

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften

*Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungs-
strategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung*

Masterthesis

Tag der Abgabe: 28.06.2017

Vorgelegt von:

Madina Nazari

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Erstgutachterin: Prof. Dr. Christine Adis

Zweitgutachterin: Dipl. Sozialpädagogin, MPH Claudia Duwe

Abstrakt

Hintergrund: Menschen mit einer psychischen Erkrankung sehen sich häufig einer doppelten Problematik ausgesetzt. Einerseits müssen sie die Symptome der Erkrankung wie beispielsweise Angstzustände oder Stimmungsschwankungen bewältigen. Andererseits werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung noch immer stigmatisiert. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen die negativen Vorurteile gegenüber ihrer Erkrankung übernehmen, gegen sich selbst wenden und sich somit selbst stigmatisieren (vgl. Rüscher et al. 2004). Der aktuelle Forschungsstand zeigt auf, dass insbesondere diejenigen psychischen Erkrankungen, die eine Störung des Gemütszustandes darstellen, wenig erforscht sind. Zu diesen Erkrankungen zählt u.a. die Bipolare Störung (vgl. Lazowski et al. 2012). Aus diesem Grund werden im Rahmen dieser Arbeit die Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung untersucht.

Methode: Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden fünf ExpertInneninterviews mit LeiterInnen von Selbsthilfegruppen sowie PeerberaterInnen und fünf problemzentrierte Interviews mit TeilnehmerInnen einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer Bipolaren Störung durchgeführt. Die erhobenen Daten dieser beiden Interviewformen wurden separat voneinander zusammenfassend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Bipolare Störung unbekannt in unserer Gesellschaft ist und Betroffene teilweise belastende Erfahrungen mit ihren Mitmenschen machen. Die StudienteilnehmerInnen berichten von Erfahrungen in Bezug auf die folgenden Kategorien: Öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, antizipierte Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und den jeweiligen Bewältigungsstrategien und -ressourcen. Als eine sehr wesentliche Bewältigungsressource bei verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen erwies sich die Selbsthilfegruppe.

Diskussion: Die Stigmatisierung scheint noch immer eine zweite zusätzliche Belastung für Menschen mit einer Bipolaren Störung darzustellen. Dieser Thematik muss in unserer Gesellschaft eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Betroffene von der Stigmatisierung zu entlasten.

Danksagung

Die vorliegende Forschungsarbeit wird zur Beendigung des Masterstudiums in Health Sciences an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg vorgelegt. An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich bei dieser Arbeit tatkräftig unterstützt und motiviert haben.

Zuerst danke ich herzlich Frau Prof. Dr. Christine Adis, die diese Arbeit betreut und begutachtet hat. Sie hat mir bei dieser Arbeit stets mit viel Geduld und Hilfsbereitschaft zur Seite gestanden und mit ihren hilfreichen Anregungen die Arbeit bereichert. Ihre konstruktive Kritik und motivierenden Worte haben mir sehr geholfen.

Weiterhin möchte ich Frau Claudia Duwe danken, die mir als zweite Betreuerin und Begutachterin tatkräftig zur Seite gestanden hat. Ich möchte insbesondere dafür danken, dass sie mich und andere StudentInnen der Gesundheitswissenschaften stets auf die Thematik der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufmerksam gemacht hat. Denn das Thema der Stigmatisierung kann eine große Belastung für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen und verdient eine erhöhte Aufmerksamkeit in unserer Gesellschaft.

Ein besonderer Dank gilt ebenso allen TeilnehmerInnen meiner Befragung, ohne die diese Arbeit erst gar nicht zustande gekommen wäre. Mein Dank gilt hier ihrer Informationsbereitschaft und ihrer Offenheit, ihre Erfahrungen und wertvollen Ansichten mit mir zu teilen. Die Interviews waren sowohl für diese Arbeit als auch für mich persönlich eine Bereicherung.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	I
Danksagung	II
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
TEIL I: THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN	3
2 Stigmatisierung	3
2.1 Der Begriff Stigma	3
2.2 Der Stigmatisierungsprozess	6
2.3 Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen	8
2.4 Bekämpfung und Bewältigung von Stigmatisierung	9
3 Bipolare Störungen	11
4 Stigmatisierung und Bipolare Störungen: Der aktuelle Forschungsstand	14
4.1 Stigmatisierungserfahrungen von bipolar Erkrankten	14
4.2 Bewältigungsstrategien von bipolar Erkrankten	17
4.3 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes	18
TEIL II: EMPIRISCHER TEIL	19
5 Fragestellung	19
6 Methodik	20
6.1 Das ExpertInneninterview	20
6.2 Das problemzentrierte Interview	22
6.3 Ethische Überlegungen	23
6.4 Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen	25
6.5 Vorbereitende Maßnahmen	26
6.6 Datenerhebung	27
6.7 Transkription der Interviews	29
6.8 Datenauswertung: Zusammenfassende Qualitative Inhaltsanalyse	29
7 Die StudienteilnehmerInnen des ExpertInneninterviews	31
8 Ergebnisse der ExpertInneninterviews	32
8.1 Öffentliche Stigmatisierung	32
8.1.1 Öffentliche Stigmatisierungserfahrungen	32
8.1.2 Voraussetzungen für positive Erfahrungen	37

8.1.3	Bewältigungsstrategien und -ressourcen.....	38
8.2	Selbststigmatisierung.....	41
8.2.1	Selbststigmatisierungserfahrungen.....	41
8.2.2	Bewältigungsstrategien und -ressourcen.....	42
8.3	Antizipierte Stigmatisierung.....	45
8.3.1	Antizipierte Stigmatisierungserfahrungen.....	45
8.3.2	Bewältigungsstrategien und -ressourcen.....	46
8.4	Strukturelle Stigmatisierung.....	47
8.4.1	Strukturelle Stigmatisierungserfahrungen.....	48
8.4.2	Bewältigungsstrategien und -ressourcen.....	51
8.5	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	51
9	Die StudienteilnehmerInnen des problemzentrierten Interviews.....	56
10	Ergebnisse der problemzentrierten Interviews.....	57
10.1	Öffentliche Stigmatisierung.....	57
10.1.1	Öffentliche Stigmatisierungserfahrungen.....	57
10.1.2	Voraussetzungen für positive Erfahrungen.....	60
10.2	Selbststigmatisierung.....	62
10.2.1	Selbststigmatisierungserfahrungen.....	62
10.3	Antizipierte Stigmatisierung.....	64
10.3.1	Antizipierte Stigmatisierungserfahrungen.....	65
10.4	Strukturelle Stigmatisierung.....	66
10.4.1	Strukturelle Stigmatisierungserfahrungen.....	66
10.4.2	Positive Erfahrungen.....	68
10.5	Bewältigungsstrategien und -ressourcen.....	69
10.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	71
TEIL III: DISKUSSION.....		75
11	Ergebnisdiskussion.....	75
12	Ausblick.....	79
13	Limitationen.....	80
14	Literaturverzeichnis.....	82
15	Eidesstaatliche Erklärung.....	85
TEIL IV: ANHANG.....		86
16	Anhang.....	86
16.1	Stellungnahme des CCG.....	86

16.2	Informationsbogen.....	87
16.3	Einverständniserklärung	89
16.4	Interviewleitfaden für das ExpertInneninterview	91
16.5	Interviewleitfaden für das problemzentrierte Interview	99
16.6	Tabellen: Zusammenfassende Inhaltsanalyse.....	110
16.6.1	Das ExpertInneninterview	110
16.6.2	Das problemzentrierte Interview.....	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Der Stigma-Prozess nach Link und Phelan	6
-------------	---	---

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Angaben über die StudienteilnehmerInnen des ExpertInneninterviews	32
Tabelle 2	Angaben über die StudienteilnehmerInnen des problemzentrierten Interviews	59

1 Einleitung

Gesellschaftlich problematisch ist die menschliche Eigenschaft, die Andersartigkeit eines Menschen negativ zu bewerten und die Angehörigen einer Minderheit zu degradieren und ihnen ein Stigma aufzuzwingen. Dies betrifft viele Menschen, die sich durch ein bestimmtes Merkmal von der Norm unterscheiden. Diese Norm kann dabei als eine von der Mehrheit geprägte Ansammlung von Verhaltensweisen, Eigenschaften und Merkmalen verstanden werden. Die Stigmatisierung ist ein grundsätzlich menschliches Problem, da Menschen soziale Wesen sind und sie ihre Überzeugungen und Einstellungen in erster Linie von ihrem Umfeld übernehmen und verinnerlichen. Dazu zählen sowohl die Überzeugungen über verschiedene Kleidungsstile oder Verhaltensweisen als auch Meinungsbilder über bestimmte Gruppen. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, die sich durch ein bestimmtes Merkmal im negativen Sinne von der Norm unterscheidet, fordert somit stets, sich für diese Andersartigkeit rechtfertigen zu müssen, um trotzdem als gleichwertiges Glied der Gesellschaft betrachtet zu werden. Dieses Problem haben insbesondere Menschen mit einer psychischen Erkrankung, da viele Vorurteile und Misskonzepte über sie in der Gesellschaft vorherrschen. Dabei tragen die Medien und die Pressemeldungen teilweise zu einer Stigmatisierung dieser Menschen bei, indem sie psychische Erkrankungen in erster Linie in Zusammenhang mit Gewaltverbrechen erwähnen. Je weniger Wissen Menschen über diese Erkrankungen haben, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie Meinungsbilder über Betroffene übernehmen. Aufgrund ihrer Erkrankung können Betroffene in verschiedenen Lebensbereichen belastende Stigmatisierungserfahrungen machen, die es ihnen erschweren, ein „normales“ Leben zu führen. Hinzu kommt, dass Betroffene die in der Gesellschaft vorherrschenden Meinungen auf sich selbst beziehen können und sich ihr Selbstbild dadurch ebenfalls im negativen Sinne verändern könnte. Die vorherrschenden Meinungen und Vorurteile können demnach auch einen Einfluss darauf haben, wie Betroffene sich selbst wahrnehmen und inwiefern sie sich mit ihrer Erkrankung selbst annehmen können. Davon kann wiederum das Hilfesuchverhalten der Betroffenen abhängen. Es ist also von großer Wichtigkeit, dass unsere Gesellschaft sich dem Thema Stigma zuwendet und ihm eine größere Aufmerksamkeit schenkt.

Aufgrund des Forschungsdesiderats zu Stigmatisierungserfahrungen von Menschen mit einer Bipolaren Störung wird der Fokus der vorliegenden Arbeit auf dieses Krankheitsbild gelegt. Im empirischen Teil werden demnach Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung erfragt. Die in dieser Arbeit herausgearbeiteten Bewältigungsstrategien und -ressourcen sollen Betroffenen zu Gute kommen und ihnen einige unterstützende Anregungen für den Umgang mit verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen geben.

Die Arbeit ist in drei wesentliche Teile gegliedert. Der erste Teil umfasst den theoretischen Bezugsrahmen und dient in erster Linie dazu, ein besseres Verständnis für das untersuchte Feld zu generieren. Aus diesem Grund wird hier zunächst der Begriff *Stigma* erläutert und der Prozess der Stigmatisierung beschrieben. Daraufhin wird das Thema *Stigmatisierung* mit dem Fokus auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung behandelt und theoretische Konzepte zur Bewältigung von Stigmatisierungserfahrungen aufgegriffen. Im Anschluss werden grundlegende Informationen über Bipolare Störungen gegeben. Darauf folgt der aktuelle Forschungsstand zu den Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung. Der zweite Teil der Arbeit besteht aus der empirischen Untersuchung. Hierbei wird zunächst auf die Fragestellung der Untersuchung eingegangen und in einem weiteren Schritt die methodische Vorgehensweise beschrieben. In diesem methodischen Teil wird der Studienverlauf detailliert wiedergegeben und die beiden angewandten Interviewformen – das ExpertInneninterview¹ sowie das problemzentrierte Interview – beschrieben. Im Anschluss werden die Ergebnisse der ExpertInneninterviews und der problemzentrierten Interviews separat dargestellt. Abschließend werden in einem dritten Teil der Arbeit die Studienergebnisse diskutiert, die Limitationen der Studie dargelegt und ein Ausblick für die zukünftige Forschung zu diesem Thema gegeben.

¹ In der vorliegenden Arbeit wird der Binnenmajuskel (*I*) bei Personenbezeichnungen verwendet, um beide Geschlechter gleichermaßen anzusprechen.

TEIL I: THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Das folgende Kapitel greift einige wichtige Hintergründe im Hinblick auf das Phänomen der Stigmatisierung auf, um bei den LeserInnen ein besseres theoretisches Verständnis zu generieren. Dabei wird der Begriff Stigma definiert und der Stigmatisierungsprozess beschrieben. Zusätzlich wird die Bipolare Störung beschrieben und der aktuelle Forschungsstand im Hinblick auf die Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung dargestellt.

2 Stigmatisierung

2.1 Der Begriff Stigma

Für die Klärung des Begriffs *Stigma*, kann u.a. das Werk Erving Goffmans (1967) *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* herangezogen werden. Goffman (1967: 9) erklärt, dass der Begriff *Stigma* ursprünglich aus dem Griechischen stammt und als Verweis auf körperliche Zeichen diente. Dieses Zeichen wurde Individuen in den Körper geschnitten oder gebrannt, um Ungewöhnliches oder Schlechtes über diese Menschen zu offenbaren und für Andere sichtbar zu machen. Auf diesem Wege wurde der Öffentlichkeit mitgeteilt, dass der/die TrägerIn ein/e SklavIn, VerbrecherIn oder VerräterIn war. Sie wurden damit für gebrandmarkte und rituell unreine Personen erklärt, die besser gemieden werden sollten (ebd.).

Goffman (1967: 9f.) zufolge schafft die Gesellschaft die Mittel zur Kategorisierung von Individuen sowie einen kompletten Satz von Attributen, die den Mitgliedern der Kategorien zugeschrieben wird. So reicht meist ein erster Anblick eines Fremden, um seine Kategorie, seine Eigenschaften sowie seine soziale Identität zu antizipieren. Diese erste Einschätzung einer Person umfasst demnach sowohl seine Charaktereigenschaften wie beispielsweise Ehrenhaftigkeit als auch Faktoren, die über den sozialen Status einer Person Aufschluss geben wie z.B. der Beruf (ebd.). Diese ersten Einschätzungen und Erwartungen bezeichnet Goffman als die „virtuelle soziale Identität“ (ebd.: 10). Die Kategorien und Attribute hingegen, die dem Individuum wahrheitsgemäß zugeschrieben werden können, bezeichnet er als die „aktuelle soziale Identität“ (ebd.: 10). Goffman (ebd.) beschreibt, dass wir einem Fremden bei seinem Anblick eine Eigenschaft zuschreiben können, die ihn von anderen in der Personenkategorie unterscheidet. Diese zugeschriebene Eigenschaft kann jedoch von weniger wünschenswerter Art sein. So kann eine gewöhnliche Person in unserer Vorstellung als schlecht, gefährlich oder schwach eingestuft werden. Das Individuum wird dabei zu einer befleckten, beeinträchtigten Person herabgemindert. Ein solches Attribut bezeichnet Goffman (ebd.: 10f.) als ein Stigma, insbesondere, wenn

damit eine stark diskreditierende Wirkung einhergeht. Es entstehe somit eine besondere Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität (ebd.).

Im Wörterbuch der Soziologie von Karl-Heinz Hillmann (2007: 864) findet sich für den Begriff *Stigma* die folgende Definition:

Stigma (lat.=Brand-, Schandmal), physisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe (oder Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung droht (Stigmatisierung). Zumindest eingeschränkte soziale Kommunikation und Akzeptierung erleiden z.B. Blinde, Vorbestrafte, psychisch Kranke, Angehörige radikaler oder als radikal eingestufte Glaubensgemeinschaften, Parteien oder Subkulturen, mitunter auch (je nach vorherrschender weltanschaulich-politischer Strömung) Vertreter abweichender Auffassungen, Wertorientierungen, Meinungen und Zielvorstellungen. (ebd.)

Laut dieser Definition kann der Begriff Stigma als ein Merkmal verstanden werden, wodurch sich ein Individuum von der gesellschaftlichen Norm im negativen Sinne unterscheidet. Auch die damit verbundenen Folgen der Zuschreibungen solcher Merkmale werden genannt, wie beispielsweise die Deklassierung, Isolation und Verachtung. An dieser Stelle werden auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung als Betroffene benannt.

In diesem Kontext, so Goffman (1967: 13f.), ziehe ein Individuum durch ein Merkmal die Aufmerksamkeit auf sich, wodurch stigmatisierende Personen sich bei der Begegnung mit dieser Person von ihm abwenden und dabei der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an diese stellen, gebrochen wird. Diese Person ist sozusagen mit einem Stigma versehen und auf unerwünschte Weise anders. Weiterhin sagt er, dass stigmatisierende Personen glauben, dass ein Mensch mit einem Stigma nicht gänzlich menschlich ist. Diese Denkweise stelle die Basis für ein diskriminierendes Verhalten diesen Menschen gegenüber dar. Als Konsequenz würden die Lebenschancen dieser stigmatisierten Menschen wirksam reduziert. Auch in der alltäglichen Unterhaltung seien Stigmatermini fest verankert. So werden Wörter wie *Krüppel*, *Bastard*, *Schwachsinniger* oder *Zigeuner*, verwendet, um eine Person zu degradieren, ohne auch nur an den Ursprung dieser Begrifflichkeiten zu denken (ebd.).

Hohmeier (1975) betrachtet das Stigma als einen Sonderfall von sozialen Vorurteilen gegenüber bestimmter Personen oder Gruppen, wodurch diesen Menschen negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Er erklärt, dass dies auf Typifikationen und Verallgemeinerungen zurückzuführen ist, die Menschen zum Teil durch ihre eigenen Erfahrungen bilden und zum Teil von den Erfahrungen anderer übernehmen, ohne sie zu überprüfen. Weiterhin definiert Hohmeier (1975: 2) den Begriff Stigmatisierung als „ein verbales oder non-verbales Verhalten, das aufgrund eines zueigen gemachten Stigmas jemandem ent-

geengebracht wird“. Dabei würden Eigenschaften stigmatisiert, die von denen der Mehrheit abweichen. Was die stigmatisierten Personen betrifft, deren stigmatisierte Eigenschaft nicht visuell sichtbar ist, gibt es Verdachtsmerkmale, die eine Identifikation dieser Personen als Stigmatisierte auslösen können. Als Beispiele für diese Verdachtsmerkmale nennt Hohmeier (ebd.: 3) den Kontakt mit Kontrollinstanzen wie z.B. psychiatrischen Kliniken oder den Aufenthalt an bestimmten Plätzen, die das stigmatisierende Merkmal einer Person offenbaren könnten.

Hohmeier (ebd.) verdeutlicht eine weitere Problematik in Bezug auf den Charakter eines Stigmas. Er legt dar, dass zum einen das vorhandene Merkmal negativ behaftet ist und zum anderen über dieses Merkmal hinaus weitere negative Eigenschaften der stigmatisierten Person zugeschrieben werden. Diese zusätzlich zugeschriebenen Merkmale stehen dabei in keiner Relation zu dem ursprünglichen Merkmal. Es findet demnach eine verallgemeinernde Übertragung von einem Merkmal auf die gesamte Person statt. Die Zuschreibung zusätzlicher Eigenschaften verdeutlicht den generalisierenden Charakter von Stigmatisierung, welches sich auf die gesamte Person mit all ihren sozialen Bezügen erstreckt. Für diesen generalisierenden Charakter der Stigmatisierung führt Hohmeier (ebd.: 4) u.a. folgendes Beispiel an: „Ein Blinder ist danach nicht nur eine Person mit einer Sehbehinderung, sondern er ist auch eine Person, die ‚traurig‘, ‚ernst‘, ‚hilflos‘, ‚kontaktgehemmt‘, ‚zu nichts zu gebrauchen‘ ist“.

Grundsätzlich unterscheidet Goffman (1967: 12 f.) zwischen den folgenden drei Typen von Stigma, die weiterhin unterschieden werden können zwischen der Annahme der stigmatisierten Person, dass sein Umfeld über sein Anderssein Bescheid weiß und es für seine Mitmenschen sichtbar ist (Diskreditierte) und der Annahme, dass es den Menschen nicht bekannt oder wahrnehmbar ist (Diskreditierbare):

1. Abscheulichkeiten des Körpers – die verschiedenen physischen Deformationen;
2. individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche, beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften, tückische und starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit welche alle hergeleitet werden aus einem bekannten Katalog, zum Beispiel von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischem Verhalten;
3. die phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion. (ebd.)

Bei der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf Menschen mit Bipolaren Störungen. Dies kann der zweiten Kategorie von Stigma zugeordnet werden. Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung werden Betroffenen ebenfalls degradierende Charaktereigenschaften zugeschrieben.

2.2 Der Stigmatisierungsprozess

Im Folgenden wird der Prozess der Stigmatisierung nach Link und Phelan (2001) beschrieben. Sie veranschaulichen den Stigmatisierungsprozess anhand von vier eng miteinander verbundenen und chronologisch angeordneten Merkmalen.

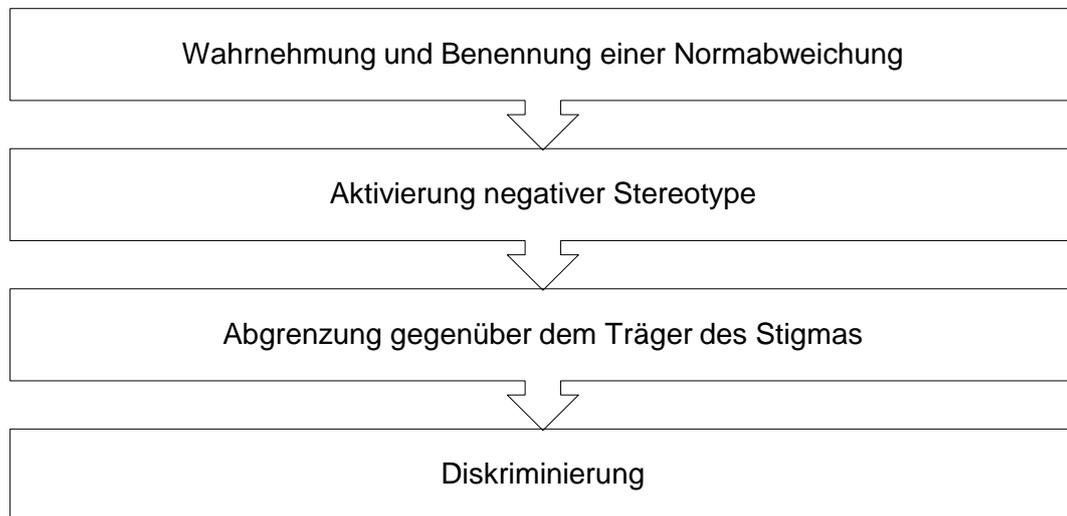


Abbildung 1: Der Stigma-Prozess nach Link und Phelan (2001: 376)

Die erste Phase besteht in der Wahrnehmung und Benennung eines Unterschieds. Dabei werden Menschen auf eine vereinfachte Art und Weise kategorisiert und in verschiedene soziale Gruppe untergliedert. Die Wahrnehmung der Unterschiede und der abweichenden Merkmale sei jedoch stark an Zeit und Ort gebunden, wobei auch die Kultur eine wesentliche Rolle spielen könne (Link und Phelan 2001: 367f.). In der zweiten Phase des Stigmatisierungsprozesses werden die wahrgenommenen Unterschiede mit Stereotypen in Verbindung gebracht. Durch ein bestimmtes Merkmal wird eine Person mit einer Reihe von unerwünschten Charakteristiken assoziiert (ebd.: 378f.). In der dritten Phase des Stigmatisierungsprozesses erfolgt eine Abgrenzung gegenüber dem/der TrägerIn des Stigmas. Durch diese grundsätzliche Abgrenzung von stigmatisierten Personen wird die Stereotypisierung dieser erheblich vereinfacht, da den Betroffenen dadurch alle möglichen negativen Charaktereigenschaften zugeschrieben werden können. Im Extremfall wird dadurch jede entsetzliche Behandlung der Stigmatisierten ermöglicht. In der vierten Phase erfolgen Statusverlust und Diskriminierung der stigmatisierten Person als unmittelbare Folge der erfolgreichen Stereotypisierung. Die Verknüpfung der stigmatisierten Person mit unerwünschten Charaktereigenschaften reduziert sein Status in den Augen der Stigmatisierenden und hat ein diskriminierendes Verhalten ihm gegenüber zur Folge. Somit wird ihre Abwertung, Ablehnung und Ausschluss gerechtfertigt. Link und Phelan betonen, dass die Stigmatisierung von Menschen mit einem abweichenden Merkmal zu einer großen Ungleichheit in sozialen Gruppen führen kann (ebd.: 370f.).

Im Hinblick auf den konzeptuellen Hintergrund sollte außerdem zwischen den verschiedenen Arten der Stigmatisierung differenziert werden. Rüscher et al. (2004: 4f.) greifen die Problematik der öffentlichen Stigmatisierung auf und erklären, dass sie aus drei bedeutenden Elementen bestehe: Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Stereotypen stellen dabei einen Weg dar, Informationen und Meinungen über eine bestimmte Gruppe von Menschen zu kategorisieren. Dabei sind diese Stereotypen und kollektiven Meinungen in der Allgemeinbevölkerung bekannt. Ist mit den vorherrschenden Stereotypen eine Zustimmung verbunden, so spricht man von Vorurteilen. Diese Vorurteile gehen wiederum mit einer negativen emotionalen Reaktion den Betroffenen gegenüber einher. Spiegeln sich diese Vorurteile im Verhalten wider, so ist die Rede von Diskriminierung. Weiterhin machen Rüscher et al. (ebd.) deutlich, dass für die Durchsetzung der Diskriminierung eine soziale, wirtschaftliche, politische oder publizistische Macht notwendig ist. So bestehe ein Machtgefälle zwischen den Mitgliedern der Allgemeinheit und der stigmatisierten Minderheit.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass Stigmatisierte die in der Gesellschaft vorherrschenden Meinungen und Vorurteile ihnen gegenüber akzeptieren und gegen sich selbst wenden. Wie die öffentliche Stigmatisierung basiert auch diese beschriebene Selbststigmatisierung auf Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Die öffentliche Meinung wird dabei zu eigen gemacht, wodurch auch das Selbstbild der Betroffenen von bestimmten Charakterzuschreibungen geprägt ist. Daraus können negative emotionale Reaktionen resultieren wie ein niedriges Selbstwertgefühl oder eine geringe Selbstwirksamkeit. Zusätzlich kann dies mit einem selbststigmatisierenden Verhalten einhergehen (ebd.: 5).

Eine weitere Form der Stigmatisierung stellt die sogenannte antizipierte Stigmatisierung dar. Angermeyer (2003) zufolge ziehen sich Betroffene einer psychischen Erkrankung zurück und meiden soziale Kontakte, wenn sie davon überzeugt sind, dass sie von ihrem Umfeld stigmatisiert werden. Die negative Erwartungshaltung ist also ein wichtiger Bestandteil der antizipierten Stigmatisierung. Dazu zählt u.a. eine pessimistische Erwartungshaltung gegenüber beruflichen Erfolgchancen, wie z.B. die Überzeugung, bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz eine Ablehnung zu erhalten (Angermeyer 2003, zit. nach Eggers 2011: 390). Bei der antizipierten Stigmatisierung geht es also mehr um die negative Einstellung und Erwartung der Betroffenen und weniger um konkrete negative Erfahrungen.

Auch die in der Gesellschaft vorherrschenden Strukturen können eine Belastung für stigmatisierte Gruppen darstellen. Bei der strukturellen Diskriminierung werden die Rechte von Minderheiten durch Praktiken der öffentlichen und privaten Einrichtungen einge-

schränkt. So besteht beispielsweise die Möglichkeit einer strukturellen Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder Sozialhilfeträgern bei der Ressourcenverteilung. Daneben können gesetzliche Regelungen oder die Ungleichstellung mit somatischen Erkrankungen eine diskriminierende Wirkung auf struktureller Ebene bedeuten (Rüsch et al. 2004: 5).

2.3 Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Menschen mit psychischen Erkrankungen sehen sich häufig einer Doppelbelastung ausgesetzt. Einerseits müssen sie mit den Symptomen ihrer Erkrankung fertig werden, andererseits stehen sie vor der Stigmatisierungsproblematik, die noch immer von der Gesellschaft ausgeht (ebd.: 3). Laut einer Studie von Geabel et al. (2001) machen Menschen mit psychischen Erkrankungen Stigmatisierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Behörden, privates Lebensumfeld und sogar in der medizinischen Versorgung (Gaebel et al. 2001, zit. nach Zäske et al. 2005: 69). Beispielsweise werden Betroffene bei der Arbeitssuche oft mit Schwierigkeiten in der Gesellschaft konfrontiert, auch wenn ihr Gesundheitszustand ihnen erlaubt, arbeiten zu gehen. Denn Stereotypen und Vorurteile der Menschen veranlassen diese dazu, psychisch Erkrankte unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation aus dem Bewerberkreis auszuschließen (Rüsch et al. 2004: 3).

Nach Zäske et al. (2005) sind Stigma und Diskriminierung von kranken Menschen häufig mit Unwissenheit und Mythen über die Erkrankung verbunden. Um dem Thema *Stigmatisierung* zu begegnen, müssen deshalb die Mythen über psychische Erkrankungen aufgedeckt werden (ebd.: 56). Wolff et al. (1996) haben einige Verhaltensweisen identifiziert, die Laien mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen. So gaben die TeilnehmerInnen Merkmale an, die ihrer Ansicht nach auf eine psychische Erkrankung hindeuten. Dementsprechend wurde angeführt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein seltsames Verhalten aufzeigen und eine sonderbare Sprache besitzen. Zudem seien diese an ihrer Kleidung oder an ihrem Gesichtsausdruck zu erkennen. Auch ein aggressives Verhalten assoziierten die StudienteilnehmerInnen mit einer psychischen Störung (Wolff et al. 1996, zit. nach Zäske et al. 2005: 63).

Zäske et al. (2005: 66) betonen, dass das Wissen um und das Bewusstsein über die Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft einen Einfluss auf die Stigmatisierten hat. Denn nicht nur die Allgemeinbevölkerung verfügt über dieses Wissen und das Bewusstsein darüber, sondern auch die Betroffenen und ihre Angehörigen. Neben den konkreten Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen kann dies eine zusätzliche Belastung für sie darstellen. Eine Studie von Gaebel et al. im Jahre 2002 zeigt, dass in

Deutschland ein relativ stark ausgeprägtes Bewusstsein für die gesellschaftliche Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht. Außerdem scheint dieses Bewusstsein bei jüngeren Personen verglichen mit älteren stärker ausgeprägt zu sein. Die Tatsache, dass psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert werden, ist also allgemein bekannt (Gaebel et al. 2002, zit. nach Zäske 2005: 67). Durch die Diagnose einer psychischen Erkrankung wird das soziale Stigma internalisiert. Dem Erkrankten wird bewusst, dass er nun zu den Menschen in der Gesellschaft gehört, die stigmatisiert werden. Dies hat große Auswirkungen auf die Behandlung und Versorgung psychisch Erkrankter. Denn das soziale Stigma kann als Hemmschwelle für das Hilfesuchverhalten von Betroffenen wirken und dazu beitragen, dass die Erkrankung nicht frühzeitig erkannt und behandelt wird (Zäske et al. 2005: 69). Der Problematik der Selbststigmatisierung ist es auch zuzuschreiben, dass Betroffene trotz stabilem Gesundheitszustand oft zögern, sich auf Arbeitssuche zu begeben, sich um eine eigenständige Wohnmöglichkeit zu bemühen oder soziale Kontakte zu unterhalten. Rüsck et al. (2004: 5) machen zudem deutlich, dass Betroffene oft vor ihrer Erkrankung Vorurteile über Menschen mit psychischen Erkrankungen kannten und teilweise selbst geteilt haben. Aus diesem Grund wenden sie diese Vorurteile nach ihrer eigenen Erkrankung verständlicherweise auf sich selbst an.

Die Studie von Gaebel et al. (2002) weist darauf hin, dass einem Großteil der Bevölkerung die Verbesserungswürdigkeit der gesellschaftlichen Situation psychisch Kranker bewusst ist. Denn von den 7246 Befragten gaben 80 Prozent an, dass etwas getan werden müsse, um die gesellschaftliche Akzeptanz psychisch Kranker zu verbessern. Vorgeschlagen wurde dafür mehr Aufklärung und Information sowie eine positivere Berichterstattung über psychisch Kranke in den Medien (Gaebel et al. 2002, zit. nach Zäske et al. 2005: 67).

2.4 Bekämpfung und Bewältigung von Stigmatisierung

Der Umgang der stigmatisierten Personen unterscheidet sich je nachdem, ob ihre Andersartigkeit für ihre Mitmenschen sichtbar und wahrnehmbar ist oder ob sie die Möglichkeit zur Verheimlichung haben. Die Hauptmöglichkeit für den Umgang mit der eigenen Andersartigkeit stellt für eine diskreditierte Person, dessen Andersartigkeit für seine Mitmenschen sichtbar ist, die Nichtbeachtung des Merkmals dar. Die Mitmenschen verhalten sich dabei häufig so, als wäre die Andersartigkeit irrelevant und versuchen dem keine Beachtung zu schenken, wobei die betroffene Person dem Merkmal ebenfalls keine Relevanz beizumessen versucht. Wenn die Andersartigkeit einer Person jedoch nicht von vornherein wahrnehmbar ist, ergibt sich für diese häufig eine besondere Problematik. Denn dann steht sie häufig vor der Frage, ob sie ihre Andersartigkeit offenbaren oder ver-

schweigen soll (Goffman 1967: 56). Um von ihren Mitmenschen als „normal“ betrachtet zu werden, würden Menschen in bestimmten Gelegenheiten dazu tendieren, ihre Mitmenschen in dieser Hinsicht absichtlich zu täuschen (ebd.: 96). Bei der Täuschung oder Verheimlichung ihrer Andersartigkeit nehmen sie jedoch in Kauf, eine Bloßstellung in einer sozialen Interaktion zu erleiden – verursacht durch ein stigmatisierendes Merkmal, welches in irgendeiner Weise offenkundig wird (ebd.: 108). Goffman (1967:129f.) beschreibt eine weitere Technik der Stigmatisierten: Dabei versuchten diese das Stigma abzuschwächen und zu verhindern, dass dieses sich zu mächtig aufdrängt. Das Ziel des Individuums bestehe dabei darin, Spannung zu vermindern und die Situation sowohl für die anderen als auch für sich selbst zu erleichtern, indem sie dem Stigma die Aufmerksamkeit entziehen. Goffman (ebd.) bezeichnet diese Technik der Stigmatisierten als *Kuvrieren*. Er erklärt, dass bei einem der Typen des Kuvrierens die Standards, welche mit seinem Stigma assoziiert sind, für das Individuum ein Problem darstellen, die er zu kuvrieren (verdecken) versucht. Bei einem anderen Typ des Kuvrierens würden sich die Stigmatisierten anstrengen, das „Ausspielen“ jener Fehler einzuschränken, die mit dem Stigma am zentralsten identifiziert werden. Die Absicht des Stigmatisierten bestehe dabei darin, die Art und Weise einzuschränken, in der ein Attribut, welches offenbart wird, sich in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit drängt. Ein weiterer Typ des *Kuvrierens* kommt bei der Organisation sozialer Situationen zum Ausdruck. Beispielsweise wird berichtet, dass Blinde lernen können, ihren Gesprächspartner direkt anzusehen, auch wenn das Erlernen jener Fähigkeit ihr Sehvermögen keineswegs verbessert (ebd.).

Um von der individuellen Ebene der Stigmabewältigung zur Bekämpfung von Stigmatisierung durch bestimmte Interventionen zu kommen, werden im Folgenden Wege aufgezeigt, wie in erster Linie der öffentlichen Stigmatisierung vorgebeugt bzw. diese bekämpft werden kann. Zur Änderung von Einstellungen und Bekämpfung von Stereotypen sind drei bekannte Ansätze zu unterscheiden: Protest, Bildung/Information und der direkte Kontakt. Es liegt eine kritische Bewertung dieser Informationsformen von den Psychologen Patrik Corrigan und David Penn (1999) vor. Demnach sei die Wirkung öffentlicher Protestkampagnen wie beispielsweise gegen die Diskriminierung von psychisch kranken Menschen in den Medien kaum untersucht. Zudem wird auf Forschungsergebnisse Bezug genommen, welche einen bedeutenden Mechanismus der Protestinterventionen deutlich machen würden. Demzufolge mache die Unterdrückung unerwünschter Gedanken diese oft umso hartnäckiger und sei deshalb kritisch zu betrachten. Auch sei die Wirksamkeit von Informationskampagnen und Bildungsveranstaltungen begrenzt. Denn Stereotype seien oft resistent gegenüber kritischen Informationen. Hierbei wird auf Experimente Bezug genommen, die zeigten, dass Menschen sich primär diejenigen Informationen her-

aussuchen und merken, welche eine einmal gefasste Meinung zu einem bestimmten Sachverhalt bestätigen. Zur Änderung von Einstellungen seien diejenigen Interventionen am wirksamsten, die eine direkte Begegnung mit Betroffenen einer psychischen Erkrankung ermöglichen. Denn durch die konkreten Erfahrungen und dem unmittelbaren Kontakt könnten stereotype Vorstellungen nachhaltig beseitigt werden (Corrigan und Penn 1999, zit. nach Rüesch 2005: 205f.). Hierfür nennt Rüesch (2005: 206) einige Faktoren, die bei der Beseitigung von Stereotypen im zwischenmenschlichen Kontakt unterstützend wirken. So sei es beispielsweise hilfreich, wenn die InteraktionspartnerInnen den gleichen (sozio-ökonomischen) Status aufweisen. Zudem sollte eine solche Begegnung in einem kooperativen Kontext stattfinden. Auch ein hoher Grad an Intimität zwischen den InteraktionspartnerInnen sei für die Beseitigung von Stereotypen von Vorteil. Die Begegnung sollte zudem auch in der realen Welt stattfinden und beispielsweise nicht auf die Interaktion im Rahmen von Kursen beschränkt sein (ebd.). Interventionen am sozialen Netzwerk können als eine weitere bedeutende Interventionsform betrachtet werden. Dazu gehöre die Förderung der sozialen Kompetenz und das Empowerment der Betroffenen beispielsweise durch soziale Kompetenztrainings oder mittels Teilnahme in Selbsthilfegruppen. Außerdem gehöre zu den Netzwerkinderventionen die Förderung von positiven Beziehungserfahrungen durch die Verbesserung und Verstärkung sozialer Netzwerke sowie die Förderung von Kontakten zwischen Menschen mit Psychiatriehintergrund und Menschen ohne solchen Hintergrund. Letzteres könne zu einer differenzierteren Wahrnehmung und dem Abbau von Vorurteilen beitragen (ebd.).

3 Bipolare Störungen

Bipolare Störungen sind auch bekannt als manisch-depressive Erkrankungen und gehören laut der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland. Schätzungen zufolge leiden 1,5 bis 3 Prozent der deutschen Bevölkerung an dieser Erkrankung. Das entspricht etwa zwei Millionen Menschen. Während Stimmungsschwankungen als Reaktionen auf entsprechende Lebenssituationen ein Bestandteil unseres alltäglichen Lebens darstellt, erleben Menschen mit Bipolaren Störungen völlig übersteigerte Stimmungsschwankungen. Die Bipolaren Störungen lassen sich als krankhafte Stimmungsveränderungen beschreiben, die sich zwischen den manischen und depressiven Episoden bewegen. Dabei kann die Erkrankung sehr verschiedene und individuelle Ausprägungen und Verläufe aufweisen (DGBS 2016: 1).

Betroffene der Bipolaren Störungen schwanken also zwischen den Phasen der Hochstimmung und der Niedergeschlagenheit. Laut DGBS (2016: 2) wechseln die Betroffenen im klassischen Verlauf immer wieder zwischen folgenden Zuständen: „[d]er Manie, Hypomanie, Depression und einer als besonders einschränkend empfundenen Mischform zwischen Manie und Depression“. Im Folgenden werden diese einzelnen Phasen in der hier aufgeführten Reihenfolge erläutert.

Die manische Episode ist verbunden mit einer übersteigerten und meist unbegründeten guten Laune, einer erhöhten Leistungsfähigkeit sowie einem intensiven Hochgefühl. Dabei haben die Betroffenen das Gefühl besonders leistungsstark, kreativ und schöpferisch zu sein. Außerdem kann die Hochstimmung der Betroffenen schnell in Gereiztheit umschlagen, wenn sie von ihren Mitmenschen auf ihre Probleme und Schwierigkeiten hingewiesen werden. Auch eine Distanzlosigkeit und ein übermäßiges Redebedürfnis im Umgang mit anderen Menschen sind kennzeichnend für die manische Episode. Weiterhin lassen sich ManikerInnen durch ihr sprunghaftes Handeln sowie eine Enthemmung in verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise im exzessiven Kaufrausch, beschreiben. Das Schlaf- und Erholungsbedürfnis ist hingegen sehr gering, wobei Schlaf meist als Zeitverschwendung und Unterbrechung empfunden wird. Die manische Stimmungslage kann schnell in einen Zustand der Euphorie übergehen. In diesem Fall haben Betroffene Schwierigkeiten, die Realität richtig einzuschätzen. So kann es vorkommen, dass sie Stimmen hören oder Dinge sehen, die nicht real sind. In diesem Fall spricht man von einer psychotischen Manie (ebd.: 2f.).

Die hypomanische Episode kann als eine abgeschwächte Form der Manie beschrieben werden, wobei eine ambulante Therapie ausreicht. Im Gegensatz zur manischen Phase sind die Betroffenen in dieser Phase in der Lage, ihre Situation zu erfassen. Sie fühlen sich wesentlich besser und berichten von gesteigerter Lebensfreude. Die hypomanische Episode kann jedoch das Vorspiel für eine beginnende manische Episode sein. Weiterhin verschlechtert sich mit jeder neu auftretenden Phase der Gesamtverlauf der Erkrankung. Dabei werden die Abstände zwischen den Episoden immer kürzer. Aus diesem Grund gilt es, die Stimmungslage der Betroffenen schnellstmöglich zu stabilisieren (ebd.: 3).

Die depressive Krankheitsepisode betrifft nicht nur das psychische Gleichgewicht, sondern auch das Denken, Handeln, und den Körper. Eine Depression zeichnet sich weiterhin durch eine erloschene Gefühlswelt aus, wobei Betroffene weder Freude verspüren noch bei traurigen Situationen ihre Trauer zum Ausdruck bringen können. So leiden Menschen mit Bipolaren Störungen während ihrer depressiven Phase unter Freud- und Ausdruckslosigkeit, gedrückte Stimmung sowie Interessenverlust. Die Betroffenen sind in vie-

lerlei Hinsicht eingeschränkt. Ihnen fehlt der Antrieb für Unternehmungen, sie haben Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Betroffene leiden auch unter dem Gefühl der Wertlosigkeit und können von Suizidgedanken geplagt werden. Außerdem kann die depressive Episode in verschiedene körperliche Missempfindungen, wie z.B. Enge im Brustbereich, Durchfall oder auch Verstopfung widerspiegeln (ebd.: 4).

Die gemischte Episode, auch *Mischzustand* genannt, wird von Betroffenen als besonders einschränkend empfunden. In dieser Phase treten manische und depressive Phasen entweder im kurzen Wechsel oder sogar gleichzeitig auf. Insbesondere aufgrund der Kombination von gesteigerter Aktivität und Depression besteht in dieser Episode eine hohe Suizidgefahr (ebd.).

Bipolare Störungen können entsprechend der Art der Episoden und der Ausprägung in folgende Typen unterteilt werden:

- **Bipolar-I-Störung**
Von einer Bipolar-I-Störung spricht man, wenn die Betroffenen mindestens eine über 14 Tage andauernde manische Episode und mindestens eine depressive Episode hatten.
- **Bipolar-II-Störung**
Von einer Bipolar-II-Störung spricht man, wenn die Betroffenen mindestens eine über 14 Tage andauernde depressive Episode und mindestens eine hypomane Episode (leichtere Form der Manie) hatten.
- **Zyklothyme Störung**
Von einer Zyklothymen Störung spricht man, wenn die Betroffenen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren ständig leichte manische und depressive Stimmungsschwankungen haben, wobei die einzelnen Episoden nicht alle Kriterien einer Manie oder Depression erfüllen. (DGBS 2016: 2)

Die Ursache von Bipolaren Störungen wird in der anlagebedingten Verletzlichkeit des Nervensystems gesehen. Dabei spielen allerdings viele weitere äußere Faktoren eine Rolle. Es hängt somit von der individuellen Disposition ab, ob ein Lebensereignis eine Bipolare Störung zur Folge hat. Generell können zwei Faktoren die Erkrankung an einer Bipolaren Störung verursachen: genetische und biologische Faktoren. So haben Zwillings-, Familien-, und Adoptionsstudien eine Häufung der Erkrankung bei Verwandten ersten Grades festgestellt. Wenn z.B. ein Elternteil an Bipolaren Störungen erkrankt ist, besteht eine Wahrscheinlichkeit von 10–20 Prozent, dass das Kind ebenfalls daran erkrankt. Sind beide Elternteile erkrankt, so liegt das Risiko bei 50–60 Prozent. Was die biologischen Faktoren anbelangt, so wurden bei Betroffenen der Bipolaren Störungen Veränderungen im Neurotransmitterhaushalt festgestellt. Neurotransmitter sind „chemische Botenstoffe, die an der Weiterleitung von Nervenimpulsen beteiligt sind“ (ebd.: 6). So wurde bei De-

pressiven ein Mangel an den Neurotransmittern Noradrenalin und Serotonin festgestellt. Bei der Manie scheint eine erhöhte Konzentration der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin vorzuliegen (ebd.).

4 Stigmatisierung und Bipolare Störungen: Der aktuelle Forschungsstand

Im Folgenden werden die Ergebnisse von aktuellen Studien zum übergeordneten Thema *Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung* dargelegt. Die hier aufgeführten Studien geben dementsprechend Aufschluss über die Erfahrungen der Betroffenen und darüber, wie sie mit diesen Erfahrungen umgehen und diese bewältigen.

4.1 Stigmatisierungserfahrungen von bipolar Erkrankten

Suto et al. führten 2012 eine qualitative Studie durch mit dem Ziel, die Stigmatisierungserfahrungen aus der Sicht von Menschen mit Bipolaren Störungen sowie ihrer Familienangehörigen zu verstehen. Dabei schließen sie in ihrer Studie sowohl die Problematik der sozialen- und strukturellen Stigmatisierung als auch die Thematik der Selbststigmatisierung ein. Die Datenerhebung erfolgte mittels Fokusgruppengespräche mit Betroffenen sowie mit Familienangehörigen (Suto et al. 2012: 85). Die Ergebnisse zeigen, dass die StudienteilnehmerInnen häufig Erfahrungen mit sozialer Stigmatisierung gemacht haben. So berichten sie von negativer Medienrepräsentation von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder die Belastung aufgrund Unwissenheit sowie negativer Einstellungen von Menschen in ihrem sozialen Umfeld. Außerdem beeinträchtigt die soziale- und strukturelle Stigmatisierung die Möglichkeiten der Betroffenen, so dass ihre Teilnahme in wesentlichen Bereichen des Lebens eingeschränkt ist. Die Wortwahl der StudienteilnehmerInnen deutet auf ihre Erfahrungen mit der Thematik der Selbststigmatisierung hin. So verwenden sie während der Fokusgruppengespräche die Begriffe „discouraging, self-excluded, shamed, blame, uncomfortable, and judging myself“ (ebd.: 90). Für einige Betroffene scheinen diese negativen selbsteinschränkenden Gedanken eine lähmende Wirkung hinsichtlich ihres Wunsches, soziale Beziehungen einzugehen oder sich Lebensziele zu setzen, mit sich zu bringen. Andererseits wird die Selbststigmatisierung als eine Problematik wahrgenommen, die sich noch innerhalb ihrer Kontrolle befindet und somit veränderbar ist. Die StudienteilnehmerInnen identifizierten hilfreiche Strategien, mit der Selbststigmatisierung umzugehen wie beispielsweise die Suche nach Unterstützung bei Anderen (ebd.).

Eine Quantitative Studie von Brohan et al. (2010) beschäftigt sich mit den Themen *Selbststigmatisierung, Stigma-Resistenz, Empowerment, und wahrgenommener Diskriminierung*. Insgesamt wurden 1182 Menschen mit Bipolaren Störungen oder einer Depression aus 13 Europäischen Ländern mittels eines Surveys befragt (Brohan et al. 2010: 1). Die Ergebnisse zeigen auf, dass eine große Mehrheit der StudienteilnehmerInnen in der Gesellschaft negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wahrnehmen (71,6%). Trotzdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Betroffene die vorherrschenden Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gegen sich selbst wenden. Dies macht den begrifflichen Unterschied zwischen Selbststigmatisierung und wahrgenommener Stigmatisierung deutlich. Vergleichsweise berichten lediglich ein Fünftel der TeilnehmerInnen von mäßigen oder hohen Graden an Selbststigmatisierung (21,7%). Dabei weisen diejenigen StudienteilnehmerInnen mit einer Diagnose einer Depression signifikant höhere Selbststigmatisierungswerte auf als diejenigen mit der Diagnose der Bipolaren Störungen (Mittelwert 2.11 vs. 1.94, $t=1.56$, $p=0.001$). Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass die Übertragung von Verantwortung, eine hohe Anzahl an sozialen Kontakten, die Hochschulbildung sowie die Berufstätigkeit mit einem geringen Grad an Selbststigmatisierung einhergeht. 59,7 Prozent der StudienteilnehmerInnen berichten von mäßigen oder hohen Graden an Stigma-Resistenz, 63 Prozent von mäßigen oder hohen Graden an Empowerment, und 71,6 Prozent von mäßigen oder hohen Graden an wahrgenommener Diskriminierung. Der hohe Grad an wahrgenommener Diskriminierung, steht demnach einem hohen Grad an Empowerment sowie einem hohen Grad an Stigma-Resistenz gegenüber (ebd.: 6).

Mileva et al. (2013) validierten das Inventar zu stigmatisierenden Erfahrungen (ISE). Dies ist ein Werkzeug zur Quantifizierung von Stigmatisierungserfahrungen sowie zur Messung der Auswirkungen dieser Erfahrungen auf Betroffene. Dabei fokussierten sich Mileva et al. (2013) auf Erfahrungen von Menschen mit Bipolaren Störungen, die sich in Argentinien und in Kanada in der tertiären Versorgung befinden. Insgesamt nahmen 392 Personen an der Studie teil. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede in den Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen einer Bipolaren Störung Typ I und II. Fünfzig Prozent der Befragten sind davon überzeugt, dass eine durchschnittliche Person Angst vor Menschen mit einer psychischen Erkrankung hat. Zudem glauben fünfzig Prozent der Befragten, dass ihre Stigmatisierungserfahrungen einen negativen Einfluss auf ihre Lebensqualität sowie ihr Selbstwertgefühl haben (Mileva et al. 2013: 31). Aufgrund dieser negativen Einflüsse auf das Leben der Betroffenen, betonen Mileva et al. (2013: 39) die Wichtigkeit, die Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen genau zu verstehen. Überdies verdiene diese Thematik weltweite Aufmerksamkeit (ebd.).

Lazowski et al. (2012) zufolge zeigt der aktuelle Forschungsstand auf, dass insbesondere diejenigen psychischen Erkrankungen, die eine Störung des Gemütszustandes darstellen, wenig erforscht sind. Aus diesem Grund fokussieren sie sich in ihrer Studie lediglich auf diese Störungen und vergleichen die Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen mit Bipolaren Störungen mit den Erfahrungen von Menschen mit einer Depression (Lazowski et al. 2012: 1). Hierfür wurden 214 Personen mit einer Depression oder mit Bipolaren Störungen, die sich in der tertiären Versorgung befinden, rekrutiert. Für diesen Survey wurde das Inventar für Stigmatisierungserfahrungen eingesetzt. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass der Grad der Stigmatisierungserfahrungen sich nicht zwischen den beiden Diagnosegruppen (Bipolare Störungen und Depression) unterscheidet. Allerdings scheint es in den Auswirkungen der stigmatisierenden Erfahrungen Unterschiede zwischen diesen Diagnosegruppen zu geben. Betroffene der Bipolaren Störungen berichten signifikant stärkere psychosoziale Auswirkungen ihrer Stigmatisierungserfahrungen auf sich selbst sowie auf ihre Familienangehörigen im Vergleich zu Menschen mit einer Depression. Weiterhin deuten die Studienergebnisse darauf hin, dass je häufiger sie Stigmatisierungserfahrungen machen, desto größer die Auswirkungen ausfallen. Lazowski et al. (ebd.: 6) empfehlen weitere Studien über Attribute, Resilienzfaktoren und soziale Unterstützung durchzuführen, um Schutzfaktoren für Betroffene zu identifizieren.

Michalak et al. (2007) führten eine qualitative-explorative Studie durch, um die Auswirkungen von Bipolaren Störungen auf die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen. Insgesamt 52 Interviews wurden mit Betroffenen (35 Personen), PflegerInnen (5 Personen) und medizinischem Fachpersonal (12 Personen) durchgeführt. Was die Berufstätigkeit der Betroffenen betrifft, reicht die Reichweite von überhaupt keiner Beschäftigung in ihren Lebensverläufen bis hin zu Beschäftigung in hochqualifizierten und stabilen Positionen. Die StudienteilnehmerInnen beschrieben im Rahmen dieser Studie, wie Symptome der depressiven und manischen Episode am Arbeitsplatz zum Ausdruck kamen. Aus den erhobenen Daten ergeben sich fünf Hauptthemen: Mangel an Kontinuität in der Berufstätigkeit, Verlust, Managementstrategien der Erkrankung am Arbeitsplatz, Stigmatisierung und Enthüllung der Erkrankung am Arbeitsplatz sowie zwischenmenschliche Probleme bei der Arbeit (Michalak et al. 2007: 126). Nahezu die Hälfte der Betroffenen (15 Personen) berichtet von Stigmatisierungserfahrungen am Arbeitsplatz und/oder von ihren Erfahrungen bei der Bekanntgabe ihrer Erkrankung. Mehrere Betroffene sind fest davon überzeugt, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung von bestimmten Positionen entlassen wurden, ihnen die Beförderung verweigert wurde und sie eine Degradierung erfahren und in ihrer Karriere gebremst werden. Nur eine Minderheit von drei Betroffenen berichtet, dass sie keinerlei Stigmatisierungserfahrungen am Arbeitsplatz gemacht haben. Diese Personen beschrei-

ben ihre/n ArbeitgeberIn als sehr unterstützend bei einer Rückkehr zur Arbeit nach einer unstabilen Episode. Einige StudienteilnehmerInnen sind davon überzeugt, dass eine höhere Bildung mit einer reduzierten Stigmatisierung einhergeht (ebd.: 135).

4.2 Bewältigungsstrategien von bipolar Erkrankten

Mittal et al. (2012) führten eine Literaturrecherche durch, um Strategien zur Reduktion von Selbststigmatisierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu identifizieren. Eingeschlossen wurden dabei Studien, die in dem Zeitraum Januar 2000 und August 2011 in den elektronischen Datenbanken *Ovid*, *PubMed* und *PsycINFO*, veröffentlicht wurden. 15 Artikel entsprachen den Einschlusskriterien und acht dieser Studien berichten von signifikanten Verbesserungen im Hinblick auf die Selbststigmatisierungsproblematik. Die TeilnehmerInnen der eingeschlossenen Studien leiden überwiegend an Schizophrenie, anderen psychotischen Störungen oder an Depressionen. Insgesamt wurden sechs Strategien zur Reduktion von Selbststigmatisierung identifiziert (Mittal et al. 2012: 974). Für die Reduktion von Selbststigmatisierung werden zwei bekannte Ansätze aus der Literaturrecherche ersichtlich: Zum einen der Versuch, die stigmatisierenden Ansichten und Einstellungen von Individuen zu verändern, zum anderen Interventionen, die dazu dienen, Selbstwertgefühl, Empowerment sowie Hilfesuchverhalten von Betroffenen zu verbessern und damit zur verbesserten Bewältigung beizutragen. Besonders der zweite Ansatz scheint von ExpertInnen bevorzugt zu werden. Bei diesem Ansatz werden die TeilnehmerInnen dazu angeregt, das Vorherrschen von stigmatisierenden Stereotypen zu akzeptieren, ohne diese weiter herauszufordern. Sie sollen vielmehr in ihren Bewältigungsstrategien gestärkt werden (ebd.: 979).

Michalak et al. (2011) führten zudem eine qualitative Studie durch, um Selbstmanagementstrategien im Umgang mit internalisierter Stigmatisierung zu identifizieren. Internalisierte Stigmatisierung wird dabei als ein subjektiver Prozess innerhalb eines soziokulturellen Kontextes verstanden, der von negativen Gefühlen der eigenen Person gegenüber geprägt ist und eine Identitätstransformation mit sich bringt. Damit verbunden ist eine Zustimmung zu den Stereotypen durch Betroffene, die aus ihren individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen sowie aus der Vorwegnahme von negativen sozialen Reaktionen resultieren. Im Rahmen dieser Studie wurden ausschließlich von Bipolaren Störungen Betroffene mit stabilem Gesundheitszustand befragt. Die Daten wurden hier mittels individueller Interviews oder Fokusgruppeninterviews erhoben (Michalak et al. 2011: 209f.). Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene der Bipolaren Störungen die internalisierte Stigmatisierung als einen Faktor betrachten, der ihre Fähigkeit, mit der Erkrankung umzugehen, wesentlich beeinflusst. Zudem zeigen die Ergebnisse auf, dass Menschen mit Bi-

polaren Störungen keine passive Rolle einnehmen, und sie beschreiben eine Reihe von subjektiven Erfahrungen, wie Betroffene aktiv mit ihrer Erkrankung umgehen und die internalisierende Stigmatisierung wirksam mildern. Dazu zählt eine positive Sichtweise auf die Erkrankung und eine Selbstwahrnehmung, die nicht rein durch die Erkrankung geprägt ist. Nichtsdestotrotz scheinen die subjektiven Erfahrungen mit Stigmatisierung einen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und die eigene Identität der Betroffenen zu haben. Die TeilnehmerInnen der Studie verwiesen zudem auf mehrere Quellen, die zum Fortbestand der Stigmatisierung beitragen. Dazu gehören beispielsweise die negative Medienrepräsentation von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder die negative Einstellung in Familien oder bestimmten kulturellen Gruppen psychischen Erkrankungen gegenüber. Aus diesem Grund reagieren Familienangehörige noch immer mit Schamgefühl und Verlegenheit, wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt. Eine Strategie zur Vorbeugung von Stigmatisierungserfahrungen und Fortsetzung eines „normalen“ Lebens stellt für viele StudienteilnehmerInnen die Geheimhaltung der Erkrankung dar. Aufgrund des relativ stabilen Gesundheitszustands dieser StudienteilnehmerInnen ist für sie die Geheimhaltung ihrer Erkrankung mit weniger Schwierigkeiten verbunden (ebd.: 219).

4.3 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes

Verschiedene Studien zeigen, dass Menschen mit Bipolaren Störungen Stigmatisierungserfahrungen machen und aufgrund ihrer psychischen Erkrankung negative Einstellungen in ihrem sozialen Umfeld wahrnehmen (Suto et al. 2012: 90; Brohan et al. 2010: 6; Mileva et al. 2013: 31; Michalak et al. 2007: 135). Die Stigmatisierungserfahrungen scheinen starke Auswirkungen für Betroffene mit sich zu bringen (Lazowski et al. 2012: 6; Mileva et al. 2013: 31), die umso größer ausfallen, je häufiger die Betroffenen Stigmatisierungserfahrungen machen (Lazowski et al. 2012: 6). Dabei berichten von Bipolaren Störungen Betroffene signifikant stärkere psychosoziale Auswirkungen ihrer Stigmatisierungserfahrungen auf sich selbst und auf ihre Familienangehörigen im Vergleich zu Menschen mit einer Depression (ebd.). Bezüglich der Thematik der Selbststigmatisierung sind die Ergebnisse bisheriger Studien nicht eindeutig. Suto et al. (2012: 90) berichten von Selbststigmatisierungserfahrungen und ihre lähmende Wirkung hinsichtlich des Wunsches, soziale Beziehungen einzugehen oder sich Lebensziele zu setzen. Dagegen deuten die Studienergebnisse von Brohan et al. (2010: 6) darauf hin, dass Betroffene die vorherrschenden Meinungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gegen sich selbst wenden. Weiterhin zeigen die Ergebnisse von Brohan et al. (2010: 6) einen hohen Grad an Empowerment sowie einen hohen Grad an Stigma-Resistenz unter den Befragten. Die Übertragung von Verantwortung, eine hohe Anzahl an sozialen Kontakten, Hoch-

schulbildung sowie Berufstätigkeit gehen dabei mit einem geringen Grad an Selbststigmatisierung einher.

Zu dem Thema Bewältigungsstrategien von Stigmatisierten zeigt eine Literaturrecherche zwei bekannte Ansätze in der aktuellen Forschung: zum einen der Versuch, die stigmatisierenden Ansichten und Einstellungen von Individuen zu verändern und zum anderen Interventionen, die dazu dienen, Selbstwertgefühl, Empowerment sowie Hilfesuchverhalten von Betroffenen zu verbessern und damit zu einer verbesserten Bewältigung beizutragen, wobei letzteres von ExpertInnen bevorzugt wird (Mittal et al. 2012: 979). Weiterhin zeigt eine qualitative Studie von Michalak et al. (2011), dass Menschen mit Bipolaren Störungen keine passive Rolle einnehmen, sondern aktiv mit ihrer Erkrankung umgehen und die internalisierende Stigmatisierung wirksam mildern. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Befragten eine positive Sichtweise auf ihre Erkrankung haben sowie eine Selbstwahrnehmung, die nicht rein durch die Erkrankung geprägt ist. Für viele StudienteilnehmerInnen stellt allerdings die Geheimhaltung der Erkrankung eine hilfreiche Strategie zur Vorbeugung von Stigmatisierungserfahrungen dar (Michalak et al. 2011: 219).

Lazowski et al. (2012: 1) betonen, dass nur wenige Forschungsergebnisse über diejenigen psychischen Störungen vorliegen, die eine Störung des Gemütszustandes darstellen. Um Schutzfaktoren für die Betroffenen zu identifizieren, wird empfohlen, weitere Studien über Attribute, Resilienzfaktoren und soziale Unterstützung durchzuführen (Lazowski et al. 2012: 6). Dieser Empfehlung wird mit der vorliegenden Forschungsarbeit nachgegangen. Im nachfolgenden zweiten Teil wird das durchgeführte Forschungsprojekt vorgestellt.

TEIL II: EMPIRISCHER TEIL

An dieser Stelle erfolgt eine umfassende Darstellung des Forschungsprojekts. Zunächst wird dazu auf die Fragestellung der Arbeit eingegangen. Anschließend wird die methodische Vorgehensweise des Projektes beschrieben, worauf die Präsentation der erhobenen Daten und gewonnenen Ergebnisse erfolgt. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst.

5 Fragestellung

Bei der vorliegenden Studie geht es um die Beantwortung der folgenden Frage:

Welche Stigmatisierungserfahrungen machen Menschen mit einer Bipolaren Störung und welche Bewältigungsstrategien werden von Betroffenen als unterstützend wahrgenommen?

Eingeschlossen werden dabei sowohl die Erfahrungen der Betroffenen mit der öffentlichen Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung sowie der antizipierten Stigmatisierung und der strukturellen Stigmatisierung. Weiterhin werden die Bewältigungsstrategien der Betroffenen erfragt, um dadurch hilfreiche Strategien im Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen zu identifizieren. Daraus ergeben sich die folgenden vier Forschungsfragen:

1. Welche Erfahrungen mit öffentlicher Stigmatisierung machen Betroffene der Bipolaren Störungen?
2. Inwiefern liegt eine Selbststigmatisierung bei Menschen mit Bipolaren Störungen vor?
3. Inwiefern antizipieren Betroffene Stigmatisierungen aus ihrem sozialen Umfeld?
4. Welche Bewältigungsstrategien haben sich im Hinblick auf die jeweiligen Stigmatisierungserfahrungen als förderlich und unterstützend erwiesen?

6 Methodik

Das folgende Kapitel beschreibt die Methodik der durchgeführten empirischen Untersuchung in Bezug auf das Studiendesign, die vorgenommenen ethischen Überlegungen, die Rekrutierung von StudienteilnehmerInnen sowie die vorbereitenden Maßnahmen für die Interviews. Weiterhin werden die Datenerhebung, die Transkription der Interviews sowie die zusammenfassende inhaltsanalytische Datenauswertung nach Mayring (2010) näher beschrieben. Das Studiendesign der vorliegenden Studie besteht aus einer Kombination aus qualitativen ExpertInneninterviews und problemzentrierten Interviews.

6.1 Das ExpertInneninterview

Als ExpertInnen gelten im allgemeinen Menschen, die über besonderes Wissen verfügen. So können Angehörige bestimmter Funktionseliten, die ein solches Spezialwissen mitbringen als ExpertInnen betrachtet werden. Das ExpertInnenwissen geht meist mit einer herausgehobenen Position einher, aufgrund derer sie über bestimmte Informationen verfügen (Gläser und Laudel 2009: 11). Gläser und Laudel (2009: 12) erläutern den Begriff so: „„Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“. Flick (2007) beruft sich auf eine Definition von Bogner

und Menz (2002), wobei sich ein Experte/eine Expertin dadurch auszeichnet, dass er/sie sowohl über Fach- und Sonderwissen als auch über eine Möglichkeit verfügt, sein/ihr Wissen in einer bestimmten Weise wirksam machen zu können. Dies wird im folgenden Zitat ersichtlich:

Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidend – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h., der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. (Bogner und Menz 2002, zit. nach Flick 2007: 215)

Weiterhin beschreiben Gläser und Laudel (2009) die Rolle der ExpertInnen und machen deutlich, dass sie als ein Medium betrachtet werden, durch das der Sozialwissenschaftler Zugang zu Wissen über einen interessierenden Sachverhalt erlangen kann. Der Fokus der Untersuchung liegt demnach nicht auf der Person, die als Experte/Expertin betrachtet wird, sondern auf den interessierenden Sachverhalt oder die interessierenden Prozesse. In diesem Sinne sind die Gefühle und Einstellungen der ExpertInnen nur dann von Interesse, wenn sie die Darstellung des interessierenden Sachverhalts beeinflussen können. Eine solche Beeinflussung des untersuchten Sachverhalts muss bei der Interpretation einer ExpertInnenbefragung berücksichtigt werden (Gläser und Laudel 2009: 12). Auch Flick (2007) macht die Rolle der ExpertInnen deutlich und stellt fest, dass weniger die Person des Befragten von Interesse ist, sondern vielmehr seine Eigenschaft als ExperteIn in einem bestimmten Feld. Der Experte/die Expertin wird nicht als Einzelfall, sondern als ein/e RepräsentantIn für eine bestimmte Gruppe befragt (Flick 2007: 214). Weiterhin ist bei einem ExpertInneninterview die exklusive Stellung des Experten/der Expertin für die Untersuchung von Relevanz. Dadurch können Informationen über interne Strukturen und Prozesse gesammelt werden (Gläser und Laudel 2009: 12).

Flick (2007) erklärt, dass bei einem ExpertInneninterview der Leitfaden eine besondere Steuerungsfunktion einnimmt. So ist es wichtig, den Fokus auf das interessierende Thema beizubehalten und abschweifende Themen zu vermeiden. Außerdem weist Flick auf die Herausforderung hin, dass es im Laufe des Interviews schwierig sein kann, den Fokus auf das ExpertInnenwissen statt auf die Privaterfahrungen der Befragten zu legen (Flick 2007: 216f.)

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden LeiterInnen von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Bipolaren Störungen sowie PeerberaterInnen, die eine EX-IN-Ausbildung absolviert haben, als ExpertInnen befragt. Durch den regelmäßigen Kontakt der ExpertInnen mit Betroffenen haben diese einen guten Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen und verfügen über ein spezialisiertes Wissen, welches über ihre individuellen Erfahrungen hinausgeht.

6.2 Das problemzentrierte Interview

Bei einem problemzentrierten Interview liegt bereits vor der Datenerhebung ein wissenschaftliches Konzept vor, das durch den/die ForscherIn erarbeitet wird. Der/die ForscherIn verschafft sich also ein theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis, womit er/sie in die Erhebungsphase einsteigt. Dies kann beispielsweise durch ein Literaturstudium oder durch eigene Erkundungen im Untersuchungsfeld erfolgen. Dieses vorgearbeitete Konzept kann allerdings durch die Erzählungen der Befragten modifiziert werden, so dass die Konzeptgenerierung noch immer wichtiger Bestandteil des problemzentrierten Interviews darstellt. Hier liegt demnach eine Kombination aus induktivem und deduktivem Verfahren vor (Lamnek 2010: 333).

Beim problemzentrierten Interview ist es wichtig, bei den Befragten eine Erzählung zu generieren. Mithilfe von sehr offenen Fragen wird lediglich der interessierende Problembereich eingegrenzt. Das vorgearbeitete Konzept des Forschers bleibt der Befragten während des Interviews verborgen. So greift Lamnek (2010) die Aussage von Witzel (1985) auf, die den Forscher dem Anspruch ausgesetzt sieht, möglichst unvoreingenommen den Forschungsgegenstand zu erfassen, und gleichzeitig sein wissenschaftliches Konzept fruchtbar machen zu wollen. Um diesen Widerspruch aufzulösen, empfiehlt Lamnek (2010: 333), dieses entwickelte Konzept gegenüber den Bedeutungsstrukturen der Befragten möglichst offen zu halten. Wenn sich zu Beginn der Datenerhebung herausstellt, dass diese entwickelte Konzeption mangelhaft oder gar falsch ist, wird es modifiziert und angepasst.

Lamnek (2010: 333f.) zufolge lässt sich das problemzentrierte Interview in vier bedeutende Phasen einteilen. Die erste Phase des Interviews besteht aus der Einleitung. Hier wird sowohl die erzählende Gesprächsstruktur als auch der Problembereich, auf den sich das Interview thematisch fokussiert, festgelegt. Darauf folgt eine Phase der allgemeinen Sondierung. Dabei stimuliert der/die InterviewerIn die narrative Phase der Befragten. Wichtig ist dabei, dass der/die InterviewerIn zu einer Erzählung anregt und der Befragte dadurch zu einer detaillierten Beschreibung des Erlebten animiert wird. Außerdem soll der/die InterviewerIn durch die Vorgabe von Erzählbeispielen emotionale Vorbehalte des Interviewten gegenüber bestimmten Themen abbauen. Auf die Phase der allgemeinen Sondierung folgt die Phase der spezifischen Sondierung. In dieser Phase gilt es für den/die InterviewerIn, verständnisgenerierende Fragen zu stellen, um das Erzählte richtig zu verstehen und nachvollziehen zu können. Lamnek (2010: 334) gibt dabei drei verschiedene Möglichkeiten zur aktiven Verständnisgenerierung vor. Die erste Möglichkeit besteht in der Zurückspiegelung. Dabei bezieht sich der/die InterviewerIn auf die getätigten Aussagen

der Befragten und gibt seine Interpretation und Deutung der Aussagen bekannt. Auf diese Weise kann der Befragte die Interpretation durch den/die InterviewerIn kontrollieren und korrigieren. Eine weitere Möglichkeit der aktiven Verständnisgenerierung besteht darin, Verständnisfragen zu stellen. Dies dient in erster Linie dazu, widersprüchliche Aussagen und Antworten zu thematisieren und dadurch eine gültigere und präzisere Interpretation zu ermöglichen. Die dritte Möglichkeit, die von Lamnek (ebd.) zur Verständnisgenerierung aufgegriffen wird, besteht darin, die Befragten mit aufgetretenen Widersprüchen, Unerklärtem und Ungereimtheiten zu konfrontieren. Lamnek (ebd.) weist jedoch darauf hin, dass diese mit besonderer Vorsicht anzugehen ist und der Befragte sich unverstanden fühlen kann. Dadurch kann das gesamte Interviewklima schnell negativ beeinflusst werden. Auf die Phase der spezifischen Sondierung folgt die vierte Phase, wobei direkte Fragen gestellt werden können. Diese Ad-hoc-Fragen sollen dazu dienen, Themenbereiche zu behandeln, die der/die Befragte bislang noch nicht von sich aus aufgegriffen hat (vgl. Lamnek 2010: 334).

Im Rahmen dieser Studie mit Betroffenen der Bipolaren Störung wurde das problemzentrierte Interview durchgeführt. Diese Betroffenen wurden ausschließlich von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Bipolaren Störungen rekrutiert.

6.3 Ethische Überlegungen

Bei der Durchführung von qualitativen Studien, sind einige ethische Grundprinzipien zu berücksichtigen. Die für diese Studie relevanten ethischen Überlegungen sind im Folgenden beschrieben. Außerdem werden die für diese Studie ergriffenen Maßnahmen zur Berücksichtigung dieser Prinzipien dargelegt. Die diesbezügliche Stellungnahme der Ethikkommission des Competence Centers Gesundheit (CCG) ist dem Anhang beigelegt.

Schadensvermeidung: Grundsätzlich dürfen die StudienteilnehmerInnen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Ihnen muss also die Schadensvermeidung durch ihre Teilnahme an der Studie versichert werden. Somit sind Situationen, die für die TeilnehmerInnen mit einem Schaden verbunden sein könnten, zu vermeiden (Lichtman 2013: 52). Bei der vorliegenden Studie könnten die Betroffenen der Bipolaren Störungen auf das Thema Stigmatisierung möglicherweise sensibel reagieren, wenn sie besonders verletzend Erfahrungen gemacht haben. Da für die Teilnahme eine Selbst-reflektion der eigenen Biographie durch die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe vorausgesetzt wurde, war dies jedoch unwahrscheinlich. Trotzdem wurde dieser Aspekt in Betracht gezogen. Aus diesem Grund wurde mit der Thematisierung von unterstützenden Bewältigungsstrategien am Ende des Interviews ein positiver Ausgang aus dem Interview geschaffen.

Die TeilnehmerInnen tragen durch das Teilen ihrer Erfahrungen und ihres Wissens außerdem dazu bei, dass die Öffentlichkeit einen Einblick in die Lebenswelt der Betroffenen bekommt und sie besser versteht. Auch andere Betroffene können von den geschilderten Erfahrungen profitieren, denn die Forschungsergebnisse, insbesondere der Einblick in hilfreiche Bewältigungsstrategien, werden ihnen z.B. in Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt. Den Betroffenen wird damit die Möglichkeit gegeben, ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Gedanken zu teilen und dadurch andere Betroffene zu unterstützen. Auch für die StudienteilnehmerInnen selbst kann das Teilen ihrer Stigmatisierungserfahrungen eine tröstliche, stärkende und unterstützende Wirkung haben.

Datenschutz und Anonymität: Die erhobenen Daten müssen nach den geltenden Datenschutzregelungen behandelt und die Privatsphäre der TeilnehmerInnen durch die Anonymisierung geschützt werden. Alle StudienteilnehmerInnen haben berechtigterweise die Erwartung, dass keinerlei Identifikationsmerkmale offenbart werden. Personenbezogene Daten jedweder Art dürfen nicht veröffentlicht oder weitergegeben werden (Lichtman 2013: 52f.). Um die Vertraulichkeit der persönlichen Daten zu gewährleisten, wurde an dieser Stelle eine Pseudonymisierung (Verschlüsselung) vorgenommen. Dabei wurden jegliche Identifikationsmerkmale wie z.B. der Name, das Alter usw. durch einen Code ersetzt. Außerdem wurden die StudienteilnehmerInnen zu Beginn des Interviews darauf hingewiesen, dass Berichte über Fälle ohne Nennung von Namen erfolgen. Die Pseudonymisierung erfolgte unmittelbar nach der Datenerhebung. Die Auswertung und Nutzung der Daten erfolgt ebenso in pseudonymisierter Form. Die gesammelten Daten wurden ausschließlich bei der Verfasserin dieser Arbeit aufbewahrt und ausgewertet. Das Tonbandgerät wird in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt. Auch der Zugriff auf die Daten im Computer wurde mit einem Passwort geschützt. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Informiertes Einverständnis: Die StudienteilnehmerInnen sollten bestmöglich über die Ziele und die Methode der Studie informiert werden. Zudem sollte die Teilnahme freiwillig erfolgen und keineswegs erzwungen werden (Lichtman 2013: 53). Die Teilnahme an den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie war freiwillig und setzte eine Einwilligung über einen „informed consent“ voraus. Alle StudienteilnehmerInnen werden ausführlich über die Ziele und den Verlauf der Studie informiert und aufgeklärt. Die Aufklärung der StudienteilnehmerInnen erfolgte sowohl mündlich als auch schriftlich bei der Kontaktaufnahme sowie unmittelbar vor der Durchführung der Interviews. Die StudienteilnehmerInnen erhielten einen Informationsbogen, der ihnen Auskunft über die Studienziele und den Studienverlauf gab. Auch eine schriftliche Einverständniserklärung der TeilnehmerInnen

wurde eingeholt. Die InterviewpartnerInnen wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie jederzeit das Interview verweigern können und auch während des Interviews das Recht auf Abbruch haben, wenn sie sich unwohl fühlen fortzufahren. Auch ein Rücktritt von der Studie war bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung möglich. Sowohl der Informationsbogen als auch die Einverständniserklärung sind dem Anhang zu entnehmen.

Interpretation der Daten: Bei der Datenauswertung sollte möglichst darauf geachtet werden, dass keine Fehlinterpretationen und Falschaussagen getroffen werden. Auf diesem Wege kann vermieden werden, dass ein Bild präsentiert wird, welches sich nicht auf die Daten stützt (ebd.). Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, erfolgte die Interpretation ausschließlich auf Grundlage der Daten.

6.4 Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen

Die ExpertInnen, die im Rahmen dieser Studie befragt wurden, sind LeiterInnen von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Bipolaren Störungen sowie PeerberaterInnen, die durch das Projekt „Experienced Involvement“ (EX-IN) ausgebildet wurden. Beide ExpertInnengruppen sind selbst von Bipolaren Störungen betroffen. Die befragten LeiterInnen der Selbsthilfegruppen stehen in Kontakt mit Betroffenen und haben einen guten Einblick in die Angelegenheiten, mit denen Betroffene im Alltag zu kämpfen haben. Die PeerberaterInnen haben sowohl durch die EX-IN-Ausbildung also auch durch ihre Tätigkeit als BeraterInnen von Psychiatrie-Erfahrenen einen Einblick in die Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen erhalten. Diese ExpertInnen können nicht nur über die Erfahrungen der Betroffenen mit dem sozialen Umfeld berichten, sondern auch Aufschluss über die Qualität der Versorgungsstruktur für Menschen mit Bipolaren Störungen geben.

Die ExpertInnen wurden telefonisch kontaktiert und über das Studienvorhaben sowie seine Ziele informiert. Ein Informationsbogen wurde ihnen zusätzlich per E-Mail zugesandt. Abschließend wurden telefonisch oder per E-Mail Interviewtermine mit den InteressentInnen vereinbart. Im Folgenden sind die Einschlusskriterien für die Teilnahme an ein ExpertInneninterview aufgelistet.

Einschlusskriterien für das ExpertInneninterview:

- Menschen mit einer Bipolaren Störung
- ExpertInnenstatus: Betroffene, die über spezialisiertes Wissen verfügen und in der Peerberatung tätig sind oder eine Selbsthilfegruppe leiten
- ExpertInnen in Hamburg und Umgebung

Die an der Studie interessierten ExpertInnen wurden darum gebeten, in ihren Selbsthilfegruppen nach InteressentInnen für die problemzentrierten Interviews zu fragen. Die Kontaktdaten der InteressentInnen wurden der Verfasserin dieser Arbeit weitergeleitet. Auch an diese InteressentInnen wurde ein Informationsbogen per E-Mail versendet. Vor dem Interviewtermin hatten einige InteressentInnen die Möglichkeit die Interviewerin im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung in einer Selbsthilfegruppensitzung persönlich kennenzulernen. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an das problemzentrierte Interview sind im Folgenden aufgelistet.

Einschlusskriterien für das problemzentrierte Interview:

- Menschen mit einer Bipolaren Störung
- Selbstreflexion der eigenen Lebenssituation in einer Selbsthilfegruppe

6.5 Vorbereitende Maßnahmen

Die Verfasserin dieser Arbeit hat zur Vorbereitung auf die Interviews eine teilnehmende Beobachtung in einer Sitzung einer Selbsthilfegruppe eingeleitet. Das maßgebliche Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung, so Lamnek (2010: 499), sei der Einsatz in der natürlichen Lebenswelt der Untersuchungspersonen. Dabei nehme der/die ForscherIn am Alltagsleben der ihn/sie interessierenden Personen teil und versuche, durch Beobachtung deren Interaktionsmuster und Wertvorstellungen zu analysieren.

Die Teilnahme in einer Gruppensitzung und der erste Kontakt mit möglichen InterviewpartnerInnen sollte der Verfasserin dieser Arbeit einen ersten Einblick in das Leben von Menschen mit Bipolaren Störungen verschaffen. Weiterhin diene die teilnehmende Beobachtung dazu, das eigene Vorgehen zu reflektieren und die Interviewleitfäden zu modifizieren. Außerdem hatten potenzielle StudienteilnehmerInnen dadurch die Möglichkeit, die Interviewerin schon einmal vorab kennenzulernen. Die TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppe stellten sich der Forscherin zu Beginn der Sitzung kurz vor. Anschließend griffen sie Themen auf, die sie gerade beschäftigten, und tauschten ihre Erfahrungen aus. Im Rahmen dieser teilnehmenden Beobachtung wurden bereits einige Aspekte ersichtlich, die mit dem Thema Stigmatisierung im Zusammenhang stehen. Auch ein erster Einblick in die Umgangsweisen der Betroffenen mit bestimmten Problemen wurde ersichtlich.

Zusätzlich zu der teilnehmenden Beobachtung in einer Selbsthilfegruppe nahm die Forscherin einmalig an einem Psychoseseminar teil. Dieses Seminar hatte einen informativen Charakter und diente dem Austausch und der gegenseitigen Fortbildung von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Profis. Für Studierende bietet das Seminar die Chance, ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, was eine Psychose bedeutet. Da Betroffene

ne der Bipolaren Störungen ebenfalls Psychosen erleiden können, war die Teilnahme an diesem Seminar sehr aufschlussreich, um – wenn auch nur annähernd – eine Vorstellung davon zu bekommen, was Betroffene in einer Psychose durchleben.

6.6 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte sowohl beim ExpertInneninterview als auch beim problemzentrierten Interview mittels einer teilstrukturierten Befragung unter Einbezug von Interviewleitfäden. In Anlehnung an die Literaturrecherche und den theoretischen Hintergrund wurden diese Leitfäden separat für beide Interviewformen entwickelt. Auch die teilnehmende Beobachtung in einer Sitzung einer Selbsthilfegruppe trug zur Entwicklung und Reflexion der Leitfäden bei.

Die Fragen wurden im Laufe des Interviews nicht systematisch abgehakt. Vielmehr konnte bei der Befragung von den Leitfäden abgewichen werden, sodass bestimmte Aspekte, die von besonderem Interesse waren, ausführlicher besprochen werden konnten. Die Leitfäden dienten demnach lediglich als ein Hilfsmittel und ein Orientierungsrahmen bei der Interviewdurchführung. Dabei wurden die Fragen sehr offen gestellt, sodass ein Gesprächsfluss zustande kommen konnte.

Nach der Durchführung der ersten Interviews wurden die Interviewleitfäden leicht verändert und die Reihenfolge der Themenblöcke dementsprechend angepasst, um einen besseren Gesprächsfluss zu ermöglichen. Denn es konnte beobachtet werden, dass allgemein gestellte Fragen besser dazu geeignet waren, einen Erzählfluss zu erzeugen. Aus diesem Grund wurden einige sehr konkret gestellte Fragen nach den ersten Interviews aus den Interviewleitfäden gestrichen.

Die Interviews wurden in einem geschützten Rahmen ohne Anwesenheit Dritter durchgeführt und mithilfe eines Tonbandgeräts aufgezeichnet.

Im Folgenden werden die zwei Interviewleitfäden in ihrer Endversion näher beschrieben.

Interviewleitfaden für das ExpertInneninterview

Bei dem ExpertInneninterview ging es in erster Linie darum, durch die LeiterInnen und PeerberaterInnen von Selbsthilfegruppen einen Einblick in die Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen zu erhalten, eine Einschätzung über die Qualität der Versorgungslandschaft zu bekommen sowie die Rolle einer Selbsthilfegruppe hinsichtlich der Bewältigung von Stigmatisierungserfahrungen zu erfragen. Die folgende Eingangsfrage ist allgemein gehalten und sollte den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit geben, in das Thema einzusteigen.

... Sie als LeiterIn einer Selbsthilfegruppe/PeerberaterIn stehen in Kontakt mit Betroffenen. Erzählen Sie doch einmal aus Ihrer Sicht: Welche Erfahrungen machen Menschen mit Bipolaren Störungen mit der sozialen Umwelt (z.B. Bekannten, Freunden, KollegInnen, Fremden, Mitbetroffenen)?

Im Anschluss daran fand die Überleitung zum Themenblock zur *öffentlichen Stigmatisierung* statt. Hierbei wurden die ExpertInnen über die konkreten Erfahrungsberichte von Betroffenen sowie ihre Bewältigungsstrategien befragt. Auch auf die Rolle der Selbsthilfegruppe als eine mögliche Ressource zur Bewältigung wurde Bezug genommen.

Darauf folgte der Themenblock über *Selbststigmatisierung*. Hier lag der Fokus darauf, ob eine Veränderung der Selbstwahrnehmung bei Betroffenen vorliegt und sie dementsprechend selbstdiskriminierendes Verhalten aufweisen. Auch hier wurden die ExpertInnen über mögliche Strategien zur Vorbeugung oder Bewältigung der Selbststigmatisierung befragt. Anschließend wurden die ExpertInnen über *antizipierte Stigmatisierung* sowie hilfreiche Umgangsweisen der Betroffenen mit dieser Problematik befragt. Daraufhin folgten einige Fragen zum Thema *strukturelle Stigmatisierung*. Hier wurde u.a. um eine Einschätzung zur Qualität der psychiatrischen Versorgung gebeten. Zum Abschluss wurden einige personenbezogene Fragen gestellt. Der vollständige Leitfaden für das ExpertInneninterview ist dem Anhang zu entnehmen.

Interviewleitfaden für das Problemzentriert Interview

Während beim ExpertInneninterview der/die ExpertIn als ein Informant für die Erfahrungsberichte von vielen Betroffenen agiert, gilt das Interesse beim problemzentrierten Interview ausschließlich den Erfahrungen der Interviewperson selbst. Demzufolge sollen die Fragen einen Erzählfluss über die Erfahrungen und Erlebnisse des Befragten generieren. Das problemzentrierte Interview mit Betroffenen der Bipolaren Störungen wird mit der folgenden Frage eingeleitet:

... Erzählen Sie mir doch erst einmal ganz allgemein: Wie fing das alles an und welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit Ihrem sozialen Umfeld gemacht? Welche Situationen, Erlebnisse, Begegnungen fallen Ihnen ein, in denen Sie das Gefühl hatten, Ihre Erkrankung spielt für Ihr Gegenüber eine Rolle?

Mit dieser Einleitungsfrage wurde zugleich zur öffentlichen Stigmatisierung überleitet. Dabei wurden verschiedene Bereiche des sozialen Lebens aufgegriffen und behandelt. Dazu zählen die Erfahrungen mit der Familie, mit FreundInnen, mit dem Arbeitsumfeld, mit Fremden sowie mit Mitbetroffenen oder Angehörigen des Gesundheitssystems. An dieser Stelle sei angemerkt, dass den Befragten die Beantwortung der Frage „*Nehmen Sie in Ihrer sozialen Interaktion mit Mitbetroffenen und Nichtbetroffenen Unterschiede wahr?*“ schwer fiel und aus diesem Grund keine Ergebnisse hierzu hervorgebracht werden konnten. Weiterhin wurden die Interviewten über ihre Bewältigungsstrategien im Hin-

blick auf ihre Stigmatisierungserfahrungen befragt. Darauf folgten die Themenblöcke *Selbststigmatisierung* und *antizipierte Stigmatisierung* mit den jeweiligen Fragen über hilfreiche Umgangsweisen mit diesen Problematiken. Das Interview wurde mit einigen allgemeinen Fragen zur/m GesprächspartnerIn beendet. Der vollständige Leitfaden für das problemzentrierte Interview ist ebenfalls dem Anhang zu entnehmen.

6.7 Transkription der Interviews

Transkription bedeutet das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form. Das Transkript entsteht dabei durch das Abtippen des Aufgenommenen von Hand. Das Gesprochene wird in einem Transkript festgehalten und anschließend für die Analyse zugänglich gemacht (Dresing und Pehl 2015:17).

Als Grundlage für die Transkription der in dieser Studie durchgeführten Interviews wurde das einfache Transkriptionssystem verwendet, das von Dresing und Pehl (2015) in ihrem Buch überarbeitet und erweitert wurde. Der Fokus liegt dabei auf dem Inhalt des Interviews, auf einer guten Lesbarkeit des Textes und einer nicht zu umfangreichen Umsetzungsdauer (Dresing und Pehl 2015: 18). Dabei wurden bei den ExpertInneninterviews sowie bei den problemzentrierten Interviews dieselben Transkriptionsregeln angewendet.

Auf diesen Transkriptionsregeln basierend wurden die Interviews wörtlich und nicht lautsprachlich oder zusammenfassend transkribiert. Dabei wurden vorhandene Dialekte möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Weiterhin wurden Wortverschleifungen nicht eins zu eins transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angepasst. Die Satzform wurde jedoch trotz syntaktischer Fehler beibehalten. Außerdem wurde die Interpunktion zugunsten der Lesbarkeit geglättet. Bei kurzem Senken der Stimme sowie bei uneindeutiger Betonung wurde demnach eher ein Punkt gesetzt statt eines Kommas. (Dresing und Pehl 2015: 21). Zur vereinfachten Zuordnung der Aussagen zu den jeweiligen Gesprächspersonen wurde in allen Interviews der InterviewpartnerIn mit einem „I:“ und die Forscherin mit einem „M:“ abgekürzt.

6.8 Datenauswertung: Zusammenfassende Qualitative Inhaltsanalyse

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem ein zentrales Instrument der Analyse dar. Demnach ist die Kategorienkonstruktion und -begründung von besonderer Wichtigkeit. So soll versucht werden die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren. Mayring (2010) hat das Anliegen, das systematische Vorgehen der Inhaltsanalyse mithilfe von konkreten Verfahren zu bewahren. Ein systematisches Vorgehen bedeutet

dabei eine Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Dabei sei die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells ein zentraler Aspekt (Mayring 2010: 48f).

In diesem Sinne erfolgte die Auswertung der vorliegenden Studie nach dem Ablaufmodell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse. Dabei ist das grundlegende Ziel der Analyse „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2010: 65). Im ersten Schritt der zusammenfassenden Inhaltsanalyse geht es darum, die konkreten Analyseeinheiten zu bestimmen. Die einzelnen Einheiten werden im nächsten Schritt in eine knappe Form umgeschrieben bzw. paraphrasiert. Hierbei soll lediglich die zentrale Aussage des Inhalts beschrieben werden. Textbestandteile, die nicht von inhaltlicher Relevanz sind, werden dabei gestrichen. Zudem sollen die Paraphrasen auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert werden. Nach der Paraphrasierung des Materials wird das Abstraktionsniveau der nächsten Reduktion bestimmt. Hierbei werden alle vorliegenden Paraphrasen verallgemeinert bzw. generalisiert. Inhaltsgleiche Paraphrasen sowie nichtssagende Paraphrasen werden weggelassen. Daraufhin werden mehrere sich aufeinander beziehende Paraphrasen, die oft im Material verteilt sind, zusammengefasst und in einer neuen Aussage gebündelt. Bei den verschiedenen Reduktionsschritten werden bei Zweifelsfällen theoretische Vorannahmen herangezogen. Am Ende wird überprüft, ob das Kategoriensystem noch das Ausgangsmaterial repräsentiert. Denn alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchgangs müssen im Kategoriensystem aufgehen (Mayring 2010: 69).

Das Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich gut mit der induktiven Kategorienbildung kombinieren. Bei der induktiven Kategorienbildung werden die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet. Dabei erfolgt keine Bezugnahme zu vorab formulierten Theorienkonzepten. Ziel dabei ist eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials, wobei Verzerrungen durch Vorannahmen vorgebeugt werden sollen (ebd.: 83f).

Die in der vorliegenden Studie verwendeten Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sind im Folgenden aufgelistet.

Z1: Paraphrasierung

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(Mayring 2010: 70)

Die Ergebnistabellen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse für die ExpertInneninterviews sowie für die problemzentrierten Interviews sind dem Anhang zu entnehmen.

7 Die StudienteilnehmerInnen des ExpertInneninterviews

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die StudienteilnehmerInnen gegeben. An einem ExpertInneninterview haben fünf Personen aus verschiedenen Altersgruppen teilgenommen. Die jüngste Person wurde im Alter von 26 Jahren und die älteste Person im Alter von 66 Jahren befragt. Drei ExpertInnen leiten seit mindestens 2 Jahren eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer Bipolaren Störung. Zwei weitere ExpertInnen haben die EX-IN-Ausbildung absolviert und haben Erfahrung in der Peerberatung. Diese

ExpertInnen berichten auf Grundlage dieser Erfahrungen von den Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen.

Interviewnummer	Alter	Expertenstatus
1	26	Leitung einer Selbsthilfegruppe seit 2 Jahren
2	59	Leitung einer Selbsthilfegruppe seit 9 Jahren
3	66	Leitung einer Selbsthilfegruppe seit 2-3 Jahren
4	66	EX-IN-Ausbildung + Peerberatung
5	66	EX-IN-Ausbildung + Peerberatung

Tabelle 1: Angaben über StudienteilnehmerInnen des ExpertInneninterviews

8 Ergebnisse der ExpertInneninterviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der ExpertInneninterviews, die mit LeiterInnen von Selbsthilfegruppen sowie PeerberaterInnen durchgeführt wurden, zusammenfassend inhaltsanalytisch dargestellt. Dabei werden die beschriebenen Erfahrungen in die Kategorien *öffentliche Stigmatisierung* (Kap. 8.1), *Selbststigmatisierung* (Kap. 8.2), *antizipierte Stigmatisierung* (Kap. 8.3) sowie *strukturelle Stigmatisierung* (Kap. 8.4) untergliedert. Im Anschluss an diese jeweiligen Berichte der verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen folgen von den ExpertInnen empfohlene Bewältigungsstrategien und -ressourcen für den Umgang mit den jeweiligen Erfahrungen. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews.

8.1 Öffentliche Stigmatisierung

Dadurch, dass die befragten ExpertInnen in einem engen Kontakt mit vielen Betroffenen stehen, haben sie einen Einblick in die Angelegenheiten, die diese täglich beschäftigen. In diesem Abschnitt werden die Aussagen der ExpertInnen zu den öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld dargestellt. Diesbezüglich berichten die ExpertInnen sowohl von positiven als auch von negativen Erfahrungen der Betroffenen. Außerdem nehmen sie Stellung zu Bewältigungsstrategien und -ressourcen, die ihrer Ansicht nach für Betroffene im Umgang mit der öffentlichen Stigmatisierung von Nutzen sind.

8.1.1 Öffentliche Stigmatisierungserfahrungen

Verschiedene Aussagen der ExpertInnen deuten darauf hin, dass allgemein ein negatives gesellschaftliches Bild über Menschen mit einer Bipolaren Störung vorherrscht. Den ExpertInnen zufolge passe jemand, der gerade in einem manischen Zustand eine Psychose durchlebt, genau in das gesellschaftlich vorherrschende Stereotyp eines Verrückten (1,

83–85). Als Grund wird u.a. der übersteigerte Rededrang von Betroffenen während einer Manie genannt (2, 47–50). Menschen würden dieser Person gegenüber Angst verspüren, weil sie für sie unberechenbar sei und sie dieses Verhalten nicht kennen würden (1, 86–88). Während einer Manie seien Betroffene nicht wirklich in der Lage die Grenzen von ihren Mitmenschen zu sehen und zu akzeptieren, wodurch sie dann auffallen würden (4, 81–83). Aufgrund der Verletzung dieser Grenzen würden Familienangehörige ein gewisses Schamgefühl verspüren (5, 63–66). Dem sozialen Umfeld falle insbesondere der Umgang mit psychotischen Anteilen der Erkrankung schwer (4, 329–330). So habe das soziale Umfeld der Betroffenen meist Angst davor, dass diese erneut in eine manische Phase kämen, weil sie damit nicht umgehen könnten (5,48–50). Ein/e InterviewteilnehmerIn begründet den schlechten Ruf der Bipolaren Störungen im folgenden Zitat mit der Unwissenheit der Menschen über die Erkrankung.

Wenn man sagt, ich habe eine Bipolare Störung, dann weiß man, das ist eine seltene schwere psychiatrische Krankheit, aber es ist ein bisschen ominös, ich weiß nicht, was ich damit genau anfangen soll. Ich kann mir vorstellen, dass daher viel Besorgnis kommt und es deshalb auch einen schlechten Ruf hat (1, 89–92).

Weiterhin hätten viele Betroffene aufgrund ihrer Erkrankung mit Vorurteilen zu kämpfen. So komme es vor, dass ihnen gefährliche Verhaltensweisen zugeschrieben werden und ihre Vertrauenswürdigkeit in Frage gestellt werden würde (3, 289–295). Trotz der großen Zahl an Menschen, die eine Bipolare Störung erleiden, sei das Thema unbekannt in der Gesellschaft und es werde kaum darüber gesprochen.

...6-8 Millionen sind selber betroffen oder waren es oder können jederzeit wieder einen Rückfall kriegen. Und da hängen dann noch 10 Millionen Personen dran in irgendeinem Partnerverhältnis. So groß ist hier die Menge, über die wir sprechen und so unbekannt ist das Ganze. Das ist unglaublich! Über jeden Herzinfarkt spricht man, über Ernährungsgewohnheiten spricht man tausende von Stunden, aber darüber spricht man irgendwie nicht (3, 126–131).

Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass Betroffene vor allem dann negative Erfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld machen, wenn sie ihren Mitmenschen ihre Erkrankung zu früh preisgeben, ohne eine freundschaftliche Basis aufgebaut zu haben.

Schlechte Erfahrungen macht man, wenn man es zu früh erzählt hat. Also Leuten, mit denen man noch nicht so ein enges Verhältnis hat und wo die vielleicht lose Bekannte sind. (...) Also wenn man es ihnen sagt, ohne eine feste freundschaftliche Basis zu haben (1, 61–64).

Bei frühzeitiger Preisgabe der Erkrankung komme es zu Irritationen beim Gegenüber und ein ungezwungener Umgang sei folglich kaum mehr möglich (1, 62–72).

Die ExpertInnen berichten über einige konkrete Erfahrungen, die Betroffene mit Familienangehörigen oder FreundInnen gemacht haben. Es wird berichtet, dass Betroffene ganz

unterschiedliche Erfahrungen mit der Familie machen. Dies hänge vom konkreten familiären Umfeld der Betroffenen ab (2, 5–7). Nichtsdestotrotz legen die ExpertInnen einige häufige Erfahrungen der Betroffenen dar. So würden Betroffene teilweise Verständnislosigkeit erfahren, da das soziale Umfeld sich frage, wieso der Betroffene/die Betroffene überhaupt erkrankt sei, wenn er/sie doch alles im Leben habe.

...ja du hast doch dies, du hast doch das, du hast doch eigentlich alles! Warum bist du krank? (2, 40–41).

Weiterhin wird berichtet, dass die Mitmenschen die Krankheit meist nicht wahrhaben wollen und von sich wegschieben würden, ohne sich damit auseinanderzusetzen zu wollen.

Ja z.B. wollen die das nicht wahrhaben. Also das ist so das Hauptproblem bei vielen. Die wollen sich dann auch nicht damit beschäftigen. Sie schieben das von sich und versuchen erst zu sagen: Ja du, nun reiß dich zusammen! Das ist so ein typischer Spruch... (2, 36–38).

Somit sei es schwierig für Betroffene, rückhaltlos mit ihren Mitmenschen über ihre Krankheit zu sprechen, weil sie den Verlust von diesen Kontakten fürchten.

...da traut man sich nicht, das so rückhaltlos zu erzählen, weil man weiß ja nicht, was man anrichtet in dem anderen. Es könnte ja der Verlust von Freunden, von Familie, vom Arbeitsplatz sein. Und das ist eben auch sehr oft so (3, 47–49).

In diesem Zusammenhang stoße ein Betroffener/eine Betroffene bei dem Versuch, mit jemandem darüber zu sprechen, auf Ablehnung, welches als sehr verletzend empfunden werde.

...wenn man hört: Ja nee, damit will ich nichts zu tun haben! Das ist ja Ablehnung und kann einen ja ganz schön verletzen, wenn man mit jemanden darüber reden möchte und die Reaktion ist: Darüber will ich nicht reden! (2, 73–75).

Aufgrund der Krankheit täten sich Familienangehörige schwer damit, die Persönlichkeit der Betroffenen zu erfassen und zu definieren (5, 11–14). Aus diesem Grund komme es vor, dass personeneigene Verhaltensweisen fälschlicherweise der Krankheit zugeschrieben werden (5, 42–47). Folgende Erfahrung machte jemand mit der eigenen Tochter.

Meine Tochter sagte mir mal: Mama, ich weiß überhaupt nicht, wer du bist. Wer bist du eigentlich? Bist du die, die du bist, wenn du manisch bist oder hypomanisch? Bist du die, die du bist, wenn du depressiv bist? Wer bist du? Und dieses ‚wer bist du‘, ist auch eine ganz große Frage, die sich der Bipolare selber stellt (5, 11–14).

Darüber hinaus scheint die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Familienangehörigen unter der Erkrankung zu leiden, da die Erkrankung zu sehr im Vordergrund stehe und teilweise die ganze Person mit einer anderen Brille betrachtet werden würde.

Das ist zum Teil ganz schmerzhaft. Wir haben einen Fall (...) Der hat vor einiger Zeit gesagt: Also ich hab' so ein Bauchschmerz damit, aber ich muss mich dazu durchringen, mit meiner Familie keinen Tag mehr darüber zu sprechen, weil sofort kommt irgendwie: Du bist ja eh bipolar, du bist ja eh krank, du bist ja verrückt. Was erzählst du mir, du bist wieder krank, geh mal zum Arzt (3, 61–365).

Die ExpertInnen berichten von weiteren konkreten Erfahrungen, die einzelne Betroffene mit Familienangehörigen gemacht haben. So habe ein Familienmitglied eines Betroffenen dafür gesorgt, dass er/sie ein ganzes Jahr in der geschlossenen Station bleiben musste (5, 356–361). Zudem wird von einem Fall berichtet, wo der/die PartnerIn sich nicht bereit erklären würde, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Aufgrund von Schamgefühlen habe er/sie seinem/r erkrankten PartnerIn Krankenhausbesuche von FreundInnen nicht gewährt (5, 54–59). Die ExpertInnen betonen, dass insbesondere die Ablehnung von sehr engen sozialen Kontakten für die Betroffenen als sehr schmerzhaft empfunden werde.

Also natürlich im persönlichen Bereich, relativ nah, Partnerschaft, Geschwister, Eltern passiert es ja genauso, das tut schon weh, keine Frage, zumal es oft ein ziemlich radikaler Wechsel ist (4, 146–147).

Ein/e ExpertIn berichtet von seinen/ihren eigenen Erfahrungen mit der Familie. Und zwar habe er/sie sich aufgrund von Verträglichkeitsproblemen entschieden, auf Medikamente komplett zu verzichten. Dieser Verzicht auf Medikamente sei von Familienangehörigen als verantwortungslos empfunden worden, wobei ein Gespräch darüber mit ihnen nicht möglich sei.

Aber irgendwann hab' ich gesagt und leider auch meinen Kindern: Ich nehme keine Medikamente. Und damit war ich für sie gestorben (5, 147–148).

Des Weiteren komme es häufig zu Kontaktabbrüchen mit Familienmitgliedern oder FreundInnen, weil der Kontakt keinen Sinn mehr mache und ein respektvoller Umgang nicht gegeben sei.

Wir haben viele Fälle gehabt in der Gruppe, die haben gesagt: Ich hab' den Kontakt zu meiner Schwester abgebrochen, weil es hat keinen Sinn. Was soll ich da gegen eine Wand reden, es hat sich in 10 Jahren nichts verändert, also es hat keinen Sinn. Freundschaften werden oft gekündigt, von der oder jener Seite, weil es nicht funktioniert. Weil man nicht damit leben kann, wenn man ständig angemacht wird, dass man ja krank ist. (3, 369–373)

Weiterhin würden Betroffene aufgrund ihrer Erkrankung eine gewisse Ablehnung und Ignoranz von ihrem Mitmenschen erleben.

Eine Ablehnungshaltung ist natürlich ganz stark da, eine Ignorierhaltung, Ignoranz. Am meisten vertreten ist: Ich will es gar nicht so genau wissen. Und die Folge davon ist eine Ablehnungshaltung, die man verinnerlicht. (3, 12–14)

Obwohl einige die Erkrankung bereits von Familienangehörigen oder FreundInnen kennengelernt haben, würden Betroffene spüren, dass die Menschen dennoch nicht richtig damit umgehen könnten.

Man spürt auch, dass die anderen damit nicht umgehen können. „Der soll sich zusammenreißen, wie andere auch“ (3, 19–20).

Es wird angegeben, dass schätzungsweise die Hälfte der FreundInnen sich aufgrund der Erkrankung von den Betroffenen verabschiedete. Zugleich sei das Knüpfen von neuen Kontakten für die Betroffenen mit viel Arbeit verbunden (4, 117–123). Es komme sogar vor, dass Betroffene von heute auf morgen den gesamten Freundes- und Kollegenkreis verlieren (3, 60–62). Trotz der negativen Erfahrungen wie z.B. Kontaktabbrüche, welche als sehr verletzend empfunden werden und am Selbstbild der Betroffenen nagen (1, 114–119), betrachtet ein/e ExpertIn die ganze Situation als positiv, da der Mensch durch solche Erfahrungen reife und sich weiterentwickle (1, 208–213).

Den Aussagen der ExpertInnen zufolge machen Menschen mit einer Bipolaren Störung insbesondere im Arbeitsumfeld negative Erfahrungen. Aus diesem Grund würden diese immer vor der schweren Entscheidung stehen, dem Arbeitsumfeld ihre Erkrankung zu offenbaren oder zu verschweigen. Bei dieser Entscheidung sollen Betroffene die eigene Stärke im Umgang mit negativen Erfahrungen nicht unberücksichtigt lassen (4, 105–112). Das fehlende Verständnis für Betroffene im Kollegenkreis wird folgendermaßen beschrieben.

...im Kreis von Kollegen ist es oft so, dass das Verständnis dafür nicht so groß ist, weil da dieses Anderssein, die Menschen, die Kollegen ja auch irgendwie mitkriegen und verunsichert sind (4, 99–100).

Außerdem wird angegeben, dass es im Arbeitsumfeld im Endeffekt meistens darauf hinauslaufe, dass sich jemand negativ zu der Krankheit äußere, sobald sich eine Gelegenheit dazu biete.

...bei der nächsten Gelegenheit, wo er vielleicht schlecht drauf ist, kommt eine Kollegin, die man mit einbezogen hat und schnattert rum: Ach der wird wieder manisch, der ist ja krank. Du kannst drauf lauern und fast drauf wetten, dass es soweit kommt. Und das schlimmste ist, wenn es den Chef erreicht... (3, 407–410).

Deshalb sei es für die meisten Betroffenen angenehmer, ihre Erkrankung im Arbeitsumfeld zu verschweigen.

Das ist die häufigste Erfahrung, die alle bei uns gemacht haben, wie gehe ich mit meinen Kollegen damit um, neue Firma, neuer Job. Und die meisten kommen zu dem Ergebnis, am besten gar nichts sagen. Wenn ich krank bin, bin ich krank. Ich muss nicht erzählen, was los ist. Von einer Magenverstimmung bis umgeknickt, starke Kopf-

schmerzen, alles Mögliche. Nur in den meisten Fällen ist es nicht möglich zu sagen, dass ich in der Depression war oder in der Manie war (3, 400–404).

Im Falle der Geheimhaltung sei es jedoch sehr schwierig, wenn Betroffene aufgrund von längeren Krankenhausaufenthalten eine lange Zeit bei der Arbeit abwesend sind. Denn dadurch würden im Arbeitsumfeld viele Fragen entstehen, mit denen Betroffene konfrontiert werden würden. Weiterhin werde von Betroffenen nach einem Krankenhausaufenthalt ein verändertes Verhalten des Arbeitsumfelds wahrgenommen (4, 12–22).

Verschiedene Aussagen der ExpertInnen deuten darauf hin, dass der Jobverlust bei Menschen mit einer Bipolaren Störung durchaus vorkommt. So würden Betroffene im Arbeitsmarkt aussortiert werden, wenn die Krankheit offenkundig werde (2, 312–314). Dies geschehe über eine Berentung, woraufhin sich den Betroffenen die Frage nach ihrer Identität stelle, da die des Berufs dann weg falle (4, 38–42). Der Jobverlust resultiere aus der Tatsache, dass diesen Menschen aufgrund ihrer Erkrankung die Arbeit nicht mehr zuge-
traut werde (5, 37–39). Weiterhin komme es vor, dass Betroffene selbst aufgrund von Diskriminierung am Arbeitsplatz ihren Job aufgaben (2, 95–96).

8.1.2 Voraussetzungen für positive Erfahrungen

Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews geben einen Einblick darüber, welche Voraussetzungen dazu beitragen können, dass Betroffene positive Erfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld machen. Dabei geben die ExpertInnen eine Beschreibung dieser Personen im sozialen Umfeld und formulieren einige ihrer Eigenschaften, die dafür grundlegend sind.

Die Befragten geben an, dass eine gegenseitige Vertrauensbasis eine wichtige Voraussetzung dafür darstelle, wenn Betroffene jemandem ihre Erkrankung offenbaren möchten. Wenn diese Vertrauensbasis vorhanden ist, machen Betroffene folgende Erfahrungen.

Dann macht man sehr viele schöne Erfahrungen, dass einfach sofort Interesse kommt. Dass jemand sagt, voll interessant! Erzähl mal, wie ist das! Oder wenn jemand sogar schon medizinische Erfahrung hat und sagt: Boa, was hast du denn Interessantes oder Lustiges gemacht, wenn du manisch warst? Dann kann das eine sehr angenehme und schöne Erfahrung sein (1, 101–105).

Auch im Arbeitsumfeld sei es nicht anders. Denn es wird von positiven Erfahrungen mit KollegInnen berichtet, mit denen Betroffene lange zusammengearbeitet hätten (3, 412–414). Nichtsdestotrotz sei es einfacher, wenn Betroffene bereits vor ihrer Erkrankung enge Freundschaften geschlossen hätten. Denn das Halten dieser Freundschaften sei mit weniger Schwierigkeiten verbunden, als das Knüpfen von neuen Kontakten nach der Erkrankung (5, 173–175).

Des Weiteren beschreiben die ExpertInnen einige ausschlaggebende Eigenschaften derjenigen Menschen, die Betroffenen mit Offenheit entgegentreten. So haben die ExpertIn-

nen den Eindruck, dass Menschen mit Toleranz, mit einer weiten Sichtweise des Lebens sowie mit der Fähigkeit über den Tellerrand zu schauen, sich offener Betroffenen gegenüber verhalten (5, 171–175). Außerdem kämen diese Menschen auf einen zu, um Fragen zu stellen und sich über die Krankheit zu erkundigen (3, 378–380). Zusätzlich werden diese offenen Menschen als sehr fröhlich und gleichzeitig sehr philosophisch beschrieben (1, 98–99), welche die Andersartigkeit eines Menschen akzeptieren (4, 247–249). Auch ein hohes Bildungsniveau sei mit einer höheren Akzeptanz der Menschen verbunden (4, 232–235). Ein Experte/eine ExpertIn spricht von einem allgemeinen Interesse dieser Menschen für viele verschiedene Themen. Auch die Bekanntschaft mit Betroffenen, die an einer ähnlichen Krankheit leiden, trage dazu bei, dass Menschen diesen offener entgegenzutreten.

Das sind allgemein Menschen, die sich für sehr viel interessieren und sich mit vielen Sachen auseinandersetzen. Und vielleicht auch im eigenen Kreis jemanden kennen, der das oder etwas Ähnliches hat. Also solche Leute sind eigentlich immer sehr aufgeschlossen (2, 61–63).

Diesbezüglich wird auch angegeben, dass medizinisches Wissen sowie die Erfahrung mit anderen Betroffenen von Vorteil seien und zu positiven Erfahrungen der Betroffenen beitragen (1, 46–48). Allerdings würden Betroffene mit der Zeit ein Gespür dafür bekommen, wem sie ihre Erkrankung offenbaren können und bei wem sie sie besser verschweigen.

...manchmal kann es sein, dass man die kaum kennt und plötzlich redet man darüber (...) Das ist so ein Prozess, den man so im Laufe der Zeit lernt und ein Gespür dafür bekommt, wem man das erzählen kann und wem nicht (2, 66–68).

Weiterhin sei es für Menschen mit einer Bipolaren Störung von Vorteil, wenn sie in großen Firmen tätig seien, da dort häufig ein/e PsychologIn aufzufinden sei (2, 106–107). Außerdem wird von positiven Erfahrungen am Arbeitsplatz nach der Preisgabe der Erkrankung berichtet, welche sich im Arbeitskontext ergeben hätten. In diesem Fall hätten auch die KollegInnen Interesse für die Erkrankung gezeigt (2, 101–105).

8.1.3 Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Die folgenden Ergebnisse sollen Betroffenen, die negative Erfahrungen mit ihrer Familie, FreundInnen, ArbeitskollegInnen etc. durchlebt haben, Wege aufzeigen, wie sie mit diesen Erfahrungen umgehen können. Dabei berichten die ExpertInnen von hilfreichen Strategien, die individuell anwendbar sind, sowie von Ressourcen, die Betroffenen mehr oder weniger zur Verfügung stehen.

Die ExpertInnen geben einige hilfreiche Hinweise, um primär negativen Erfahrungen vorzubeugen, sodass Betroffene erst gar nicht mit schmerzhaften Erlebnissen konfrontiert

werden. Diesbezüglich wird empfohlen, nur ausgewählten Menschen von der Erkrankung zu erzählen, die sich durch bestimmte Aspekte auszeichnen. Wie oben bereits erwähnt wurde, machen Betroffene mit Menschen, die Wissen über psychische Erkrankungen aufweisen und mit denen sie ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, positive Erfahrungen (1, 101–105). Betroffene könnten sich also zur Vorbeugung an diesen Voraussetzungen orientieren. Zur Vorbeugung von Stigmatisierung am Arbeitsplatz wird den Betroffenen empfohlen, ihre Krankheit bei der Arbeit geheim zu halten, wenn sie merken, sie können ihre Arbeit genauso weiter ausführen wie vor der Erkrankung (2, 116–121). Des Weiteren wird ihnen geraten bei der Bewerbung ihre Krankheit zu verschweigen, um eine Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt zu vermeiden (2, 314–316).

Die ExpertInnen geben zudem Hinweise für Betroffene, um mit negativen Erlebnissen richtig umzugehen. Ihnen wird geraten, sich zuerst selbst mit der Krankheit auseinanderzusetzen und sich Wissen darüber anzueignen. Denn dadurch können sie sich besser von den vorherrschenden Vorurteilen distanzieren und somit besser mit negativen Erfahrungen umgehen (2, 142–143). Zusätzlich wird empfohlen, auch die Mitmenschen aktiv über die Krankheit zu informieren und ihnen beispielsweise eine Broschüre in die Hand zu geben, sodass diese auf Grundlage ihres Wissens Betroffenen auf eine positive Weise entgegenzutreten (2, 130–133). Denn manchmal könne ein kompletter Kontaktabbruch vermieden werden, indem Betroffene selbst auf Menschen zugehen (4, 139–141). Ein/e ExpertIn bringt die Schwierigkeit zum Ausdruck, mit negativen Erfahrungen umzugehen und misst dabei der Entwicklung von einem stabilen Selbstbewusstsein einen großen Wert bei.

Es fällt immer wieder schwer, damit umzugehen und es kommt auch drauf an, wie selbstbewusst ich bin, es zu zeigen oder auch nicht zu zeigen und zu sagen, ich bin jetzt bisschen anders, aber ich bin deswegen nicht weg aus dem Kopf (...) deswegen bin ich nicht kein Mensch mehr. Ich bin nicht exkludiert und bin immer noch inkludiert. Bloß dieses Selbstbewusstsein haben Menschen nicht von vornherein, aber auch nicht unbedingt in der Situation, wenn sie es vielleicht nicht sofort entwickeln können. Das dauert ja eine Weile (4, 160–167).

Ähnliches wird auch von einem weiteren Befragten betont. Denn eine bewusste und radikale Selbstakzeptanz sei sehr wichtig und helfe mit negativen Erlebnissen umzugehen.

Was ich außerdem sehr gut finde – nicht nur ich – ist bewusste oder radikale Selbstakzeptanz. Also sich wirklich selbst zu sagen, gerade wenn man in einer Krise ist und Selbstzweifel hat – in einer Krise hat man immer Selbstzweifel –, dass man sich ganz klar sagt: Hey, ich hab' mich gern und ich steh' zu mir oder ich bin für mich da! (1, 142–145).

Zusätzlich helfe es Betroffenen, die Angelegenheit umzukehren, indem sie in Gedanken Schimpfwörter für die stigmatisierende Person verwenden. Dies sei ausschließlich zu dem

Zweck, das eigene Selbstbild zu stabilisieren (1, 122–128). Zudem wird ein Dialog mit einem Fachmann, den Betroffenen und den Angehörigen als sinnvoll erachtet (5, 353–354). Wenn ein respektvolles Miteinander aufgrund von stigmatisierendem Verhalten der Menschen tatsächlich nicht möglich sei, helfe es, den Kontakt mit den jeweiligen Menschen zu reduzieren und sich auf das eigene Leben zu konzentrieren (5, 156–159).

Die ExpertInnen berichten zudem von verschiedenen Bewältigungsressourcen, die Betroffenen im Umgang mit negativen Erfahrungen zur Verfügung stehen. Eine der wichtigsten Ressourcen scheint die Selbsthilfegruppe darzustellen. Denn es wird geschildert, den TeilnehmerInnen einer Selbsthilfegruppe brauche man nichts erklären, da diese ähnliche Erfahrungen gemacht hätten und deshalb besser als die meisten anderen Menschen nachvollziehen könnten, was Einzelne durchmachten:

...es gehört ja auch dazu, innerhalb seiner eigenen Gruppe der psychisch Behinderten unterwegs zu sein. Deswegen bin ich auch immer in Selbsthilfegruppen auch gewesen und hab' mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen einfach geredet. Und da ist die Akzeptanz sowieso da. Keiner muss jemand anderem erklären, ich hab' dies oder jenes oder sonst was. Das funktioniert mehr oder weniger von allein auf einer akzeptierten Ebene. Da muss man nicht viel tun (4, 63–68).

Die Selbsthilfegruppe stelle zudem eine gute Möglichkeit für Betroffene dar, um sich bei negativen Erfahrungen über verschiedene Bewältigungsstrategien auszutauschen und sich gegenseitig hilfreiche Anregungen zu geben (2, 139–141). Außerdem ver helfe die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe dazu, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken.

Selbstbewusstsein ist ja so ein Ding, was eher von innen kommt, aber auch von außen eine Stütze braucht (4, 176–177).

Weiterhin wird berichtet, dass Betroffene die Selbsthilfegruppe teilweise als eine zweite Familie bzw. als Familienersatz betrachten würden, da sie dort die Möglichkeit hätten, sich zu öffnen und ihnen wirklich zugehört werden würde (3, 38–44).

Und hier kommen die Leute in die Gruppe und sagen, endlich kann ich mal in Ruhe erzählen, wie es mir geht. Da hört man mir zu, wie es den anderen so geht und stellt fest, ich bin ja nicht alleine. Dieser Aspekt ist lebensrettend in vielen Fällen (3, 42–44).

Die ExpertInnen nennen eine Reihe von weiteren Ressourcen, die ihrer Ansicht nach für Betroffene im Umgang mit öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen nützlich sind. Dazu gehöre die Möglichkeit, professionelle Hilfe von Psychologen und Menschen aus dem ärztlichen Bereich hinzuziehen zu können. Auch Menschen, die einem wohlgesonnen seien, stellten eine wichtige Ressource für Betroffene dar (4, 174–175). Zusätzlich werden die Inhalte einer Psychoedukation als sehr hilfreich bewertet, um negative Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld zu bewältigen (1, 138–141). Weiterhin nennen die Befragten die natürliche Umwelt, Ruhe sowie die eigenen Interessen als bedeutende Bewältigungsres-

sources für Betroffene. Auch diejenigen Freunde/Freundinnen, die zu den Betroffenen halten und diese aufgrund ihrer Erkrankung nicht fallenlassen, werden als hilfreiche Bewältigungsressourcen beschrieben (5, 165–168). Allgemein seien die engen sozialen Kontakte wie beispielsweise eine funktionierende Partnerschaft, die Familie und die Geschwister eine wichtige Bewältigungsressource für Betroffene (4, 59–61).

8.2 Selbststigmatisierung

Im Folgenden werden die Aussagen der ExpertInnen zu Selbststigmatisierungserfahrungen von Betroffenen zusammenfassend dargestellt. Im Zentrum steht dabei die Frage, inwieweit eine Selbststigmatisierung bei Menschen mit Bipolaren Störungen vorliegt und welche konkreten Erfahrungen Betroffene mit dieser Problematik gemacht haben. Auch hier werden im Anschluss einige hilfreiche Bewältigungsstrategien und -ressourcen aufgezeigt.

8.2.1 Selbststigmatisierungserfahrungen

Die ExpertInnen berichten von einer häufigen Selbststigmatisierung bei den Betroffenen zu Beginn ihrer Erkrankung. Diese lasse jedoch mit der Zeit langsam nach (4, 292–293). Solange die Betroffenen noch kein Wissen über die Erkrankung gesammelt haben, fragten sie sich, was sie gemacht haben könnten, wodurch die Erkrankung verursacht worden sei, und hätten deshalb Schuldgefühle.

Also bevor man sich mit der Erkrankung beschäftigt, bezieht man schon vieles auf sich und überlegt, was ist da verkehrt gelaufen. Warum ist das jetzt passiert? Warum habe ich das bekommen? (2, 241–243).

Die Betroffenen benötigten zu Beginn ihrer Erkrankung eine gewisse Zeit, um die Krankheit für sich annehmen zu können. Dadurch könne es passieren, dass der Kontakt mit FreundInnen nicht gepflegt wird und Freundschaften deshalb auseinandergehen (2, 18–32). Es wird erklärt, dass Menschen mit einer Bipolaren Störung oft völlig irritiert und verunsichert seien, was ihr Selbst anbelangt. Dies trage zusätzlich zu einer Selbststigmatisierung bei Betroffenen bei (5, 69–70). Denn durch die großen Unterschiede in den verschiedenen Phasen bekämen viele Betroffene einen Bruch in ihrer Selbstwahrnehmung. Dadurch falle es ihnen schwer, ihr Selbstbild aufrechtzuerhalten (3, 15–18). Ein Experte/eine ExpertIn erklärt die Problematik der Selbststigmatisierung unter Betroffenen folgendermaßen.

...er kann sich selbst nicht mehr über den Weg trauen. Das ist das Problem der Selbststigmatisierung, er traut sich selber nicht mehr. Er beobachtet sich ständig und kann sich gar nicht vorstellen, dass er normal behandelt wird und dass er eine Chance hat, im Alltag wieder ernst genommen zu werden. Kann sich selbst nicht mehr über

den Weg trauen. Wandelt auf schmalstem Grad und hofft nur, dass die Medikamente um Himmels willen wirken mögen (3, 236–240).

Weiterhin wird berichtet, dass die depressive Phase selbst zu einer Selbststigmatisierung bei Betroffenen beitrage (1, 241–243). So komme es vor, dass Betroffene während einer depressiven Phase ihre eigene Person als faul beschimpfen und sich selbst die Schuld für alles geben (5, 96–98). Allerdings könne auch die Manie zu einer Selbststigmatisierung beitragen. Denn wenn Betroffene wieder aus ihrer Manie herauskommen, würden sie sich oft für ihr Verhalten während der Manie schämen.

Wenn der Erkrankte selbst von seiner Manie herauskommt, dann schämt er sich natürlich auch selber, dann guckt er und denkt, was hab' ich da alles gemacht. Er vergisst es ja nicht, er weiß ja, dass er das getan hat und ist dann natürlich auch völlig irritiert und verunsichert, was eben sein Selbst anbelangt, mehr noch als die Umwelt. Das führt dann natürlich auch zu Selbststigmatisierung (5, 67–70).

Darüber hinaus bringen die ExpertInnen die Problematik zum Ausdruck, dass je mehr die Betroffenen sich selber stigmatisieren, desto schwieriger es für sie werde, ihren Alltag zu führen und die Leistung zu erbringen, welche die Gesellschaft ihnen abverlange (5, 209–212). Beispielsweise würden sich Menschen mit einer Bipolaren Störung damit schwertun, neue Leute kennenzulernen, da sie das Gefühl hätten, etwas vor diesen Menschen zu verbergen (1, 224–225).

8.2.2 Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Die befragten ExpertInnen geben einige hilfreiche Hinweise, wie Betroffene mit der Problematik der Selbststigmatisierung umgehen können. Ihnen wird empfohlen, auch nach der Erkrankung ihre Hobbies weiterhin genauso auszuüben. Auf diesem Wege könnten sie die Selbststigmatisierung vermeiden und erkennen, dass sie trotz der Erkrankung vieles problemlos weiter ausüben können (2, 267–270). Eine wichtige Rolle bei der Reduzierung von Selbststigmatisierung spiele ein hohes Selbstbewusstsein der Betroffenen (1, 231–233). Denn die Selbststigmatisierung können Betroffene nur selbst bewältigen, indem sie ihre Identität und ihre eigene Person akzeptieren (4, 86–92). Diesbezüglich äußert sich ein Experte/eine Expertin folgendermaßen.

Das ist eine allgemein menschliche Geschichte, dass wir alle nicht wirklich lernen, uns selbst vorbehaltlos zu lieben. Also uns anzunehmen, mit all dem, was wir sind, in der Dunkelheit und im Licht, weil wir sind beides (5, 233–235).

Weiterhin wird angemerkt, dass es vielen Menschen mit einer Bipolaren Störung besser geht, wenn sie sich nicht zu sehr mit der Erkrankung identifizieren (1, 160–163). Demnach sollen die Betroffenen die Erkrankung nicht als einen großen Teil ihrer Person oder ihrer Identität betrachten. Weiterhin weist ein/e ExperteIn darauf hin, dass Betroffene Stigma

nicht als ein Außenleben betrachten sollen, sondern von innen. Folglich dürfen Betroffene selbst ihre Andersartigkeit keineswegs als negativ betrachten, sondern lediglich als anders (4, 416–424). Wie im Umgang mit der öffentlichen Stigmatisierung sei es auch zur Reduzierung von Selbststigmatisierung hilfreich, sich selbst über die Erkrankung zu informieren und sich Wissen darüber anzueignen (2, 274–275). Es sei also sehr wichtig, dass Betroffene sich aktiv mit dem Thema der Stigmatisierung auseinandersetzen und keinesfalls tatenlos die Stigmatisierung akzeptieren (4, 262–272). Ein/e Befragte/r macht die Wichtigkeit, dass Betroffene sich mit dem Thema beschäftigen, mit den folgenden Worten deutlich:

Und je mehr sich die Leute darauf einlassen zu sagen, hier ist was woran ich arbeiten kann und das ist etwas, was ich erstmal annehme als Plattform. Je mehr das im Bewusstsein ist, desto leichter ist es, was zu tun. Das kommt aber nicht sofort, der Prozess. (4, 305–308).

Dazu gehöre ebenfalls, dass Betroffene in sich hineinschauen und sich reflektieren, um die eigenen Möglichkeiten zu erkennen.

Das mein' ich mit Introspektion, also in sich hineinzuschauen und zu gucken, was ist denn da und wo sind die Möglichkeiten und wo sind die Unmöglichkeiten. (...) Da ist nicht unbedingt nur was krank, sondern das, was ich vielleicht als krank bezeichnet hab', hat ja auch Chancen in sich drin (4, 285–289).

Wie bei der Bewältigung von öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen, spielt die Selbsthilfegruppe auch bei der Bewältigung von Selbststigmatisierung eine essentielle Rolle. Durch die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe würden Betroffene erkennen, dass sie mit der Erkrankung nicht allein dastehen. Sie würden beispielhaft an anderen Betroffenen sehen, dass trotz der Erkrankung ein „normales“ Leben möglich ist. Der/die Befragte misst dieser positiven Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Betroffene einen großen Wert bei.

Für mich z.B. war es das erste Mal in meinem Leben, dass ich jemandem gegenüber-saß, der dieselbe Erkrankung hat wie ich. Und ich hab' mich unheimlich schnell mit den Leuten verbunden gefühlt. Wenn man sich durch irgendein Merkmal von den meisten Menschen in seiner Umgebung unterscheidet, dann tut es gut, jemanden, der das gleiche Merkmal hat, zumindest mal zu sehen, um zu sagen: Hey, ich bin nicht der einzige. Oder was für mich wahnsinnig toll war: Ich war ziemlich depressiv und ich war mir sicher, dass ich nie einen Beruf haben könnte und dass ich nie Familie haben werde. Und dann hab' ich auf einen Schlag gesehen, da sind Menschen neben mir, die haben die gleiche Erkrankung und die haben auch mindestens so schwere Phasen mitgemacht. Die erzählen aber von ihrer Ausbildung, von ihrem Studium, von ihrem Beruf, von ihrer Frau, von ihrem Freund, von ihren Kindern. Einfach mal zu sehen, wie andere Leute mit ihrer Erkrankung leben können und gut leben können, das ist eine unheimlich wichtige Erfahrung (1, 165–176).

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass ein Stigma nur dann funktioniere, wenn jemand es für sich als solches akzeptiere. Diesen Prozess können Betroffene gemeinsam in einer Selbsthilfegruppe umkehren.

Ein Stigma funktioniert nur dann, wenn jemand es auch für sich als solches akzeptiert. Ich hab' keine Wunde mehr, ich hatte sie aber. Und diesen Prozess umzukehren und auf den neuen Weg zu bringen, ist das, was man auch gemeinsam in Gruppen, Selbsthilfegruppen miteinander gut auf den Weg bringen kann (4, 210–213).

Die positive Wirkung der Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe wird auch in der folgenden Aussage eines Experten/einer Expertin ersichtlich.

Also ich glaube diejenigen, die zu einer Selbsthilfegruppe gehen, beschäftigen sich damit. Und kommen früher oder später auf den Gedanken: Hey, wie sehr mach' ich mich selber fertig, wie sehr schadet es mir, dass ich mir selbst dieses Stigma gebe (1, 238–240).

Verschiedene Aussagen der Befragten deuten darauf hin, dass die Betroffenen keinesfalls hilflos der Situation ausgeliefert sind. Das Thema *Stigmatisierung* wird vielmehr als ein Wechselspiel zwischen den Eindrücken von außen und der eigenen Sichtweise auf die Erkrankung betrachtet.

Stigmatisierung ist ja nicht nur etwas von außen. Wir sind ja im ständigen Wechselspiel. Es gibt diesen Spruch: Die Welt ist wie ein Spiegel, lächele hinein und sie lächelt zurück. Also so wie ich mich gebe, wie ich auftrete, wie ich auch selbstbewusst bin, selbstbewusst mit meiner Erkrankung umgehe (5, 180–183).

Ähnliches beschreibt auch folgende Aussage:

... dieses Thema Stigma, Wunde, Wundmal, ist ja eine von außen induzierte Erscheinung, um es mal neutral zu sagen. Eine von außen induzierte Erscheinung ist das Thema Stigma für den, der das von außen hineinbekommt aus dem gesellschaftlich antizipierten Bereich. In Wirklichkeit aber ist es ja auch nur dann wirksam, wenn jemand, der ein Stigma zugetan oder zugeschoben bekommt, das für sich als Stigma annimmt, sonst nicht (4, 199–204).

Zusätzlich sehen die ExpertInnen Psychotherapie als eine gute Möglichkeit, mit der Selbststigmatisierung umzugehen, indem das Thema dort mit dem Therapeuten/der Therapeutin besprochen und behandelt wird (1, 249–257). Aber auch nahe soziale Gruppen wie beispielsweise die Familie oder enge FreundInnen könnten dazu verhelfen, Stigmata unwirksam zu machen (4, 215–218). Des Weiteren erklärt ein/e ExpertIn im folgenden Zitat, dass ein hohes Bildungsniveau bei den Betroffenen den Umgang mit der Selbststigmatisierung deutlich vereinfache.

... die Lernfähigkeit, die Möglichkeit sich selber zu reflektieren, Retrospektion und das, was dazu gehört in sozialem Kontakt mit anderen Menschen, ist wirklich wichtig. Und das höhere Bildungsniveau spielt einfach eine Rolle da an der Stelle (4, 240–242).

8.3 Antizipierte Stigmatisierung

Wie im theoretischen Teil der Arbeit beschrieben wurde, ziehen sich Betroffene im Falle der antizipierten Stigmatisierung von ihrem Umfeld zurück und meiden soziale Kontakte, da ihre Einstellung von einer negativen Erwartungshaltung geprägt ist. Dabei geht es also weniger um konkrete negative Erfahrungen der Betroffenen, sondern mehr um ihre Einstellungen und Erwartungen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der ExpertInneninterviews zur antizipierten Stigmatisierung zusammenfassend dargestellt.

8.3.1 Antizipierte Stigmatisierungserfahrungen

Die ExpertInnen betrachten antizipierte Stigmatisierung als ein häufiges Problem unter Menschen mit einer Bipolaren Störung (2, 294–295). Sie vermuten eine meist negative Einstellung der Betroffenen in Bezug auf das Verhalten ihres sozialen Umfelds. Dabei seien die Betroffenen sich dieser negativen Einstellung nicht unbedingt bewusst (2, 299–303). Weiterhin wird erklärt, dass Betroffene die Stigmatisierung von ihrem sozialen Umfeld antizipieren würden, welches sich aufgrund der selbsterfüllenden Prophezeiung negativ auf ihre sozialen Beziehungen auswirke (5, 250–254). In diesem Zusammenhang zieht ein Experte/eine Expertin das folgende Sprichwort heran.

Wie ich in den Wald hineinschreie, so kommt es hinaus (5,257–258).

Betroffene seien der Ansicht, ihre Mitmenschen könnten ohnehin nicht mit ihrer Krankheit umgehen und seien deshalb eher vorsichtig und ängstlich und würden es vermeiden, mit ihnen über ihre Erkrankung zu sprechen (3, 277–280). Aufgrund dieser antizipierten Stigmatisierung würden sich Betroffene von der Gesellschaft zurückziehen, was negative Folgen für sie mit sich bringe. Dieser Prozess wird im Folgenden beschrieben.

Also Rückzugsverhalten, Vermeidungsverhalten sind so Stichworte und wenn ich mich bewusst rausziehe aus der Gesellschaft, Familie, Freundeskreis, dann bin ich nicht mehr vorhanden, dann gebe ich mich auf. Und die Folge davon ist, ich bin aufgegeben, ich hab' mich aufgegeben und rutsche erst recht in die Krankheit rein. Und das ist eine Sache, die sich fast aus sich selbst heraus bedingt (3, 520–524).

Damit verbunden sei ebenfalls eine verstärkte Wahrnehmung der von außen erlebten Erfahrungen, wie es mit den folgenden Worten zum Ausdruck gebracht wird.

Und man selber ist aber so hellhörig bei dem Thema, dass man das zehnmals verstärkt reinnimmt. Und das ist die eigentliche zweite Krankheit (3, 517–518).

Weiterhin geben die ExpertInnen einige konkrete Beispiele der antizipierten Stigmatisierung bei Menschen mit einer Bipolaren Störung. Betroffene würden mit ihrer Krankheit grundsätzlich nicht offen umgehen, weil sie damit eine Stigmatisierung vermeiden möch-

ten (1, 261–263). So verschweigen die Betroffenen teilweise ihre Krankheit im Arbeitsumfeld, da sie den Verlust ihres Jobs befürchten.

...auch im Job, wenn man es nicht erzählt. Da weiß man ja eigentlich nicht, wie sie reagieren, aber man denkt, das war es dann – weg, Sie brauchen wir nicht mehr (2, 297–298).

Aufgrund einer pessimistischen Einstellung der Betroffenen und der Angst, Stigmatisierung zu erfahren, würden Betroffene bestimmte Dinge unterlassen, wie beispielsweise sich um einen Job zu bewerben oder in einem Sportverein anzumelden. Diese Problematik beschreibt ein Experte/eine Expertin folgendermaßen.

Ich kenne Leute, die sich nicht trauen, irgendetwas Bestimmtes zu tun oder irgendwo hinzugehen, weil sie denken: Naja wenn ich erzähl', was ich hab', dann krieg' ich das sowieso nicht. Ob das jetzt ein Job ist oder ein Sportverein, wo er sich alleine nicht hintraut. Wenn sie erfahren, was ich habe, dann... So diese Schüchternheit, dass man das nicht erzählen mag oder Angst davor hat, dass andere einen stigmatisieren (2, 213–217).

Außerdem hätten Betroffene teilweise eine negative Einstellung, wenn es darum gehe, neue Kontakte zu knüpfen. Sie würden es eher vermeiden, auf irgendeine Weise aufzufallen (1, 274–276). Zudem sei es für Betroffene besonders schwierig, wenn sie in Anwesenheit von losen Bekannten in eine akute Phase geraten und auffällig werden (1, 34–37). Diesbezüglich wird von einem Rückzugsverhalten der Betroffenen berichtet, nachdem ihre Krankheit unfreiwillig offenkundig geworden sei (1, 21–24). Dieses Rückzugverhalten der Betroffenen kann auf eine antizipierte Stigmatisierung der Betroffenen hinweisen. Beispielhaft wird die schwierige Situation der Betroffenen beschrieben, welche während einer Psychose in der Manie auffällig wurden. Dabei falle ihnen die Rückkehr zu diesem gewohnten Umfeld sehr schwer (1, 8–16). Ein Experte/eine Expertin macht im Folgenden deutlich, wie schwer es ist, der antizipierten Stigmatisierung entgegenzuwirken und diese abzulegen.

Also es gibt Befürchtungen, die in dem Menschen stattfinden, und die tragen sie nach außen und glauben sie zu hören oder zu sehen. Das ist der schwierigste Teil eigentlich, das wirklich stehen und liegen zu lassen (4, 46–48).

8.3.2 Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Trotz der angedeuteten Schwierigkeit, die antizipierte Stigmatisierung abzulegen, geben die befragten ExpertInnen einige wenige Hinweise zur Bewältigung dieser Problematik. Der Aufbau eines gesunden Selbstwertgefühls sei nicht nur bei der öffentlichen Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung von großer Wichtigkeit, sondern auch bei der Bewältigung der antizipierten Stigmatisierung sei dies sehr nützlich.

Der Aufbau von einem gesunden oder vielleicht sogar überdurchschnittlichen Selbstbewusstsein - also ich meine jetzt Selbstwertgefühl – also dass man einfach so einen guten Stand hat und sagt: Hey, passt alles, oder es passt nicht alles, aber ich bin trotzdem ok (1, 277–280).

Diesbezüglich wird empfohlen, in die Selbstliebe zu gehen und die eigene Person vorbehaltlos zu lieben, um die antizipierte Stigmatisierung zu bewältigen. Diese Selbstliebe müsse unabhängig von Bedingungen vorhanden sein.

Oft bilden wir uns ein, wir lieben uns, aber wir lieben uns nicht vorbehaltlos. Wir lieben uns genauso, wie wir es erfahren haben, wenn wir gewisse Dinge erfüllen. Das und das und dann kann ich mich lieben. Wenn ich dem und dem entspreche, dann kann ich mich lieben. Nein! Wichtig ist wirklich, mich einfach so zu lieben (5, 266–269).

Weiterhin wird Betroffenen die Psychotherapie als eine wichtige Ressource zur Bewältigung der antizipierten Stigmatisierung empfohlen. Dort hätten Betroffene eine gute Möglichkeit, das Thema gemeinsam mit ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin zu behandeln (2, 304–307). Eine weitere hilfreiche Ressource im Umgang mit der antizipierten Stigmatisierung stelle die Selbsthilfegruppe für Menschen mit Bipolaren Störungen dar. In diesem Rahmen hätten Betroffene die Möglichkeit, sich gegenseitig Anregungen und Tipps zu geben und überspitzte Gedanken aus dem Weg zu räumen. Ein Experte/eine Expertin beschreibt den Nutzen der Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe folgendermaßen.

Indem man sich gegenseitig in so einer Gruppe z.B. aufbaut, sich Tipps gibt. Das funktioniert wunderbar, in den meisten Fällen. Dass man die Geschichte anhört, alle tun ihre Erfahrungen dazu. Am Ende kommt ein Bündel von Möglichkeiten raus, von Tipps, die derjenige aufnimmt, dann durch den Kopf rieseln lässt und da sind bestimmt einige Dinge dabei. Er geht auf jeden Fall gestärkt raus. Man gibt Hinweise, wie verhalte ich mich im Betrieb? Was kann ich tun? Überspitze ich das Problem in meinem Kopf? Es hat sich oft ergeben, dass man das selber viel zu drastisch gesehen hat, dass die Realität ganz anders aussah. Einer hat gedacht, die wollen mich rauschmeißen. Im Gegenteil, der Chef wollte ihn halten, hat einen Betriebsrat dazu geholt, runder Tisch. Um Gottes willen, die haben mich da vor den roten Tisch zitiert. Die wollen mich kaputt machen. Nein! Nein! Völlig falsch gesehen (3, 526–534).

Die Selbsthilfegruppe und der Austausch der Betroffenen kann also als eine wichtige Ressource im Umgang mit der antizipierten Stigmatisierung betrachtet werden.

8.4 Strukturelle Stigmatisierung

Bei den ExpertInneninterviews berichten die Befragten von einigen Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen auch auf struktureller Ebene. Diese Erfahrungen beziehen sich beispielsweise auf bestimmte Gesetze, Praktiken einiger Versorgungseinrichtungen sowie allgemeine strukturelle Gegebenheiten in unserer Gesellschaft.

8.4.1 Strukturelle Stigmatisierungserfahrungen

Viele Aussagen der ExpertInnen beziehen sich auf Psychiatrieerfahrungen der Betroffenen. Grundsätzlich würden Betroffene sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen machen (2, 361–363). Allerdings gäbe es einige Aspekte im Psychiatriegesetz, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung rechtloser machten (5, 289–291). Das ständige Kämpfen um die eigenen Rechte mache Betroffene irgendwann müde und könne bei ihnen erneut eine kranke Phase hervorrufen (5, 303–304). Ein Experte/eine Expertin erklärt, dass die Stigmatisierung in Psychiatrien teilweise als schlimmer empfunden werde als die Stigmatisierung durch die Außenwelt, weil die Menschen in einer Psychiatrie eigentlich geschult sein müssten und deshalb von ihnen ein sensiblerer Umgang erwartet werde. (5, 79–82). Die Befragten berichten, dass Betroffene teilweise völlige Entmündigung und große Respektlosigkeit in den Psychiatrien erfahren. Dabei haben diese den Eindruck, dass der Wahn selbst nur selten thematisiert werde (5, 84–85). Ein/e Befragte/r hat den Eindruck, dass sich die Pfleger in den Psychiatrien teilweise nicht richtig um die Patienten kümmern (5, 334–336). Weiterhin wird davon berichtet, dass Betroffene zum Teil gegen ihren Willen in eine Psychiatrie gebracht werden, in der sie dann gefesselt und ihnen zwangsweise Medikamente verabreicht würden (1, 313–314). Solche Psychiatrieerfahrungen beschreiben Betroffene als das Trauma ihres Lebens, das sehr belastend gewesen sei (1, 287–288). Diese traumatischen Erfahrungen sollten mit den Betroffenen vor Ort aufgearbeitet werden, was jedoch nicht geschehe.

Man fühlt sich unfassbar hilflos in so einer Situation und gedemütigt und entrechtet. Das muss möglichst bald aufgearbeitet werden. (...) Ich würde sagen, es gehört sich halt zu sagen, hey, wir wollten dich nicht kränken, wir wussten nicht, was wir sonst tun sollten, und dass man sich Zeit nimmt (1,300–301).

Laut einem Experten/einer Expertin gehe es in der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht darum, ihre Wahngeschichten zu entschlüsseln, sondern lediglich darum, die Betroffenen ruhig zu stellen (5, 343–347). Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird folgendermaßen bewertet:

Die Zeiten, die Menschen zur Verfügung haben, um stationär etwas dazulernen und auch die Angebote sind eher rückläufig. Und es ist leider so, dass dieser sozialpsychiatrische Gedanke, der dazu führt, Menschen gute Angebote zu machen, selbstständig zu sein, eher etwas im Rückschritt begriffen ist. Ein guter Weg sind noch immer psycho-edukative oder Unterstützungen von Lernprogrammen aus dem verhaltenstherapeutischen Bereich (4, 373–377).

Weiterhin seien die Wartezeiten für einen Platz in einer Tagesklinik oder im Krankenhaus sehr lang (2, 333–336). Ein/e andere/r Experte/Expertin äußert seine/ihre Skepsis gegenüber der aktuellen Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung so:

Und die tagesklinischen Aufenthalte von 6 Wochen bis 12 sind auch meistens relativ knapp für diejenigen, die mit einem Bild dahin kommen, wo wirklich was dazu muss an Möglichkeiten, um wieder gut in sozialem Kontakt zu sein. Ich denke, es wird im Moment schwieriger und es wird derzeit eher wieder medikamentöser, was nicht der Bereich ist, den ich für gut halte. Aber die verkürzten Liegezeiten führen dazu, das „funktionieren“ zu fördern. Die Symptome zurückzudrängen, aber nicht unbedingt dadurch die Möglichkeiten zu verbessern. Also ich bin da eher skeptisch (4, 382–388).

Wie bei der psychiatrischen Versorgung gibt es auch über einzelne PsychotherapeutInnen teilweise sehr negative Erfahrungsberichte. Ein Experte/eine Expertin berichtet folgendes:

Über Psychotherapeuten habe ich in der Gruppe von Fällen gehört, abenteuerlich, ein Maniker, also bipolar mit manischen Zügen überwiegend, Alkoholiker. Da hat sie gesagt: Alkoholismus können Sie auch durch die Krankenkasse sonstwie durch eine Kur behandeln lassen, mach' ich nicht. Und Maniker kann man nicht heilen. Tschüss (3, 483–487).

Es wird berichtet, dass PsychiaterInnen allgemein sehr überfordert seien, und diese Überforderung sich darin äußere, dass sie zu viele Medikamente verschrieben.

Sehr viele Psychiater sind einfach auch überfordert oder genervt und verschreiben einfach Medikamente ohne Ende (3, 491–492).

Zur Untermauerung dieser Einschätzung wird angeführt, dass in einer Selbsthilfegruppe die Medikamentendosis der TeilnehmerInnen durch einen Fachmann überprüft wurde. Dies habe folgendes Resultat ergeben:

Er hat alle in der Gruppe durchgesehen, gefragt, was kriegen Sie, wieviel, seit wann. In zwei Drittel der Fälle war es so, dass sie alle übermedikamentiert waren, zu viel bekamen und zwar, weil es die Klinik irgendwann mal verschrieben hat. Dann kommen sie mit irgendeinem Mittel z.B. mit 800 mg, kämen aber mit 150 mg aus im Normalfall, wenn sie die Krise hinter sich haben. Nicht viele Ärzte trauen sich dann, runterzufahren, weil die Klinik hat das ja so vorgegeben. (...) Das ist eine Notfallmedikation gewesen, in der schlimmsten Krise verordnet worden, damit er mal ein paar Wochen Ruhe bekommt, dann wieder ansprechbar wird. So rennen viele durch die Gegend und kriegen einfach zu viel in den Kopf gedröhnt. So laufen sie alle rum. Also das Problem sprechen auch die Ärzte immer wieder an, dass die eigenen Kollegen zum Teil einfach nicht wissen, was sie tun. Es wird also auch von Fachleuten von der Branche moniert und daran arbeitet auch die DGBS. Aber dazu muss der Arzt ansprechbar sein und lernfähig sein und es muss ihm bewusst sein, dass es das Problem gibt (3,493–505).

Zusätzlich seien auch die Wartezeiten für eine Psychotherapie mit im Durchschnitt sechs Monaten und teilweise sogar bis zu 1,5 Jahren zu lang (3, 466–471). Auch der ein Arztwechsel sei relativ problematisch (2, 343–346).

Die ExpertInnen kennen einige weitere Problematiken auf struktureller Ebene, denen Betroffene ausgesetzt seien. So nehme ein Experte/eine Expertin allgemein eine strukturelle Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wahr. Denn Betroffene würden mehr Unterstützung im eigenen Bereich benötigen, welche nicht vorhanden sei. So sei es beispielsweise hilfreich für Betroffene, wenn sie durch einen Fachmann professionell zurück in deren Beruf begleitet würden und für sie als eine Erklärungsstütze oder Integrationshilfe fungieren könnten (4, 357–366). Darüber hinaus würden die Medien zu einer Stigmatisierung von Menschen mit einer Bipolaren Störung beitragen.

...wenn man einen Zeitungsartikel liest meinerwegen und da ist ein Verbrechen geschehen. Und da wird gesagt, derjenige war psychisch krank oder derjenige hatte die Bipolare Störung. Das wird ja auch manchmal so beschrieben. Und dann denkt man, muss das so genau geschrieben werden? (2, 87–90).

Die gesellschaftlichen Ansprüche wie die starke Orientierung an Leistung setzen Betroffene teilweise unter Druck, wobei sie Schwierigkeiten haben, damit Schritt zu halten. Auf dieses Problem geht ein Experte/eine Expertin wie folgt ein:

...es gibt Drogenproblematik und es gibt Medikamentenmissbrauch in der Gesellschaft ganz weit verbreitet, aber speziell auch bei Bipolaren, weil die versuchen, sich auf die Reihe zu kriegen und funktionsfähig zu sein. Ich muss funktionieren, ich muss eine Familie aufrechterhalten, ich will vorankommen und die Ansprüche sind eben so groß an einem normal Gesunden schon, dass es schon an die Grenze bei vielen geht – bis hin zum Burnout (3,149–154).

Das Problem des Leistungsdrucks sei besonders bei Studenten ausgeprägt. Diese möchten ihre Krankheit verheimlichen und trotz eingeschränkter Gedächtnisleistung, die mit der Krankheit zusammenhängt, funktionieren (3, 457–460). Weiterhin hat ein Experte/eine Expertin den Eindruck, dass die Krankenkassen und Firmen Betroffene einfach aus dem Arbeitsmarkt drängen möchten.

Das Problem ist, dass die Krankenkassen, die Firmen usw. am liebsten diese Leute rausnehmen aus dem Arbeitsprozess und frühverrenten, um das Problem los zu sein (3, 423–424).

Die ExpertInnen sind der Ansicht, dass die vorhandenen Aktionen für eine Entstigmatisierung nicht ausreichen, da diese nach einiger Zeit verpufften. Aus diesem Grunde müsse Entstigmatisierung nicht nur in Form einer Aktion stattfinden, sondern viel fester verankert werden und eine dauerhafte Sache sein (3, 447–453). Allerdings nennen die ExpertInnen auch zwei strukturelle Gegebenheiten, die für Betroffene von Vorteil sind. Zum einen seien die Betroffenen durch einen Schwerbehindertenausweis vor einer Kündigung besser geschützt, hätten mehr Urlaubsanspruch und die Firma des Arbeitgebers werde dadurch steuerlich bevorzugt (3, 425–435). Auch könnten finanzielle Geschäfte, die von Betroffe-

nen während einer Manie oder einer Depression gemacht werden, rückabgewickelt werden (3, 607–609).

8.4.2 Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Da vorherrschende Strukturen sich durch einzelne Individuen nur schwer ändern lassen, können die ExpertInnen nur einige wenige Strategien empfehlen. Eine ihrer Empfehlungen richtet sich an psychiatrischen Einrichtungen, um Betroffenen den Umgang mit negativen strukturellen Erfahrungen zu erleichtern. Es wird ihnen geraten, die Zwangsmaßnahmen, welche in Notsituationen an Betroffenen angewendet werden, möglichst umgehend mit den Betroffenen aufzuarbeiten und zumindest zu erklären (1, 308–311). Im Hinblick auf die negativen Psychiatrieerfahrungen der Betroffenen sei es ebenfalls hilfreich, die Selbsthilfegruppe als eine Ressource wahrzunehmen und zu nutzen, weil das Sprechen über diese Erfahrungen helfe, mit diesen umzugehen.

Ich hab' schon gesehen, dass andere Erkrankte, die hier zum ersten Mal darüber erzählen konnten (...) da hab' ich schon wirklich erlebt, dass manche Erkrankte echt echt glücklich darüber waren, das mal loswerden zu können in so einem geschützten Rahmen (1, 317–324).

Bei bestimmten Barrieren und anderen strukturellen Problemen wird Betroffenen empfohlen, für ihre Rechte einzustehen und hartnäckig zu bleiben. Durch diese Hartnäckigkeit sei es teilweise möglich, die strukturellen Barrieren zu durchbrechen (2, 370–372).

8.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews geben einen Einblick in die Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen sowie empfehlenswerte Bewältigungsstrategien und -ressourcen aus Sicht der befragten ExpertInnen. Diese Erfahrungen sowie die von den ExpertInnen empfohlenen Bewältigungsstrategien und -ressourcen werden hier noch einmal zusammengefasst.

In Bezug auf die öffentliche Stigmatisierung berichten die ExpertInnen, dass das soziale Umfeld irritiert auf Menschen mit einer Bipolaren Störung reagiert, in der Gesellschaft wenig Wissen darüber vorhanden sei und die Krankheit allgemein eher einen schlechten Ruf habe. Trotz der großen Zahl an Menschen, die eine Bipolare Störung erleiden, sei das Thema in der Gesellschaft unbekannt und es werde kaum darüber gesprochen. Deshalb haben viele Menschen falsche Vorstellungen von Betroffenen, verspüren ihnen gegenüber Angst und nehmen sie als unberechenbar wahr. Besonders der Umgang mit psychotischen Anteilen der Erkrankung falle den Menschen schwer. Den Ergebnissen zufolge erfahren Betroffene vor allem dann eine Stigmatisierung von ihren Mitmenschen, wenn sie ihre Erkrankung preisgeben, ohne eine vertrauliche und freundschaftliche Basis mit ihnen

aufgebaut zu haben. Betroffene erleben weiterhin Verständnislosigkeit von ihrem sozialen Umfeld, das sich fragt, wieso die Betroffenen überhaupt erkrankt seien, wenn sie doch alles im Leben hätten. Das soziale Umfeld habe teilweise Schwierigkeiten damit, die Krankheit der Betroffenen zu akzeptieren, und schiebe sie deshalb meist von sich weg, ohne sich mit ihr auseinanderzusetzen. Betroffenen falle es folglich schwer, rückhaltlos mit ihren Mitmenschen über die Erkrankung zu sprechen, da sie eine Ablehnung und den Verlust dieser Kontakte fürchten würden, was sehr verletzend sei. Die Ablehnung von sehr engen sozialen Kontakten werde von Betroffenen als besonders schmerzhaft wahrgenommen. Familienangehörige hätten zudem Schwierigkeiten damit, die Persönlichkeit der Betroffenen zu erfassen und würden teilweise personeneigene Verhaltensweisen fälschlicherweise der Krankheit zuschreiben. Die Ergebnisse deuten weiter darauf hin, dass Kontaktabbrüche mit FreundInnen oder sogar Familienangehörigen häufig vorkämen, da Betroffene nach einer gewissen Zeit keinen Sinn darin sähen, den Kontakt weiter aufrechtzuerhalten. Den Aussagen der ExpertInnen zufolge verabschiedeten sich schätzungsweise die Hälfte aller FreundInnen von den Betroffenen, wobei das Knüpfen von neuen Kontakten mit viel Arbeit verbunden sei. Besonders im Arbeitsumfeld sei das Verständnis für Betroffene nicht so groß, so dass diese vor allem dort negative Erfahrungen machten. Zusätzlich komme es vor, dass Betroffene aus dem Arbeitsmarkt aussortiert werden oder aufgrund von Diskriminierung am Arbeitsplatz selbst ihren Job aufgeben. Deshalb sei es für Betroffene angenehmer, wenn sie ihre Erkrankung im Kollegenkreis verschweigen.

Allerdings zeigen die Ergebnisse auch einige bedeutende Voraussetzungen darüber auf, wann Betroffene eher positive Erfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld machen. Besonders wichtig sei es, dass sie eine Person lange kennenlernen und eine Vertrauensbasis aufbauen, wenn sie jemandem von der Erkrankung erzählen möchten. Deshalb sei es für Betroffene auch einfacher, wenn sie bereits vor ihrer Erkrankung einen festen Freundeskreis aufgebaut haben. Denn dann sei die Wahrscheinlichkeit größer, dass diese ihnen auch erhalten bleiben. Weiterhin lassen sich diejenigen Menschen, mit denen Betroffene überwiegend positive Erfahrungen machen, anhand einiger Eigenschaften beschreiben. Diese seien Menschen mit der Fähigkeit, die Andersartigkeit von Menschen zu akzeptieren, die überwiegend ein hohes Bildungsniveau besitzen und sich allgemein für viele verschiedene Themen interessieren. Weiterhin würden sich diese Menschen durch ihre Neugierde auszeichnen, welche sie dazu veranlasse, auf die Betroffenen zuzugehen, Fragen zu stellen und sich über die Krankheit zu informieren. Auch medizinisches Wissen sowie eine Bekanntschaft, die sie bereits mit anderen Betroffenen gemacht haben, würden zu einer offenen Umgangsweise mit den Erkrankten beitragen. Zudem seien diese offenen Menschen allgemein sehr fröhliche und gleichzeitig philosophische Persönlichkeiten, die

sich durch ihre weite Sichtweise des Lebens sowie ihre Fähigkeit, über den Tellerrand zu schauen, auszeichneten.

Die Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews zeigen weiterhin häufige Selbststigmatisierungserfahrungen der Betroffenen zu Beginn ihrer Erkrankung. Mit der Zeit lassen diese jedoch langsam nach, wenn die Betroffenen sich Wissen über die Krankheit aneignen. Durch die großen Unterschiede in den verschiedenen Phasen entstehe ein Bruch in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen, wodurch es ihnen schwerfalle, ihr Selbstbild aufrecht zu erhalten. „Er beobachtet sich ständig und kann sich gar nicht vorstellen, dass er normal behandelt wird und dass er eine Chance hat, im Alltag wieder ernst genommen zu werden. Kann sich selbst nicht mehr über den Weg trauen“ (3, 237–239). Je mehr die Betroffenen sich selber stigmatisieren, desto schwieriger gestalte es sich für sie, ihren Alltag zu führen und die Leistung zu erbringen, die die Gesellschaft ihnen abverlange.

Die Ergebnisse deuten weiterhin darauf hin, dass die antizipierte Stigmatisierung ein häufiges Problem unter den Betroffenen darstellt. Die ExpertInnen berichten von negativen Einstellungen der Betroffenen gegenüber ihrer Mitmenschen. Das bedeutet, dass Betroffene teilweise ein negatives Verhalten des sozialen Umfelds ihnen gegenüber regelrecht erwarten würden. Ganz nach dem Konzept der selbsterfüllenden Prophezeiung wirke sich diese negative Erwartungshaltung der Betroffenen negativ auf ihre sozialen Beziehungen aus. Denn *„wie ich in den Wald hineinschreie, so kommt es hinaus“* (5, 257–258). So würden die Betroffenen teilweise annehmen, dass ihre Mitmenschen ohnehin nicht mit ihrer Krankheit umgehen könnten und sich deshalb eher ängstlich verhalten und Gespräche über ihre Erkrankung vermeiden würden. Damit zögen sich die Betroffenen allerdings von der Gesellschaft zurück, was negative Folgen für sie mit sich bringe, da sie sich dadurch aufgaben und dann in der Gesellschaft praktisch nicht mehr vorhanden seien. Damit gehe außerdem eine verstärkte Wahrnehmung der von außen aufgenommenen Signale einher, wodurch Betroffene sehr hellhörig seien. Zudem weisen verschiedene Verhaltensweisen der Betroffenen, die von ExpertInnen berichtet werden, auf eine antizipierte Stigmatisierung hin. Dazu zählen u.a. das Verschweigen der Erkrankung im Arbeitsumfeld, das Unterlassen, sich um einen Job zu bewerben oder in einem Sportverein anzumelden, sowie eine Voreingenommenheit beim Knüpfen neuer Kontakte. Die antizipierten Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen werden durch einen Experten/eine Expertin folgendermaßen beschrieben. „Also es gibt Befürchtungen, die in dem Menschen stattfinden, und die tragen sie nach außen und glauben sie zu hören oder zu sehen. Das ist der schwierigste Teil eigentlich, das wirklich stehen und liegen zu lassen“ (4, 46–48).

Hinsichtlich der strukturellen Stigmatisierung berichten die ExpertInnen sowohl von positiven als auch von negativen Erfahrungen der Betroffenen mit der psychiatrischen Versorgung. Allerdings werde die Stigmatisierung in Psychiatrien als schlimmer empfunden als die Stigmatisierung durch die Außenwelt, weil Betroffene davon ausgehen, dass die Menschen in den Psychiatrien eigentlich geschult sein müssten. Betroffene würden in Psychiatrien teilweise eine völlige Entmündigung und Respektlosigkeit erfahren, was sie als Trauma beschreiben. Beispielhaft werden die Zwangseinweisung, die Zwangsmedikation sowie die unzureichende Versorgung durch einige Pfleger genannt. Weiterhin wird erwähnt, dass der Wahn selbst in den Psychiatrien nur selten thematisiert werde und der Fokus eher auf das Ruhigstellen der PatientInnen liege. Auch die Wartezeiten für einen Platz in der Tagesklinik oder im Krankenhaus sowie für eine psychotherapeutische Therapie seien sehr lang. PsychotherapeutInnen seien zudem vielfach überfordert und verschrieben zu viele Medikamente. Außerdem wird der nicht abgedeckte Bedarf der Betroffenen an professioneller Begleitung in ihrem Berufsleben kritisiert. Denn Betroffene würden eine professionelle Person als Erklärungsstütze und Integrationshilfe benötigen. Des Weiteren wird auf die Stigmatisierung durch die Medien verwiesen, die sich darin äußere, dass bei Straftaten von Menschen mit einer psychischen Störung die Erkrankung in den Vordergrund gestellt würde. Auch die allgemeinen gesellschaftlichen Ansprüche wie z.B. der Leistungsdruck werden für Betroffene als problematisch beschrieben, da es ihnen schwerfalle mit diesen Schritt zu halten. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass unter Betroffenen der Eindruck entstanden sei, dass Krankenkassen und Firmen die Betroffenen am liebsten aus dem Arbeitsmarkt drängen und frühverrenten würden.

Die Ergebnisse zeigen einige Bewältigungsstrategien und -ressourcen für die jeweiligen Stigmatisierungserfahrungen. Um der öffentlichen Stigmatisierung im Arbeitsumfeld vorzubeugen, wird empfohlen, die Krankheit geheim zu halten und bei einer Bewerbung zu verschweigen. Für den Umgang mit negativen Erfahrungen sei es wichtig, dass Betroffene sich zuerst selbst über die Krankheit informieren, um dann ihre Mitmenschen darüber aufklären zu können. Bei Personen, die längerfristig einen respektlosen Umgang an den Tag legen, wird empfohlen, den Kontakt mit diesen zu reduzieren oder abubrechen und sich auf das eigene Leben zu konzentrieren. Wichtige Ressourcen für den Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen seien die Möglichkeit, sich professionelle Hilfe von Ärzten und Menschen aus dem psychologischen Bereich zu suchen, die Inhalte der Psychoedukation, die Natur, Ruhe, die eigenen Interessen sowie enge soziale Kontakte wie beispielsweise PartnerIn, FreundInnen und Familie.

Zur Vorbeugung von Selbststigmatisierung wird Betroffenen empfohlen, ihre Hobbies möglichst unverändert weiter zu betreiben, so dass sie erkennen, dass sie auch mit der

Krankheit vieles weiterhin ausüben können. Allgemein sei es für Betroffene von Vorteil, wenn sie sich nicht zu sehr mit der Krankheit identifizieren und die Krankheit nicht als einen allzu großen Anteil ihrer Person betrachten. Weiterhin wird empfohlen, dass Betroffene sich zunächst selbst über ihre Krankheit informieren, um auf Grundlage ihres Wissens eine Selbststigmatisierung zu vermeiden. Auch allgemein sei es für Betroffene mit einem hohen Bildungsniveau einfacher mit der Selbststigmatisierung umzugehen. Zudem wird Betroffenen empfohlen, ihre Sichtweise auf das Thema Stigmatisierung zu überdenken, denn Stigma komme nicht lediglich von außen, sondern auch von innen. Es solle also vielmehr als ein Wechselspiel zwischen den Eindrücken von außen und der eigenen Sichtweise auf die Erkrankung betrachtet werden. Dies bedeute auch, dass ein Stigma von außen nur dann wirksam sei, wenn Betroffene das zugeschriebene Stigma für sich annehmen. Die Psychotherapie stelle eine gute Möglichkeit dar, um sowohl der Selbststigmatisierung als auch der antizipierten Stigmatisierung gemeinsam mit dem Therapeuten/der Therapeutin entgegenzuwirken. Aber auch nahe soziale Gruppen wie Familie oder FreundInnen können Betroffene in diesem Prozess unterstützen. Schwieriger für Betroffene sei der Umgang mit der strukturellen Stigmatisierung. Jedoch wird ihnen empfohlen, bei strukturellen Barrieren oder bestimmten einschränkenden Regelungen hartnäckig für ihre Rechte einzustehen. Sehr nützlich für den Umgang mit öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen sowie für die Reduzierung von Selbststigmatisierung und der antizipierten Stigmatisierung seien ein stabiles Selbstbewusstsein sowie eine bewusste Selbstakzeptanz.

Die Ergebnisse deuten weiterhin darauf hin, dass die Selbsthilfegruppe eine bedeutende Bewältigungsressource gegen die öffentliche Stigmatisierung, die Selbststigmatisierung und die antizipierte Stigmatisierung darstellt. Die Selbsthilfegruppe biete für die Betroffenen eine gute Möglichkeit, sich über verschiedene Bewältigungsstrategien auszutauschen und sich gegenseitig Anregungen zu geben. Zudem trage die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe dazu bei, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken. Denn das Selbstbewusstsein komme von innen, brauche aber auch von außen eine Stütze. Die Bedeutsamkeit einer Selbsthilfegruppe für Betroffene werde u.a. daran deutlich, dass diese Gruppe für einige TeilnehmerInnen als eine zweite Familie bzw. als Familienersatz betrachtet werde, in der sie unbeschränkt die Möglichkeit hätten, sich zu öffnen, einander zuzuhören und das Gefühl zu vermitteln, nicht allein zu sein. Insbesondere der Aspekt, nicht allein dazustehen, sei für die Betroffenen teilweise lebensrettend. Der Einblick in das „normale“ Leben anderer Betroffener, die arbeiten gehen, eine Familie gründen etc. wirke im Rahmen der Selbsthilfegruppe der Selbststigmatisierung entgegen. Diese Dinge seien nämlich für Betroffene zum Teil unvorstellbar gewesen, bevor sie mit anderen Betroffenen in

Kontakt gekommen sind. Weiterhin weisen die ExpertInnen darauf hin, dass ein Stigma nur dann funktioniere, wenn jemand es für sich als solches akzeptiere. Diesen Prozess könnten Betroffene gemeinsam in einer Selbsthilfegruppe gut umkehren. Zudem kämen diejenigen Betroffenen, die zu einer Selbsthilfegruppe gehen, irgendwann selbst auf den Gedanken, sich nicht selbst zu stigmatisieren, und hörten dementsprechend auf, sich selbst wegen der Krankheit herabzumindern. Im Hinblick auf die antizipierte Stigmatisierung seien die gegenseitigen Anregungen und Tipps in der Selbsthilfegruppe sehr hilfreich, um die eigene negative Voreingenommenheit abzulegen und die Realität ohne eine überspitze Sichtweise klar betrachten zu können. Die Selbsthilfegruppe stelle auch eine Bewältigungsressource gegen die strukturelle Stigmatisierung dar, indem bereits das Sprechen über schlimme Psychiatrieerfahrungen in einem geschützten Rahmen für Betroffene sehr hilfreich sei.

9 Die StudienteilnehmerInnen des problemzentrierten Interviews

Um die Aussagen der Befragten des problemzentrierten Interviews in einem Gesamtkontext betrachten zu können, werden im Folgenden einige personenbezogene Angaben über die Befragten dargestellt. Wie bei dem ExpertInneninterview haben auch am problemzentrierten Interview fünf Personen teilgenommen. Die Altersangaben der Befragten zeigen, dass verschiedene Altersgruppen abgedeckt sind. So wurden TeilnehmerInnen im Alter zwischen 28 und 62 Jahren befragt. Auch der Familienstand der StudienteilnehmerInnen variiert sehr. Während ein/e StudienteilnehmerIn geschieden ist und sich in einer festen Partnerschaft befindet, sind 2 StudienteilnehmerInnen verheiratet und haben je 2 Kinder. Zwei weitere TeilnehmerInnen sind ledig und befinden sich in keiner festen Partnerschaft. Der Zeitpunkt der Diagnose liegt bei den StudienteilnehmerInnen zwischen 1999 und 2010.

Interviewnummer	Alter	Familienstand	Partnerschaft	Kinder	Zeitpunkt der Diagnose	Typ der Bipolaren Störung
6	62	Geschieden	Ja	0	1999	Bipolare Störung II
7	29	Ledig	Nein	0	2009	Unbekannt
8	51	Verheiratet	-	2	2010	Bipolare Störung I
9	54	Verheiratet	-	2	2006	Bipolare Störung II
10	28	Ledig	Nein	0	2009	Bipolare Störung II

Tabelle 2: Angaben über die StudienteilnehmerInnen des problemzentrierten Interviews

10 Ergebnisse der problemzentrierten Interviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews, die mit Betroffenen, die an einer Bipolaren Störung leiden, durchgeführt wurden, zusammenfassend inhaltsanalytisch dargestellt. Die Ergebnisse werden wiederum den Kategorien *öffentliche Stigmatisierung* (Kap. 10.1), *Selbststigmatisierung* (Kap. 10.2), *antizipierte Stigmatisierung* (Kap. 10.3) und *strukturelle Stigmatisierung* (Kap. 10.4) zugeordnet. Im Anschluss an diese Darstellung zu den Stigmatisierungserfahrungen werden Bewältigungsstrategien und -ressourcen der Betroffenen ausgeführt. Zum Schluss erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den problemzentrierten Interviews.

10.1 Öffentliche Stigmatisierung

In diesem Abschnitt werden die krankheitsbezogenen Erfahrungen der Betroffenen mit ihrem sozialen Umfeld wie bspw. Familienangehörigen, FreundInnen und ArbeitskollegInnen zusammengefasst. Dazu werden die öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen beschrieben und anschließend einige der Voraussetzungen erläutert, die zu positiven Erfahrungen beitragen.

10.1.1 Öffentliche Stigmatisierungserfahrungen

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, welche öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen Betroffene aufgrund ihrer Erkrankung durchlebt haben. Eine zentrale Rolle spiele demnach bei der öffentlichen Stigmatisierung das Bild, das Medien über Menschen mit einer psychischen Erkrankung vermitteln. In einem Interview heißt es etwa, die Medien würden diese Erkrankungen immer im Zusammenhang mit Mord, Totschlag und ähnlichem erwähnen (8, 293–298). Ein/e InterviewteilnehmerIn berichtet von der allgemeinen Angst des sozialen Umfelds vor Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Diese hätten Angst, dass die Betroffenen etwas Schlimmes machen könnten (6, 29–31). Wie im folgenden Beispiel ersichtlich wird, vervielfache sich diese Angst, wenn die Menschen gleich mit mehreren Betroffenen zusammenkämen.

Ich habe z.B. gesagt, ich lade zu meinem fünfzigsten Geburtstag alle ein, die hier in der Selbsthilfegruppe sind. Und dann wäre das ja im Restaurant. Dann haben da welche zu mir gesagt, was haben wir denn mit deinen Leuten da zu tun. Das ist risikoreich, die kannst du ja alle gar nicht unter Kontrolle halten (8, 220–223).

Das soziale Umfeld sei zudem sehr fokussiert auf körperliche Beschwerden und würde psychischen Erkrankungen keinen besonderen Wert beimessen. Aus diesem Grund würden es Mitmenschen auch nicht verstehen, wieso die Betroffenen ins Krankenhaus gehen, ohne eine körperliche Beschwerde zu haben. Ein/e InterviewteilnehmerIn beschreibt die Reaktion dieser Menschen folgendermaßen.

...warum ist die jetzt eben halt im Krankenhaus, die hat doch nichts, ist doch kein gebrochener Arm oder gebrochenes Bein oder Diabetes oder sonst irgendwas und kann ja nicht angehen und wieso und weshalb und warum. Die hat doch ein Haus und hat zwei gesunde Kinder und hat keine finanziellen Sorgen... (9, 18–21).

In einem Dorf mit wenig EinwohnerInnen habe ein/e Betroffene/r die Erfahrung gemacht, dass die Menschen allgemein viel über die Angelegenheit anderer redeten. Anonymität wie in einer Stadt wäre somit nicht gewährleistet (9, 25–27). Diese Erfahrung wird folgendermaßen beschrieben.

Jeder hat irgendwas dazu zu sagen und dann kommen nachher ganz andere blöde Sachen raus. Das hat am Anfang ganz schön wehgetan. Weil ich kann ja auch nichts für meine Krankheit, ich hab' es mir auch nicht ausgesucht. Wenn ich jetzt Diabetes hätte oder ich hätte Epilepsie, wenn ich solche Sachen hätte, dann würden alle sagen: Oh Gott, das ist ja alles ganz schlimm (9, 103–104).

Hinzu komme, dass viele Menschen nichts mit der Krankheit *Bipolare Störung* anfangen könnten und keinerlei Wissen darüber mitbringen würden. Zur Unwissenheit der Menschen über Bipolare Störungen wird im Folgenden Bezug genommen.

...die meisten wissen gar nicht, was das ist. Eben manisch-depressiv, dann wissen sie trotzdem nicht, was manisch-depressiv ist. Depressiv ja, Depressionen wissen viele mit was anzufangen aber was ist manisch? Und das ist eben halt schwierig (9, 121–124).

Betroffene berichten von Verständnislosigkeit, die sie von ihren Mitmenschen erfahren würden. Insbesondere ältere Leute im familiären Umfeld könnten nicht verstehen, dass Betroffene nicht aus einer Laune heraus handeln, wenn sie gerade unter den Symptomen der Erkrankung leiden (8, 6–12). Die Verständnislosigkeit zu Beginn der Erkrankung habe ein/e InterviewteilnehmerIn auch durch die eigenen Kinder wahrgenommen, die zur Ablehnung geführt habe. Die Situation habe sich aber verbessert, nachdem sich die Kinder selbst mit der Krankheit auseinandergesetzt haben (8, 13–18). Ein/e Betroffene/r berichtet von seiner/ihrer Erfahrung mit der Familie und erzählt, dass er/sie von der eigenen Schwester unfreiwillig über das Amtsgericht in die Betreuung geschickt wurde (6, 5–15). Dabei sei dem/der Betroffenen kaum die Möglichkeit geblieben, sich dagegen zu wehren. In dieser Angelegenheit habe kein Familienmitglied hinter ihm/ihr gestanden (6, 52–53). Diese/r StudienteilnehmerIn erklärt:

Ich hab' ganz einfach die Erfahrung gemacht, dass, solange man von der Erkrankung nichts wusste und es nicht zum Vorschein kam, das Problem erstmal nicht vorhanden war (6, 5–6).

Ein/e ander/e Betroffene/r berichtet von der Erfahrung mit der eigenen Tante, welche in einer depressiven Phase stattgefunden habe und als sehr belastend empfunden wurde:

Da hab' ich halt gemeint, es geht mir nicht gut und ich weiß nicht, ob ich kommen kann. Und da hat sie zu mir gesagt: Ja, ihr könnt ja dann rausgehen an die Sonne, das tut immer gut, wenn man depressiv ist. Und das war so dieses Einmaleins, sowas sagt man nicht zu jemandem, der depressiv ist. Aber die wissen es halt auch nicht (10, 83–86).

Bezogen auf diese Erfahrung stellt die Betroffene für sich fest, dass aufgrund der persönlichen Beziehung, die zu der Tante bestand, der/die Betroffene ihre Aussage als besonders verletzend empfunden habe.

Es hat mich eher verletzt, dass sie das war, dass die persönliche Beziehung da war und sie das dann so zu mir gesagt hat. (...) Bei mir ist es auf jeden Fall schwieriger, wenn ich eine persönliche Bindung hab' und dann so etwas kommt (10, 323–327).

In einem Interview gibt ein/e Betroffene/r an, sich durch die hohen Erwartungen der Menschen unter Druck gesetzt zu fühlen, wobei die Erkrankung außer Acht gelassen werden würde. Wie im Folgenden beschrieben wird, fühle sich der/die Betroffene dadurch „in die Ecke gedrängt“:

...ich hab' manchmal das Gefühl, ich werde stigmatisiert in dem Bild, was die Leute gern von mir noch hätten. (...) Also dass es ganz klar ist, ich habe gewisse Grenzen und muss die auch ziehen. Und da ist es im größeren Verwandtschaftsumfeld und manchmal auch bei Freunden so, dass es dann nicht mehr passt zu meinem Bild. (...) Dass sie viel erwarten oder ich zumindest das Gefühl hab', dass sie viel erwarten. Und dass manchmal auch so Kommentare kommen wie: Krass jetzt ist ein Jahr rum und man merkt, dass du wieder die Alte wirst. Und in dem Moment denke ich: Nel Oder ich sag' das auch, das kann ich nicht rausschneiden aus meinem Leben so die letzte Phase, die ich hatte, und dieses letzte Jahr. Dann fühle ich mich schon wieder in so eine Ecke gedrängt. Also meine Persönlichkeit praktisch. (...) Dann ist das andere nicht mehr so groß und die Erkrankung vielleicht nicht mehr so wichtig, was ja auch gut ist. Ist ja auch nur ein gewisser Teil, aber dann ist sie weg. Es sind aber trotzdem Dinge, die ich beachten muss, auch wenn eine gesunde Phase da ist (10, 89–105).

Weiterhin wird von der Erfahrung mit FreundInnen berichtet, wobei der/die Betroffene eine Stigmatisierung empfinde, wenn er/sie aufgrund der Erkrankung als einzige/r auf das Trinken von Alkohol verzichte. Denn in Kombination mit den Medikamenten sei es riskant, Alkohol zu konsumieren (10, 409). Ein/e andere/r StudienteilnehmerIn berichtet, dass er/sie ein allgemein distanzierteres Verhalten durch einige Bekannte wahrnehme (6, 67). Allerdings gibt es auch Betroffene, die keinerlei stigmatisierende Erfahrungen gemacht haben. Ein/e Betroffene/r berichtet nämlich, dass seine/ihre schlimmste Erfahrung darin bestehe, dass jemand einfach nicht viel zu dem Thema zu sagen hätte, weil die Person kein Wissen darüber verfüge (7, 113–114). Ein/e StudienteilnehmerIn berichtet von der Erfahrung, fremde Menschen über Depressionen sprechen gehört zu haben, wobei diese falsche Aussagen über Betroffene getroffen hätten. Dies sei für den/die Betroffene/n sehr belastend gewesen, da er/sie sich dadurch selbst angegriffen gefühlt habe (10, 72–76).

Einige Betroffene berichten von ihren Erfahrungen mit der Erkrankung in ihrem Arbeitsleben. Bei einer Bewerbung um eine ehrenamtliche Tätigkeit habe ein/e Betroffene/r die folgende Erfahrung machen müssen.

...ich hatte mich auch zeitlich, als die Betreuung vorbei war, um einen ehrenamtlichen Job beworben. Dort wurde mir dann unter der Hand relativ unverblümt gesagt und sogar geschrieben, aber das konnte niemandem zugeordnet werden, dass man mit psychisch kranken Leuten im Ehrenamt nichts zu tun haben will (6, 21–25).

Ein/e andere/r Betroffene/r handhabte die Erkrankung im Arbeitsumfeld sehr offen. Dadurch kämen manchmal Sprüche von ArbeitskollegInnen, die teilweise als nervig empfunden werden.

Wenn jetzt irgendwas schief läuft oder irgendwas stressig ist in der Firma, dann sagen sie: Gib mir mal eine Pille von dir! Das sind z.B. diese Sprüche, die ich dauernd hab'. Oder: Dir macht das ja nichts aus, du hast ja deine Tabletten! Ganz oft krieg' ich das zu hören (8, 51–54).

Zusätzlich sei Betroffenen ihr Job nicht wirklich sicher, da die Toleranz ihnen gegenüber nur solange bestehe, bis eines Tages etwas passiere, das jemanden in Gefahr bringe oder das Ansehen der Firma gefährde.

Ich glaub', wenn da mal richtig etwas passiert, dann ist man auch den Job los, weil dieses Einverständnis und dieses Dafürhalten geht nur bis zu einem gewissen Punkt. Wenn dadurch jemand anderes in Gefahr kommt oder das Ansehen der Firma geschädigt wird. In dem Moment trennen die sich lieber von dem Mitarbeiter (8, 142–145).

Allerdings kommt es auch vor, dass Betroffene selbst aufgrund negativer Erfahrungen ihren Job aufgeben. Ein/e andere/r Betroffene/r berichtet nämlich davon, aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen mit den Kunden den Job aufgegeben zu haben (9, 10–11).

10.1.2 Voraussetzungen für positive Erfahrungen

Wie bei den ExpertInneninterviews werden auch aus den problemzentrierten Interviews einige Voraussetzungen ersichtlich, die zu positiven Erfahrungen der Betroffenen mit ihrem sozialen Umfeld beitragen. So berichten Betroffene von positiven Erfahrungen mit Menschen, die sich Wissen über die Krankheit aneignen wollen und deshalb nachfragen und Verständnis zeigen, ohne darin hinein Mitleid fließen zu lassen (6, 70–72). Außerdem berichten Betroffene von positiven Erfahrungen mit Menschen, die sich intensiv Gedanken über die Krankheit machen, viel darüber recherchieren und demnach gut darüber Bescheid wissen (9, 82–84). Auch Offenheit von Menschen, ein hohes Maß an Reflektion sowie ein gegenseitiges Vertrauen tragen zu positiven Erfahrungen bei (10, 31–41). Die Betroffenen geben an, dass eine gute Wahl der Freunde/Freundinnen vor der Erkrankung

dazu beitrage, dass diese ihnen auch nach der Erkrankung weiterhin sehr verständnisvoll entgegenreten.

...wirklich negative Erfahrungen habe ich nicht gemacht. Vielleicht habe ich vorher einfach gut meinen Freundeskreis so selektiert, dass es einfach verständnisvolle Menschen sind. Recht einfache und normale Leute habe ich eigentlich in meinem Freundeskreis nicht gehabt, sondern immer welche, die auch schon irgendwie eine Last mit sich rumtragen oder ein bisschen komplizierter sind. Vielleicht trägt das dazu bei, dass es dann passt (7, 114–119).

Weiterhin gäbe es viele Menschen, die bereits jemanden in der Familie oder im Freundeskreis mit einer psychischen Erkrankung kennen und dadurch Anhaltspunkte haben, um damit besser umzugehen. Dies ver helfe ihnen beispielsweise dazu, sich in einem Gespräch über die Krankheit zu beteiligen (7, 20–26). Beispielhaft berichtet ein/e Betroffene/r von seinem/ihrer eigenen Vater, der bereits in der Familie mit der Erkrankung in Kontakt gekommen sei und als sehr verständnisvoll und unterstützend beschrieben wird. Er stelle zudem eine wichtige Vertrauensperson für den/die Betroffene dar (7, 38–44).

Außerdem habe die Art und Weise, wie die Betroffenen sich selbst mit der Erkrankung sehen, ob sie eine eher positive Sichtweise auf die Erkrankung haben oder es als etwas ganz Schlimmes wahrnehmen, einen Einfluss auf ihre Interaktion mit dem sozialen Umfeld (7, 6–8). Das Ergebnis eines sehr offenen Umgangs mit der Erkrankung wird folgendermaßen beschrieben.

Konkret ist es eher so für mich, dass ich versuche, super super offen mit der ganzen Sache umzugehen, und hab' damit auch eigentlich ausschließlich positive Erfahrungen gemacht (7, 11–13).

Auch durch die folgende Erläuterung wird ein Einblick in das Wechselspiel zwischen der eigenen Sicht auf die Erkrankung und dem, was Betroffenen von der Außenwelt erfahren, gegeben:

Ich weiß halt, dass ich manchmal etwas aufgedreht bin und permanent manchmal irgendwelche Witze mache. Da gibt es dann manchmal so ein Spruch: Du bist heute aber anstrengend. Da wird auch mal ein Spruch zurückgebracht oder so. Das fühlt sich irgendwie auch nicht schlimm an und ist immer lustig. Dann hab' ich mal einen anderen, wo ich ein bisschen ruhiger und zurückgezogener bin. Ist aber auch nicht so, dass ich mich da irgendwo unwohl fühle oder von den anderen etwas vermittelt bekomme (...) Ich glaube es ist halt immer so, was man selbst so daraus macht und dann wirkt man natürlich auf alle so, auf seine Freunde, seine Familie und auf die Fremden (7, 134–141).

Weiterhin wird berichtet, dass das Verständnis, das Betroffene selbst für die Probleme ihrer FreundInnen aufbringen, einen Einfluss darauf habe, was von diesen zurückkomme. Denn das, was die FreundInnen selbst erfahren und bekommen, gäben sie genauso auch zurück.

Dadurch, dass ich so Verständnis hab' und offen bin anderen gegenüber und ihren Problemen, glaub' ich, dass das so zurückgekommen ist (10, 28–29).

Es ist möglicherweise auf diese geschilderten Voraussetzungen zurückzuführen, dass einige StudienteilnehmerInnen von sehr positiven Erfahrungen mit ihren sozialen Kontakten berichten. So wird in einem Interview angegeben, dass die Familie einen großen Rückhalt dargestellt habe, so dass der/die Betroffene erst durch ihre Unterstützung die Initiative ergreifen konnte, sich Hilfe zu holen (10, 123–134). Auch der/die LebenspartnerIn scheint eine große Unterstützung für Betroffene darzustellen, wenn diese sich mit der Krankheit auseinandersetzen und sogar an Selbsthilfegruppen für Angehörige teilnehmen (9, 37–38). In einem anderen Interview wird berichtet, dass der/die Betroffene von der Familie sowie von den engsten FreundInnen nie Ablehnung erfahren habe. Diese hätten die akuten Phasen mitbekommen und seien immer offen gewesen (10, 18–23). Weiterhin habe die Erkrankung keinerlei negative Auswirkungen auf die Beziehungen zu FreundInnen gehabt. Diese Beziehungen haben sich im Gegenteil sogar verbessert (7, 13–17). Auch bei FreundInnen, die keine Bekanntschaften mit Personen ähnlicher Erkrankungen gemacht haben, stehe der Fokus dieser Menschen oft auf Gemeinsamkeiten, die man teile, statt die Krankheit als eine zwischenmenschliche Barriere zu betrachten (7, 26–32). In Bezug auf das Arbeitsumfeld berichtet ein/e Betroffene/r von sehr positiven Erfahrungen. Denn sowohl im Praktikumsumfeld als auch im Ausbildungsumfeld habe er/sie Offenheit erfahren und das Angebot erhalten, in derselben Einrichtung zu arbeiten (10, 164–172). Insbesondere bei einer selbstständigen Tätigkeit haben Betroffene mit keinerlei Problemen zu kämpfen (6, 85–87). In einem anderen Interview wird ebenfalls von sehr positiven Erfahrungen mit dem Arbeitsumfeld berichtet. Durch die Offenlegung der Erkrankung haben sich für den/die Betroffene/n Vorteile bei der Arbeit ergeben. So sei ihm/ihr beispielsweise geholfen worden, wenn jemand bemerkte, dass er/sie bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben konnte (8, 404–408).

10.2 Selbststigmatisierung

Im Folgenden wird auf die Selbststigmatisierungserfahrungen der Betroffenen eingegangen. Hier werden die konkreten Erfahrungen der Betroffenen dargelegt, die auf eine Selbststigmatisierung hindeuten. Im Zentrum steht dabei die Frage, inwiefern das Selbstbild der Betroffenen durch die Erkrankung beeinflusst ist.

10.2.1 Selbststigmatisierungserfahrungen

Die StudienteilnehmerInnen berichten von einigen Selbststigmatisierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Erkrankung. In einem Interview wird berichtet, dass Betroffene einige Meinungen von der Gesellschaft übernähmen und beispielsweise negative Ausdrü-

cke, die in der Gesellschaft verankert seien, ebenfalls im eigenen Sprachgebrauch anwendeten.

Wenn ich z.B. jemandem zum ersten Mal davon erzähle, sag' ich nicht, ich war in der Psychiatrie, sondern ich sag' immer: in der Klapse oder so. Der Volksmund sagt das irgendwie so. Das ist halt schon negativ behaftet und ich finde es auch nicht gut (7, 187–189).

Auch bei Vorurteilen komme es vor, dass Betroffene diese von der Gesellschaft übernehmen und auf sich selbst projizieren. Dazu wird beispielsweise die Eigenschaft *Faulheit* genannt, welche Menschen mit einer Depression teilweise zugeschrieben werden würde (10, 306–315). Ein/e andere/r StudienteilnehmerIn macht im Folgenden die Problematik der Unterscheidung zwischen einer Selbststigmatisierung und der Berücksichtigung der eigenen Grenzen deutlich.

...in den Praktika z.B. oder als ich die Arbeit angefangen hab', da hab' ich mich selber schon wieder rein: Ich kann es nicht und das ist zu viel und hab' mich da schon auch selbst vielleicht stigmatisiert, vielleicht in gewisser Weise. Das schwierige war nur einfach auch zu sehen, was ist jetzt gerade? Also bin ich jetzt gerade gesund oder übersteigt es gerade einfach meine Kraft? Und dann stigmatisiere ich mich ja nicht, sondern ich hör auf mich und mein Körper zeigt mir: Ne, das geht jetzt nicht! (10, 292–297).

Verschiedene Aussagen der Betroffenen deuten darauf hin, dass die Selbststigmatisierung zu Beginn der Erkrankung sehr vordergründig ist, sich jedoch mit der Zeit reduziert. So wird in einem Interview beispielsweise berichtet, dass der/die Betroffene sich zu Beginn der Erkrankung viele Dinge in verschiedenen Lebensbereichen einfach nicht getraut habe. Dies habe sich geändert, da er/sie mit der Krankheit nun deutlich besser zurechtkomme und vieles aktiv ausprobiere.

Naja, ich hab' schon mich aufgrund der Erkrankung bestimmte Sachen nicht mehr getraut zu machen. Das würde ich schon sagen. Aber jetzt, wo ich auf dem Wege der Besserung bin und besser mit der Krankheit klar komme, ist es dann schon so, dass ich auf jeden Fall ab und zu immer mehr denke: Oh das hast du dich vorher irgendwie nicht getraut, wo du irgendwie schon depressiv oder unsicher warst deswegen, und versuchst das einfach aktiv zu machen und auszuprobieren (7, 204–208).

Ein/e Betroffene/r äußert sich zu seinen/ihren Schamgefühlen zu Beginn der Erkrankung folgendermaßen.

Ich war dreimal im Krankenhaus und jedes Mal, wenn ich entlassen wurde, war es mir so peinlich, weil ich im öffentlichen Leben stehe. (...) Und ich bin Umwege gegangen, damit man mich nicht sieht. Also ich hab' mich „geschämt“ für diese Krankheit, obwohl ich jetzt weiß, dafür muss man sich nicht schämen (9, 4–8).

In einem anderen Interview wird berichtet, dass der/die Betroffene im Laufe der Zeit die vorherrschenden Vorurteile immer weniger auf sich selbst beziehen würde. Jedoch hänge

dies auch damit zusammen, wie vordergründig eine kranke Phase sei. Denn je vordergründiger beispielsweise die depressive Phase, desto mehr tangiere es die/den Betroffene/n (10, 319–321). Ein/e Betroffene/r kommt durch Reflektion zu der Erkenntnis, dass sich die Eigensicht durch die Erkrankung geweitet habe. Denn er/sie sehe jetzt Eigenschaften und Anteile von sich, welche er/sie vorher nicht gesehen habe.

Also bei mir ist es so, ich hab' immer gedacht, dieses Für-andere-da-sein ist der große Anteil von mir. Dass mich nur das ausmacht. Eigentlich hat mir die Erkrankung gezeigt, da gibt es eigentlich noch viel mehr Anteile. Also man kann auch mit mir Spaß haben. Ich muss jetzt nicht meine Freunde treffen, um mit denen zu reden, sondern einfach irgendwas zu machen. Das war bei mir so lange im Vordergrund, dieses Für-andere-da-sein, dass mir dadurch bewusst geworden ist, dass es da viele andere Sachen noch gibt. Also da gibt es auch ein' Egoist in mir und der darf auch sein. Also es hat auf jeden Fall meine Eigensicht geöffnet für mich selber (10, 348–355).

Es gibt allerdings auch mehrere Aussagen der InterviewteilnehmerInnen, die darauf hindeuten, dass bei ihnen keine Selbststigmatisierung vorliegt. So gibt ein/e Betroffene/r an, sich aufgrund der Erkrankung keineswegs zu schämen (7, 17–18). Auch ein/e andere/r Betroffener macht deutlich, dass die Selbststigmatisierung bei ihm/ihr nicht zutreffe (6, 165). Außerdem liege eine Selbststigmatisierung nur dann vor, wenn Betroffene auch eine Stigmatisierung von der Außenwelt wahrnehmen würden. Dadurch dass dies bei dem/der Betroffenen nicht der Fall sei, habe er/sie das Problem der Selbststigmatisierung nicht (7, 195–198). Zudem trage die höhere Repräsentation der Erkrankung in den Medien zu einer geringeren Selbststigmatisierung bei (9, 33–34). Außerdem wird in einem anderen Interview ersichtlich, dass Betroffene teilweise versuchen, eine positive Sichtweise auf die Erkrankung zu finden und in ihr einen Sinn zu erkennen.

Ansonsten ist es halt wirklich bei mir so das größte Glück, dass ich mir einrede, das, was ich beruflich gemacht hab, das hat mir halt sehr viele Möglichkeiten jetzt eröffnet in meinem Leben. Ich hätte das nicht gekonnt in dem Umfang, wenn ich diese Krankheit nicht gehabt hätte. Vielleicht wäre es auch ohne halbwegs erfolgreich gewesen, aber für mich ist der Glaube eigentlich ganz schön zu sagen: Das wäre nicht ohne die Erkrankung gegangen. Das gibt dem Ganzen eine große Sinnhaftigkeit und fühlt sich dann irgendwie gut an (7, 190–195).

10.3 Antizipierte Stigmatisierung

Im Folgenden werden die Erfahrungen der Betroffenen, die auf eine antizipierte Stigmatisierung hindeuten, dargestellt. Im Zentrum dabei steht die Frage, inwiefern eine negative Einstellung und Erwartungshaltung bei den Betroffenen in Bezug auf ihre Interaktion mit ihren Mitmenschen vorliegt.

10.3.1 Antizipierte Stigmatisierungserfahrungen

Die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews geben einige Hinweise auf die antizipierten Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen. So teilt ein/e Betroffene/r in einem Interview mit, dass er/sie teilweise davon ausgehe, von FreundInnen durch die Einflussnahme von negativen Informationen über psychisch erkrankte Menschen in der Presse stigmatisiert zu werden.

...wenn in der Zeitung steht: Der eine hat da so und so viele Leute umgebracht. Dann steht da, dass der psychisch krank war. Oder jetzt mit dem Piloten, der da abgestürzt ist, da stand sogar bipolar in der Zeitung. Das sind natürlich Sachen, wo die sagen, wir wissen ja nicht, ob wir mit dir auch mal so ein' Ärger haben werden. Also die haben da dann auch Angst (8, 88–91).

Auch im Falle eines Streits mit FreundInnen geht der/die Betroffene davon aus, dass ihm/ihr aufgrund der Erkrankung die Schuld zugeschoben würde.

...wenn man sich jetzt mit jemandem streiten würde, würden die, glaube ich, sofort auf die Stufe gehen und sagen: Du bist ja krank, deshalb streiten wir uns jetzt. Aber das ist zum Glück bei mir noch nicht so gewesen (8, 94–96).

Diese negative Erwartungshaltung scheint auch dann zu bestehen, wenn Betroffene in Wirklichkeit positive Erfahrungen machen. Denn ein/e Betroffene/r berichtet, dass er/sie eine Stigmatisierung vom sozialen Umfeld vorwegnehme, obwohl er/sie schon des Öfteren positive Erfahrungen gemacht habe (10, 267–268). In einem anderen Interview wird berichtet, dass der/die Betroffene den Eindruck habe, mit der Krankheit etwas verschlossener sowie im Umgang mit neuen Leuten etwas vorsichtiger geworden zu sein. Auch diese Vorsicht kann auf eine antizipierte Stigmatisierung hindeuten.

Ich bin manchmal so ein bisschen verschlossen, obwohl ich bin ein offener Mensch. (...) Aber durch die Krankheit ist man schon so ein bisschen vorsichtiger geworden (9, 58–60).

Weiterhin wird berichtet, dass sich der/die Betroffene selbst beispielsweise im Arbeitsbereich unter Druck setzt, wobei Signale von außen durch die eigene Wahrnehmung beeinflusst seien und zu so einem Druck beitragen würden.

Das größere Problem ist der Arbeitsbereich. Da fällt es mir schwer, es zu verstecken. Wenn da dann was kommt z.B. du musst jetzt schneller arbeiten oder so, dann fühle ich mich gleich so unter Druck und denk: oh Gott, oh Gott, das ist weil... Also dann fängt das so an (...) das ist eher, dass ich mich selber unter Druck setze. Und dass die Leute dann Sachen sagen, die gar nicht irgendwie beabsichtigt sind oder so, die ich dann aufnehme und die mich dann triggern (10, 195–200).

An einer anderen Stelle berichtet der/die Betroffene, dass vieles von ihm/ihr selbst ausgehe und dementsprechend durch ihre eigene Wahrnehmung gelenkt werde.

Ich hab' dann gemerkt auch, dass viel in mir selbst drin ist. Wie ich meine Wahrnehmung lenke und was ich dann auch füttere. Ja, und was ich dann auch als Stigmatisierung wahrnehme oder was nicht (10, 389–391).

Ein/e InterviewteilnehmerIn berichtet, dass bei ihm/ihr das Problem der antizipierten Stigmatisierung nicht vorhanden sei, da er/sie sich selbst gar nicht als krank wahrnehme (7, 225).

10.4 Strukturelle Stigmatisierung

Die Betroffenen berichten über einige positive und negative Erfahrungen, die sich auf die strukturelle Ebene beziehen. Dabei geht es beispielsweise um ihre Erfahrungen mit Versorgungseinrichtungen, Ämtern und anderen strukturellen Gegebenheiten in unserer Gesellschaft.

10.4.1 Strukturelle Stigmatisierungserfahrungen

Die Ergebnisse der Interviews zum Thema *strukturelle Stigmatisierung* beziehen sich in erster Linie auf die Erfahrungen der Betroffenen mit bestimmten Ämtern und Institutionen sowie mit Akteuren des Gesundheitswesens. Ein/e StudienteilnehmerIn berichtet von einem Hausarzt, der sich auf die Bitte hin, ein Gutachten für eine Ausbildung zu erstellen, sehr demotivierend und verletzend verhalten habe (10, 9–14). Die Absolvierung der Ausbildung sei seitens des Arztes mit den folgenden Worten abgewertet worden.

Also mit Ihrer Erkrankung, also ich weiß nicht, ich finde es überhaupt nicht gut (10, 11–12).

Der/die Betroffene äußert sich zu diesem Ereignis rückblickend folgendermaßen.

Mittlerweile bin ich einfach nur wütend und denk, das darf der einfach nicht. Und das ist generell bei Ärzten, die dürfen einfach keine Bewertungen zeigen, zu jemandem, der auch eine psychische Erkrankung hat und der auch weiß, was das auslöst. Also dass da eine gewisse Vorsicht auch nötig ist (10, 63–65).

Weiterhin berichtet ein/e Betroffene/r von der Schwierigkeit, in einer fremden Stadt in einem schlechten Gesundheitszustand Hilfe zubekommen, da Patienten sich an ihrem eigenen Wohnsitz Hilfe suchen müssten. Der/die Betroffene hat z.B. in Mannheim die folgende Erfahrung gemacht:

Dort wollte ich mich einweisen lassen. Bei dem Einweisungsgespräch kam es mir so vor, als müsste ich mit offenen Pulsadern ankommen, um die Dringlichkeit meiner Bedürftigkeit zum Ausdruck zu bringen. Die Aussage des Arztes war, dass mich ja Personen begleitet haben und meine Bedürftigkeit deswegen nicht so groß ist. Sie dürfen mich auch nicht aufnehmen, da es eine Bestimmung gibt, dass man in einer Klinik des angegebenen Wohnsitzes Hilfe suchen muss. (...) Das ist ein ziemlich heftiges Gefühl für eine Hilfe nicht krank genug zu sein. Ich hatte zu dem Zeitpunkt keine Kraft, mich dagegen zu stellen (10, 442–457).

Der/die Betroffene hat in Hamburg dieselbe Erfahrung machen müssen, da es auch innerhalb Hamburgs eine solche Ortsgebundenheit gäbe. Dadurch sei der Zugang zu Hilfe für Betroffene sehr erschwert, was im folgenden Zitat deutlich wird.

Ich war von morgens 7:30 Uhr bis abends 19:00 Uhr unterwegs, um Hilfe zu bekommen. Und alles nur wegen diesen Zuständigkeitsbereichen (10, 487–488).

Ein/e andere/r Betroffene/r berichtet von seinem/ihrer eigenen Psychiater, dass dieser sich lediglich anhöre, was die Betroffenen zu erzählen haben, und dementsprechend Medikamente verschreibe. Die Verweigerung des Psychiaters, sich auf Gespräche mit den Betroffenen einzulassen, wird negativ bewertet:

...der Psychiater sagt zu mir, er ist nicht zum Reden da, er hört sich mein Leiden an und verschreibt mir Medikamente. Er sagt, das Ganze mit dem Reden will er nicht. (...) Manchmal wenn es mir schlecht ging, hätte ich das gerne gehabt, dass er so ein bisschen darauf eingeht oder seine Meinung einbringt, aber das ist bei meinem Psychiater nicht zu machen (8, 236–240).

In einem anderen Fall wird berichtet, dass der/die Betroffene aufgrund des Systems eine „gewisse Hassentwicklung“ (6, 115) bei sich selbst beobachtet habe. Hierbei wird auf den Amtsrichter verwiesen, der eine gewisse Macht über eine Person habe.

Und da merkt man, der hat eine Macht über einen, die ihm vom Prinzip her gar nicht zusteht (6, 124).

In diesem Fall, habe der/die Betroffene aufgrund der Tatsache, dass er/sie sich auf Beschluss des Amtsrichters in Betreuung befand, weitere darauffolgende Stigmatisierungserfahrungen machen müssen. Diesbezüglich berichtet er/sie von seinen/ihren Erfahrungen mit verschiedenen Banken.

...mein Konto war dann beeinflusst. In der (Name der Bank)² hat jemand über den Tresen gerufen: Da musst du aufpassen, der hat eine Betreuung. Also offen wurde das gesagt. Dasselbe habe ich bei der (Name der Bank) erfahren (6, 16–18).

Ein/e andere/r Betroffene/r berichtet von seinen/ihren Erfahrungen mit dem Versorgungsamt, in dem Behindertenausweise ausgestellt werden, folgendermaßen:

...dort, wo man diesen Behindertenschein beantragt, finde ich auch alle schlecht. Für die existiert diese Krankheit auch nicht. Weil die Prozentzahl, bevor ich die Bipolare Störung bekommen hab', war dieselbe wie danach (8, 244–247).

Weiterhin sei es schwierig für Betroffene, die kein Arbeitslosengeld II erhalten, an beratende und unterstützende Projekte zu dem Thema *Behinderung im Arbeitsleben* teilzunehmen. Solche Projekte seien zumindest sehr begrenzt für Betroffene zugänglich (10,

² Um eine Generalisierung auf Grundlage von Einzelerfahrungen zu vermeiden, wurden die Namen von bestimmten Institutionen wie Banken oder Krankenhäusern anonymisiert.

418–419). Weiterhin empfindet ein/e Betroffene/r die Gesellschaft allgemein als stigmatisierend, wodurch er/sie sich selbst als eine Last für das Gesundheitssystem wahrnehme.

Es kommt manchmal eher auf Berichte an, die zu hören sind, z.B. „Die Krankenkassen haben wenig Geld“. Wenn da solche Sachen kommen, dann denke ich gleich: Für die bin ich eine Last. Also dass ich gleich selber anfangen zu denken, ich nutze da vielleicht zu viel im Gesundheitssystem. Aber es ist eher die Gesellschaft, was ich eher als stigmatisierend auch erlebe (10, 232–236).

Diesbezüglich wird außerdem auf die gesellschaftlichen Erwartungen und Ansprüche Bezug genommen. Die Verinnerlichung dieser Ansprüche trägt dazu bei, dass der/die Betroffene bestimmte Hilfen nicht benötigen und für sich in Anspruch nehmen möchte. Diese Problematik wird in der folgenden Ausführung deutlich.

Bei mir ist das so, dass ich eine ganz bestimmte politische Meinung habe, und bei uns in der Gesellschaft wirkt es auf mich sehr wie eine Leistungsgesellschaft. Und gerade wenn ich mir Politiker anhöre, die sagen, man muss was leisten, dass ich mich da dann entfernt stigmatisiert fühle. (...) Also dieser Anspruch, den ich selber so in mir habe. Also ich gestehe es jedem anderen zu, dass er z.B. Arbeitslosengeld bekommt oder dass er Hilfe bekommt, aber ich will keine Hilfe brauchen. Ich will alles selber schaffen. Für mich war das ganz, ganz schwierig, jetzt Arbeitslosengeld zu beziehen und zu sagen, ich kann das auch in Anspruch nehmen. Also da ist es die Selbstakzeptanz, an der ich gerade ganz stark arbeite. Also mir selbst zu sagen: Ich darf das! Das ist in Ordnung! (10, 268–278).

Der/die Betroffene äußert sich weiterhin zu den Auswirkungen des vorherrschenden Gesellschaftsbildes und bringt zum Ausdruck, dass ihm/ihr der Umgang damit nicht einfach falle.

Aber dieses Gesellschaftsbild ist schon eine Sache, die mir sehr zu schaffen macht. Das muss ich schon sagen. Also wenn ich auch sehe, wie sich das bei Freunden gerade verändert. Dass die schon Kinder kriegen oder so, dass ich manchmal das Gefühl hab, das ist alles viel anstrengender für mich oder mit viel, viel mehr Gefahren verbunden. (...) Leistung, aber auch Familie oder keine Ahnung, dann das Haus, das Auto und fester Job und so. Also ich möchte das alles eigentlich gar nicht, aber trotzdem fällt es mir schwer, damit umzugehen, wenn ich das auch alles sehe (10, 397–404).

10.4.2 Positive Erfahrungen

Die Ergebnisse der Interviews zeigen auch einige positive Erfahrungen der Betroffenen mit den vorherrschenden strukturellen Gegebenheiten auf. So berichtet ein/e Betroffene/r, dass er/sie allgemein gute Erfahrungen mit Angehörigen des Gesundheitssystems gemacht habe (6, 108–109). Ein/e Betroffene/r berichtet von seinen/ihren positiven Erfahrungen folgendermaßen.

Ich war immer in (Name des Krankenhauses) und hab' mich da eigentlich immer sehr gut aufgehoben gefühlt. Ich fand auch immer mehrere Pfleger, männliche und weibliche, immer sehr, sehr nett und freundlich zu mir und lustig (7, 171–173).

Auch ein/e weitere/r Betroffene/r berichtet lediglich von positiven Erfahrungen mit Angehörigen des Gesundheitssystems und bringt seine/ihre Zufriedenheit mit der folgenden Aussage zum Ausdruck:

Ich werde vom (Name des Krankenhauses) betreut und kann jederzeit, wenn es mir ganz schlecht geht und ich gar nicht mehr aus dem Bett kommen kann, sofort dahin gehen. Und ich kann auch stationär ins Krankenhaus kommen. Also ich fühl' mich da immer sehr gut aufgehoben (9, 145–148).

Weiterhin äußert sich ein/e Betroffene/r zum sozialpsychiatrischen Dienst und macht deutlich, dass er/sie die Möglichkeit, dort längere Gespräche führen zu können, sowie die Qualität dieser Gespräche, sehr positiv bewertet (8, 233–236). Bei schlechtem Gesundheitszustand gäbe es neuerdings eine Einschränkung für die Ortszugehörigkeit. Die Betroffenen hätten nun die Möglichkeit, zu einer beliebigen Klinik zu gehen und würden nur dann zu der zugehörigen Sektorklinik gebracht, wenn kein freies Bett mehr vorhanden sei.

Der hat uns erzählt, dass die Kliniken, egal welchem Sektor Mensch angehört, einen aufnehmen müssen, wenn es Betten gibt. Wenn Mensch zwangseingewiesen wird, dann müssen die Patienten zum zugehörigen Sektor gebracht werden. Eine weitere Ausnahme gibt es: Jede Klinik muss in der psychiatrischen Abteilung ein Notfallbett für einen Menschen aus dem Sektor freihalten. Ich kann somit zu jeder Klinik gehen und werde nur dann zu meiner Sektorklinik gebracht, wenn es kein freies Bett mehr gibt (10, 493–500).

Auch im Hinblick auf das Arbeitsleben berichten die Betroffenen von positiven strukturbedingten Erfahrungen. Beispielsweise seien die Betroffenen durch einen Behindertenausweis, den sie vom Versorgungsamt ausgestellt bekommen können, besser vor einer Kündigung geschützt (8, 393–397). Zusätzlich hätten Betroffene die Möglichkeit, sich durch eine/n FallmanagerIn vom Jobcenter bei der Jobfindung unterstützen zu lassen. Dabei werde die genaue Lebenslage der Betroffenen in Betracht gezogen, welches als sehr hilfreich beschrieben wird (10, 431–435).

10.5 Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Da die befragten Betroffenen nicht viele negative Erfahrungen zu berichten hatten, gaben diese dementsprechend auch nur wenige Bewältigungsstrategien für den Umgang mit den verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen an. Die Bewältigungsstrategien und -ressourcen, die von den StudienteilnehmerInnen als hilfreich erachtet wurden, werden im Folgenden dargestellt.

Um Strategien und Ressourcen zur Bewältigung der öffentlichen Stigmatisierungserfahrungen zu empfehlen, sei zunächst das aktive Informieren von Arbeitskollegen über die

Krankheit sehr sinnvoll (8, 385–391). Weiterhin wird erklärt, dass ein offener Umgang mit der Krankheit im Arbeitsumfeld dazu beitrage, den Aufbau eines Lügenkonstrukts zu vermeiden, um bestimmte krankheitsbedingte Vorfälle zu erklären (8, 385–391). Auch bei engeren sozialen Kontakten wie die Familie sei die Wissensvermittlung über die Krankheit zu empfehlen. Dies wird durch die folgende Aussage ersichtlich.

In der direkten Familie hab' ich es versucht zu erklären und hab' auch immer wenn ich ein' Zettel hatte z.B. von der Selbsthilfegruppe oder etwas vom Internet weitergeleitet. Also dann haben sie das verstanden, dass das krankheitsmäßig etwas ist und haben dann auch aufgepasst... (8, 61–64).

Ein/e Betroffene/r berichtet, dass er/sie im Laufe der Zeit gelernt habe, damit umzugehen, wenn die Menschen aus Unwissenheit heraus etwas Negatives äußern.

...ich kann besser damit umgehen. Ich sage immer, die sollen da mal im Internet lesen, über die Bipolaren Störungen und sich da mal schlau machen, bevor sie eben halt so ein' Blödsinn erzählen... (9, 12–14).

Außerdem helfe es Betroffenen, die Stigmatisierung aus anderen Perspektiven zu betrachten und selbst zu begreifen, dass nicht alle Menschen die Situation der Betroffenen auf Anhieb verstehen können. Denn Betroffene könnten die Stigmatisierung unwirksam machen, indem sie Erklärungen für das Verhalten der Menschen finden. Im Folgenden beschreibt der/die Betroffene/r diesen Sachverhalt genauer.

Also jetzt gerade bin ich in der Therapie stark dran, damit umzugehen. Zu sagen: Ok, ich brauch' es auch nicht allen erklären. Also manche Leute können es auch nicht verstehen und dann muss ich aber nicht alles tun, damit sie es verstehen. Also ich kann denen vielleicht etwas erzählen oder so aber letztlich liegt das dann an den Personen. Also bei mir ist es ganz wichtig, mich abzugrenzen dann. Also irgendwelche Erklärungen zu finden und zu sagen: Ok, die haben vielleicht noch keine Erfahrungen damit (...) Die haben sich halt irgendwie ein Bild gemacht. Und für mich ist es wichtig, da auch eine Grenze zu ziehen. Also es objektiver zu betrachten, ich glaub' das ist es. Versuchen, eine Objektivität da rein zu kriegen. Also es dann auch nicht gleich als einen persönlichen Angriff zu betrachten (...) Also ich werde da schnell auch aggressiv. Und es ist wichtig, mich da einfach selber runterzuholen. Oder das ganze einfach von anderen Seiten zu betrachten. Das ist ein ganz großer Punkt bei mir. Da mach ich sehr viel in der Therapie, um andere Sichtweisen darauf zu bekommen (10, 242–256).

Zudem würden die eigenen Kompetenzen und das Wissen, welche Möglichkeiten in welcher Situation zur Verfügung stehen, eine bedeutende Ressource im Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen darstellen (6, 146–147). Denn der/die Betroffene habe es geschafft, durch das Einschalten eines Anwalts von der Betreuung, die ihm/ihr durch die Familie aufgezwungen wurde, wieder heraus zu kommen (6, 19–20).

Um Selbststigmatisierung zu vermeiden bzw. zu reduzieren, wird empfohlen, sich Wissen über die Krankheit anzueignen. Denn je mehr Wissen Betroffene über die Erkrankung

habe, desto geringer sei die Selbststigmatisierung (10, 321–322). Ein/e Betroffene/r berichtet, dass er/sie bei sich selbst grundsätzlich eine negative Erwartungshaltung in Bezug auf das soziale Umfeld wahrgenommen habe, welches auf die antizipierte Stigmatisierung hindeutet. Aus diesem Grund habe er/sie sich entschieden, die Erkrankung ganz offen handzuhaben, um damit diesen negativen Erwartungen entgegenzuwirken und zu durchbrechen. Diese offene Handhabung der Erkrankung im Arbeitsumfeld wird auch im Nachhinein als positiv bewertet (8, 351–353). Bei der strukturellen Stigmatisierung sei das Hinzuziehen von verschiedenen Fachleuten sehr hilfreich, wenn beispielsweise die Stigmatisierung von einem bestimmten Arzt oder einer bestimmten Institution ausgehe. Denn diese Fachleute können bei bestimmten strukturellen Schwierigkeiten eine bedeutende Ressource darstellen (10, 50–58). Außerdem macht ein/e StudienteilnehmerInnen deutlich, dass Betroffene sich immer gegen Anspielungen auf strukturelle Ebene wehren sollten. Dabei müsse allerdings in Kauf genommen werden, das Interesse der Öffentlichkeit zu erwecken, wenn beispielsweise eine Person mit einer bestimmten Position verklagt würde (6, 127–134). Weiterhin sei der/die EhepartnerIn bei der Bewältigung von verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen eine große Stütze. Dies beschreibt ein/e Betroffene/r folgendermaßen:

Ohne meine Frau wäre ich sowieso aufgeschmissen gewesen mit der Krankheit. Das wäre nicht gegangen (8, 257–258).

Zusätzlich tragen finanzielle Ressourcen und die damit einhergehende Möglichkeit, sich im Leben gewisse Annehmlichkeiten leisten zu können, zu einer besseren Bewältigung durch die/den Betroffene/n bei (8, 273–275).

10.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews geben Aufschluss über verschiedene Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen. Diese verschiedenen positiven wie auch negativen Erfahrungen der Betroffenen im Hinblick auf die verschiedenen Typen der Stigmatisierung werden im Folgenden zusammengefasst. Auch über die genannten Bewältigungsstrategien und -ressourcen wird ein Überblick gegeben.

Die Ergebnisse deuten auf ein negatives Bild von Menschen mit einer Bipolaren Störung hin. Denn in der Gesellschaft existiert eine allgemeine Angst vor den Betroffenen, so dass andere Menschen es als risikoreich wahrnehmen, überhaupt mit Betroffenen zusammenzutreffen, weil Betroffene nicht unter Kontrolle zu halten seien und möglicherweise etwas Schlimmes machen könnten. So komme es auch vor, dass Betroffene in der Öffentlichkeit falsche Aussagen über psychisch erkrankte Menschen hören, was Betroffene als eine Belastung empfinden, da sie sich persönlich angegriffen fühlen. Das negative Bild von

Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den Medien beeinflusst die Meinung darüber in der Öffentlichkeit. Schließlich werden in den Medien Betroffene fast nur im Zusammenhang mit Mord, Totschlag etc. erwähnt. Zusätzlich seien die Menschen allgemein sehr fokussiert auf körperliche Beschwerden, wobei sie psychischen Erkrankungen keinen besonderen Wert beimessen und teilweise Probleme damit haben, diese als Krankheit zu akzeptieren. Hinzu kommt, dass in der Gesellschaft kaum Wissen über Bipolare Störungen vorhanden sind und die Menschen insbesondere mit der manischen Phase der Erkrankung nichts anfangen können. Besonders starke Stigmatisierung werde in dörflichen Gemeinschaften erfahren, da dort die Anonymität nicht gewährleistet sei und allgemein viel über andere Menschen gesprochen werde. Betroffene berichten weiterhin von Verständnislosigkeit, die sie teilweise durch Familienmitglieder erfahren. Darüber hinaus werde Stigmatisierung durch Menschen, mit denen Betroffene eine enge Beziehung haben, als besonders verletzend empfunden. Außerdem wird von einem allgemein distanzierten Verhalten berichtet, das einige Bekannte aus dem Umfeld der Betroffenen an den Tag legten. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen Betroffene keinerlei negative Erfahrungen gemacht haben, wobei ihre negativste Erfahrung darin bestehe, dass jemand einfach nicht viel zu dem Thema sagen könne, weil die Person kein Wissen darüber habe.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin verschiedene Erfahrungen der Betroffenen mit dem Arbeitsumfeld. Während einige Betroffene die Erkrankung sehr offen handhaben und nur von geringen negativen Erfahrungen berichten, machen einige Betroffene auch sehr belastende Erfahrungen. Beispielsweise haben Betroffene den Eindruck, dass ihr Job ihnen nicht sicher sei und die Toleranz ihnen gegenüber eine Grenze habe. Weiterhin sei einem/einer Betroffenen zu verstehen gegeben worden, dass im Ehrenamt kein Kontakt zu Menschen mit einer psychischen Erkrankung gewünscht werde.

Den Ergebnissen zufolge machen Betroffene mit solchen Menschen positive Erfahrungen, die sich Wissen über die Erkrankung aneignen, Fragen stellen, selbst darüber recherchieren und dementsprechend gut über die Krankheit Bescheid wissen. Auch bei Menschen, die ein hohes Maß an Reflektion aufweisen oder bereits eine Bekanntschaft mit Betroffenen gemacht haben und dementsprechend Anhaltspunkte haben, machen Betroffene positive Erfahrungen. Zudem wird berichtet, dass Betroffene gute Erfahrungen machen, wenn sie eine gute Wahl von FreundInnen bereits vor ihrer Erkrankung getroffen haben. Allerdings habe auch die eigene Sichtweise der Betroffenen auf ihre Erkrankung einen Einfluss auf ihre Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld. Das Verständnis, das Betroffene bei Problemen ihrer Freunde/Freundinnen aufbringen, habe zudem einen Einfluss darauf, wie sich diese den Betroffenen gegenüber verhalten. Denn das, was sie von den Betroffenen erfahren, gäben sie auch zurück. In Bezug auf das Arbeitsumfeld wird berichtet,

dass bei einer selbstständigen Tätigkeit keinerlei Stigmatisierung im Arbeitsumfeld zu befürchten sei.

Die Betroffenen berichten von einer Reihe von positiven Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Beispielsweise haben einige Betroffene von der Familie, der/dem LebenspartnerIn sowie von engen FreundInnen einen großen Rückhalt und viel Unterstützung erfahren. Die Ergebnisse deuten sogar darauf hin, dass sich die Beziehung zu FreundInnen durch die Erkrankung teilweise intensiviert und verbessert habe. Auch im Arbeitsbereich gibt es positive Erfahrungsberichte von einigen Betroffenen. Denn diese haben von ihrem sozialen Arbeitsumfeld sehr viel Offenheit erfahren und durch die Offenlegung der Erkrankung Vorteile im Arbeitsumfeld wahrgenommen.

Betroffene berichten von einigen Selbststigmatisierungserfahrungen insbesondere zu Beginn ihrer Erkrankung, wobei sich dies im Laufe der Zeit reduziere. Dazu gehört, dass Betroffene sich zu Beginn der Erkrankung bestimmte Dinge einfach nicht getraut hätten oder sich für ihre Erkrankung schämten. Zudem hänge die Selbststigmatisierung davon ab, wie vordergründig eine kranke Phase sei. Denn je vordergründiger eine akute Phase, desto höher die Selbststigmatisierung. Außerdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Betroffene die Meinungen von der Gesellschaft übernehmen und beispielsweise negative Ausdrücke ebenfalls in ihrem Sprachgebrauch anwenden. Zudem zeigen die Ergebnisse einige positive Erfahrungen der Betroffenen im Hinblick auf ihr Selbstbild mit der Erkrankung. So versuchen Betroffene teilweise eine positive Sichtweise auf die Erkrankung zu bekommen und in der Sache einen Sinn zu erkennen, was ein gutes Gefühl bei ihnen auslöse. Außerdem habe die Erkrankung dazu verholfen, die Eigensicht zu weiten und zu öffnen. Denn es sei ihnen durch die durch die Erkrankung ermöglicht worden, Eigenschaften bei sich zu sehen und zu entdecken, die ohne die Erkrankung nicht ersichtlich waren. Zudem geben Betroffene teilweise an, sich keineswegs aufgrund der Erkrankung zu schämen. Sich selbst stigmatisieren würden sie nämlich nur dann, wenn sie auch eine Stigmatisierung von der Außenwelt erfahren und wahrnehmen.

Betroffene berichten zudem von einigen antizipierten Stigmatisierungserfahrungen. So nehmen sie teilweise an, dass ihre Freunde/Freundinnen u.a. durch die Einflussnahme der negativen Berichte in den Medien stigmatisierendes Verhalten an den Tag legten, wenn sich die Gelegenheit dazu böte. Beispielsweise gehen Betroffene davon aus, dass sie im Falle eines Streits mit FreundInnen aufgrund der Erkrankung die Schuld zugewiesen bekämen. Auch die erhöhte Verslossenheit und Vorsicht der Betroffenen im Umgang mit neuen Leuten, welches als eine Folge der Erkrankung betrachtet wird, kann auf eine antizipierte Stigmatisierung hindeuten. Weiterhin zeigen die Ergebnisse auf, dass im Hinblick auf die Stigmatisierung vieles von der betroffenen Person selbst ausgehe und die selektierte eigene Wahrnehmung eine besondere Rolle dabei spiele. Beispielsweise wür-

den im Arbeitsbereich bestimmte Signale als Druckimpulse wahrgenommen, da Betroffene ihre Leistung direkt mit ihrer Erkrankung assoziieren, wobei es von außen möglicherweise gar nicht so beabsichtigt gewesen sei. Außerdem spiele die Frage, inwiefern Betroffene sich selbst als krank wahrnehmen, eine essentielle Rolle bei der antizipierten Stigmatisierung. Wenn Betroffene sich selbst gar nicht so sehr als krank wahrnehmen, sei eine antizipierte Stigmatisierung folglich nicht der Fall.

Die Betroffenen berichten über einige strukturelle Stigmatisierungserfahrungen mit bestimmten Ämtern, Institutionen und Akteuren des Gesundheitssystems. So komme es z.B. vor, dass Ärzte demotivierende und verletzende Aussagen machen, ohne sich über den Einfluss ihrer Aussagen auf Betroffene im Klaren zu sein. Zudem gebe es PsychiaterInnen, die sich bei ihrer Arbeit lediglich auf Zuhören und das Verschreiben von Medikamenten fokussierten und keine Bereitschaft aufzeigten, ein Gespräch mit den Betroffenen zu führen. Weiterhin wird auf die Schwierigkeit verwiesen, außerhalb des angegebenen Wohnsitzes stationäre Hilfe zu erhalten. Neuerdings gebe es jedoch eine Lockerung für diese Regelung. Betroffene haben nun die Möglichkeit, zu einer beliebigen Klinik zu gehen und würden nur dann zur zugehörigen Sektorklinik gebracht, wenn in der Wunschklinik kein freies Bett vorhanden sei. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass allein durch die Tatsache, sich in einer Betreuung zu befinden, zusätzliche Stigmatisierungserfahrungen folgen können. Des Weiteren gebe es nur eine begrenzte Zahl an beratenden und unterstützenden Projekten zum Thema *Behinderung im Arbeitsleben* für Betroffene, die kein Arbeitslosengeld beanspruchten. Auch das allgemeine gesellschaftliche Umfeld wird von Betroffenen als stigmatisierend empfunden. Denn die gesellschaftlichen Erwartungen und Ansprüche an die Menschen tragen dazu bei, dass Betroffene sich als eine Last für das Gesundheitssystem wahrnehmen, was ihnen die Selbstakzeptanz erschwere. Positiv bewertet wird jedoch die Möglichkeit, sich durch die Beschaffung eines Behindertenausweises vor einer Kündigung schützen zu können. Auch haben Betroffene die Möglichkeit, sich durch eine/n FallmanagerIn vom Jobcenter bei der Arbeitsplatzsuche unterstützen zu lassen, wobei die genaue Lebenslage der Betroffenen berücksichtigt werden könne.

Die Betroffenen geben einige hilfreichen Bewältigungsstrategien und -ressourcen im Hinblick auf ihre ganz persönlichen Stigmatisierungserfahrungen an. Da die Ergebnisse der Interviews aufzeigen, dass die Befragten nur wenige negative Erfahrungen und daneben viele positive Erfahrungen gemacht haben, wurden dementsprechend nur wenige Bewältigungsstrategien und -ressourcen benannt. Bei der öffentlichen Stigmatisierung sei das aktive Informieren des sozialen Umfelds über die Erkrankung und die Vermittlung von Wissen weiterzuempfehlen. Außerdem könne ein offener Umgang mit der Erkrankung im Arbeitsumfeld dazu beitragen, den Aufbau eines Lügenkonstrukts bei Erklärungen von

krankheitsbedingten Vorfällen zu vermeiden. Auch sei es für Betroffene hilfreich, das Stigmatisierungsverhalten ihrer Mitmenschen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und zu berücksichtigen, dass nicht unbedingt alle Menschen die Situation der Betroffenen auf Anhieb verstehen können. Solche Erklärungen für das Verhalten der Mitmenschen zu finden, helfe Betroffenen besser mit der Stigmatisierung umzugehen. Betroffene stellen weiterhin fest, dass das Aneignen von Wissen über die eigene Krankheit, die Selbststigmatisierung reduziere. Bei der Überwindung der antizipierten Stigmatisierung helfe ein sehr offener Umgang mit der Erkrankung im sozialen Umfeld. Denn diese Offenheit durchbreche die negative Erwartungshaltung, zu der Betroffene tendieren. Wenn eine strukturelle Stigmatisierung beispielsweise von einem bestimmten Arzt ausgehe, helfe das Hinzuziehen von zusätzlichen Fachleuten, um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Allgemein wird Betroffenen empfohlen, aktiv gegen strukturelle Stigmatisierung vorzugehen. Zusätzlich sei der/die EhepartnerIn bei der Bewältigung von verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen eine große Stütze für Betroffene. Auch finanzielle Ressourcen würden viele Möglichkeiten für Annehmlichkeiten im Leben eröffnen und damit zu einem besseren Umgang mit der Stigmatisierung beitragen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass insgesamt relativ wenige negative Erfahrungen durch die StudienteilnehmerInnen geäußert werden und einige Betroffene auch ausschließlich positive Erfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld gemacht haben.

TEIL III: DISKUSSION

Im folgenden Teil der Arbeit werden die Studienergebnisse der ExpertInneninterviews und der problemzentrierten Interviews miteinander verknüpft und diskutiert. Zudem wird in einem Ausblick eine Empfehlung für die zukünftige Forschung zu dieser Thematik gegeben. Auch die Limitationen der vorliegenden Arbeit werden in diesem Teil dargelegt und diskutiert.

11 Ergebnisdiskussion

Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews wie auch die persönlichen Erfahrungsberichte aus den problemzentrierten Interviews deuten darauf hin, das Stigma ein Thema ist, dem in unserer Gesellschaft noch immer zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die StudienteilnehmerInnen haben den Eindruck, dass psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft nur wenig Anerkennung und Akzeptanz entgegengebracht wird. So versteht jeder, dass jemand aufgrund eines gebrochenen Beines ins Krankenhaus kommt, wohingegen nur wenige Menschen Verständnis zeigen, wenn Betroffene aufgrund einer De-

pression eingewiesen werden. Auch das Wissen über die verschiedenen psychischen Erkrankungen ist vergleichsmäßig gering. Insbesondere die Bipolare Störung sei sehr unbekannt in unserer Gesellschaft und die Menschen würden überwiegend kein Wissen über die Erkrankung haben.

Diesbezüglich besteht Einigkeit über die Rolle der Medien bei der Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Die Studienergebnisse von Michalak et al. (2011), die im Kapitel zum aktuellen Forschungsstand (Kap.4) dargelegt wurden, machen deutlich, dass die negative Medienrepräsentation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zum Fortbestehen ihrer Stigmatisierung beiträgt. Das negative Bild über Menschen mit einer Bipolaren Störung in unserer Gesellschaft führt sogar dazu, dass Menschen Angst vor Betroffenen haben. So bestätigen auch andere Studien wie die von Suto et al. (2012) oder Brohan et al. (2010) die Belastung von Betroffenen durch die negativen Einstellungen des sozialen Umfelds.

Die hier vorliegenden Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Angst der Menschen vor Betroffenen auf ihre Unwissenheit über Bipolare Störungen zurückgeführt werden kann. Denn Betroffene machen die Erfahrung, dass nach dem Erhalt von Informationen und nach der Herstellung eines Kontakts zu Betroffenen eine Veränderung in der Sichtweise einiger Menschen zu beobachten ist. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass ein aktives Informieren des sozialen Umfelds über die Krankheit eine effektive Vorgehensweise sein kann, um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Das aktive Informieren des sozialen Umfelds kann Betroffenen also empfohlen werden. Allerdings kann es auch sehr belastend und nervenaufreibend für Betroffene sein, gegen die Unwissenheit der Menschen vorzugehen, weil Betroffene die Erfahrung machen, dass nicht jede/r das vermittelte Wissen auf Anhieb verstehen kann oder anzunehmen bereit ist. Denn letztendlich liegt es an den jeweiligen Personen selbst. Die Wissensvermittlung sowie die Entstigmatisierung im Allgemeinen stellt jedoch nicht die Aufgabe der Betroffenen dar und muss auf einer höheren gesellschaftlichen und strukturellen Ebene geschehen, um von Grund auf und flächendeckend Stigmatisierung zu bekämpfen. Beispielsweise könnte der Stigmatisierung durch aufklärende Medienberichterstattungen vorgebeugt werden. Diese Last muss also von der Gesellschaft getragen werden und nicht nur von einzelnen Individuen, wobei die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung ohnehin nur beschränkt die Möglichkeit und Kraft dazu haben.

Eine Angelegenheit, die Betroffene oft beschäftigt, ist die Frage, ob sie ihrem Arbeitsumfeld ihre Krankheit offenbaren sollten oder nicht. Durch die Studienergebnisse werden einige Vor- und Nachteile der Preisgabe ihrer Erkrankung ersichtlich, die Betroffene bei

ihrer Entscheidung berücksichtigen sollten. Ein wesentlicher Vorteil eines offenen Umgangs mit der Erkrankung im Arbeitsumfeld besteht darin, dass der Aufbau eines Lügenkonstrukts bei krankheitsbedingten Vorfällen vermieden wird. Zusätzlich kann dadurch die antizipierte Stigmatisierung reduziert werden, wenn Betroffene nach der Preisgabe ihrer Erkrankung positive Erfahrungen mit ihrem Arbeitsumfeld machen. So kann die Preisgabe beispielsweise dazu beitragen, dass die Tätigkeiten der Betroffenen gemeinsam mit dem Arbeitgeber an ihre Umstände angepasst werden können und möglichen Gefahren von vornherein vorgebeugt werden kann. Es kann somit durchaus vorkommen, dass die Preisgabe der Erkrankung bestimmte Vorteile für Betroffene mit sich bringt, da Unternehmen bspw. eine steuerliche Bevorzugung genießen, wenn sie Menschen mit einer Behinderung beschäftigen. Nichtsdestotrotz lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass Betroffene ihre häufigsten Stigmatisierungserfahrungen im Arbeitsumfeld machen. Dies steht zudem mit den Studienergebnissen von Michalak et al. (2007) im Einklang. Aus diesem Grund sollten Betroffene bei der Preisgabe ihrer Erkrankung durchaus auch damit rechnen, dass negative Erfahrungen folgen könnten. Es erfordert allerdings eine starke Widerstandskraft der Betroffenen, um mit den negativen Erfahrungen umgehen zu können. Angesichts der Tatsache, dass die Ergebnisse gleichzeitig auf einen Bruch im Selbstbild der Betroffenen aufgrund der Erkrankung hindeuten, ist es möglicherweise zu ihrem Besten, wenn sie ihre Erkrankung in ihrem Arbeitsumfeld für sich behalten. Auch die ExpertInnen sind der Ansicht, dass es Betroffenen oft besser damit geht, wenn sie ihre Krankheit im Arbeitsumfeld verschweigen. Letzten Endes müssen Betroffene jedoch unter Berücksichtigung ihrer konkreten Umstände individuelle Entscheidungen treffen.

Als besonders belastend scheinen Betroffene eine unfreiwillige Offenbarung ihrer Krankheit zu empfinden, wenn beispielsweise die ArbeitskollegInnen sie in einem manischen Zustand erleben. Diesbezüglich könnte man überlegen, inwiefern Betroffene im Arbeitsleben zusätzlich unterstützt werden könnten. Ein Experte/eine Expertin empfiehlt eine Begleitung der Betroffenen durch einen Fachmann/eine Fachfrau zurück in den Beruf, der als eine Integrationshilfe für Betroffene fungieren könnte. Dies könnte auf die Realisierbarkeit geprüft werden und den Betroffenen ggf. angeboten werden, so dass sie darauf zurückgreifen könnten, wenn sie dies für sich als hilfreich und angemessen erachten.

Die Ergebnisse geben einige hilfreiche Hinweise zur Bewältigung von Stigmatisierungserfahrungen, jedoch scheint die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe eine besondere Rolle bei der Bewältigung verschiedener Stigmatisierungserfahrungen zu spielen. Der Kontakt mit anderen Betroffenen, die gegenseitige Unterstützung sowie der Austausch in einem geschützten Rahmen ist also sehr wertvoll für Betroffene und sollte möglichst gefördert werden. Menschen mit Bipolaren Störungen sollten also zur Teilnahme an einer Selbsthil-

fegruppe motiviert und die nötigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um ggf. selbst neue Selbsthilfegruppen zu gründen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene auch teilweise zu der Erkenntnis kommen, dass bei der Stigmatisierung vieles auch von den Betroffenen selbst ausgeht. Hier darf aber nicht vergessen werden, dass einerseits die Signale von der Außenwelt zur Selbststigmatisierung oder antizipierten Stigmatisierung beitragen können. Andererseits kann aber eine von den Betroffenen selbst ausgehende Stigmatisierung und negative Erwartungshaltung sowie die Art und Weise, wie Betroffene sich selbst wahrnehmen, auch einen Einfluss darauf nehmen, wie die Mitmenschen sie sehen und sich ihnen gegenüber verhalten. Dies lässt sich gut als eine Wechselbeziehung zwischen den Eindrücken der Betroffenen von außen und der eigenen Sichtweise auf die Erkrankung beschreiben. Diese Wechselbeziehung verdeutlicht, dass die Betroffenen der Stigmatisierung nicht machtlos ausgeliefert sind. Wenn sie also ihre eigene Sichtweise auf ihre Erkrankung verändern und sich selbst mit der Erkrankung annehmen können, spiegelt sich dies teilweise auch im Verhalten der Mitmenschen ihnen gegenüber wider. Auch wenn die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die antizipierte Stigmatisierung nicht einfach zu bewältigen ist, kann es sich dennoch für Betroffene lohnen, einen Schritt in diese Richtung zu wagen. Beispielhaft kann hier auf einige Betroffene hingewiesen werden, die durch eine sehr offene Umgangsweise mit ihrer Erkrankung schöne und positive Erfahrungen mit FreundInnen oder Bekannten gemacht haben. So kann es bewirken, dass Freundschaften sich weiter festigen, Familien weiter zusammenwachsen und die Beziehungen sich durch die gemeinsame Überwindung der Erkrankung weiter intensivieren. Auch Michalak et al. (2011) messen einer positiven Sichtweise der Betroffenen auf ihre Erkrankung und einer Selbstwahrnehmung, die nicht allein durch die Erkrankung geprägt ist, einen besonderen Wert bei, um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Auch an dieser Stelle sei auf die Wirkung der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hingewiesen, denn die Teilnahme an ihr geht mit einem positiven Effekt auf die Selbstwahrnehmung der Betroffenen einher.

Wie zu Anfang der Arbeit beschrieben wurde, schafft die Gesellschaft die Mittel zur Kategorisierung von Individuen. Es reicht meist ein erster Anblick eines/einer Fremden, um sich eine Vorstellung von seinen Eigenschaften und seiner sozialen Identität zu verschaffen. Wir antizipieren demnach also bestimmte Charaktereigenschaften und haben ein Bild davon, welchem sozialen Status diese Person angehört (Goffman 1967: 9f.). Diese zugeschriebenen Eigenschaften können jedoch von weniger wünschenswerter Art sein. Eine gewöhnliche Person kann beispielsweise als schlecht, gefährlich oder schwach eingestuft werden. Dabei wird das Individuum zu einer befleckten und beeinträchtigten Person herabgemindert. Diese ersten Einschätzungen bezeichnet Goffman (ebd.: 10) als „virtuelle

soziale Identität“. Diejenigen Kategorien und Attribute hingegen, die dem Individuum wahrheitsgemäß zugeschrieben werden können, bezeichnet er als „aktuelle soziale Identität“ (ebd.) Es ist von großer Wichtigkeit sich über diesen Sachverhalt und diese Differenzierung im Klaren zu sein und zwischen der „virtuellen sozialen Identität“ und der „aktuellen sozialen Identität“ zu unterscheiden. Denn es wäre fatal, die erste Einschätzung einer Person als wahrhaftig zu betrachten und sich dieser Unterscheidung nicht bewusst zu sein. Die erste Einschätzung einer Person darf also keineswegs unser Umgang mit unseren Mitmenschen beeinflussen oder gar zu einer Diskriminierung beitragen. Dafür ist ein reflektierter Umgang mit der eigenen Wahrnehmung von großer Wichtigkeit. Es ist zwar eine menschliche Eigenschaft, Mitmenschen zu kategorisieren und anhand der zur Verfügung stehenden Informationen zu beurteilen, jedoch sei an dieser Stelle auf eine Empfehlung von Gudykunst (2004: 163) verwiesen, der zufolge es möglich sein sollte, die vorgefertigten Denkmuster und konstruierten Kategorien hin und wieder zu durchbrechen und neu zu formen. Individuen sollten also die Bereitschaft haben, ihre Informationen zu hinterfragen, ihre Ansichten zu überdenken und sich dadurch menschlich weiterzuentwickeln, um ein harmonisches Miteinander zu ermöglichen. Dies gilt nicht nur in Bezug auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung, sondern auch für andere soziale Gruppen, die in der Gesellschaft aufgrund mangelnden Wissens durch eine stigmatisierende Brille betrachtet werden. Denn letztendlich beruft sich ein stigmatisierendes Verhalten einem Menschen gegenüber lediglich auf die von der Gesellschaft sozialisierten Ansichten und Überzeugungen, die teilweise verinnerlicht sind. Auf Grundlage dieser Überzeugungen agieren Menschen miteinander. Eine reflektierte Denkweise und ein gewisser Abstand von diesen verinnerlichteten Ansichten kann zu einem harmonischen Miteinander in unserer Gesellschaft beitragen.

12 Ausblick

Die vorliegende Forschungsarbeit gibt einen Einblick in die verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen von Menschen mit Bipolaren Störungen sowie Anregungen zur Bewältigung dieser Erfahrungen. Die Ergebnisse erlauben jedoch keine repräsentativen Aussagen und lassen sich aufgrund des qualitativen Charakters der Studie nicht auf die Gesamtheit der Betroffenen mit Bipolaren Störungen übertragen. Auf Grundlage dieser Studienergebnisse kann aber in einem weiteren Schritt eine quantitative Studie durchgeführt werden. Dabei dienen die vorliegenden Ergebnisse als Basis für die Entwicklung von Hypothesen. Anhand einer solchen quantitativen Studie können dann repräsentative Aussagen über die Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Bipolaren Störungen getroffen werden. Hierbei kann beispielsweise quantitativ erhoben

werden, welche Erfahrungen Betroffene mit der Preisgabe ihrer Erkrankung im Arbeitsumfeld machen. Dadurch könnten bestimmte Umstände und Gegebenheiten herausgearbeitet und analysiert werden, die zu positiven Erfahrungen im Arbeitsumfeld beitragen. Auf Grundlage dieser quantitativen Ergebnisse können dann genaue Handlungsempfehlungen gegeben werden.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse die besondere Schwierigkeit auf, mit der antizipierten Stigmatisierung umzugehen bzw. diese zu vermeiden. Im Rahmen dieser Arbeit konnten diesbezüglich nur begrenzt Bewältigungsstrategien herausgearbeitet werden. In einem größeren Rahmen sollte insbesondere diese Thematik genauer behandelt werden, um den Betroffenen hilfreiche Anregungen für den Umgang mit dieser Problematik geben zu können.

Die Ergebnisse lassen zudem darauf schließen, dass der zeitliche Faktor bei der Erfassung von Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien eine wesentliche Rolle spielt. Wie lange die Betroffenen also schon unter der Bipolaren Störung leiden und zu welchem Zeitpunkt sie interviewt werden, kann möglicherweise einen Einfluss darauf haben, welche konkreten Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien berichtet werden. Auch die Häufigkeit von bestimmten Erfahrungen sowie die Selbstwahrnehmung der Betroffenen kann sich abhängig vom Befragungszeitpunkt sehr unterscheiden. Insbesondere bei der Selbststigmatisierung wird dies ersichtlich, da die Ergebnisse darauf hindeuten, dass Betroffene zu Beginn ihrer Erkrankung eine hohe Selbststigmatisierung erfahren, die sich im Laufe der Zeit verringert. Dieser Aspekt sollte in der zukünftigen Forschung in jedem Fall berücksichtigt und genauer analysiert werden.

Trotzdem können die vorliegenden Studienergebnisse einige hilfreiche Anregungen für Betroffene im Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen bieten, die sie unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Umstände anwenden können. Aus diesem Grund werden die Studienergebnisse Betroffenen beispielsweise in Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt.

13 Limitationen

Eine häufig geäußerte Kritik an qualitativer Forschung, die auch in dieser Arbeit erwähnt werden sollte, ist das sogenannte Problem der „selektiven Plausibilisierung“. Hierbei wird kritisiert, dass die Ergebnisse lediglich durch das Darstellen von Textstellen, welche von den jeweiligen Forschenden für wichtig oder typisch erachtet werden, begründet werden. Damit geht einher, dass einige Textpassagen unbegründet ausgeklammert werden und

die Umgangsweise mit diesen häufig im Dunkeln bleibt (Flick 2007: 488). Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit darauf geachtet wurde, möglichst alle Textpassagen, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen könnten, in die Arbeit integriert wurden. Davon ausgenommen sind Wiederholungen derselben Aussagen, wobei dann die aussagekräftigsten Textpassagen ausgewählt wurden. Dies stellt dennoch eine Problematik dar, die auch hier nicht ignoriert werden darf.

Wie bereits erwähnt, erlauben die Studienergebnisse dieser qualitativen Arbeit keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Betroffenen einer Bipolaren Störung. Die zehn durchgeführten Interviews sind demnach nicht repräsentativ und Verallgemeinerungen auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse sind mit Vorsicht zu betrachten und sollten möglichst vermieden werden. Allerdings wird die Aussagekraft der Ergebnisse durch die methodische Kombination von problemzentrierten Interviews und ExpertInneninterviews gestützt. Dadurch, dass die ExpertInnen durch die Leitung einer Selbsthilfegruppe bzw. durch die Tätigkeit als PeerberaterInnen Kenntnisse über die Erfahrungen von vielen Betroffenen mitbringen, konnte ein breiteres Spektrum an Erfahrungen von Betroffenen in die Arbeit einfließen.

Weiterhin könnten die Ergebnisse der Arbeit möglicherweise durch die Auswahl der Studienteilnehmenden beeinflusst sein. Denn bei den TeilnehmerInnen der problemzentrierten Interviews handelt es sich ausschließlich um Betroffene, die in einer Selbsthilfegruppe eingebunden sind. Auch die Erfahrungsberichte der ExpertInnen stützen sich überwiegend auf die Erfahrungen von Betroffenen, die in einer Selbsthilfegruppe involviert sind. Dies könnte eine Positivauswahl darstellen, da diejenigen Betroffenen, die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, möglicherweise eher die Bereitschaft zum aktiven Umgang mit ihrer Erkrankung pflegen. Auch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zur Bewältigung der verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen beiträgt. Also könnten sich sowohl die Ergebnisse im Hinblick auf die Stigmatisierungserfahrungen als auch in Bezug auf die Bewältigungsstrategien und -ressourcen bei Betroffenen außerhalb einer Selbsthilfegruppe von den vorliegenden Studienergebnissen unterscheiden.

Auch darf nicht vergessen werden, dass die Forschende diese Arbeit zum Abschluss eines Masterstudiums ablegt und sich ihre Erfahrungen in der Forschung auf die angeeigneten wissenschaftlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen des Studiums beschränken. Außerdem ist ihr Wissen über Bipolare Störungen begrenzt, was bei der Durchführung der Studie eine Rolle gespielt haben kann. Allerdings wurde u.a. durch die Teilnahme an einem Psychose-Seminar sowie an einer Gruppensitzung einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Bipolaren Störungen versucht, diese Wissenslücke für die Durchführung der Studie zu reduzieren.

14 Literaturverzeichnis

- Brohan, Elaine/Gauci, Dolores/Sartorius, Norman/Thornicroft, Graham** (2010): *Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study*. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2010.09.001.
- DGBS (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.)** (2016): *Bipolare Störungen – Eine Erkrankung mit zwei Gesichtern. Eine Informationsschrift der Deutschen Gesellschaft für Bipolaren Störungen e.V. für Patienten und Angehörige*. Abrufbar über:
http://dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/DGBS_Materialien/DGBS_Informationen_zur_Erkrankung_2016.pdf. [Zugriff: 21.07.2016].
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten** (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg. Abrufbar über: www.audiotranskription.de/praxisbuch. [Zugriff: 31.11.2016].
- Eggers, Christian** (2011): *Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliches Verlagsgesellschaft.
- Flick, Uwe** (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit** (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*, 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman Erving** (1967) *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, 21. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Gudykunst, William Bill** (2004): *Bridging Differences: Effective Intergroup Communication*. 4. Auflage, California: Sage.
- Hillmann, Karl H.** (2007): *Wörterbuch der Soziologie*; 5. Aufl., Stuttgart: Alfred Körner Verlag.
- Hohmeier, Jürgen** (1975): Stigmatisierung als Definitionsprozeß, In: Brusten, Manfred/Hohmeier, Jürgen (Hrsg.): *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*, Darmstadt: Herman Luchterhand Verlag, S. 5–24.
- Lamnek, Siegfried** (2010): *Qualitative Sozialforschung*, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag.

- Lauber, Christoph/Rössler, Wulf** (2005): Empowerment und Stigma, In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans J./Rössler, Wulf (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lazowski, Lauren/Koller, Michael/Stuart, Helen/Milev, Roumen** (2012): Stigma and Discrimination in People Suffering with a Mood Disorder: A Cross-Sectional Study. Abrufbar über: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2012/724848/>. [Zugriff: 19.09.2016].
- Lichtman, Marilyn** (2013): *Qualitative Research in Education. A User's Guide*, 3. Aufl., Sage: USA.
- Link, Bruce G./Phelan, Jo C.** (2001): Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, S. 363-385.
- Mayring, Philipp** (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. aktualisierte und überarbeitete Aufl., Weinheim: Beltz.
- Michalak, Erin/Livingston, James D./Hole, Rachelle/Suto, Melinda/Hale, Sandra/Candace, Haddock** (2011): It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*. 7 (3) S. 209–224.
- Michalak, Erin E./Yatham, Lakshmi N./Maxwell Victoria/Hale, Sandra/Lam, Raymond W.** (2007): The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis, *Bipolar Disord*, 9, S. 126–143.
- Mileva, Viktoria R./Vázquez, Gustavo H./Milev, Roumen** (2013): Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, S. 31–40.
- Mittal, Dinesh/Sullivan, Greer/Chekuri, Lakshminarayana/Allee, Elise/Corrigan, Patrick W.** (2012): Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature, *Psychiatric Services*, 63 (10).
- Rüsch, Nicolas/Berger, Mathias/Finzen, Asmus/Angemeyer, Matthias C.** (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutischen Konsequenzen. In: Berger, Mathias (Hrsg.) *Psychiatrische Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronische Zusatzkapital Stigma*.

Rüesch, Peter (2005): *Soziale Netzwerke und Lebensqualität*, In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans J./Rössler, Wulf (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Suto, Melinda/Livingston, James D./Hole, Rachelle/Lapsley, Sara/Hinshaw, Stephen P./Hale, Sandra/Michalak, Erin E. (2012): Stigma Shrinks My Bubble: A Qualitative Study of Understandings and Experiences of Stigma and Bipolar Disorder. *Stigma Research and Action*, 2 (2), 85–92.

Zäske, Harald/Baumann, Anja/Gaebel, Wolfgang (2005): Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung, In: Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans J./Rössler, Wulf (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

15 Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 28.06.2017

TEIL IV: ANHANG

16 Anhang

16.1 Stellungnahme des CCG



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

HAW Hamburg • CCG • Alexandertalle 1 • D-20099 Hamburg

Frau Madina Nazari



20.09.2016

Ihr Antrag auf Stellungnahme zum Projekt

Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer psychischen Erkrankung vom 11.7.2016 mit Ergänzungen vom 25.8.2016 und 7.9.2016

Sehr geehrte AntragstellerInnen,

Das o.g. Projekt wurde von der Ethikkommission des CCG begutachtet.

Das Vorhaben wird als „ethisch unbedenklich“ bewertet. Das Projekt kann, wie derzeit geplant, durchgeführt werden.

Im Fall unvorhergesehener unerwünschter Ereignisse bittet die Kommission um unverzügliche Benachrichtigung.

Im Falle einer Veröffentlichung bittet die Ethikkommission, eine elektronische Kopie der Publikation unaufgefordert einzureichen (Gilt nicht für Abschluss- und Qualifikationsarbeiten).

Wir wünschen für das geplante Projekt viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Vorsitzender der CCG-Ethikkommission



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

16.2 Informationsbogen

**Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften Hamburg**
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg



Aufklärungs-/Informationsbogen für die StudienteilnehmerInnen

Forschungsprojekt:

Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung

Durchführende Institution:

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)

Hauptverantwortliche Forscherin:

Madina Nazari

Ziel und Verlauf der Studie:

Das Forschungsprojekt, das im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wird, zielt darauf ab, einen vertieften Einblick in die Stigmatisierungserfahrungen von Menschen mit einer Bipolaren Störung zu geben. Dabei soll sowohl die Problematik der öffentlichen Stigmatisierung als auch der Selbststigmatisierung analysiert werden. Weiterhin sollen die Bewältigungsstrategien von Betroffenen erforscht werden, um unterstützende und förderliche Strategien zu identifizieren. In diesem Rahmen werden Interviews durchgeführt, die ca. 40 Minuten in Anspruch nehmen. Mit dem Einverständnis der InterviewteilnehmerInnen werden die Gespräche mit dem Tonband aufgezeichnet.

Die Studienergebnisse, insbesondere die hilfreichen Bewältigungsstrategien, können anderen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen.

Die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern in der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ (verschlüsselt) für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Daten werden im Archiv der HAW Hamburg aufbewahrt. Dort werden die Daten mit Informationen, wie dem gewünschten Löschezitpunkt, vermerkt. Somit wird sichergestellt, dass diese nach zehn Jahren rechtmäßig gelöscht werden.

Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung der StudienteilnehmerInnen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten der StudienteilnehmerInnen ermöglicht, hat ausschließlich die hauptverantwortliche Forscherin.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Forscherin erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Die StudienteilnehmerInnen haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert zu werden.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert².

Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt.

Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)



16.3 Einverständniserklärung

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Lohbrügger Kirchstraße 65

21033 Hamburg

Studierende: Madina Nazari

E-Mail: madina.nazari@haw-hamburg.de

Einverständniserklärung zum Interview und zur Datenübergabe

Forschungsprojekt:

Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Bipolaren Störung

Durchführende Institution:

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)

Hauptverantwortliche Forscherin:

Madina Nazari

Die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern in der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ (verschlüsselt) für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Daten werden im Archiv der HAW Hamburg aufbewahrt. Dort werden die Daten mit Informationen, wie dem gewünschten Löschezitpunkt, vermerkt. Somit wird sichergestellt, dass diese nach zehn Jahren rechtmäßig gelöscht werden.

Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung der StudienteilnehmerInnen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten der StudienteilnehmerInnen ermöglicht, hat ausschließlich die hauptverantwortliche Forscherin.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Forscherin erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Die StudienteilnehmerInnen haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert zu werden.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert². Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert² und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der oben genannten Masterarbeit an einem Interview teilzunehmen. Ich habe Informationen über die Ziele und den Verlauf des Forschungsprojektes erhalten. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung oder Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview zur besseren Auswertung aufgezeichnet wird und anschließend in Schriftform gebracht wird. Nach der Transkription und Analyse der Interviews werden die **Aufzeichnungen gelöscht**.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in **anonymisierter Form**, so dass ich nicht durch Dritte erkennbar werde, wissenschaftlich veröffentlicht werden dürfen.

Datum, Unterschrift

Für 

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)

16.4 Interviewleitfaden für das ExpertInneninterview

Einleitung

Guten Tag, Frau/Herr,

bevor ich anfangen möchte, möchte ich mich kurz vorstellen. Mein Name ist Madina Nazari und ich studiere Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), an der ich derzeit meine Masterarbeit schreibe. Dabei behandle ich das Thema *Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Bipolaren Störungen*. Ziel ist, einen vertieften Einblick in Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen zu bekommen und unterstützende Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten. Die Forschungsergebnisse, insbesondere die hilfreichen Bewältigungsstrategien, können anderen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, wie z.B. Selbsthilfegruppen. Diese Interviews führe ich im Rahmen meiner Masterarbeit durch.

Das Interview ist wie folgt aufgebaut:

Ich werde Sie zuerst zu Stigmatisierungserfahrungen befragen und anschließend zu Bewältigungsstrategien. Bei diesen Themenbereichen interessieren mich Ihre Erfahrungen als LeiterIn einer Selbsthilfegruppe/PeerberaterIn. Das Interview werde ich mit einigen Fragen zu Ihrer Person abschließen. Wenn Sie mir über die Erfahrungen von anderen Personen berichten, bitte ich Sie bei Ihren Erzählungen auf die Nennung von Namen zu verzichten, um Anonymität zu gewährleisten.

Damit ich im Gesprächsverlauf nichts vergesse, habe ich meine Fragen noch einmal in diesem Leitfaden festgehalten. Das heißt aber nicht, dass ich alle diese Fragen völlig systematisch abhaken werde. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass wir davon das ein oder andere Mal abweichen werden, um bestimmte Aspekte, die besonders interessant sind, etwas ausführlicher zu besprechen.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gerne auf Tonband aufzeichnen, damit ich später den genauen Gesprächsverlauf nachvollziehen kann und nicht nur auf mein Gedächtnis angewiesen bin. Selbstverständlich werde ich das Tonbandprotokoll nach den geltenden Datenschutzgesetzen behandeln. Es werden also keinerlei personenbezogene Daten weitergegeben oder veröffentlicht. Außerdem werden sämtliche Angaben anonymisiert.

Bestehen Ihrerseits noch Fragen?

Dann würde ich das Tonbandgerät einschalten und das Interview starten.

Einleitende Frage:

Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden oft auch darunter, dass sie von ihrer Umwelt stigmatisiert werden. Sie als Leiterin einer Selbsthilfegruppe/PeerberaterIn stehen in Kontakt mit Betroffenen. Erzählen Sie doch einmal aus Ihrer Sicht: Welche Erfahrungen machen Menschen mit Bipolaren Störungen mit der sozialen Umwelt (z.B. Bekannten, FreundInnen, KollegInnen, Fremden, Mitbetroffenen).

Übergang: Menschen fangen an, eine Person auszugrenzen, wenn sie bei ihr Merkmale wahrnehmen, wodurch sie sich von der Mehrheit in der Gesellschaft im negativen Sinne unterscheidet. So fallen Menschen mit einer psychischen Erkrankung primär durch ihr verändertes Verhalten aus dem allgemeingültigen gesellschaftlichen Rahmen.

Stereotypen

1. Was sind aus Ihrer Sicht Bilder in den Köpfen der sozialen Umwelt – Bekannte, FreundInnen, KollegInnen, Fremde – über Menschen mit einer bipolaren Erkrankung?
2. Welche generalisierenden Eigenschaften werden Menschen mit Bipolaren Störungen zugeschrieben?
3. Gibt es auch Menschen, die offen auf Betroffene reagieren? Durch welche Eigenschaften zeichnen diese sich Ihren Erfahrungen nach aus?

Übergang:

Die vorherrschenden Meinungen über Menschen mit Bipolaren Störungen können auch von Emotionen wie z.B. Ablehnung oder Furcht begleitet sein

Vorurteile

Nehmen Betroffene aufgrund der Erkrankung negative emotionale Reaktionen der Menschen wahr? (z.B. Furcht, Unsicherheit, Ablehnung, Aggression)

Übergang: Die vorherrschenden Meinungen über Menschen mit Bipolaren Störungen und die damit verbundenen Emotionen ihnen gegenüber können auch in diskriminierendes Verhalten übergehen. Haben Sie den Eindruck, dass Betroffene diskriminierendes Verhalten erleben?

Diskriminierung

Diskriminierung innerhalb sozialer Interaktionen

1. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Vorurteile der Menschen in ihrem Verhalten widerspiegeln?
2. Machen Betroffene konkrete Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund ihrer Erkrankung? Wenn ja:
Von welchen Erfahrungen berichten Betroffene?

Übergang: Sie haben mir über die Erfahrungen von Betroffenen mit der sozialen Umwelt berichtet. Wie gehen Betroffene mit diesen Stigmatisierungserfahrungen um?

Bewältigungsstrategien

1. Wie gehen Betroffene mit den vorherrschenden Stereotypen und Vorurteilen um?
2. Wie reagieren Betroffene auf diskriminierendes Verhalten ihres sozialen Umfelds?
3. Gibt es Bewältigungsstrategien, die sich für Betroffene als besonders förderlich und unterstützend herauskristallisiert haben?
4. Welche Ressourcen werden von Betroffenen bei der Bewältigung als unterstützend wahrgenommen? (z.B. eigene Kompetenzen, TherapeutIn, Coping Trainings, FreundInnen, Familie, Religion etc.)

Rolle der Selbsthilfegruppe bei der Bewältigung

Was meinen Sie: Welche Rolle spielt die Selbsthilfegruppe selbst und der Kontakt mit Mitbetroffenen bei der Bewältigung von Stigmatisierungserfahrungen?

Übergang: Zusätzlich zu der sozialen Stigmatisierung besteht noch die Möglichkeit, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung negative Vorurteile gegenüber ihrer Erkrankung übernehmen, gegen sich selbst wenden und sich somit selbst stigmatisieren.

Was können Sie mir über diese Problematik erzählen? Fallen Ihnen konkrete Beispiele, Situationen dazu ein? Von welchen Erfahrungen berichten Menschen in Ihren Gruppen?

Selbststigmatisierung

1. Verändert sich die Selbstwahrnehmung mit einer Diagnose *Bipolare Störungen*? Wenn ja, inwiefern?
2. Schreiben sich Betroffene aufgrund der Erkrankung negative Eigenschaften zu, die sie sich ohne die Erkrankung nicht zuschreiben würden? Wenn ja, welche?
3. Haben Sie den Eindruck, dass Betroffene sich selbst diskriminieren (z.B. bei Bewerbungen, Meiden sozialer Kontakte)? Wenn ja, von welchen konkreten Betroffenenenerfahrungen können Sie mir berichten?

Übergang: Wenden wir uns den Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die Selbststigmatisierung zu.

Bewältigungsstrategien

1. Haben Sie den Eindruck, dass Betroffenen überhaupt bewusst ist, dass sie die Stereotypen und Vorurteile über die Erkrankung von der Gesellschaft übernommen und verinnerlicht haben könnten?

Wenn ja:

- a. Wie versuchen Betroffene konkret sich diesem Einfluss der Gesellschaft zu entziehen?
- b. Wie schaffen es Betroffene konkret, die Erkrankung und die eigene Identität frei von den Stereotypen und Vorurteilen zu betrachten?

Wenn nein:

- a. Was raten Sie Betroffenen konkret, um sich dieser Problematik bewusst zu werden?
2. Inwiefern kann eine Selbsthilfegruppe bei der Vorbeugung/Bewältigung von Selbststigmatisierungserfahrungen unterstützen?

Übergang: Eine andere Form der Stigmatisierung stellt die antizipierte Stigmatisierung dar. Dabei nehmen Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Stigmatisierung in sozialen Interaktionen vorweg.

Antizipierte Stigmatisierung

1. Was meinen Sie, inwiefern spielt die antizipierte Stigmatisierung für Menschen mit Bipolaren Störungen eine Rolle?
2. Nehmen Betroffene die Stigmatisierung vorweg?
 - a. Wenn ja, inwiefern beeinflusst diese Vorwegnahme das Verhalten?
 - b. Wenn nein, was unterscheidet diese Menschen von denen, die die Stigmatisierung vorwegnehmen?

Bewältigungsstrategien

1. Haben Sie den Eindruck, dass Betroffenen diese Problematik der antizipierten Stigmatisierung bewusst ist?

Wenn ja:

 - a. Wie gehen Betroffene damit um?
 - b. Wie können Betroffene der antizipierten Stigmatisierung vorbeugen?

Wenn nein:

 - a. Was würden Sie diesen Betroffenen raten, um sich dieser Problematik bewusst zu werden?
2. Inwiefern kann eine Selbsthilfegruppe bei der Vorbeugung/Bewältigung von antizipierter Selbststigmatisierung unterstützen?

Übergang: Betrachten wir die Diskriminierung einmal aus der strukturellen Perspektive.

Strukturelle Stigmatisierung

1. Haben Sie den Eindruck, dass Menschen mit Bipolaren Störungen durch die gesellschaftlichen Strukturen, politischen Entscheidungen oder gesetzlichen Regelungen diskriminiert werden?
2. Wie bewerten Sie die Qualität der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Bipolaren Störungen:
 - a. die ambulanten Versorgungs- und Betreuungsangebote
 - b. die stationäre Versorgung
 - c. die Selbsthilfeangebote
 - d. die niedrighschwelligen Betreuungsangebote
3. Wie gehen Betroffene mit der strukturellen Stigmatisierung um?

Übergang: Nun würde ich Ihnen gerne einige personenbezogene Fragen stellen, die helfen sollen, Ihren Werdegang bis hin zu Ihrer jetzigen Position als LeiterIn einer Selbsthilfegruppe zu beschreiben. Diese werden bei der Auswertung **anonymisiert** und sollen lediglich dazu dienen, Ihre Aussagen in einem Gesamtkontext zu betrachten. Sie sind auch keineswegs dazu verpflichtet, all diese Fragen zu beantworten.

Allgemeine Angaben zum/r GesprächspartnerIn

1. Wie alt sind Sie?
2. Welche Voraussetzungen mussten Sie für die Position als LeiterIn einer Selbsthilfegruppe erfüllen?
3. War hierfür eine Qualifizierung notwendig?
 - a. Welchen Umfang hatte diese?
 - b. Wo haben Sie diese gemacht?
 - c. Wann haben Sie diese gemacht?
4. Seit wann sind Sie als ExpertIn (z.B. als LeiterIn einer SHG) in dem Feld tätig?

Ich habe nun keine weiteren Fragen und bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen für die Teilnahme am Interview.

Wenn Sie auf das Gespräch zurückblicken, gibt es etwas, das wir vergessen haben und Sie mir noch mitteilen möchten?

16.5 Interviewleitfaden für das problemzentrierte Interview

Einleitung

Guten Tag, Frau/Herr,

bevor ich anfangen möchte, möchte ich mich kurz vorstellen. Mein Name ist Madina Nazari und ich studiere Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), an der ich derzeit meine Masterarbeit schreibe. Dabei behandle ich das Thema *Stigmatisierungserfahrungen und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Bipolaren Störungen*. Ziel ist, einen vertieften Einblick in Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen zu bekommen und unterstützende Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten. Die Forschungsergebnisse, insbesondere die hilfreichen Bewältigungsstrategien, können anderen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, wie z.B. Selbsthilfegruppen, oder relevanten AkteurInnen des Gesundheitswesens. Diese Interviews führe ich im Rahmen meiner Masterarbeit durch.

Das Interview ist wie folgt aufgebaut:

Ich werde Sie zu Ihren ganz persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen mit der Erkrankung sowie Ihren Umgangsweisen mit möglichen Problematiken befragen. Das Interview werde ich mit einigen Fragen zu Ihrer Person abschließen. Wenn Sie mir über die Erfahrungen von anderen Personen berichten, bitte ich Sie bei Ihren Erzählungen auf die Nennung von Namen zu verzichten, um Anonymität zu gewährleisten.

Damit ich im Gesprächsverlauf nichts vergesse, habe ich meine Fragen noch einmal in diesem Leitfaden festgehalten. Das heißt aber nicht, dass ich alle diese Fragen systematisch abhaken werde. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass wir davon das ein oder andere Mal abweichen werden, um bestimmte Aspekte, die besonders interessant sind, etwas ausführlicher zu besprechen.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gerne mit dem Tonband aufzeichnen, damit ich später den genauen Gesprächsverlauf nachvollziehen kann und nicht nur auf mein Gedächtnis angewiesen bin. Selbstverständlich werde ich das Tonbandprotokoll nach den geltenden Datenschutzgesetzen behandeln. Es werden also keinerlei personenbezogene Daten weitergegeben oder veröffentlicht. Außerdem werden sämtliche Angaben anonymisiert.

Bestehen Ihrerseits noch Fragen?

Dann würde ich das Tonbandgerät einschalten und das Interview starten.

Einleitende Frage:

Sie als Betroffene/r der Bipolaren Störungen sind ExpertIn Ihrer eigenen Lebenswelt. Erzählen Sie mir doch erst einmal ganz allgemein: Wie fing das alles an und welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit Ihrem sozialen Umfeld gemacht? Welche Situationen, Erlebnisse, Begegnungen fallen Ihnen ein, in denen Sie das Gefühl hatten, Ihre Erkrankung spielt für Ihr Gegenüber eine Rolle?

Übergang: Ich würde gerne auf mögliche Veränderungen in Ihren familiären Beziehungen eingehen.

Familie

1. Wie hat Ihre Familie auf Ihre Erkrankung reagiert? Fallen Ihnen Situationen, Erlebnisse, Begegnungen ein?
2. Hat sich in Ihrer Beziehung zu Ihren Familienmitgliedern durch Ihre Erkrankung etwas verändert? Wenn ja, inwiefern?

Wenn negativ:

- a. Welche konkreten negativen Veränderungen haben stattgefunden?
- b. Wie sind Sie mit diesen Veränderungen umgegangen?

Wenn positiv/unverändert:

- a. Welche konkreten positiven Veränderungen haben stattgefunden?
- b. Durch welche Eigenschaften zeichnen diese Familienangehörigen sich aus?

Übergang: Nun würde ich Sie gerne zu Ihrem Verhältnis zu Ihren FreundInnen befragen, nachdem Sie an Bipolaren Störungen erkrankt sind.

FreundInnen

Haben Sie Ihren FreundInnen von Ihrer Erkrankung erzählt? Fallen Ihnen Situationen, Erlebnisse, Begegnungen ein?

Wenn ja:

- a. Wie haben diese reagiert?
- b. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Verhältnis zu Ihren FreundInnen aufgrund Ihrer Erkrankung verändert hat? Wenn ja, inwiefern? Fallen Ihnen dazu konkrete Situationen ein, die Sie schildern können?

Wenn negativ:

Wie sind Sie mit diesen Situationen umgegangen?

Wenn positiv/unverändert:

Durch welche Eigenschaften zeichnen diese FreundInnen sich aus Ihren Erfahrungen aus?

Wenn nein:

- a. Aus welchem Grund verschweigen Sie Ihre Erkrankung?
- b. Was wären Ihrer Ansicht nach die Folgen davon, wenn sie es erfahren?

Übergang: Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrem sozialen Arbeitsumfeld gemacht?
(KollegInnen, ChefIn)

Arbeitsumfeld

Haben Sie Ihren KollegInnen oder Ihrem/r ChefIn von Ihrer Erkrankung erzählt? Fallen Ihnen Situationen, Erlebnisse, Begegnungen ein?

Wenn ja:

- a. Wie haben diese reagiert?
- b. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Verhältnis zu Ihren KollegInnen oder Ihrem/r ChefIn durch Ihre Erkrankung verändert hat? Wenn ja, inwiefern? Fallen Ihnen dazu konkrete Situationen ein, die Sie schildern können?

Wenn negativ:

Wie sind Sie mit diesen Situationen umgegangen?

Wenn positiv/unverändert:

Durch welche Eigenschaften zeichnen diese Personen sich aus Ihren Erfahrungen aus?

Wenn nein:

- a. Aus welchem Grund verschweigen Sie Ihre Erkrankung?
- b. Was wären Ihrer Ansicht nach die Folgen davon, wenn sie es erfahren?

Übergang: Von welchen Erfahrungen können Sie mir hinsichtlich Ihrer Interaktion mit Fremden berichten?

Fremde

1. Wie ist es für Sie in der Begegnung mit fremden Personen im Alltag, auf der Arbeit? Spielt Ihre Erkrankung für Sie hier eine Rolle? Fallen Ihnen Situationen, Erlebnisse, Begegnungen ein?
2. Haben Sie diskriminierendes Verhalten von Fremden wahrgenommen, die Sie mit Ihrer Erkrankung assoziieren?
Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?
3. Gibt es Situationen, in denen Sie überraschend positive Erfahrungen mit Fremden gemacht haben, obwohl Anzeichen Ihrer Erkrankung ersichtlich wurden?

Übergang: Kommen wir nun zu Ihrem Verhältnis zu Mitbetroffenen und vergleichen dies mit Ihren sozialen Kontakten, die nicht von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

Mitbetroffene

1. Nehmen Sie in Ihrer sozialen Interaktion mit Mitbetroffenen und Nichtbetroffenen Unterschiede wahr? Fallen Ihnen hierzu konkrete Erlebnisse ein, wo Ihnen diese Unterschiede ersichtlich wurden?

Wenn ja, wie erklären Sie sich diese Unterschiede?

2. Haben Sie schon mal Erfahrungen mit diskriminierendem Verhalten durch Mitbetroffene gemacht?

Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?

Übergang: Nun würde ich gerne zu Ihren Erfahrungen mit den Angehörigen des Gesundheitssystems kommen.

Angehörige des Gesundheitssystems

1. Welche Erfahrungen haben Sie mit verschiedenen AkteurInnen des Gesundheitssystems gemacht? Fallen Ihnen konkrete Situationen und Erlebnisse ein?
Wenn negativ: Wie sind Sie damit umgegangen?

Übergang: Sie haben mir von Ihren Erfahrungen mit Ihrem sozialen Umfeld berichtet. Wie gehen Sie denn konkret mit diesen Erlebnissen um? (Erzählte Erlebnisse aufgreifen)

Bewältigungsstrategien

1. Welche Wirkung hinterlassen die negativen Erlebnisse mit sozialen Kontakten bei Ihnen? Fallen Ihnen konkrete Beispiele ein, welche Emotionen und Gedanken bestimmte Situationen bei Ihnen ausgelöst haben?
2. Gibt es Bewältigungsstrategien, die sich für Sie als besonders förderlich und unterstützend herauskristallisiert haben? Fallen Ihnen bestimmte Umgangsweisen ein, die Ihnen geholfen haben?
3. Welche Erfahrungen haben Sie mit verschiedenen Ressourcen im Umgang mit belastenden Erlebnissen gemacht? (z.B. eigene Kompetenzen, Coping Trainings, soziale Unterstützung, Religion etc.) Fallen Ihnen Situationen ein, in denen Ihnen bestimmte Ressourcen geholfen haben?

Übergang: Die vorherrschenden Stereotypen und Vorurteile in der Gesellschaft können auch Einfluss auf die Selbstwahrnehmung haben. Ich würde mich freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen mit dieser Problematik mit mir teilen würden.

Selbststigmatisierung

1. Veränderte sich Ihre Selbstwahrnehmung mit der Diagnose der Bipolaren Störungen? Fallen Ihnen konkrete Situationen ein, die darauf hinweisen, dass sich Ihre Sichtweise auf Ihre eigene Person mit der Erkrankung verändert hat?
2. Haben Sie sich aufgrund der Erkrankung negative Eigenschaften zugeschrieben, die Sie sich ohne die Erkrankung nicht zugeschrieben hätten? Fallen Ihnen dazu konkrete Beispiele ein?
3. Welche Einstellung oder Emotionen haben Sie mit Ihrer Erkrankung verbunden?
4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich als Betroffenen selbst diskriminieren oder schon mal diskriminiert haben? Fallen Ihnen dazu konkrete Situationen ein? (z.B. bei Bewerbungen, Meiden sozialer Kontakte)

Bewältigungsstrategien

1. Worin sehen Sie die Ursache für ein verändertes Selbstbild, die mit der Erkrankung einhergeht?
2. Wie schaffen Sie es, Ihre Erkrankung und Ihre eigene Identität frei von den Stereotypen und Vorurteilen zu betrachten?

Übergang: Eine andere Problematik stellt die Vorwegnahme von ausgrenzendem und diskriminierendem Verhalten dar. Dabei „erwarten“ Betroffene regelrecht ablehnendes Verhalten von Ihrem sozialen Umfeld, aufgrund dessen sie dazu neigen, sich selbst auszugrenzen (z.B. bei Bewerbungen, Meiden sozialer Kontakte).

Antizipierte Stigmatisierung

Kennen Sie dieses Phänomen? Fallen Ihnen hierzu konkrete Erlebnisse ein? Wenn nein, was genau bewahrt Sie vor dieser Voreingenommenheit? Wie schaffen Sie es eine offene Haltung einzunehmen?

Übergang: Nun würde ich Ihnen gerne einige personenbezogene Fragen stellen, die helfen sollen, Aufschluss über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse zu geben. Diese werden bei der Auswertung **anonymisiert** und sollen lediglich dazu dienen, Ihre Aussagen in einem Gesamtkontext zu betrachten. Sie sind auch keineswegs verpflichtet, all diese Fragen zu beantworten.

Allgemeine Angaben zum/r GesprächspartnerIn

1. Wie alt sind Sie?
2. Welchen Familienstand haben Sie derzeit?
Falls ledig:
Leben Sie in einer festen Partnerschaft?
3. Haben Sie Kinder?
Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie und wie alt sind diese?
4. Was sind Sie von Beruf? Üben Sie diesen Beruf aus? Wenn nein, warum nicht?
5. Wann wurde die Bipolare Störung bei Ihnen diagnostiziert?
6. Welcher Typ der Bipolaren Störung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

Ich habe nun keine weiteren Fragen und bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen für die Teilnahme am Interview.

Wenn Sie auf das Gespräch zurückblicken, gibt es etwas, das wir vergessen haben und Sie mir noch mitteilen möchten?

16.6 Tabellen: Zusammenfassende Inhaltsanalyse

16.6.1 Das ExpertInneninterview

Kategorie: Öffentliche Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellen- angabe
Hohe öffentliche Stigmatisierung	Schlechte Erfahrungen machen Betroffene, wenn sie es zu früh erzählen <i>„Schlechte Erfahrungen macht man, wenn man es zu früh erzählt hat. Also Leuten, mit denen man noch nicht so ein enges Verhältnis hat und wo die vielleicht lose Bekannte sind. (...) Also wenn man es ihnen sagt, ohne eine feste freundschaftliche Basis zu haben.“ (Nr.1 S.2 Z.61-64)</i>	Nr.1 S2 Z61-64;
	Bei Preisgabe an lose Bekannte reagieren die Empfänger mit Irritationen	Nr.1 S2 Z62-64
	Keinen ungezwungenen Umgang mehr, wenn Betroffene es zu früh erzählen	Nr.1 S2 Z67-72
	Jemand der manisch ist und eine Psychose erlebt, passt in das Stereotyp eines Verrückten	Nr.1 S.3 Z.83-85
	Menschen haben Angst vor jemandem, der manisch ist und eine Psychose erlebt, weil es unberechenbar ist und sie es nicht kennen	Nr.1 S.3 Z.86-88
	Schlechter Ruf der Erkrankung, weil Menschen die Krankheit nicht einordnen können <i>„Wenn man sagt, ich habe eine Bipolare Störung, dann weiß man, das ist eine seltene schwere psychiatrische Krankheit, aber es ist ein bisschen ominös, ich weiß nicht, was ich damit genau anfangen soll. Ich kann mir vorstellen, dass daher viel Besorgnis kommt und es deshalb auch einen schlechten Ruf hat.“ (Nr.1 S.3 Z.89-92)</i>	Nr.1 S.3 Z.89-92
	Es stellt sich die Frage nach der Persönlichkeit der Betroffenen, weil diese schwer zu erfassen/definieren ist <i>„Meine Tochter sagte mir mal: Mama, ich weiß überhaupt nicht, wer du bist. Wer bist du eigentlich? Bist du die, die du bist, wenn du manisch bist oder hypomanisch? Bist du die, die du bist, wenn du depressiv bist? Wer bist du? Und dieses ‚wer bist du‘, ist auch eine ganz große Frage, die sich der Bipolare selber stellt.“ (Nr.5 S.1 Z.11-14)</i>	Nr.5 S.1 Z.11-14
	PartnerIn will sich nicht mit der Krankheit befassen und Besuch von FreundInnen in der Psychiatrie hat er/sie aufgrund von Schamgefühl nicht gewährt	Nr.5 S.2 Z.54-59
	Jobverlust bei vielen Betroffenen, weil ihnen die Arbeit nicht zugetraut wird	Nr.5 S.1 Z.37-39
	Personeneigene Verhaltensweisen werden der Krankheit zugeschrieben	Nr.5 S.1-2 Z.42-47
	Soziales Umfeld hat Angst, dass der Betroffene/die Betroffene wieder in eine (insbesondere manische) Phase kommen könnte, weil sie damit nicht umgehen können	Nr.5 S.2 Z.48 50
	Da Betroffene in einem manischen Zustand oft Grenzen verletzen (z.B. sexuelle Freizügigkeit), empfinden Angehörige ein Schamgefühl diesbezüglich	Nr.5 S.2 Z.63-66

	Stigmatisierung durch die Familie wird am schmerzhaftesten empfunden	Nr.5 S.3 Z.124-125
	Der Verzicht auf Medikamente wird von Familienmitgliedern als verantwortungslos empfunden, wobei diese kein Gespräch mit den Betroffenen suchen <i>„Aber irgendwann hab‘ ich gesagt und leider auch meinen Kindern: Ich nehme keine Medikamente. Und damit war ich für sie gestorben“ (Nr.5 S.4 Z.147-148)</i>	Nr.5 S.4 Z.147-149
	Familienmitglied von einer/m Betroffenen hat dafür gesorgt, dass er/sie ein ganzes Jahr in der geschlossenen Station bleiben musste	Nr.5 S.9 Z.356-361
	Schwierigkeit, nach längeren Krankenhausaufenthalten wieder zu arbeiten, weil dadurch im Arbeitsumfeld viele Fragen entstehen	Nr.4 S.1 Z.12-17
	Eindruck, dass Umgangsweise von KollegInnen sich nach Krankenhausaufenthalt verändert hat	Nr.4 S.1 Z.17-22
	Betroffene kommen über eine Berentung aus dem Beruf heraus und ihnen stellt sich die Frage nach ihrer Identität	Nr.4 S.1 Z.38-42
	Bipolare Erkrankte können Grenzen von Menschen nicht gut sehen und akzeptieren, wodurch sie auffallen	Nr.4 S.2-3 Z.81-83
	Im Kollegenkreis ist das Verständnis oft nicht so groß und auffälliges Verhalten von Betroffenen verunsichert KollegInnen eher <i>„...im Kreis von Kollegen ist es oft so, dass das Verständnis dafür nicht so groß ist, weil da dieses Anderssein, die Menschen, die Kollegen ja auch irgendwie mitkriegen und verunsichert sind.“ (Nr.4 S.3 Z.99-100)</i>	Nr.4 S.3 Z.99-100
	Schwere Entscheidung, die Erkrankung im Arbeitsumfeld zu offenbaren oder zu verschweigen, was von der Stärke der Person abhängt, Dinge vom sozialen Umfeld abzupuffern	Nr.4 S.3 Z.105-112
	Ungefähr die Hälfte der FreundInnen verabschieden sich von den Betroffenen und das Knüpfen von neuen Kontakten bedeutet viel Arbeit	Nr.4 S.3 Z.117-123
	Ablehnung von engen sozialen Kontakten tut sehr weh <i>„Also natürlich im persönlichen Bereich, relativ nah, Partnerschaft, Geschwister, Eltern passiert es ja genauso, das tut schon weh, keine Frage zumal es oft ein ziemlich radikaler Wechsel ist.“ (Nr.4 S.4 Z.146-147)</i>	Nr.4 S.4 Z.146-147
	Umgang mit psychotischen Anteilen fällt dem Umfeld schwer	Nr.4 S.8 Z.329-330
	Soziales Umfeld will Krankheit nicht wahrhaben und schiebt sie von sich weg, ohne sich damit zu beschäftigen. Typischer Spruch, den Betroffene oft zu hören bekommen: „Ja nun rei dich zusammen!“ <i>„Ja z.B. wollen die das nicht wahrhaben. Also das ist so das Hauptproblem bei vielen. Die wollen sich dann auch nicht damit beschäftigen. Sie schieben das von sich und versuchen erst zu sagen: Ja du nun rei dich zusammen! Das ist so ein typischer Spruch...“ (Nr.2 S.1 Z.36-38)</i>	Nr.2 S.1 Z.36-38
	Betroffene erfahren eine Verständnislosigkeit <i>„...ja du hast doch dies, du hast doch das, du hast doch eigentlich alles! Warum bist du krank?“ (Nr.2 S.2 Z.40-41)</i>	Nr.2 S.2 Z.40-43

	Betroffene werden in der Manie z.B. wegen ihres übersteigerten Rededrangs teilweise als verrückt angesehen	Nr.2 S.2 Z.47-50
	Betroffene erleben von ihrem sozialen Umfeld teilweise eine Ablehnung, die sie als sehr verletzend wahrnehmen <i>„...wenn man hört: Ja nee, damit will ich nichts zu tun haben! Das ist ja Ablehnung und kann einen ja ganz schön verletzen, wenn man mit jemanden darüber reden möchte und die Reaktion ist: Darüber will ich nicht reden!“ (Nr.2 S.2 Z.73-75)</i>	Nr.2 S.2 Z.73-75
	Es gibt Fälle, in denen aufgrund von Diskriminierung am Arbeitsplatz Betroffene ihren Job aufgaben	Nr.2 S.3 Z.95-96
	Im Arbeitsmarkt werden Betroffene aussortiert, wenn die Erkrankung bekannt wird	Nr.2 S.9 Z.312-314
	Einige haben die Erkrankung bei Familienmitgliedern oder FreundInnen bereits kennen gelernt, aber richtig damit umgehen können sie nicht <i>„Man spürt auch, dass die anderen damit nicht umgehen können. „Der soll sich zusammenreißen, wie andere auch.“ (Nr.3 S.1 Z.19-20)</i>	Nr.3 S.1 Z.7-10
	Betroffenen erleben Ablehnung und Ignoranz <i>„Eine Ablehnungshaltung ist natürlich ganz stark da, eine Ignorierhaltung, Ignoranz. Am meisten vertreten ist: Ich will es gar nicht so genau wissen. Und die Folge davon ist eine Ablehnungshaltung, die man verinnerlicht.“ (Nr.3 S.1 Z.12-14)</i>	Nr.3 S.1 Z.12-14
	Betroffene trauen sich nicht, rückhaltlos mit der Familie oder mit FreundInnen über ihre Krankheit zu sprechen, weil sie die Folgen fürchten <i>„...da traut man sich nicht, das so rückhaltlos zu erzählen, weil man weiß ja nicht, was man anrichtet in dem anderen. Es könnte ja der Verlust von Freunden, von Familie, vom Arbeitsplatz sein. Und das ist eben auch sehr oft so.“ (Nr.3 S.2 Z.47-49)</i>	Nr.3 S.2 Z.47-49
	Es kommt vor, dass Betroffene aufgrund der Erkrankung von heute auf morgen den gesamten Freundes- und Kollegenkreis verlieren	Nr.3 S.2 Z.60-62
	Trotz der großen Zahl an Betroffenen wird über das Thema kaum gesprochen und es ist unbekannt in der Gesellschaft <i>„... 6-8 Millionen sind selber betroffen oder waren es oder können jederzeit wieder einen Rückfall kriegen. Und da hängen dann noch 10 Millionen Personen dran in irgendeinem Partnerverhältnis. So groß ist hier die Menge, über die wir sprechen und so unbekannt ist das Ganze. Das ist unglaublich! Über jeden Herzinfarkt spricht man, über Ernährungsgewohnheiten spricht man tausend von Stunden, aber darüber spricht man irgendwie nicht.“ (Nr.3 S.3-4 Z.126-131)</i>	Nr.3 S.3-4 Z.126-131
	Betroffene haben mit Vorurteilen zu kämpfen wie: Der ist gefährlich, ein Messerstecher, dem kann man nicht trauen etc.	Nr.3 S.7 Z.289-295
	Betroffene möchten mit der Familie über ihre Erkrankung sprechen, aber es funktioniert teilweise einfach nicht <i>„Das ist zum Teil ganz schmerzhaft. Wir haben einen Fall (...) Der hat vor einiger Zeit gesagt: Also ich hab' so ein Bauchschmerz damit, aber ich muss mich dazu durchringen, mit meiner Familie keinen Tag mehr darüber zu sprechen, weil sofort kommt irgendwie: Du bist ja eh bipolar, du bist ja eh krank, du bist ja verrückt. Was erzählst du mir, du bist wieder krank, geh mal zum Arzt.“ (Nr.3 S.9 Z.361-365)</i>	Nr.3 S.9 Z.361-365

	<p>Kontaktabbruch mit Familienmitgliedern oder FreundInnen, weil es nicht funktioniert hat, ist häufig</p> <p><i>„Wir haben viele Fälle gehabt in der Gruppe, die haben gesagt: Ich hab' den Kontakt zu meiner Schwester abgebrochen, weil es hat keinen Sinn. Was soll ich da gegen eine Wand reden, es hat sich in 10 Jahren nichts verändert, also es hat keinen Sinn. Freundschaften werden oft gekündigt, von der oder jener Seite, weil es nicht funktioniert. Weil man nicht damit leben kann, wenn man ständig angemacht wird, dass man ja krank ist.“ (Nr.3 S.9 Z.369-373)</i></p>	Nr.3 S.9 Z.369-373
	Negative Erfahrungen (Irritationen, Kontaktabbruch) nahe sehr am Selbstbild und sind sehr verletzend	Nr.1 S.3 Z.114-119
	Durch negative Erfahrungen mit sozialem Umfeld reift der Mensch	Nr.1 S.6 Z.208-213
	Betroffene machen sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Familienmitgliedern	Nr.2 S.1 Z.5-7
	<p>Betroffene erfahren am häufigsten im Berufsleben Stigmatisierung und die meisten kommen zu dem Ergebnis, ihre Krankheit zu verschweigen</p> <p><i>„Das ist die häufigste Erfahrung, die alle bei uns gemacht haben, ist, wie gehe ich mit meinen Kollegen damit um, neue Firma, neuer Job. Und die meisten kommen zu dem Ergebnis, am besten gar nichts sagen. Wenn ich krank bin, bin ich krank. Ich muss nicht erzählen, was los ist. Von einer Magenverstimmung bis umgeknickt, starke Kopfschmerzen, alles Mögliche. Nur in den meisten Fällen ist es nicht möglich zu sagen, dass ich in der Depression war oder in der Manie war.“ (Nr.3 S.10 Z.400-404)</i></p> <p><i>„...bei der nächsten Gelegenheit, wo er vielleicht schlecht drauf ist, kommt eine Kollegin, die man mit einbezogen hat und schnattert rum: Ach der wird wieder manisch, der ist ja krank. Du kannst drauf lauern und fast drauf wetten, dass es soweit kommt. Und das schlimmste ist, wenn es den Chef erreicht...“ (Nr3. S.10 Z.407-410)</i></p>	Nr.3 S.10 Z.400-404
Voraussetzungen für positive Erfahrungen	Medizinisches Wissen oder Erfahrungen mit anderen Betroffenen sind von Vorteil	Nr.1 S.2 Z.46-48;
	Bei Selbstpreisgabe ist der/die EmpfängerIn idealerweise ein fröhlicher/philosophischer Mensch	Nr.1 S.3 Z.98-99
	Bei der Selbstpreisgabe ist ein gegenseitiges Vertrauen ideal	Nr.1 S.3 Z.99-101
	<p>Betroffene machen sehr schöne Erfahrungen, wenn Vertrauen da ist</p> <p><i>„Dann macht man sehr viele schöne Erfahrungen, dass einfach sofort Interesse kommt. Dass jemand sagt, voll interessant! Erzähl mal, wie ist das! Oder wenn jemand sogar schon medizinische Erfahrung hat und sagt: Boa, was hast du denn Interessantes oder Lustiges gemacht, wenn du manisch warst? Dann kann das eine sehr angenehme und schöne Erfahrung sein.“ (Nr.1 S.3 Z.101-105)</i></p>	Nr.1 S.3 Z.99-104
	Offenheit, Toleranz und eine nicht so enge Sichtweise des Lebens, sowie die Eigenschaft über den Tellerrand zu schauen, zeichnet gute FreundInnen aus	Nr.5 S.5 Z.171-175
	Es ist einfacher, wenn Betroffene enge FreundInnen vor der Erkrankung haben und diese dann beibehalten	Nr.5 S.5 Z.173-175
	Höhere Akzeptanz bei Menschen mit hohem Bildungsniveau	Nr.4 S.6 Z.232-235
	Offene Mitmenschen sind meist sehr tolerante Menschen,	Nr.4 S.7

	die die Andersartigkeit eines Menschen akzeptieren	Z.247-249
	Allgemeines Interesse für viele Themen sowie die Bekanntheit mit Betroffenen einer ähnlichen Krankheit zeichnen offene Menschen im sozialen Umfeld aus. <i>„Das sind allgemein Menschen, die sich für sehr viel interessieren und sich mit vielen Sachen auseinandersetzen. Und vielleicht auch im eigenen Kreis jemanden kennen, der das oder etwas Ähnliches hat. Also solche Leute sind eigentlich immer sehr aufgeschlossen.“ (Nr.2 S.2 Z.61-63)</i>	Nr.2 S.2 Z.61-63
	Betroffene kriegen im Laufe der Zeit ein Gespür dafür, wem sie von der Krankheit erzählen können und wem nicht. <i>„...manchmal kann es sein, dass man die kaum kennt und plötzlich redet man darüber (...) Das ist so ein Prozess, den man so im Laufe der Zeit lernt und ein Gespür dafür bekommt, wem man das erzählen kann und wem nicht.“ (Nr.2 S.2 Z.66-68)</i>	Nr.2 S.2 Z.66-68
	Nach Bekanntgabe der Krankheit am Arbeitsplatz haben sich Vorteile für den/die Betroffene/n ergeben und Kollegen zeigten Interesse	Nr.2 S.3 Z.101-105
	Für Betroffene ist es einfacher, in größeren Firmen zu arbeiten, in denen auch ein/e PsychologIn aufzufinden ist	Nr.2 S.3 Z.106-107
	Menschen die selbst schon jemanden kennen, der eine psychische Erkrankung hat, sind offen und unvoreingenommen	Nr.3 S.7 Z.300-306
	Menschen die unvoreingenommen sind, kommen auf einen zu und stellen Fragen und erkundigen sich	Nr.3 S.9 Z.378-380
	Positive Erfahrungen machen Betroffene im Arbeitsumfeld, wenn sie die/den KollegIn lange kennen	Nr.3 S.10 Z.412-414

Kategorie: Selbststigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe Selbststigmatisierung	Der/die Betroffene tut sich schwer, neue Leute kennenzulernen, weil er/sie das Gefühl hat etwas zu verbergen	Nr.1 S.6 Z.224-225
	Häufige Selbststigmatisierung am Anfang, die sich jedoch langsam entschärft	Nr.4 S.8 Z.292-293
	Die depressive Phase der Krankheit trägt zu Selbststigmatisierung bei	Nr.1 S.6-7 Z.241-243
	Wenn der/die Betroffene aus der Manie wieder herauskommt, schämt er/sie sich oft für sein/ihr Verhalten in der Manie <i>„Wenn der Erkrankte selbst von seiner Manie herauskommt, dann schämt er sich natürlich auch selber, dann guckt er und denkt, was hab' ich da alles gemacht. Er vergisst es ja nicht, er weiß ja, dass er das getan hat und ist dann natürlich auch völlig irritiert und verunsichert, was eben sein Selbst anbelangt, mehr noch als die Umwelt. Das führt dann natürlich auch zu Selbststigmatisierung.“ (Nr.5 S.2 Z.67-70)</i>	Nr.5 S.2 Z.66-68
	Der/die Betroffene ist völlig irritiert und verunsichert was sein/ihr Selbst anbelangt, was zur Selbststigmatisierung beiträgt	Nr.5 S.2 Z.69-70
	Der/die Betroffene beschimpft während der Depression	Nr.5 S.3

	die eigene Person als faul und beschuldigt sich damit selbst	Z.96-98
	Je mehr die Betroffenen sich selber stigmatisieren, desto schwieriger wird es für sie den Alltag zu führen und die Leistung zu erbringen, die die Gesellschaft von ihnen abverlangt	Nr.5 S.6 Z.209-212
	Bevor Betroffene Wissen über die Erkrankung haben, fragen sie sich, was sie gemacht haben, das die Krankheit verursacht haben könnte und haben Schuldgefühle <i>„Also bevor man sich mit der Erkrankung beschäftigt, bezieht man schon vieles auf sich und überlegt, was ist da verkehrt gelaufen. Warum ist das jetzt passiert? Warum habe ich das bekommen?“ (Nr.2 S.7 Z.241-243)</i>	Nr.2 S.7 Z.241-243
	Durch die großen Unterschiede in den verschiedenen Phasen, bekommen viele einen Bruch in ihrer Selbstwahrnehmung und es fällt ihnen schwer, ihr Selbstbild aufrechtzuerhalten	Nr.3 S.1 Z.15-18
	Betroffene trauen sich selbst nicht mehr und können sich gar nicht vorstellen mit der Erkrankung normal behandelt zu werden und von anderen ernst genommen zu werden <i>„...er kann sich selbst nicht mehr über den Weg trauen. Das ist das Problem der Selbststigmatisierung, er traut sich selber nicht mehr. Er beobachtet sich ständig und kann sich gar nicht vorstellen, dass er normal behandelt wird und dass er eine Chance hat, im Alltag wieder ernst genommen zu werden. Kann sich selbst nicht mehr über den Weg trauen. Wandelt auf schmalstem Grad und hofft nur, dass die Medikamente um Himmels willen wirken mögen.“ (Nr.3 S.6 Z.236-240)</i>	Nr.3 S.6 Z.236-240
	Betroffene brauchen am Anfang Zeit, um selbst ihre Krankheit anzunehmen, wodurch Freundschaften auseinandergehen	Nr.2 S.1 Z.18-32

Kategorie: Antizipierte Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe antizipierte Stigmatisierung	Rückkehr zum gewohnten Umfeld schwierig für Betroffene, wenn sie während einer Psychose in der Manie auffällig wurden	Nr.1 S.1 Z.8-16
	Rückzugsverhalten von Betroffenen, nachdem die Krankheit unfreiwillig offenkundig wurde	Nr.1 S.1 Z.21-24
	Schwierig für Betroffene, wenn sie vor losen Bekannten auffällig geworden sind	Nr.1 S.1 Z.34-37
	Betroffene gehen nicht offen mit der Erkrankung um, weil sie nicht stigmatisiert werden möchten	Nr.1 S.7 Z.261-263
	Negative Einstellung bei neuen Kontakten und der/die Betroffene möchte nicht auffallen	Nr.1 S.7 Z.274-276
	Betroffene antizipieren Stigmatisierung durch ihr Umfeld, welches mit einer selbsterfüllenden Prophezeiung einhergeht. <i>„Wie ich in den Wald hineinschreie, so kommt es hinaus“ (Nr.5 S.7 Z.257-258)</i>	Nr.5 S.7 Z.250-254
	Am schwierigsten ist es, die antizipierte Stigmatisierung abzulegen	Nr.4 S.2 Z.46-48

	<i>„Also es gibt Befürchtungen, die in dem Menschen stattfinden, und die tragen sie nach außen und glauben sie zu hören oder zu sehen. Das ist der schwierigste Teil eigentlich, das wirklich stehen und liegen zu lassen“ (Nr.4 S.2 Z.46-48)</i>	
	Unterlassung, sich zu bewerben (Job, Sportverein) aufgrund pessimistischer Einstellung und Angst vor Stigmatisierung <i>„Ich kenne Leute, die sich nicht trauen, irgendetwas Bestimmtes zu tun oder irgendwo hinzugehen, weil sie denken: Naja wenn ich erzähl, was ich hab, dann krieg' ich das sowieso nicht. Ob das jetzt ein Job ist oder ein Sportverein, wo er sich alleine nicht hin traut. Wenn sie erfahren, was ich habe, dann... So diese Schüchternheit, dass man das nicht erzählen mag oder Angst davor hat, dass andere einen stigmatisieren.“ (Nr.2 S.6 Z.213-217)</i>	Nr.2 S.6 Z.213-217
	Aufgrund von Angst um den Job wird Krankheit verschwiegen <i>„...auch im Job, wenn man es nicht erzählt. Da weiß man ja eigentlich nicht, wie sie reagieren, aber man denkt, das war es dann – weg, Sie brauchen wir nicht mehr.“ (Nr.2 S.8 Z.297-298)</i>	Nr.2 S.6 Z.217-219
	antizipierte Stigmatisierung wird als ein häufiges Problem unter Betroffenen eingestuft	Nr.2 S.8 Z.294-295
	Eine meist negative Einstellung der Betroffenen in Bezug auf ihr soziales Umfeld, was Betroffenen selbst nicht unbedingt bewusst ist, wird vermutet	Nr.2 S.8-9 Z.299-303
	Betroffene verhalten sich eher vorsichtig und ängstlich und vermeiden es, über ihre Erkrankung zu sprechen, weil sie meinen, andere könnten ohnehin nicht damit umgehen	Nr.3 S.7 Z.277-280
	Betroffene nehmen Signale von außen verstärkt wahr <i>„Und man selber ist aber so hellhörig bei dem Thema, dass man das zehnmal verstärkt reinnimmt. Und das ist die eigentliche zweite Krankheit.“ (Nr.3 S.13 Z.517-518)</i>	Nr.3 S.13 Z.517-518
	Aufgrund der antizipierten Stigmatisierung ziehen sich Betroffene von der Gesellschaft zurück <i>„Also Rückzugsverhalten, Vermeidungsverhalten sind so Stichworte und wenn ich mich bewusst rausziehe aus der Gesellschaft, Familie, Freundeskreis, dann bin ich nicht mehr vorhanden, dann gebe ich mich auf. Und die Folge davon ist, ich bin aufgegeben, ich hab' mich aufgegeben und rutsche erst recht in die Krankheit rein. Und das ist eine Sache, die sich fast aus sich selbst heraus bedingt.“ (Nr.3 S.13 Z.520-524)</i>	Nr.3 S.13 Z.520-524

Kategorie: Strukturelle Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe strukturelle Stigmatisierung	Schlimme Psychiatrieerfahrungen, die nicht aufgearbeitet wurden/werden <i>„Das war das Trauma ihres Lebens, wie sie in der Psychiatrie behandelt wurden.“ (Nr.1 S.8 Z.287-288)</i> <i>„Man fühlt sich unfassbar hilflos in so einer Situation und gedemütigt und entrechtet. Das muss möglichst bald aufgearbeitet werden. (...) Ich würde sagen, es gehört sich halt zu sagen, hey, wir wollten dich</i>	Nr.1 S.8 Z.284-291

	<i>nicht kränken, wir wussten nicht, was wir sonst tun sollten, und dass man sich Zeit nimmt.“ (Nr.1 S.8 Z.300-301)</i>	
	Betroffene werden teilweise gegen den Willen in eine Psychiatrie gebracht, wo sie gefesselt werden und Medikamente verabreicht bekommen	Nr.1 S.8 Z.313-314
	Stigmatisierung in der Psychiatrie wird als schlimmer empfunden als die Stigmatisierung von der Außenwelt, weil die Leute in einer Psychiatrie eigentlich geschult sein müssten	Nr.5 S.2 Z.79-82
	Betroffene erleben teilweise eine totale Entmündigung und völlige Respektlosigkeit in Psychiatrien, wobei der Wahn selbst selten thematisiert wird	Nr.5 S.2 Z.84-85
	Es gibt einige Dinge im Psychiatriegesetz, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung rechtloser machen	Nr.5 S.7-8 Z.289-291
	Das Kämpfen um eigene Rechte macht irgendwann müde und kann Betroffene in die Erkrankung zurück bringen	Nr.5 S.8 Z.303-304
	Die PflegerInnen in den Psychiatrien kümmern sich teilweise nicht richtig	Nr.5 S.9 Z.334-336
	Statt die Wahngeschichten zu entschlüsseln, werden Betroffene lediglich ruhiggestellt.	Nr.5 S.9 Z.343-347
	Strukturelle Diskriminierung von allgemein psychischen Erkrankungen: Mehr konkrete Unterstützung im eigenen Bereich ist notwendig wie z.B. in Form von professioneller Begleitung zurück in den Beruf als Erklärungsstütze und Integrationshilfe	Nr.4 S.9 Z.357-366
	Angebote während stationärem Aufenthalt sind eher rückläufig und der sozialpsychiatrische Gedanke im Rückschritt begriffen <i>„Die Zeiten, die Menschen zur Verfügung haben, um stationär etwas dazulernen und auch die Angebote sind eher rückläufig. Und es ist leider so, dass dieser sozialpsychiatrische Gedanke, der dazu führt, Menschen gute Angebote zu machen, selbstständig zu sein, eher etwas im Rückschritt begriffen ist. Ein guter Weg sind noch immer psycho-edukative oder Unterstützungen von Lernprogrammen aus dem verhaltenstherapeutischen Bereich.“ (Nr.4 S.10 Z.373-377)</i>	Nr.4 S.10 Z.373-377
	Zu kurze tagesklinische Aufenthaltszeiten. Der Trend in die zunehmend medikamentöse Richtung wird kritisiert. Es wird lediglich das „Funktionieren“ gefördert, indem die Symptome zurückgedrängt werden, ohne wirklich die Möglichkeiten zu verbessern <i>„Und die tagesklinischen Aufenthalte von 6 Wochen bis 12 sind auch meistens relativ knapp für diejenigen, die mit einem Bild dahin kommen, wo wirklich was dazu muss an Möglichkeiten, um wieder gut in sozialem Kontakt zu sein. Ich denke, es wird im Moment schwieriger und es wird derzeit eher wieder medikamentöser, was nicht der Bereich ist, den ich für gut halte. Aber die verkürzten Liegezeiten führen dazu, das „funktionieren“ zu fördern. Die Symptome zurückzudrängen, aber nicht unbedingt dadurch die Möglichkeiten zu verbessern. Also ich bin da eher skeptisch.“ (Nr.4 S.10 Z.382-388)</i>	Nr.4 S.10 Z.382-388
	Stigmatisierung durch Medien bei Straftaten von psychisch kranken Menschen <i>„...wenn man einen Zeitungsartikel liest meinerwegen und da ist ein Verbrechen geschehen. Und da wird gesagt, derjenige war psychisch krank oder derjenige hatte die Bipolare Störung. Das wird ja auch manchmal so beschrieben. Und dann denkt man, muss das so genau geschrieben werden?“ (Nr.2 S.3 Z.87-90)</i>	Nr.2 S.3 Z.87-90

	Lange Wartezeiten für einen Platz in der Tagesklinik oder im Krankenhaus	Nr.2 S.9 Z.333-336
	Es ist nicht so einfach, den/die ArztIn zu wechseln	Nr.2 S.10 Z.343-346
	Gesellschaftliche Ansprüche wie Leistung und das Aufrechterhalten einer Familie setzen Betroffene unter Druck <i>„...es gibt Drogenproblematik und es gibt Medikamentenmissbrauch in der Gesellschaft ganz weit verbreitet, aber speziell auch bei Bipolaren, weil die versuchen, sich auf die Reihe zu kriegen und funktionsfähig zu sein. Ich muss funktionieren, ich muss eine Familie aufrechterhalten, ich will vorankommen und die Ansprüche sind eben so groß an einem normal Gesunden schon, dass es schon an die Grenze bei vielen geht – bis hin zum Burnout.“ (Nr.3 S.4 Z.149-154)</i>	Nr.3 S.4 Z.149-154
	Krankenkassen und Firmen möchten Betroffene aus dem Arbeitsmarkt rauswerfen <i>„Das Problem ist, dass die Krankenkassen, die Firmen usw. am liebsten diese Leute rausnehmen aus dem Arbeitsprozess und frühverrenten, um das Problem los zu sein.“ (Nr.3 S.10 Z.423-424)</i>	Nr.3 S.10 Z.423-424
	Betroffene StudentInnen stehen sehr unter Leistungsdruck, verstecken ihre Krankheit und möchten trotz eingeschränkter Gedächtnisleistung aufgrund der Krankheit funktionieren	Nr.3 S.11 Z.457-460
	Zu lange Wartezeiten für eine Psychotherapie (teilweise 1,5 Jahre, aber im Durchschnitt 6 Monate)	Nr.3 S.11-12 Z.466-471
	Teilweise berichten Betroffene von sehr negativen Erfahrungen mit PsychotherapeutInnen <i>„Über Psychotherapeuten habe ich in der Gruppe von Fällen gehört, abenteuerlich, ein Maniker, also bipolar mit manischen Zügen überwiegend, Alkoholiker. Da hat sie gesagt: Alkoholismus können Sie auch durch die Krankenkasse sonstwie durch eine Kur behandeln lassen, mach' ich nicht. Und Maniker kann man nicht heilen. Tschüss.“ (Nr.3 S.12 Z.483-487)</i>	Nr.3 S.12 Z.483-487
	PsychiaterInnen verschreiben zu viele Medikamente und sind überfordert <i>„Sehr viele Psychiater sind einfach auch überfordert oder genervt und verschreiben einfach Medikamente ohne Ende.“ (Nr.3 S.12 Z.491-492)</i> <i>„Er hat alle in der Gruppe durchgeguckt, gefragt, was kriegen Sie, wieviel, seit wann. In zwei Drittel der Fälle war es so, dass sie alle übermedikamentiert waren, zu viel bekamen und zwar, weil es die Klinik irgendwann mal verschrieben hat. Dann kommen sie mit irgendeinem Mittel z.B. mit 800 mg, kämen aber mit 150 mg aus im Normalfall, wenn sie die Krise hinter sich haben. Nicht viele Ärzte trauen sich dann, runterzufahren, weil die Klinik hat das ja so vorgegeben. (...) Das ist eine Notfallmedikation gewesen, in der schlimmsten Krise verordnet worden, damit er mal ein paar Wochen Ruhe bekommt, dann wieder ansprechbar wird. So rennen viele durch die Gegend und kriegen einfach zu viel in den Kopf gedröhnt. So laufen sie alle rum. Also das Problem sprechen auch die Ärzte immer wieder an, dass die eigenen Kollegen zum Teil einfach nicht wissen, was sie tun. Es wird also auch von Fachleuten von der Branche moniert und daran arbeitet auch die DGBS. Aber dazu muss der Arzt ansprechbar sein und lernfähig sein und es muss ihm bewusst sein, dass es das Problem gibt.“ (Nr.3 S.12 Z.493-505)</i>	Nr.3 S.12 Z.491-505

	Betroffene machen sowohl positive als auch negative Erfahrungen im Krankenhaus	Nr.2 S.10 Z.361-363
	Die vorhandenen Aktionen zur Entstigmatisierung sind nicht wirklich dauerhaft und verpuffen	Nr.3 S.11 Z.447-453
Positive strukturelle Gegebenheiten	Durch Schwerbehindertenausweise sind Betroffene vor Kündigung besser geschützt, haben mehr Urlaub und die Firma wird steuerlich bevorzugt	Nr.3 S.10-11 Z.425-435
	Geschäfte unter Manie und Depression können rückabgewickelt werden	Nr.3 S.15 Z.607-609

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen: Öffentliche Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hilfreiche Strategie	Bei Kränkungen hilft es, die Sache umzukehren und in Gedanken Schimpfwörter für die Person zu benutzen, um den eigenen Selbstwert zu stabilisieren	Nr.1 S.4 Z.122-128
	Bewusste und radikale Selbstakzeptanz hilft bei negativen Erfahrungen umzugehen <i>„Was ich außerdem sehr gut finde – nicht nur ich – ist bewusste oder radikale Selbstakzeptanz. Also sich wirklich selbst zu sagen, gerade wenn man in einer Krise ist und Selbstzweifel hat – in einer Krise hat man immer Selbstzweifel –, dass man sich ganz klar sagt: Hey, ich hab' mich gern und ich steh' zu mir oder ich bin für mich da!“ (Nr.1 S.4 Z.142-145)</i>	Nr.1 S.4 Z.142-145
	Im Umgang mit negativen Erfahrungen benötigen Betroffene ein stabiles Selbstbewusstsein <i>„Es fällt immer wieder schwer, damit umzugehen und es kommt auch drauf an, wie selbstbewusst ich bin, es zu zeigen oder auch nicht zu zeigen und zu sagen, ich bin jetzt bisschen anders, aber ich bin deswegen nicht weg aus dem Kopf oder ich habe einen anderen Draht für mich, ich bin ein bisschen anders, oder weiß mehr für mich, kann mehr für mich tun auch. Aber deswegen bin ich nicht kein Mensch mehr. Ich bin nicht exkludiert und bin immer noch inkludiert. Bloß dieses Selbstbewusstsein haben Menschen nicht von vornherein, aber auch nicht unbedingt in der Situation, wenn sie es vielleicht nicht sofort entwickeln können. Das dauert ja eine Weile.“ (Nr.4 S.4-5 Z.160-167)</i>	Nr.4 S.4-5 Z.160-167
	Empfehlung, ausschließlich Menschen, die Betroffene länger kennen und denen vertraut wird, von der Erkrankung zu erzählen	Nr.1 S.1 Z.27-28
	Wenn Betroffene merken, sie können ihre Arbeit genauso weiter ausführen wie vorher, dann wird empfohlen, im Arbeitsumfeld die Krankheit geheim zu halten	Nr.2 S.4 Z.116-121
	Menschen, die Wissen über psychische Erkrankungen haben, können Betroffene davon erzählen	Nr.1 S.1 Z.30-33
	Die Konzentration auf das eigene Leben und geringerer Kontakt hilft, um mit der öffentlichen Stigmatisierung umzugehen	Nr.5 S.4 Z.156-159
	Dialog mit einem Fachmann, den Betroffenen und den Angehörigen wird empfohlen	Nr.5 S.9 Z.353-354
	Manchmal können Betroffene selbst den Kontaktabbruch mit engen Kontakten vermeiden	Nr.4 S.4 Z.139-141
	Aktives Informieren z.B. mithilfe von Broschüren wird gegen Stigmatisierung empfohlen	Nr.2 S.4 Z.130-133

	Sich selbst mit der Krankheit zu beschäftigen, hilft im Umgang mit öffentlicher Stigmatisierung	Nr.2 S.4 Z.142-143
	Zur Vermeidung von Stigmatisierung wird Betroffenen geraten, bei der Bewerbung ihre Krankheit zu verschweigen	Nr.2 S.9 Z.314-316
Hilfreiche Ressourcen	Inhalte einer Psychoedukation helfen bei negativen Erfahrungen	Nr.1 S.4 Z.138-141
	FreundInnen, die Betroffene nicht als Kranke sehen und sie nicht fallen lassen, stellen bei Stigmatisierungserfahrungen eine wichtige Ressource dar	Nr.5 S.4 Z.165-168
	Die Selbsthilfegruppe ist eine wichtige Ressource gegen die Stigmatisierung, weil Betroffene da nichts zu erklären brauchen, da die TeilnehmerInnen alle ähnliche Erfahrungen haben und besser nachvollziehen können, was sie durchmachen <i>„...es gehört ja auch dazu, innerhalb seiner eigenen Gruppe der psychisch Behinderten unterwegs zu sein. Deswegen bin ich auch immer in Selbsthilfegruppen auch gewesen und hab' mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen einfach geredet. Und da ist die Akzeptanz sowieso da. Keiner muss jemand anderem erklären, ich hab' dies oder jenes oder sonst was. Das funktioniert mehr oder weniger von allein auf einer akzeptierten Ebene. Da muss man nicht viel tun.“ (Nr.4 S.2 Z.63-68)</i> <i>„Selbstbewusstsein ist ja so ein Ding, was eher von innen kommt, aber auch von außen eine Stütze braucht.“ (Nr.4 S.5 Z.176-177)</i>	Nr.4 S.2 Z.63-68 Nr.4 S.5 Z.201-205
	Die Natur, Ruhe und eigene Interessen stellen alle Ressourcen dar, um mit negativen Erfahrungen umzugehen	Nr.5 S.5 Z.205-207
	Professionelle Hilfe von PsychologInnen, Menschen aus dem ärztlichen Bereich, Menschen, die einem wohlgesonnen sind, sind wichtige Ressourcen	Nr.4 S.5 Z.174-175
	Zur Bewältigung von öffentlicher Stigmatisierung ist der Austausch in der Selbsthilfegruppe ganz wichtig, in der Betroffene sich gegenseitig Anregung zur Bewältigung geben	Nr.2 S.4 Z.139-141
	Die Betroffenen sehen die Selbsthilfegruppe zum Teil als eine zweite Familie oder Familienersatz und können sich dort öffnen <i>„Und hier kommen die Leute in die Gruppe und sagen, endlich kann ich mal in Ruhe erzählen, wie es mir geht. Da hört man mir zu, wie es den anderen so geht und stellt fest, ich bin ja nicht alleine. Dieser Aspekt ist lebensrettend in vielen Fällen.“ (Nr.3 S.1 Z.42-44)</i>	Nr.3 S.1 Z.38-44

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen: Selbststigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hilfreiche Strategie	Betroffene sollten ihre Hobbies weiterhin genauso ausüben, um zu erkennen, dass sie es auch mit der Krankheit können um der Selbststigmatisierung vorzubeugen	Nr.2 S.8 Z.267-270
	Viele Menschen fahren besser damit, sich nicht zu sehr mit der Erkrankung zu identifizieren	Nr.1 S.4-5 Z.160-163
	Selbstakzeptanz verringert die Selbststigmatisierung	Nr.1 S.6 Z.231-233

	Eine gewisse Bereitschaft seitens der Betroffenen ist notwendig, um die Selbststigmatisierung zu bewältigen	Nr.1 S.7 Z.244-249
	Um die Selbststigmatisierung zu vermeiden, sollten Betroffene lernen, sich vorbehaltlos zu lieben und sich anzunehmen. <i>„Das ist eine allgemein menschliche Geschichte, dass wir alle nicht wirklich lernen, uns selbst vorbehaltlos zu lieben. Also uns anzunehmen, mit all dem, was wir sind, in der Dunkelheit und im Licht, weil wir sind beides“ (Nr.5 S.6 Z.233-235)</i>	Nr.5 S.6 Z.233-235
	Selbststigmatisierung können Betroffene nur selbst bewältigen, indem sie sich in ihrer Identität wiederfinden und sich selbst akzeptiert	Nr.4 S.3 Z.86-92
	Aktive Auseinandersetzung von Betroffenen statt hilfloser Akzeptanz von Stigmata <i>„Und je mehr sich die Leute darauf einlassen zu sagen, hier ist was woran ich arbeiten kann und das ist etwas, was ich erstmal annehme als Plattform. Je mehr das im Bewusstsein ist, desto leichter ist es, was zu tun. Das kommt aber nicht sofort, der Prozess.“ (Nr.4 S.8 Z.305-308)</i>	Nr.4 S.7 Z.262-272
	In sich hineinschauen (reflektieren), um die Möglichkeiten und Unmöglichkeiten zu sehen <i>„Das mein‘ ich mit Introspektion, also in sich hineinzuschauen und zu gucken, was ist denn da und wo sind die Möglichkeiten und wo sind die Unmöglichkeiten. (...) Da ist nicht unbedingt nur was krank, sondern das, was ich vielleicht als krank bezeichnet hab‘, hat ja auch Chancen in sich drin.“ (Nr.4 S.7 Z.285-289)</i>	Nr.4 S.7 Z.285-289
	Betroffene sollen Stigma nicht als ein Außenleben betrachten, sondern von innen. Sie dürfen ihre Andersartigkeit keineswegs als negativ betrachten, sondern lediglich als anders.	Nr.4 S.11 Z.416-424
	Zur Vermeidung von Selbststigmatisierung sollten sich Betroffene über die Krankheit informieren	Nr.2 S.8 Z.274-275
Hilfreiche Ressourcen	Teilnahme an Selbsthilfegruppe verringert die Selbststigmatisierung <i>„Also ich glaube, diejenigen, die zu einer Selbsthilfegruppe gehen, beschäftigen sich damit. Und kommen früher oder später auf den Gedanken: Hey, wie sehr mach‘ ich mich selber fertig, wie sehr schadet es mir, dass ich mir selbst dieses Stigma gebe.“ (Nr.1 S.6 Z.238-240)</i> <i>„Stigmatisierung ist ja nicht nur etwas von außen. Wir sind ja im ständigen Wechselspiel. Es gibt diesen Spruch: Die Welt ist wie ein Spiegel, lächele hinein und sie lächelt zurück. Also so wie ich mich gebe, wie ich auftrete, wie ich auch selbstbewusst bin, selbstbewusst mit meiner Erkrankung umgehe.“ (Nr.5 S.5 Z.180-183)</i>	Nr.1 S.6 Z.237-239 Nr.5 S.5 Z.180-183
	Selbsthilfegruppe trägt dazu bei zu erkennen, dass man nicht der Einzige ist <i>„Für mich z.B. war es das erste Mal in meinem Leben, dass ich jemandem gegenüber saß, der dieselbe Erkrankung hat wie ich. Und ich hab‘ mich unheimlich schnell mit den Leuten verbunden gefühlt. Wenn man sich durch irgendein Merkmal von den meisten Menschen in seiner Umgebung unterscheidet, dann tut es gut, jemanden, der das gleiche Merkmal hat, zumindest mal zu sehen, um zu sagen: Hey, ich bin nicht der einzige. Oder was für mich wahnsinnig toll war: Ich war ziemlich depressiv und ich war mir sicher, dass ich nie einen Beruf haben könnte und dass ich nie Familie haben werde. Und dann</i>	Nr.1 S.5 Z.166-168

	<i>hab' ich auf einen Schlag gesehen, da sind Menschen neben mir, die haben die gleiche Erkrankung und die haben auch mindestens so schwere Phasen mitgemacht. Die erzählen aber von ihrer Ausbildung, von ihrem Studium, von ihrem Beruf, von ihrer Frau, von ihrem Freund, von ihren Kindern. Einfach mal zu sehen, wie andere Leute mit ihrer Erkrankung leben können und gut leben können, das ist eine unheimlich wichtige Erfahrung.“ (Nr.1 S.5 Z.165-176)</i>	
	Ein Stigma funktioniert nur dann, wenn jemand es für sich als solches akzeptiert, und diesen Prozess können Betroffene gemeinsam in einer Selbsthilfegruppe gut umkehren und auf den guten Weg bringen <i>„Ein Stigma funktioniert nur dann, wenn jemand es auch für sich als solches akzeptiert. Ich hab' keine Wunde mehr, ich hatte sie aber. Und diesen Prozess umzukehren und auf den neuen Weg zu bringen, ist das, was man auch gemeinsam in Gruppen, Selbsthilfegruppen miteinander gut auf den Weg bringen kann.“ (Nr.4 S.6 Z.210-213)</i> <i>„... dieses Thema Stigma, Wunde, Wundmal, ist ja eine von außen induzierte Erscheinung, um es mal neutral zu sagen. Eine von außen induzierte Erscheinung ist das Thema Stigma für den, der das von außen hineinbekommt aus dem gesellschaftlich antizipierten Bereich. In Wirklichkeit aber ist es ja auch nur dann wirksam, wenn jemand, der ein Stigma zugetan oder zugeschoben bekommt, das für sich als Stigma annimmt, sonst nicht.“ (Nr.4 S.5 Z.199-204)</i>	Nr.4 S.6 Z.210-213
	Thema Selbststigmatisierung in Therapien ansprechen und behandeln, um damit umzugehen	Nr.1 S.7 Z.249-257
	Hohes Bildungsniveau bei Betroffenen vereinfacht ihnen den Umgang <i>„... die Lernfähigkeit, die Möglichkeit sich selber zu reflektieren, Retrospektion und das, was dazu gehört in sozialem Kontakt mit anderen Menschen, ist wirklich wichtig. Und das höhere Bildungsniveau spielt einfach eine Rolle da an der Stelle.“ (Nr.4 S.6 Z.240-242)</i>	Nr.4 S.6 Z.235-242
	Nahe soziale Gruppen wie Familie oder Freunde können auch dazu verhelfen, Stigmata unwirksam zu machen	Nr.4 S.6 Z.215-218

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen: Antizipierte Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hilfreiche Strategien	Aufbau eines gesunden bzw. überdurchschnittlichen Selbstwertgefühls hilft gegen antizipierte Stigmatisierung <i>„Der Aufbau von einem gesunden oder vielleicht sogar überdurchschnittlichen Selbstbewusstsein - also ich meine jetzt Selbstwertgefühl – also dass man einfach so einen guten Stand hat und sagt: Hey, passt alles, oder es passt nicht alles, aber ich bin trotzdem ok.“ (Nr.1 S.7 Z.277-280)</i>	Nr.1 S.7 Z.277-280
	Empfehlung zur Bewältigung der antizipierten Stigmatisierung in die Selbstliebe zu gehen und sich vorbehaltlos zu lieben <i>„Oft bilden wir uns ein, wir lieben uns, aber wir lieben uns nicht vorbehaltlos. Wir lieben uns genauso, wie wir es erfahren haben, wenn wir gewisse Dinge erfüllen. Das und das und dann kann ich mich lieben. Wenn ich dem und dem entspreche, dann kann ich mich lieben. Nein! Wichtig ist wirklich, mich einfach so zu lieben.“ (Nr.5 S.7 Z.266-269)</i>	Nr.5 S.7 Z.265-269

Hilfreiche Ressourcen	Die antizipierte Stigmatisierung kann in einer Psychotherapie gut behandelt werden	Nr.2 S.9 Z.304-307
	Die Selbsthilfegruppe stellt eine wichtige Ressource gegen die antizipierte Stigmatisierung dar, da Betroffene sich in diesem Rahmen gegenseitig Tipps und Hinweise geben können „Indem man sich gegenseitig in so einer Gruppe z.B. aufbaut, sich Tipps gibt. Das funktioniert wunderbar, in den meisten Fällen. Dass man die Geschichte anhört, alle tun ihre Erfahrungen dazu. Am Ende kommt ein Bündel von Möglichkeiten raus, von Tipps, die derjenige aufnimmt, dann durch den Kopf rieseln lässt und da sind bestimmt einige Dinge dabei. Er geht auf jeden Fall gestärkt raus. Man gibt Hinweise, wie verhalte ich mich im Betrieb? Was kann ich tun? Über-spitze ich das Problem in meinem Kopf? Es hat sich oft ergeben, dass man das selber viel zu drastisch gesehen hat, dass die Realität ganz anders aussah. Einer hat gedacht, die wollen mich rausschmeißen. Im Gegenteil, der Chef wollte ihn halten, hat einen Betriebsrat dazu geholt, runder Tisch. Um Gottes willen, die haben mich da vor den roten Tisch zitiert. Die wollen mich kaputt machen. Nein! Nein! Völlig falsch gesehen.“ (Nr.3 S.13 Z.526-534)	Nr.3 S.13 Z.526-534

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen: Strukturelle Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenan-gabe
Hilfreiche Strategie	Schlimme Psychiatrieerfahrungen sollten während des Aufenthalts aufgearbeitet werden	Nr.1 S.8 Z.308-311
Hilfreiche Ressourcen	Es ist hilfreich, über Psychiatrieerfahrungen in der Selbsthilfegruppe zu sprechen „Ich hab' schon gesehen, dass andere Erkrankte, die hier zum ersten Mal darüber erzählen konnten (...) da hab' ich schon wirklich erlebt, dass manche Erkrankte echt echt glücklich darüber waren, das mal loswerden zu können in so einem geschützten Rahmen.“ (Nr.1 S.8 Z.317-324)	Nr.1 S.8 Z.316-323
	Hartnäckiges Vorgehen, um strukturelle Stigmatisierung zu bewältigen, wird empfohlen	Nr.2 S.10 Z.370-372

16.6.2 Das problemzentrierte Interview

Kategorie: Öffentliche Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenan- gabe
Hohe öffentliche Stigmatisierung	Schwestern schickten Betroffenen unfreiwillig über das Amtsgericht in die Betreuung, wobei der/die Betroffene keine Möglichkeit hatte, sich dagegen zu wehren „Ich hab' ganz einfach die Erfahrung gemacht, dass, solange man von der Erkrankung nichts wusste und es nicht zum Vorschein kam, das Problem erstmal nicht vorhanden war.“ (Nr.6 S.1 Z.5-6)	Nr.6 S.1 Z.5-15
	Die Leute haben Angst vor Betroffenen „Und ich habe eben festgestellt, dass bei solchen Erkrankungen, wenn es um Psyche geht, dann wird sofort die Angstsschnur gefahren, also die Angst, der könnte ja was Schlimmes machen.“ (Nr.6 S.1 Z.29-31)	Nr.6 S.1 Z.29-31
	Kein Familienmitglied stand hinter dem/der Betroffenen	Nr.6 S.2 Z.52-53
	Distanziertes Verhalten von Bekannten	Nr.6 S.2 Z.67
	„Schlimmste Erfahrung“ war, dass jemand das nicht ganz versteht und deshalb nicht viel dazu sagt	Nr.7 S3 Z.113-114
	Die älteren Leute im näheren familiären Umfeld verstanden nicht, dass der/die Betroffene nicht aus der Laune heraus handelt, sondern dass das eine Krankheit ist	Nr.8 S.1 Z.6-12
	Der/die Betroffene hat Verständnislosigkeit am Anfang durch die eigenen Kinder erfahren, welche sich durch eine gewisse Ablehnung äußerte. Dies verbesserte sich jedoch, als sie sich über die Krankheit informierten. „Also die Ablehnung war zuerst ein bisschen da, aber wenn sie sich damit etwas befasst haben und im Internet nachgelesen haben, dann haben sie viele Sachen auch so gesehen und konnten besser damit umgehen.“ (Nr.8 S.1 Z.16-18)	Nr.8 S.1 Z.13-18
	Der/die Betroffene hat die Krankheit bei der Arbeit ziemlich offen gehandhabt und hört deshalb manchmal Sprüche von den KollegInnen, was manchmal als nervend empfunden wird „Wenn jetzt irgendwas schief läuft oder irgendwas stressig ist in der Firma, dann sagen sie: Gib mir mal eine Pille von dir! Das sind z.B. diese Sprüche, die ich dauernd hab'. Oder: Dir macht das ja nichts aus, du hast ja deine Tabletten! Ganz oft krieg' ich das zu hören.“ (Nr.8 S.2 Z.51-54)	Nr.8 S.2 Z.50-54
	Menschen haben Angst, wenn viele Betroffene in einer Veranstaltung zusammenkommen „Ich habe z.B. gesagt, ich lade zu meinem fünfzigsten Geburtstag alle ein, die hier in der Selbsthilfegruppe sind. Und dann wäre das ja im Restaurant. Dann haben da welche zu mir gesagt, was haben wir denn mit deinen Leuten da zu tun. Das ist risikoreich, die kannst du ja alle gar nicht unter Kontrolle halten“ (Nr.8 S.6 Z.220-223)	Nr.8 S.6 Z.220-223
	Beruf musste aufgegeben werden	Nr.9 S.1 Z.10-11

	<p>Die Leute verstehen nicht, wieso Betroffene ins Krankenhaus gehen, ohne eine körperliche Beschwerde zu haben</p> <p><i>„...warum ist die jetzt eben halt im Krankenhaus, die hat doch nichts, ist doch kein gebrochener Arm oder gebrochenes Bein oder Diabetes oder sonst irgendwas und kann ja nicht angehen und wieso und weshalb und warum. Die hat doch ein Haus und hat zwei gesunde Kinder und hat keine finanziellen Sorgen...“ (Nr.9 S.1 Z.18-21)</i></p>	Nr.9 S.1 Z.18-21
	<p>In einem Dorf mit wenig Einwohnern wird viel geredet und getratscht und Anonymität wie in einer Stadt ist nicht gegeben</p> <p><i>„Jeder hat irgendwas dazu zu sagen und dann kommen nachher ganz andere blöde Sachen raus. Das hat am Anfang ganz schön wehgetan. Weil ich kann ja auch nichts für meine Krankheit, ich hab' es mir auch nicht ausgesucht. Wenn ich jetzt Diabetes hätte oder ich hätte Epilepsie, wenn ich solche Sachen hätte, dann würden alle sagen: Oh Gott, das ist ja alles ganz schlimm.“ (Nr.9 S.3 Z.103-104)</i></p>	Nr.9 S.1 Z.25-27
	<p>Stigmatisierungserfahrung bei der Bewerbung um einen ehrenamtlichen Job</p> <p><i>„...ich hatte mich auch zeitlich, als die Betreuung vorbei war, um einen ehrenamtlichen Job beworben. Dort wurde mir dann unter der Hand relativ unverblümt gesagt und sogar geschrieben, aber das konnte niemandem zugeordnet werden, dass man mit psychisch kranken Leuten im Ehrenamt nichts zu tun haben will.“ (Nr.6 S.1 Z.21-25)</i></p>	Nr.6 S.1 Z.21-25
	<p>Medien tragen zu einem negativen Bild bei, indem sie diese Erkrankungen immer in Zusammenhang mit Mord, Totschlag etc. erwähnen</p>	Nr.8 S.8 Z.293-298
	<p>Viele Menschen können nichts mit der Bipolaren Störung anfangen und haben kein Wissen darüber</p> <p><i>„...die meisten wissen gar nicht, was das ist. Eben manisch-depressiv, dann wissen sie trotzdem nicht, was manisch-depressiv ist. Depressiv ja, Depressionen wissen viele mit was anzufangen aber was ist manisch? Und das ist eben halt schwierig.“ (Nr.9 S.4 Z.121-124)</i></p>	Nr.9 S.4 Z.121-124
	<p>Wenn Betroffene zufällig ein Gespräch von Leuten mitbekommen, wo z.B. über Depressionen gesprochen wird und falsche Aussagen gemacht werden, ist es für Betroffene belastend, da diese sich selbst angegriffen fühlen</p>	Nr.10 S.2 Z.72-76
	<p>Aussage von der Tante während einer depressiven Phase, sie könne ja raus in die Sonne, da das immer guttue, wurde als sehr belastend empfunden.</p> <p><i>„Da hab' ich halt gemeint, es geht mir nicht gut und ich weiß nicht, ob ich kommen kann. Und da hat sie zu mir gesagt: Ja, ihr könnt ja dann rausgehen an die Sonne, das tut immer gut, wenn man depressiv ist. Und das war so dieses Einmaleins, sowas sagt man nicht zu jemandem, der depressiv ist. Aber die wissen es halt auch nicht.“ (Nr.10 S.3 Z.83-86)</i></p>	Nr.10 S.3 Z.77-89
	<p>Durch das Bild, das die Mitmenschen von der/dem Betroffenen haben oder den Erwartungen, die sie an sie stellen, fühlt sich der/die Betroffene stigmatisiert und in eine Ecke gedrängt</p> <p><i>„...ich hab' manchmal das Gefühl, ich werde stigmatisiert in dem Bild,</i></p>	Nr.10 S.3 Z.89-105

	<p>was die Leute gern von mir noch hätten. (...) Also dass es ganz klar ist, ich habe gewisse Grenzen und muss die auch ziehen. Und da ist es im größeren Verwandtschaftsumfeld und manchmal auch bei Freunden so, dass es dann nicht mehr passt zu meinem Bild. (...) Dass sie viel erwarten oder ich zumindest das Gefühl hab', dass sie viel erwarten. Und dass manchmal auch so Kommentare kommen wie: Krass jetzt ist ein Jahr rum und man merkt, dass du wieder die Alte wirst. Und in dem Moment denke ich: Ne! Oder ich sag' das auch, das kann ich nicht rausschneiden aus meinem Leben so die letzte Phase, die ich hatte, und dieses letzte Jahr. Dann fühle ich mich schon wieder in so eine Ecke gedrängt. Also meine Persönlichkeit praktisch. (...) Dann ist das andere nicht mehr so groß und die Erkrankung vielleicht nicht mehr so wichtig, was ja auch gut ist. Ist ja auch nur ein gewisser Teil, aber dann ist sie weg. Es sind aber trotzdem Dinge, die ich beachten muss, auch wenn eine gesunde Phase da ist.“ (Nr.10 S.3 Z.89-105)</p>	
	<p>Es verletzt der/die Betroffene mehr, wenn eine persönliche Beziehung zu der stigmatisierenden Person vorhanden ist</p> <p>„Es hat mich eher verletzt, dass sie das war, dass die persönliche Beziehung da war und sie das dann so zu mir gesagt hat. (...) Bei mir ist es auf jeden Fall schwieriger, wenn ich eine persönliche Bindung hab' und dann so etwas kommt.“ (Nr.10 S.9 Z.323-327)</p>	Nr.10 S.9 Z.323-327
	<p>Betroffene/r empfindet eine Stigmatisierung aus dem sozialen Umfeld, wenn sie aufgrund der Krankheit und in Kombination mit den Medikamenten keinen Alkohol zu sich nimmt</p>	Nr.10 S.11 Z.409
	<p>Im Arbeitsumfeld werden Betroffene nur toleriert, solange nichts passiert, was jemanden in Gefahr bringt oder was das Ansehen der Firma gefährdet</p> <p>„Ich glaub', wenn da mal richtig etwas passiert, dann ist man auch den Job los, weil dieses Einverständnis und dieses Dafürhalten geht nur bis zu einem gewissen Punkt. Wenn dadurch jemand anderes in Gefahr kommt oder das Ansehen der Firma geschädigt wird. In dem Moment trennen die sich lieber von dem Mitarbeiter.“ (Nr.8 S.4 Z.142-145)</p>	Nr.8 S.4 Z.142-145
Voraussetzungen für positive Erfahrungen inklusive positive Erfahrungsberichte	<p>Art und Weise, wie der/die Betroffene sich selbst mit seiner/ihrer Erkrankung sieht, ob er/sie es als Chance oder als etwas ganz Schlimmes wahrnimmt und wie er/sie damit umgeht, hat Einfluss auf seine/ihre Interaktion mit seinem/ihrer sozialen Umfeld.</p>	Nr.7 S.1 Z.6-8
	<p>Durch selbstständige Tätigkeit haben Betroffene nicht das Problem der Stigmatisierung im Arbeitsumfeld</p>	Nr.6 S.3 Z.85-87
	<p>Positive Erfahrungen machen Betroffene mit Menschen, die detailliert nachfragen und Verständnis zeigen</p>	Nr.6 S.2 Z.70-72
	<p>Der/die Betroffene geht sehr offen mit der Erkrankung um und es fühlt sich so insgesamt besser an mit dem Umfeld</p> <p>„Konkret ist es eher so für mich, dass ich versuche, super super offen mit der ganzen Sache umzugehen, und hab' damit auch eigentlich ausschließlich positive Erfahrungen gemacht.“ (Nr.7 S.1 Z.11-13)</p>	Nr.7 S.1 Z.11-13
	<p>Keine negativen Auswirkungen der Erkrankungen auf die Beziehung zu FreundInnen und das Verhältnis zu FreundInnen hat sich sogar verbessert</p>	Nr.7 S.1 Z.13-17

	Viele Menschen kennen jemanden aus der Familie oder im Freundeskreis, der/die eine psychische Erkrankung hat, und haben dadurch Anhaltspunkte für ein richtiges Gespräch, in dem sie auch ihren Beitrag leisten können	Nr.7 S.1 Z.20-26
	Auch Leute, die niemanden mit einer ähnlichen Erkrankung kennen, legen den Fokus auf Gemeinsamkeiten, statt die Krankheit als eine Barriere zu betrachten	Nr.7 S.1 Z.26-32
	Vater hatte immer sehr großes Verständnis, weil er die Erfahrung schon bei seinen eigenen Eltern und anderen Familienmitgliedern gemacht hat. In Bezug auf die Erkrankung war er immer eine große Unterstützung, eine Vertrauensperson und sehr interessiert	Nr.7 S.1-2 Z.38-44
	Mutter will immer das Beste für den Betroffenen und ist sehr verständnisvoll aber kann ihm nicht wirklich helfen <i>„Für die Mama ist die Sache manchmal nicht so einfach zu verstehen. Die ist halt ganz liebevoll, nett und will nur das Beste für ihren Sohn und ihm irgendwie helfen. Trotzdem ist es nicht so einfach, wenn man einfach nie gewisse Sachen empfunden hat nachzuempfinden. Sie gibt sich da die beste Mühe und ist auch sehr verständnisvoll, aber so richtig helfen kann sie mir auf jeden Fall nicht, weil es einfach zu verschieden ist.“ (Nr.7 S.2 Z.46-50)</i>	Nr.7 S.2 Z.46-50
	Durch den Prozess, den Betroffene gemeinsam mit der Familie durchmachen, schweißen sie zusammen, was als eine schöne Erkenntnis gesehen wird. <i>„...Danke für das, was ihr mit mir gemacht habt. Gerade in der Zeit, wo es mir nicht so gut ging, wart ihr besonders für mich da. Also ich würde schon sagen, dass es ein starkes Indiz dafür ist, dass wir zusammengewachsen sind und es uns zusammenschweißt hat. Ist schon eine schöne Erkenntnis eigentlich.“ (Nr.7 S.2 Z.67-70)</i>	Nr.7 S.2 Z.59-70
	Ein Freund, den der/die Betroffene/n sehr lange kennt, hat zwar die akute Phase nicht richtig mitbekommen, aber hat ein offenes Ohr und nimmt den/die Betroffene/n so wie er/sie ist. <i>„Der hört sich das an und meint auch: Die Gedanken hab' ich auch öfter, die du so erzählst. Das ist ganz normal, mach' dir mal keinen Kopf. Er nimmt mich auf jeden Fall so wie ich bin mit allem.“ (Nr.7 S.2-3 Z.82-84)</i>	Nr.7 S.2-3 Z.77-86
	Bei einigen FreundInnen, die den/die Betroffene/n auch in akuten Phasen erlebt haben und auch in der Psychiatrie besuchten, empfindet er/sie es so, dass sie teilweise auch zusammenschweißt sind und sich die Freundschaft dadurch viel intensiver und stärker anfühlt <i>„Ich hab' ihm das auch so ein bisschen erklärt, dass ich mich teilweise schwer getan hab' mit den sozialen Kontakten und dass es sich manchmal dumpf und komisch anfühlt. Und dass ich manchmal nicht so ein guter Freund sein kann, wie ich gerne sein wollen würde. Ich glaube, auch ohne die Erklärungen, aber gerade auch mit den Erklärungen, sie das noch besser verstehen können. Wenn man jetzt wieder die Frage stellt, ob das zusammenschweißt, ist es auch so, dass die Freundschaft sich jetzt viel intensiver und stärker anfühlt als vor sieben bis acht Jahren.“ (Nr.7 S.3 Z.101-107)</i>	Nr.7 S.3 Z.87-107
	Mit FreundInnen, die der/die Betroffene schon auch vor der Erkrankung kannte, und Menschen die allgemein sehr verständnisvoll sind und auch selbst auf irgendeine Weise eine Last mit sich tragen, macht er/sie positive	Nr.7 S.3 Z.114-119

	<p>Erfahrungen</p> <p><i>„...wirklich negative Erfahrungen habe ich nicht gemacht. Vielleicht habe ich vorher einfach gut meinen Freundeskreis so selektiert, dass es einfach verständnisvolle Menschen sind. Recht einfache und normale Leute habe ich eigentlich in meinem Freundeskreis nicht gehabt, sondern immer welche, die auch schon irgendwie eine Last mit sich rumtragen oder ein bisschen komplizierter sind. Vielleicht trägt das dazu bei, dass es dann passt.“ (Nr.7 S.3 Z.114-119)</i></p>	
	<p>Ungezwungener Umgang mit dem sozialen Umfeld</p> <p><i>„Ich weiß halt, dass ich manchmal etwas aufgedreht bin und permanent manchmal irgendwelche Witze mache. Da gibt es dann manchmal so ein Spruch: Du bist heute aber anstrengend. Da wird auch mal ein Spruch zurückgebracht oder so. Das fühlt sich irgendwie auch nicht schlimm an und ist immer lustig. Dann hab' ich mal einen anderen, wo ich ein bisschen ruhiger und zurückgezogener bin. Ist aber auch nicht so, dass ich mich da irgendwo unwohl fühle oder von den anderen etwas vermittelt bekomme (...) Ich glaube es ist halt immer so, was man selbst so daraus macht und dann wirkt man natürlich auf alle so, auf seine Freunde, seine Familie und auf die Fremden.“ (Nr.7 S.4 Z.134-141)</i></p>	<p>Nr.7 S.4 Z.134-141</p>
	<p>Durch den offenen Umgang mit der Krankheit im Arbeitsumfeld ergaben sich Vorteile für den/die Betroffene/n. Wenn jemandem auffiel, dass er/sie etwas Bestimmtes nicht konnte, wurde ihm/ihr geholfen</p>	<p>Nr.8 S.11 Z.404-408</p>
	<p>Der/die PartnerIn war eine große Unterstützung und hat sich mit der Krankheit auseinandergesetzt und nimmt auch an Selbsthilfegruppe für Angehörige teil</p>	<p>Nr.9 S.2 Z.37-38</p>
	<p>Mit FreundInnen, die sich Gedanken machen, viel darüber recherchieren und gut über die Krankheit Bescheid wissen, machen Betroffene positive Erfahrungen</p>	<p>Nr.9 S.3 Z.82-84</p>
	<p>Bei den engsten FreundInnen und solchen, die er/sie am längsten kennt, sowie mit der Familie hat der/die Betroffene nie Ablehnung erfahren. Diese waren immer offen und haben auch die akuten Phasen mitbekommen</p>	<p>Nr.10 S.1 Z.18-23</p>
	<p>Der eigene Umgang mit Problemen von FreundInnen nimmt Einfluss darauf, wie diese mit der/dem Betroffenen umgehen. Das Verständnis das er/sie stets aufbringt, kommt zurück.</p> <p><i>„Dadurch, dass ich so Verständnis hab' und offen bin anderen gegenüber und ihren Problemen, glaub' ich, dass das so zurückgekommen ist.“ (Nr.10 S.1 Z.28-29)</i></p>	<p>Nr.10 S.1 Z.26-29</p>
	<p>Mit Menschen, denen Betroffene vertrauen, die sehr offen sind und ein hohes Maß an Reflexion besitzen, machen sie positive Erfahrungen</p>	<p>Nr.10 S.1 Z.31-41</p>
	<p>Die Familie stellte einen großen Rückhalt dar und hat eine entscheidende Rolle gespielt, dass er/sie sich überhaupt Hilfe gesucht hat</p>	<p>Nr.10 S.4 Z.123-134</p>
	<p>Der/die Betroffene hat im Praktikumsumfeld sowie im Ausbildungsumfeld sehr positive Erfahrungen gemacht und Offenheit erfahren und das Angebot erhalten, in der Einrichtung zu arbeiten</p>	<p>Nr.10 S.5 Z.164-172</p>

Kategorie: Selbststigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe Selbststigmatisierung	<p>Der/die Betroffene übernimmt einiges von der Gesellschaft und verwendet z.B. einen negativen Ausdruck, der in der Gesellschaft verankert ist, auch selbst</p> <p><i>„Wenn ich z.B. jemandem zum ersten Mal davon erzähle, sag' ich nicht, ich war in der Psychiatrie, sondern ich sag' immer: in der Klapse oder so. Der Volksmund sagt das irgendwie so. Das ist halt schon negativ behaftet und ich finde es auch nicht gut.“ (Nr.7 S.5 Z.187-189)</i></p>	Nr.7 S.5 Z.186-189
	<p>Am Anfang hat er/sie sich aufgrund der Krankheit bestimmte Dinge in verschiedenen Lebensbereichen nicht getraut aber jetzt wo er/sie mit der Krankheit besser zu-rechtkommt, probiert er/sie vieles aktiv aus</p> <p><i>„Naja, ich hab' schon mich aufgrund der Erkrankung bestimmte Sachen nicht mehr getraut zu machen. Das würde ich schon sagen. Aber jetzt, wo ich auf dem Wege der Besserung bin und besser mit der Krankheit klar komme, ist es dann schon so, dass ich auf jeden Fall ab und zu immer mehr denke: Oh, das hast du dich vorher irgendwie nicht getraut, wo du irgendwie schon depressiv oder unsicher warst deswegen, und versuchst das einfach aktiv zu machen und auszuprobieren.“ (Nr.7 S.6 Z.204-208)</i></p>	Nr.7 S.6 Z.204-212
	<p>Der/die Betroffene hat sich anfangs für die Krankheit geschämt.</p> <p><i>„Ich war dreimal im Krankenhaus und jedes Mal, wenn ich entlassen wurde, war es mir so peinlich, weil ich im öffentlichen Leben stehe. (...) Und ich bin Umwege gegangen, damit man mich nicht sieht. Also ich hab' mich „geschämt“ für diese Krankheit, obwohl ich jetzt weiß, dafür muss man sich nicht schämen.“ (Nr.9 S.1 Z.4-8)</i></p>	Nr.9 S.1 Z.4-8
	<p>Der/die Betroffene hat sich in gewisser Weise selbst stigmatisiert und findet es aber schwierig, zwischen Selbststigmatisierung und dem Berücksichtigen der eigenen Grenzen zu unterscheiden</p> <p><i>„...in den Praktika z.B. oder als ich die Arbeit angefangen hab', da hab' ich mich selber schon wieder rein: Ich kann es nicht und das ist zu viel und hab' mich da schon auch selbst vielleicht stigmatisiert, vielleicht in gewisser Weise. Das schwierige war nur einfach auch zu sehen, was ist jetzt gerade? Also bin ich jetzt gerade gesund oder übersteigt es gerade einfach meine Kraft. Und dann stigmatisiere ich mich ja nicht, sondern ich hör auf mich und mein Körper zeigt mir: Ne, das geht jetzt nicht!“ (Nr.10 S.8 Z.292-297)</i></p>	Nr.10 S.8 Z.292-297
	<p>Die vorherrschenden Vorurteile über Menschen mit einer Depression bezieht der/die Betroffene auf sich selbst (z.B. Faulheit)</p>	Nr.10 S.9 Z.306-315
	<p>Das Auf-sich-selbst-beziehen von Vorurteilen verändert sich im Laufe der Zeit, aber je vordergründiger die depressive Phase ist, desto mehr tangiert es den/die Betroffenen</p>	Nr.10 S.9 Z.319-321
	<p>Durch die Erkrankung wurde ihre/seine Eigensicht geöffnet und er/sie sieht jetzt Anteile/Eigenschaften von sich, die er/sie vorher nicht gesehen hat</p> <p><i>„Also bei mir ist es so, ich hab' immer gedacht, dieses Für-andere-dasein ist der große Anteil von mir. Dass mich nur das ausmacht. Eigentlich hat mir die Erkrankung gezeigt, da gibt es eigentlich noch viel</i></p>	Nr.10 S.10 Z.348-355

	<i>mehr Anteile. Also man kann auch mit mir Spaß haben. Ich muss jetzt nicht meine Freunde treffen, um mit denen zu reden, sondern einfach irgendwas zu machen. Das war bei mir so lange im Vordergrund, dieses Für-andere-da-sein, dass mir dadurch bewusst geworden ist, dass es da viele andere Sachen noch gibt. Also da gibt es auch ein' Egoist in mir und der darf auch sein. Also es hat auf jeden Fall meine Eigensicht geöffnet für mich selber.“ (Nr.10 S.10 Z.348-355)</i>	
Geringe/Keine Selbststigmatisierung	Problematik der Selbststigmatisierung trifft bei ihm/ihr eher nicht zu	Nr.6 S.5 Z.165
	Schämt sich nicht für die Erkrankung	Nr.7 S.1 Z.17-18
	Der/die Betroffene hat eine sehr positive Sichtweise auf die Erkrankung <i>„Ansonsten ist es halt wirklich bei mir so das größte Glück, dass ich mir einrede, das, was ich beruflich gemacht hab, das hat mir halt sehr viele Möglichkeiten jetzt eröffnet in meinem Leben. Ich hätte das nicht gekonnt in dem Umfang, wenn ich diese Krankheit nicht gehabt hätte. Vielleicht wäre es auch ohne halbwegs erfolgreich gewesen, aber für mich ist der Glaube eigentlich ganz schön zu sagen: Das wäre nicht ohne die Erkrankung gegangen. Das gibt dem Ganzen eine große Sinnhaftigkeit und fühlt sich dann irgendwie gut an.“ (Nr.7 S.5 Z.190-195)</i>	Nr.7 S.5 Z.190-195
	Je mehr der/die Betroffene von dem sozialen Umfeld Stigmatisierung erfährt, desto eher stigmatisiert er/sie sich auch selbst. Dadurch, dass der/die Betroffene keine öffentliche Stigmatisierung erfährt, stigmatisiert er/sie sich dementsprechend nicht selbst	Nr.7 S.5 Z.195-198
	Höhere Repräsentation der Erkrankung in den Medien trägt zur geringeren Selbststigmatisierung bei	Nr.9 S.1 Z.33-34

Kategorie: Antizipierte Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe antizipierte Stigmatisierung	Der/die Betroffene hat keine konkreten negativen Erfahrungen mit FreundInnen gemacht aber geht davon aus, dass sie durch die negativen Informationen über psychisch kranke Menschen in der Presse beeinflusst sind und Angst haben <i>„...wenn in der Zeitung steht: Der eine hat da so und so viele Leute umgebracht. Dann steht da, dass der psychisch krank war. Oder jetzt mit dem Piloten, der da abgestürzt ist, da stand sogar bipolar in der Zeitung. Das sind natürlich Sachen, wo die sagen, wir wissen ja nicht, ob wir mit dir auch mal so ein' Ärger haben werden. Also die haben da dann auch Angst.“ (Nr.8 S.3 Z.88-91)</i>	Nr.8 S.3 Z.87-91
	Im Falle eines Streits geht der/die Betroffene davon aus, dass die Schuld aufgrund der Krankheit ihm/ihr zugeschoben werden würde. <i>„...wenn man sich jetzt mit jemandem streiten würde, würden die, glaube ich, sofort auf die Stufe gehen und sagen: Du bist ja krank, deshalb streiten wir uns jetzt. Aber das ist zum Glück bei mir noch nicht so gewesen.“ (Nr.8 S.3 Z.94-96)</i>	Nr.8 S.3 Z.94-96
	Der/die Betroffene hat den Eindruck, dass er/sie mit der Krankheit etwas verschlossener geworden ist und im	Nr.9 S.2 Z.58-60

	Umgang mit neuen Leuten etwas vorsichtiger ist. <i>„Ich bin manchmal so ein bisschen verschlossen, obwohl ich bin ein offener Mensch. (...) Aber durch die Krankheit ist man schon so ein bisschen vorsichtiger geworden.“ (Nr.9 S.2 Z.58-60)</i>	
	Der/die Betroffene setzt sich im Arbeitsbereich selbst unter Druck <i>„Das größere Problem ist der Arbeitsbereich. Da fällt es mir schwer, es zu verstecken. Wenn da dann was kommt z.B. du musst jetzt schneller arbeiten oder so, dann fühle ich mich gleich so unter Druck und denk: oh Gott, oh Gott, das ist weil... Also dann fängt das so an (...) das ist eher, dass ich mich selber unter Druck setze. Und dass die Leute dann Sachen sagen, die gar nicht irgendwie beabsichtigt sind oder so, die ich dann aufnehme und die mich dann triggern.“ (Nr.10 S.6 Z.195-200)</i>	Nr.10 S.6 Z.195-200
	Die Betroffene nimmt Stigmatisierung vorweg, obwohl er/sie bereits auch viele positive Erfahrungen gemacht hat	Nr.10 S.8 Z.267-268
	Vieles findet auch im Inneren der/die Betroffenen statt <i>„Ich hab' dann gemerkt auch, dass viel in mir selbst drin ist. Wie ich meine Wahrnehmung lenke und was ich dann auch füttere. Ja, und was ich dann auch als Stigmatisierung wahrnehme oder was nicht.“ (Nr.10 S.11 Z.389-391)</i>	Nr.10 S.11 Z.389-391
Geringe/Keine antizipierte Stigmatisierung	Die Vorwegnahme von Stigmatisierung und die Erwartung, vom sozialen Umfeld stigmatisiert zu werden, liegt nicht vor <i>„Ich verhalte mich so, dass wenn es nicht sein muss, dann werde ich es niemandem auf die Nase binden oder erzählen. Das ist das eine. Aber wenn es jemand wissen will, dann hab' ich kein Problem damit.“ (Nr.6 S.2 Z.77-79)</i>	Nr.6 S.5 Z.181-184
	Die antizipierte Stigmatisierung ist nicht vorhanden, da er/sie sich selbst gar nicht als krank wahrnimmt	Nr.7 S.6 Z.225

Kategorie: Strukturelle Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hohe strukturelle Stigmatisierung	Aufgrund der Tatsache, dass er/sie in der Betreuung war, folgten weitere Stigmatisierungserfahrungen bei zwei verschiedenen Banken <i>„...mein Konto war dann beeinflusst. In der (Name der Bank) hat jemand über den Tresen gerufen: Da musst du aufpassen, der hat eine Betreuung. Also offen wurde das gesagt. Dasselbe habe ich bei der (Name der Bank) erfahren.“ (Nr.6 S.1 Z.16-18)</i>	Nr.6 S.1 Z.15-18
	Der/die Betroffene beobachtet bei sich eine „gewisse Hassentwicklung“ (6, 115) aufgrund des Systems (z.B. auf den/die AmtsrichterIn) <i>„Und da merkt man, der hat eine Macht über einen, die ihm vom Prinzip her gar nicht zusteht.“ (Nr.6 S.4 Z.124)</i>	Nr.6 S.3-4 Z.115-124
	PsychiaterIn hört sich alles lediglich an und verschreibt Medikamente, ohne sich auf Gespräche mit dem/der Betroffenen einzulassen, was der/die Betroffene negativ bewertet	Nr.8 S.7 Z.236-240

	<p>„...der Psychiater sagt zu mir, er ist nicht zum Reden da, er hört sich mein Leiden an und verschreibt mir Medikamente. Er sagt das Ganze mit dem Reden will er nicht. (...) Manchmal wenn es mir schlecht ging, hätte ich das gerne gehabt, dass er so ein bisschen darauf eingeht oder seine Meinung einbringt, aber das ist bei meinem Psychiater nicht zu machen.“ (Nr.8 S.7 Z.236-240)</p>	
	<p>Schlechte Erfahrung mit dem Versorgungsamt, wo der Behindertenausweis ausgestellt wird</p> <p>„...dort, wo man diesen Behindertenschein beantragt, finde ich auch alle schlecht. Für die existiert diese Krankheit auch nicht. Weil die Prozentzahl, bevor ich die Bipolare Störung bekommen hab' war dieselbe wie danach.“ (Nr.8 S.7 Z.244-247)</p>	Nr.8 S.7 Z.244-247
	<p>Der/die Betroffene brauchte für die Ausbildung ein Gutachten von dem Hausarzt/der Hausärztin und wurde dort sehr demotiviert, indem er/sie meinte: „Also mit Ihrer Erkrankung, also ich weiß nicht, ich finde es überhaupt nicht gut.“ (Nr.10 S.1 Z.11-12), was den/die Betroffene sehr verletzte, weil der Arzt/die Ärztin das Vorhaben stark abgewertet hat.</p> <p>„Mittlerweile bin ich einfach nur wütend und denk, das darf der einfach nicht. Und das ist generell bei Ärzten, die dürfen einfach keine Bewertungen zeigen, zu jemandem, der auch eine psychische Erkrankung hat und der auch weiß, was das auslöst. Also dass da eine gewisse Vorsicht auch nötig ist.“ (Nr.10 S.2 Z.63-65)</p>	Nr.10 S.1 Z.9-14
	<p>Der/die Betroffene fühlt sich allgemein von der Gesellschaft und dem starken Fokus auf Leistung stigmatisiert</p> <p>„Es kommt manchmal eher auf Berichte an, die zu hören sind, z.B. „Die Krankenkassen haben wenig Geld“. Wenn da solche Sachen kommen, dann denke ich gleich: Für die bin ich eine Last. Also dass ich gleich selber anfangen zu denken, ich nutze da vielleicht zu viel im Gesundheitssystem. Aber es ist eher die Gesellschaft, was ich eher als stigmatisierend auch erlebe.“ (Nr.10 S.7 Z.232-236)</p> <p>„Bei mir ist das so, dass ich eine ganz bestimmte politische Meinung habe, und bei uns in der Gesellschaft wirkt es auf mich sehr wie eine Leistungsgesellschaft. Und gerade wenn ich mir Politiker anhöre, die sagen, man muss was leisten, dass ich mich da dann entfernt stigmatisiert fühle. (...) Also dieser Anspruch, den ich selber so in mir habe. Also ich gestehe es jedem anderen zu, dass er z.B. Arbeitslosengeld bekommt oder dass er Hilfe bekommt, aber ich will keine Hilfe brauchen. Ich will alles selber schaffen. Für mich war das ganz, ganz schwierig jetzt Arbeitslosengeld zu beziehen und zu sagen, ich kann das auch in Anspruch nehmen. Also da ist es die Selbstakzeptanz, an der ich gerade ganz stark arbeite. Also mir selbst zu sagen: Ich darf das! Das ist in Ordnung!“ (Nr.10 S.8 Z.268-278)</p> <p>„Aber dieses Gesellschaftsbild ist schon eine Sache, die mir sehr zu schaffen macht. Das muss ich schon sagen. Also wenn ich auch sehe, wie sich das bei Freunden gerade verändert. Dass die schon Kinder kriegen oder so, dass ich manchmal das Gefühl hab, das ist alles viel anstrengender für mich oder mit viel, viel mehr Gefahren verbunden. (...) Leistung, aber auch Familie oder keine Ahnung, dann das Haus, das Auto und fester Job und so. Also ich möchte das alles eigentlich gar nicht, aber trotzdem fällt es mir schwer, damit umzugehen, wenn ich das auch alles sehe.“ (Nr.10 S.11 Z.397-404)</p>	Nr.10 S.7 Z.232-236 Nr.10 S.8 Z.268-278 Nr.10 S.11 Z.397-404
	<p>Menschen, die kein Arbeitslosengeld II erhalten, können nur begrenzt an beratenden und unterstützenden Projekten in Bezug auf Behinderung im Arbeitsleben teilnehmen</p>	Nr.10 S.12 Z.418-419

	<p>Die Ortszugehörigkeit hat es der/dem Betroffenen sehr erschwert, Hilfe zu bekommen</p> <p>In Mannheim: <i>„Dort wollte ich mich einweisen lassen. Bei dem Einweisungsgespräch kam es mir so vor, als müsste ich mit offenen Pulsadern ankommen, um die Dringlichkeit meiner Bedürftigkeit zum Ausdruck zu bringen. Die Aussage des Arztes war, dass mich ja Personen begleitet haben und meine Bedürftigkeit deswegen nicht so groß ist. Sie dürfen mich auch nicht aufnehmen, da es eine Bestimmung gibt, dass man in einer Klinik des angegebenen Wohnsitzes Hilfe suchen muss. (...) Das ist ein ziemlich heftiges Gefühl für eine Hilfe nicht krank genug zu sein. Ich hatte zu dem Zeitpunkt keine Kraft, mich dagegen zu stellen.“ (Nr.10 S.12 Z.442-457)</i></p> <p>Innerhalb Hamburgs gibt es auch diese Ortszugehörigkeit, weswegen es lange gedauert hat, bis er/sie Hilfe bekam:</p> <p><i>„Ich war von morgens 7:30 Uhr bis abends 19:00 Uhr unterwegs, um Hilfe zu bekommen. Und alles nur wegen diesen Zuständigkeitsbereichen.“ (Nr.10 S.13 Z.487-488)</i></p>	<p>Nr.10 S.12 Z.442-257</p> <p>Nr.10 S.13 Z.487-488</p>
Positive Erfahrungen	<p>Der/die Betroffene hat gute Erfahrungen mit den Angehörigen des Gesundheitssystems gemacht</p>	<p>Nr.6 S.3 Z.108-109</p>
	<p>Der/die Betroffene berichtet von positiven Erfahrungen mit AkteurInnen des Gesundheitswesens</p> <p><i>„Ich war immer in (Name des Krankenhauses) und hab' mich da eigentlich immer sehr gut aufgehoben gefühlt. Ich fand auch immer mehrere Pfleger, männliche und weibliche, immer sehr, sehr nett und freundlich zu mir und lustig.“ (Nr.7 S.5 Z.171-173)</i></p>	<p>Nr.7 S.5 Z.171-173</p>
	<p>Positive Bewertung der längeren Gespräche beim sozialpsychiatrischen Dienst</p>	<p>Nr.8 S.6-7 Z.233-236</p>
	<p>Vorteil durch den Behindertenausweis, dass Betroffene vor einer Kündigung geschützt sind</p>	<p>Nr.8 S.10 Z.393-397</p>
	<p>Der/die Betroffene berichtet nur über positive Erfahrungen mit Angehörigen des Gesundheitssystems, da er/sie vom ihrem Krankenhaus jederzeit ärztliche Hilfe bekommen kann</p> <p><i>„Ich werde vom (Name des Krankenhauses) betreut und kann jederzeit, wenn es mir ganz schlecht geht und ich gar nicht mehr aus dem Bett kommen kann, sofort dahin gehen. Und ich kann auch stationär ins Krankenhaus kommen. Also ich fühl' mich da immer sehr gut aufgehoben.“ (Nr.9 S.4 Z.145-148)</i></p>	<p>Nr.9 S.4 Z.145-148</p>
	<p>Der/die Betroffene hat die Möglichkeit, sich durch eine/n FallmanagerIn vom Jobcenter, die genau ihre/seine Lebenslage in Betracht zieht, bei der Jobfindung unterstützen zu lassen</p>	<p>Nr.10 S.12 Z.431-435</p>
	<p>Neuerdings können Betroffene zu jeder Klinik gehen und werden nur dann zu der zugehörigen Sektorklinik gebracht, wenn es kein freies Bett mehr gibt.</p> <p><i>„Der hat uns erzählt, dass die Kliniken, egal welchem Sektor Mensch angehört, einen aufnehmen müssen, wenn es Betten gibt. Wenn Mensch zwangseingewiesen wird, dann müssen die Patienten zum zugehörigen Sektor gebracht werden. Eine weitere Ausnahme gibt es: Jede Klinik muss in der psychiatrischen Abteilung ein Notfallbett für einen Menschen aus dem Sektor freihalten. Ich kann somit zu jeder</i></p>	<p>Nr.10 S.13 Z.493-500</p>

	<i>Klinik gehen und werde nur dann zu meiner Sektorklinik gebracht, wenn es kein freies Bett mehr gibt.“ (Nr.10 S.13 Z.493-500)</i>	
--	---	--

Kategorie: Bewältigungsstrategie - Öffentliche Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenangabe
Hilfreiche Strategien	Der/die Betroffene hat es geschafft, durch das Einschalten eines/r AnwaltIn aus der Betreuung heraus zu kommen	Nr.6 S.1 Z.19-20
	Er hat versucht, seiner Familie Wissen über die Krankheit zu vermitteln, damit sie es verstehen <i>„In der direkten Familie hab' ich es versucht zu erklären und hab' auch immer wenn ich ein' Zettel hatte z.B. von der Selbsthilfegruppe oder etwas vom Internet weitergeleitet. Also dann haben sie das verstanden, dass das krankheitsmäßig etwas ist und haben dann auch aufgepasst...“ (Nr.8 S.2 Z.61-64)</i>	Nr.8 S.2 Z.61-66
	Aktives Informieren über die Krankheit im Arbeitsumfeld wird als positiv empfunden	Nr.8 S.2 Z.69-71
	Der offene Umgang im Arbeitsumfeld wird als positiv bewertet, da der/die Betroffene dann nicht gezwungen ist, ein Lügenkonstrukt aufzubauen, um bestimmte Vorfälle zu erklären	Nr.8 S.10 Z.385-391
	Der/die Betroffene hat im Laufe der Zeit gelernt, damit umzugehen, wenn die Leute aus Unwissenheit heraus etwas sagen <i>„...ich kann besser damit umgehen. Ich sage immer, die sollen da mal im Internet lesen, über die Bipolaren Störungen und sich da mal schlau machen, bevor sie eben halt so ein' Blödsinn erzählen...“ (Nr.9 S.1 Z.12-14)</i>	Nr.9 S.1 Z.12-14
	Erklärungen zu finden für stigmatisierendes Verhalten von Mitmenschen, hilft im Umgang mit öffentlicher Stigmatisierung <i>„Also jetzt gerade bin ich in der Therapie stark dran, damit umzugehen. Zu sagen: Ok, ich brauch' es auch nicht allen erklären. Also manche Leute können es auch nicht verstehen und dann muss ich aber nicht alles tun, damit sie es verstehen. Also ich kann denen vielleicht etwas erzählen oder so aber letztlich liegt das dann an den Personen. Also bei mir ist es ganz wichtig, mich abzugrenzen dann. Also irgendwelche Erklärungen zu finden und zu sagen: Ok, die haben vielleicht noch keine Erfahrungen damit (...) Die haben sich halt irgendwie ein Bild gemacht und für mich ist es wichtig da auch eine Grenze zu ziehen. Also es objektiver zu betrachten, ich glaub', das ist es. Versuchen, eine Objektivität da rein zu kriegen. Also es dann auch nicht gleich als einen persönlichen Angriff zu betrachten (...) Also ich werde da schnell auch aggressiv. Und es ist wichtig, mich da einfach selber runterzuholen. Oder das ganze einfach von anderen Seiten zu betrachten. Das ist ein ganz großer Punkt bei mir. Da mach ich sehr viel in der Therapie, um andere Sichtweisen darauf zu bekommen.“ (Nr.10 S.7 Z.242-256)</i>	Nr.10 S.7 Z.242-256
Hilfreiche Ressourcen	Die eigenen Kompetenzen, zu wissen, was man in welchen Situation tun kann, stellen eine bedeutende Ressource dar	Nr.6 S.4 Z.146-147

Kategorie: Bewältigungsstrategie - Selbststigmatisierung

Code	Indikator	Quellenan-gabe
Hilfreiche Stra- tegie	Je mehr Wissen Betroffene sich über die Erkrankung aneignen, desto geringer die Selbststigmatisierung	Nr.10 S.9 Z.321-322

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen: Antizipierte Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenan-gabe
Hilfreiche Stra- tegie	Der/die Betroffene hat im sozialen Umfeld immer das Negative erwartet und hat sich aus diesem Grund ent-schieden, die Krankheit ganz offen handzuhaben	Nr.8 S.9 351-353

Kategorie: Bewältigungsstrategien - Strukturelle Stigmatisierung

Code	Indikator	Quellenan-gabe
Hilfreiche Stra- tegien	Betroffene sollten sich immer gegen Anspielungen weh-ren, wobei das Problem darin besteht, dass sie sich ins Licht der Öffentlichkeit ziehen, wenn sie jemanden ver-klagen	Nr.6 S.4 Z.127-134
	Das Hinzuziehen von verschiedenen Fachleuten bei strukturellen Schwierigkeiten kann hilfreich sein	Nr.10 S.2 Z.50-58

Kategorie: Bewältigungsstrategien und -ressourcen – Allgemein

Code	Indikator	Quellenan-gabe
Hilfreiche Res- source	PartnerIn ist eine große Stütze <i>„Ohne meine Frau wäre ich sowieso aufgeschmissen gewesen mit der Krankheit. Das wäre nicht gegangen.“ (Nr.8 S.7 Z.257-258)</i>	Nr.8 S.7 Z.257-258
	Die Möglichkeiten, gut zu leben und sich gewisse An-nehmlichkeiten/Freizeitaktivitäten leisten zu können, stellt eine Bewältigungsstrategie für den/die Betroffene/n dar	Nr.8 S.7 Z.273-275