knuf (2005), die sich der Selbststigmatisierung widmen, hilfreich.

Ein zweiter Bereich, an dem sich Auswirkungen erkennen lassen, ist der Bereich der sozialen Interaktion. Als Folge der Diskreditierungen betont Hohmeier die Schwierigkeit für das stigmatisierte Individuum in der Interaktion mit den Nicht-Stigmatisierten als vollwertiger Interaktionspartner anerkannt zu werden. Ständige Anstrengungen bezüglich der Informationssteuerung von Seiten der Stigmatisierten sind erforderlich. Spannungen, Unsicherheiten und Angst können die Kommunikation zwischen den beiden Gruppen kennzeichnen. Besonders im Kontakt mit anderen wird ein erfolgreiches Stigma-Management des Stigmaträgers zur Voraussetzung für eine Minderung von Stigmatisierungsfolgen.

Außerdem macht Hohmeier auf vielfältige Wirkungen auf der Ebene der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft aufmerksam. Er nennt Rollenverluste und erschwerte Zugänge zu gesellschaftlichen Positionen und Ressourcen, die zu Einschränkungen der Lebensqualität und Lebenschancen führen können (vgl. Hohmeier 1975).

Die genannten Folgebereiche und die darunter fallenden konkreten Folgen für das stigmatisierte Individuum lassen die Zwangslage erahnen, in der sich Stigmatisierte befinden. So gehen auch Link und Phelan von einem relativ schwierig abzulegendem Stigma psychischer Krankheit aus: Einerseits aufgrund von vielfältigen

Stigmatisierungs- und Diskriminierungsmechanismen, welche die unterschiedlichen Facetten einer psychischen Erkrankung auslösen können. Zum anderen fordern die Maßnahmen des Individuums zur Reduktion von Stigmaausprägungen psychische Energie und sozialen Aufwand. Sind diese Aufwendungen für einen Bereich wirkungsvoll, ziehen sie jedoch häufig unerwünschte Nebenwirkungen oder das Entstehen von neuen Problemen in anderen Bereichen nach sich (vgl. Link & Phelan 2001). Das stigmatisierte Individuum befindet sich in einem Dilemma, das einem *circulus vitiosus* gleichkommen kann.

Anhand der aufgezeigten Folgen wird deutlich, dass eine Vielzahl von Faktoren auf den Stigmaprozess einwirkt und die Ausprägung bzw. das Stigmaerleben der Betroffenen mitbestimmt.

### 2.1.5 Zwischenbilanz

Ausgehend vom sozialwissenschaftlichen Konzept Goffmans wurden bisher wichtige Erklärungsansätze zur Stigma Problematik beschrieben. Ursachen, Funktionen und Folgen von Stigmatisierung wurden dargestellt. Wesentliche Impulse für die Stigmaforschung gingen vom frühen und vom modifizierten Etikettierungsansatz aus. Darauf aufbauend wurde das erweiterte Stigma-Konzept entwickelt, das sich im Vergleich zu Konzepten der Einstellungsforschung als vorteilhaft erweist: An erster Stelle findet sich im erweiterten Stigma-Ansatz die Dynamik und Prozesshaftigkeit der Stigmatisierung wieder, außerdem wird neben der Sichtweise der Stigmatisierenden auch die Perspektive der von Stigmata Betroffenen einbezogen. Daneben fokussiert der Ansatz nicht nur auf individuelle diskriminierende Handlungen, sondern bezieht auch strukturelle bzw. gesellschaftliche Diskriminierungen sowie Selbststigmatisierungen mit ein (vgl. Grausgruber 2005:38). Stigmatisierung lässt sich nach diesem Verständnis als komplexes Phänomen mit vielfältigen Formen und Folgen von Diskriminierungen erfassen.

In den Ausführungen wurde immer wieder auf das Stigma „psychisch krank“ Bezug genommen. Es wurde deutlich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderem Maße mit Stigmata konfrontiert sind.

Neben den bereits genannten Theoriemodellen sind in der einschlägigen Literatur zum Thema Stigmatisierung noch weitere zu finden. Als Ergänzung sei hier noch auf zwei Arbeiten hingewiesen. Böhnisch („Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung“, 1998) entwickelt in seiner Monografie ein interdisziplinäres Konstitutionsmodell abweichenden Verhaltens. Er stellt das Selbst in den Mittelpunkt seiner pädagogisch-soziologischen Betrachtungen und analysiert die Bedingungen abweichenden Verhaltens auf der Grundlage von biografischen Konstellationen (Sozialisationsperspektive). Davon ausgehend stellt Böhnisch aber auch den Bezug zu gesellschaftlichen Ursachen und institutionellen Definitionen von Devianz her. Devianz sieht er als interaktiven Zuschrei-

bungsprozess. In diesem Sinne beschreibt er deviantes Verhalten allgemein, um sich dann vorrangig auf die Kontexte Schule und Jugendhilfe zu beziehen. Das Phänomen der Etikettierung psychisch Kranker findet keinen Niederschlag. Seine Überlegungen lassen jedoch Übertragungen auf dieses Feld zu, da psychische Auffälligkeiten und Störungen auch als eine Form devianten Verhaltens gesehen werden können.

Eine andere Arbeit stammt von Finzen („Psychose und Stigma“, 2000). Er schildert auf Basis der Krankheit Schizophrenie in anschaulicher Weise die Grundlagen eines modernen Stigmaverständnisses, spricht Bereiche wie die Stigmatisierung der Angehörigen, Entstigmatisierung, Psychoedukation sowie den Umgang mit der Krankheit und den Folgen der Stigmatisierung an und prägt den Begriff der „zweiten Krankheit“ für Stigma.

Ergänzend zu den bisherigen Betrachtungen seien nachfolgend zwei Beispiele genannt, die für ein sozialwissenschaftliches Verständnis von Stigma und Stigmatisierung hilfreich sein können, weil sie psychosoziale Beeinträchtigungen und das Konstrukt der Lebensqualität in Bezug auf das Stigma von psychischen Erkrankungen in den Mittelpunkt stellen.

### **2.1.6 Modelle: Psychosoziale Beeinträchtigung und Lebensqualität**

Mit psychischen Erkrankungen sind für die Betroffenen meist vielfältige negative psychosoziale Konsequenzen verbunden, die einerseits unmittelbare Folge der Erkrankung selbst (z. B. reduziertes Leistungsvermögen) sein können, aber auch in bestehenden Strukturen und Prozessen des sozialen Umfelds, der Gesellschaft (z. B. Toleranz, Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen) an sich begründet liegen. „Psychosoziale Defizite können somit als Ausdruck einer Systemstörung konzeptualisiert werden, im Rahmen derer das komplexe Zusammenspiel zwischen individuellen und gesamtgesellschaftlichen adaptiven Prozessen und Kapazitäten zur Aufrechterhaltung der Systemstabilität überschritten wurde.“ (Bottlender & Möller 2005:7)

Soziale Defizite – besonders im Kontext psychischer Erkrankungen – können auf dieser Grundlage durch einen krankheitsbedingten sozialen Abstieg (*social drift-Hypothese*) oder eine ausbleibende soziale Weiterentwicklung der Patienten (*social stagnation-Hypothese*) erklärt werden. Im Alltag spiegeln sich solche Prozesse z. B. in der Sorge um die Selbstdarstellung, in der Bewältigung täglicher Aufgaben, in Freizeitaktivitäten, in der Kommunikation und sozialem Rückzug wider. Untersuchungen belegen, dass besonders bei psychischen Erkrankungen Abweichungen im Rahmen der sozialen Anpassung auftreten. Die Ergebnisse sprechen aber gegen eine Abhängigkeit der Beeinträchtigung spezifischer sozialer Rollenfunktionen und Verhaltensweisen von der Störung. Vielmehr bestimmt die Schwere der Erkrankung das Ausmaß der Beeinträchtigung im psychosozialen Bereich (vgl. Bottlender & Möller 2005:15).

Psychosoziale Beeinträchtigung wird in diesem Sinne als „Abweichen der Verhaltensmuster eines Individuums von den sozialen Erwartungen seiner normgebenden Bezugsgruppe definiert.“ (Bottlender & Möller 2005:7f) Sie ist immer im Interaktionskontext zu sehen, da internalisierte Normen und Werte der jeweiligen Gesellschaft das Handeln und bestimmte Erwartungshaltungen determinieren und wahrgenommene Abweichungen zu Stigmaprozessen führen können.

Einerseits sind also individuumsbezogene Defizite und Störungen zu beachten, wichtig sind jedoch auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und Prozesse. Negative Bewertungen und Veränderungen der Erwartungshaltung, denen sich psychisch Erkrankte gegenüber sehen, können wiederum zur Festigung von krankheitsbedingten sozialen Defiziten führen. Als *circulus vitiosus* können sich so stereotype Verhaltensweisen und Erwartungshaltungen festigen. Stigmatisierungsprozesse werden ausgelöst, die wiederum zu weiteren Beeinträchtigungen in der Rollenausübung des Individuums führen können (vgl. Bottlender & Möller 2005:15). Die Nähe zum beschriebenen erweiterten Stigma-Ansatz wird schon anhand der kurzen Erläuterung deutlich.

Ein weiteres Modell, das Aspekte für die Betrachtung des Stigmas „psychisch krank“ liefern kann, ist das der Lebensqualität. Aus der *Global Burden of Disease Study* geht hervor, dass psychische Erkrankungen zu der Krankheitsgruppe gehören, die zu den gravierendsten Behinderungen und dem größten Verlust gesunder Lebensjahre, also auch Lebensqualität, führt, nur übertroffen von kardiovaskulären Erkrankungen (vgl. Rüscher et al. 2005:228).

Das Modell, welches der Profession Medizin entspringt, stellt eine gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Mittelpunkt, die multidimensional aufgefasst wird. Neben gesellschaftlichen Dimensionen geht es um persönliches und individuelles Wohlbefinden. Damit rückt eine subjektive Sichtweise des Patienten stärker in den Fokus (vgl. Schmeck 1998:196). Eine allgemeine Definition nach Bullinger (1991) zit. nach Schmeck (1998:197) lautet: „Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer Sicht beschreibt.“ Dieses Konzept bedeutet für die Psychiatrie eine Verminderung der mit der Krankheit assoziierten Beeinträchtigungen.

Für den Erwachsenenbereich ist eine große Zahl an Instrumenten vorhanden, die Lebensqualität messen. Im Kinder- und Jugendbereich sind dagegen nur wenige Messinstrumente konzipiert worden. Wenn empirische Forschungen durchgeführt wurden, dann vorrangig (zu 75%) in Bezug auf krebskranke und transplantierte Kinder (vgl. Schmeck 1998:196). Bisher haben Diskussionen um die Lebensqualität kaum Einzug in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung gehalten. Als ein zentrales Kriterium gilt in diesem Modell das Selbstwertgefühl, welches bei psychischen Erkrankungen oftmals in besonderem Maße belastet ist. Gerade bei Kindern und Jugendlichen auf der Suche nach der eigenen Identität

als Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz können psychische Erkrankungen und damit verbundene Stigmatisierungen zu einem verminderten Selbstwert beitragen (vgl. Schmeck 1998:198).

Schmeck konstruierte nun auf der Grundlage des erwähnten Modells einen Erfassungsbogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Er beinhaltet die Dimensionen physische und emotionale Verfassung, kognitive Funktionen, soziale Beziehungen und Familie sowie Spiritualität.

Der Fragebogen kommt in einem Dissertationsprojekt von Möller (2002) zur Anwendung. Anhand ihrer Ergebnisse stellt sie fest: Forschungen auf diesem Gebiet können zu einer Qualitätssicherung der Behandlung in Psychiatrien beitragen, das Bewusstsein für Stigmaprozesse der in der Psychiatrie Beschäftigten schärfen und damit auch iatrogenes Stigma vermindern. Insgesamt kann das Modell helfen, den Blick auf die Auswirkungen von Stigmatisierung in Bezug auf die Lebensqualität der Patienten zu lenken.

### **2.1.7 Resümee**

Im Anschluss an die Betrachtungen zur Stigma Problematik und die damit verbundenen Ursachen sowie Folgen lohnt sich ein Blick zurück zum Ausgangspunkt des zweiten Kapitels. Anhand der Ausführungen wurde deutlich, dass Goffman mit seinem Buch „Stigma“ schon recht früh alle wichtigen Aspekte angesprochen hat, die mit der Thematik Stigma und Stigmatisierung in Verbindung stehen und in der Folgezeit bis heute wissenschaftlich weiter verfolgt wurden. Nicht unerwähnt soll in diesem Zusammenhang ein weiteres Werk Goffmans bleiben, in dem er sich insbesondere der Psychiatrie als Institution widmet. In „Asyle“ (1972) beschreibt er auf der Basis qualitativer Forschungen diese Institution als Kontroll- und Disziplinarsystem. In seiner kritischen Betrachtung der Psychiatrie als totale Institution erörtert er die vielfältigen ablaufenden Machtprozesse aber auch damit verbundene Anpassungsformen der Patienten an die institutionellen Rahmenbedingungen. Schon hier verknüpft Goffman institutionelle und subjektorientierte Sichtweisen und macht z. B. deutlich, dass Patienten Stigmaprozessen auf drei Ebenen gegenüberstehen: von außen („Der ist in der Klappe.“), von innen („Du brauchst Hilfe, du bist psychisch krank.“) und durch sich selbst („Ich bin unfähig.“)

Goffman legt mit beiden genannten Publikationen einen Grundstein für eine breit angelegte weitere Forschung und Theorieentwicklung, indem er die Thematik auf Institutions- und Subjektebene aber auch auf gesellschaftlicher Ebene verortet.

Zur Thematik der Stigmatisierung von psychisch Kranken existieren gegenwärtig viele Studien bzw. Forschungsarbeiten. Größtenteils untersuchen diese jedoch Stigmatisierung aus der Fremdperspektive. Im Sinne der Einstellungs- und Ste-

reotypenforschung werden also bestimmte Bevölkerungsgruppen nach ihren Einstellungen und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken befragt. Meist entstehen solche Projekte aus sozialpsychologischem sowie soziologischem Blickwinkel und haben vorwiegend eine quantitative Forschungsausrichtung. Oftmals soll auch weniger das Entstehen und Persistieren von Stigma erklärt werden, sondern es sollen ganz pragmatisch Möglichkeiten der Entstigmatisierung und Bewältigung von Stigma aufgezeigt werden. Darauf zielende Modellprojekte sind zudem fast ausschließlich im Erwachsenenbereich angesiedelt.

Doch genauso interessant und für das Verständnis von Stigmazuständen aufschlussreich ist es, etwas darüber zu erfahren, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst ihre Stigmatisierung erleben. Zu dieser Thematik existiert eine Sekundäranalyse. Angermeyer (2003) untersuchte dazu alle seit Mitte der 1980er Jahre entstandenen Arbeiten, die auf die subjektive Stigmatisierung psychisch Kranker fokussieren. Auf dieser Grundlage konstatiert er, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen vielfältigen Stigmatisierungen ausgesetzt sind, wobei zwischen den erwarteten negativen Reaktionen der Umwelt und tatsächlich erfahrenen Diskriminierungen unterschieden werden muss. Angermeyer konnte für den Umgang mit Stigmata eher defensive Strategien feststellen. Antizipierte, konkret erlebte Stigmatisierungen und die von den Erkrankten gewählten Bewältigungsversuche haben enorme Auswirkungen auf deren soziale Beziehungen, ihre Lebensqualität, ihre Arbeitssituation sowie auf die subjektive Befindlichkeit und das Selbstwertgefühl. Die Furcht vor Stigmatisierung wirkt sich negativ auf das Hilfesuchverhalten aus. Als Schlussfolgerung gibt Angermeyer an, dass sich das Bemühen um eine Reduzierung der Stigmatisierung psychisch Kranker nicht darauf beschränken sollte, objektive Diskriminierung zu bekämpfen, sondern das Augenmerk genauso auf das Stigmaerleben der Betroffenen zu richten (vgl. Angermeyer 2003:358ff).

Die von Angermeyer einbezogenen Arbeiten gehen alle von erwachsenen psychisch Kranken aus. Eine deutliche Forschungslücke ist für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erkennen. Denn auch hier kann das soziale Phänomen der Stigmatisierung zum Problem werden und analog zu Erkenntnissen aus dem Erwachsenenbereich Früherkennung, Behandlungsbereitschaft, Rehabilitation, Compliance und Rückfallrate negativ beeinflussen (vgl. Angermeyer 2003:365).

## **2.2 Das Phänomen der Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen in der empirischen Forschung**

„Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt.“ (Steinhausen 2000:14) So lautet eine mögliche Definition, die den Begriff psychische Störung erläutert und