

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 49 (2023)

Heft: 1

Artikel: Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen

Autor: Frischknecht, Ulrich

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1046364>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 23.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen

2023-1
Jg. 49
S. 4 - 10

Stigmatisierung vergrößert die Last von Suchterkrankungen für die Betroffenen. Sie werden in eine Schublade gesteckt, mit der negative Eigenschaften verbunden sind, als andersartig abgewertet und erleben Diskriminierungen. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über diesen wichtigen Aspekt, der oft als «die zweite Erkrankung» bezeichnet wird. Es werden Definition, Arten, Ursachen, Auswirkungen und Möglichkeiten zum Abbau von Stigmatisierung beschrieben.

ULRICH FRISCHKNECHT

Prof. Dr. sc. hum., Psychologischer Psychotherapeut, Professur für Sucht und Persönlichkeitspsychologie, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Katholische Hochschule NRW, Wörthstrasse 10, D-50668 Köln, Tel. +49 (0)221 775 73 42, u.frischknecht@katho-nrw.de

Einleitung

Die «Zweite Erkrankung», «eine Hauptbarriere für Hilfesuche», «die Unterminierung der Selbstwirksamkeit», «der Grund für Soziale Isolation» all diese Aspekte von Stigmatisierung kommen in der Geschichte des Kleinen Prinzen zum Ausdruck, der bei seiner Reise den Trinker besucht und wissen will, wieso dieser denn trinke – nämlich, – so antwortet dieser, – da er sich schäme, weil er ja trinke. (Saint-Exupery 1943).

Suchterkrankungen gehen mit einer erheblichen Last für die Betroffenen und deren Umfeld einher. Zusätzlich kommt noch die Last von Stigmatisierung hinzu, die Last davon, aufgrund der Tatsache, eine Diagnose zu haben, in eine Schublade gesteckt zu werden, der negative Eigenschaften anhaften, die es angeblich in anderen Schubladen nicht gibt und die Grund genug dafür ist, Menschen in dieser Schublade abzuwerten und zu benachteiligen. So wird auch ein hochfunktionaler Mensch, der an einer Alkoholabhängigkeit leidet, mit einer Lügenneigung, Charakterschwäche oder Unzuverlässigkeit in Verbindung gebracht, unabhängig, ob es hierfür wirklich mehr Anlässe gegeben hätte als bei anderen Menschen ohne Alkoholabhängigkeit und weiter wird er in unterschiedlichen Situationen aufgrund dieser Erkrankung benachteiligt. Diese oft auch als «zweite Erkrankung» bezeichnete Problematik soll Gegenstand des vorlie-

genden Themenheftes und dieses einführenden Artikels sein. Zunächst soll geklärt werden, was Stigmatisierung ist, welche Arten wichtig zu unterscheiden sind, wie Stigmatisierung sich begründen lässt und welche Möglichkeiten zur Reduktion von Stigmatisierung bekannt sind.

Verschiedene Untersuchungen kommen wiederholt zu dem Schluss, dass Menschen mit Suchterkrankungen besonders stark von Stigmatisierung betroffen sind. (Schomerus et al. 2017). Die Stigmatisierung äussert sich in abwertenden Bezeichnungen und negativen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Betroffenen und diese werden nicht selten mit diskriminierenden Verhaltensweisen konfrontiert. Werden diese öffentlichen Einstellungen von Betroffenen auf sich selbst angewandt, kommt noch zusätzlich die selbstwertmindernde Selbststigmatisierung mit ihren ungünstigen Folgen für die Bewältigungsfertigkeiten hinzu. Auch institutionell lassen sich Benachteiligungen gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen ausmachen, – mitunter auch im Suchthilfesystem. Daher erstaunt es nicht, dass niedriges Selbstwertgefühl, reduzierte Selbstwirksamkeit, geringeres Hilfesuchverhalten und eine reduzierte Lebensqualität mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung einhergehen. Überlegungen zur Funktion von Stigmatisierung, welche sich aus evolutionärer Perspektive plausibilisieren

lässt, sind ethisch nicht vertretbar. Es ist daher angebracht, Strategien umzusetzen und weiterzuentwickeln, die dem Stigma von Suchterkrankten entgegenwirken. Neben Informations- und Kontakt-vermittelnden Anti-Stigma-Kampagnen sollten Massnahmen der kooperativen Tätigkeit und Bausteine zur Adressierung der Selbststigmatisierung auf Betroffenen-Seite ausgebaut werden.

Was ist Stigmatisierung?

Ein Stigma sei eine körperliche oder soziale Eigenschaft, welche dazu genutzt wird, die Person mit dieser Eigenschaft derartig abzuwerten und herabzuwürdigen, dass die soziale Akzeptanz dieser Person infrage gestellt wird. So verstand Erwin Goffmann (1968), ein amerikanischer Soziologe, der sich zeitlebens viel mit sozialpsychologischen und sozialpsychiatrischen Aspekten devianten Handelns befasste, den Begriff «Stigma». Auf das Stigma von Sucht angewandt bedeutet dies, dass die Eigenschaft der «Sucht» benutzt wird, um Personen, die unter einer solchen leiden, in sozialen Misskredit zu bringen, konkreter etwa wenn einer Mutter, die an einer Alkoholabhängigkeit leidet, pauschal die Fähigkeit abgesprochen wird, eine gute Mutter zu sein. Bereits für Goffmann war die Unterscheidung in sichtbare und unsichtbare Stigmata wichtig, da Betroffene entsprechend unterschiedlich damit umgehen konnten.

Sichtbare Stigmata, wie z. B. körperliche Besonderheiten, die nicht verborgen werden können, unterscheiden sich von unsichtbaren Stigmata wie z. B. einer Suchterkrankung, die lange Zeit verheimlicht werden kann. Auf den professionellen Kontext übertragen sind somit die Diagnosen, die sichtbaren Stigmata von der evtl. noch verheimlichten Erkrankung. In dieser Beschreibung von Stigma wird ersichtlich, dass Stigmata zu sozialem Ausschluss und Abwertung von Betroffenen führen. Goffmann spricht von einer «spoiled Identity», also einer beschädigten Identität, welche vermitteln soll, dass die stigmatisierte Person nicht mehr den Anforderungen der Sozialen Integration entsprechen kann.

Eine Weiterentwicklung dieses Stigmakonzepts wurde von Link & Phelan (2001) vorgenommen. Sie sehen Stigma als ein Ergebnis von vier Stigmatisierungs-Teilprozessen und beschreiben Stigmatisierung eher als einen Prozess denn als einen Status. In diesem Prozess folgt auf das Labeling – bzw. die Bezeichnung einer Person oder Personengruppe mit einem Label, die Zuschreibung negativer Charaktereigenschaften. Hiernach wird in die Eigen- und Fremdgruppe unterschieden und getrennt, der Status der Fremdgruppe abgewertet und letztendlich gegen sie diskriminiert. Diese Prozesse erfolgen entlang eines Machtgefälles von der stigmatisierenden zur stigmatisierten Person (siehe Abbildung 1).

Für den Suchtbereich relevante Labelings sind etwa «Alkoholiker:innen», «Junkies», «Süchtige». Bereits die Diagnosevergabe stellt ein Label dar. Beispielsweise erhalten Menschen, die eine Suchterkrankung haben und bei denen diese bekannt ist, im Gesundheitswesen eine schlechtere Behandlung. Die Zuschreibung von negativen Eigenschaften für Menschen, die ein entsprechendes Label erhalten, zeigt sich

etwa in den Erwartungen, dass Menschen mit Suchterkrankungen nicht willens seien, sich zu ändern, unzuverlässig, unsensibel oder faul seien, als gefährlich wahrgenommen werden, oder als impulsiv und aggressiv – und zwar unabhängig von konkreten Erfahrungen diesbezüglich. Solche Zuschreibungen zeigen sich sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch innerhalb des Gesundheitswesens und der Suchthilfe (Schomerus et al. 2011; van Boekel et al. 2015; siehe auch den Beitrag von Stephanie Buschner-Fehr et al. in dieser Ausgabe).

Der Separierungsprozess bildet die weitere Grundlage für Vorurteils- und Diskriminierungsbildung. Hierbei werden die mit dem Sucht-Label versehenen Menschen mit ihren negativen Eigenschaften (z. B. unmotiviert, gefährlich, faul) als einheitliche, in sich homogene Gruppe wahrgenommen und distinkt von der eigenen Gruppe der «Nicht-Süchtigen» verstanden, welche selbstverständlich nur durch stete Motivation, Zuverlässigkeit und Engagement gekennzeichnet ist. Beispiele finden sich etwa in der Separierung der Hilfesysteme, wo häufig Suchterkrankungen als separate Kategorie von «Psychischen Erkrankungen» gesehen werden und nicht als Teil davon. Aber auch innerhalb einzelner Betroffenengruppen finden sich zuweilen Beispiele, etwa wenn Menschen mit Alkoholabhängigkeit von sich beanspruchen, ganz anders zu sein als Menschen, die von illegalen Substanzen abhängig sind. Der letzte Teilschritt im Stigmatisierungsprozess ist für die tatsächliche Benachteiligung der Betroffenen am relevantesten: Mit der Diskriminierung ist die Verhaltensebene gemeint, die mittels Abwertung und sozialen Ausschluss zu einem Statusverlust der von Stigmatisierung Betroffenen beiträgt, wie beispielsweise erschwerte Zugänge zu Hilfsmöglichkeiten aufgrund der An-

nahme, dass alle Suchterkrankten unzuverlässig sind und sie daher ihre Zuverlässigkeit zunächst in viel höherem Masse beweisen müssen als andere Menschen mit oder ohne eine psychische Erkrankung. Der Prozess der Stigmatisierung erfolgt von Menschen mit mehr Macht hin zu Menschen mit weniger Macht. Denn nur auf diesem Wege können der soziale Ausschluss und der Statusverlust wirksam werden. Neben den Betroffenen selbst sind auch deren Angehörige von Stigmatisierung betroffen und sehen sich oft mit dem pathologisierenden Begriff der Co-Abhängigkeit konfrontiert.

Im Sinne der Intersektionalität ist zu bedenken, dass Menschen mehrere stigmatisierte Eigenschaften besitzen können, also etwa sowohl eine Suchterkrankung als auch eine Arbeitslosigkeit und evtl. noch einen Migrationshintergrund aufweisen. Insbesondere aus den USA sind vielfältige Belege vorhanden, dass Menschen um ein Vielfaches diskriminiert werden, wenn sie mehreren marginalisierten bzw. stigmatisierten Gruppen angehören (etwa eine höhere Arrestrate für People of Color aus niedrigen Einkommensschichten bei Drogenbesitz). Auch das Geschlecht spielt hier eine entscheidende Rolle, so zeigen sich in qualitativen Untersuchungen deutliche Unterschiede in der Stigmatisierung von Frauen mit Suchterkrankung gegenüber Männern mit Suchterkrankungen (siehe hierzu auch den Beitrag von Irmgard Vogt in dieser Ausgabe).

Arten von Stigmatisierung

Sinnvollerweise werden drei Ebenen der Stigmatisierung unterschieden: Die Bevölkerungsebene bzw. die öffentliche Stigmatisierung, die strukturelle Ebene bzw. die bereits in Strukturen manifestierte Stigmatisierung und die Betroffenenenebene, welche die Selbst- bzw. internalisierte Stigmatisierung als Übertrag der öffentli-

| | |
|---|--|
| Stigmatisierung als Prozess nach Link & Phelan (2001) | |
| Labeling («Suchtpatient:in») | Machtgefälle («Behandler:in entscheidet über Terminvergabe») |
| Zuschreibung negativer Charaktereigenschaften («Lügen immer») | |
| Unterteilung in In- und Outgroup («Wir Behandelnden – Die Suchtpatient:innen») | |
| Statusverlust & Diskriminierung («die brauchen keine gute Behandlung, die können noch länger warten») | |

Tabelle 1: Stigmatisierung als Prozess nach Link & Phelan (2001).



chen Stigmatisierung auf sich selbst beinhaltet (Schomerus & Corrigan 2022; siehe hierzu auch den ausführlicheren Beitrag von Regina Kostrzewa in dieser Ausgabe).

Öffentliche Stigmatisierung

Aus bevölkerungsrepräsentativen Studien geht hervor, dass Menschen mit Suchterkrankungen häufiger negativ, gefährlich und unkontrollierbar wahrgenommen werden. Zudem wird ihre Erkrankung als selbst verschuldet eingestuft und es besteht ein stärkeres Bedürfnis nach sozialer Distanz, verglichen mit Menschen ohne Suchterkrankung und auch im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Störungen (Schomerus et al. 2011). Noch ausgeprägter sind diese negativen Einstellungen, wenn es sich um eine Abhängigkeitserkrankung mit einer illegalen Substanz handelt (Schomerus et al. 2010). Da davon ausgegangen werden kann, dass die öffentliche Meinung durch mediale Darstellungen mitgeprägt wird, sollte die Berichterstattung der Medien über Menschen mit Suchterkrankungen kritisch

reflektiert werden. Menschen mit Suchterkrankungen werden seltener mit ihren gesellschaftlichen Leistungen und häufiger mit ihren Misserfolgen und Verletzungen sozialer Normen dargestellt (Cape 2003). Zudem erfolgt die Thematisierung der illegalen Substanzen überwiegend im kriminalitätsbezogenen Kontext (Hughes et al. 2011). Derartige Beschreibungen sind vermutlich mitverantwortlich, dass intoxicationsbedingte Probleme (z. B. Unkontrollierbarkeit, Gefährlichkeit) fälschlicherweise auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung übertragen werden. Ausserdem wird hierdurch das Narrativ der schlechten Prognose bei Suchterkrankungen gefördert. Vor diesem Hintergrund ist der aktuell entwickelte Presseleitfaden «FairMediaSUCHT»¹ ein notwendiger und wichtiger Schritt, um Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen in den Medien bzw. in der öffentlichen Meinungsbildung entgegenzuwirken. Abzuwarten bleibt seine Wirkung, da ein ähnlicher Leitfaden in den USA, welcher infolge der Opioid-Krise

entstand, dort lediglich geringe Effekte auf die mediale Darstellung erzielte (Besette et al. 2020). Mediale Darstellungen sind jedoch ebenso wichtig, um gesundheitsbezogene Unterstützungsmassnahmen für Betroffene zu stärken und dem politisch rechtskonservativen Ruf nach strafenden Massnahmen entgegenzuwirken (Corrigan et al. 2017).

Stigmatisierung in der Suchthilfe

Auch in der Suchthilfe – wie in allen Gesundheitsberufen – finden sich Belege für Vorurteile gegenüber stigmatisierten Gruppen, die mit einer schlechteren Hilfeleistung einhergehen (FitzGerald & Hurst 2017). So finden sich bei Medizinstudierenden, bei Psycholog:innen, bei Studierenden der Sozialen Arbeit als auch bei explizit in der Suchthilfe Tätigen (van Boekel et al. 2013) negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen, die oftmals mit konservativem Denken einhergehen. Implizite, um soziale Erwünschtheit bereinigte Messverfahren zeigten, dass bei Behandelnden aus dem Gesundheitswesen sogar noch negativere kognitive Verzerrungen gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen vorlagen, als bei anderen Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Ashford et al. 2019). D. h. negative Affekte gegenüber Betroffenen sind im Hilfesystem mitunter sogar stärker ausgeprägt. Es ist davon auszugehen, dass dies auch mit einer schlechteren Versorgung einhergeht. Eine mögliche Erklärung dafür könnten die ungünstigen Beziehungserfahrungen im Suchthilfesystem aufgrund der oftmals divergierenden Therapieziele zwischen Betroffenen und Kostenträgenden sein. Ebenso könnte die Negativprägung durch das häufig getrennte Behandlungssetting erfolgen. Die Behandelnden sehen die Betroffenen in der Regel nur wieder, wenn diese rückfällig wurden, nicht aber, wenn sie die Erfolge einer Behandlung erleben (siehe zum Thema der Stigmatisierung in der Suchthilfe auch den Beitrag von Stephanie Buschner-Fehr et al. in dieser Ausgabe).

Strukturelle Stigmatisierung

Rechtliche Vorgaben oder strukturelle Besonderheiten im Hilfesystem sind gleichermaßen Ausdruck und Verstärker von

Stigmatisierung. (Schomerus & Corrigan 2022). Bereits entstehungsgeschichtlich stellt die Suchthilfe ein separiertes Hilfesystem dar, welches zunächst vorrangig der Disziplinierung und Erziehung diene, in welchem strenge und moralisierende Behandlungen stattfanden. Die mit der Klassifikation von Sucht als Persönlichkeitsstörung im DSM-II zum Ausdruck gebrachte Haltung der Unveränderlichkeit von Sucht, aber auch der Einfluss der Abstinenzdogmatiker:innen hat zu einer starken Einschränkung der möglichen Wege und Hilfsangebote für Betroffene beigetragen. Zuletzt werden glücklicherweise schadensminimierende oder in frühen Stadien kontrollierten Konsum fördernde Behandlungsstrategien zunehmend anerkannt (Spode 2012). Somit ergeben sich diskriminierende Barrieren für Menschen mit Suchterkrankungen, die nicht mit den Zielen der Behandler:innen übereinstimmen. Die unterschiedlichen Leistungstragenden für Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung mit ihren unterschiedlichen Zielsetzungen (Wiederherstellen von Gesundheit bzw. Wiederherstellen von Arbeitsfähigkeit) sind ebensolche, strukturell gewachsene, für manche Betroffene inadäquaten und durch Bürokratisierung schwer zugängliche Hilfsangebote. Dies erschwert eine nahtlose, zügige Inanspruchnahme leitlinienkonformer Therapie (Weissing et al. 2022).

So gut das Suchthilfesystem ausdifferenziert und ausgebaut ist, durch die häufigen psychischen Komorbiditäten stellt die Separierung der Hilfesysteme ein Nachteil dar: Für die Behandlungseinrichtung mit Fokus auf Depression muss zuerst die Suchterkrankung «geheilt» sein, für die Suchthilfeeinrichtung ist oftmals die Behandlung der Depression ausserhalb des Leistbaren. Bereits die Früherkennung und Frühintervention scheint im gesamten Gesundheitswesen durch deutliche Unterversorgung gekennzeichnet (Frischknecht et al. 2020). Die ambulante Richtlinientherapie mit den für Suchtpatient:innen spezifischen rigiden Regularien (unabhängig nachzuweisende Abstinenz bis zur 10. Behandlungsstunde)² ist ein weiteres Exempel für strukturelle Diskriminierung, welche neben den aus wirtschaftlicher Sicht ver-



ständlichen, skeptischen Einstellungen von Psychotherapeut:innen gegenüber Suchterkrankten (Frischknecht 2017) als mitverantwortlich für die geringe Rate Betroffener in der ambulanten Psychotherapie angenommen werden muss.

Ein anderes Beispiel ist die S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Störungen».³ Dort wird einerseits darauf verwiesen, dass Suchterkrankungen auch zu den schweren psychischen Störungen gehören, andererseits werden jedoch Suchterkrankungen explizit nicht behandelt. Kritischer muss auch die Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankung⁴ beurteilt werden, welche die Empfehlung abgibt, dass bei aktueller Abhängigkeit eine Operation nicht indiziert sei. Ethisch ist dies – bei allen Risikoabwägungen – kritisch zu sehen, da hier ein deutlich erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko vorliegt.

Nicht zuletzt muss auf die Illegalisierung von Cannabis und psychedelischen Substanzen hingewiesen werden, welche durch die in manchen Regionen vollzo-

gene Strafverfolgung wahrlich nicht zur Gleichbehandlung von Menschen beiträgt.

Mitunter sind aber auch stigmatisierende Strukturen Kernmerkmal von Selbsthilfeverbänden. Etwa die in den 12-Schritte-Programmen der Anonymen Alkoholiker⁵ vertretene Ansicht, dass die Betroffenen der Macht der Sucht hilflos ausgeliefert sind. Auch die Suchtprävention kann durch leider immer noch zu oft auf Abschreckung zielende Informationskampagnen – wie den unflätigen «Faces of Addiction»⁶ – zur Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen beitragen (siehe dazu den Beitrag von Christa Berger in dieser Ausgabe).

Selbststigmatisierung

Menschen mit Suchterkrankungen können die erlebte Stigmatisierung aufgrund ihrer Suchterkrankung internalisieren und stigmatisieren sich sozusagen selbst. Dies führt zu vermindertem Selbstwert sowie zu reduzierter Selbstwirksamkeitserwartung (z. B. Frischknecht et al. 2011). Entsprechend finden sich parallel zur

Selbststigmatisierung auch eine verminderte Inanspruchnahme adäquater Hilfen und schlechtere Verläufe (z. B. Probst et al. 2015). Auch die Selbststigmatisierung wird als Prozess konzeptualisiert, wobei wichtig zu betonen ist, dass Betroffene vermutlich die beschriebenen Prozesse nicht intentional gegen sich selbst einsetzen, sondern durch die Erfahrung der Stigmatisierung in der Umgebung internalisieren. In der Tabelle 2 wird der Prozess dargestellt.

Neben den oben genannten negativen Auswirkungen zeigten sich auch Zusammenhänge zu reduzierter Lebensqualität, zu Depressivität und zu reduzierter Krankheitseinsicht (z. B. Frischknecht et al. 2011). Zudem scheinen auch häufigere und längere Behandlungen mit stärkerer Selbststigmatisierung einherzugehen (Bozinoff et al. 2018; Luoma et al. 2014). Selbststigmatisierung sollte daher im Hilfesystem adressiert werden.

Welche Ursachen hat Stigmatisierung?

Die Genese der im Stigmatisierungsprozess beschriebenen Phänomene wird sozialpsychologisch über verschiedene Theorien erklärt. So stellen die Selbstkategorisierungstheorie und die Soziale Identitätstheorie einen allgemeinen Rahmen dafür dar, dass Menschen zur Regulation ihres Selbstwerts, welcher sich durch ein positives Selbstbild steigern lässt, versuchen, eine positive Soziale Identität herzustellen. Dies kann unter anderem durch Diskriminierung und Abwertung von Mitgliedern einer Fremdgruppe geschehen. Hierzu gehören wiederum Teilprozesse wie die Selbstkategorisierung als Mitglied einer relevanten übergeordneten

Gruppe und der Abgrenzung von anderen Fremdgruppen (Gollwitzer & Schmitt 2019).

Eine evolutionsbiologische Erklärung von Stigmatisierung erarbeiteten Kurzban & Leary (2001). Hier besteht die Sichtweise darin, dass Verhaltensmuster dann überdauern und sich über Generationen und in unterschiedlichen Gesellschaften replizieren, wenn sie die Reproduktion einer Spezies fördern. Es wurden drei Funktionen formuliert, wie Stigmatisierung zu einer erhöhten reproduktiven Fitness führt:

- Sozialer Ausschluss durch Stigmatisierung, um «Sozialen Betrug» zu vermeiden. Die Idee ist, dass sozialer Betrug das Überleben und die Reproduktionsrate in einer Herde Menschen reduziert und Stigmatisierung eine Strategie darstellt, um Herdenmitglieder, die ein entsprechendes Verhalten zeigten, als abschreckendes Beispiel dienen sollen, um somit in der Herde die Auftretenswahrscheinlichkeit von sozial betrügerischem Verhalten zu minimieren. Diese Funktionalität wird jedoch bei chronischen, nicht vollständig der individuellen Verhaltenskontrolle unterliegenden Verhaltensweisen wie bei Suchterkrankungen angenommen werden kann, nicht wirksam.
- Sozialer Ausschluss als Nebeneffekt davon, dass Individuen nur eine begrenzte Kapazität für positiv soziale Interaktion besitzen und diese mit Personen besetzt sein sollten, welche für die höchste reproduktive Fitness hilfreich sind, – also gesunde, starke, prosozial handelnde Personen. Dies bedeutet, dass Stigmatisierung gar nicht direkt als abwertend gedacht ist, son-

dern daher stammt, dass gesündere, der Reproduktion dienlichere Artgenoss:innen bevorzugt werden. Wenn die Freundes- bzw. Partner:innenliste voll ist, bleiben die stigmatisierten Personen aussen vor.

- Sozialer Ausschluss, um Infektionsgefahren zu vermeiden. Die Corona-Pandemie hat uns vermutlich dieses Prinzip verdeutlicht: Wer hustete (Stigma), wurde vermieden und exkludiert, da dies als ein Zeichen für gefährliche Ansteckung gewertet wurde. Diese Funktionalität ist für den Suchtbereich jedoch nicht hilfreich, da Suchterkrankungen lediglich durch die Vorbildrolle anderer Menschen, die konsumieren, «übertragbar» ist und der Konsum in unserer Gesellschaft oft genug sogar heroisiert wird. Die Diskriminierungen erfolgen erst, wenn Betroffene ein problematisches Konsummuster zeigen.

Die Evolutionstheorie kann ebenfalls dazu dienen, die Geheimhaltung und das Verbergen des stigmatisierten Merkmals auf Betroffenenseite zu erklären, denn es verhindert den sozialen Ausschluss und dient daher wiederum der reproduktiven Fitness. Bei einem ersten Date ist beispielsweise die Geheimhaltung einer Suchterkrankung vermutlich zielführender als deren Offenlegung. Evolutionäre Überlegungen können dazu dienen, ein Verständnis dafür aufzubauen, warum ein potenziell dysfunktionales Verhalten auch dann noch nachhaltig gezeigt wird, wenn die Kosten seinen Nutzen überwiegen. Beim Verständnis geht es in erster Linie um Empathie und Reflexionsfähigkeit, nicht aber darum, es positiv zu beurteilen. Nach der Beschreibung des Prozess-

| Der Prozess der Selbststigmatisierung | |
|---|--|
| Prozessstufen der Selbststigmatisierung | Beispiel |
| Wahrnehmung von Stigmatisierung in der Öffentlichkeit | «Die meisten Menschen halten Süchtige für unzuverlässig» |
| Zustimmung zur Stigmatisierung | «Ich halte Süchtige auch für unzuverlässig» |
| Selbstkategorisierung zur stigmatisierten Gruppe | «Ich gehöre zu den Süchtigen» |
| Anwendung der Stigmatisierung gegen sich selbst | «Ich bin auch unzuverlässig» |
| Selbst-Diskriminierung, Selbst-Abwertung | «Ich bin eine Zumutung für meine Mitmenschen», «Ich habe keine Unterstützung verdient» → keine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, soziale Isolation |

Tabelle 2: Der Prozess der Selbststigmatisierung (Frischknecht & Sträter 2021).

modells und der Ebenen von Stigmatisierung sowie ihren Auswirkungen und potenziellen Ursachenklärungen folgt anschliessend ein kurzer Überblick über wichtige Strategien zur Reduktion von Stigmatisierung.

Ansätze zur Reduktion von Stigmatisierung

Reduktion öffentlichen Stigmas

Der überwiegende Teil des Wissens zur Reduktion von Stigmatisierung kommt aus der Forschung mit Bezug zu anderen psychischen Störungen als die Suchterkrankungen. Thornicroft et al. (2016) oder Rüsich et al. (2020) stellen in ihren Übersichtsarbeiten die Methode des Kontakts zu Betroffenen als Intervention mit den erfolgreichsten Aussichten für eine Reduktion des Stigmas dar. Es ist jedoch anzumerken, dass die Evidenz hier fast ausschliesslich kurzfristige Effekte auf stigmabezogenes Wissen sowie Einstellungen bezüglich der stigmatisierten psychischen Störung belegt. Neuere Ansätze deuten darauf hin, dass Kontakt zu Betroffenen für Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsausprägungen erfolgreicher sind (Yuan et al. 2018). Die Abgabe von einfachen Empfehlungen würde der Befundlage nicht gerecht, wonach gut gemeinte Anti-Stigma-Kampagnen mitunter auch kontraproduktiv waren (McGinty & Barry 2020). Eine Kommunikation, die das Ziel hat, Stigmatisierung zu reduzieren, sollte keine Begriffe verwenden, die die Menschen auf ihre Betroffenheit reduzieren oder gar abwerten (z. B. Süchtige). Wichtig sind die Bewältigungserfolge und die Therapiemöglichkeiten der Betroffenen zu benennen. Weiter sollte über situative Ursachen der Problematik berichtet werden, um der Korrespondenzverzerrung entgegenzuwirken, welche besagt, dass Menschen generell die Ursachen für Verhalten anderer in deren Person verorten und nicht in der Situation. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Annahmen, dass biogenetische Krankheitskonzepte antistigmatisierend wirken würden, bisher nicht ausreichend belegt werden konnten, sondern sogar gegenteilige Effekte demonstriert wurden (Schomerus et al. 2014).

Reduktion von Selbststigmatisierung

Eine wichtige Aufgabe der Suchthilfe ist es, die Selbststigmatisierung von Betroffenen mit zu adressieren. Hierzu steht mit der Leistungssensiblen Suchttherapie (LST) ein suchtspezifisches manualisiertes Gruppenprogramm zur Integration in bestehende Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung (Fleckenstein et al. 2020). Ausserdem liesse sich das für andere psychische Störungen verfügbare Gruppenprogramm «Coming out proud» oder im Deutschen «In Würde zu sich stehen» (Rüsich et al. 2019) auf Suchtthemen adaptieren. Diese Programme bestehen aus drei bzw. vier Gruppensitzungen, in denen Themen wie Haltung, Ehrlichkeit und die hierzu notwendigen Anstrengungen besprochen und gewürdigt werden. Zudem wird thematisiert, wen man wie in die Problematik einweicht, da eben nicht zu erwarten ist, dass die soziale Umgebung auf die Offenlegung bzw. das Vorhandensein der Problematik günstig reagieren wird.

Literatur

- Ashford, R.D./Brown, A.M./Curtis, B. (2018): Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. *Drug Alcohol Depend* 189: 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.005>
- Bessette, L.G./Hauc, S.C./Danckers, H./Atayde, A./Saitz, R. (2020): The associated press stylebook changes and the use of addiction-related stigmatizing terms in news media. *Substance Abuse*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1748167>
- Bozinoff, N./Anderson, B.J./Bailey, G.L./Stein, M.D. (2018): Correlates of stigma severity among persons seeking opioid detoxification. *Journal of Addiction Medicine* 12(1): 19–23. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000355>
- Cape, G.S. (2003): Addiction, stigma and movies. *Acta psychiatrica Scandinavica* 107(3). <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00075.x>
- Corrigan, P./Schomerus, G./Smelson, D. (2017): Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 210(3): 180–181. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185421>
- Fitzgerald, C./Hurst, S. (2017): Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics* 18(1): 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Fleckenstein, M./Fleckenstein-Heer, M./Leiberg, S./Breit, W./Lüddeckens, T. (2020): Mit Stolz aus der Abhängigkeit: Leistungssensible Suchttherapie. Klett-Cotta.
- Frischknecht, U. (2017): Werden Menschen mit Suchterkrankungen in der ambulanten Psychotherapie stigmatisiert? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 49(2): 325–333.
- Frischknecht, U. et al. (2011): The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts. *European Addiction Research* 17(5): 241–249. <https://doi.org/10.1159/000328637>
- Frischknecht, U. et al. (2020): Screening auf problematischen Alkoholkonsum – Erhebung zur Umsetzung der S3-Leitlinienempfehlungen in der transdisziplinären Versorgung einer Modellregion. *Gesundheitswesen*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0475>
- Frischknecht, U./Sträter, B. (2021): Stigmatisierung im Kontext der Sucht o. S. in: M. Wolff/W.Looser/G. Cvetanovska-Pllashniku (Hrsg.), *Multiprofessionelle Behandlung von Suchterkrankungen*. Hogrefe.
- Goffman, E. (1968): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Pelican Books.
- Gollwitzer, M./Schmitt, M. (2019): *Sozialpsychologie kompakt*. Beltz.
- Hughes, C.E./Lancaster, K./Spicer, B. (2011): How do Australian news media depict illicit drug issues? An analysis of print media reporting across and between illicit drugs, 2003–2008. *The International Journal on Drug Policy* 22(4): 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.05.008>
- Kurzban, R./Leary, M.R. (2001): Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin* 127(2): 187.
- Link, B.G./Phelan, J.C. (2001): Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27(1): 363–385.
- Luoma, J.B./Kulesza, M./Hayes, St. C./Kohlenberg, B./Larimer, M. (2014): Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 40(3): 206–212. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.901337>
- McGinty, E.E./Barry, C.L. (2020): Stigma reduction to combat the addiction crisis – developing an evidence base. *New England Journal of Medicine* 382(14): 1291–1292. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000227>
- Probst, C./Manthey, J./Martinez, A./Rehm, J. (2015): Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2015 Article 32. [doi:10.1186/s13011-015-0028-z](https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z)
- Rüsich, N./Heland-Graef, M./Berg-Peer, J. (2020): Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Diskriminierung und Ausgrenzung.



- Elsevier Health Sciences.
- Rüsch, N. et al. (2019): In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung [Honest, Open, Proud: Concept and efficacy of a peer-led program to provide support with disclosure decisions and coping with stigma]. *Psychiatrische Praxis* 46(2): 97–102.
<https://doi.org/10.1055/a-0800-3695>
- Saint-Exupéry, A. (1943): *Le Petit Prince*. Paris: Éditions Gallimard.
- Schomerus, G./Corrigan, P. (2022): Understanding the Stigma of Substance Use Disorders. S. 1–14 in: G. Schomerus/P. Corrigan (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108936972.001
- Schomerus, G. et al. (2017): Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht* 63(4): 253–259.
<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000501>
- Schomerus, G./Matschinger, H./Angermeyer, M.C. (2014): Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine* 44(2): 303–314.
<https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>
- Schomerus, G./Holzinger, A./Matschinger, H./Lucht, M./Angermeyer, M.C. (2010): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken [Public attitudes towards alcohol dependence]. *Psychiatrische Praxis* 37(3): 111–118.
<https://doi.org/10.1055/s-0029-1223438>
- Schomerus, G. et al. (2011): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and alcoholism* 46(2): 105–112.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Spode, H. (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. *Suchttherapie* 13(04): 155–161.
- Thornicroft, G. et al. (2016): Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 387(10023): 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00298-6)
- van Boekel, L.C./Brouwers, E.P.M./van Weeghel, J./Garretsen H.F.L. (2013): Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence Journal* 131(1–2): 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- van Boekel, L.C./Brouwers, E.P.M./van Weeghel, J./Garretsen, H.F.L. (2015): Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry* 61(6): 539–549.
<https://doi.org/10.1177/0020764014562051>
- Weissinger, V. et al. (2022): Versorgungsorganisation. In: Kiefer, F./Hoffmann, S./Petersen, K.U./Batra, A. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-63677-0_4
- Yuan, Q. et al. (2018): Direct and moderating effects of personality on stigma towards mental illness. *BMC Psychiatry* 18(1): 358.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1932-3>

Endnoten

- ¹ Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit hat einen Leitfaden zum Thema Abhängigkeit für Medienschaffende entwickelt: <https://bit.ly/3iDWz4v>, Zugriff 13.01.2023.
- ² Gemeinsamer Bundesausschuss: Psychotherapie-Richtlinie: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>
- ³ Vgl. für die S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Störungen»: <https://bit.ly/3iE5anS>, Zugriff 13.01.2023.
- ⁴ Vgl. für die Leitlinien zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankung: <https://bit.ly/3WaLLbA>, Zugriff 13.01.2023.
- ⁵ Vgl. das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker: <https://bit.ly/3GYIrf>, Zugriff 13.01.2023.
- ⁶ Vgl. dazu beispielsweise die Website American Addiction Centers: <https://rehab.com/explore/faces-of-addiction/>, Zugriff 13.01.2023.