




G 3777
FACHZEITSCHRIFT DES BDP
ZEITSCHRIFT DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER
PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN E.V.
48. JAHRGANG
JUNI 2023

06|2023

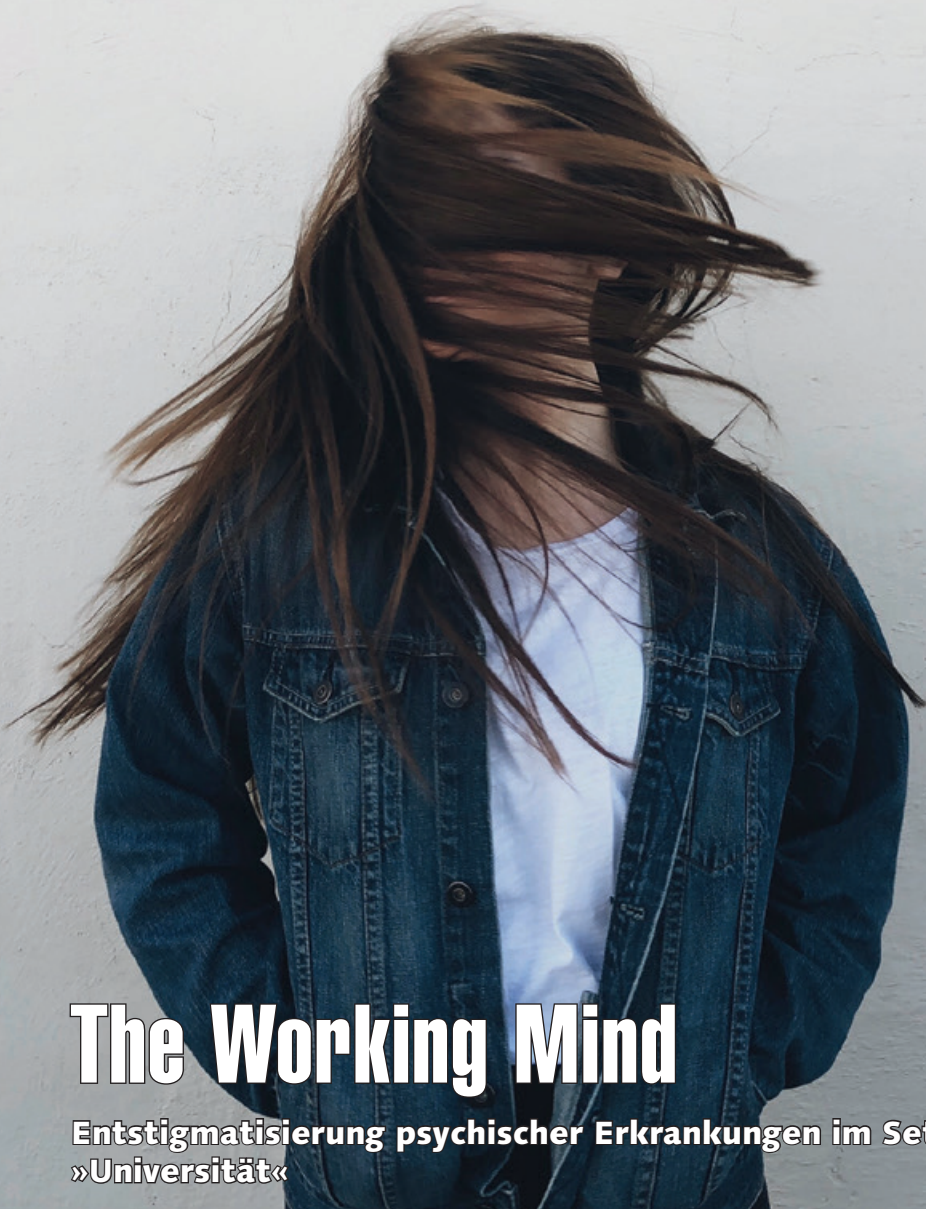
report**psychologie**

(Ent-)Stigmatisierung



**Wissenschaftliche Psychologie —
ein Erfolgsmodell?** s. 28

**Humanistische Psychotherapie
heute** s. 36



The Working Mind

Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Setting
»Universität«

Photo: Harley Reed - unsplash.com

Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist für Betroffene mit vielen negativen Konsequenzen auf struktureller, interpersoneller und intrapersoneller Ebene verbunden (Kerkemeyer & Achtert, 2021; Link & Phelan, 2001). Strukturell besteht Stigmatisierung beispielsweise in der Ausgrenzung von bestimmten Berufen bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung (z. B. Verbeamtung), interpersonell kann Stigmatisierung dazu führen, dass Betroffene sich ausgegrenzt fühlen oder ausgegrenzt werden, weniger offen mit ihrer Symptomatik umgehen und es vermeiden, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Intrapersonell führt die Internalisierung von negativen Zuschreibungen, die im Stigma gesellschaftlich mit einer Erkrankung verknüpft werden (sogenanntes »Selbststigma«), zu einer Reduktion von Lebensqualität und Selbstwert, welche das Erscheinungsbild der Erkrankung selbst verstärken kann und damit die Problemlast erhöht (Link & Phelan, 2001; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005; Schnyder, Panczak, Groth & Schultze-Lutter, 2017).

Besonders stark von Stigmatisierung betroffen sind Erkrankungen, die symptomatisch durch starke Schwankungen und damit eine wechselnde Symptomatik gekennzeichnet sind (z. B. Positiv- und Negativsymptomatik der Schizophrenie oder manische und depressive Phasen der bipolaren Störung I), sowie Erkrankungen, denen gesellschaftlich eine hohe persönliche Kontrollierbarkeit zugeschrieben wird (z. B. Suchterkrankungen, besonders Alkohol, da hier das eigene Konsumverhalten relevant ist). Da diese Erkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung mit geringer Kontrolle (z. B. Sucht) bzw. Unberechenbarkeit (z. B. Schizophrenie) der Betroffenen assoziiert sind, werden betroffene Personen häufig ausgegrenzt (um vor unberechenbarer Handlung zu schützen) oder abgewertet (weil sie ihr Problem nicht »in den Griff bekommen«). Auch andere Erkrankungen wie Depressionen werden stigmatisiert (z. B. wenn Menschen mit Depressionen als nicht belastbar betrachtet und deshalb von bestimmten Aktivitäten ausgeschlossen werden), dies allerdings in geringerem Ausmaß als bei-

reportpsychologie 48 | 06 | 2023

spielsweise im Fall von Schizophrenie (Norman, Windell & Manchanda, 2010; Peter et al., 2021).

Um Stigmatisierung zu reduzieren, setzt die bisherige Forschung und Praxis vorrangig auf Interventionen, die Elemente der Psychoedukation oder Kontakt mit Betroffenen verbinden, um über Hintergründe, Symptome, Verläufe und Hilfsmöglichkeiten aufzuklären und aufzuzeigen, dass alle Menschen von diesen Erkrankungen betroffen sein können (Kerkemeyer & Achtert, 2021; Maunder & White, 2019). Als besonders wirksam gelten Interventionen, die mehrere Ansätze kombinieren und auf mehreren Ebenen ansetzen (Verhältnis- und Verhaltensprävention). Bereits kurze Interventionen (mit ein bis zwei Terminen) sind ausreichend, um signifikante Effekte zu erzielen (Kerkemeyer & Achtert, 2021; Maunder & White, 2019). Allerdings wurden bislang vor allem Einstellungen als Outcomes untersucht, seltener hingegen das Verhalten (z. B. die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfe durch Betroffene), und es existieren wenige methodisch hochwertige Längsschnittstudien zu Multi-Komponenten-Interventionen, die mehrere Ebenen adressieren (Corrigan, Michaels & Morris, 2015; Kerkemeyer & Achtert, 2021; Morgan, Reavley, Ross, Too & Jorm, 2018). Hinzu kommt, dass viele Interventionen erkrankungsspezifisch sind, was für einzelne Gruppen hilfreich sein kann (z. B. Schizophrenie), aber schwerlich nachhaltige gesellschaftliche Änderung anstoßen wird, da die Gruppen klein und heterogen sind.

Dabei haben alle psychischen Erkrankungen nosologische Gemeinsamkeiten, die in diagnostischen Systemen (z. B. der dimensionalen DSM5-Diagnostik) zum Ausdruck kommen und für die Anti-Stigma-Arbeit enormen Wert besitzen (Tomczyk et al., 2022). Auch neuere Ansätze wie die »Hierarchical Taxonomy of Psychopathology« (Kotov, Krueger & Watson, 2018) beschreiben psychische Gesundheit demgemäß als dimensional und klassifizieren Erkrankungen anhand funktionaler, symptombasierter Cluster, die unterschiedlich fluktuierend auftreten können. Durch dieses Vorgehen löst sich die Forschung und z. T. Praxis zunehmend von bisherigen kategorialen Labels, die das Erleben und Praktizieren von Stigmatisierung verstärken können (Kerkemeyer & Achtert, 2021; Link & Phelan, 2001; Rüscher et al., 2005).

Das »Kontinuumsmodell psychischer Gesundheit« greift diesen Umstand auf und beschreibt krankheitsübergreifend die Ausprägung von positiver zu negativer psychischer Gesundheit über graduell zunehmende Einschränkungen (Dobson et al., 2018; Tomczyk et al., 2022). Während leichte Stressbelastungen alltäglich sind (z. B. Terminstress), können wiederholte oder massierte Belastungen (z. B. Streitigkeiten im sozialen Umfeld) sich stärker einschränkend auswirken und bei Chronifizierung oder Zusammentreffen mit Vorbelastungen (z. B. körperlichen Erkrankungen) zur Entwicklung von bestimmten Symptomen und Erkrankungen führen.

Gesundheit wird dabei funktional betrachtet: Positive Gesundheit bedeutet Wohlbefinden, Zufriedenheit, ne-

gative Gesundheit hingegen sozialen Rückzug und geringe Lebensqualität. In diesen Fällen ist professionelle Hilfe sinnvoll, um negative Gesundheit zu reduzieren und positive Gesundheit wiederherzustellen. Das Modell beschreibt damit in einfachen Worten für diverse Bevölkerungsgruppen verständlich das Konzept psychischer Erkrankungen als ein Thema, das alle Menschen betreffen kann, je nachdem, wie groß ihre Belastung und wie gering die Ressourcen zur Bewältigung sind.

Wie eigene Forschung zeigt, ist die Kontinuumsvorstellung in korrelativen und interventionellen Studien signifikant mit der Reduktion von Stigmatisierung verbunden (Peter et al., 2021; Tomczyk et al., 2022), und das für diverse, auch stark stigmatisierte Erkrankungen (z. B. Essstörungen, Sucht, Schizophrenie). Die »Mental Health Commission of Canada« (MHCC) nutzt dieses Modell als Basis ihrer Intervention »The Working Mind«, die besonders in beruflichen Kontexten ansetzt, um Stigmatisierung zu reduzieren, offenen Austausch anzuregen und Inanspruchnahme von Hilfe zu unterstützen (Dobson, Szeto & Knaak, 2019; Dobson et al., 2018; Szeto, Dobson & Knaak, 2019). Es wurde ebenso eine Adaptation für Studierende (»The Inquiring Mind«; Szeto, Henderson, Lindsay, Knaak & Dobson, 2021) entwickelt, die die Besonderheiten dieser Lebensphase beachtet.

Beide Programme wurden bereits mehrfach erfolgreich evaluiert und verstetigt (siehe Metaanalysen; Dobson et al., 2019; Szeto et al., 2021). Damit besteht eine evidenzbasierte Grundlage für die Umsetzung der Intervention in Deutschland, die das Potenzial hat, krankheitsübergreifend Stigmatisierung zu reduzieren und nachhaltig zur Stärkung der Public Mental Health beizutragen, indem psychische Gesundheitskompetenz gestärkt wird.

Das Programm »The Working Mind«

»The Working Mind« (TWM; Dobson & Stuart, 2021; Dobson et al., 2019) hat primär zum Ziel, stigmatisierende und negative Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Personen, die von diesen Erkrankungen betroffen sind, zu reduzieren und Hilfesuche zu fördern. Zudem soll als sekundäres Ziel positive psychische Gesundheit gestärkt und durch die Vermittlung adaptiver Bewältigungsstrategien und relevanter Hilfsmöglichkeiten Resilienz gefördert werden, sodass mit Belastungen besser umgegangen werden kann und in der Folge psychische Erkrankungen seltener entstehen und weniger schwere Verläufe nehmen (Dobson & Stuart, 2021).

Die Intervention wurde ursprünglich als »Road to Mental Readiness« für Rettungskräfte entwickelt (Szeto et al., 2019). Für den universitären Kontext wurde sie als »The Inquiring Mind« (TIM) mit besonderem Blick auf Studierende mittels Co-Creation aller universitärer Statusgruppen (wissenschaftliches Personal, nicht wissenschaftliches Personal, Studierende) adaptiert (Dobson & Stuart, 2021; Szeto et al., 2021), indem durch Fokusgruppen und Interviews Materialien zielgruppengerecht angepasst und gestaltet wurden, universitäre Freiwillige an

den Videoaufnahmen teilgenommen haben (zur Umsetzung der kontaktbasierten Intervention) und die Implementation und Wirksamkeit wissenschaftlich untersucht wurden (Kerkemeyer & Achtert, 2021; Szeto et al., 2021).

»The Working Mind« sowie verwandte Programme wie TIM sind modular aufgebaut und bestehen im Kern aus vier Modulen:

- *Modul 1:* Psychoedukation zu Entstehung, Manifestation, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen und Stigmatisierung
- *Modul 2:* Erläuterung und praktische Übung zu dem Konzept des Kontinuums psychischer Gesundheit und dessen Nutzen im Alltag
- *Modul 3:* Vermittlung von alltagsnahen Strategien der Stressbewältigung und der Stärkung persönlicher Resilienz, z. B. durch Atemübungen
- *Modul 4:* Anregungen zur Förderung einer stigmatisierungsfreien Umgebung am Arbeitsplatz, z. B. im Setting »Universität« durch studentische Gruppen, stigmatisierungsfreie Sprache in Lehrveranstaltungen, Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur psychischen Gesundheit etc.

Jedes Modul umfasst etwa 60 Minuten, sodass sich für die Durchführung eine Gesamtdauer von etwa vier Zeitstunden ergibt, was einem halben Arbeitstag entspricht. Das Programm kann am Stück (z. B. als Workshop) oder auch in Teilen durchgeführt werden, was etwa bei virtueller Durchführung die Umsetzung erleichtern kann und die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden aufrechterhält. Für Führungskräfte wird zusätzlich mit weiteren Fallbeispielen und Diskussionsphasen gearbeitet, um den Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz weiter zu beleuchten und Handlungswege zu diskutieren, sodass sich die Dauer der Intervention entsprechend verlängert.

Zur Erreichung der Ziele kommen im Programm Strategien zum Einsatz, die sich in bisherigen Anti-Stigma-Interventionen sowie in der kognitiven Verhaltenstherapie bewährt haben, darunter psychoedukative, copingorientierte und kontaktbasierte Ansätze, die sich als vielversprechend zur Reduktion von Stigmatisierung herausgestellt haben (Corrigan et al., 2015; Maunder & White, 2019; Morgan et al., 2018). Evidenzbasierte Techniken zur Bewältigung von Stress (Coping) und für den Umgang mit eigenen Beschwerden haben sich schulen- und störungsübergreifend zudem als wirksame Bausteine in der Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen erwiesen (Dobson & Stuart, 2021; Kerkemeyer & Achtert, 2021).

Ein kontaktbasiertes Element besteht in Videos, in denen Betroffene von ihren Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen, Selbststigmatisierung und Behandlungspfaden berichten. Dies soll dazu beitragen, Stereotype und negativen Affekt gegenüber betroffenen Personen zu reduzieren. Dabei steht die »lived experience« der betroffenen Personen im Vordergrund, d. h., sie berichten von ihrem eigenen Umgang mit ihrer Er-

krankung, der Erfahrung von Stigmatisierung und der Definition von Selbststigmatisierung (als psychoedukatives Element). Besonders relevant sind die Berichte von Erholung bzw. Heilung (»recovery narratives«), um Hoffnung zu vermitteln und zu unterstreichen, dass Veränderung möglich und in den meisten Fällen auch Heilung möglich ist (z. B. durch Inanspruchnahme professioneller Hilfe), wenngleich der Weg mitunter beschwerlich sein mag.

Auf theoretischer Ebene greift dieser Ansatz Forschung zu Intergruppenkontakten und zu sozialer Identität auf, die aufzeigen konnte, dass durch den persönlichen Kontakt mit Personen salienter Gruppen (z. B. Menschen mit psychischer Erkrankung) und die Setzung gemeinsamer Ziele (z. B. Erhalt oder Wiederherstellung von Wohlbefinden durch Recovery) sowie die Betonung gemeinsamer Merkmale (z. B. Lebenssituation, Alter) eine gemeinsame Identität aufgebaut werden kann, die die Identifikation untereinander ermöglicht und so zum Abbau von Vorurteilen und einer positiveren Bewertung beiträgt (Bridges & Tomkowiak, 2010; Pettigrew, 1998; Tajfel, Turner, Austin & Worchel, 1979).

Da es sich bei den Personen in den Videos um Personen aus dem universitären Umfeld handelt (z. B. Studierende, Dozierende), sind bereits viele Gemeinsamkeiten zur Zielgruppe vorhanden, sodass eine Identifikation und darüber der Abbau von Vorurteilen erleichtert werden.

Darüber hinaus wird die Intervention in Gruppen durchgeführt und bietet den Teilnehmenden somit die Möglichkeit, untereinander in den Austausch zu treten und mögliche eigene Betroffenheit offenzulegen. So erhalten Teilnehmende die Gelegenheit, durch einen offenen, stigmatisierungsfreien Diskurs positive Beziehungserfahrungen zu machen, die das Erleben einer stigmatisierungsfreien Umgebung stärken und damit die wahrgenommene Stigmatisierung reduzieren können.

Auch hier werden Theorien der sozialen Identität und der Intergruppenkontakte als Basis der Intervention deutlich (Bridges & Tomkowiak, 2010; Pettigrew, 1998). Die Arbeit in Gruppen mit vielen Gemeinsamkeiten (z. B. beruflicher bzw. Ausbildungsstatus, Wohnort/Lebensumfeld) schafft die Basis für die soziale Gruppenbildung und gegenseitige Identifikation, sodass Personen bei möglicher eigener Betroffenheit sich nicht mehr so alleine fühlen, Normerwartungen (z. B. bezüglich Häufigkeit, Art und Umfang psychischer Erkrankungen im universitären Kontext) korrigieren und sich durch das Erarbeiten adaptiver Strategien zudem gegenseitig unterstützen können.

Die Psychoedukation stellt den roten Faden der Intervention dar, so werden von Beginn an etwa Informationen über aktuelle Prävalenzen psychischer Erkrankungen, typische Symptome häufiger Erkrankungen wie Depressionen und Wege zur Behandlung vorgestellt (Dobson & Stuart, 2021).

Herzstück ist das »Kontinuumsmodell psychischer Gesundheit« (»Mental Health Continuum Model«), das psychische Gesundheit mit den beiden Endpunkten positive psychische Gesundheit und schlechte psychische Gesundheit darstellt. Das Modell stellt den Übergang zwischen psychischer Gesundheit, Belastung (z. B. Stress) und Erkrankung (z. B. Depression) als fließend dar und macht deutlich, dass Erkrankung zumeist aus einer Kombination aus hoher bzw. andauernder Belastung und unzureichender Bewältigung erwächst.

Das Verständnis von psychischer Gesundheit als »fließend« ermöglicht es allen Menschen, sich auf dem Kontinuum zu platzieren, sodass einer stigmatisierungsförderlichen Gruppenbildung im Sinne von »wir« (ohne psychische Erkrankung) und »sie« (mit psychischer Erkrankung) entgegengewirkt werden kann. Darüber hinaus nimmt das Modell eine funktionsorientierte Perspektive ein und beschreibt psychische Gesundheit und mögliche Einschränkungen anschaulich und anhand vieler Beispiele auf funktionaler Ebene (z. B. eingeschränkte Konzentration, sozialer Rückzug, Substanzkonsum als Copingstrategie). Dies schafft Alltagsnähe und damit hohe Nachvollziehbarkeit und ermöglicht stigmatisierungsfreie Sprache und Labelverzicht. So kann die Entstehung psychischer Erkrankungen beschrieben werden, ohne direkt Labels wie »Depression« verwenden zu müssen, die z. B. Stigma-Stress bei Betroffenen auslösen könnten (Link & Phelan, 2001).

Zudem bietet das Modell eine Nutzung in der Breite psychisch relevanter Symptomatik, da relevante Symptome aller psychischen Erkrankungen eingeordnet werden können. Die Literatur zeigt auf, dass Ansätze auf Basis des Kontinuumsmodells im Umgang mit verschiedenen Erkrankungen wie Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Essstörungen oder Zwangsstörungen erfolgreich sind, d. h. stigmatisierungsreduzierend und ressourcenfördernd (Peter et al., 2021; Tomczyk et al., 2022).

Neben den auf Entstigmatisierung ausgerichteten Inhalten umfasst das Programm zudem Coping-Strategien zur Selbstfürsorge und Resilienzförderung (z. B. Atemübungen, Achtsamkeit, positiver Self-Talk und SMART-Zielsetzung).

Zusammen mit dem Kontinuumsmodell besitzt die Intervention damit großes präventives Potenzial im Sinne der psychischen Gesundheitskompetenz (Jorm, 2000, 2012). Diese umfasst Fertigkeiten zum adaptiven Umgang mit psychischen Beschwerden in der Bevölkerung, darunter (1) Wissen über die Prävention psychischer Erkrankungen, (2) Erkennen von Anzeichen psychischer Erkrankungen, (3) Wissen über Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten, (4) Selbsthilfe im Umgang mit Stress und psychischer Belastung mit geringem Schweregrad (z. B. leichte Depression) und (5) psychische Erste Hilfe (als Unterstützung für Betroffene).

Psychische Gesundheitskompetenz ist negativ mit stigmatisierenden Einstellungen und positiv mit der Inanspruchnahme von Hilfe assoziiert.

Fragestellungen und Ziele des Forschungsprojekt »TWM-Uni«

Die Adaptation, Implementation und Evaluation des vorgestellten Programms für das Setting »Universität« in Deutschland ist ein zentrales Ziel des Forschungsprojekts »TWM-Uni«, das durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert wird.

Neben der Diversität der Zielgruppen und der Heterogenität psychischer Belastungserfahrungen berücksichtigt das Programm zudem geschlechtliche Vielfalt und die Bedeutung von Gender. Dies schließt beispielsweise das unterschiedliche Erleben von psychischen Erkrankungen, den unterschiedlichen Umgang mit psychischen Beschwerden und die Erfahrungen von Stigmatisierung ein, z. B. intersektionale Stigmatisierung von Frauen mit Migrationshintergrund und psychischer Erkrankung (Turan et al., 2019).

Ein weiteres Beispiel wäre die Arbeit mit geschlechtersensiblen Gruppen. Die internationale Forschung weist etwa auf die Bedeutung von Männlichkeitsnormen als mögliche Barriere im Hilfesuchprozess – von Wahrnehmung und Ausdruck psychischer Belastung, Symptommanagement bis hin zu Einstellungen und Umgang mit professioneller Hilfe bei männlichen Personen (Addis & Mahalik, 2003). Geschlechtshomogene Gruppen könnten hier hilfreich sein, eine höhere soziale Identität und damit Potenzial zu vertiefter Diskussion und Bearbeitung der Barrieren zu schaffen. Ob dies allerdings für die Umsetzung des Programms als notwendig und hilfreich gelten kann, soll im Projekt erarbeitet werden.

Zusammenfassend sollen daher folgende Fragestellungen im Projekt untersucht werden:

1. Kann eine Kontinuumsintervention (»The Working Mind«) in verschiedenen Statusgruppen der Universität erkrankungsübergreifend die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen reduzieren, und persistieren die Effekte der Intervention über sechs Monate nach Abschluss der Intervention?
2. Führt die Intervention zu größerer Bereitschaft, (bei eigener Betroffenheit), über psychische Erkrankungen zu sprechen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen?
3. Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren der (nachhaltigen) Implementation der Intervention können identifiziert werden, und wie können diese langfristig im Setting »Universität« adressiert werden, um eine Verstärkung zu ermöglichen?

Wenn Sie Interesse am Austausch haben oder am Projekt und der begleitenden Studie teilnehmen möchten, sind wir gerne erreichbar, ebenso für den fachlichen Austausch.

Jun.-Prof. Dr. Samuel Tomczyk

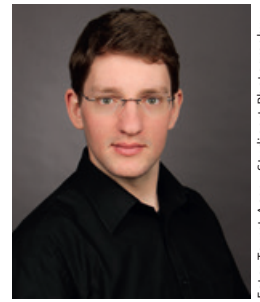


Foto: Tevrat Acar - Studioart Photography

Jun.-Prof. Dr. Samuel Tomczyk forscht zu digitaler Gesundheit und Prävention an der Universität Greifswald. Seine Schwerpunkte liegen auf der Implementation und Evaluation digitaler Technologien in der Prävention, multiplem Gesundheits- und Risikoverhalten sowie Determinanten der Verhaltensänderung und der positiven Psychologie in Kindheit und Jugend.

E samuel.tomczyk@uni-greifswald.de

Weitere Informationen zu »TWM-Uni«:
<https://tinyurl.com/twm-uni>



Literatur:
Die Literaturliste kann per E-Mail beim Verlag angefordert werden:
s.koch@psychologenverlag.de

Stigmatisierung im Kontext der Corona-Pandemie

Forschungsprojekt »StiPEX« an der Universität Greifswald

Stigmatisierung stellt bekanntermaßen eine Barriere für adäquate Gesundheitsversorgung dar (Knaak, Mantler & Szeto, 2017; Schnyder, Panczak, Groth & Schultze-Lutter, 2017), geht mit verminderten Lebenschancen einher (Link & Phelan, 2001) und wird demnach als eine wichtige Ursache für gesundheitliche Ungleichheit gehandelt (Hatzebuehler, Phelan & Link, 2013). Angesichts der globalen Krise der COVID-19-Pandemie stellt sich die Frage: Wie äußern sich Stigmatisierungsprozesse im Rahmen der Pandemie, und welche Lehren lassen sich für die Prävention ableiten?

Die Corona-Pandemie war von Beginn an begleitet von offenen Fragen, unterschiedlichen Meinungen – auch unter Expertinnen und Experten (z. B. Kunz, 2021) – und der Verbreitung von Falschinformationen (Rocha et al., 2021). Die Unsicherheiten in Verbindung mit dem neuartigen Virus schürten die Ängste der Menschen (Millroth & Frey, 2021). Ein resultierendes Phänomen war die Vorverurteilung, Ausgrenzung und Diskriminierung von

Personen und Gruppen, die als verantwortlich für die Verbreitung des Corona-Virus angesehen wurden. Menschen in Gesundheitsberufen (Faller et al., 2022) oder mit asiatischem Hintergrund (Li, Bu & Duan, 2021) etwa wurden zum Teil grundsätzlich als potenzielle Überträgerinnen und Überträger erachtet. Ihre Abwertung kann prinzipiell eine Form des Selbstschutzes darstellen (Deacon, 2006), hat jedoch deutliche Auswirkungen auf die Betroffenen, bezogen sowohl auf ihre körperliche als auch auf ihre psychische Gesundheit (Ransing et al., 2020). Gleichzeitig können sich Effekte ergeben, die schlimmstenfalls sogar die Ausbreitung der Pandemie begünstigen (ebd.).

Stigmatisierung ist ein komplexes und schwerwiegendes Phänomen, dessen Betrachtung im Rahmen der pandemischen Ausbreitung eines Virus höchst relevant ist. Das Forschungsprojekt »Stigmatisierung im Kontext der Corona-Pandemie: Exploration psychosozialer Prozesse und intersektionaler Aspekte und ihre Bedeutung für die Prävention« (kurz: »StiPEX«) an der Universität Greifswald



Jun.-Prof. Dr. Samuel Tomczyk forscht zu digitaler Gesundheit und Prävention an der Universität Greifswald. Seine Schwerpunkte liegen auf der Implementation und Evaluation digitaler Technologien in der Prävention, multiplem Gesundheits- und Risikoverhalten sowie Determinanten der Verhaltensänderung und der positiven Psychologie in Kindheit und Jugend.

E samuel.tomczyk@uni-greifswald.de



Marlene Mühlmann arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im StiPEX-Projekt.

wald will sich dieser Thematik annehmen und untersucht die Bedeutung von Stigmatisierung im Kontext der Corona-Pandemie und ihre Folgen.

Stigmatisierung im Kontext der Corona-Pandemie

Die Forschung zu Stigmatisierungsprozessen hat im Gesundheitsbereich eine lange Tradition, die vor allem durch medizinsoziologische und sozialpsychologische Arbeiten geprägt ist. Bis heute vielfach zitierte und für die Forschung wichtige Arbeiten sind von Goffman (1963) sowie Link und Phelan (2001). Diese beschreiben die Entstehung, das Auftreten und die Funktionen von Stigmatisierung und erläutern sie in verschiedenen Kontexten, wie z. B. im Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung.

Im Kern wird durch Stigmatisierung eine Distanzierung zum Ausdruck gebracht, um Personen mit bestimmten Merkmalen (z. B. Symptomen) zu kennzeichnen und zu gruppieren (sogenanntes »Othering«) und sich von ihnen abgrenzen zu können. Gesellschaftlich kann Stigmatisierung damit Positivfunktionen erfüllen. Das kann die Kennzeichnung Erkrankter oder Betroffener sein, die eine schnelle Identifizierung und ihren Schutz ermöglicht, und im Falle infektiöser Krankheiten auch der Schutz nicht infizierter Personen, die entsprechend Distanz herstellen können (Deacon, 2006).

Zugleich werden auch Negativfunktionen von Stigmatisierung ersichtlich. So stehen etwa die negative Bewertung stigmatisierter Personen (z. B. als gefährlich oder schwach) und die Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben (z. B. Verhinderung des Zugangs zu bestimmten Leistungen oder Angeboten) mit erhöhter Einsamkeit, sozialer Isolation sowie Einbußen der Lebensqualität in Verbindung (z. B. Clement et al., 2015; Corrigan & Nieweglowski, 2018; Davtyan, 2018).

Schematisch lässt sich der Prozess der Stigmatisierung in vier Schritten darstellen (Link & Phelan, 2001):

1. Kategorisierung von Personen anhand bestimmter Merkmale (z. B. äußeres Erscheinungsbild, klinische Symptomatik), die Indikatoren für relevante Unterscheidungsdimensionen darstellen (z. B. erkrankt/gesund), und Labeling dieser Gruppe (z. B. als psychisch krank oder infiziert)
2. Bezeichnungen werden mit Stereotypen und Vorurteilen verknüpft (z. B. gefährlich), die auf diese Gruppen übertragen werden können
3. Kategorisierung ermöglicht Gruppenbildung (z. B. »wir« vs. »die«)
4. Statusverlust und Diskriminierung (z. B. Ausgrenzung von Personen, die die bestimmten Merkmale aufweisen)

Stigmatisierung ist in diesem Sinne immer Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse, da stigmatisierte Personen und Gruppen im Zuge der Benachteiligung weniger Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen erhalten und damit machtloser werden. Gleichzeitig kann Stigmatisierung als Mittel des Machterhalts dominanter

Gruppen genutzt werden, womit durch Stigmatisierung Querbezüge zu Rassismus und anderen Formen der Ungleichbehandlung von Menschen, wie etwa Fremdenfeindlichkeit, offenbar werden (Groß, Zick & Krause, 2012; Tyler & Slater, 2018). Stigmatisierung kann deshalb zur Verschärfung gesellschaftlicher Ungleichheit beitragen und bei Betroffenen zu geringerer Lebensqualität, psychischem Leidensdruck und mitunter auch negativen ökonomischen Konsequenzen führen (z. B. Schwierigkeiten, eine Anstellung zu finden; Link & Phelan, 2001).

Derartige Stigmatisierungsprozesse können aufgrund ihrer Hierarchisierung von gesellschaftlichen Strukturen hin zu individuellem Erleben und Verhalten als »vertikale Stigmatisierung« bezeichnet werden. Sie sind in den vergangenen Jahrzehnten vielfach erforscht worden. Studien finden sich insbesondere in medizinischen Kontexten, etwa zu psychischen Erkrankungen (»mental illness stigma«; z. B. Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005) oder Infektionskrankheiten (»HIV/AIDS-Stigma«; z. B. Nyblade, 2006). Aber auch in der sozial- und geisteswissenschaftlichen Forschung zu Stereotypen, Intergruppenkonflikten, gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit (z. B. zu den Themenfeldern Rassismus und Antisemitismus; z. B. Heitmeyer, 2005) und in (Teil-) Disziplinen der Kriminologie, Politischen Psychologie und Politikwissenschaft finden sich zahlreiche Arbeiten zu Aspekten vertikaler Stigmatisierung.

Begleitend zur stärker analytisch ausgerichteten Stigmaforschung konnten zudem auch zahlreiche Ansätze zur Prävention und Intervention bei Stigmatisierung entwickelt werden. Untersuchungen finden zumeist kleine, aber stabile Effekte universeller Prävention und größere Effekte selektiver Prävention, z. B. in der Arbeit mit medizinischem Fachpersonal (vgl. Metaanalysen von Griffiths, Carron-Arthur, Parsons & Reid, 2014; Mak, Mo, Ma & Lam, 2017; Morgan, Ross & Reavley, 2018; Xu, Huang, Kösters & Rüscher, 2017; Xu, Rüscher, Huang & Kösters, 2017).

Diese Interventionen arbeiten vorwiegend mit bildungs- oder kontaktbezogenen Ansätzen. Bildungsbezogene Ansätze sollen z. B. über eine stigmatisierte Erkrankung aufklären und vorurteilsbehaftete Wahrnehmungen korrigieren. Kontaktbezogene Ansätze zielen hingegen darauf ab, Vorurteile abzubauen, indem durch Kontakt mit oder Präsentation von Personen mit stigmatisierten Erkrankungen Berührungängste reduziert werden. Insgesamt scheinen beide Ansätze erfolgsversprechend. Einige Studien verweisen auch auf differenzielle Effekte: Kontaktbasierte Interventionen haben z. B. stärkere Auswirkungen für Erwachsene und medizinisches Fachpersonal, während bildungsbasierte Interventionen vor allem Jugendliche erreichen (Corrigan, Michaels & Morris, 2015; Maunder & White, 2019).

Intersektionale Aspekte und Double Stigma, bei dem mehrere Stigmatisierungen zusammentreffen, z. B. COVID- und HIV/AIDS-Stigma (Hall et al., 2021), wur-

den in der bisherigen Forschung wenig beleuchtet und entsprechend wenig in Interventionen berücksichtigt. Sie werden als »horizontale Stigmatisierung« bezeichnet, da Binnendifferenzierungen von Stigmatisierung, etwa im individuellen Erleben oder in Abhängigkeit von individuellen Merkmalen, ersichtlich werden.

Eine aus bisheriger Forschung gewonnene, wesentliche Erkenntnis zur Gestaltung wirksamer Ansätze ist es, dass Analyse, Entwicklung, Implementation und Evaluation kontextsensitiv erfolgen müssen. Demnach sollten individuelle, interpersonale, soziale, kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Stigmatisierung beitragen, berücksichtigt werden (Gronholm, Henderon, Deb & Thornicroft, 2017; Gronholm et al., 2021).

Im Rahmen der Corona-Pandemie bedeutet dies, dass die entsprechenden Bedingungen der Stigmatisierung herausgearbeitet werden müssen, um Anti-Stigma-Interventionen in diesem Kontext bewerten zu können. Nur so kann ihre Bedeutung adäquat eingeschätzt werden, um im Anschluss konkrete Hinweise zur Optimierung abzuleiten. Dies gilt gerade für den deutschsprachigen Raum, denn bisherige Forschungen zu Stigmatisierung in Zeiten der Corona-Pandemie – ebenso wie vertiefte Analysen von Anti-Stigma-Interventionen – stammen vorrangig aus dem internationalen Raum, da vom bisherigen pandemischen Geschehen vorwiegend andere Regionen betroffen waren.

Befunde zu Stigmatisierung in Zeiten der Corona-Krise verweisen auf eine starke Stigmatisierung von Personen mit COVID-Symptomatik sowie chinesisch gelesenen Personen, d. h. Personen, die aufgrund äußerer Merkmale als chinesisch eingestuft werden (z. B. Baldassarre et al., 2020; Li et al., 2021). Eine Metaanalyse gibt eine hohe Prävalenz von Stigmatisierung

von Infektionskrankheiten insgesamt mit 34 % über verschiedene Populationen hinweg an; bei Personen mit geringer Bildung sogar mit 44 % (Yuan et al., 2021). Dies verdeutlicht die gesellschaftliche Relevanz der Anti-Stigma-Arbeit.

Stigmatisierung aufgrund COVID-ähnlicher Symptomatik führt zu einer gesellschaftlich zu Isolation und Ausgrenzung, zum anderen kommt es bei Betroffenen zu Scham und Schuldempfinden, verminderter Lebensqualität sowie psychischen Beschwerden, die zum Teil bis in die Post-Pandemie-Phase hinein bestehen (Li et al., 2020). Diskriminierung wurde, insbesondere in der Anfangsphase der Pandemie, auch medial verstärkt, da u. a. in sozialen Medien vom China-Virus oder Wuhan-Virus die Rede war (Budhwani & Sun, 2020). Frühere Arbeiten, etwa eine Studie zur SARS-Epidemie 2004 (Lee, Chan, Chau, Kwok & Kleinman, 2005), zeigen eine hohe Betroffenheit gesamter Nachbarschaften auf. Diese wurden infolge erhöhter Infektionszahlen unabhängig vom tatsächlichen Infektionsstatus der Anwohnerinnen und Anwohner zunehmend gemieden. Eine Studie aus der Frühphase der Pandemie (März 2020) verweist demgegenüber aber auch auf einen positiven Zusammenhang stigmatisierender Einstellungen mit Compliance bezüglich Verhaltensempfehlungen in der deutschen Bevölkerung (Tomczyk, Rahn & Schmidt, 2020). Stigmaassoziierte Schuldzuweisungen gegenüber Erkrankten konnten dabei nicht nachgewiesen werden (Tomczyk et al., 2020). Dies unterstreicht die initiale Positivfunktion und damit Komplexität von Stigmatisierung bei Infektionsgeschehen.

Stigmatisierungserfahrungen sowie Selbststigmatisierung berichteten darüber hinaus auch Personen in Gesundheitsfachberufen, die in der Versorgung unmittelbar mit infizierten sowie stigmatisierten Personen



Foto: privat

Isabel Kuhlmann studiert Psychologie im Bachelor an der Universität Greifswald. Aktuell schreibt sie ihre Abschlussarbeit im Projekt zum Thema »Instrumente zur Messung von Stigmatisierung im Kontext der COVID-19-Pandemie: Eine systematische Übersichtsarbeit«.

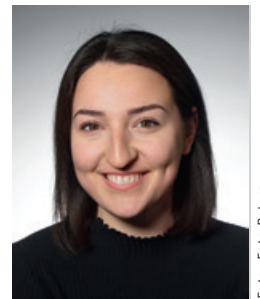


Foto: Foto Peters

Dafina Danqa studiert Psychologie im Master an der Universität Greifswald. Aktuell schreibt sie ihre Abschlussarbeit im Projekt zum Thema »Stigmatisierung im Kontext der Corona-Pandemie: Die Perspektive von Betroffenen im Gesundheitswesen«.



Abbildung 1. Rahmenmodell des »StiPEX«-Projekts, angelehnt an das »Health Stigma and Discrimination Framework« (HSHDF) im Kontext der COVID-19-Pandemie (Ransing et al., 2020; Stangl et al., 2019).

konfrontiert sind (Petzold, Plag & Ströhle, 2020; Ransing et al., 2020). Diese Personen berichten berufsbedingt höheres Stresserleben, stärkere wahrgenommene Stigmatisierung und im Privatleben ebenfalls stärkere Isolation (Faller et al., 2022; Kisely et al., 2020; Schubert et al., 2021). Für psychologisches Fachpersonal (im Gesundheitswesen) liegen bislang kaum belastbare Analysen vor. Dies ist eine der Fragestellungen, denen das Projekt »StiPEx« sich widmet. Die Dynamik der Stigmatisierung sowie der Einflussfaktoren lassen sich anhand des adaptierten »Health Stigma and Discrimination Framework« (HSDF; Ransing et al., 2020; Stangl et al., 2019) darstellen (siehe Abbildung 1).

Das Modell fasst theoriebasiert Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und Phasen von Stigmatisierung aus früheren Pandemien sowie erste Erkenntnisse der COVID-19-Forschung zusammen und überträgt sie als Rahmenmodell auf das COVID-19-Geschehen. Auf Basis des Modells leiten Ransing et al. (2020) Empfehlungen für die Gestaltung von Anti-Stigma-Interventionen ab. Hierzu zählen die länder- und zielgruppenspezifische Konzeption von Interventionen sowie medienfokussierte und gruppensensible, ganzheitliche Angebote. Auch die Berücksichtigung mittel- und langfristiger Konsequenzen (z. B. zur Unterstützung der Reintegration Genesener) sowie die soziale Teilhabe (z. B. partizipative Ansätze und Interessensvertretung, Hervorhebung des Erfolgs genesener Personen) sind von Bedeutung. Vergleichbare Empfehlungen sprechen auch Gronholm et al. (2021) aus, die sich auf Anti-Stigma-Interventionen aus vergangenen Pandemien beziehen. Hier erwiesen sich besonders Interventionen als erfolgreich, die sprachliche und mediale Praktiken, spezifische Zielgruppen und kommunenbasierte Ansätze adressierten. Die Befunde stammen jedoch nicht aus deutschen Stichproben, sondern sämtlich aus anderen Ländern.

Über die Konfiguration von Stigmatisierung in Deutschland sowie den Erfolg vergleichbarer Anti-

Stigma-Interventionen hierzulande ist bislang nichts bekannt. Forschungsansätze und Praxis der Anti-Stigma-Arbeit müssen demnach auf den deutschsprachigen Raum übertragen und kritisch geprüft werden. Die Arbeiten im Sinne des HSDF weisen darüber hinaus auf weitere offene Forschungsfragen hin (vgl. Logie & Turan, 2020; Ransing et al., 2020; Stangl et al., 2019). Um zielgruppengerechte Interventionen entwickeln, implementieren und evaluieren sowie Versorgung bedarfsgerecht zuteilen zu können, bedarf es demnach weiterer Forschung zur Rolle intersektionaler Aspekte und der Verstärkung bestehender Disparitäten, der Manifestation von Stigmatisierung auf individueller und kollektiver Ebene sowie der Auswirkungen von Stigmatisierung auf diverse Bevölkerungsgruppen und Organisationen.

Über das Projekt »StiPEx«

Das Forschungsprojekt »StiPEx« an der Universität Greifswald wird im Rahmen der Bekanntmachung zu gesellschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen: 01UP2202). Das Projekt hat zum Ziel, Dynamiken von Stigmatisierungsprozessen im Zuge der COVID-19-Pandemie zu untersuchen, und nutzt dafür einen Mixed-Methods-Zugang, der qualitative und quantitative Forschungsansätze kombiniert, um eine hohe Validität und eine multiperspektivische Betrachtung gewährleisten zu können. Dabei knüpft es an die bisherige Forschung zu Rahmenbedingungen, Erscheinungsformen und Verläufen von Stigmatisierungsprozessen an, wie sie etwa im HSDF (Ransing et al., 2020; Stangl et al., 2019) expliziert wird, und erweitert diese gezielt um Fragen zu intersektionalen Aspekten, Double Stigma und Interaktionen von individuellen, sozialen und institutionellen Einflüssen.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive werden Bedingungen, Prozesse und potenzielle Konsequenzen gesellschaftlicher Stigmatisierung in der deutschen Be-

Tabelle 1
Fragestellungen im »StiPEx«-Projekt

Breite Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie weit verbreitet sind stigmatisierende Einstellungen gegenüber an COVID-19 erkrankten oder symptomatischen Personen in der Bevölkerung? ▪ Welche intersektionalen Aspekte von Stigmatisierung können in diesem Kontext beobachtet werden? ▪ Welche Assoziationen bestehen zwischen der Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Stigmatisierung aufgrund anderer Erkrankungen (sogenanntes »Double Stigma«), in der Bevölkerung? ▪ Wie wirksam sind Anti-Stigma-Interventionen in der Allgemeinbevölkerung? ▪ Wie wirksam ist eine Anti-Stigma-Intervention im Kontext pandemischen Geschehens?
Betroffene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie werden Stigmatisierung, »Double Stigma« und intersektionale Aspekte von Betroffenen erlebt? ▪ Wie wirken sie sich auf Lebensqualität und Teilhabe am sozialen Leben aus? ▪ Wie sind Stigmatisierung und »Double Stigma« bei medizinischem Fachpersonal ausgeprägt, das zum Teil in direktem Kontakt mit an COVID-19 erkrankten Personen steht/stand? ▪ Kann durch gezielte Anti-Stigma-Interventionen für medizinisches Personal das Ausmaß an Stigmatisierung in dieser Gruppe reduziert werden?
Anti-Stigma-Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Angebote im Bereich von Anti-Stigma-Interventionen für Stigmatisierung im Kontext von COVID-19 gibt es in Deutschland? ▪ Welche Institutionen und Strukturen sind für die Gestaltung der Anti-Stigma-Arbeit verantwortlich? ▪ Wie wirksam sind diese Maßnahmen in Bezug auf die untersuchten Gruppen? ▪ Inwiefern berücksichtigen diese Interventionen besondere Aspekte von Stigmatisierung, »Double Stigma« und Intersektionalität, die im Kontext von COVID-19 relevant werden?

völkerung im Kontext der Corona-Pandemie exploriert und intersektionale Schnittstellen (z. B. zu Alter oder ethnischer Zugehörigkeit) sowie Interaktionen mit anderen gesundheitsbezogenen Stigmatisierungsprozessen, etwa aufgrund psychischer Erkrankungen, eruiert. In diesem Zusammenhang werden auch bestehende Anti-Stigma-Interventionen geprüft, ggf. optimiert und die Optimierungen empirisch validiert.

Die Hauptfragestellungen des Projekts finden sich in Tabelle 1, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung, Betroffene (potenziell erkrankte Menschen und assoziierte Personen, z. B. in Gesundheitsfachberufen) sowie strukturelle Aspekte der Anti-Stigma-Arbeit.

Als ein Gesamtergebnis des Projekts werden Empfehlungen für stigmafreie Kommunikationsgestaltung für politische Entscheidungsträgerinnen und -träger entwickelt. Auch Empfehlungen hinsichtlich interventioneller (Online-)Angebote für soziale Settings bzw. Kontexte wie Schulen, Arbeitswelten und Gesundheitsversorgung werden aus dem Projekt hervorgehen. Diese sollen langfristig der Stigmatisierung in der Gesellschaft entgegenwirken und die Resilienz für zukünftige Pandemien und andere stigmarelevante Lagen erhöhen.

Aktuelles aus dem Projekt

Derzeit werden im Projekt leitfadengestützte Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) geführt, um Stigmatisierungserfahrungen während der Pandemie aufzudecken. Teilnehmen können Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, wie z. B. ärztliches, pflegerisches oder (psycho)therapeutisches Personal, aber

auch Personen aus der breiten Bevölkerung, die Erfahrungen mit Stigmatisierung im Kontext der Pandemie gemacht haben. Die Interviews werden in Präsenz oder online durchgeführt.

In Anlehnung an das HSDF nach Ransing et al. (2020) und Stangl et al. (2019), wird dabei ermittelt, was die Teilnehmenden selbst unter Stigmatisierung verstehen und inwieweit sie diese im Rahmen ihrer Tätigkeit erleben oder erlebt haben. Dabei wird näher auf die Quellen von Stigmatisierung, Anlässe, Formen und verstärkende Faktoren eingegangen. Auch die Folgen der Stigmatisierungserfahrungen und der Umgang mit ihnen sowie der Einfluss auf die Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben werden im Interview ergründet. Zudem wird erfasst, welche weiteren Stigmatisierungserfahrungen (unabhängig von der Corona-Pandemie) die Betroffenen erlebt haben.

Aktuell werden zudem verstärkt klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen sowie Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen gesucht, die von ihren direkten oder indirekten Erfahrungen mit Stigmatisierung im Zuge der Corona-Pandemie berichten möchten, die sie selbst, im unmittelbaren Umfeld oder z. B. im Umgang mit Patient*innen gemacht haben. Wenden Sie sich bei Interesse oder Fragen zum Projekt gern an uns.

Jun.-Prof. Dr. Samuel Tomczyk, Marlene Mühlmann, Isabel Kuhlmann, Dafina Danqa

Weitere Informationen zu »StiPEX«:
<https://tinyurl.com/stipex>



Literatur:
Die Literaturliste kann per E-Mail beim Verlag angefordert werden:
s.koch@psychologenverlag.de

psylife
live

Dr. Sonia Jaeger

WEBINAR-REIHE

Dein Online-Business
erfolgreich gestalten

Mit dem passenden
Angebot und System
zum Erfolg



www.psylife.de/psylife-live

21.06.2023, 20 Uhr
Jetzt anmelden!