

2 „Alles besser als ein Geisteskranker...“ – vom Stigma und seinen Folgen

Diesen Satz und weitere Sätze, die Sie im Anhang vorfinden, sind nicht frei erfunden. Die Wirklichkeit ist schlimmer: Diese Sätze wurden tatsächlich geäußert.

Adressat und Empfänger war Christian Horvath, der als Psychiatrie-Erfahrener in der Selbsthilfe tätig ist und Äußerungen ihm gegenüber gesammelt hat, die sich tief in sein Gedächtnis eingruben. Er präsentierte die „Sprüchesammlung“ auf einem Vortrag anlässlich des Donau-Symposiums im Juni 2000 in Linz zum Thema „Schizophrenie und Stigma“ - die geballte Kraft der Ablehnung, Abwertung und Ausgrenzung tritt uns in Form solcher Bemerkungen entgegen. Es ist beinahe müßig zu sagen, dass krankt macht, was kränkt, wenn wir dem Gesagten nachspüren.

Wir wollen Ihnen solche Sätze nicht vorenthalten. Sie sind Teil der bitteren Realität, mit der Menschen, die an ihrer Erkrankung leiden, noch zusätzlich belastet sind. Im Aufzeigen solcher Formulierungen geht es nicht um political correctness sondern um tiefe Menschenverachtung, deren trauriger Höhepunkt im 20. Jahrhundert gesetzt wurde. Dem ist wenig hinzuzufügen.

Auf den folgenden Seiten finden sich Überlegungen über die Bedeutung des Stigmas, mit dem Menschen mit psychischen Erkrankungen seit jeher behaftet sind: aus historischer Sicht, aus psychotherapeutischer Sicht, aus soziologischer Sicht. Nicht zuletzt stigmatisieren auch in der Psychiatrie Tätige. Vor allem fragen wir uns: Was können wir dagegen oder vielmehr damit tun?

2.1 Stigma hat Tradition - zum historischen Hintergrund der Stigmatisierung H. Hinterhuber

Bedingt durch das negative Numinosum, das seelische Erkrankungen beim Gesunden erzeugt, und die von der Gesellschaft befürchtete Unberechenbarkeit des psychisch Kranken fließen in allen Kulturen und zu allen Zeiten irrationale Momente in die Beurteilung des psychisch kranken Menschen und - damit verbunden - auch der Psychiatrie ein.

In der Betrachtung seelischer Not begegnet uns stets die Gefahr vereinfachender und verkürzender Sichtweisen. Reduktionistische Tendenzen finden wir nicht nur in allen Gesellschaftsstrukturen, diese haben auch stets die Angehörigen der Heilberufe, haben Ärzte und Psychologen durch die Geschichte begleitet. Nicht selten haben in Gegenwart und Vergangenheit Wissenschaftler - und besonders auch - Ärzte am Mythos der Unberechenbarkeit und der Unbehandelbarkeit des psychisch Kranken mitgewirkt und somit einen Beitrag zur Stigmatisierung der betroffenen Patienten geleistet.

Etymologisch leitet sich "Stigma" aus dem Griechischen ab, dort bedeutet es "Brandmal". Cicero gebraucht den Terminus "Stigmatias", um den Gebrandmarkten zu kennzeichnen, Plinius der Ältere verwendet den Ausdruck "Stimosus", um einen Menschen, einen Verbrecher zu benennen, der mit

Brandmalen versehen ist. In der wörtlichen Bedeutung steht das Griechische "stigmein" für "Durchbohren, ein Loch anbringen". Heute wird das Wort "Stigma" in der Bedeutung verwendet, dass eine Person auf Grund eines echten oder vermeintlichen Defizits oder bestimmter Merkmale geächtet und ausgegrenzt wird.

Irrationalität und Emotionalität prägen die Einstellung weiter Bevölkerungskreise gegenüber psychisch Kranken. Die Vorurteile sind in unserer kulturellen Tradition fest verankert, die Wurzeln reichen weit zurück: Eine religiöse Interpretation seelischer Störungen betrachtete in verschiedenen Kulturkreisen den Kranken als einen Sündigen, der - selbst unter Anwendung der Inquisition - auf den richtigen Weg hingeführt werden müsse. Im 18. und 19. Jahrhundert beherrschten spekulative und moralisierende Vorstellungen die Gedankenwelt der deutschen Psychiater, obwohl zur gleichen Zeit an anderen Orten, beispielsweise in Frankreich, die Psychiatrie naturwissenschaftlichen Erklärungen geöffnet wurde. Krankheit wurde besonders von den romantischen Psychiatern vorwiegend als eine Folge sündhafter Vergehungen gesehen. Eine weitere Wurzel der Stigmatisierung psychisch Kranker liegt in der Säkularisierung, die psychisch Auffällige als offenkundige oder anlagemäßige Verbrecher bewertete. Erst die humanitären Taten eines Vincenzo Chiarugi, des Sozialreformers der habsburgischen Toskana, und - etwas später - die Befreiung der Geisteskranken durch Philipp Pinel setzten das Ende der "Gefängnispsychiatrie".

Die Vorurteile, die ihre Wurzeln in den genannten Traditionsströmen haben, bestehen auch heute noch fort, gefördert durch die nationalsozialistische Propaganda, die neben dem Kostenargument und der befürchteten Degeneration des Volkes auch das Moment der "Gefährlichkeit" benutzte, um den Mord an ca. 150.000 psychisch Kranken zu legitimieren.

2.2 Stigmatisierung als Folge intrapsychischer Abwehrprozesse – der psychotherapeutische Gesichtspunkt

H. Meller

Zu den bestehenden umfangreichen Bemühungen, Stigmatisierung zu benennen, sie kenntlich zu machen und gegen sie zu arbeiten („Entstigmatisierung“), sollen im folgenden einige Überlegungen aus psychotherapeutischer Sicht beitragen.

Dieser psychotherapeutische Beitrag ist allerdings - soviel läßt sich schon vorab sagen - unbequem, da er Schuld und Sühne für die Stigmatisierung psychiatrisch Betroffener nicht ausschließlich in vermeintlich veränderbaren gesellschaftlichen Zuständen ortet, sondern an anderer Stelle, nämlich in den je eigenen intrapsychischen Stabilitätsmechanismen.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind zunächst drei grundlegende Dinge zu akzeptieren:

- 1) Psychotherapie und psychotherapeutisches Wahrnehmen und Handeln) stellen eine maßgebliche Erweiterung der psychiatrischen Handlungskompetenz dar. Dass klassische psychotherapeutische

settings für die Behandlung im psychiatrischen Bereich vielfach nur modifiziert verwendbar sind, heißt nicht, dass angewandte Psychotherapie nicht einen hohen Stellenwert in der Organisation und Durchführung (sozial-)psychiatrischer Komplexleistungsprogramme hat und haben muss.

- 2) Die aus der psychotherapeutisch–psychoanalytischen Praxis und Forschung kommenden Begriffe Übertragung und Gegenübertragung stehen für Phänomene, welche im psychiatrischen Kontext gerne übersehen werden, obwohl oder gerade weil sie dort in besonderer Weise und stark ausgeprägt sind. Gerade ein gesichertes Bewusstsein über diese Phänomene wäre jedoch die Voraussetzung für eine menschenwürdige Gestaltung psychiatrischer Verhältnisse.
- 3) Es gibt zwar eine reichhaltige Forschung und eine höchst kontroversielle Diskussion über die Ursachen von Psychosen und psychoswertigen Störungen, der praktische Umgang mit Menschen, die solche Störungen zeigen (das heißt im wesentlichen Beziehungsarbeit), scheint jedoch weit weniger attraktiv zu sein. Die dazugehörige Praxisforschung ist im Verhältnis zur Ursachenforschung stark unterrepräsentiert.

Unter Berücksichtigung dieser drei Grundannahmen läßt sich in aller Vorsicht folgende Hypothese postulieren: Es scheint, als ob größere seelische Funktionsstörungen, wie sie mit den diagnostischen Bezeichnungen Psychose und psychoswertige Störungen gemeint sind, ein ihnen innewohnendes Gefahrenpotential besitzen würden. Gefahr allerdings nicht in dem Sinn, wie es uns der Vorgang der Stigmatisierung nahelegen will, bei dem wir einen Menschen über den äußeren Vorgang der Etikettierung mit negativen Eigenschaften belegen - im Fall von sogenannten „psychischen Kranken“ etwa mit der Eigenschaft unberechenbar, asozial, kriminell oder gefährlich.

Vielmehr scheint es so zu sein, als ob der Kontakt mit Menschen mit seelischen Störungen auch in anderer Hinsicht „gefährlich“ wäre, nämlich hinsichtlich der eigenen inneren Stabilität. Das psychotische Geschehen repräsentiert nicht nur eine schwere Gefährdung des seelischen Gleichgewichts des von ihr unmittelbar betroffenen Menschen. Es gefährdet auch jeden, der mit einer Person, die Zeichen einer psychotischen inneren Organisation zeigt, zu tun hat, also im engeren Kontakt oder in Beziehung zu dieser Person steht. Diese Gefährdung bleibt großteils unbewusst, da die eigene seelische Integrität und „Normalität“ für jeden Menschen einen sehr hohen - auch narzisstischen - Stellenwert besitzt. Dies gilt ganz besonders für Menschen, welche in psychiatrischer Professionalität arbeiten müssen. Hier dient das „ICH bin NICHT verrückt“ nicht nur als Konstituente eines stabilen Ich und Selbst - wie bei jedem anderen -, sondern zusätzlich als Differenzierung und Unterscheidungskriterium zu den betroffenen Menschen oder zu Berufskollegen Man will keinesfalls Subjekt einschlägiger Witze sein, welche z.B. Psychiater und Patienten auf eine Ebene der Verrücktheit stellen, oder Gegenstand von Redewendungen wie „Wer Psychologe wird, braucht selber einen“.

Um die seelische Stabilität aufrecht zu erhalten, *muss* die Gefährdung des eigenen Funktionierens unbewusst bleiben. Die psychotherapeutische Forschung hat dazu ausführliche Konzepte entwickelt und ein ganzes Arsenal von sogenannten Abwehrmechanismen beschrieben. Der Kontakt zu psychosebetroffenen Menschen führt also dazu, dass sich bei den „Gesunden“ die jeweiligen „gesunden„ Abwehrmechanismen verstärken. Gleichzeitig bleiben diese psychischen Geschehnisse weitgehend unbewusst.

In der Folge und im Lauf der Zeit bilden sich aus den vielen individuellen Abwehrhaltungen kollektive spezifische Abwehrmuster. So kann die Summe zunächst persönlicher Abwehrhaltungen zu einer Gemeinschaftshaltung werden.

Einige typische Abwehrmuster lassen sich herausarbeiten im Sinn von Haltungen oder Verhaltensweisen Betroffenen gegenüber. Diese Haltungen können durchaus zuwiderlaufend oder gegensätzlich sein, in der gesellschaftlichen Gesamtorganisation führen sie als Summenfaktor der Haltungen von Subsystemen zum Gesamtphänomen der Stigmatisierung.

Einige dieser typischen Abwehrhaltungen (Gegenübertragungsfixierungen) und daraus resultierende Verhaltensweisen psychotischen Menschen gegenüber sind folgende:

1. Die allgemeine „geographische“ Abwehrhaltung: „Bei uns soll es keine solchen geben. Hauptsache, sie sind woanders, wo sie uns nicht stören.“
2. Die antipsychiatrische Abwehrhaltung: „Es gibt keine Psychose. Empfindliche Menschen werden zu Opfern gemacht. Täter sind gesellschaftliche Machtstrukturen, allen voran die Psychiatrie.“
3. Die sozialutopische Abwehrhaltung: „Menschen mit Psychosen sind die wahren Menschen. Früher wären sie heilig gesprochen worden.“
4. Die soziotherapeutische Abwehrhaltung: „Man muß alles tun um zu helfen. Schuld sind unzureichendes Verständnis für soziale Angelegenheiten. Man bräuchte viel mehr Geld.“
5. Die naturwissenschaftliche Abwehrhaltung: „Psychotische Menschen sind grundsätzlich anders. Ihre vererbte Stoffwechselstörung behindert ihr seelisches Funktionieren. Allenfalls können Medikamente die Funktion verbessern.“
6. Die entwicklungspsychologisch–psychoanalytische Abwehrhaltung: „Tiefe Störungen des seelischen Erlebens sind in frühester Kindheit durch Fehlbehandlung verursacht. Frühe Störungen sind schlecht behandelbar und äußerst mühsam in der konkreten Praxisarbeit.“

Die beschriebenen Abwehrhaltungen betreffen in exemplarischer Weise vor allem den Bereich Psychiatrie und damit die in diesem Bereich tätigen Personen. Man könnte noch einige weitere Haltungen herausarbeiten, wollte man die Liste vollständig machen. Bedeutsam scheint, wie unterschiedlich einerseits, wie effektiv und relevant andererseits Denkmuster und Überzeugungen dazu führen, den von den Betroffenen so dringend benötigten menschlichen Kontakt in irgendeiner

Weise zu vermeiden, ihn zu reduzieren oder unter extreme Vorgaben zu stellen, sodass im Endeffekt menschliche Abwertung die Folge ist.

Der Prozess der Stigmatisierung ist so gesehen ein sehr grundlegendes psychisches Phänomen und eines, an dem man sehr schnell tätigen Anteil hat, ohne es je selbst zu merken.

Heiler, Planer, Helfer, Reformateure, Verantwortliche und gesellschaftliche Größen glauben sich ja durchaus in bester Absicht, wenn sie heilen, planen, helfen, reformieren usw. Da es sich größtenteils um unbewusste und in der intrapsychischen neurotischen Organisation ja durchaus um normale Vorgänge handelt, ist dies auch niemandem persönlich zum Vorwurf machen.

Die Psychotherapie könnte zur Entstigmatisierung einen Beitrag leisten, indem sie soziologische und historische Betrachtungsweisen um die Benennung jener innerpsychischen Prozesse bereichert, die das was wir Stigmatisierung nennen, ausmachen und die letztlich immer dazu führen, den Kontakt, die Begegnung und Beziehung zu anderen Menschen zu reduzieren oder zu verunmöglichen.

Um die Entwicklung in diese Richtung zu lenken, ist es notwendig, Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis zu fördern. Im Bewusstsein eigener Anteile kann sich eine Reflexionskultur etablieren, die eine offene konstruktive und wertschätzende Auseinandersetzung ermöglicht - im Sinne eines letztlich kulturellen und damit auch mühsamen Prozesses.

2.3 Folgen der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

U. Meise, R. Schmid

In der vorwiegend soziologischen Literatur der 50er und 60er Jahre findet das Thema „Stigma und psychische Erkrankung“ viel Beachtung, die dann wieder verebbte, um in der Gegenwart wieder verstärkt bearbeitet zu werden. Dafür sind mehrere Faktoren mitverantwortlich: In den westlichen Gesellschaften halten sich trotz des erhöhten Bildungsstandards scheinbar unverrückbar und durch alle Bevölkerungsschichten durch Vorurteile und hartnäckige Stereotypen gegenüber psychisch Kranken und psychischen Erkrankungen. Im besonderen prägen zwei Vorstellungen das Denken und Verhalten gegenüber Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen:

- Psychische Erkrankungen sind unheilbar und unheilbar.
- Psychisch Kranke sind unberechenbar und gewalttätig.

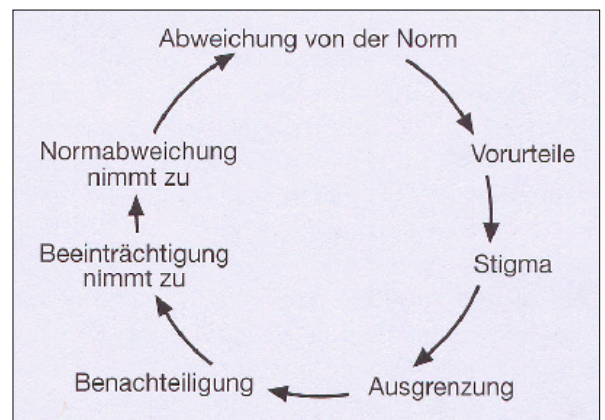
Zu diesen Vorurteilen gesellen sich gravierende Defizite, was den allgemeinen Informationsstand über psychische Erkrankungen betrifft. Dies beruht u.a. auf der mangelnden Bereitschaft, sich entsprechendes Wissen anzueignen. Das Unwissen einerseits, die Fehlmeinungen und Vorurteile andererseits bestimmen jedoch in einem hohen Maße die Heilungs- und Integrationschancen der Betroffenen wie auch die psychiatrische Versorgungspraxis. Um Stigma und Diskriminierung wirksam entgegenzutreten zu können, ist es erforderlich, sich mit den Grundlagen hinsichtlich ihres Entstehungsprozesses und ihrer Dimensionen auseinanderzusetzen. Die Entwicklung dauerhafter

Überzeugungen und Meinungen gegenüber Objekten, Personen oder Gruppen läßt sich auf drei Ebenen beobachten:

- der kognitiven (Informationsstand)
- der affektiven (Emotionen gegenüber dem „Einstellungsobjekt“) und
- der verhaltensbezogenen (Verhalten, Bereitschaft zum sozialen Handeln)

Diese Ebenen stehen wechselseitig in Verbindung zueinander; Änderungen in der einen Dimension führen zu Veränderungen in der anderen.

Die schematische Darstellung zeigt, wie sich Stigma und Diskriminierung regelhaft und heute noch offensichtlich unausweichlich entwickeln. Der Kreislauf gibt aber auch Hinweise darauf, dass es möglich wäre, zu jedem Zeitpunkt dieser Entwicklung entstigmatisierend intervenieren zu können. Sobald eine Person als „psychisch krank“ erkannt bzw. abgestempelt wird, reagiert die



Gesellschaft nach den bekannten Einstellungsstereotypen. In Abhängigkeit von den jeweiligen kulturellen Normen und Bräuchen ruft diese als „anders“ betrachtete Person bestimmte emotionale Reaktionen hervor; ihr werden auch gewisse vorgefasste Eigenschaften zugeschrieben. Für eine solche Etikettierung reicht oft die bloße Vermutung aus, dass jemand in der Psychiatrie behandelt wurde. Negative Einstellungen werden auch negative Handlungen zur Folge haben. Die Diskriminierung psychisch Kranker als Ausdruck dieser negativen Einstellung kann verschiedene Formen annehmen und wirkt in alle Lebensbereiche. Falls z. B. bekannt ist, dass jemand in psychiatrischer Behandlung war, sind seine Aussichten, bei einer Bewerbung um einen Arbeitsplatz berücksichtigt zu werden, äußerst gering bzw. ist er von einer Bewerbung ausgeschlossen.

Für Menschen, die psychisch krank sind oder es waren, bedeuten diese Ausgrenzungen eine zusätzliche Belastung, die es ihnen wesentlich schwerer macht, ihre Krankheit zu überwinden und ein normales Leben zu führen.

2.3.1 Das Stigma aus der Sicht von Patienten

Die wenigen Untersuchungen, die sich mit der Sicht der Patienten beschäftigten, zeigten recht deutlich das Ausmaß und die Art und Weise, wie sie Stigma und Diskriminierung erleben. Auch belegen sie, welche enormen Auswirkungen diese auf Genesung und Heilung und somit auf die Lebensqualität der Betroffenen haben. Neben den bekannten stigmatisierenden Erfahrungen durch die Öffentlichkeit - man denke z.B. an die Medienberichterstattung - werden Psychiatriebetroffene

oft durch Familienangehörige, Arbeitskollegen, die Kirche und sogar durch die in der Psychiatrie professionell Tätigen diskriminiert. Dies trägt sehr wesentlich zur Entmutigung und dem Gefühl minderwertig zu sein bei; Psychiatrieerfahrene fühlen sich dadurch verletzt und hilflos diesen Angriffen ausgesetzt. Die Mehrzahl der Betroffenen versucht, die psychische Erkrankung vor ihrem sozialen Umfeld geheim zu halten, und lebt in ständiger Angst, „enttarnt“ zu werden.

Christian Horvath, ein Psychiatrieerfahrener, der sich in der Selbsthilfe engagiert, kämpft für ein Umdenken, für eine andere Sichtweise im Umgang mit psychisch Kranken. In folgender Abbildung gibt er seine Interpretation zu dem an, womit er am häufigsten konfrontiert wird.

Vorurteil: Psychisch Kranke sind ...	Argument: Nein, vielmehr sind sie ...
sind intellektuell nicht für voll zu nehmen	sensibler und durch plötzliche Einwirkungen von außen leichter zu irritieren
Träge	durch ihre Krankheit und deren Bewältigung so sehr in Anspruch genommen, dass ihnen oft die Energie zu anderen Aktivitäten fehlt
unberechenbar, gefährlich	in dem, was „Normalen“ als Wirklichkeit erscheint, höchst verunsichert in der Regel nicht gefährlicher als die Allgemeinbevölkerung
Sozialschmarotzer	Opfer ihrer Krankheit, die sie sich nicht haben aussuchen können. Soziale Ausgrenzung erschwert zusätzlich ihre Integration.
eine Belastung für die Familien	oft Symptomträger dieser Familien
Unrealistisch	in anderen Wirklichkeitssystemen zu Hause, sprechen dadurch eine andere Sprache. Erst durch Entschlüsselung dieses Codes wird die für normal erachtete Wirklichkeit auch für „Normale“ wieder sichtbar.
zu allem fähig und zu nichts zu gebrauchen	ein wertvoller Bestandteil unserer Gesellschaft. Die Frage an sie darf nicht sein: „Was können Sie nicht“, sondern sollte eher lauten: „In welchem Bereich liegen ihre Möglichkeiten?“ – denn Integration ist das Ziel

Nach C. Horvath, in: Presseinformation der Österreichischen Schizophrenie-Gesellschaft

2.3.2 Das Stigma und seine Folgen: die zweite Krankheit

Der Psychiater Asmus Finzen beurteilt die negativen Auswirkungen von Stigma und Diskriminierung auf den Lebensvollzug der Betroffenen so ausgeprägt, dass er von einer „zweiten Krankheit“ spricht, die aus diesem Umstand entstehen kann: In der Tat sind Vorurteile und Stigmatisierung ein wesentliches - wenn nicht das wesentliche - Hindernis für Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation. Sie führen zu

- **Störungen des Selbstwertgefühls:** Stand jemand einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung in psychiatrischer Behandlung, so kann die bestehende Stigmatisierung und die Übernahme von zuvor genannten negativen Stereotypen dazu führen, dass Betroffene sich selbst abwerten und die Fähigkeit verlieren, den entsprechenden Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden bzw. selbst zu ihrer Bewältigung beizutragen. Sie geraten dann in Gefahr, selbst der Meinung zu sein, dass sie ihr Leben nicht mehr gestalten können und sich auf Dauer abhängig von fremder Hilfe oder sogar unheilbar erachten.

- **Isolation und Handicaps:** Psychisch erkrankte Menschen haben im Vergleich zu sogenannten psychisch Gesunden lediglich 20 - 25 % der üblichen sozialen Kontakte. Die Isolation, die auch ihre Familien betrifft, führt mit der Zeit zur Abnahme des sogenannten sozialen Netzwerkes. Ein tragfähiges soziales Netzwerk mit vertrauensvollen Beziehungen hat jedoch einen wesentlichen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf und die soziale Integration. Die Erkrankung zieht weitere soziale Benachteiligungen nach sich, die mit der ursprünglichen Krankheit in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen: Die Chancen, eine eigene Wohnung zu bekommen oder eine Arbeitsstelle zu erlangen, sind für Betroffene wesentlich niedriger als für sogenannte Gesunde. Gerade der Bereich Arbeit hat bei den Betroffenen selbst jedoch einen hohen Stellenwert auf ihrer Wunschliste. Tatsache ist, dass ein Großteil psychisch kranker Menschen arbeitslos ist. Als Folge müssen viele (ehemalige) Kranke am Rande unserer Gesellschaft leben, oft mit Mitteln versehen, die unter dem Existenzminimum liegen. Häufig bewegen sie sich im verhängnisvollen Bermudadreieck zwischen psychiatrischem Krankenhaus, Sozialfürsorge und Obdachlosenhilfe, aus dem es schwer ein Entrinnen gibt.
- **Verzögerungen in der Behandlung:** Psychische Erkrankungen werden oft erst spät erkannt. Dies ist nicht nur auf die Wissensdefizite zurückzuführen. Vor dem Hintergrund der Vorurteile verständlich, dass Betroffene und ihre Familien es oft ablehnen, spezifische Hilfen aufzusuchen. Auch besteht eine Abwehr, eine Krankheit zu akzeptieren, die in der Öffentlichkeit mit Eigenschaften wie Minderwertigkeit, Nutzlosigkeit oder Unheilbarkeit belegt wird. Durch die Ablehnung der Krankheit läuft man dann selbst nicht mehr Gefahr, die von der Gesellschaft so zugeordneten Rollen zu übernehmen, d.h. sich selbst als „schwach“, „unheilbar krank“ zu erleben. Ebenso werden psychiatrische Kliniken, Therapeuten oder Medikamente als Folge des Stigmas häufig abgelehnt. Die Behandlungsmethoden der Psychiatrie werden häufig als dilletantisch, unwirksam oder gar sadistisch angesehen. Wer begibt sich schon gerne in die Obhut so bewerteter Institutionen oder Menschen? Die Folgen einer verspäteten Behandlung sind jedoch gleich wie bei anderen Erkrankungen: Das Risiko der Chronifizierung steigt.
- **Mängel an Behandlungsmöglichkeiten:** Im Vergleich zu anderen Bereichen unseres fortschrittlichen Gesundheitswesens werden für die moderne Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker immer noch zu wenig Mittel zur Verfügung gestellt. Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung unterscheiden sich bezüglich ihrer Vorurteile nicht von der Allgemeinbevölkerung. Berücksichtigt man den kürzlich von der Weltbank, WHO und Havard University herausgegebenen Bericht „The Global Burden of Diseases“, wird die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesundheit der Bevölkerung wie auch die defizitäre Lage der Behandlungsmöglichkeiten deutlich. Unter den zehn häufigsten Erkrankungen, die zu einer

Behinderung und somit zu einer Verringerung der Lebensqualität führen, finden sich vier psychische Erkrankungen. An erster Stelle stehen dabei depressive Störungen, von denen lediglich 30% behandelt werden. Fehlende Behandlungsmöglichkeiten wirken sich zusätzlich auf die Volkswirtschaft negativ aus; unter den Krankheitsgründen, die zu vorzeitiger Berentung führen, sind psychische Störungen die Spitzenreiter.

- **Vermeidbaren Krankheitsrückfällen:** Wie auch bei anderen Erkrankungen ist für die bestmögliche Heilung die aktive Mitarbeit der Patienten erforderlich. Das Leiden an einer „unanständigen Krankheit“ untergräbt in vielen Fällen die Mitarbeitsbereitschaft. Zusätzlich sind Stigma und Diskriminierung häufig Auslöser von durchaus vermeidbaren Erkrankungsrückfällen. Durch die Kenntnis der eigenen Verletzlichkeit, das Erlernen des Umgangs damit und durch eine entsprechende Behandlung können Rückfälle verhindert und ihre sozialen Auswirkungen vermieden werden.
- **unrichtigen Darstellungen psychisch Kranker in den Medien:** In Zeitungen und vor allem in Filmen wird häufig ein verzerrtes Bild psychisch kranker Menschen - und dies in Übereinstimmung mit der öffentlichen Meinung - weitergegeben. Da sie eine starke meinungsbildende Kraft haben, häufig persönliche Erfahrungen ersetzen und die Hauptinformationsquelle auch für psychiatrische Themen darstellen, trägt das von ihnen gezeichnete Bild zur Verfestigung der Stereotypen bei. Besonders Filme haben eine große Kraft, denn „Bildwelt schafft Weltbild“, wie es der Philosoph Elmar Waibl auf den Punkt gebracht hat. Auch der beliebte Kommissar Moser (dargestellt von Tobias Moretti) musste in der Serie „Kommissar Rex“ vor Millionen Österreicherinnen und Österreichern durch die Hand eines psychisch kranken Serienmörders, der diabolisch und sadistisch gezeichnet wurde, sterben. So verfestigt sich das Bild des psychisch Kranken als gefährlichem Verrückten in der Öffentlichkeit; Psychische Krankheiten werden dramaturgisch verzerrt und missbraucht, um Spannung, Gruseln und Angst zu erzeugen - der Schaden für die Betroffenen ist enorm. Als Folge davon tritt man ihnen mit Angst, Misstrauen entgegen, grenzt sie aus, „geht ihnen lieber aus dem Weg“.

2.3.3 Was tun gegen Vorurteile? Zur „Behandlung“ des Stigmas

Vorurteile gegenüber psychisch Kranken sind nicht leicht zu verändern, da diese Haltungen auch sozial akzeptiert sind, d. h. ein gesellschaftlicher Konsens bezüglich der Meinung und des Verhaltens besteht. Eine entsprechende Aufklärung und Information der Bevölkerung und Belege dafür, dass diese Erkrankten z. B. nicht gefährlicher sind als die sogenannte normale Bevölkerung bewirken für sich allein genommen wenig. Auch dieser Beitrag, der zum Nachdenken und zur Auseinandersetzung anregen soll, wird bei den Leserinnen und Lesern wenig bewirken, wenn nicht

die Bereitschaft besteht, sich mit dieser Thematik persönlich auseinanderzusetzen. Auch haben in der Psychiatrie Tätige bisher zu wenig erkannt, dass das Phänomen Stigma von enormer Bedeutung ist.

Daher geht es zunehmend um die Frage, was die Psychiatrie bzw. die in der Psychiatrie Tätigen beitragen können, um diese negative Sicht zu verändern. Friedrich Nietzsche bemerkte bereits: Wir sind aufgerufen ... die Phantasie des Kranken zu beruhigen, dass er wenigstens nicht wie bisher, mehr von seinen Gedanken über seine Krankheit zu leiden hat, als von der Krankheit selber - Ich denke das ist etwas! Und es ist nicht wenig! In diese Richtung zielt eine internationale Aufklärungskampagne der World Psychiatric Association (WPA), die unter Zuhilfenahme moderner Kommunikationstechniken darauf abzielt, Mythen und Missverständnissen, mit denen der Krankheitsname Schizophrenie umgeben ist, öffentlich anzusprechen und zu entkräften. Nach den Richtlinien der WPA wurde auch in Österreich eine Kampagne initiiert.

Neben Bemühungen, die Behandlung und ihre Rahmenbedingungen zu verbessern, muss auch eine öffentliche Auseinandersetzung mit den Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen oder psychiatrischen Institutionen erfolgen. Anti-Stigma-Arbeit muss sich auch nach innen richten. Wie bereits ausgeführt, gibt es Hinweise, dass Behandler oder auch Betroffene selbst gegenüber psychisch Kranken häufig auf Distanz gehen. Das Anti-Stigma-Programm der WPA könnte dazu beitragen, dass uns diese Problematik bewusster wird und wir der „Behandlung“ des Stigmas auch über diese Kampagne hinaus größere Aufmerksamkeit schenken.

Grundsätzlich können Interventionen, die sich gegenseitig bedingen und kombinieren lassen, einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten. Dazu zählen

- **Empowerment:** PatientInnen sollen viel stärker als bisher als Partner in die Behandlung einerseits, in psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit andererseits miteinbezogen werden. Niemand kann Erfahrungen „aus erster Hand“ so direkt vermitteln wie sie. Die Übernahme von Selbstverantwortung setzt jedoch ihre „Qualifizierung“, d. h. die entsprechende Information und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien voraus, nicht nur was die Krankheit, sondern auch was die Stigmabewältigung betrifft. Dass sich Patienten wie auch ihre Angehörigen aus Gründen eines „Selbstlabellings“ oder Scham in Isolation begeben, muss ebenso berücksichtigt werden wie ihre Miteinbeziehung in das Erkennen und die Aufklärung über das Stigma.
- **Verbesserte Behandlung:** Wenn in der Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen von 1992 z. B. geschrieben steht „Jeder Patient hat das Recht, nach Möglichkeit in der Gemeinschaft, in der er lebt, behandelt und gepflegt zu werden“ „nach den gleichen Normen wie andere Kranke“, so kommt der „Behandlung“ zur Bekämpfung des Stigmas ein wesentlicher Stellenwert zu. Neben der Symptomreduktion und der Vermeidung von

Nebenwirkungen pharmakologischer Behandlung sind v. a. rehabilitative Bemühungen mit dem Ziel der sozialen Integration von Bedeutung.

- **Gesundheits- und Sozialberufe - Ausbildung:** Psychiatrischen Themen muss in der Ausbildung von Gesundheits- und Sozialberufen ein entsprechender Raum eingeräumt werden. Untersuchungen, die z. B. bei Medizinstudenten durchgeführt wurden, zeigen, dass diese gegenüber psychisch Kranken eine höhere soziale Distanz aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Dies lässt folgende Vermutung zu: Je näher der Kontakt zum „Einstellungsobjekt“, desto mehr Distanz wird eingenommen. Psychodynamische Prozesse (siehe 2.2) lassen sich durch Selbsterfahrung und laufende Supervision sichtbar machen und beeinflussen.
- **Kontakt zu psychisch Kranken und den Behandlungsinstitutionen.** Jede Krankheit, die man als Geheimnis behandelt und heftig genug fürchtet, wird im moralischen wenn nicht sogar im wörtlichen Sinne ansteckend empfunden. So sehen sich viele Menschen mit psychischer Krankheit von Freunden und Verwandten gemieden, schreibt Susan Sontag. Die Behandlung in abgelegenen, von der Heimatgemeinde entfernten psychiatrischen Anstalten fördert diese uns allen innewohnende Neigung. Neben einer Verlagerung von der stationären in die ambulante Behandlung und Rehabilitation müssen diese v. a. im unmittelbaren Lebensfeld der Kranken angesiedelt werden, wie es für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung üblich ist. Dies erst ermöglicht der Bevölkerung, mit dem häufig missachteten oder gefürchteten „Einstellungsobjekt“ - dem psychisch erkrankten Menschen - in Berührung zu kommen. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Kontakt zu jemandem, der psychisch erkrankt war, eine tolerantere Haltung ihm gegenüber bewirkt. Auch das Wissen über die Behandlungs- und Lebenssituation von Betroffenen wirkt entstigmatisierend. Dies wird nur durch ein gemeindenahes Behandlungssetting ermöglicht. Auch verhindert die frühzeitige bzw. rechtzeitige Behandlung die soziale Ausgrenzung.
- **Aufklärung und Information von „Meinungsführern“:** Vor dem Hintergrund der „Opinionleader-Theorie“ kommt Haltungen von Personengruppen, die in Hinblick auf psychiatrische Themen meinungsführend sind und Informationsinhalte und -kanäle bestimmen, eine zentrale Bedeutung zu. Dazu zählen alle Personengruppen, die an Knotenpunkten des Gesundheits- und Sozialwesens aktiv sind, wie z. B. Ärzte, Pflegepersonal, Politiker, Beamte, Lehrer, Polizisten, Journalisten, Richter, etc. Manche Personen, die in diesem Bereich tiefgreifende Entscheidungen zu treffen haben, verfügen nach wie vor über ein mangelhaftes Wissen, das gepaart ist mit der mangelnden Bereitschaft, fachlich richtige Informationen auch anzunehmen.

- **Aufklärung und Information Jugendlicher und Lehrer:** Viele psychische Erkrankungen treten erstmals in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter auf. Als zukünftige Entscheidungsträger zeigen sich Jugendliche bei entsprechenden Informationen und Kontakten mit Menschen, die über ihre eigene psychische Störung berichten, wesentlich bereiter, gängige Einstellungen zu verändern. Würden in Zukunft Lehrer besser aus- und fortgebildet werden und auch Themen hinsichtlich der psychischen Gesundheit verstärkt im Schulunterricht Eingang finden, würde dies nicht nur eine tolerantere und realitätsgerechtere Einstellung gegenüber psychisch Kranken fördern, sondern auch präventiv wirksam sein.
- **Diskriminierungen im gesellschaftlichen Leben aufdecken.** Unsere Gesetzestexte sind immer noch voll von diskriminierenden Formulierungen wie z.B. „Geisteskranker“ oder „Behinderter“. Diskriminierungen inhaltlicher Natur finden sich beispielsweise im Kirchenrecht: Dort stellt die psychische Erkrankung einen der wenigen Gründe für die Auflösung einer Ehe dar. Auch subtilere Formen von Diskriminierung sind ins Bewusstsein zu bringen: Welche Auswirkungen haben Formulierungen wie „Waren Sie in psychiatrischer Behandlung“? oder „Sind psychiatrische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt“?, wie sie auf Bewerbungsbögen oder im Rahmen der Musterung zum Militärdienst zu finden sind? Sind die Chancen, bei einer Bewerbung berücksichtigt zu werden, wirklich gleich, wenn man solche Fragen mit „ja“ beantwortet? Warum muss ein Mensch, wenn seine Aufnahme in der Psychiatrie sanitätspolizeilich bekannt wurde, sich einem Führerschein-Gutachten unterziehen, das er zusätzlich selbst zu bezahlen hat? Warum brauchen andere Kranke, deren Fahrtauglichkeit aufgrund ihrer Erkrankung irgendwann einmal in Frage gestellt sein könnte, sich dieser teuren und entwürdigenden Prozedur nicht unterziehen? Warum haben die Bestätigungen, dass die GES-Kartei (Geisteskrankenkartei) abgeschafft wurde, lediglich offiziellen Charakter? Wurden die Grundsätze des Maßnahmenvollzuges für „geistig abnorme Rechtsbrecher“ (man beachte diese Formulierung!) hinsichtlich einer möglichen Diskriminierung je überprüft? Solche und viele weitere tatsächliche oder verdeckte Diskriminierungen von psychisch Kranken zeigen, dass Stigmatisierung gesellschaftlich tief verankert ist.

2.4 Konkrete Antistigma-Arbeit oder „Schizophrenie hat viele Gesichter“

R. Schmid, U. Meise

In der Absicht, negative Sichtweisen in Bezug auf psychische Erkrankungen zu verändern, startete die World Psychiatry Association eine Aufklärungskampagne, die versucht, Mythen und Missverständnisse in Verbindung mit dem Krankheitsnamen "Schizophrenie" zu thematisieren.

Norman Sartorius und Mitarbeiter erstellten die Richtlinien einer Kampagne, die bereits in 80 Ländern umgesetzt wird und zwei Schwerpunkte verfolgt:

- eine breit angelegte Aufklärung der Bevölkerung unter Einbindung der unterschiedlichsten Medien
- die Information von Opinion-Leadern, um psychiatrische Themen in der Öffentlichkeit adäquat vertreten zu können.

Ab August 2000 nimmt auch Österreich an der Umsetzung des Programms teil, das getragen wird von der pro mente austria, der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie sowie der Österreichischen Schizophreniegesellschaft. Neben bundesweiten TV-Spots und einer Info-Hotline sowie Informationsbroschüren sollen regionale Aktivitäten das Thema in den öffentlichen Diskurs bringen. Der Titel der Österreich-Kampagne lautet "Schizophrenie hat viele Gesichter"

2.4.1 Schizophrenie: die Krankheit verstehen. Information und Aufklärung an Schulen

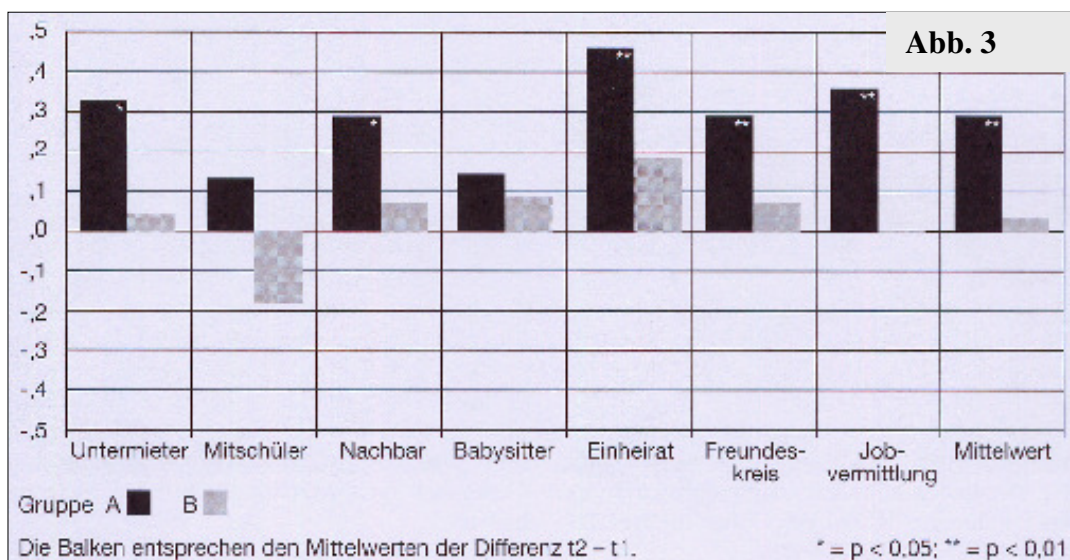
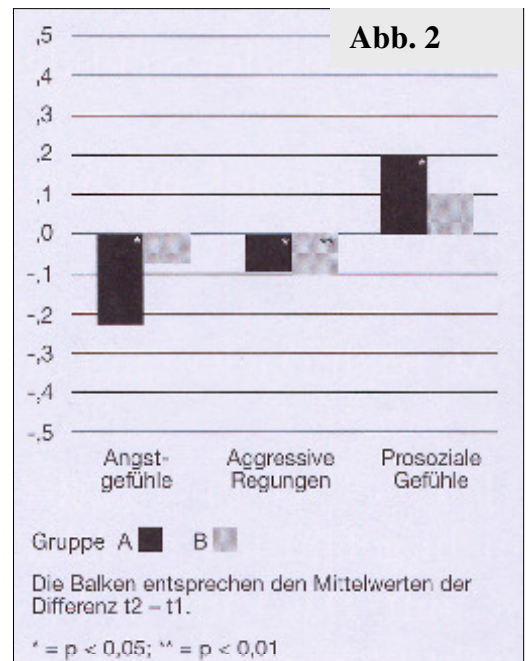
Pilotprojekt der GPG

Die GPG hat bereits im Vorfeld der Kampagne in Tirol eine Schulaktion unter obigem Titel initiiert. Ein Pilotprojekt, das wissenschaftlich begleitet wurde, diente der Vorbereitung.¹ Das Pilotprojekt sollte in Erfahrung bringen, ob

- eine Informationsveranstaltung im Ausmaß von zwei Schulstunden eine Einstellungsänderung bewirkt
- die Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener Auswirkungen auf die erwartete Einstellungsänderung hat

Jeweils zwei Schulstunden lang wurden SchülerInnen der Oberstufe im Fach Psychologie über Ursachen, Erscheinungsformen, Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Störungen informiert. Insgesamt nahmen 114 SchülerInnen am Pilotprojekt teil. Die Informationen wurden in Gruppe A durch eine Betroffene und einen Psychiater, in Gruppe B durch eine Sozialarbeiterin und einen Psychiater vermittelt. Das Setting und die didaktische Aufbereitung waren für alle Schulklassen gleich. Die begleitende Evaluation wurde mit Hilfe von Fragebögen durchgeführt, die jeweils in der Stunde vor und nach der Veranstaltung von den Schülerinnen und

Schülern ausgefüllt wurden. Den Fragebögen war eine kurze Fallgeschichte vorangestellt, in der ein fiktiver Mitschüler beschrieben wurde, der die Symptome einer paranoiden schizophrenen Störung gemäß DSM IV-Kriterien aufweist. Die Befragten gaben vor der Informationsveranstaltung großes Interesse an psychischen Erkrankungen an und schätzten ihr Wissen darüber als eher niedrig ein. Zu den wichtigsten Informationsquellen für psychische Erkrankungen zählen die Schule sowie TV- und Kinofilme, 97,4% ist der Begriff „Schizophrenie“ bekannt. Besonders auffallend waren die Unterschiede hinsichtlich der Einstellungsveränderungen in Gruppe A und B: In Gruppe A - in der die Informationen durch eine Psychiatrie-Erfahrene und einen Psychiater vermittelt wurden - kam es zu deutlichen Verbesserungen der Einstellung, v.a. in der emotionalen Reaktion und Akzeptanz. Angstgefühle nahmen deutlich ab und prosoziale Gefühle wie Sympathie, Helfen Wollen usw. zu (Abb. 2), vor allem verringerte sich die soziale Distanz: In der Gruppe A waren die Jugendlichen viel bereit, eine Person mit psychischen Störungen im Freundeskreis, als Kollegen, als Untermieter usw. zu akzeptieren (Abb. 3). In Gruppe B (die Information wurde ausschließlich durch Experten vermittelt) waren diese Veränderungen nicht in diesem Ausmaß bzw. gar nicht zu beobachten.



Darüber hinaus gaben alle Befragten an, noch mehr über psychische Erkrankungen erfahren zu wollen. Als direkten Schluss aus dem Pilotprojekt zog die GPG die Erkenntnis, dass der direkte

¹ Die detaillierte Auswertung erscheint unter dem Titel „...nicht gefährlich, aber doch furchterregend“. Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen in der *Psychiatrischen Praxis* 2000; 27:1-7.

Kontakt zwischen SchülerInnen und Psychiatrie-Erfahrenen unbedingt zu fördern ist, da Informationen „aus erster Hand“ und das persönliche Gespräch am ehesten verzerrten Bildern und Ängsten entgegenwirken und einen normalisierten Umgang fördern. Das Pilotprojekt hat bestätigt, dass die reine Wissensvermittlung ohne den Kontakt zu einer von psychischer Erkrankung betroffenen Person nicht ausreicht, um Einstellungen nachhaltig zu verändern - denn die Bereitschaft zu sozialem Handeln wird wesentlich durch gefühlsmäßige Einstellungen bestimmt. Durch die Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen als „Experten in eigener Sache“ ist die notwendige emotionale Bezugnahme gewährleistet.

Tirolweite Schulaktion der GPG im Sommersemester 2000

Aufbauend auf den Ergebnissen des Pilotprojekts veranstaltete die GPG in Zusammenarbeit mit der Univ.-Klinik für Psychiatrie und dem Landesschulrat für Tirol im Sommersemester 2000 eine tirolweite Schulaktion, die sich an Oberstufenklassen richtete.

Die Ausschreibung erfolgte im Jänner über den Tiroler Landesschulrat sowie über ein direktes Mailing an alle Tiroler Psychologie-LehrerInnen. Zusätzliche Pressearbeit verstärkte das Interesse von seiten der Schüler und Lehrer. Das Angebot bezog sich auf die Bezirke Innsbruck-Stadt und Land, Imst, Kufstein, Landeck, Lienz und Schwaz. Die Jugendlichen konnten sich zwei Schulstunden lang in Diskussionsform über Schizophrenie informieren. Mit der Einladung in die Zentren der GPG war auch das Ziel verbunden, Schwellenängste abzubauen und konkrete Räume und MitarbeiterInnen zu zeigen. Falls ein Kommen von seiten der Klassen nicht möglich war, wurden die Veranstaltungen in den Schulen abgehalten. Die Informationen wurden von einem Psychiatrie-Erfahrenem sowie einem Mitarbeiter der GPG übermittelt. Im Vordergrund der zwei Schulstunden stand die persönliche Begegnung; allgemeine Informationen über Ursachen, Erscheinungsformen, Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Störungen ergänzten die biographischen Ausführungen. Beabsichtigt war eine möglichst hohe Selbstbeteiligung der SchülerInnen in Form einer Diskussionsrunde.

Das Interesse von seiten der Schulen war überraschend groß: Zwischen März und Juni 2000 informierten sich 41 Schulklassen mit ca. 600 SchülerInnen zum Thema „Schizophrenie“. 57% der Veranstaltungen fanden in Innsbruck statt, der Rest in den Bezirken. 78% der Jugendlichen waren weiblich, 80% zwischen 16 und 18 Jahre alt. Nach der Veranstaltung füllten die SchülerInnen einen Feedback-Bogen aus, der Rücklauf betrug 80% und brachte folgende Ergebnisse:

96% bewerteten die Veranstaltung mit „sehr gut“ und „gut“; auffallend war, dass vor allem die befragten Frauen eine insgesamt positivere Bewertung abgaben. Im besonderen schätzten die SchülerInnen den direkten Kontakt mit den Psychiatrie-Erfahrenen. 88% geben an, besser über Schizophrenie informiert zu sein, 89% zeigen mehr Verständnis für Menschen mit psychischen

Störungen und Erkrankungen. 88% wollen noch mehr über psychische Erkrankungen erfahren. Über die Hälfte (58%) gaben an, nach der Informationsveranstaltung mit anderen Personen über das Thema gesprochen zu haben, was einen enormen Multiplikationseffekt bedeutet.

Zeitraum: Februar – Juni 2000 41 Veranstaltungen 548 SchülerInnen, davon weiblich 81 %, 16 – 18 Jahre 79 % geographische Verteilung: Innsbruck: 51 % (22) restliches Tirol (Imst, Landeck, Schwaz, Wörgl, Kufstein, Lienz): 49 % Evaluation – Rücklauf 80 %		
Wie hat Ihnen die Informationsveranstaltung gefallen?	96 %	„sehr gut“/“gut“
Gibt es etwas, das Ihnen besonders gefallen/mißfallen hat? Können Sie dies kurz beschreiben? gefallen: Kontakt mit Psychiatrie-Erfahrener/m	76 %	
Glauben Sie, dass Sie seither Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen mehr Verständnis entgegenbringen?	89 %	ja
Sind Sie seither besser über Schizophrenie informiert?	88 %	ja
Wissen Sie jetzt besser über Behandlungsmöglichkeiten bei schizophrenen Störungen Bescheid?	80 %	ja
Glauben Sie, dass man Menschen mit schizophrenen Störungen helfen kann?	95 %	ja
Glauben Sie, dass unsere Gesellschaft Vorurteile gegenüber psychisch Kranken hat?	90 %	ja
Glauben Sie, dass psychisch Kranke eine Gefahr für die Gesellschaft sind?	80 %	nein
Möchten Sie noch mehr über psychische Erkrankungen erfahren?	88 %	ja
Haben Sie seit der Informationsveranstaltung mit Personen über psychische Erkrankungen gesprochen?	58 %	ja

Über die konkreten Veranstaltungen hinaus ergaben sich eine Vielzahl an weiteren Kontakten: Unter anderem wurden Erstgespräche zu persönlichen Fragen in den Psychosozialen Diensten der GPG vereinbart, die GPG-Bibliothek wurde von den SchülerInnen für schriftliche Arbeiten frequentiert. Zwei Schulen wollen in Zusammenarbeit mit der GPG einen psychotherapeutisch-psychiatrischen Beratungsdienst an ihrer Schule einrichten.

Die vorläufigen Ergebnisse der Schulaktion wurden Anfang Juli im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert. Neben diversen Radio- und Pressebeiträgen veranstaltete Radio Tirol eine Anruf-Sendung zum Thema: Würden Sie einem psychisch Kranken eine Wohnung vermieten?, die eine erstaunlich hohe Einschaltfrequenz aufwies.

Das Schulprojekt ist Teil einer längerfristigen Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Professionellen, SchülerInnen und LehrerInnen. Ziel ist es, den Kontakt von SchülerInnen zu den in der Psychiatrie Tätigen - seien es Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige oder Professionelle - zu fördern und den Umgang mit dem Thema Psychiatrie zu normalisieren.

Das Anti-Stigma-Programm der WPA könnte dazu beitragen, dass der "Behandlung des Stigmas" größere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Schule ist einer der zentralen Orte, an denen in Zukunft verstärkt Gesundheitsbildung, besonders im psychiatrischen Bereich erfolgen sollte. Eine

durch den Schulunterricht erzielte positive Einstellungsveränderung besitzt auch einen eminenten präventiven Effekt. Nachdem die Sexualerziehung seit vielen Jahren in die Schulen Einzug halten konnte, scheint es an der Zeit zu sein, dass auch die psychischen Aspekte von Gesundheit im Unterricht ihren festen Platz erhalten.

Literatur:

Bailey S: Young people, mental illness and stigmatisation. Psych Bull 1999; 23: 107-110

Finzen A.: "Der Verwaltungsrat ist schizophren" - die Krankheit und das Stigma. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996

Finzen A, Alden B, Hoffmann-Richter U.: Meinungen zur Schizophrenie: Eine Befragung von Journalistinnen und Journalisten. Psychiatr Prax 1996; 23: 294-295

Gesellschaft für Psychische Gesundheit Tirol: Das Auffallendste an Denkmälern ist nämlich, dass man sie nicht bemerkt. Innsbruck: 1998.

Goffman E: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Suhrkamp Wissenschaftsverlag, 1975

Grausgruber A, Schöny W.: Einstellungsforschung zu psychisch Kranken. Neuropsychiat 1995; 9: 123-129

Hinterhuber H: Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol. Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie, 1995.

Holzinger A, Angermeyer MC, Matschinger H.: Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein? Psychiatr Prax 1998; 25: 9-13

Lawrine S.: Stigmatisation of psychiatric disorder. Psych Bull 1999; 23: 129-131

Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF: The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. Am J Soc 1987; 92: 1461-1500

Meise U, Rössler W, Hinterhuber H.: Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung. Neuropsychiatrie 1995; 9: 3: 119

Meise U, Kemmler G, Gurka P, Madlung-Kratzer E, Meller H, De Col C.: Soziale Distanz schizophren Erkrankter gegenüber psychisch Kranken. Zur Publikation eingereicht 1999

Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Rössler W, Günther V.: "...nicht gefährlich, aber doch furchterregend": Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. Psychiatr Prax 2000; 27

Sartorius N.: Schizophrenia and its stigma. A new world psychiatric association educational programme. Br J Psychiatry 1997; 170: 297

Sartorius N.: Stigma: what can psychiatrists do about it? The Lancet 1998; 352: 1058-1059

Smekal C, Hinterhuber H, Meise U: Wider das Vergessen. Psychisch Kranke und Behinderte – Opfer nationalsozialistischer Verbrechen. Gedenkschrift der Leopold Franzens-Universität (=Universitätsleben Band 8) Innsbruck: Leopold Franzens-Universität, 1997.

Voges B, Rössler W.: Beeinflusst die gemeindenahe psychiatrische Versorgung das Bild vom psychisch Kranken in der Gesellschaft. Neuropsychiatrie 1995; 9: 145-151

World Psychiatric Association: Handbuch zum internationalen WPA-Programm gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophrenie: Abbau von Stigma und Diskriminierung. Linz: Edition Pro mente, 1998

Wir danken:

- allen Psychiatrie-Erfahrenen, die an der Schulaktion der GPG wesentlich mitgearbeitet haben
- Christian Horvath, der uns seine „Sprüchesammlung“ zur Verfügung gestellt hat
- allen MitarbeiterInnen, die an der Schulaktion der GPG sowie an der Ausgabe des Berichts 99 mitgewirkt haben
- den SchülerInnen und LehrerInnen für ihre Neugier und ihr Interesse
- der Univ.-Klinik für Psychiatrie
- dem Tiroler Landesschulrat
- Univ.-Prof. Dr. Matthias Angermeyer für die methodische Unterstützung unserer Untersuchung
- Univ.-Prof. Dr. Wolfgang W. Fleischhacker, Initiator der Österreichischen Antistigma-Kampagne
- Univ.-Prof. Dr. Norman Sartorius, Vorsitzender der World Psychiatric Association

Anhang: Aussagen und Äußerungen, die Christian Horvath gesammelt hat

- Der Christian ist ein Streichresultat. Als Psychiatriefall ist von ihm nichts mehr zu erwarten.
- Wenn ich dein faules Gesicht sehe, könnte ich hineinschlagen.
- Mit so einem Mann kannst du kein Kind haben. Man liest immer wieder von Schizophrenen, die Kinder beim Fenster hinauswerfen.
- Seitdem Sie ein eigenes Auto haben, sind Sie aus der Sicht der Sozialarbeit ein Alptraum.
- Deine Erkrankung besteht aus 50% Faulheit und 50% Trägheit.
- Ab nach Dachau mit Dir.
- Du hast schon öfter gesagt, dass psychisch Kranke nicht gefährlicher sind als der Bevölkerungsdurchschnitt. Das kann nicht stimmen, denn in der Zeitung steht immer etwas anderes.
- Ein Kind kann man mit dir auch nicht haben; es wird ja oft gesagt, dass diese Erkrankungen vererbbar sind.
- Sollte ich dich heiraten, werde ich nie mit dir auf größere Urlaube fahren können, denn du wirst aufgrund deiner Erkrankung immer arm sein.
- Dir kann ich alles erzählen. Wenn du zur Polizei gehst, werde ich denen sagen, dass du psychisch krank bist und dir alles nur einbildest.
- Egal, was du in der Psychiatrie oder in der Selbsthilfe erreichst. Für die Ärzte wirst du immer ein Idiot bleiben.
- Ja, das kenne ich schon. Nach dem Krieg habe ich in der Psychiatrischen Anstalt als Maler ausgeholfen und alle diese Schizophrenen gesehen; das unwerte Leben.
- Gehen Sie nach Hause! Wir wissen, dass Sie geisteskrank sind.
- Leider habe ich Dich doch auf die Welt gebracht.
- Du hast Dich aus der Verantwortung gestohlen.