**DIPLOMA HOCHSCHULE**
**Private Fachhochschule Nordhessen**

**Studiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychologisches Empowerment**

**MASTER-THESIS**

# Qualitative Untersuchung zu Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft sowie zu den Herausforderungen und Strategien im Umgang mit Stigmatisierung bei Depression im Erwachsenenalter

**Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M.Sc.)**

**vorgelegt von:** **Sarah Schreck**
**Matrikelnummer 140260858**
**Studienzentrum online**

**Bearbeitungszeitraum:** **04.01.2026 - 21.06.2026**

**Abgabe am:** **20.06.2026**

**Betreuer*in:** **Silvia Gurdan**

## Hinweis zur personenbezogenen Schreibweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet. Bei der Beschreibung der Interviewpartner wird die weibliche Schreibweise verwendet, da sich später herausstellte, dass nur weibliche Personen teilnahmen. Sämtliche Personenbezeichnungen sind ausdrücklich als integrativ zu verstehen und gelten für alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten gleichermaßen.

## Danksagung und Widmung

Dieses Studium antreten und erfolgreich abschließen zu dürfen, erfüllt mich mit tiefer Dankbarkeit gegenüber meiner Familie, meinen Freunden, Kollegen, meiner Weiterbildungsgruppe in personzentrierter Beratung und insbesondere meinem Partner. Durch eure Unterstützung, eure Geduld, eure Liebe, eure aufmunternden Worte und euer Verständnis konnte ich diesen Weg gehen und meinem Ziel näherkommen, die Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin zu beginnen. Danach strebe ich seit mittlerweile fünf Jahren. Nun empfinde ich große Freude, Zufriedenheit und Stolz, diesen Meilenstein erreicht zu haben.

Dass dies möglich wurde, verdanke ich auch der MEU und Frau Falkenberg, die mir erstmals die Möglichkeit eröffnet haben, mein Studium vorzeitig abzuschließen. Sie organisierten alle dafür notwendigen Schritte, dass ich im letzten Kurs der Psychotherapieausbildung ab Herbst starten kann.

Ein herzlicher Dank gilt auch meinem Arbeitgeber, der mir die notwendigen Freiräume zur Realisierung des Studiums ermöglicht hat. Diese Flexibilität hat maßgeblich dazu beigetragen, dass ich mein Studium erfolgreich absolvieren konnte.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Klienten. Ihr Mut und Ihr Vertrauen haben mich tief berührt und zu diesem Thema inspiriert. Danke für die Offenheit, über Ihre Erfahrungen in den Interviews zu sprechen und mit Neugier auf die Ergebnisse zu warten. Es war für mich eine große Motivation, praxisrelevante Erkenntnisse zu entwickeln.

Mein Dank gilt auch Frau Gurdan für die engagierte, verlässliche und herzliche Betreuung während der Anfertigung dieser Masterarbeit. Ihre fachliche Unterstützung und Ihre Wertschätzung waren wirklich hilfreich und bereichernd.

Herzlichen Dank!

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind mit hohen Arbeitsunfähigkeitsraten verbunden. Betroffene setzen sich mit der Entscheidung, ihre Erkrankung offenzulegen oder geheim zu halten und potenzieller Stigmatisierung auseinander. Ziel dieser Arbeit war es, hilfreiche Stigma-Management-Strategien zu identifizieren und psychologische Interventionen zur Förderung dieser abzuleiten.

**Methodik:** Zehn Teilnehmende einer beruflichen Rehabilitation mit diagnostizierter Depression wurden in halbstrukturierten Leitfadeninterviews zu (1) Gründen für und gegen Offenlegung der Depression, Dimensionen und Erfahrungswerten, (2) stigmabezogenen Herausforderungen, (3) emotionalen, kognitiven und sozialen Bewältigungsstrategien befragt. Die Auswertung erfolgte nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse:** (1) Die Ergebnisse verdeutlichten, dass die Entscheidung über Geheimhaltung und Offenlegung individuelle, komplexe und parallel verlaufende Prozesse darstellen. Offenlegung erfolgte selektiv und fiel Betroffenen vor allem im Arbeitskontext schwer. Die Erfahrungen für beide Wege waren überwiegend gemischt. Stigmatisierung wurde in allen Lebensbereichen berichtet, besonders in Familie und Partnerschaft. (2) Herausforderungen waren auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene erkennbar (z. B. Angst, Traurigkeit, Wut, Selbstzweifel, Erschütterung, fehlende Unterstützung, verminderte Beziehungsqualität). Die häufigsten Herausforderungen lagen auf der sozialen Ebene. (3) Es wurden emotionale, kognitive und soziale Strategien beschrieben (z. B. Selbstfürsorge, Neubewertung, Gespräche, Aufklärung). Vermeidende Strategien wurden erst als sekundäre Strategie gewählt. Emotionale Strategien waren vergleichsweise gering.

**Schlussfolgerung:** Die Aktualität und weitgreifenden Auswirkungen von Stigmatisierung auf intrapsychische Prozesse von Betroffenen waren wichtige Befunde. Sie sind ein Risikofaktor für die Verschlechterung der Depression und behindern den Genesungsprozess. Aufgrund der Heterogenität der Stigmatisierungssituationen ist die Förderung vielfältiger Bewältigungsstrategien zentral. Stigmatisierungserfahrungen scheinen daher ganzheitlich auf allen Ebenen (emotional, kognitiv und sozial) verarbeitet werden zu müssen. Insbesondere emotionale

Strategien müssen verbessert werden. Ebenso ist die frühzeitige Integration des Themas Stigmatisierung in Psychotherapien relevant, da die Befragten bei der Entwicklung von Stigma-Management-Strategien von Psychotherapie profitierten. Insgesamt ermöglichen funktionale Strategien positive Erfahrungen und überwinden Geheimhaltung. Überdies müssen strukturelle Bedingungen verbessert werden, um einen niedrigschwelligen Zugang zu Behandlung zu schaffen.
**Schlagworte:** Stigmatisierung, Stigma, Offenlegung, Geheimhaltung, Herausforderungen bei Stigmatisierung, Stigma-Management.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ..... I
1. Einleitung ..... 1
2. Theoretischer Hintergrund ..... 4
2.1 Das Krankheitsbild depressiver Erkrankungen ..... 4
2.1.1 Symptomatik und Klassifikation nach ICD-10 und ICD-11 ..... 4
2.1.2 Epidemiologie ..... 6
2.1.3 Ätiologie ..... 7
2.1.4 Verlauf und Prognose ..... 9
2.1.5 Interventionen und Behandlung ..... 10
2.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ..... 11
2.2.1 Definition und Formen ..... 11
2.2.2 Entstehung ..... 13
2.2.3 Folgen ..... 14
2.2.4 Interventionen ..... 15
3. Empirische Studienlage zu Stigmatisierung, Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien bei Erwachsenen mit psychischer Erkrankung ..... 17
3.1 Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen ..... 17
3.2 Gründe für und gegen Offenlegungsbereitschaft ..... 20
3.3 Herausforderungen ..... 25
3.3.1 Emotionale Herausforderungen ..... 25
3.3.2 Kognitive Herausforderungen ..... 26
3.3.3 Soziale Herausforderungen ..... 26
3.4 Strategien ..... 28
3.4.1 Emotionale Strategien ..... 29
3.4.2 Kognitive Strategien ..... 30
3.4.3 Soziale Strategien ..... 32
4. Zielsetzung, Forschungsfragen und begründete Annahmen ..... 34
4.1 Zielsetzung und Forschungsfragen ..... 34
4.2 Begründete Annahmen ..... 35
5. Methodik ..... 40

5.1 Untersuchungsplan ..... 40
5.2 Fallauswahl ..... 45
5.3 Durchführung ..... 49
5.4 Datenaufbereitung ..... 49
5.5 Datenanalyse ..... 49
6. Ergebnisdarstellung ..... 52
6.1 Ergebnisse zu Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft ..... 52
6.2 Ergebnisse zu Herausforderungen ..... 58
6.3 Ergebnisse zu Strategien ..... 65
6.4 Gesamtmodell ..... 69
7. Diskussion ..... 71
7.1 Interpretation ..... 71
7.2 Implikationen für die Praxis ..... 81
7.3 Limitationen ..... 84
7.4 Implikationen für die Forschung ..... 86
8. Fazit ..... 88
Literaturverzeichnis ..... 90
Anhang ..... 103
Anhang A: Interviewleitfaden ..... 103
Anhang B: BDI-II ..... 107
Anhang C: Einwilligungserklärung Interview ..... 109
Anhang D: Transkriptionsregeln nach Dresing/Pehl, 2018 ..... 111
Anhang E: Codierregeln nach Kuckartz/Rädiker, 2024a/2024b ..... 113
Anhang F: Kategoriensystem ..... 114
Anhang G: Transkriptionsauszüge der verwendeten Zitate ..... 145
KI-Verzeichnis ..... 164
Selbstständigkeitserklärung ..... 171

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Symptome depressiver Erkrankungen (eigene Darstellung nach ICD-10 nach Dilling/Freyberger, 2016; Beesdo-Baum/Wittchen, 2020) ..... 5
Abbildung 2: Ätiologiemodell depressiver Erkrankungen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2020) ..... 8
Abbildung 3: Gründe für und gegen Geheimhaltung einer psychischen Erkrankung (eigene Darstellung) ..... 24
Abbildung 4: Herausforderungen bei Stigmatisierung (eigene Darstellung) ..... 28
Abbildung 5: Mögliche funktionale Bewältigungsstrategien (eigene Darstellung) ..... 33
Abbildung 6: Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz/Rädiker, 2024a) ..... 50
Abbildung 7: Häufigkeiten der Geheimhaltungsgründe (eigene Darstellung) ..... 54
Abbildung 8: Häufigkeiten der Offenlegungsgründe (eigene Darstellung) ..... 57
Abbildung 9: Anzahl der Befragten von Stigmatisierung nach Lebensbereichen (eigene Darstellung) ..... 59
Abbildung 10: Wortwolke zu emotionalen Herausforderungen (eigene Darstellung) 61
Abbildung 11: Häufigkeiten der kognitiven Herausforderungen (eigene Darstellung) 62
Abbildung 12: Häufigkeiten der sozialen Herausforderungen (eigene Darstellung).. 64
Abbildung 13: Gesamtverhältnis der Ergebnisse zu Herausforderungen (eigene Darstellung) ..... 64
Abbildung 14: Häufigkeiten der emotionalen Strategien (eigene Darstellung)..... 65
Abbildung 15: Häufigkeiten der kognitiven Strategien (eigene Darstellung) ..... 67
Abbildung 16: Häufigkeiten der sozialen Strategien (eigene Darstellung) ..... 68
Abbildung 17: Gesamtverhältnis der Ergebnisse zu Strategien (eigene Darstellung) 69
Abbildung 18: Gesamtmodell der Ergebnisse (eigene Darstellung) ..... 70

# 1. Einleitung

Psychische Belastungen, Probleme und leichte bis mittelschwere psychische Krankheiten sind Vergleichsstudien zufolge heute akzeptierter als vor 20-30 Jahren. Dies wird deutlich in steigender Inanspruchnahme von Hilfen, langen Wartezeiten für eine ambulante, teilstationäre und stationäre Psychotherapie sowie in Umfragen. Die soziale Distanz gegenüber Menschen mit Depression ist inzwischen vergleichbar gering wie gegenüber Menschen mit Alltagsproblemen (vgl. Schomerus et al., 2023a). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass einige Menschen persönliche, positive bzw. korrigierende Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen bei sich oder im Umfeld gemacht haben und Betroffene sich häufiger trauen, über ihre Erkrankung zu sprechen. Dennoch offenbarten Studien, dass eine statistische Zunahme der Enttabuisierung psychischer Probleme nicht zugleich zu einer Verbesserung der negativen Einstellungen und Stigma führte. Trotz der Zunahme von Gesundheitskompetenz, Wissen über biologische Modelle psychischer Erkrankungen und größere Akzeptanz professioneller Hilfe bei psychischen Problemen, nahm Stigmatisierung nicht ab, sondern sogar zu (vgl. Schomerus et al., 2012/2022/2023a).

Ein Stigma ist eine negativ bewertete Eigenschaft einer Person (vgl. Rüsch, 2021). Stigmatisierung beschreibt einen Oberbegriff mit den Prozessen von Vorurteilen bis hin zu Verleumdung, Kontaktvermeidung, Benachteiligung, Vernichtung, körperliche Gewalt und öffentliche Herabwürdigung aufgrund dieser Eigenschaft (vgl. Goffman, 1975 zitiert nach Finzen, 2013). Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen und folgebedingten Leistungs- bzw. Arbeitseinschränkungen werden psychische Erkrankungen im Allgemeinen nicht als vorübergehend oder heilbar erachtet. Betroffene werden nur auf das Merkmal „psychische Erkrankung“ reduziert. Dieses ist das Stigma. Das individuelle Krankheitsbild und der Verlauf bleiben unberücksichtigt. Dies erschwert gesellschaftliche Teilhabe erheblich. Deshalb belastet Stigmatisierung die psychische Gesundheit zusätzlich wie eine zweite Krankheit (vgl. Finzen, 2013).

**Relevanz:** Die Relevanz des Themas spiegelt sich in o.g. Studien und aktuellen Gesundheitsdaten wider: Psychische Erkrankungen verursachen aktuell die höchsten Arbeitsunfähigkeitsraten. Depressive Erkrankungen gehören zu den fünf häufigsten Diagnosen (vgl. Gesundheitsreport zu Arbeitsunfähigkeiten der Techniker Krankenkasse, 2025; DAK Psychreport, 2025). Aufgrund befürchteter Stigmatisierung erhielten nur 16,5% der an Depression erkrankten Menschen eine angemessene Behandlung und Psychotherapie (vgl. Thornicroft et al., 2017). Das Stigma wirkt sich mit einem

kleinen bis mittelgroßen negativen Effekt auf die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und medizinischer Behandlung aus (vgl. Clement et al., 2015; Lasalvia et al., 2013). Betroffenen fällt es schwer zu entscheiden, ob und wie sie ihre Erkrankung offenlegen, besonders im Arbeitskontext (vgl. Holzinger et al., 2003; Brohan et al., 2012; van Bortel et al., 2024; Dewa et al., 2020/2021; Clement et al., 2015). Auch in der beruflichen Tätigkeit als Sozialpädagogin einer beruflichen Rehabilitation ist bei den Rehabilitanden eine rege Diskussion darüber sichtbar. Sie fürchten schlechtere Jobchancen und Unverständnis. Dabei ist es äußerst wichtig, dass Arbeitgeber aufgabenbezogene Einschränkungen kennen, um präventive und intervenierende Gesundheitsmaßnahmen von Beginn an zur Verfügung zu stellen, damit sich Betroffene langfristig in den Arbeitsmarkt reintegrieren.

**Ziel:** Aus diesem Kontext ging die Idee hervor, hilfreiche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stigmatisierung für die Praxis zu erforschen. Während Stigma-Interventionen die gesellschaftliche Ebene adressieren, widmet sich diese Masterarbeit der individuellen psychologischen Ebene. Gründe für Offenlegung und für Geheimhaltung, erlebte Herausforderungen und Bewältigungsstrategien sollen qualitativ betrachtet werden. Im deutschen Kontext und speziell bei Erwachsenen mit Depression besteht hierzu eine Forschungslücke.

Stigmatisierung ist Forschungsgegenstand der Sozialpsychologie und vereint damit die Berufe Soziale Arbeit und Psychologie: Die Profession Soziale Arbeit hat zum Ziel, gesellschaftliche Teilhabe für v. a. problembelastete Personengruppen zu ermöglichen und soziale Ungerechtigkeit abzubauen. Die Wissenschaft Psychologie hat zum Ziel, das menschliche Erleben und Verhalten zu verstehen und die Gesundheit zu fördern.

**Aufbau:** Zu Beginn wird der theoretische Hintergrund zum Krankheitsbild der Depression und zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erläutert. Dabei werden Symptomatik und Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie, Störungsmodelle, Verlauf und Prognose, Interventionen und Behandlung beschrieben. Darauf aufbauend sollen die erlebte und wahrgenommene Stigmatisierung aus dem Blickwinkel der Depression besser verstanden werden können. Anschließend wird erklärt, in welchen Formen Stigmatisierung auftritt, welche Folgen sie hat, wie sie entsteht, vorgebeugt und auf gesellschaftlicher Ebene reduziert werden kann.

Im dritten Kapitel wird der Forschungsstand zu den Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien bei Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgestellt. Die ersten beiden Hauptkapitel

bieten die theoretische Grundlage, aus der die Forschungsfragen und begründeten Annahmen für diese Masterarbeit im vierten Kapitel abgeleitet werden.
Kapitel fünf beschreibt die Methodik des Forschungsvorhabens. Anschließend werden im Ergebnisteil die Kategorien aus der qualitativen Inhaltsanalyse präsentiert und darauf aufbauend ein Gesamtmodell entwickelt. Darin werden Strategien für den Umgang mit Stigmatisierung und für den Entscheidungsprozess der Offenlegung sichtbar. Es folgen die Interpretation der Ergebnisse, Beantwortung der Forschungsfragen, praktische Implikationen, Limitationen und Implikationen für die Forschung. Das Fazit schließt die Masterarbeit mit den wichtigsten Erkenntnissen und anregenden Gedanken ab.

# 2. Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden das Krankheitsbild der Depression und die theoretischen Grundlagen von Stigmatisierung beschrieben, um den kontextuellen Hintergrund für die Forschung vorzubereiten.

## 2.1 Das Krankheitsbild depressiver Erkrankungen

Nachfolgend werden Symptomatik, Verbreitung, Entstehung und Störungsmodelle, Verlauf und Prognose, Interventionen und Behandlung beschrieben.

### 2.1.1 Symptomatik und Klassifikation nach ICD-10 und ICD-11

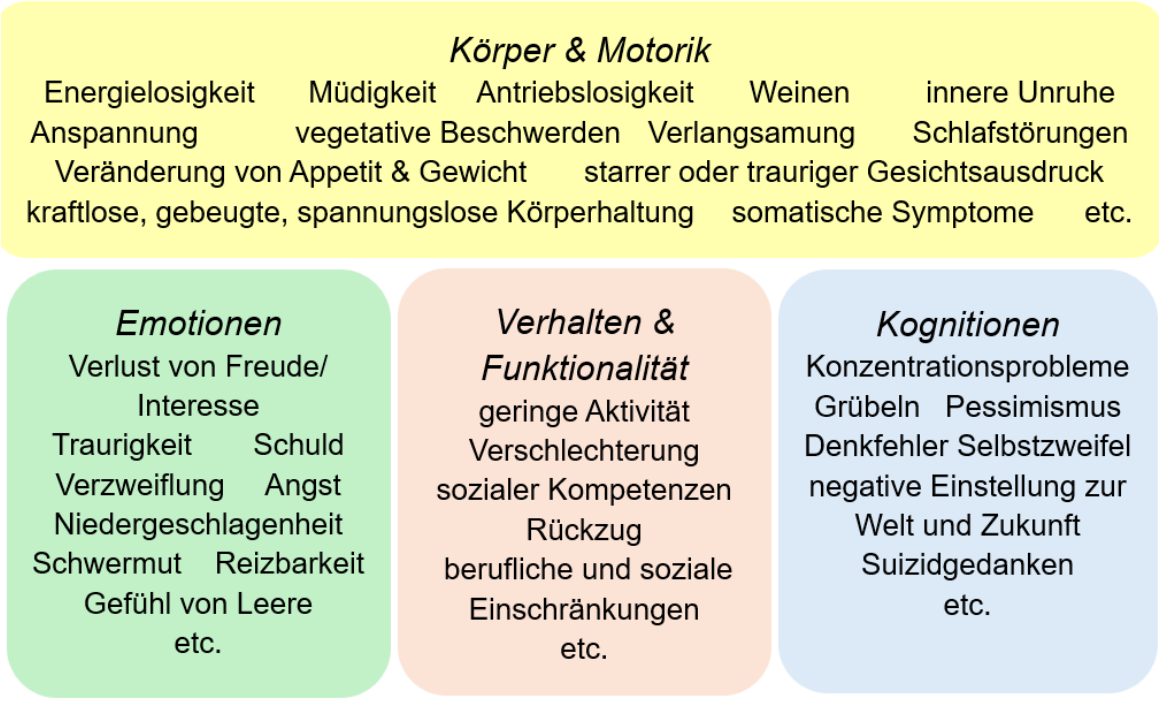
**ICD-10:** Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Version (ICD-10) definiert alle psychischen Erkrankungen unter Kapitel F. Dabei werden auftretende Symptome zu einem gemeinsamen Syndrom (Diagnose) zusammengefasst. Diesem zufolge wird eine Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Charakteristisch sind klinisch relevante Veränderungen der Stimmung, des Aktivitätsniveaus und der Gefühle, die zu Leiden und Beeinträchtigungen führen sowie nicht auf organische Ursachen oder auf psychotropen Substanzmissbrauch zurückzuführen sind. Eine Depression wird diagnostiziert, wenn über mindestens zwei Wochen mindestens zwei von drei Hauptkriterien durchgängig oder an den meisten Tagen vorliegen: (1) gedrückte Stimmung, (2) Verlust von Antrieb, Interesse und Freude, (3) Verminderung von Aktivität oder erhöhte Ermüdbarkeit (vgl. ICD-10 nach Dilling/Freyberger, 2016). Wichtig zu beachten ist, dass eine Depression über das Ausmaß einer gelegentlich auftretenden Traurigkeit hinsichtlich Zeitdauer, Intensität und Persistenz hinaus geht. Ähnlich, aber abzugrenzen ist das Burnout-Syndrom (Z73.0) als Zustand der totalen Erschöpfung oder Ausgebrannt-Sein. Es ist jedoch keine Störung mit Krankheitswert wie die Depression, kann dieser aber begünstigen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

Nebenkriterien können sein: (1) ein beeinträchtigtes Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl, (2) unangemessene Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, (3) vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen und Unentschlossenheit, (4) Zunahme oder Abnahme von Appetit und Gewicht, (5) psychomotorische Unruhe

oder Verlangsamung, (6) Schlafstörungen bis hin zu (7) wiederkehrenden Suizidgedanken oder -handlungen. Je nach Schweregrad, ist die Gesamtanzahl der Haupt- und Nebensymptome verschieden: leicht (vier bis fünf), mittelgradig (sechs bis sieben) und schwer (mindestens acht). Auch somatische Symptome (z. B. Früherwachen, Morgentief, Libidoverlust, Gefühllosigkeit) können auftreten. Weiterhin wird in eine depressive Episode (F32), rezidivierende, d.h. wiederkehrende depressive Störung (F33) und persistierende chronische Depression (Dysthymie F34.1) unterschieden (vgl. ICD-10 nach Dilling/Freyberger, 2016).
Im Vergleich zur vorübergehenden, klinisch unauffälligen Traurigkeit ist bei einer Depression der gesamte Organismus von Symptomen auf emotionaler, kognitiver, physiologischer, motorischer, sozial-interaktiver und verhaltensbezogener Ebene betroffen. Denken, Fühlen und Verhalten sind verändert (vgl. Losekam/Konrad, 2019). Abbildung 1 stellt Beispiele für diese Ebenen dar.

**Abbildung 1**

*Symptome depressiver Erkrankungen (eigene Darstellung nach ICD-10* nach Dilling/Freyberger, 2016*; Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).*




Hierzu sei angemerkt, dass diese Symptome die mögliche Bandbreite einer Depression darstellen sollen, das Krankheitsbild jedoch individuell ist.

**ICD-11:** Das ICD-11 wurde 2022 verabschiedet und soll bis 2027 international eingeführt werden. Daher soll auch ein Ausblick gegeben werden, wie depressive Erkrankungen künftig klassifiziert werden: Es wird nicht mehr in Haupt- und Nebensymptome unterschieden, sondern drei Cluster gruppiert. Diese sind affektive Symptome (z. B. gedrückte depressive Stimmung, Verlust von Interesse an Aktivitäten), kognitive und Verhaltensstörungen (z. B. verminderter Selbstwert, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, neu: verringerte Entscheidungsfähigkeit) und neurovegetative Störungen (z. B. Veränderungen des Schlafs, Appetits, Gewichts, neu psychomotorische Agitiertheit oder Gehemmtheit). Insgesamt werden 10 Cluster-Symptome beschrieben, wovon mindestens fünf vorliegen müssen. Nach ICD-10 mussten mind. vier von zehn Symptomen vorhanden sein. Von den affektiven Symptomen muss nur noch ein Symptom vorliegen, nach ICD-10 waren es zwei. Des Weiteren werden Schweregrad, psychotische Symptome und Remissionsgrad differenziert. Der Schweregrad wird nicht anhand der Anzahl der vorhandenen Symptome festgelegt, sondern anhand der Schwere der Ausprägung der Symptome und ihren Funktionseinschränkungen. Die dysthyme Störung wird eine eigenständige Kategorie der depressiven Störungen darstellen. Begleitende Angstsymptome werden miterfasst und nicht mehr als Angststörung einzeln aufgeführt (vgl. Freyer et al., 2024).

### 2.1.2 Epidemiologie

Depressive Erkrankungen sind weltweit die häufigste psychische Erkrankung. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 30%, die 12-Monats-Prävalenz 6-8%. Dysthymie ist seltener bei einer Lebenszeitprävalenz von 4,5% und 12-Monats-Prävalenz von 2% (vgl. Kessler et al., 2005 & 2013, Beesdo-Baum et al., 2015, Wittchen et al., 2011 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020). Das Erstmanifestationsalter liegt durchschnittlich zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr. Auch Kinder und Jugendliche sind betroffen, Frauen doppelt so häufig wie Männer (12-Monats-Prävalenz in Deutschland 11,3% vs. 5,1%). Erkranken kann jeder in jedem Alter (vgl. Jacobi et al. 2014, Kessler et al. 2012, Beesdo et al., 2010, Hasin et al., 2018 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020). Depressive Erkrankungen treten oft mit weiteren psychischen Komorbiditäten auf, insbesondere

Angststörungen (50-60%), aber auch mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen. Auch körperlichen Erkrankungen wie Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Parkinson und Demenz kommen begleitend vor (vgl. Pieper et al., 2008, Riedel et al., 2010, Beesdo-Baum et al., 2015 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

### 2.1.3 Ätiologie

**Biopsychosoziales Modell:** Die Entstehung ist multifaktoriell bedingt. Dabei spielen biopsychosoziale Faktoren individuell und komplex zusammen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Faktoren zutreffen müssen, damit sich eine Depression entwickelt. Biologische Risikofaktoren sind ein junges Alter, weibliches Geschlecht, genetische Veranlagungen und Temperament (Verhaltenshemmung, Affektlabilität). Auch neurobiologische Störungen von Neurotransmittern sind nachgewiesen und z. T. bedingt durch Entwicklungsstörungen aufgrund von frühen traumatischen adversen Ereignissen (vgl. Kessler et al., 2012, Jacobi et al., 2014, Lieb et al., 2002; Goodyer et al., 1993a, Baumeister et al., 2016 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

Psychologische Risikofaktoren sind negative Bindungserfahrungen, zu wenig oder ungeeignete kognitiv-affektive und soziale Bewältigungsstrategien (v.a. Emotionsregulation und soziale Kompetenzen) sowie kognitive Verzerrungen. Bedeutend sind Ereignisse oder äußere Umstände mit wenig möglicher Kontrolle (z. B. schlechte Lebensbedingungen) und starre, unflexible Kognitions- und Handlungsmuster (z. B. hoher Anspruch, Abhängigkeit von anderen) (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020). Hierauf gehen später die psychologischen Störungsmodelle genauer ein. Insbesondere früh auftretende Ereignisse, z. B. Trennungen von den Eltern, Verlust von Bindungen, Missbrauch, Traumata und Vernachlässigung steigern das Risiko zu erkranken (vgl. Bifulco et al., 1998, MacMillan et al., 2001, Beesdo et al., 2010, Braithwaite et al., 2017 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

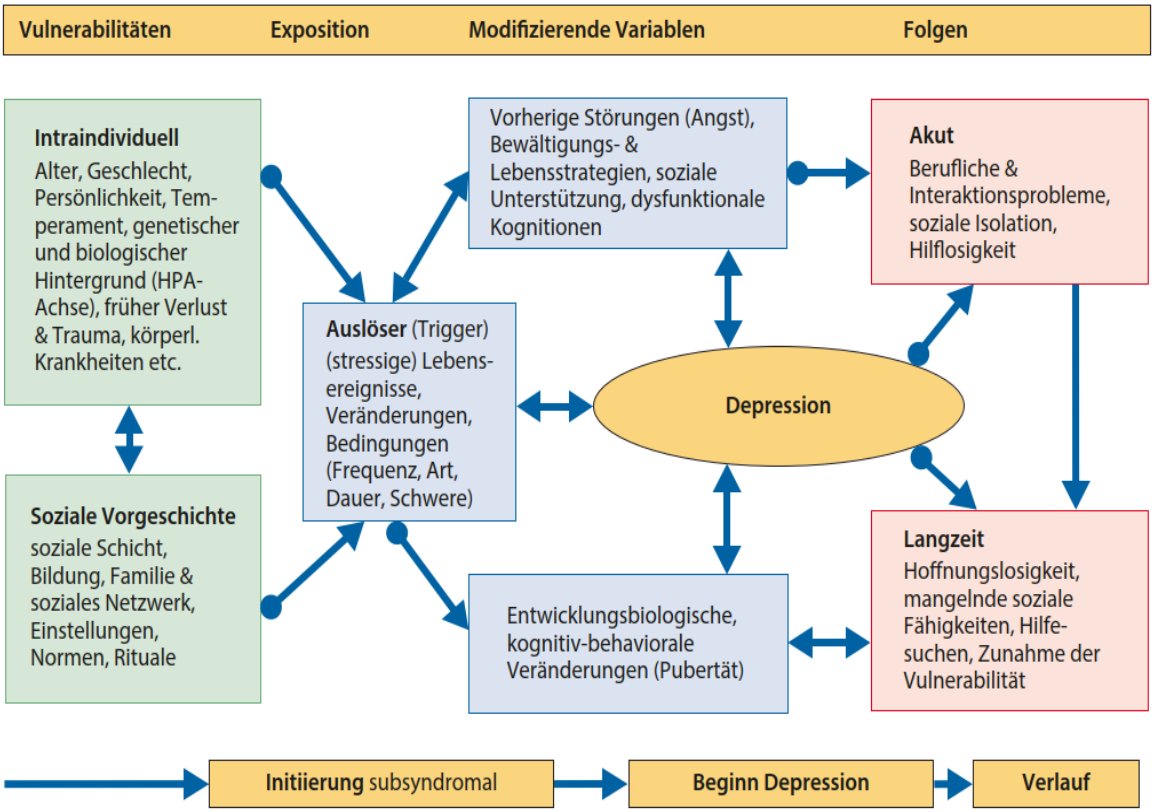
Soziale Risikofaktoren sind alleinlebende/-stehende Personen, geringer sozioökonomischer Status, Wohnen in der Stadt, kritische Lebensereignisse (Life

Events) und psychosoziale Belastungsfaktoren wie berufliche Probleme und Tod einer geliebten Person etc. (vgl. Kessler et al., 2003, Jacobi et al., 2014, Gilman et al., 2003, Alonso et al., 2004, Patten et al., 2003, Asselmann et al., 2015, Bifulco et al., 1998 alle zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

Die biopsychosozialen Faktoren sind auch im Vulnerabilitäts-Stress-Modell zu finden, welches eine entwicklungsbezogene Perspektive erklärt. Demnach entstehen Depressionen als Zusammenwirken einer individuellen Vulnerabilität (Anfälligkeit durch Genetik, Neurotransmitter, lebensgeschichtliche prägende Ereignisse) und Stressbelastungsfaktoren. Dabei dekompensieren Bewältigungsstrategien und es kommt zur Erkrankung (vgl. Losekam/Konrad, 2019). Es bilden sich Symptome, z. B.  eine dysfunktionale Erwartungshaltung, zukünftige Ereignisse nicht bewältigen zu können (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020). Abbildung 2 zeigt den Zusammenhang von Vulnerabilitäten, modifizierenden Variablen (Risiko- und Schutzfaktoren), Auslösern und deren Folgen.

**Abbildung 2**

*Ätiologiemodell depressiver Erkrankungen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2020).*



**Störungsmodelle:** Auf der psychologischen Ebene sind folgende Störungsmodelle zu betrachten. Das Verstärkerverlustmodell der Verhaltenstherapie nach Lewinsohn (1974) geht davon aus, dass ausbleibende positive Verstärkung depressive Symptome verstärkt (z. B. durch Rückzug oder Vermeidung) (vgl. zitiert nach Heßler-Kaufmann/Neudeck, 2020). Übertragen auf Stigmatisierung führt die Angst vor Stigmatisierung zur Geheimhaltung, sodass korrigierende Erfahrungen ausbleiben und die Angst verstärkt wird.
Eine weitere Theorie bildet das Modell der erlernten Hilflosigkeit bei Depression nach Seligman (1975): Kontrollverlust führt zur Hoffnungslosigkeit, Passivität und Resignation, welche sich gegenseitig verstärken (vgl. zitiert nach Heßler-Kaufmann/Neudeck, 2020).
Nach dem kognitiven Modell der Depression nach Beck (1970) bestimmen dysfunktionale kognitive Überzeugungen die Wahrnehmung (Schemata) und führen zu negativen automatischen Gedanken, unangenehmen Gefühlen und dysfunktionalem Verhalten. Beck prägt den Begriff der kognitiven Triade. Sie umfasst eine negative Sicht auf das Selbst, die Welt und die Zukunft. Dadurch verhalten sich Betroffene misstrauisch oder passiv, was soziale Unterstützung verhindert (vgl. zitiert nach Heßler-Kaufmann/Neudeck, 2020).
Psychodynamische Theorien sehen Depression als Folge früher Beziehungserfahrungen und ungelöster innerer Konflikte. Zentraler Aspekt ist eine fehlende einfühlsame und zuverlässige Bezugsperson (Objekt), welche die Bedürfnisse des Kindes erkennt und erfüllt (vgl. Barth, 2024). Im Vergleich zur Trauer ist nicht die Welt arm und leer, sondern die Person selbst (vgl. Freud, 1917 zitiert nach Barth, 2024). Dieser Verlust wird als unerträglich erlebt, die ausgelöste Aggression und Enttäuschungswut in Bezug auf das fehlende Objekt jedoch gegen sich selbst gerichtet, um die Beziehung nicht weiter zu gefährden (vgl. Barth, 2024). Dies führt zur Selbstanklage und erhöhter Vulnerabilität (vgl. Etzersdorfer, 2002 zitiert nach Barth, 2024).

### 2.1.4 Verlauf und Prognose

Die Symptome der ersten depressive Episode klingen nach 8-12 Wochen ohne professionelle Behandlung ab (Spontanremission). Bei einer weiteren Episode

steigen Dauer und Chronizitätsrisiko deutlich. Ein Drittel der Betroffenen erleben nur eine Episode, ein Drittel rezidivierende Episoden, ein Drittel einen chronischen Verlauf. Einen ungünstigen Verlauf prognostizieren eine frühe Ersterkrankung, ein höherer Schweregrad, eine zurückliegende Dysthymie, genetische Prädispositionen, komorbide Angststörungen und eine nur teilweise Remission zwischen den Episoden. Die Häufigkeit einer Spontanremission bei einer Dysthymie liegt hingegen bei 10% pro Jahr. Sie haben ein bis zu 75%-Risiko, innerhalb der nächsten fünf Jahre zusätzlich eine depressive Episode (Double Depression) zu entwickeln (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).
Suizidgedanken sind sehr häufig (40-80%) (vgl. ebd., 2020). Betroffene können einen endlos andauernden, schmerzhaften Gefühlszustand oder unüberwindbar erscheinende Hindernisse erleben, weshalb 20-60% der schwer Erkrankten infolgedessen einen Suizidversuch unternehmen. 15% vollenden ihn (vgl. Paykel et al., 2005 zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

### 2.1.5 Interventionen und Behandlung

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen richtet sich nach evidenzbasierten Leitlinien. Für eine leichte Ausprägung werden angeleitete Selbsthilfe, hausärztliche Grundversorgung und Psychotherapie stark empfohlen, bei einer mittelgradigen Ausprägung Psychotherapie und ggf. Medikation, bei einer schweren Ausprägung unbedingt eine kombinierte Behandlung (vgl. S3 Leitlinie Unipolare Depression der DGPPN/NVL-Programm, 2022). Beide Therapieformen haben ca. dieselbe Wirkung. Psychotherapie zeigte längerfristige Besserung der Symptome (vgl. Hollon et al., 2005 zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).
Nach einer ausführlichen medizinischen und psychologischen Diagnostik werden verschiedene Interventionen in den individuellen Therapieplan integriert. Verhaltenstheoretische und kognitive Psychotherapieansätze sind z. B. soziale Kompetenztrainings, Strukturierungsmethoden, Aktivitätenaufbau, Identifikation und kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Gedanken und Schemata, Emotionsregulation sowie Psychoedukation (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020; Heßler-Kaufmann/Neudeck, 2020; Losekam/Konrad, 2019). Psychodynamische Psychotherapie identifiziert und bearbeitet unbewusste Konflikte. Dafür werden

Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle genutzt, aus denen frühere Beziehungserfahrungen verstanden und bearbeitet werden. Techniken sind Konfrontieren, Deuten und Klären von relevanten Aspekten. Die konkrete Behandlung hängt vom Strukturniveau des Patienten ab, d. h. entwicklungspsychologischen Strukturen sowie von der Chronizität (vgl. Barth, 2024).
Die Akuttherapie behandelt die Symptomatik bis zur Remission sowie Komorbiditäten. Die Erhaltungstherapie dauert drei bis neun Monate, wobei die Medikation schrittweise ausgeschlichen und Psychotherapiesitzungen reduziert werden. Es folgt die Rückfallprophylaxe (vgl. DGPPN et al., 2015 zitiert nach Beesdo-Baum/Wittchen, 2020).

## 2.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Nachfolgend werden Definition und Formen beschrieben. Anschließend werden zentrale Studienergebnisse zu Entstehung, Folgen und Interventionen von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erläutert.

### 2.2.1 Definition und Formen

**Definition:** Das Wort Stigma stammt aus dem altgriechischen und bedeutet Markierung/Mal. Im damaligen Kontext wurde es als Zeichen des Besitzes, der Schande oder sozialen Ächtung verwendet. Daran wird deutlich, dass es sich um eine Zuschreibung und Markierung durch soziale Prozesse handelt (vgl. Rüsch, 2021). Goffman (1963) definierte Stigma als ein Merkmal, das eine Person von anderen unterscheidet, diese als schlecht, gefährlich oder schwach bewertet und aufgrund dessen abgewertet wird. Dies können eine psychosoziale Eigenschaft, körperliche Behinderung, Rasse, Nation, Religion etc. sein (vgl. zitiert nach Rüsch, 2021). Es prägt die Identität von Betroffenen und bestimmt Erwartungen in sozialen Interaktionen an das Gegenüber und das eigene Verhalten (vgl. Goffman 1967 zitiert nach Michael von Engelhardt). Deshalb werden Menschen mit psychischen Erkrankungen Vorurteile zugeschrieben, wie z. B. dass sie unzuverlässig, unzurechnungsfähig oder gar gefährlich sind (vgl. Finzen, 2013).
Hingegen beschreibt Stigmatisierung den Prozess zur Diskreditierung einer Person oder Gruppe aufgrund dieses Stigma-Merkmals (vgl. Wild/Rosch, 2025). Der

Stigmatisierungsprozess wird durch das sozial-kognitive Modell beschrieben und in drei Komponenten differenziert: Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung (vgl. Nelson, 2006 zitiert nach Rüsch, 2021). Von Stereotypen spricht man, wenn ein Merkmal (psychische Erkrankung) mit einer Eigenschaft (gefährlich) assoziiert wird. Sie enthalten damit vermeintliches Wissen (kognitive Ebene) über eine Gruppe. Allen Gruppenmitgliedern werden gleiche Eigenschaften generalisierend zugeschreiben (vgl. Förster, 2007, Wälte et al., 2019 alle zitiert nach Wild/ Rosch, 2025). Werden diese emotional negativ bewertet bzw. verurteilt, werden sie zu Vorurteilen (emotionale Ebene). Diskriminierung ist das herabwürdigende Verhalten infolge von Vorurteilen, z. B. Kontaktvermeidung, Gewalt, Diffamierung (konative Ebene) (vgl. Rüsch, 2021; Wild/ Rosch, 2025).

**Formen:** Stigmatisierung wird in drei Formen sichtbar: öffentliches Stigma, Selbststigma und strukturelle Diskriminierung (vgl. Rüsch, 2021). Öffentliches Stigma beschreibt die Vorurteile und das diskriminierende Verhalten der Allgemeinbevölkerung, z. B. in Umfragen, Arbeitgeber und weitere einzelne Personen aufgrund öffentlich bekannter Vorurteile. Bei der Selbststigmatisierung kennt eine Person die Vorurteile, stimmt diesen zu, verinnerlicht sie und wendet sie gegen sich (vgl. ebd.; Corrigan et al., 2009). Strukturelle Stigmatisierung bezieht sich auf politische, kulturelle, rechtliche oder soziale Bereiche und wird daher auch systemische/institutionelle Diskriminierung oder organisatorisches Stigma genannt. Dabei sind Regeln, Abläufe, Zugangsvoraussetzungen und Gesetze absichtlich oder unabsichtlich benachteiligend für Personen mit dem Merkmal. Dazu zählt auch das Verhalten von Profis im Gesundheits- und Hilfesystem, welche den Vorgaben folgen und dadurch stigmatisieren (vgl. Rüsch, 2021).

Hinzu kommen verschiedene Grade und Ausdrucksformen: Stigma können explizit geäußert werden oder als implizite Einstellungen sichtbar werden und nicht zugegeben werden, z. B. Distanzierung oder kürzer gehaltene Gespräche gegenüber Menschen mit diesem Merkmal. Stigmatisierung kann absichtlich oder unabsichtlich sein, z. B. die stigmatisierte Gruppe nicht einbeziehen und ignorieren. Darüber hinaus können Personen mehrere Stigmata zugeschrieben werden, z. B. Erkrankung, Wohnungslosigkeit, Staatsangehörigkeit, Sexualität, Arbeitslosigkeit, etc., was als Intersektionalität bezeichnet wird (vgl. ebd.).

### 2.2.2 Entstehung

Stigma entstehen als normative Abweichungen kulturspezifischer Identitätsstandards, wie z. B. Überzeugungen, Einstellungen und Werte (vgl. Goffman, 1963 zitiert nach Rüsch, 2021; Ahad et al., 2023). Zugleich ist ein Machtgefälle entscheidend, z. B. Arbeitgeber vs. Arbeitnehmern, Profis im Gesundheitssystem vs. Patienten (vgl. Link/Phelan, 2001 zitiert nach Rüsch, 2021). Dennoch sind die Raten in allen Ländern einheitlich hoch und betreffen sowohl den Arbeits- als auch familiären und freundschaftlichen Kontext (vgl. Thornicroft et al., 2009). Grund dafür sind Funktionen für den Einzelnen, die Gruppe und im Kontext der Evolution. Vorstellungen über Eigenschaften und Verhaltensweisen erleichtern die Orientierung in sozialen Interaktionen, indem Menschen rasch nach ihren erkennbaren Eigenschaften einer Gruppe zugeordnet werden. Dies definiert auch die eigene soziale und persönliche Identität sowie Zugehörigkeit. Des Weiteren kann Stigmatisierung eine stabilisierende und kontrollierende Funktion haben, wenn Unterschiede und unerwünschte Merkmale das eigene Weltbild bedrohen, an die eigene Sterblichkeit und Verletzlichkeit erinnern (vgl. Rüsch, 2021). Menschen, die aufgrund eines Merkmals daran erinnern (z. B. Behinderung), werden sozial ausgegrenzt.

Im Gruppenkontext sichern Stigma Identität, Vertrauen und Kooperation. Durch Kategorisierung in Stereotype werden Gruppengrenzen bestimmt. Die eigene Gruppe wird als positive soziale Identität definiert und auch ihr Selbstwertgefühl durch Abwertung der anderen Gruppe gesteigert (vgl. ebd.). Ein weiterer Aspekt ist die evolutionäre Absicherung: In einer Studie über 16 Ländern, die auch in Deutschland durchgeführt wurde, wurde die Allgemeinbevölkerung zu ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit Depression und Schizophrenie befragt. Die stärkste Ablehnung fand sich im Bereich Kinderbetreuung und Einheirat in die Familie. Die Hälfte vermutete für Depression Unberechenbarkeit. Eine Erklärung für dieses Stigma dafür ist, dass bei Fortpflanzung und Kinderbetreuung verlässliche Kooperation wichtig sind. Durch Stigma werden daher unattraktive Kooperationspartner sozial ausgegrenzt, um die Familie zu schützen (vgl. Pescosolido et al., 2013). Damit werden Ressourcen gesichert und verteidigt, Konflikte reduziert, Machtpositionen gesichert sowie vermeintliche Krankheiten vermieden (vgl.

Kurzban/Leary, 2001, Crocker et al., 1981 alle zitiert nach Rüsch, 2021). Bei diesen Entstehungsmodellen ist anzumerken, dass sie Stigma nicht gutgeheißen, für wahr oder berechtigt erklären sollen. Diese Modelle tragen lediglich zum Verständnis für die Entstehung, Stabilität und kulturübergreifende Aufrechterhaltung von Stigma bei und sind Grundlage für Interventionen (vgl. Rüsch, 2021).

**Selbststigmatisierung:** Weshalb Menschen verinnerlichte Stigma gegen sich wenden, kann durch diese Funktionsmodelle nicht erklärt werden. Zentral sind Überzeugungen. Nach dem Gerechtigkeitsmodell streben Menschen nach Gerechtigkeit und Berechenbarkeit. Sie sind davon überzeugt, dass jeder das bekommt, was er verdient (vgl. Furnham, 2003 zitiert nach Rüsch, 2021). Aufgrund dieser werden Menschen für ihre eigene psychische Erkrankung als verantwortlich und schuldig gesehen. Betroffene internalisieren die kulturellen Überzeugungen und wenden das Stigma (un)bewusst gegen sich (vgl. Rüsch et al., 2010 zitiert nach Rüsch, 2021).

Auch das Modell zur Systemrechtfertigung bietet eine mögliche Erklärung für Selbststigmatisierung. Studien zeigen, dass Stereotype den Zustand des Systems, soziale und rechtliche Strukturen rechtfertigten, was die Lebenszufriedenheit steigerte sowie Veränderungsbestrebungen und Verunsicherung reduzierte (vgl. Jost, 2019 zitiert nach Rüsch, 2021). Damit stabilisieren Stigma gesellschaftlich erwünschte soziale Rollen, sodass benachteiligte Gruppen ihre Kompetenz zur Veränderung unterschätzen und sich selbst stigmatisieren. Betroffene würden daher eine direkte Frage verneinen, ob sie sich unfair behandelt fühlen oder das System für nicht-legitim halten (vgl. Rüsch, 2021).

### 2.2.3 Folgen

**Folgen für Betroffene:** Eine Meta-Studie erkannte signifikante körperliche und psychische Gesundheitsrisiken durch Stigmatisierung. Sie führte zu Stressreaktionen, die schädliches Bewältigungsverhalten begünstigten und diese wiederum zu körperlichen und psychischen Erkrankungen führte (vgl. Pascoe/Richman, 2009). In einer Studie führt Stigmatisierung deshalb zum Abbruch der Einnahme von Antidepressiva (vgl. Sirey et al., 2001). Das deutet auf Hoffnungslosigkeit, Resignation und Selbststigmatisierung hin. Eine weitere Studie fand heraus, dass

Stigmatisierungserfahrungen epigenetisch gespeichert werden, indem Chromosomen-Endstücke kürzer werden wie bei einer vorzeitigen Zellalterung (vgl. Beatty et al., 2019 zitiert nach Rüsch, 2021). Psychisch belastete, sozial ausgegrenzte Personen haben sogar ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko (vgl. Nystedt et al., 2019). Des Weiteren kann Stigmatisierung ihre Lebensqualität nachweislich beeinträchtigen (vgl. Finzen, 2013; Dubreucq et al., 2021, Oexle/Rüsch, 2018 alle zitiert nach Rüsch, 2021; Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013).

**Folgen für Nicht-Stigmatisierte:** Auch sie spüren Stigmatisierung. Selbst wenn sie eine positive Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen haben, können Stigma unbewusst ihr Verhalten beeinflussen. Darauf weisen Umfragen hin, in denen weniger Vorurteile angegeben werden wie im Verhalten ersichtlich wurden. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhalten, was sich in Unsicherheit, Angst oder Widersprüchlichkeit in sozialem Kontakt mit Betroffenen zeigen kann. Ihr Verhalten könnte künstlich und angestrengt wirken, wenn sie sich bemühen, ihren Ängsten zu begegnen oder ihre Vorurteile zurückzuhalten (vgl. Rüsch, 2021; Pescosolido et al., 2013). Überdies können sie verunsichert sein, wenn sie Betroffenen begegnen, die selbstbewusst auftretend und nicht ihren Vorurteilen entsprechen (z. B. psychisch Erkrankte sind schwach) (vgl. Rüsch, 2021).

### 2.2.4 Interventionen

Genetische Erklärungsmodelle einer Depression führten zwar zu weniger Schuldzuschreibungen, verstärkten jedoch die ablehnende Einstellung, Verhalten und soziale Distanz, weil die Wahrnehmung der „Andersartigkeit“ bekräftigt und sie als gefährlich eingeschätzt wurden (vgl. Schomerus et al., 2014; Dar-Nimrod/Heine, 2011; Rüsch et al., 2010; Erlend et al., 2013). Ein genetisches Erklärungsmodell führte zudem zu weniger Empathie bei Gesundheitspersonal, zu einem geringeren Vertrauen von Betroffenen in Psychotherapie und zur Behandlungspräferenz einer Pharmakotherapie (vgl. Lebowitz/Appelbaum, 2019).

Der Ansatz, dass sich psychische Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum bewegen und alle Menschen im Verlauf ihres Lebens psychische Krisen erleben, erwies sich als wirksam und zeigte reduziertes Schwarz-Weiß-Denken,

mehr Vertrautheit und Verständnis gegenüber Menschen mit Depression (vgl. Schomerus et al., 2023b).

Um Stigmatisierung zu verringern, reichte Wissensvermittlung zu psychischen Erkrankungen nicht aus. Es müssen positive Verhaltensweisen durch persönlichen Kontakt mit Betroffenen aufgebaut werden. Die höchste und nachhaltigste Wirkung hatte daher die Kombination von bildungs- und kontaktbasierten Interventionen. Zudem müssen sie frühzeitig, wiederholend, niedrigschwellig und zielgruppenspezifisch (z. B. für Arbeitgeber, Ärzte) sein (vgl. Maunder/White, 2019; Dalky, 2011; Holzinger et al., 2008; Corrigan et al., 2012). Rüsch (2021) betont die Wichtigkeit von Kontakt und Aufklärung vor Ort in Firmen, Behörden und Schulen, denn dieser bietet Betroffenen zugleich einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe. Eine langfristige Wirksamkeit über einen Zeitraum von zwei Jahren ist jedoch kaum nachgewiesen (vgl. Hanisch et al., 2016; Tóth et al., 2023). Ergänzend wurde deutlich, dass diese Interventionen Stigma bei Einzelpersonen, jedoch nicht bei der Allgemeinbevölkerung reduzieren. Auch strukturelle Stigmatisierung bleibt bestehen, denn Gesetze, fehlende Forschungsgelder und Routinen werden damit nicht verändert. Es werden politische Aktivitäten benötigt, Antidiskriminierungsrichtlinien, EX-IN und Peer-Support in jeder Einrichtung verpflichtend gesetzlich zu verankern. Bei EX-IN und Peer-Support werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung für Krisenintervention und psychosoziale Beratung geschult und transparent als Mitarbeitende in Firmen integriert und stehen anderen Betroffenen beratend zur Seite. Auch mehr Forschungsgelder müssen bereitgestellt werden und Betroffene *an* Forschung zum Thema beteiligt werden, anstatt *über* sie zu forschen (vgl. Rüsch, 2021).

Auf diesen Forschungsergebnissen basierende Anti-Stigma-Programme in England (Times to Change), Schottland (See Me) und Canada (Opening Minds) sind erfolgreich (vgl. Robinson/Henderson, 2019; Quinn et al., 2011; Stuart, 2016 alle zitiert nach Rüsch, 2021). In Deutschland gibt es einzelne wirksame Vereine (z. B. Irrsinnig Menschlich e. V. in Leipzig und Hamburg), aber keine landesweiten Programme (vgl. Rüsch, 2021; Conrad et al., 2010 zitiert nach Rüsch, 2021; Utschakowski et al., 2012 zitiert nach Finzen, 2013).

# 3. Empirische Studienlage zu Stigmatisierung, Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien bei Erwachsenen mit psychischer Erkrankung

Um sich vor Stigmatisierung zu schützen, überlegen Betroffene, ob sie ihre Erkrankung geheim halten oder inwieweit sie diese kommunizieren (vgl. Rüsch, 2021). Daher werden in diesem Kapitel Studien zu Stigmatisierungserfahrungen, Gründen für und gegen Offenlegung, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien vorgestellt. Diese wurden bisher für Menschen mit Depression wenig untersucht. Deshalb werden Theorien und Studienergebnisse von anderen psychischen Erkrankungen und Gruppen erwähnt und erläutert, inwiefern diese für Depression übertragbar wären.

## 3.1 Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen

Studien zufolge sind besonders jüngere Menschen, Arbeitslose, Frauen, Alleinstehende, Menschen in ländlichen Gebieten und Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem und Bildungsniveau von Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung betroffen (vgl. Chukwuma et al., 2024). Daraus folgende Herausforderungen begegnen Betroffenen in allen Lebensbereichen.

**Medien:** Betroffene fühlten sich durch die inhaltlichen Darstellungen von psychischen Erkrankungen Medien (Filme, Nachrichten) stigmatisiert. Sie steigerten Scham und Selbststigma (vgl. Rüsch, 2021; Holzinger et al., 2003).

**Allgemeinbevölkerung:** Öffentliche Stigmatisierung wird in Umfragen der Allgemeinbevölkerung erkennbar: Eine Langzeitstudie von 2001-2021 ergab, dass Forschungsgelder eher in physiologische als in psychische Erkrankungen investiert werden sollen. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie 2020 befürwortete die Allgemeinbevölkerung mehr Forschungsgelder für Depression und implizierten damit mehr Unterstützung (vgl. Schomerus et al., 2021). Eine internationale Studie zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit Schizophrenie und Depression ergänzte, dass eine negative Einstellung vor allem bei leitenden Arbeitspositionen, öffentlichen Amtsträgern, Kinderbetreuung und Eheschließung vorliegt. Vorurteile wie Gewalttätigkeit und Unberechenbarkeit waren

verbreitet. Bei Depression wurden hingegen ätiologische Vorstellungen von individueller Schwäche und moralischem Versagen abgelehnt und eine Behandlung befürwortet (vgl. Pescosolido et al., 2013). Für Mitgefühl und Menschen mit Depression helfen zu wollen, war eine steigende Tendenz erkennbar. Dennoch scheint die Normalisierung psychischer Probleme nicht die negativen Einstellungen und Stigma gegenüber schweren psychischen Erkrankungen zu reduzieren (vgl. Schomerus et al., 2022). Eine mögliche Erklärung ist, dass allein Aufklärung nicht reicht, um Stigma zu reduzieren, weil sie nur die kognitive Komponente, aber nicht die emotionale Komponente (Ängste) erreicht (vgl. Kapitel 2.2.4).

**Politik:** Im Kontext des Magdeburger Weihnachtsmarktanschlages im Jahr 2024 wurde ein Melderegister für psychisch Erkrankte von einem Politiker vorgeschlagen (vgl. Beitrag von De Maizière in ZDF heute vom 03.01.2025). Diese Äußerung verdeutlicht Stigmatisierung in der Gesellschaft und Politik.
Laut Rüsch (2021) werden Forschungsgelder tatsächlich weniger für psychische Erkrankungen bereitgestellt und eher in Forschungen zu Behandlung, Frühberentung und Forschung für andere Erkrankungen investiert.

**Gesundheits- und Hilfesystem:** Eine englische Studie offenbarte, dass Hausärzte und Psychiater, die selbst an Depressionen erkrankt waren, diese geheim halten würden, da sie Enttäuschung von Kollegen und Patienten, Hindernisse in der beruflichen Weiterentwicklung und fehlende Vertraulichkeit befürchteten (vgl. Adams et al., 2010 in Clement et al., 2015). Hingegen nahmen Betroffene in der psychiatrischen Behandlung oder rehabilitativen Maßnahmen am seltensten Diskriminierung wahr (vgl. Holzinger et al., 2003).
Der Autor Rüsch (2021) vertritt die Ansicht, dass strukturelle Stigmatisierung im Aufbau des Gesundheits- und Hilfesystems erkennbar ist: Unterstützung ist in ambulante, stationäre und teilstationäre Hilfen, Beratungsstellen etc. zersplittert und eine Koordinierung zwischen diesen, verschiedenen Anträgen und Gesetzen fehlt. Zudem sind soziale Hilfen wie unterstützte Beschäftigung und Unterstützung am Arbeitsplatz in Deutschland unzureichend. Darüber hinaus wurden Psychiatrien früher außerhalb von Städten errichtet, um Kranke von der Gesellschaft

auszugrenzen. Noch heute liegen viele Psychiatrien am Stadtrand, was zur Stabilität von Stigma über psychische Erkrankungen beiträgt (vgl. Rüsch, 2021). Des Weiteren ist eine psychische Vorerkrankung oder Psychotherapie oftmals auch für die Verbeamtung und Berufsunfähigkeitsversicherungen ungünstig, mit Nichtanstellung und Leistungsausschluss verbunden (vgl. Häfner von Finanztip, 2026; Beamten Infoportal, o. J.; Info-Beihilfe.de, o. J.).

**Arbeitskontext:** Die Arbeitslosigkeit bei Menschen mit psychischer Erkrankung stieg von 2006 bis 2010 im Rahmen der globalen Rezession ab 2008 von 12,7% auf 18,2% an. Im Vergleich dazu war sie bei psychisch gesunden Menschen von 7,1% auf 9,8% gestiegen (vgl. Evans-Lacko et al., 2013 zitiert nach Rüsch, 2021). Insgesamt zeigten die Belege, dass Bewerber mit einer psychischen Erkrankung (Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit) gegenüber Bewerbern mit physiologischer Erkrankung (Rheuma, Diabetes, Multiple Sklerose, Schilddrüsenfunktionsstörung) oder keiner Behinderung benachteiligt wurden (vgl. Brohan et al., 2012; Mendel et al., 2015; Baer, 2013). Zuverlässigkeit und Leistungsbereitschaft wurden hoch priorisiert, jedoch einer erfolgreich behandelten und nicht mehr einschränkenden psychischen Erkrankung nachrangig gestellt. Arbeitgeber bemühten sich um Lösungen und Hilfen (z. B. Gespräch suchen, Arbeitsorganisation klären, Unterstützung bieten), waren jedoch insgesamt überfordert (vgl. Baer, 2013). Infolgedessen erschwert Stigmatisierung die berufliche Integration, da Menschen mit Depression sich nicht trauten, für eine Arbeit oder Ausbildung zu bewerben. Zugleich korrelierten ein höheres Niveau erlebter Diskriminierung mit der Häufigkeit und Dauer depressiver Episoden und Arbeitslosigkeit (vgl. Lasalvia et al., 2013). Eine Längsschnittstudie über einen Zeitraum von sechs Monaten kam zu dem Ergebnis, dass eine Geheimhaltung einer psychischen Diagnose mit besseren Chancen auf eine Einstellung verbunden war als Offenlegung (vgl. Rüsch, 2018). Ein weiterer zentraler Befund aus England war, dass 25% Diskriminierung am Arbeitsplatz erfuhren, 53% erwarteten und 72% ihre Erkrankung geheim hielten (vgl. Yoshimura et al., 2018). Sie befürchteten eine Verschlechterung des Arbeitsverhältnisses, der Chancen und des Miteinanders im Team, bis hin zur Ausgrenzung oder Kündigung (vgl. Holzinger et al., 2003;

Brohan et al., 2012; van Bortel et al., 2024; Dewa et al., 2020/2021; Clement et al., 2015).

**Familiärer und freundschaftlicher Kontext:** In einer weltweit angelegten Studie befürchteten Betroffene mit schweren Depressionen Stigmatisierung in intimen Beziehungen, 45% erlebten jedoch keine Diskriminierung (vgl. Lasalvia et al., 2013). Laut einer weiteren Befragung wurden Barrieren zum Zugang zu sozialen Rollen wie Partnerschaft und Arbeit an dritter Stelle wahrgenommen (vgl. Holzinger et al., 2003). Betroffene berichteten in einer qualitativen Studie, Verständnis und Unterstützung in Familie und Freundeskreis erhalten zu haben sowie sich dort sicher zu fühlen. Dies verringerte Einsamkeit, soziale Isolation und erhöhte Empowerment (Prizeman et al., 2024). Studien betonten, dass eine Offenlegung im privaten Umfeld zu einer höheren Lebensqualität beitrug und sich Geheimhaltung eher belastend auf das Wohlbefinden der Betroffenen auswirkte (vgl. Rüsch et al., 2019 zitiert nach Rüsch, 2021; Gnainsky et al., 2025).

### 3.2 Gründe für und gegen Offenlegungsbereitschaft

Studien zeigten, dass Offenlegung und Geheimhaltung keine entgegengesetzten, sondern parallel ablaufende, komplexe Prozesse sind (vgl. Gnainsky et al., 2025). Es ließen sich Offenlegung, Nichtoffenlegung (kein Grund zur Offenlegung, keine absichtliche Geheimhaltung) und aktives Verbergen unterscheiden (vgl. Uysal, 2020 zitiert nach Gnainsky et al., 2025). Folgende Gründe wurden in Studien erfasst. **Überzeugungen und Ängste:** Fehlende Offenlegungsbereitschaft resultierte aus Überzeugungen, z. B. dass die Erkrankung genetisch und neurobiologisch bedingt ist und Betroffene sich Selbstschuld zuschreiben (vgl. Wigand et al., 2019; Rüsch et al., 2010). Es kann abgeleitet werden, dass dies mit weiteren Studienerkenntnissen zusammenhängt: Menschen mit Depression, welche die Erkrankung ausschließlich genetisch erklärten, hatten eine pessimistischere Einstellung gegenüber Behandlung und Prognose (vgl. Lebowitz/Appelbaum, 2019). Weitere kognitive Überzeugungen waren die Annahme, psychische Probleme eigenständig zu bewältigen, die Einschätzung, dass Informationen über die psychische Erkrankung zu intim und persönlich gelten sowie die

Wahrnehmung psychische Erkrankungen als gesellschaftliches Tabu und geringe Gesprächsbereitschaft anderer. Betroffene befürchteten auch, andere durch Offenlegung zu belasten (vgl. van Bortel et al., 2024; Brohan et al., 2012; Dewa et al., 2021). Dies deutet auf Scham und Selbststigmatisierung hin.

Infolge dieser Überzeugungen erlebten Betroffene Angst vor Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen, z. B. Distanzierung des Umfeldes oder ungerechte Behandlung am Arbeitsplatz (vgl. Grice et al., 2018 zitiert nach Rüsch, 2021; Holzinger et al., 2003; Brohan et al., 2012; van Bortel et al., 2024; Dewa et al., 2020/2021; Clement et al., 2015). Geheimhaltung bietet daher eine Möglichkeit, Kontrolle zu haben, sich vor Scham und Abwertung zu schützen und das Selbstwertgefühl zu erhalten. Das behinderte die Selbstbestimmung, führte zu mehr Angst, Scham, depressiver Symptomatik und geringerer Lebenszufriedenheit (vgl. Dubreucq et al., 2021, Oexle/Rüsch, 2018, Major/Gramzow, 1999; Cole et al., 1996 alle zitiert nach Rüsch, 2021; Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013; Finzen, 2013). Weitere Gründe waren bereits erfahrene Diskriminierung, Selbststigmatisierung, damit verbundene Scham, reduziertes Selbstvertrauen und Ablehnungserwartungen (vgl. van Bortel et al., 2024; Lasalvia et al., 2013; Brohan et al., 2012; Grice et al., 2018 zitiert nach Rüsch, 2021; Prizeman et al., 2024; Clement et al., 2015; Lim et al., 2019 zitiert nach Gnainsky et al., 2025).

Hingegen belegten Studien einige Faktoren, die Offenlegung begünstigen, z. B. nicht wahrgenommene und nicht befürchtete Stigmatisierung. Auch bereits erlebte positive Erfahrungen mit der Offenlegung einer psychischen Erkrankung wirkten verstärkend (Grice et al., 2018 zitiert nach Rüsch, 2021; Brohan et al., 2012; Prizeman et al., 2024). Ein weiterer Aspekt war ein Verantwortungs- und Pflichtgefühl gegenüber dem Arbeitgeber, sich nicht krankmelden zu müssen. Dafür sprachen auch Überzeugungen, der Chef würde ein psychisches Problem bemerken (vgl. Dewa et al., 2021). Für eine Offenlegung entschieden sich Betroffene, die ihre Werte Ehrlichkeit und Authentizität wahren wollten, denen das Geheimhalten zu stressig erschien und ihr verändertes Verhalten erklären wollten. Auch wenn sie diesbezüglich ihre Rechte am Arbeitsplatz kannten, tendierten sie zu Offenlegung (vgl. Brohan et al., 2012).

**Vertrauensverhältnis und wahrgenommene Unterstützung:** Betroffene erhoffen sich mit Offenlegung gegenüber der Familie und dem Gesundheits-system Unterstützung und professionelle Hilfe zu bekommen sowie an der Behandlung beteiligt zu werden. Hinderlich für die Offenlegung ist laut Studienergebnissen ein schlechtes Vertrauensverhältnis, egal in welchem Lebensbereich und eine als gering wahrgenommene soziale Unterstützung, selbst wenn die Personen sich nah stehen. Betroffene hielten daher auch die Depression geheim, wenn sie kein Verständnis erwarteten (vgl. Grice et al., 2018 zitiert nach Rüsch 2021; van Bortel et al., 2024; Pahwa et al., 2017; Brohan et al., 2012; Gnainsky et al., 2025; Dewa et al., 2020/2021).
Dementsprechend wirkten sich ein positives Vertrauensverhältnis, wahrgenommene Unterstützung und extrinsische Ermutigung förderlich auf die Entscheidung zur Offenlegung der psychischen Erkrankung aus. Auch persönliche Absichten begünstigten Offenlegung, z. B. Unterstützung, Arbeitsplatzanpassungen und Freistellungen für Behandlungen zu erhalten (vgl. Brohan et al., 2012; Dewa et al., 2020/2021; Clement et al., 2015). Unterstützung beeinflusste nicht nur die Offenlegungsentscheidung positiv, sondern auch das Wohlbefinden der Betroffenen (vgl. Beals et al., 2009). Dieser Faktor spiegelte sich auch in der Arbeitsbranche wider: Betroffene Angestellte im Gesundheits- und Sozialwesen gingen offener mit der eigenen psychischen Erkrankung um als Angestellte in anderen Arbeitsbranchen (vgl. Brohan et al., 2012). Es kann vermutet werden, dass Betroffene dort mehr Akzeptanz und soziale Unterstützungsmöglichkeiten erwarten. Dem steht Studie über Hausärzte mit Depression von Adams et al. (2010) entgegen (vgl. zitiert nach Clement et al., 2015; Kapitel 3.1).

**Individuelles Krankheitsbild und Bedingungen:** Die Erkrankung wurde verheimlicht, insofern Symptome am Arbeitsplatz nicht ersichtlich waren und die Tätigkeit einschränkten, z. B. weil die Arbeitsaufgaben zu ihren Einschränkungen passten oder sie die Beeinträchtigung angemessen regulieren konnten (vgl. Brohan et al., 2012; Dewa et al., 2021). Daraus kann abgeleitet werden, dass auch der Schweregrad, Bewältigungsstrategien und Arbeitsplatzbedingungen als Entscheidungskriterien über Offenlegung oder Geheimhaltung einbezogen wurden.

Je länger Betroffene Psychopharmaka einnahmen, desto wahrscheinlicher war eine Offenlegung. Möglicherweise erachteten Betroffene mit einer chronischen psychischen Erkrankung diese als festen Bestandteil der eigenen Person. Offenlegung wirkte dann authentisch und entlastend (vgl. Brohan et al., 2012).
Prizeman et al. (2024) fanden in einer qualitativen Studie heraus, dass Menschen mit Depression sowohl positive als auch negative Aspekte von Offenlegung und Geheimhaltung erkannten. So verhinderte Geheimhaltung einen authentischen Umgang mit anderen sowie mögliche Hilfsangebote anzunehmen. Dies führt langfristig zu ineffektiven und oberflächlichen Beziehungen, Einsamkeit, sozialer Isolation und einem geringen Selbstwertgefühl.

**Dimension der Offenlegung:** Brohan et al. (2012) fanden in ihrer systematischen Literarübersicht heraus, dass Offenlegung hinsichtlich der Freiwilligkeit, Vollständigkeit, der Selektivität und dem Zeitpunkt verschieden war. Einige Betroffene machten ihre Entscheidung von der Einstellung des Gegenübers und der Situation abhängig (selektiv). Andere teilten, dass sie an einer Erkrankung leiden, jedoch nicht unter welcher (teilweise Offenlegung). Zudem wurde ein günstiger Zeitpunkt für die Offenlegung gewählt je nach Situation. Studien bestätigten, dass die meisten Betroffenen selektive Offenlegung wählten (Pahwa et al., 2017; Gnainsky et al., 2025; Prizeman et al., 2024).
68% legten ihre Erkrankung gegenüber mindestens einer Person offen, primär gegenüber Familie und Freunden. Sie wurden außerdem sowohl als Vertraute als auch als nicht bevorzugte Vertraute genannt. Frauen waren eher bereit, über ihre Erkrankung zu sprechen als Männer (vgl. Pahwa et al., 2017).
In einer Studie im Arbeitskontext berichteten 73 % der Befragten ihren Vorgesetzten von ihrem psychischen Problem. 64,2% machten positive Erfahrungen. 9% sammelten damit schlechte Erfahrungen, da sie keine Unterstützung erhielten oder ihren Job verloren. 22,6% schilderte bei Geheimhaltung im Arbeitskontext positive Folgen. 4,2% der Befragten berichteten negative Erfahrungen, da sie Unterstützung ausblieb (vgl. Dewa et al., 2021).
Betroffenen ging es mit der Offenlegungsentscheidung wesentlich besser, wenn sie es nicht nur aus persönlicher Motivation taten (z. B. sich authentisch zeigen

wollen), sondern auch soziale Ziele verfolgten (z. B. Aufklärung zur Reduzierung des Stigmas) (vgl. Garcia/Crocker, 2008 zitiert nach Rüsch, 2021).
Folgende Abbildung fasst die zahlreichen Argumente zusammen, die jeder Betroffene für sich gewichtet.

**Abbildung 3**

*Gründe für und gegen Geheimhaltung einer psychischen Erkrankung (eigene Darstellung)*




Um Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrer Offenlegungsentscheidung zu unterstützen, wurde eine manualbasierte, von Peers geleitete Gruppenintervention namens Honest, Open, Proud (HOP) entwickelt. Ziel ist es nicht, die Betroffenen zu überzeugen, ihre Erkrankung offenzulegen, sondern ihre persönliche Entscheidung zu fördern sowie eine passende Art und Weise herauszufinden (vgl. Corrigan, 2022). Es zeigte eine signifikante Wirksamkeit zur Verringerung der Auswirkungen des Stigmas bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Rüsch et al., 2014).

### 3.3 Herausforderungen

Durch Stigmatisierung sind Betroffene mit emotionalen, kognitiven und sozialen Herausforderungen konfrontiert. Emotionen sind zeitlich begrenzte, intensive subjektive Empfindungen als Reaktion auf eine Situation oder ein Objekt (vgl. Finke, 2023). Kognitionen sind bewusste oder unbewusste Gedanken (vgl. Schmithüsen/Ferring, 2015). Soziale Herausforderungen beziehen sich auf die Gestaltung sozialer Interaktionen, Beziehungen sowie auf soziale Teilhabe.

#### 3.3.1 Emotionale Herausforderungen

Eine Herausforderung besteht bereits darin, wie man emotional mit der eigenen Erkrankung umgeht, welche oftmals Einschränkungen und Anpassungen des Lebens bedeuten. Bei Stigmatisierung kommt hinzu, wie man emotional mit den Folgen umgeht (Stigma als zweite Krankheit) (vgl. Finzen, 2013). In Folge dessen können Betroffene eine Vielzahl von Emotionen empfinden, mit denen sie sich auseinandersetzen und verarbeiten müssen.

Eine Herausforderung bei Geheimhaltung ist die Angst, dass die Erkrankung sichtbar, man in seiner Person diskreditiert, abgewertet, zurückgewiesen oder sogar das „Geheimnis“ weitererzählt wird (vgl. ebd). Auch bereits die bloße Erwartung von Ablehnung und Stigmatisierung auf Basis von eigenen oder fremden Erfahrungswerten kann Betroffene emotional belasten (vgl. Rüsch, 2021).

Zahlreiche Studien konnten psychische und psychosoziale Folgen nachweisen: (Selbst-)Stigmatisierung korrelierte u. a. mit vermindertem Selbstwertgefühl, Hoffnung sowie mit Scham (vgl. Dubreucq et al., 2021, Oexle/Rüsch, 2018 alle zitiert nach Rüsch, 2021; Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013; Finzen, 2013). Weiterhin könnten Betroffene sich nicht ernst genommen und nicht verstanden fühlen, wenn jedes Verhalten auf die Krankheit reduziert wird (weint, weil sie eine Depression hat) oder ihre Sicht der Situation in Frage gestellt wird (vgl. Finzen, 2013). Mit diesem Empfinden von Ablehnung und Entwertung sind auch Gefühle wie Wut, Einsamkeit, Kränkung und Traurigkeit denkbar. Diese emotionalen Herausforderungen bringen zugleich kognitive und soziale Belastungen mit, die sich gegenseitig beeinflussen.

### 3.3.2 Kognitive Herausforderungen

Die Stigmatisierungserfahrung kann sowohl Überzeugungen über sich selbst (Selbstbild), als auch über die Umwelt in Frage stellen und verändern. So kann im ersten Moment auf kognitiver Ebene Überforderung erlebt werden und auf emotionaler Ebene Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle entstehen.

Stigmatisierung senkt das Selbstwertgefühl und begünstigt negative Selbstwirksamkeitserwartungen (niedriges Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten). Dieser Prozess führt zum Why-Try-Effekt, bei dem Betroffene resignieren und sich zurückziehen (vgl. Dubreucq et al., 2021, Oexle/Rüsch, 2018 alle zitiert nach Rüsch, 2021; Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013; Finzen, 2013; Corrigan et al., 2009). Es ähnelt dem Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (vgl. Kapitel 2.1.3). Entstandenes Misstrauen kann soziale Interaktionen zusätzlich belasten. Diese negativen Denkmuster erschweren, eigene Leistung angemessen einzuschätzen und Ziele realistisch zu planen, was auch die Motivation beeinträchtigen kann.

Eine weitere kognitive Herausforderung kann Selbststigmatisierung sein. Davon sind laut einer Studie ein Viertel aller Betroffenen mit Depression betroffen (vgl. Brohan et al., 2011, zitiert nach Rüsch, 2021). Sie kann als Inkongruenz zwischen eigenem organismischem Erleben (Depression) und verinnerlichten äußeren Introjekten (Vorurteilen) verstanden werden oder kurz gesagt: eine Diskrepanz zwischen Selbst und Selbst-Ideal. Die organismischen Erfahrungen werden abgewehrt und können nicht ins Selbstbild integriert werden (vgl. Boeger, 2018). Die Erkrankung wird nicht als solche anerkannt. Eine Herausforderung besteht somit darin, das Selbstbild flexibler bzw. realistischer werden zu lassen, damit sich Selbst und Selbst-Ideal annähern. Auch die bereits beschrieben Auseinandersetzung und Entscheidung für oder gegen Offenlegung ist eine belastende kognitive Herausforderung.

### 3.3.3 Soziale Herausforderungen

Stigmatisierung führt zu Einschränkungen der sozialen Teilhabe (z. B. Benachteiligung am Arbeitsplatz bis hin zum Verlust dessen) und Problemen in sozialen Beziehungen (z. B. Distanzierung, Kontaktabbrüche und fehlende Unterstüt-

zung). Auch soziale Herausforderungen lösen emotionale und kognitive Belastungen aus.

Aufgrund des entstandenen Misstrauens, werden Betroffene in ihrem Verhalten vorsichtig. Studien belegten, dass die Bereitschaft, medizinischer Hilfe aufzusuchen, aus Angst vor Stigmatisierung sank. Auf diese Weise wurden depressive Symptome verstärkt und die Genesung erschwert (vgl. Dubreucq et al., 2021, Oexle/Rüsch, 2018 alle zitiert nach Rüsch, 2021; Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013; Finzen 2013; Schomerus et al., 2014; Clement et al., 2015). Eine weitere soziale Herausforderung ist daher, das Vertrauen in andere Personen zu prüfen. Laut Finzen (2013) kann es schwierig sein, Vertraute über den Familienkreis hinaus zu finden, wenn man bisher die Erfahrung machte, nicht ernst genommen zu werden. Ergänzt werden kann, dass es Mut zur Überwindung kostet, sich dennoch zu öffnen, aber auch emotionale Kraft, die Betroffenen aufgrund der depressiven Symptomatik oftmals fehlt.

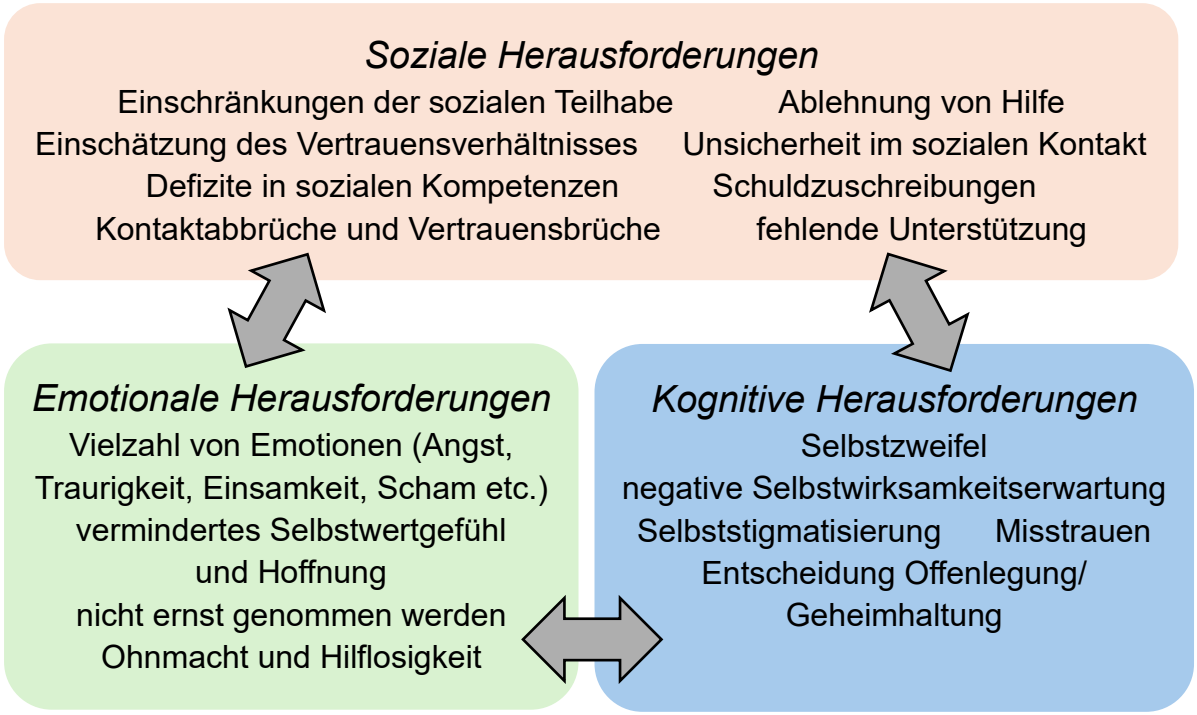
Hinzu kommt Unsicherheit im Kontakt, wie man sich verhalten soll, um Auffallen, Kritik und Ablehnung zu vermeiden. Die negativen Konsequenzen von Geheimhaltung werden hier sichtbar (keine Hilfe finden, sich verstellen). Aber auch bei uneindeutigem Verhalten des Gegenübers ist es schwierig, mögliche Vorurteile zu erkennen und mit ambivalentem, widersprüchlichem oder vieldeutigem Verhalten umzugehen (vgl. Rüsch, 2021). Ergänzend könnten Betroffene wieder Selbstzweifeln ausgesetzt sein, ob es ihre oder die Unsicherheit des Gegenübers ist. Hinzu kommt, dass Defizite in den sozialen Kompetenzen die selbstsichere Bewältigung von Interaktionen erschweren.

Mit Schuldvorwürfen gehen meist Ablehnung, fehlendes Mitgefühl und fehlende Unterstützung einher. Laut Studien entstehen Schuldzuschreibungen, wenn die Erkrankung als kontrollierbar erlebt wird und Betroffene selbst Einfluss hätten nehmen können (vgl. Weiner et al., 1988, Lebowitz/Appelbaum, 2019 alle zitiert nach Rüsch, 2021). Hierin wird die pauschale Überzeugung erkennbar, alle gleich zu beurteilen, weil man nicht viel über die individuelle Geschichte der Betroffenen und die Hintergründe der Erkrankung weiß. Dies belegt die Notwendigkeit der Kombination von Wissensvermittlung und Kontakterfahrung als wirksame Intervention (vgl. Kapitel 2.2.4). Auch das familiäre Umfeld kann durch Stigma-

tisierung belastet sein, indem es Schuldvorwürfe erhält oder mitstigmatisiert wird. Dies wird Stigma by Courtesy (Stigmatisierung durch soziale Zuschreibung) genannt (vgl. Finzen, 2013). Aber auch wenn die Familie das betroffene Mitglied stigmatisiert, drohen heftige (Vertrauens-)Brüche und eine veränderte Familiendynamik. Abbildung 4 fasst die Studienlage zu Herausforderungen zusammen und bildet die bereits angedeuteten Wechselwirkungen ab.

**Abbildung 4**

*Herausforderungen bei Stigmatisierung (eigene Darstellung)*




### 3.4 Strategien

Die Fähigkeit, mit Stigmatisierung umzugehen, wird Stigma-Management genannt (vgl. Goffman, 1963 zitiert nach Meisenbach, 2010). Ressourcen können Schutzfaktoren sein und in Zusammenhang mit der Entwicklung von Strategien stehen. Beispielsweise schützen laut Studien eine selbstbestimmte Haltung und Empowerment vor (Selbst-)Stigmatisierung (vgl. Rüsch et al., 2006, Brohan et al., 2011 alle zitiert nach Rüsch, 2021). Empowerment bedeutet, sich in benachteiligten oder beeinträchtigten Situationen selbstständig zu befähigen, indem eine Person Autonomie, Stärken, Fähigkeiten, Handlungsvermögen, Zugang zu

Ressourcen und sozialer Teilhabe zurückerlangt, um ein selbstbestimmtes, erfülltes Leben zu führen (vgl. Herriger, 2024). Sowohl die Depression als auch Stigmatisierung sind solche Situationen. Empowerment ist im Kontext psychischer Erkrankungen eng mit Recovery verbunden: Der Betroffene lernt „(…) auch mit bestehenden psychischen Problemen (…), ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen (…)“ (Knuf 2020 zitiert nach Herriger, 2024, S. 237). Recovery beschreibt einen Prozess von Verzweiflung - Entwicklung von Hoffnung auf Gesundung – hin zu Engagement und Empowerment (vgl. Rüsch, 2021).
Hardiness/Resilienz ist eine weitere schützende Ressource. Sie meint die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Ereignissen, z. B. durch Selbstakzeptanz, Selbstwertüberzeugung, Kontrollüberzeugungen, Flexibilität (vgl. Herriger, 2024). Ressourcen ermöglichen einer Person, belastende Ereignisse zu bewältigen, z. B. Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Kompetenzen, Unterstützung). Sie fördern außerdem das Kohärenzgefühl. Dies beschreibt eine Haltung, bei der kritische Lebensereignisse als verstehbar, handhabbar (bewältigbar) und sinnhaft eingeordnet werden (vgl. Antonovsky, 1993, Singer/Brähler, 2007, Faltermaier, 2023 alle zitiert Herriger, 2024).
In Anlehnung daran werden nun emotionale, kognitive und soziale Stigma-Management-Strategien aus der Studienlage sowie weiteren denkbaren Möglichkeiten erläutert. Diese können sowohl funktional (kurz- und langfristig hilfreich) als auch dysfunktional (nur kurzfristig hilfreich oder schädlich) sein (vgl. Rusch, 2019). Dabei fördern funktionale Strategien das Empowerment der Betroffenen.

### 3.4.1 Emotionale Strategien

Emotionale Strategien helfen, die emotionale Belastung auszudrücken, zu regulieren oder zu verändern und dadurch das innere Gleichgewicht wiederherzustellen (vgl. ebd.).
Selbstregulationsfähigkeiten tragen zur Resilienz gegenüber Krisen bei (vgl. Reichhart/Pusch, 2023). Dazu gehören Entspannung, um körperliches Wohlbefinden wiederherzustellen und die innerliche Anspannung zu reduzieren (vgl. Zimbardo, 1995 zitiert nach Rusch, 2019). Auch Achtsamkeitsübungen, Natur und Aktivitäten verstärken Emotionen und Befinden positiv. Denkbar wäre auch,

den eigenen Emotionen mit Selbstfürsorge zu begegnen, z. B. angenehme Aktivitäten, auf eigene Bedürfnisse achten etc.
Laut Studien sind ein gutes Selbstwertgefühl und eine gute Selbstwirksamkeit sowohl Schutzfaktoren als auch Management-Strategien gegenüber Stigmatisierung (vgl. Rogers et al., 2010 zitiert nach Rüsch, 2021; Moore et al., 2018; Du et al., 2023). So könnten Betroffene Aktivitäten unternehmen, bei denen sie sich selbstwirksam erleben. Menschen mit Depression könnte das aufgrund der Denkfehler und kognitiven Triade schwerfallen (vgl. Kapitel 2.1.3).
Betroffene könnten Stolz empfinden, sich durch die psychische Erkrankung auch positiv weiterentwickelt zu haben (vgl. Meisenbach, 2010). Dies könnte das Selbstwertgefühl steigern, denn Betroffene haben etwas erlebt, was gesunde Menschen nicht erleben mussten. Sie haben eine Entwicklung vollzogen, in der sie sich mit sich selbst, ihrer Biografie, ihren Werten, Grenzen, Gefühlen, Denkmustern, Beziehungen, Verhaltens- und Lebensweisen auseinandersetzen mussten. Daraus sind neue Stärken, Fähigkeiten, Erkenntnisse, Perspektiven, Ziele und Fähigkeiten entstanden. Jedoch ist auch in Anbetracht der Symptomatik, insbesondere dem Gefühl von Wertlosigkeit, denkbar, dass Menschen mit Depression dies weniger empfinden können.
Auch Humor kann hilfreich sein (vgl. Goffman, 1963, Martinez, 2007 alle zitiert nach Meisenbach, 2010). Damit können sich Betroffene vom Stigma distanzieren und ihre Emotionen positiv beeinflussen. Je nach Schweregrad der Depression kann es Betroffenen schwerfallen, positive Emotionen zu empfinden.
Zu erwarten sind auch emotionale Reaktionen wie Resignation und Hoffnungslosigkeit (vgl. Finzen, 2013). Sie sind dysfunktionale Strategien, weil sie sich vom Problem abwenden, das Selbstwertgefühl reduzieren und damit langfristig den Genesungsprozess beeinträchtigen.

### 3.4.2 Kognitive Strategien

Kognitive Strategien umfassen Gedanken, Schlussfolgern, Problemlösen, Urteilen und Entscheidungen (vgl. Schmithüsen/Ferring, 2015).
Für Betroffene ist von Bedeutung, sich mit gesellschaftlichen Vorurteilen und der Abwertung der eigenen soziale Identität auseinanderzusetzen sowie Selbst-

stigmatisierung zu reflektieren (vgl. Rüsch, 2021; Finzen, 2013). Dadurch können dysfunktionale Annahmen identifiziert und funktionale, selbstmitfühlende und realistische Neubewertungen entwickelt werden. Sie stärken Kontrolle, Handlungsfähigkeiten und Selbstwert. Daher kommen Neubewertungsprozessen besondere Bedeutung zu: Dazu gehören auch Minimierung (Argumente für die geringe Relevanz des Stigmas) sowie Transzendenz (positive Aspekte und Sinnzuschreibungen der Erkrankung) (vgl. Ashforth et al., 2007, Benoit, 1995 alle zitiert nach Rüsch, 2021). Günstige schützen Kausalattributionen den Selbstwert, indem Betroffene Misserfolge external auf Diskriminierung zurückführen und ihren Selbstwert über andere Lebensbereiche definieren statt über Symptome. Hilfreich sind soziale Vergleiche mit ähnlich Betroffenen und Distanzierung der eigenen Identität vom Stigma, indem die Erkrankung als einen, aber nicht zentralen Teil der Identität verstanden wird (vgl. Goffman, 1963, Martinez 2007 alle zitiert nach Meisenbach, 2010; Thoits, 2011 zitiert nach Rüsch, 2021; Finzen, 2013). Denkbar wäre auch, das entstandene Leid, die Ungerechtigkeit und Ängste anzuerkennen und sich selbstmitfühlende Selbstinstruktionen zuzusprechen.

Eine weitere Strategie ist die Ressourcenaktivierung. Sie hilft, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Auch Selbstwirksamkeit, Neubewertung im Sinne von Empowerment können gefördert werden. Ebenso werden Komponenten der Resilienz wie Optimismus, Lösungs- und Zukunftsorientierung, Selbstwirksamkeit sowie Sinn- und Werteorientierung gestärkt. Sie sind wirksame Schutzfaktoren und Strategien (vgl. Rogers et al., 2010 zitiert nach Rüsch, 2021; Moore et al., 2018; Du et al., 2023; Reichhart/Pusch, 2023). Sie können Perspektive und Halt geben. Gleichzeitig können depressive Symptome wie Grübeln, Selbstvorwürfe und Entscheidungsschwierigkeiten die Entwicklung selbstmitfühlender, positiver und alternativer Gedanken und Strategien zu erschweren.

Ein zentraler Bestandteil ist Psychoedukation, die fachlich begründetes Wissen der Erkrankung vermittelt (Finzen, 2013). Die Erkrankung kann in ein biopsychosoziales Modell eingeordnet werden, bei dem individuelle Belastungsfaktoren und Wechselwirkungen erkannt werden, anstatt diese genetischen, monokausalen und selbstabwertenden Erklärungen zu begründen (vgl. Kapitel 2.1.3). Dies ermöglichte Neubewertung („Ich bin nicht schuld an der Erkrankung“, „Mein Wert

ist unabhängig von der Erkrankung“), reduzierte Selbststigmatisierung, Rückzug und soziale Isolation (vgl. Lazarus, 1974 zitiert nach Rusch, 2019). Zugleich wird das Kohärenzgefühl gestärkt, bei dem Erlebnisse als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erlebt werden (vgl. Heim, 2000). Die Inkongruenz im Selbst wird zunehmend ausgeglichen.
Dysfunktionale kognitive Strategien umfassen Ablenkung, Wunschdenken, Leugnung und Ignorieren von Stigmatisierung (vgl. Goffman, 1963 zitiert nach Meisenbach, 2010; Rusch, 2019). Personen mit einer leichten oder vorübergehenden psychischen Erkrankung lehnten eine Identität als psychisch krank aufgrund der milden Symptomatik ab, sodass diese Strategien kurzfristig entlastend wirken können (vgl. Finzen, 2013, Thoits, 2016).

### 3.4.3 Soziale Strategien

Soziale Stigma-Management-Strategien beziehen sich auf Kommunikation, Unterstützung und Interaktionsverhalten in sozialen Beziehungen.
Studien zufolge suchen Betroffene aktiv nach Unterstützung, insbesondere nach Austausch mit ähnlich Betroffenen (vgl. Goffman, 1963, Roschelle/Kaufmann, 2004 alle zitiert nach Meisenbach, 2010). Ein unterstützendes familiäres und soziales Umfeld sowie Selbsthilfegruppen sind zugleich wichtige Schutzfaktoren gegen Selbststigmatisierung und zentrale Komponenten von Resilienz (vgl. Finzen, 2013; Du et al., 2023; Beals et al., 2009; Reichhart/Pusch, 2023). Sie bieten Verständnis, Trost, Zugehörigkeit, Perspektivwechsel und Austausch über erprobte Bewältigungsstrategien. Dies bedingt Offenlegung und ein gutes Vertrauensverhältnis.
Weitere Stigma-Management-Strategien können Widerspruch, Aufklärung und öffentliches Engagement darstellen (z. B. in Medien, Politik, Organisationen) (vgl. Thoits, 2011 zitiert nach Rüsch, 2021; Goffman, 1967 zitiert nach von Engelhardt, 2010; Finzen, 2013). Engagement und Austausch mit Personen, die selbst Krisen bewältigt haben, sind Strategien der Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) und zeigten insbesondere bei Depressionen positive Wirkung auf Selbststigma (vgl. Mills et al., 2020 zitiert nach Rüsch, 2021).

Laut Studien sind vermeidende Strategien häufig, wie sozialer Rückzug, Flucht, Vermeidung und Geheimhaltung (vgl. Finzen, 2013; Meisenbach, 2010; Gnainsky et al., 2025). Kurzfristig helfen Vermeidungsstrategien, die Situation zu deeskalieren und sich ggf. Handlungsmöglichkeiten zu überlegen. Langfristige Vermeidung wie übermäßiger sozialer Rückzug ermöglicht keine aktive Auseinandersetzung mit der Situation zur Lösungssuche und verschlimmert die depressive Symptomatik. Somit können soziale Strategien abhängig von der individuellen Situation und Person funktional oder dysfunktional sein. Diese Befunde stützen, dass Betroffene funktionale Strategien und Fähigkeiten benötigen, um Stigmatisierung zu bewältigen und ihren Genesungsprozess positiv zu beeinflussen. Dazu gehören soziale Kompetenzen wie selbstsicheres Verhalten, argumentative Verteidigung Perspektivübernahme und Personen einschätzen können. Abbildung 5 fasst die beschriebenen Strategien zum Überblick zusammen.

**Abbildung 5**

*Mögliche funktionale Bewältigungsstrategien (eigene Darstellung)*

*Kognitive Strategien*

- Reflexion und Neubewertung: Minimierung, Transzendenz, externale Kausalattribution, günstige Vergleiche, Distanzierung des Selbst vom Stigma, Verknüpfung des Selbstwerts mit anderen Bereichen
- Psychoedukation
- Ressourcenaktivierung
- Resilienz: Optimismus, Lösungs- und Zukunftsorientierung, Sinn- und Werteorientierung, Selbstwirksamkeit
- Selbstmitgefühl
- Ablenkung, Wunschdenken, Verleugnung, Ignorieren

*Emotionale Strategien*

- Entspannung, Achtsamkeit, Selbstfürsorge
- positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit
- Stolz
- Humor
- Resignation, Hoffnungslosigkeit

*Soziale Strategien*

- Unterstützung durch Familie, Freunde, Selbsthilfegruppen
- Widerspruch, Aufklärung
- öffentliches Engagement
- Vermeidung
- gute soziale Kompetenzen

# 4. Zielsetzung, Forschungsfragen und begründete Annahmen

Insgesamt besteht sowohl eine hohe praktische Relevanz als auch ein klares wissenschaftliches Erkenntnisdefizit hinsichtlich Strategien für den individuellen Umgang mit Stigmatisierung, für das die Masterarbeit Ergebnisse liefern soll.

## 4.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Obgleich es zahlreiche Forschung zu Folgen von Stigmatisierung, Hemmnissen der Offenlegung, erwartete Stigmatisierung, Einstellungen von Arbeitgebern und Reduzierung von Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene gibt, fehlt tiefgründige Forschung zu emotionalen, sozialen und kognitiven Bewältigungsstrategien von Menschen mit Depression. Unklar ist, auf welche Herausforderungen sie mit welcher Strategie reagieren und inwiefern diese zum Stigma-Management hilfreich sind. Weiterhin sind Hemmnisse und Gründe für fehlende Offenlegungsbereitschaft sowie förderliche Strategien äußerst komplex. Sie erfordern daher eine qualitative Betrachtung zum besseren Verständnis. Konkrete praktische Ableitungen sollen zur Verbesserung des Stigma-Managements von Menschen mit Depression im Rahmen psychologischer Trainings und der Selbstermächtigung (Empowerment) hervorgehen. Dies sind die Ziele der Masterarbeit. Folgende Forschungsfragen sind leitend:

**1. Hauptfrage:** Aus welchen Gründen entscheiden sich Erwachsene mit Depression, ihre Erkrankung geheim zu halten?

- Welche Argumente sprechen für und gegen eine Offenlegung?
- In welchen Lebensbereichen bestehen (die schwersten) Hemmnisse bezügliche der Offenlegung und wie werden diese überwunden?

**2. Hauptfrage:** Wie erleben und beschreiben Erwachsene mit Depression die Stigmatisierung ihrer psychischen Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen?

- In welchen Lebensbereichen ist Stigmatisierung besonders präsent?
- Mit welchen emotionalen, kognitiven und sozialen Herausforderungen sind Betroffene durch Stigmatisierung konfrontiert?

**3. Hauptfrage:** Welche emotionalen, kognitiven und sozialen Strategien und Ressourcen helfen ihnen, mit Stigmatisierung ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?

- Worin besteht Unterstützungsbedarf?

### 4.2 Begründete Annahmen

Aus der Theorie und der Studienlage ergeben sich begründete Annahmen für die nachfolgende Forschung:

**1. Gründe für fehlende Offenlegungsbereitschaft** umfassen Ängste vor Bewertung und Stigmatisierung, Befürchtungen vor Unverständnis, fehlender Unterstützung, negative Überzeugungen, eine geringe Symptomschwere und hohe Anpassungsleistung. Geheimhaltung eher im Arbeitskontext.

**2. Herausforderungen** für Menschen mit Depression stellen ein verringertes Selbstwertgefühl, Scham, Angst, Hilflosigkeit, Selbststigmatisierung, Selbstzweifel, Misstrauen, fehlende Unterstützung, Schuldzuschreibungen, Unsicherheit in sozialen Kontakten sowie die Entscheidung zwischen Offenlegung und Geheimhaltung dar. Stigmatisierung ist besonders präsent im Arbeitskontext.

**3.** Menschen mit Depression bewältigen Stigmatisierung durch Neubewertung, Psychoedukation, Widerspruch, Aufklärung, Austausch und Trost durch soziale Beziehungen sowie durch vermeidende **Strategien**.

**4. Fehlende Strategien und Ressourcen** bei Menschen mit Depression sind ein positives Selbstwertgefühl, Selbstmitgefühl und -fürsorge, Selbstwirksamkeit, Stolz, Humor, Resilienz und soziale Kompetenzen.

# 5. Methodik

In diesem Kapitel werden das Forschungsvorhaben und die methodische Vorgehensweise erläutert, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

## 5.1 Untersuchungsplan

**Studiendesign:** Es wurde eine qualitative Untersuchung gewählt, da diese zum Ziel hat, subjektive Erfahrungen, Einstellungen, Motive, Bedürfnisse etc. zu analysieren sowie die subjektive Wirklichkeit bezüglich ihrer Deutungen, Selbstinterpretationen, Handlungsmotive und Alltagstheorien zu verstehen (vgl. Misoch, 2015). Dafür eignete sich die qualitative Vorgehensweise in Form von Interviews, um das subjektive Erleben, die Entscheidungsfindung und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Depression tiefgreifend zu erforschen. Aus den Antworten wurden Hypothesen generiert und Sinnstrukturen rekonstruiert (induktive Vorgehensweise). Daher wird die qualitative Methodik auch der verstehende Ansatz genannt (vgl. ebd.). Diesem liegt der Gedanke der Hermeneutik zugrunde, einer Theorie der Auslegung, Deutung und des Verstehens. Dabei ist es wichtig, ein gewisses Vorverständnis mitzubringen sowie die Entstehungsbedingungen bzw. den Kontext des (Text-)Materials zu beachten. Dieses Vorverständnis wird in diesem Kapitel dargelegt und mit jedem weiteren Interpretationsdurchgang erweitert (hermeneutischer Zirkel). Schlussendlich sollten die Ergebnisse interpretiert, daraus neue Erkenntnisse gewonnen und eine Theorie gebildet werden (vgl. Kuckartz/Rädiker, 2024a).
Die quantitative Forschung hingegen erfasst statistische Zusammenhänge und deren objektive Repräsentativität (erklärender Ansatz) (vgl. Misoch, 2015). Die Befunde der qualitativen Studie können Grundlage für weitere quantitative Forschungen sein.

**Gütekriterien:** Für die qualitative Forschung können die quantitativen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nicht uneingeschränkt übernommen werden, weil die Daten einer anderen Handlungs- und Erkenntnislogik entstammen als die der quantitativen Forschung. Da subjektive Meinungen untersucht wurden, war eine kleine Fallauswahl für die Möglichkeiten dieser Masterarbeit

geeignet. Der Forschende führte und beeinflusste dadurch die Ergebnisse des Interviews. Die Gütekriterien sind: (kontrollierte) Neutralität des Forschenden, Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit der Daten, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Reflexion von Subjektivität. Diese sind durch Transparenz und ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen (Regelgeleitetheit) erfüllt. Alle Schritte des Forschungsprozesses wurden protokolliert, damit sie für Außenstehende nachvollziehbar und überprüfbar sind. Ergänzend musste sich der Forscher in seiner Rolle reflektieren, z. B. Ängste, Vorurteile bezüglich des Themas/der Zielgruppe, Reflexion der persönlichen Voraussetzungen (biografische Beziehung zum Thema, berufliche Voraussetzung). Um die Glaubwürdigkeit und Gültigkeit der Daten zu gewährleisten, wurde das Interview in einer möglichst natürlichen Situation durchgeführt. Es wurde sich bemüht, dem Sprachstil des Interviewten anzupassen (alltagsähnlichen Kommunikation) (vgl. Misoch, 2015).

**Datenerhebung:** Zur Erhebung wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews im Einzelsetting durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet, damit alle relevanten Informationen erfasst, in Textform transkribiert und später systematisch ausgewertet werden konnten. Der Leitfaden war theoriegeleitet, da er auf den Forschungsfragen aus Kapitel 4 basierte und sich aus der Theorie- und Studienlage ableiten ließ. Der Leitfaden erfüllte im Interview eine Steuerungs- und Strukturierungsfunktion: Rahmen und Fokus auf das Thema bleiben erhalten, wodurch die Antworten miteinander vergleichbar waren. Alle relevanten Themenkomplexe wurden aufgelistet, zu denen Fragen gestellt werden sollen. Damit wurde die Kommunikation strukturiert und ein roter Faden gebildet. Der halbstrukturierte Aufbau gab Orientierung im Interview, aber auch Möglichkeiten zu weiteren Fragen, welche wichtige Informationen vertieften. Dabei wurden die drei Grundprinzipien eingehalten: (1) Offenheit: kein Hypothesenprüfen, sondern subjektive Erfahrungen und offene Antworten, flexible Leitfadengestaltung und -reihenfolge. (2) Prozesshaftigkeit: Antwortbedeutung als Prozess aus sozialen Interaktionen verstehen, d. h. Vergangenheit, prägende soziale Umwelt und Veränderungen erfragen. (3) Kommunikation: natürliches Sprachniveau der Interviewperson, keine Fachtermini, eine Frage formulieren, alltagsnaher Gesprächsverlauf durch

flexible Nutzung des Leitfadens und Offenheit gegenüber neuen relevanten Inhalten (vgl. Misoch, 2015).
Es wurde auch das problemzentrierte Interview in Erwägung gezogen. Dabei werden subjektive Sichtweisen zu einem gesellschaftlich relevanten Thema („Problem“) analysiert (vgl. ebd.). Stigmatisierung ist zwar ein gesellschaftliches Problem, jedoch fokussiert sich das Forschungsziel auf persönliche Herausforderungen und Bewältigungsstrategien. Daher war das Leitfadeninterview die passendere Methode für das Forschungsziel.
Der Leitfaden wurde in vier Pretests hinsichtlich Schwierigkeit und Verständnis der Fragen, Dauer, Konzentration und Interesse, Effekte der Frageanordnung sowie Belastung durch die Befragung erprobt und angepasst (vgl. Schnell et al., 2018). Zwei Pretests erfolgten mit Kollegen, zwei mit Interviewpartnern, die sich vorab dazu bereit erklärten.

**Leitfadeninterview und ergänzende Instrumente:** Zu Beginn des Interviews erfolgten Warm-up-Fragen, um Interesse zu wecken, Ängste zu mildern und sich an das Aufnahmegerät zu gewöhnen. Die Hintergrunddaten und demografischen Fragen wurden so gewählt, dass sie für alle leicht zu beantworten waren (vgl. ebd.). Die Fragen zum Zeitpunkt der Diagnose, Dauer der bestehenden (vorherigen) Symptomatik und durchgeführten Behandlung wurden aufgenommen, um einen Einfluss der Therapieerfahrung, Dauer oder Chronizität der Depression auf die Antworten zu prüfen.
Der nachfolgende Hauptteil war in drei Themenbereiche untergliedert, zu denen jeweils mehrere Fragen gestellt wurden. Sie wurden aus den Forschungsfragen abgeleitet: (1) Offenlegungsbereitschaft, (2) Herausforderungen im Umgang mit Stigmatisierung und (3) Bewältigungsstrategien und Ressourcen. Zuerst wurde die Entscheidungsfindung zur Offenlegung (Dimensionen, Erfahrungen, Hemmnisse und Strategien) betrachtet. Vor dem zweiten Themenbereich erfolgte der Hinweis, dass nur Erfahrungen bezüglich der Depression, nicht aufgrund anderer körperlicher oder psychischer Erkrankungen für das Interview relevant sind. Nun wurden Erfahrungswerte mit Stigmatisierung der Depression erfragt, um zu verstehen, wie Betroffene Stigmatisierung subjektiv erleben. Auch Selbststigma-

tisierung wurde thematisiert. Im dritten Abschnitt wurden emotionale, kognitive, soziale und weitere hilfreiche Strategien und Ressourcen erfragt, um hilfreiche Strategien und psychologischen Unterstützungsbedarf zu ergründen. Das jeweilige untersuchte Konstrukt wurde den Fragen zugeordnet, um das Thema und die leitenden Forschungsfragen im Fokus zu behalten. Somit waren die Fragen bedeutsam, d. h. von theoretischem Wert für die Forschung. Fragen zum selben Themenbereich erfolgten nacheinander, die Reihenfolge der Themenbereiche sowie ergänzende Fragen waren gemäß dem Prinzip der Offenheit möglich. Neue Themenbereiche wurden mit ergänzenden Worten zu Inhalt und Ziel übergeleitet (vgl. Misoch, 2015). Insgesamt sollte das Interview ein angemessenes Ausmaß (ca. 15 Fragen) umfassen, damit die Konzentrationsdauer maximal eine Stunde beträgt.
Zum Abschluss des Interviews wurde den Interviewpartnern ermöglicht, weitere Gedanken zu dem Thema zu äußern. Nach dem Interview wurde das Wohlbefinden erfragt und dafür die Aufnahme gestoppt, um ein vertrauensvolles Setting für entlastende Gespräche zu ermöglichen. Nach dem Interview führte der Interviewer ein Postskript zu Auffälligkeiten (Störungen, Betonungen, Körpersprache, Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen) (vgl. Schnell et al., 2018).

Zudem erhielten die Interviewpartner den Selbsteinschätzungsbogen Becks-Depressions-Inventar II (BDI-II), die Symptomschwere der letzten zwei Wochen quantitativ erfasste. Dies ist ein standardisiertes Instrument, das in der klinischen Diagnostik weit verbreitet ist. So sollten ggf. auffällige oder häufige Antworten nach Schweregrad betrachtet und geprüft werden. Eine hohe Validität und Reliabilität sind belegt. In 21 Items wurden Häufigkeit und Ausprägung der depressiven Symptomatik erfragt. Die Auswertung erfolgte mittels Addition der Punktzahlen. Depressionswerte zwischen 0-13 Punkte bedeuten minimale, 14-19 leichte, 20-28 mittlere und 29-63 schwere Depression (vgl. Link zum BDI-II mit Auswertung im Literaturverzeichnis). Die Interviewpartner erhielten ebenso Informationen zum Ziel des Selbsteinschätzungsbogen und Instruktionen (eindeutige und einzelne Werte ankreuzen, Symptomatik der letzten zwei Wochen). Eine

ausführliche Darstellung des Leitfadens sowie des BDI-II befinden sich in den Anhängen A und B.

**Einhaltung von Ethik und Datenschutz:** Die Interviewpartner wurden bei der Akquise und vor Aufnahme des Interviews über Ziel, Zielgruppe, Dauer, Ablauf, Inhalt, Freiwilligkeit und Datenschutz des Forschungsprojekts aufgeklärt und unterzeichneten eine Einwilligungserklärung (vgl. Anhang C). Sie wurden auch darüber informiert, dass sie rückmelden dürfen, wenn sie sich durch die Fragen belastet fühlen oder das Interview abbrechen möchten. Ihr Wohlbefinden stand stets im Vordergrund, sodass entlastende Gespräche im Anschluss mit dem Interviewer oder Psychologen möglich waren.
Eine Prüfung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission war nicht erforderlich, da keine Gefahr einer Retraumatisierung oder schweren Belastung der Interviewpartner durch das Interview bestand.

**Reflexion der Forscherrolle:** Die Befragung wurde in einer beruflichen Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankung durchgeführt. Die Rolle als Mitarbeiter bedingte Vorwissen zu den Biografien und Charakterzügen der einzelnen Interviewpartner sowie Vertrautheit mit der Zielgruppe. Dies hatte Vorteile (einfache Akquise und Zugang, tieferes Verständnis der Antworten), aber auch Nachteile (ggf. Übersehen von Phänomenen, Verzerrung der Ergebnisse durch Vorwissen und Basisprämissen) (vgl. Misoch, 2015). Die Qualität der Interviewantworten konnte ebenso durch die Person, Ausstrahlung, Formulierungen der (Nach-)Fragen und Sprechweise des Forschenden beeinflusst worden sein. Ebenso wurde der gesamte Forschungsprozess bis hin zur Auswertung der Daten durch die subjektive Einschätzung des Forschenden geprägt, weil entschieden werden musste, welche Textpassagen für die Forschungsfrage relevant waren (vgl. ebd.). Um die Einflüsse gering zu halten, wurde den Interviewteilnehmenden erklärt, dass der ihnen bekannte Mitarbeiter während des Interviews eine Forscherrolle einnimmt, das Thema des Interviews fokussiert und kein Bedarfsgespräch für themenfremde Anliegen ist.

Der Forschende beeinflusste nicht bewusst die Meinung der Interviewpartner und wies sie darauf hin, dass es keine richtigen Antworten gibt, sondern allein ihre subjektiven Ansichten erfragt werden sollen (vgl. Misoch, 2015). Weiterhin wurde der gesamte Forschungsprozess, aber auch persönliche Eindrücke, Übertragungs-, Gegenübertragungsgefühle und Haltungen nach den Interviews reflektiert (vgl. Schnell et al., 2018).

### 5.2 Fallauswahl

**Akquise:** Die Suche nach Interviewpartnern erfolgte durch den Forschenden persönlich in der beruflichen Rehabilitationseinrichtung. Das Thema Stigmatisierung ist dort aufgrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt besonders präsent und wurde im Bewerbungscoaching und Austausch zu Praktika-Erfahrungen oft diskutiert. Daher bot es sich an, auf dieses Interesse näher einzugehen, über Stigmatisierung zu sprechen und auf das Forschungsvorhaben aufmerksam zu machen. An der ca. 40-minütigen Informationsveranstaltung durften alle Interessenten teilnehmen. Schwerpunkte waren die Definition, Formen, Funktionen, Entstehungsursachen, Auswirkungen sowie die Wirksamkeit von Interventionen gegen öffentliches Stigma. Diskussionen und persönliche Meinungen wurden begrenzt, um die Meinungen für die Interviews nicht zu verzerren. Beispielsweise wurde bei persönlichen Strategien zum Umgang mit Stigmatisierung auf das Interview verwiesen und den Interessenten erklärt, dass die Antworten die Aussagen anderer Interviewpartner beeinflussen könnten. Nachfragen durften gestellt werden. Die Interessenten erhielten ein Handout mit den wichtigsten Fakten zu Stigmatisierung. Insgesamt willigten zehn Interviewpartner ein.

**Auswahlkriterien:** Die Psychologen der Rehabilitationseinrichtung prüften in vorliegenden medizinischen Gutachten, ob mindestens eine depressive Episode diagnostiziert wurde. Alle zehn Interviewpartner erfüllten das Einschlusskriterium. Einige hatten komorbide psychische Erkrankungen. Die Interessenten wurden darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme nur sinnvoll ist, wenn sie Erfahrungen mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Depression, nicht aufgrund anderer Erkrankungen oder Merkmale gemacht haben.

**Vorstellung der Interviewpartner:** Die Interviewpartner waren zwischen 25 und 62 Jahren alt. Das Durchschnittsalter betrug 44,9 Jahre. Alle Interviewpartner waren weiblich. Die BDI-II-Werte umfassten 3-27 Punkte (minimale bis mittlere Symptomschwere; $n_{minimal}$=4, $n_{leicht}$=2, $n_{mittlere}$=4). Alle wurden früher oder aktuell psychotherapeutisch und ggf. medikamentös behandelt.

Die Interviewpartner werden nun einzeln kurz vorgestellt: Die erste Probandin war 58 Jahre alt, habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Ausbildung absolviert. Sie sei zuletzt als pädagogische Mitarbeiterin an einer Grundschule tätig gewesen, seit Juni 2025 krankheitsbedingt arbeitssuchend und in der Rehabilitationseinrichtung seit Juni 2025. Sie habe seit drei Jahren (2023) eine Depression, doch schon seit zehn Jahren eine depressive Symptomatik. Zur Behandlung sei sie in einer Tagesklinik, ambulanten Psychotherapie und psychosomatischen Rehabilitation gewesen. Außerdem nehme sie aktuell Medikamente. Im BDI-II erreichte sie eine minimale Symptomschwere (drei Punkte).

Die zweite Probandin, 62 Jahre, habe Abitur, eine abgeschlossene Ausbildung und einen Studienabschluss (Bachelor) gehabt. Sie sei zuletzt pädagogische Mitarbeiterin gewesen, seit März 2023 krankheitsbedingt arbeitssuchend und seit August 2025 in der beruflichen Rehabilitationseinrichtung. Eine Depression sei vor zwei Jahren (2024) diagnostiziert worden. Sie berichtete von bestehenden Symptomen seit 20 Jahren. Sie habe eine ambulante Psychotherapie, zweimalig psychosomatische Rehabilitation und Medikamente in Anspruch genommen. Im BDI-II erreichte sie minimale Symptomschwere (acht Punkte).

Die dritte Probandin war 31 Jahre alt, habe Fachabitur und eine abgeschlossene Ausbildung als Erzieherin absolviert, in der sie zuletzt gearbeitet habe. Seit Februar 2024 sei sie krankheitsbedingt arbeitssuchend, seit Juli 2024 in der beruflichen Rehabilitationseinrichtung und absolviere dort eine Umschulung zur Mediengestalterin. Im November 2023 sei eine mittelschwere Depression diagnostiziert worden. Eine depressive Symptomatik habe sie bereits in der Jugendzeit erlebt. Sie habe Hilfe vom Hausarzt und der Tagesklinik erhalten. Im BDI-II erreichte sie leichte Symptomschwere (15 Punkte).

Die vierte Probandin, 58 Jahre, habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Ausbildung gehabt. Sie habe zuletzt als Hilfsschwester im Dialyse-

zentrum gearbeitet, bevor sie im August 2024 krankheitsbedingt arbeitssuchend geworden sei. Im November 2025 habe sie die berufliche Rehabilitation begonnen. Eine Depression sei vor fünf Jahren (2021) diagnostiziert worden. Davor habe sie schon „leichte Anzeichen“ vermutet. Sie habe eine ambulante Psychotherapie und zweimalig eine psychosomatische Rehabilitation absolviert. Medikamente habe sie nach ärztlicher Absprache bereits abgesetzt. Im BDI-II erreichte sie mittlere Symptomschwere (21 Punkte).

Die fünfte Probandin, 49 Jahre, habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Ausbildung absolviert. Sie sei zuletzt als Marktleitung im Lebensmittelhandel tätig gewesen, krankheitsbedingt im Juni 2023 arbeitssuchend geworden und in der beruflichen Rehabilitationseinrichtung seit Juni 2023. Aktuell absolviere sie dort eine Umschulung zur Kauffrau für Büromanagement. Eine Depression sei vor fünf Jahren (2021) erneut diagnostiziert worden. Eine depressive Episode habe sie 2010 erlebt, welche Anfang 2021 rezidivierte. Sie sei durch ambulante Psychotherapie, psychosomatische Rehabilitation und Medikamente behandelt worden. Die Medikamente habe sie nach ärztlicher Absprache abgesetzt. Im BDI-II erreichte sie minimale Symptomschwere (zehn Punkte).

Die sechste Probandin, 41 Jahre, habe einen erweiterten Hauptschulabschluss und eine abgeschlossene Ausbildung abgeschlossen. Sie sei zuletzt als Zahnarzthelferin im Fachbereich Kieferorthopädie angestellt gewesen, bis sie im Februar 2023 nach Krankheit arbeitssuchend geworden sei. Seit Mai 2025 besuche sie die Rehabilitationseinrichtung. Eine Depression sei bei ihr nach der Schwangerschaft vor fünf Jahren (2021) erstmalig aufgetreten, habe zuvor nie Symptome gehabt. Sie habe eine psychosomatische Rehabilitation absolviert und sei aktuell in Behandlung einer ambulanten Psychotherapie gewesen. Im BDI-II erreichte sie minimale Symptomschwere (acht Punkte).

Die siebte Probandin, 25 Jahre, habe Abitur und eine abgeschlossene Berufsausbildung als Steuerfachangestellte absolviert. Dort habe sie bis zur Erkrankung im Juni 2023 gearbeitet, sei seit Dezember 2024 arbeitssuchend (nach Aussteuerung) und seit Februar 2025 in der Rehabilitationseinrichtung gewesen. Sie habe seit 2,5 Jahren (2023) eine diagnostizierte Depression und Symptome schon drei Jahren zuvor bemerkt. Sie sei in einer ambulanten Psychotherapie,

Tages- und Rehabilitationsklinik sowie aktuell durch Medikamente behandelt worden. Im BDI-II erreichte sie leichte Symptomschwere (18 Punkte).
Die achte Probandin war 35 Jahre alt, habe einen Realschulabschluss und eine Berufsausbildung abgeschlossen. Sie habe zuletzt als Verkaufshelferin und während ihrer Arbeitslosigkeit seit 2014 z. T. im Bundesfreiwilligendienst gearbeitet. In der beruflichen Rehabilitation sei sie seit März 2025 gewesen. Die Depression sei vor zehn Jahre (2016) diagnostiziert worden, nachdem sie schon sehr lange Zeit (unklar wie lang) Symptome bemerkt habe. Sie sei mehrmals in ambulanter Psychotherapie, zweimalig in stationärer psychiatrischer und dreimalig stationärer psychotherapeutischer Therapie sowie aktuell mit Medikamenten behandelt worden. Im BDI-II erreichte sie mittlere Symptomschwere (20 Punkte).
Die neunte Probandin war 42 Jahre alt, habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung absolviert. Sie habe zuletzt als Lebensmittelverkäuferin gearbeitet, sei im Juni 2024 arbeitsunfähig geworden und seit Januar 2025 arbeitssuchend. Zugleich habe sie die berufliche Rehabilitation begonnen. Eine Depression sei 2023 diagnostiziert worden. Symptome hätte sie seit 2010 bemerkt. Zur Behandlung sei sie in eine Tagesklinik und ambulanten Psychotherapie gegangen. Medikamente habe sie aktuell noch genommen. Im BDI-II erreichte sie mittlere Symptomschwere (27 Punkte).
Die zehnte Probandin, 48 Jahre, habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung abgeschlossen. Sie habe zuletzt als Pflegedienstleitung gearbeitet, bis sie im September 2023 arbeitsunfähig geworden sei. Nach Aussteuerung sei sie seit Januar 2026 arbeitssuchend, habe die berufliche Rehabilitation zwischenzeitlich ab Januar 2025 begonnen. Eine mittelschwere Depression sei vor zwölf Jahren diagnostiziert worden. Ein Jahr zuvor habe sie Symptome bemerkt. Sie sei in einer Tagesklinik, psychiatrischen Institutsambulanz und ambulanten Psychotherapie behandelt worden und habe aktuell Medikamente genommen. Zum Zeitpunkt des Interviews schätzte sie ihre Depression als leicht ein. Sie erreichte im BDI-II eine mittlere Symptomschwere (21 Punkte).

### 5.3 Durchführung

Die Interviews wurden in der beruflichen Rehabilitationseinrichtung geführt, in dem die Interviewpartner täglich anwesend waren, um den Aufwand für die Interviewpartner gering zu halten. Dies wurde mit der Einrichtungsleitung abgesprochen. Die Befragung wurde im Zeitraum vom 28.01.-05.02.2026 durchgeführt. Für jedes Interview wurde eine Stunde eingeplant. Die Interviews dauerten 28-46 Minuten, im Durchschnitt 35 Minuten. Die Interviewpartner brachten den ausgefüllten BDI-II und die unterzeichnete Einwilligungserklärung mit. Der Interviewer prüfte diese auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Über Ziel, Datenschutz und Nachbesprechungsmöglichkeiten wurde erneut aufgeklärt.

### 5.4 Datenaufbereitung

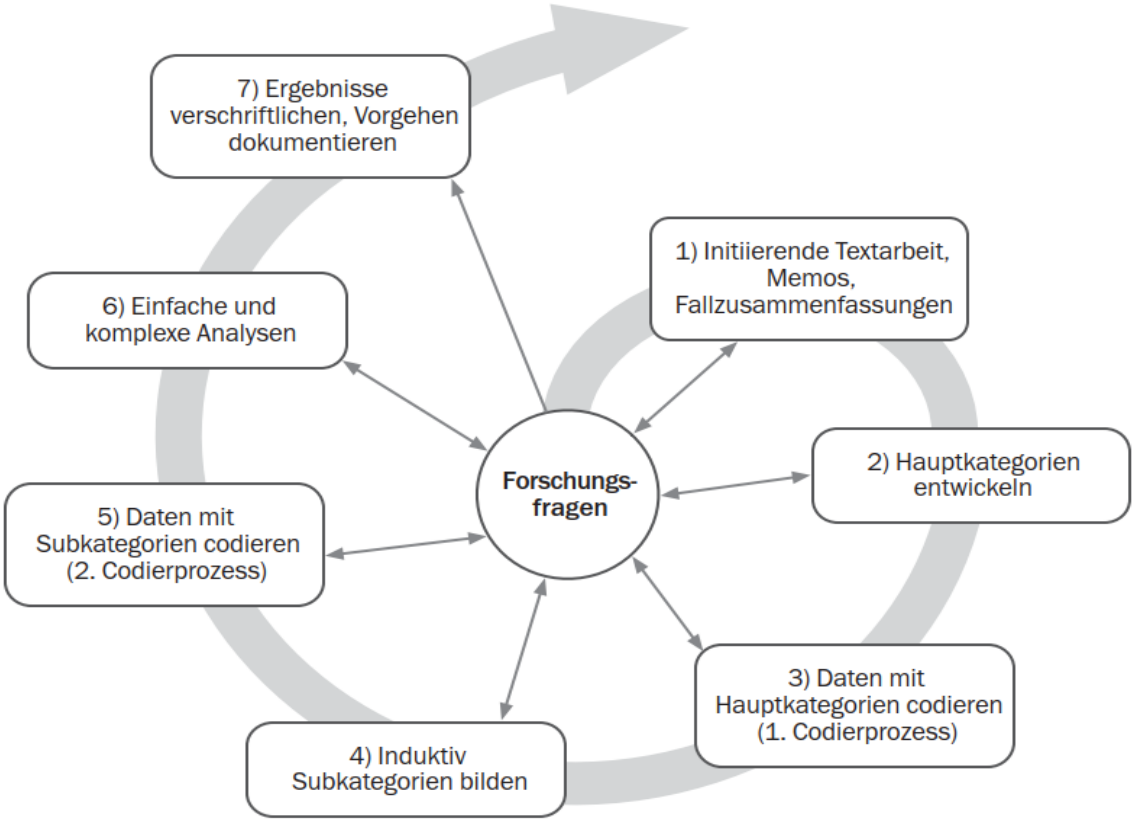
Zur Transkription der Audiodatei wurde das automatische Software-Programm aTrain verwendet. Dies berücksichtigte Datenschutzrichtlinien und arbeitete auf dem lokalen Computer, sodass keine Daten ins Internet hochgeladen wurden. Um Fehler zu korrigieren, wurden diese manuell korrigiert. Es wurde die inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing/Pehl (2018) verwendet (vgl. Anhang D). Zur Anonymisierung wurden Namen der Rehabilitationseinrichtung, von Kliniken, Wohnorten, Kindern und Mitteilnehmenden unkenntlich gemacht. Die Transkripte wurden in der Analysesoftware MAXQDA analysiert, da es einen guten Überblick ermöglichte. Rahmendaten zum Interview, formalen Bemerkungen bei der Durchführung des Interviews, Hintergrunddaten und demografischen Daten wurden im Transkriptionskopf zum Überblick festgehalten.

### 5.5 Datenanalyse

Die (Text-)Daten wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz/Rädiker (2024a) systematisch und methodisch kontrolliert ausgewertet. Eine Schritt für Schritt Anleitung von Kuckartz/Rädiker (2024b) unterstützte diesen Prozess. Es wurden sowohl manifeste Äußerungen als auch latente Bedeutungen hermeneutisch interpretiert. Die Analyse erfolgte systematisch in sieben Schritten und war an vorab festgelegten Regeln orientiert (regelgeleitet) (Abb. 6).

**Abbildung 6**

*Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz/ Rädiker, 2024a)*




Zuerst wurde das Material vollständig durchgelesen und ein erstes Gesamtverständnis erlangt. Auffälligkeiten, Ideen, Vermutungen und Hypothesen wurden notiert und Fallzusammenfassungen mit Blick auf die Forschungsfragen geschrieben. Daraus ergaben sich erste Ideen für das Kategoriensystem, Relevanz von Themen und Abschnitten. Im zweiten Schritt wurden Kategorien aus den Forschungsfragen des Interviews deduktiv abgeleitet. Wann eine Kategorie codiert wurde, definierte der Codierleitfaden (vgl. Anhang E). Es folgte ein Probedurchlauf für 20-25% des Materials, um die Kategorien am Text zu erproben. Auch Ankerbeispiele aus dem Text wurden den Kategorien als Belege zugeordnet, um den Codierprozess nachvollziehbar zu gestalten. Im dritten Schritt wurden die restlichen Texte zeilenweise durchgearbeitet und Textabschnitte den deduktiv gebildeten Kategorien zugeordnet. Dabei konnten einige Textstellen nicht oder auch zu mehreren Kategorien zugewiesen werden. Im vierten Schritt wurden die noch

relativ allgemeinen Kategorien ausdifferenziert, indem die Antworten der jeweiligen Hauptkategorien in einer Liste aufgestellt und zu Subkategorien induktiv zusammengefasst wurden. Daran knüpfte im fünften Schritt der zweite Codierprozess an. Der Text wurde mit Subkategorien codiert. Der Codierprozess am Material war abgeschlossen, als keine neuen Kategorien gefunden wurden. So entstand ein Kategoriensystem (vgl. Anhang F). Es ist das zentrale Analyseinstrument und im Codierleitfaden enthalten. Das Kategoriensystem wurde ständig ausdifferenziert und abschließend hinsichtlich der Repräsentativität und dem angemessenen Umfang überprüft und endgültig festgelegt. Es wurde im nachfolgenden Kapitel ausgewertet (sechster Schritt). Dabei wurden die Ergebnisse für jede Hauptkategorie mit ihren zugeordneten Subkategorien vorgestellt, Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Auffälligkeiten diskutiert. Auch Zusammenhänge und Vergleiche zwischen den Subkategorien, Hauptkategorien und Fällen waren möglich. Zur ergänzenden Darstellung wurden Visualisierungen und Zitate verwendet (vgl. Kuckartz/Rädiker, 2024a/2024b). Die Textzitate wurden wie folgt gekennzeichnet: I = Interviewer; A = Antwort der Befragten; 1, Pos. 1-10 = 1. Interview, Zeilen 1-10. Die Transkriptauszüge der verwendeten Zitate sind im Anhang G zu finden. Daran knüpfen die Interpretation und Beantwortung der Forschungsfrage im siebten Hauptkapitel an.

# 6. Ergebnisdarstellung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der zehn Interviews aus der Inhaltsanalyse präsentiert. Dafür werden die **Hauptkategorien**, *Subkategorien* und Einzelbelege aus den Interviews entlang der leitenden Forschungsfragen vorgestellt. Abschließend wird daraus ein Gesamtmodell abgeleitet.

## 6.1 Ergebnisse zu Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft

Der erste Themenbereich beschäftigte sich mit der Frage: Aus welchen Gründen entscheiden sich Erwachsene mit Depression, ihre Erkrankung geheim zu halten? Es wurden Argumente für Offenlegung und Geheimhaltung codiert:

**Geheimhaltungsgründe:** Die Kategorie *„negative Überzeugungen“* erfasst alle Ansichten und Einstellungen, aufgrund derer die Erkrankung geheim gehalten wird. Auch Selbststigmatisierung, Glaubenssätze und fehlende Selbstakzeptanz wurden codiert, da diese durch internalisierte gesellschaftliche Normen, Bewertungsprozesse und prägende soziale Beziehungen entstehen. Die Befragten gaben an, dass sie die Depression als eine intime Information bewerten, die Erkrankung nicht akzeptieren, sich dafür schämen würden und deshalb die Erkrankung geheim halten oder hielten. Damit stigmatisierten sie sich selbst. So wurde gesagt: „Ich habe es ja vielen Menschen nicht erzählt, weil es halt doch in vielen Bereichen noch nicht anerkannt ist und ich halt auch für mich so gesagt hab: nicht jeder muss alles über mein Leben wissen, also gerade halt so was Arbeitskollegen angeht. Da war ich halt einfach nur krank und da wollte ich auch nicht, dass die weiter darüber Bescheid wissen, weil es ja schon eine sehr intime Information ist“ (7, Pos. 49-54).

In dieser Äußerung war ein Glaubenssatz erkennbar (Ich muss stark sein): „Und nach außen, also ich sage jetzt mal, war das eh schon immer so eine Sache, Gefühle zeigen. Also kann ich Ihnen noch nicht erklären, warum das immer so war, aber das war so, ich musste immer die Starke sein. Ja und das ging nicht. Mit dem Wissen von heute hätte das ja Schwäche gezeigt.“ (10, Pos. 71-77).

Die Befragten beschrieben mehrere Gründe, darunter auch *„geringe Symptomschwere“*. Sie würden nicht von ihrer depressiven Erkrankung erzählen, wenn sie diese als nicht einschränkend erleben und daher als nicht relevante Information für andere bewerten würden: „I: Das heißt, es eher umschreiben? A: Ja, beziehungsweise den psychischen Part da eigentlich komplett rauslassen. Und als wirklich nur auf die körperliche Erkrankung einzugehen, weil der hat eigentlich am meisten Einfluss auf mein Berufsleben.“ (7, Pos. 279-290).

Zwei Befragte würden die Erkrankung aus *„Rücksicht“* auf ihr Umfeld geheim halten. Sie gaben an, andere nicht belasten zu wollen oder dass diese sich Sorgen um sie machen. Beide Befragten hätten Geheimhaltung infolgedessen als belastend erlebt.

Mit der Kategorie *„stigmatisierungs- und bewertungsbezogene Ängste*“ wurden Aussagen zu Angst vor Stigmatisierung oder Bewertung erfasst. Selbststigmatisierung kann zwar Angst vor Scham auslösen, wurde jedoch unter „negative Überzeugungen“ codiert. Sieben Befragte würden Vorwürfe, Druck, Abwertung, Mobbing, Ausgrenzung und Jobabsagen/-verlust befürchteten. Drei von ihnen hätten bereits Mobbing, Vorwürfe und Druck erlebt, die prägend gewesen seien: „I: Was gab es da für Sie für Gründe, die Depression geheim zu halten? A: Scham (...) Angst vor Unverständnis und Ausgrenzung.“ (8, Pos. 42-43).

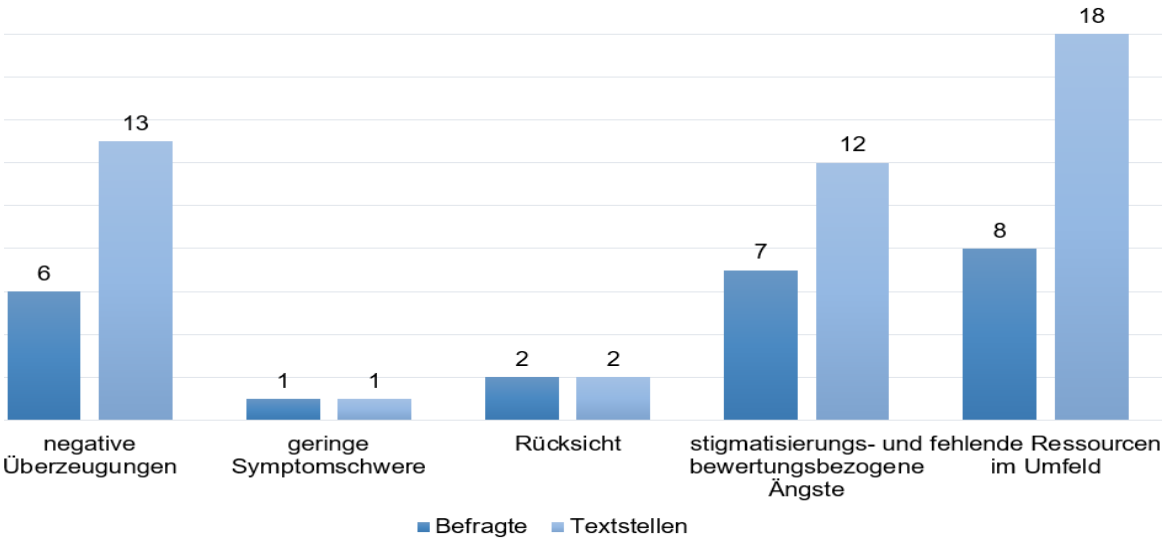
„A: Um meinen Job nicht zu verlieren. Blicke oder, weiß ich nicht, dass die dann denken, die müssen anders mit mir umgehen?“ (10, Pos. 65-66).

Außerdem beschrieben die Befragten *„fehlende Ressourcen im Umfeld“* als Hindernisse für die Offenlegung, z. B. fehlendes Verständnis, Interesse und Vertrauen, mangelnde Unterstützung etc. Der Großteil (8/10) habe erwartet, dass solche Ressourcen fehlen. Auch die Überforderung des Umfeldes wurde als Barriere wahrgenommen: „I: Was hätten Sie denn gebraucht, um sich da besser öffnen zu können, diesen Menschen? A: Verständnis (...) Verständnis für mich halt einfach, dass es mir halt jetzt gerade nicht gut geht, ich dafür nichts kann, dass es jetzt gerade so ist, dass es mir gerade wirklich schlecht geht. Und das auch mal zu hinterfragen, bei sich selber dann zu hinterfragen, was man oder was, was die hätten tun können oder wie die einem hätten helfen können oder wie auch immer. Irgendwie sowas. Das hat einem wirklich gefehlt.“ (9, Pos. 30-37).

Abbildung 7 fasst die Geheimhaltungsgründe und deren Häufigkeiten zusammen. 70-80% der Befragten gaben an, ihre Erkrankung aufgrund *„fehlender Ressourcen im Umfeld“* sowie *„stigmatisierungs- und bewertungsbezogenen Ängsten“* geheim zu halten.

**Abbildung 7**

*Häufigkeiten der Geheimhaltungsgründe (eigene Darstellung)*




Des Weiteren sprachen sie über die **Konsequenzen der Geheimhaltung**. Drei Befragte äußerten *„Zufriedenheit“* mit der Geheimhaltung im Arbeitskontext, da ihre Erkrankung zu wenig relevant für den Arbeitsplatz bzw. zu intim sei und sie kein besonders gutes Vertrauensverhältnis hätten. Eine Befragte habe die Geheimhaltung am Arbeitsplatz als *„Belastung“* empfunden, da Veränderungs- und Unterstützungsmöglichkeiten vom Arbeitgeber dadurch ausgeblieben seien, sie diese rückblickend jedoch benötigt hätte. Sie verschwieg die Depression aus Scham und Angst vor Jobverlust. Im familiären und freundschaftlichen Umfeld hätten zwei Befragte die Geheimhaltung als belastend empfunden, weil sie sich mit diesen eigentlich nahe gefühlt und das Bedürfnis gehabt hätten, über ihre Erkrankung zu sprechen: „Aber was wirklich mit mir los war, das kann ich dann meinen Eltern nicht zeigen und sagen. Das war aber dann noch ein bisschen mit belastend dazu, das zu verbergen, dadurch, dass man nun so nahe beieinander wohnt und sich täglich über den Weg läuft.“ (2, Pos. 254-257).

**Offenlegungsgründe:** Sechs Befragte berichteten, dass sie ihre Erkrankung teilweise unfreiwillig offenlegen mussten oder sich erklären wollten, da ihr Umfeld bemerkt habe, dass sie sich verändert hätten. Die Kategorie *„sichtbare Symptome“* umfasst Symptome auf emotionaler, kognitiver, körperlicher und verhaltensbezogener Ebene (vgl. Kapitel 2.1.1). Die Befragten beschrieben Rückzugsverhalten, Verlust von Freude, Interesse und Antrieb, Erschöpfung, Gedächtnisproblemen, Gefühl von innerer Leere bis hin zu vielen Emotionen, Gefühlen von Wertlosigkeit, Grübeln, Anspannung, Reizbarkeit etc. Einige umschrieben es als Zusammenbruch, extremen Zustand, ausgebrannt sein. Beispielsweise wurde gesagt: „Na, es war ja sehr offensichtlich, dass es mir schlecht ging. Ich sah auch dementsprechend aus, dass man das nicht verheimlichen konnte.“ (1, Pos. 17-18).

„Weil ich daraufhin angesprochen wurde, die, also es waren ja vorwiegend Freunde, haben ja gemerkt, dass es mir nicht gut geht oder haben mir das angesehen, weil ich konnte es nicht verbergen und ja, dann habe ich es halt mehr oder weniger erklärt, was mit mir ist, ja.“ (2, Pos. 32-37).

Auch *„beziehungsfördernde Ressourcen“* hätten den Großteil (7/10) zur Offenlegung bewegt. Diese Kategorie umfasst hilfreiche Ressourcen, mit denen es den Befragten leichter gefallen sei, über ihre Erkrankung zu sprechen und ggf. ihre Gründe der Geheimhaltung zu überwinden. Sieben Befragte berichteten von Interesse, Verständnis und Empathie des Gegenübers, ein gutes Vertrauensverhältnis sowie weitere Betroffene mit Depression im Umfeld. So wurde beispielsweise gesagt: „[…] bei meinen Freunden war es einfacher, weil die das halt schon kannten durch eigene Erfahrungen, beziehungsweise dasselbe Angehörige haben, die das halt haben eine Depression.“ (9, Pos. 12-14).

„Habe ich das halt gesagt, weil ich ein gutes Verhältnis zu meinen drei Kindern habe und es eigentlich unter uns vier, sage ich jetzt mal, wirklich so ist, dass wir wirklich die Karten auf den Tisch legen. Und ich habe da keinen Grund gesehen, das zu verheimlichen. Klar hätte ich auch damit rechnen müssen, dass sie vielleicht negativ drauf reagieren oder so, aber damit hätte ich dann eben auch irgendwie klarkommen müssen.“ (4, Pos. 100-105).

Fast alle Befragten (9/10) haben *„persönliche Absichten und Werte“* verwirklichen wollen. Darunter wurden Ziele, welche eigensinnig sind, definiert. Diese sind abzugrenzen von Engagement, womit Betroffene auch stellvertretend für Andere/altruistisch handeln. Sechs Befragte haben ihre persönlichen Werte Ehrlichkeit und Authentizität vertreten wollen. Weitere sechs Befragte hätten Hilfe, Verständnis oder Austausch beabsichtigt. Eine Befragte habe Angst, verlassen zu werden und sich ihrem Partner verpflichtet gefühlt, Symptome zu erklären: „Wenn der nicht weiß, was mit mir los ist. Dass ich das mit Absicht mache oder mich so verändert hätte. Also, warum ich mich so verändert hätte, war für mich wichtig. Damit ich vielleicht nicht verlassen werde.“ (10, Pos. 124-127).

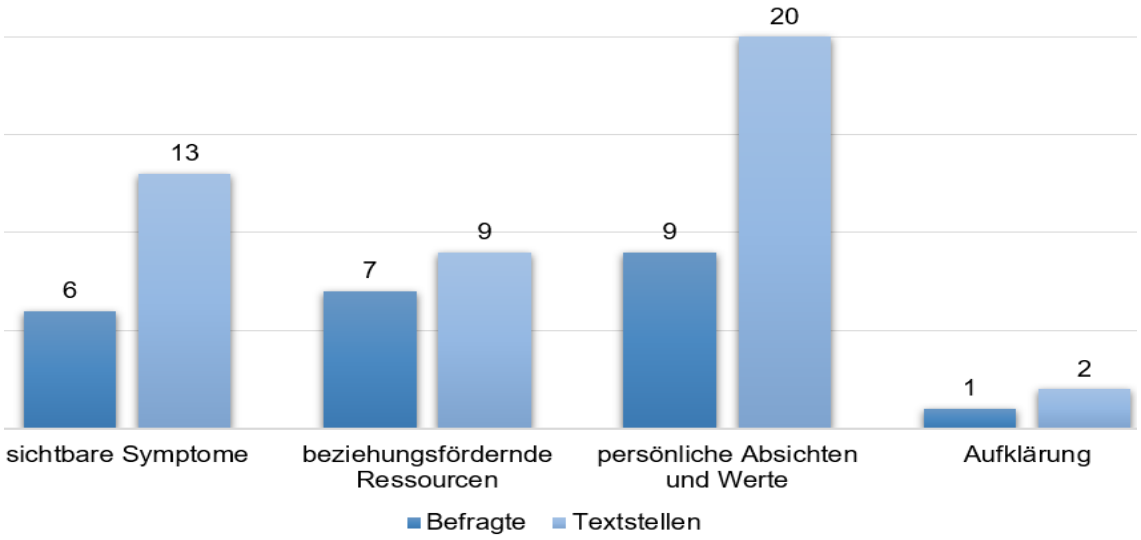
Eine Befragte schilderte eine proaktive Strategie für Bewerbungsgespräche, um die Haltung und Unterstützung des potenziellen Arbeitgebers gegenüber psychischen Erkrankungen zu erfahren: „Und habe mir auch schon so ein paar Fragen für den Arbeitgeber zurechtgelegt. Zum Beispiel, was machen Sie für die psychische Gesundheit Ihrer Mitarbeiter? Und wenn die dann schon bei der Frage stutzig sind, weiß ich, das ist kein Arbeitgeber für mich. […] Im besten Fall haben sie sogar schon Strategien zurechtgelegt für ihre Mitarbeiter, wenn es so weit ist.“ (3, Pos. 439-447).

Eine Befragte legte ihre Erkrankung offen, um *„Aufklärung“ über die Erkrankung* zu leisten. Dies meint Bemühungen, die Erkrankung Außenstehenden verständlich zu machen, stellvertretend für andere Betroffene zu sprechen oder Stigmatisierung zu reduzieren. Dies sei für sie zugleich eine Strategie im Umgang mit Stigmatisierung und habe den Entscheidungsprozess zur Offenlegung beeinflusst.

Abbildung 8 führt alle genannten Offenlegungsgründe und deren Häufigkeiten auf. Demnach sprachen 90% der Befragten aufgrund *„persönlicher Absichten und Werte“* über ihre Erkrankung. Bei 70% waren *„beziehungsfördernde Ressourcen“* wie Vertrauen und Verständnis entscheidend.

**Abbildung 8**

*Häufigkeiten der Offenlegungsgründe (eigene Darstellung)*




Die **Dimensionen der Offenlegung** weisen auf eine äußerst individuelle und selektive Offenlegung hin. Dem *„näheren Umfeld“* (Partner, Familie, Freunde) hätten alle Befragten ihre Erkrankung offengelegt, um Unterstützung und Verständnis zu erlangen sowie persönliche Werte zu vertreten. Zeitpunkt und Umfang seien abhängig vom Gegenüber, z. B. im Freundeskreis erst nach der Behandlung darüber zu sprechen, je nach Interesse des Gegenübers das Thema zu vertiefen, den Begriff Burnout statt die Diagnose Depression gegenüber Familie und zum Teil gegenüber Freunden zu verwenden. Der Begriff Burnout sei besser für das Umfeld und die Befragten zu verstehen. Eine Befragte habe sich wie ausgebrannt und erschöpft gefühlt, daher den Begriff Burnout als passender empfunden.

Gegenüber dem *„weiteren Umfeld und Fremden“* (Bekanntenkreis, Nachbarn, Arbeitgeber) sprachen sechs Befragte über ihre Erkrankung, um ihren Rückzug und Einschränkungen zu begründen sowie um Unterstützung zu erlangen. Einige legten die Erkrankung unfreiwillig offen, da manche Arbeitgeber über den Stempel auf der Liegebescheinigung vom Klinikaufenthalt von den Gründen erfuhren oder der damalige Partner die Erkrankung in der Nachbarschaft ohne Einverständnis herumerzählte. Einige, bei denen Scham über die Erkrankung erkennbar war oder geäußert wurde, sprachen sowohl im näheren als auch im weiteren Umfeld von Bedürfnissen statt der Diagnose. So äußere sich eine Befragte im

Vorstellungsgespräch: „[…] Aber nie, ich sage nie Psyche. Ich sage schon jetzt stressbedingt. Stress macht ja auch viel, wo ich dann sage, also wenn ich jetzt zum Beispiel als Sekretärin, wenn ich mal ein wichtiges Telefonat habe mit einem Ministerium für Schule, dann brauche ich einen ruhigen Raum. Dann kann ich nicht Publikumsverkehr erfahren. So sage ich jetzt mal.“ (10, Pos. 102-106).
Das Gesundheitssystem wurde nicht zugeordnet, da alle Befragten in Behandlung waren und dort die Depression diagnostiziert wurde.

Des Weiteren wurden auch **Konsequenzen der Offenlegung** berichtet: Alle Befragten sprachen sowohl von *„positiven Erfahrungen“* (z. B. Verständnis, Unterstützung, Trost und Zuspruch in allen Lebensbereichen, Erleichterung über gelungene Offenlegung und Austausch mit anderen Betroffenen) als auch von *„negativen Erfahrungen“* (z. B. fehlendem Verständnis und Interesse, Bagatellisierung der Erkrankung, Misstrauen, Vorurteile, Vorwürfe, Abwertung und Distanzierung in allen Lebensbereichen). Insgesamt zeichnete sich ein Bild gemischter Reaktionen: Einzelne Personen im Umfeld hätten unterstützend reagiert, andere ablehnend. Zudem hätten sich manche Angehörigen ambivalent verhalten: Verständnis, aber keine Unterstützung geleistet; helfen wollen, aber überfordert gewesen; Akzeptanz, aber fehlendes Verständnis und Kenntnisse gehabt: „Bei meinem Ex-Partner war das dann mehr so ein / es war zwar schon ein Akzeptieren, dass da was ist, aber so richtig verstanden wurde es nicht.“ (3, Pos. 15-16).
Diese Ambivalenzen spiegelten sich auch im Arbeitskontext wider, wo Verständnis und belastende Konsequenzen wie eine Kündigung parallel aufgetreten seien. Die Kündigung habe der Befragten zugleich geholfen, mit der belastenden Arbeit abzuschließen und sich auf sich zu fokussieren.

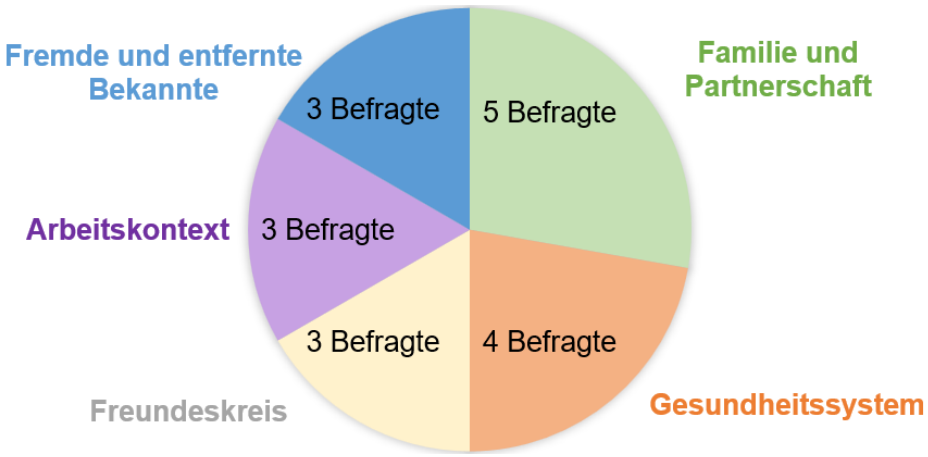
### 6.2 Ergebnisse zu Herausforderungen

Der zweite Themenbereich widmete sich der Frage: Wie erleben und beschreiben Erwachsene mit Depression die Stigmatisierung ihrer psychischen Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen? Dafür wurden Stigmatisierungserfahrungen sowie damit verbundene emotionale, kognitive und soziale Herausforderungen codiert:

**Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen:** Insgesamt hätten neun Befragte Stigmatisierung erlebt. Einige Schilderungen waren eindeutig, andere deuteten auf wahrgenommene Stigmatisierung oder Selbststigmatisierung hin. Dennoch wurde das subjektive Erleben gemäß der qualitativen Forschung erfasst. Abbildung 9 verdeutlicht, dass Stigmatisierung immer noch erlebt wird und dass alle Lebensbereiche betroffen sind.

**Abbildung 9**

*Anzahl der Befragten von Stigmatisierung nach Lebensbereichen (eigene Darstellung)*




Die Befragten sprachen über verschiedene Formen von Stigmatisierung, z. B. Unverständnis, mangelnder Unterstützung, Bagatellisierung, Schuldvorwürfen, Vorurteilen, Misstrauen, Herabwürdigung und Distanzierung. Die Hälfte der Befragten habe Stigmatisierung in *„Familie und Partnerschaft“* erlebt. Drei von ihnen hätten insbesondere fehlendes Verständnis, mangelnde Unterstützung und Abwertung von Mutter und Partner erfahren. So wurde beispielsweise gesagt: „Oder halt, mein Ex-Lebensgefährte, der hat dann halt auch gesagt: du hast doch total eine andere Waffel, du bist doch total bescheuert.“ (9, Pos. 156-158).

„Vom Partner. Also es wurde dann halt nicht nur, also es war nicht nur fehlendes Interesse, sondern es wurde dann auch so ein bisschen abgewertet. Naja, das klingt so nach Kinderkram.“ (3, Pos. 242-244).

Drei Befragte seien vom *„Freundeskreis*“ stigmatisiert worden: „Im Freundeskreis war es so, manche hatten Verständnis bis zum gewissen Punkt und manche gar

nicht. Weil die hatten eben das so verstanden, dass ich eben geistig nicht mehr auf der Höhe bin. Dass ich nicht mehr klar denke, dass ich nicht mehr selber entscheiden kann. Also dass man eben, die haben Depressionen so verstanden, als wenn man jetzt eine geistige Erkrankung hat. Also gestört ist, total gestört ist. Und haben sich dann eben auch zurückgezogen. Ja, du kannst das ja eh nicht mehr und "bibbibb". Ja, das war eben nicht so schön.“ (4, Pos. 26-30).
Weitere drei Befragte hätten Stigmatisierung bei *„Fremden und entfernten Bekannten“* erlebt. Im Kontext eines Reha-Aufenthaltes habe jemand erlebt: „Ach, Etage 3, das sind ja die Gestörten, das sind ja die Weggeschlossenen." (4, Pos. 38). In der Nachbarschaft sei die Bemerkung gefallen: „Ich sollte auch meine Tabletten nehmen und in NAME DER REHA meinen Namen tanzen gehen.“ (6, Pos. 147).
Drei Befragte berichteten von Stigmatisierung im *„Arbeitskontext“* durch Versetzung auf eine niedrigere Position, Rückzug der Kollegen, Ausgrenzungserfahrungen, Unverständnis und Druck, trotz Krankheit zu arbeiten. Im *„Gesundheitssystem“* hätten sich vier Befragte nicht ernst genommen und nicht unterstützt gefühlt. Hingegen habe eine Befragte zunehmendes Bewusstsein und mehr Toleranz für psychische Erkrankungen in der Gesellschaft wahrgenommen, das Wissen darüber verglich sie jedoch mit einem Funken: es sei noch zu wenig.

**Emotionale Herausforderungen:** Es wurde eine Vielfalt von Emotionen benannt oder beschrieben, welche in zwei Kategorien unterschieden wurden. *„Nach innen gerichtete Emotionen“* sind jene, die Befragte gegenüber sich selbst empfinden, gegen sich richten und oft nicht nach außen sichtbar sind, z. B. Traurigkeit, Einsamkeit, Angst. Neun Befragte sprachen über diese Emotionen: „Traurigkeit. Dieses, ja, ausgeschlossen sein, ne? Also dieses Gefühl von Ausgrenzung, traurig, wütend. Wenn mir manche vielleicht auch wichtig waren, die es nicht so ganz verstehen, auch so ein bisschen Enttäuschung. Ja, also das, ja, also in dieser Palette.“ (5, Pos. 276-279). Zudem äußerte eine Befragte, dass die Angst vor Fehlern und Abwertung zu Zwangshandlungen geführt habe.
*„Nach außen gerichtete Emotionen“* sind jene, welche die Befragten gegenüber einer Person empfanden oder nach außen sichtbar wurden. Die Hälfte der

Befragten (5/10) sprachen über Wut oder Enttäuschung in Bezug zueinander. Die Vielfalt und Komplexität der emotionalen Reaktion auf Stigmatisierung spiegelte sich in ihren Worten wider (Abb. 10):

**Abbildung 10**

*Wortwolke zu emotionalen Herausforderungen (eigene Darstellung)*




**Kognitive Herausforderungen:** Es konnten vier Subkategorien unterschieden werden. Die Hälfte der Befragten sprach über *„Selbstzweifel und Selbstvorwürfe“*: „Wahrscheinlich hab ich das verdient. Keine Ahnung. Vielleicht muss das so sein. Vielleicht bin ich ja wirklich verrückt. (lacht)“ (9, Pos. 208-209). Dies habe dazu geführt, dass sich die Befragte zunächst keine Hilfe suchte: „Ich hab das dann einfach hingenommen, wie es ist. Ich hab's mir dann auch vielleicht ein Stück weit selber eingeredet und hab mir dann erst ein gutes halbes Jahr später, wo es dann gar nicht mehr ging und dann erst Hilfe gesucht.“ (9, Pos. 221-223).

Einige Befragte beschrieben bereits eine *„negative Erwartungshaltung“,* die durch Stigmatisierung bestätigt wurde. Das nahm ihnen die Zuversicht, weiter zu vertrauen.

Eine Befragte habe den Gedanken gehabt, sich das nicht gefallen zu lassen und zu wehren. Dies wurde unter „*Widerstand“* codiert.

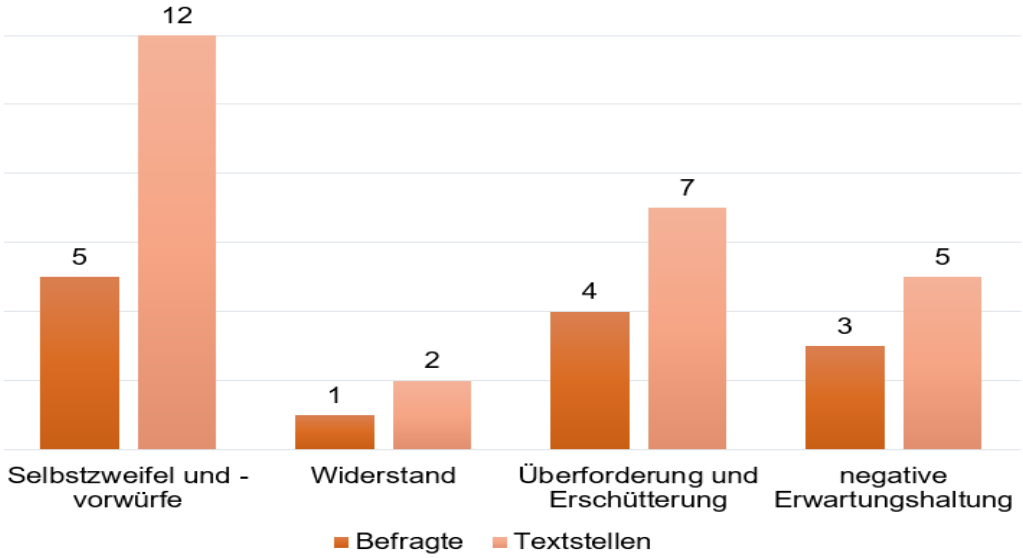
Weiterhin äußerten vier Befragte, fassungslos zu sein und dass sie in der Situation auf Anhieb keinen Gedanken fassen konnten. Eine Befragte habe damals im ersten Moment suizidale Gedanken gehabt. Dies wurde unter *„Überforderung und Erschütterung“* codiert: „I: Was ging Ihnen da durch den Kopf? A: Eigentlich,

das kann man schlecht in Worte fassen, eben die Traurigkeit, fassungslos auch so ein bisschen da drüber.“ (4, Pos. 239-241).

Abbildung 11 stellt die genannten Herausforderungen dar. *„Selbstzweifel und -vorwürfe“* waren die häufigste kognitive Herausforderung (50% der Befragten).

**Abbildung 11**

*Häufigkeiten der kognitiven Herausforderungen (eigene Darstellung)*




**Soziale Herausforderungen:** Die meisten Textstellen aller Herausforderungen konnten den sozialen Herausforderungen zugewiesen werden (100). Die Subkategorie *„Beschädigung der sozialen Identität“* beschreibt gesellschaftliche Vorurteile über Menschen mit Depression, welche den Befragten bekannt gewesen seien oder sie wahrgenommen hätten. Alle Befragten waren ähnliche Vorurteile bekannt, z. B. verrückt, faul, nicht leistungsfähig, dumm, gefährlich, Lügner, durchgehend traurig und suizidal: „Und dass man eben so hingestellt wurde, dass man eben zu nichts mehr fähig ist und nichts mehr auf der Reihe kriegt und nichts mehr kann. Das war eigentlich so wirklich das Schlimmste.“ (4, Pos. 272-274).

Sie nahmen Stellung zu den Vorurteilen: Vier von ihnen betonten, dass Faulheit und extreme Erschöpfung häufig verwechselt werden. Nicht alle seien suizidal oder permanent traurig. Acht Befragte hätten dies selbst zu Beginn verwechselt, sich Schuld vorgeworfen, Selbstzweifel gehabt und geschämt (Selbststigma-tisierung): „Es gab Phasen, in denen ich mir nicht sicher war. Und da habe ich auch mit meiner Ärztin darüber gesprochen. Ist das jetzt ein Symptom, gerade

dieses sich nicht aufraffen können und dieses Trägesein und diese Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit. Ist das jetzt eine Form von Faulheit oder ist das ein Zeichen der Erkrankung? Und da war ich mir manchmal selber nicht sicher, was es jetzt wirklich ist.“ (2, Pos. 85-90). Mit professioneller Hilfe habe sich ihre Ansicht dazu geändert.

Die Vorurteile überschnitten sich teilweise mit *„Kritik und fehlender Unterstützung“* als weitere soziale Herausforderung. Der Großteil der Befragten sprachen über Kritik in Form von Schuldvorwürfen, Bagatellisierung und Abwertung: „Ja, so, wird ja auch manchmal gesagt, man soll sich nicht so haben, sich nicht so gehen lassen, sich zusammenreisen.“ (2, Pos. 77-78).

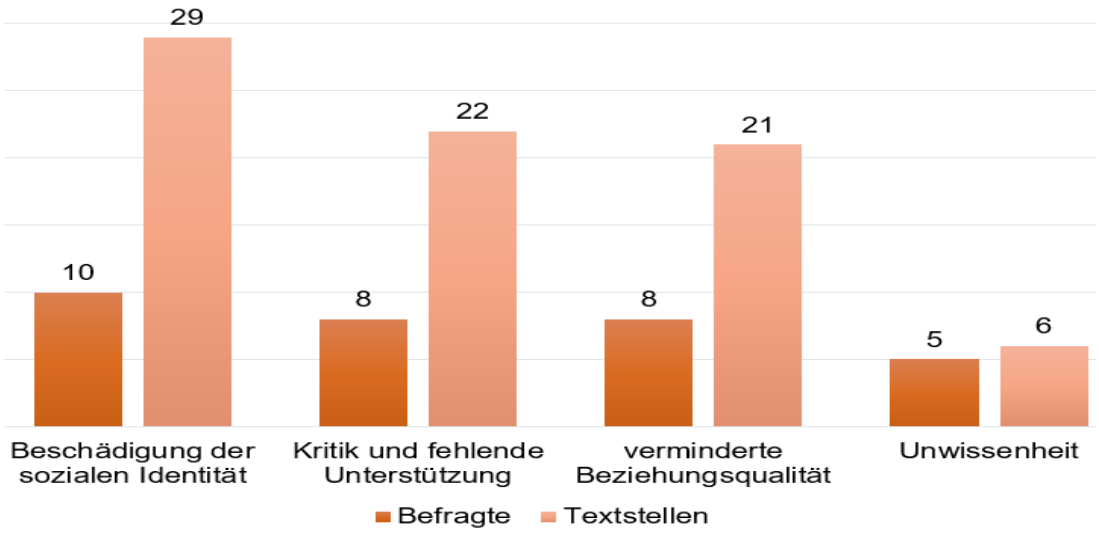
Des Weiteren sprachen sie über *„verminderte Beziehungsqualität“.* Dies beschreibt eine Verschlechterung oder Belastung ihrer sozialen Kontakte, z. B. Distanzierung, Unsicherheit in sozialen Interaktionen oder Scham von Angehörigen. Geheimhaltung und Rückzug waren Folgen. Wie bereits unter *„Familie und Partnerschaft“* erwähnt, fehlte auffällig oft das Verständnis von Müttern und Partnern. Die Befragten beschrieben daher auch oft ein schlechteres Verhältnis, Trennungen und Kontaktabbrüchen zu Mutter und/oder Partner.

Außerdem empfanden fünf Befragte die *„Unwissenheit“* in der Bevölkerung als soziale Herausforderung, da ihr Gegenüber überfordert reagiert habe und die meisten selbst Schwierigkeiten gehabt hätten, die Erkrankung zu erkennen und zu akzeptieren. Deshalb sei es schwierig gewesen, dem Umfeld die Erkrankung zu erklären. So wurde beschrieben: „I: Welche Aspekte der Stigmatisierung empfanden Sie im Verlauf der Erkrankung als besonders belastend? A: […] als betroffene Person musste man sich erstmal so tief in die Materie reinlesen, dass man selber erstmal weiß, was mit einem da nicht ganz klar läuft. Und ich meine, man hatte so ein grundlegendes Verständnis, wenn man sich einen Knochenbruch bricht oder irgendwas, wusste man, was passiert und man wusste, wie es geheilt werden kann. Aber bei psychischen Krankheiten war halt so ein Nullwissen da. Also nicht nur bei mir, sondern halt auch bei meinem Umfeld. Und sich selber darüber zu belesen und dann auch noch das Umfeld darüber zu belehren, das war sehr anstrengend.“ (3, Pos. 284-297). Sie wünschten sich mehr Aufklärung von Arbeitgebern und via Social Media.

In Abbildung 12 ist erkennbar, dass mind. 80% der Befragten drei soziale Herausforderungen zugleich erlebten. Hingegen erlebten mind. 30 % drei kognitive Herausforderungen gleichzeitig.

**Abbildung 12**

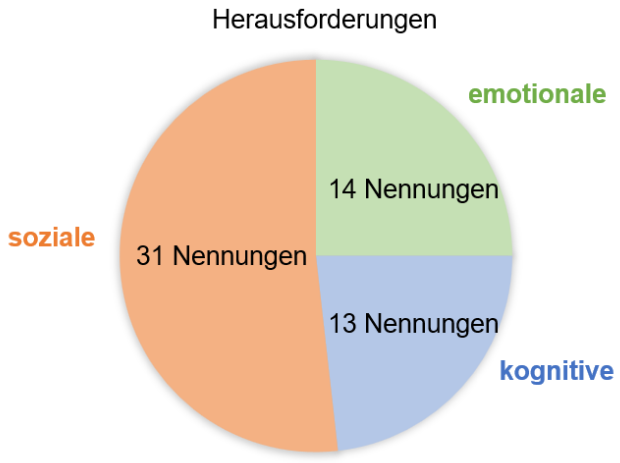
*Häufigkeiten der sozialen Herausforderungen (eigene Darstellung)*




Beim Vergleich aller drei Hauptkategorien der Herausforderungen in Abbildung 13 wurden die sozialen Herausforderungen am häufigsten genannt. Die Anzahl der Nennungen entspricht der Summe der Anzahl der Befragten pro Subkategorie, d. h. jede Herausforderung wurde pro Befragte nur einmal gezählt.

**Abbildung 13**

*Gesamtverhältnis der Ergebnisse zu Herausforderungen (eigene Darstellung)*



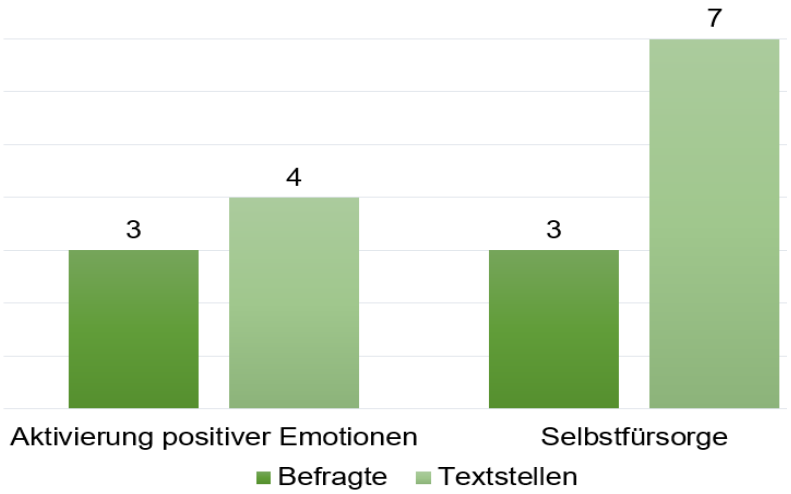
### 6.3 Ergebnisse zu Strategien

Der letzte Themenabschnitt erfragte hilfreiche Stigma-Management-Strategien. Auch hier wurden die emotionale, kognitive und soziale Ebene differenziert.

**Emotionale Strategien:** Drei Befragte sprachen über die *„Aktivierung positiver Emotionen“*. Sie haben angenehme Emotionen wie Stolz und Dankbarkeit aktivieren können, um auf ihr Wohlbefinden einzuwirken, die Gewichtung der Erkrankung und des Stigmas zu verändern. Selbstbewusstsein wurde hier als Ressource aktiviert: „Und auch die zwei Reha-Aufenthalte haben mich da sehr bestärkt und ich bin eigentlich wirklich froh, dass ich jetzt überhaupt so hier sitze ohne Medikamente, dass ich jetzt wieder so bin, wie ich jetzt im Moment bin. Und ich bin darüber so glücklich. Muss ich echt sagen. Also als faul habe ich mich da gar nicht gesehen, weil ich an mir gearbeitet habe.“ (4, Pos. 199-203).
Drei Befragten helfe *„Selbstfürsorge“*, z. B. Bewegung, Musik, Hobbies oder auch einen Rückzugs- und Wohlfühlort aufsuchen.
Abbildung 14 stellt die Häufigkeiten der emotionalen Strategien gegenüber.

**Abbildung 14**

*Häufigkeiten der emotionalen Strategien (eigene Darstellung)*




**Kognitive Strategien:** Fast alle Befragten (9/10) wendeten *„Neubewertung“* als Strategie an. Darunter wurden veränderte Bewertungen und Einstellungen zusammengefasst, die Stigmatisierungserfahrungen eine neue Bedeutung gege-

ben und dadurch entkräftigt haben. Es wurden drei Unterformen der Neubewertung identifiziert: *1) „Akzeptanz und Abgrenzung“:* Acht Befragte gaben an, dass ihnen geholfen habe, die Erkrankung, Situation und/oder stigmatisierende Person zu akzeptieren und sich innerlich davon zu distanzieren: „Ich muss mich nicht mit Sachen beschäftigen, die mich eigentlich runterziehen würden, an dem Punkt, wo ich vielleicht einen schönen Tag haben könnte. Also ich lasse es dann, ja, lasse die Menschen ihr, weil dann ist es denen ihr Thema, Entschuldigung, nicht meins.“ (5, Pos. 452-455).

„[…] okay, gut der Mensch will es nicht begreifen. Der hat dazu eine negative Einstellung den werde ich darauf nicht ändern.“ (7, Pos. 212-214).

*2) „Perspektivwechsel“:* Sechs Befragte hätten die Perspektive ihres Gegenübers übernehmen und reflektieren können, wie und weshalb dieser Vorurteile hat: „Also bei seinem Opa ist es mir einfacher gefallen, zu sagen, es liegt am Alter. […] Weil das eine ganz andere Generation war, die haben das halt totgeschwiegen, da wurde nicht drüber geredet. Da konnte ich noch so ein bisschen verstehen, dass da nicht so das Wissen oder die Empathie da war.“ (3, Pos. 393-397).

*3) „günstige Vergleiche“:* Die wenigsten Befragten verglichen sich positiv mit anderen (4/10). Sie erkannten, dass jeder erkranken kann, sie nicht dafür verantwortlich sind und würdigten ihre eigenen Erfolge: „Naja, dass ich dann eben manchmal eben denke "hoffentlich erwischt es euch nicht mal" so in der Art, das hilft mir so ein bisschen.“ (4, Pos. 308).

„Erst mal nachmachen, was ich geschafft habe.“ (10, Pos. 353). Das habe ihnen geholfen, sich innerlich von Stigmatisierung abzugrenzen. Sechs Befragte gelangten zu diesen Formen der Neubewertung durch Psychoedukation, meist im Kontext einer Psychotherapie.

Weitere kognitive Strategien waren *„Zielorientierung“*, *„positive Selbstinstruktionen“ und „Ignorieren“:* Drei Befragte fokussierten sich auf ihre Ziele, um sich von Stigmatisierung abzugrenzen. Vier Befragte fanden aufmunternde Worte, um Mut, Optimismus, Stolz und Entspannung in sich zu fördern, z. B.: „[…] Und habe eben versucht, dann innerlich mich irgendwie zu trösten und eben zu sagen, das wird schon wieder, findest eben vielleicht andere Freunde oder Bekannte und

wenn nicht, dann musste ich das eben auch irgendwie hinkriegen.“ (4, Pos. 244-247).

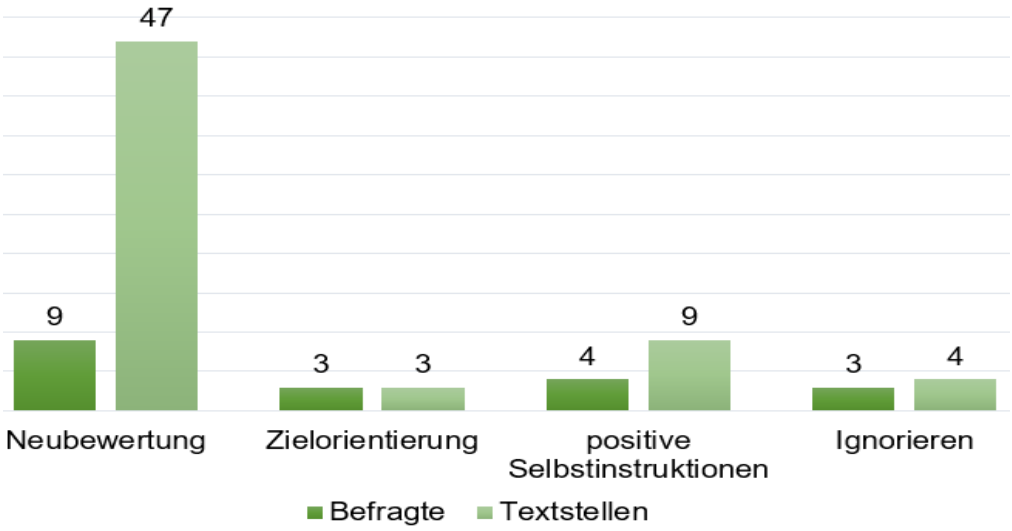
„Dann ist aber dieses innere Männlein, das dann sagt: hey, weißt du, lass es. Dass es dann trotzdem und dann durchatmen, also ich habe dann mein "Ohm" und wirklich runterfahren.“ (5, Pos. 403-405).

Drei Befragte beschlossen, nicht auf Äußerungen zu reagieren und die Person zu ignorieren.

Abbildung 15 stellt die Möglichkeiten und Häufigkeiten der kognitiven Strategien gegenüber. Die verschiedenen Formen der Neubewertung wurden am häufigsten verwendet.

**Abbildung 15**

*Häufigkeiten der kognitiven Strategien (eigene Darstellung)*




**Soziale Strategien:** Alle hätten insbesondere von *„Unterstützung und Gesprächen“* profitiert. Durch Familie, Freunde und Psychotherapien hätten sie Rat, eine andere Perspektive, Verständnis, Unterstützungsangebote, Trost und emotionalen Zuspruch erhalten. In Psychotherapien habe das Reflektieren und Einordnen von Situationen, Gedanken und Emotionen geholfen. Sie schätzten vor allem eine bewertungsfreie, zugewandte und neugierige Haltung des Gegenübers. Auch gemeinsame Aktivitäten und Zuwendung zum Haustier würden aufmunternd und entlastend wirken.

Weiterhin gaben sechs Befragte an, sich zuerst zu bemühen, die Erkrankung zu erklären und für sich einzusetzen *(„Aufklärungsarbeit und Widersprechen“).* Dies würden sie wie folgt formulieren: „Bei dem Opa habe ich schon versucht, so ein bisschen Aufklärung zu leisten, […] zu sagen, dass es halt nicht einfach nur so ein bisschen traurig sein ist, sondern dass es halt tiefer greift und auch nicht wirklich nur damit geheilt werden kann, dass man einfach mal öfter rausgeht.“ (3, Pos. 267-270).

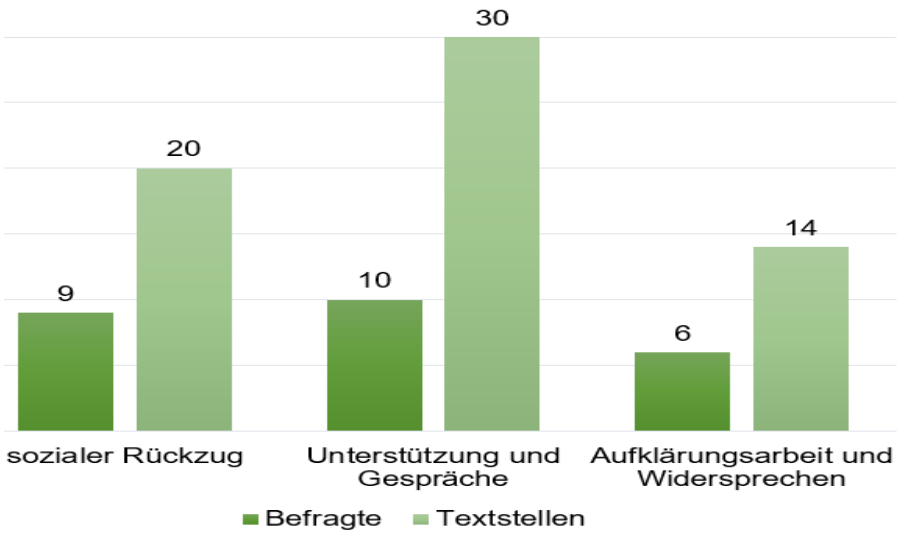
Wenn Aufklärung und Widersprechen das Gegenüber nicht erreichten, wählten sie Distanz und Rückzug. Die meisten Befragten (9/10) könnten sich innerlich distanzieren, indem sie tatsächlich Abstand nahmen, z. B. durch Kontaktabbruch, Vermeidung des Themas Depression/Krankheit, Themenwechsel, Geheimhaltung oder Rückzug. Dies wurde unter *„sozialer Rückzug“* codiert: „[…] Und wenn jemand das nicht versteht, wird er aussortiert.“ (6, Pos. 29).

„Mit den anderen, weiß ich nicht, versuche ich eher zu vermeiden. Also ich sage dann zwar, dass es mir schlecht geht, aber ich tue dann nicht da in die Tiefe gehen, weil einfach das Verständnis fehlt“ (8, Pos. 181).

Abbildung 16 bildet die verschiedenen sozialen Strategien und ihre Häufigkeiten ab. Mindestens 90% wählten *„Unterstützung und Gespräche“* sowie *„sozialen Rückzug“.*

**Abbildung 16**

*Häufigkeiten der sozialen Strategien (eigene Darstellung)*



Beim Vergleich der Strategien wurden die sozialen Strategien am meisten genannt (Abb. 17). Jede Strategie wurde pro Befragte nur einmal gezählt. Eine Befragte beschrieb überwiegend dysfunktionale emotionale, kognitive und soziale Strategien, z. B. Hoffnungslosigkeit, Selbstverletzung, Selbstabwertung und Geheimhaltung.

**Abbildung 17**

*Gesamtverhältnis der Ergebnisse zu Strategien (eigene Darstellung)*



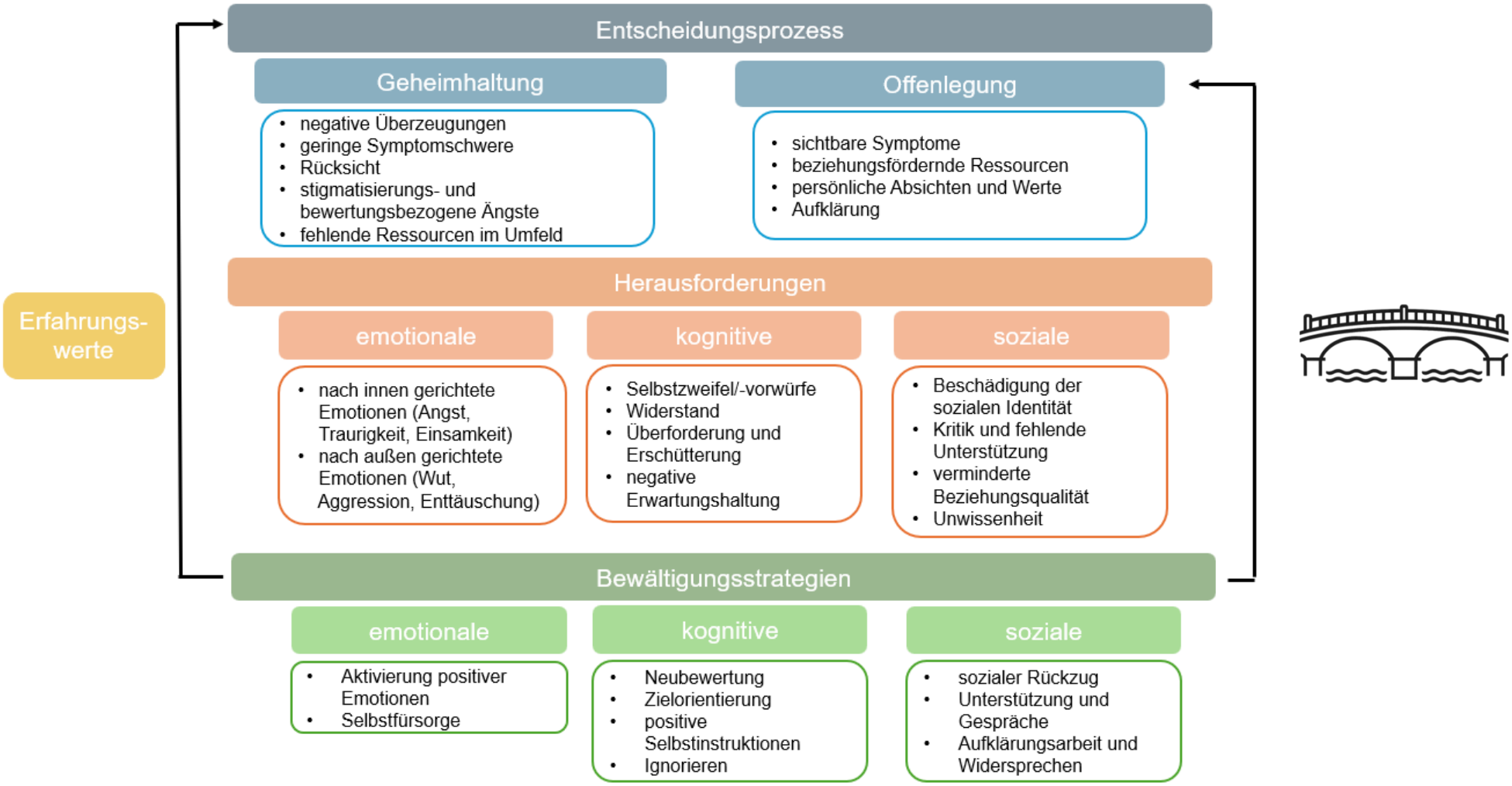

Ein Gruppenvergleich nach Symptomschwere des BDI-II ergab in keiner der Haupt- und Subkategorien relevanten Auffälligkeiten.

### 6.4 Gesamtmodell

Die Ergebnisse der Haupt- und Subkategorien lassen sich in einem Gesamtmodell in Beziehung zueinander setzen (Abb.18). Meist gingen Geheimhaltungsgründe mit Herausforderungen einher sowie Offenlegung mit Stigma-Management-Strategien. Wiederum ermöglichen alle Strategien neue Erfahrungswerte, die sich auf den Entscheidungsprozess über Offenlegung oder Geheimhaltung auswirken. Passende Strategien fungieren als Brücke zur Überwindung der Herausforderungen und führen zu Offenlegung.

**Abbildung 18**

*Gesamtmodell der Ergebnisse (eigene Darstellung)*



# 7. Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den erhobenen Haupt- und Subkategorien mit der Studienlage verglichen, neue Erkenntnisse herausgearbeitet und hinsichtlich der Forschungsfrage interpretiert. Anschließend werden praktische und wissenschaftliche Implikationen und Limitationen der durchgeführten Forschung abgeleitet.

## 7.1 Interpretation

**1. Hauptfrage:** Aus welchen Gründen entscheiden sich Erwachsene mit Depression, ihre Erkrankung geheim zu halten?

- Welche Argumente sprechen für und gegen eine Offenlegung?

Die Befragten sprachen über folgende Offenlegungsgründe: sichtbare Symptome, beziehungsfördernde Ressourcen, Aufklärung, persönliche Absichten und Werte. Fehlende Offenlegungsbereitschaft resultierte aus: negativen Überzeugungen, geringer Symptomschwere, Rücksicht, stigmatisierungs- und bewertungsbezogenen Ängsten sowie fehlende Ressourcen im Umfeld.

Die Gründe aus den Interviews stimmen mit der ersten begründeten Annahme überein und bestätigen zentrale Befunde aus der bisherigen Forschung (vgl. Kapitel 3.2). Auch wenn die Gründe für Offenlegung die Gegenstücke zu den Argumenten der Offenlegung darstellen, scheinen diese Prozesse komplex und parallel zueinander zu verlaufen, weil die Befragten mehrere Gründe für und gegen Offenlegung gegeneinander abwägten. Damit können die Annahmen von Gnainsky et al. (2025) geteilt werden. Es kann abgeleitet werden, dass die Befragten sowohl Vor- als auch Nachteile eines Argumentes erkannt haben und diese versuchen zu gewichten. Deshalb hielten einige Befragte die Depression trotz Offenlegungsgründen geheim, was die Komplexität des Entscheidungsprozesses belegt. Anhand des Kontextes und des Gesamteindrucks jedes Befragten wurde deutlich, dass Entscheidungsprozess und Dimensionen der Offenlegung nicht nur von den Argumenten, sondern auch von weiteren äußerst individuellen Faktoren abhängig sind. Dazu gehören z. B. die eigene Akzeptanz und Umgangsweise mit der Erkrankung, die Risikobereitschaft Stigmatisierung zu erfahren, Gewichtung der Argumente, bisherige Beziehungserfahrungen und

Prägungen, Stigma-Bewältigungsstrategien und insbesondere der Einschätzung von Art und Reaktion des Gegenübers. Die Gewichtung der einzelnen Argumente erfolgt daher äußerst individuell und ist nicht vorhersehbar. Konkrete Zusammenhänge, welche Strategien bei der Überwindung von welchen Geheimhaltungsgründen helfen, konnten daher nicht festgestellt werden.

Die Offenlegungsgründe Selbstvertrauen, keine wahrgenommene Stigmatisierung und positive Erfahrungen mit Offenlegung aus dem Forschungsstand wurden nicht beschrieben. Auch wenn keiner, außer Befragte 8, über Selbststigmatisierung sprach, wurde dies bei anderen in Form negativer Überzeugungen und Angst vor Stigmatisierung ersichtlich. Diese Ergebnisse belegen die Existenz gesellschaftlicher Stigmatisierung.

Da einige Befragte aus Angst selbst bei einem guten Vertrauensverhältnis nicht über ihre Erkrankung sprechen würden, scheinen negative Überzeugungen und Angst vor Stigmatisierung höher gewichtete Gründe zu sein als ein gutes Vertrauensverhältnis. Nur eine Befragte sprach über eine geringe Symptomschwere als Geheimhaltungsgrund, sodass dieses Argument insgesamt weniger relevant zu sein scheint. Diese Ergebnisse ergänzen die Studie von Brohan et al. (2012) über die Relevanz von Einschränkungen und Symptomschwere am Arbeitsplatz. Die Symptomschwere kann darüber hinaus in Familie, Partnerschaft und Freundeskreis ein Offenlegungsgrund sein. Aufgrund sichtbarer Symptome findet Offenlegung nicht nur selektiv statt, sondern auch teilweise unfreiwillig.

Offenlegung erfolgte sehr individuell, in selektivem Ausmaß und vor allem gegenüber dem nahen Umfeld (Familie, Partner, Freunden), wie auch die Studien von Pahwa et al. (2017) und Grice et al. (2018 zitiert nach Rüsch, 2021) belegten. Während sich die Befragten gegenüber Arbeitgebern wohler damit fühlten, eher Einschränkungen zu beschreiben, sprachen sie im näheren Umfeld von Depression oder Burnout, weil dies für sie und Angehörige verständlicher bzw. vorstellbarer sei.

Da sechs Befragte im Sozial- und Gesundheitswesen zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Depression tätig waren und nur eine ihre Erkrankung dem Arbeitgeber offenbarte, konnte die Studie von Brohan et al. (2012) nicht bestätigt werden, dass Offenlegung in dieser Arbeitsbranche leichter fällt. Es kann jedoch nicht

ausgeschlossen werden, dass es Betroffenen speziell in psychiatrisch-psychologischen Berufsfeldern leichter fallen könnte, sich anzuvertrauen, weil diese Berufe täglich mit psychischen Krankheitsbildern arbeiten.

- In welchen Lebensbereichen bestehen (die schwersten) Hemmnisse bezügliche der Offenlegung und wie werden diese überwunden?

Die Offenlegung fiel außerhalb des näheren Umfeldes besonders im Arbeitskontext schwer. Die Befragten empfanden dies als zu intime oder nicht relevante Information für den Arbeitgeber. Die Studienlage und erste Annahme, dass Geheimhaltung eher im Arbeitskontext erfolgt, kann damit gestützt werden (vgl. Yoshimura et al., 2018; Holzinger et al., 2003).
Weiterhin konnten die Studien von Brohan et al. (2012), Dewa et al. (2020/2021) und Clement et al. (2015) darin gestützt werden, dass Betroffene mit der Geheimhaltung im Arbeitskontext zufrieden sind, wenn Vertrauensverhältnis und Relevanz nicht gegeben waren. Als Belastung wurde Geheimhaltung dann erlebt, wenn Unterstützung ausblieb, aber hilfreich gewesen wäre. Schlussfolgernd können niedrigschwellige Unterstützungsmöglichkeiten helfen, Hemmnisse der Offenlegung zu überwinden.
Hinsichtlich der Konsequenzen der Offenlegung wurden sowohl positive, negative und ambivalent gemischte Erfahrungen beschrieben. Die Befragten sprachen über die Überforderung ihres Gegenübers, was die Studienlage um einen neuen Aspekt ergänzt. Die Befragten berichteten häufig von mangelndem, korrekten Wissen über Depression und psychische Erkrankungen. Viele mussten sich selbst belesen und informieren, um ihre Erkrankung zu verstehen. Darauf können die negativen Stigmatisierungserfahrungen und Selbststigmatisierung zurückgeführt werden. Dies erschwerte Unterstützung und Genesung. Daraus kann abgeleitet werden, dass Aufklärung und Kontakt sowie ein niedrigschwelliger Zugang zu Informationen positive Erfahrungen mit Offenlegung ermöglichen. Dies würde wiederum die Überwindung von Geheimhaltung verstärken.

**2. Hauptfrage:** Wie erleben und beschreiben Erwachsene mit Depression die Stigmatisierung ihrer psychischen Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen?

- In welchen Lebensbereichen ist Stigmatisierung besonders präsent?

Die Befragten beschrieben Stigmatisierung in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig. Dies stimmt mit der Studienlage überein (vgl. Kapitel 3.1). Die Erfahrungen der Befragten konnten daher weitgreifend erfasst werden. Auffällig war jedoch, dass Stigmatisierung in Medien und Politik nicht erwähnt worden. Vermutlich bezogen sich diese Lebensbereiche weniger auf ihren Alltag.

Ein zentrales, neues Ergebnis ist die besondere Relevanz von Stigmatisierung in Familie und Partnerschaft. Die bisherige Studienlage betonte Stigmatisierung im Arbeitskontext stark, jedoch zeigen die Interviews, dass das nähere Umfeld, v.a. Mütter und Partner ambivalent oder ablehnend reagieren. Da sich die Befragten zuerst dem nahen Umfeld (Familie, Partner und Freunde) anvertrauten, war es möglicherweise für sie besonders emotional belastend, dort Stigmatisierung zu erfahren, wo sie sich Vertrauen, Verständnis und Unterstützung erhofften. Väter und Geschwister scheinen eher eine Rolle am Rand einzunehmen, auch wenn sie positiv reagierten.

Die Äußerungen zu Stigmatisierung im Gesundheitssystem müssen differenziert betrachtet werden, da sich hier erlebte und wahrgenommene Stigmatisierung teilweise zu überlagern scheinen. Einige beschriebene Situationen waren nicht eindeutig objektiv als Stigmatisierung zu erkennen, sondern wurden subjektiv bewertet. Das ist jedoch kein Fehler der Befragten, sondern auch in bisheriger Forschung bekannt (vgl. Rüsch, 2021). Einige subjektive Erfahrungen könnten aufgrund depressionsspezifischer negativer kognitiver Verzerrung der Wahrnehmung oder biografische Beziehungserfahrungen als vorwurfsvoll bewertet worden sein. Auf diese Weise könnten Angst vor Stigmatisierung oder Selbstvorwürfe vom Selbst abgewehrt und auf das Gegenüber projiziert worden sein.

Im Arbeitskontext schienen die Befragten eher Stigmatisierung erwartet zu haben, weshalb die meisten ihre Erkrankung verheimlicht hätten. Insgesamt kann die zweite Annahme, dass Stigmatisierung besonders im Arbeitskontext präsent ist, um die zuvor genannten Lebensbereiche ergänzt werden.

- Mit welchen emotionalen, kognitiven und sozialen Herausforderungen sind Betroffene durch Stigmatisierung konfrontiert?

**Emotionale Herausforderungen:** Die Befragten kämpften mit vielen verschiedenen negativen Emotionen, wenn sie Stigmatisierung erlebten. Es wurden nach innen gerichtete Emotionen (Traurigkeit, Scham, Schuld, Einsamkeit etc.) und nach außen gerichtete Emotionen (Wut, Enttäuschung) identifiziert. Einige emotionale Herausforderungen entsprachen der Studienlage, u. a. vermindertes Selbstwertgefühl, Hoffnung, Scham, nicht ernst genommen werden, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle (vgl. Kapitel 3.3.1). Die Ergebnisse der Befragung konnten diesen vertiefen und ergänzen. Es ist erkennbar, dass überwiegend nach innen gerichtete Emotionen die Befragten belasteten. Insgesamt scheinen Emotionen überfordernd viel und komplex zu sein, sodass einige Befragte sie nicht konkret benennen konnten. Sie umschrieben es als Gefühlschaos, ein Loch oder dass sie sich wie eine Ausgestoßene fühlten.

**Kognitive Herausforderungen:** Kognitive und emotionale Herausforderungen wurden in etwa derselben Häufigkeit beschrieben. Bei einigen Befragten konnten mehrere kognitive Herausforderungen erkannt werden. Dies offenbart das Ausmaß der Folgen von Stigmatisierung. Die gefundenen Kategorien Selbstzweifel/-vorwürfe und negative Erwartungshaltung stimmen mit dem Forschungsstand überein (vgl. Kapitel 3.3.2). Vertrauen, Schuld, Gewalt und Verletzung waren in ihrer Biografie zum Teil aus den Interviews erkennbar und aus dem Hintergrundwissen übertragbar. Daher kann angenommen werden, dass negative Erwartungshaltungen aus prägenden lebensgeschichtlichen Beziehungserfahrungen entstanden sind. Damit fällt es Betroffenen besonders schwer, zuversichtlich zu sein und korrigierenden Erfahrungen zu begegnen. Dies entspricht dem Why-Try-Effekt aus der Studie von Corrigan et al. (2009).
Besonders relevant waren Überforderung und Erschütterung, welche in bisherigen Studien kaum beschrieben wurden. Einige Befragte konnten keinen klaren Gedanken der Situation zuordnen, da sie so erschüttert über die neue negative Erfahrung waren, wo sie auf Verständnis und Unterstützung gehofft haben. Eine Befragte habe sich aufgrund von (Selbst-)Stigmatisierung nicht getraut,

professionelle Hilfe aufzusuchen sowie suizidale Gedanken in der damaligen Stigmatisierungssituation gehabt. Diese können als Ausdruck von Überforderung, Suche nach einem Ausweg und Flucht aus der Situation sowie als Hilfeschrei verstanden werden. Die Ergebnisse stützen somit bisherige Belege, dass Stigmatisierung ein Risikofaktor für die Gesundheit und den Genesungsprozess ist (vgl. Yanos et al., 2020; Lasalvia et al., 2013; Clement et al. 2015).
Entgegen dem Forschungsstand wurde der Entscheidungsprozess für oder gegen Offenlegung und über die Art und Weise (Dimensionen) nicht als Herausforderung benannt, was aber anhand der Vielzahl an Argumenten und Komplexität des Entscheidungsprozesses ersichtlich wurde. Nur eine Befragte habe als Gedanken Ungerechtigkeit und Widerstand erlebt. Die Kategorie Widerstand ergänzt die Studienlage. Es ist dennoch ebenfalls davon auszugehen, dass dieser Gedanke für mehrere Befragte galt, denn alle haben zuerst aktive Bewältigungsstrategien gewählt anstatt sich sofort zurückzuziehen.

**Soziale Herausforderungen:** Die Mehrheit der Befragten (80%) erlebe drei soziale Herausforderungen gleichzeitig, sodass sie die größte Belastung bei Stigmatisierung darstellten. Sie waren als Formen und Folgen von Stigmatisierung erkennbar, z. B. Vorurteile, Kritik, fehlende Unterstützung, Beschädigung der sozialen Identität und Verschlechterung der Beziehungen. Diese Befunde stimmen mit der bestehenden Studienlage überein (vgl. Kapitel 3.3.3). Unsicherheit im sozialen Kontakt und Defizite in den sozialen Kompetenzen ließen sich hingegen nicht eindeutig identifizieren.
Viele Befragte beschrieben Ratschläge als bagatellisierend (z. B. „an die frische Luft gehen“), obwohl sie Natur und Bewegung hilfreich bei Depression empfunden hätten. Auch in der Verhaltenstherapie ist Aktivitätenaufbau Bestandteil der Therapie (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen, 2020). Dieses scheinbare Paradoxon lässt sich so interpretieren, dass Betroffene zuerst Verständnis und Vertrauen benötigen, um Ratschläge positiv zu interpretieren. Sie wünschen sich tiefgreifendere Unterstützung, die zeigt, dass Außenstehende sich genauer und ernsthaft mit der Depression auseinandergesetzt haben.

Aussagen wie „[…] ich bin auch ab und zu mal traurig, das hat jeder mal.“ (3, Pos. 177) ähneln der Kontinuum-Theorie von Gesundheit und Krankheit (vgl. Schomerus et al., 2023b). Für die Befragten wirken diese Bemerkungen häufig stigmatisierend, weil sie das Gefühl vermitteln, die Depression werde nicht ernst genommen. Möglich ist auch, dass diese auf eine frühere, unbehandelte depressive Episode hinweisen und Hilfe möglicherweise aufgrund damaliger Stigmatisierung nicht aufgesucht wurde. Die Kontinuum-Theorie scheint wenig verbreitet zu sein: „Die Aussage ist, entweder ist man gesund oder man ist bekloppt.“ (6, Pos. 92).

Unter der Subkategorie Beschädigung der sozialen Identität waren relativ einheitliche gesellschaftliche Vorurteile bekannt (z. B. faul, Lügner, traurig, unfähig). In diesem Zusammenhang beschrieben fast alle Befragten Selbststigmatisierung zu Beginn der Erkrankung, was auf verinnerlichte gesellschaftliche Stereotype hinweist. Stigmatisierung erschwert somit die Anerkennung der eigenen Erkrankung und führt zu einer falschen Wahrnehmung und Fehlinterpretation von Frühwarnsignalen. Dies bestätigt erneut, dass sie ein Risikofaktor für die verzögerte Hilfesuche und Verschlechterung der Erkrankung darstellt.

Die Textstellen überschnitten sich mit der Subkategorie Unwissenheit der Bevölkerung, aber auch mit Aussagen zu Überforderung der Angehörigen, welche die bisherige Studienlage und zweite begründete Annahme ergänzen. Psychische Erkrankungen scheinen für viele Menschen erst relevant zu werden, wenn sie oder das Umfeld betroffen sind. Erst mit professioneller Hilfe konnten die Befragten und ihre Angehörigen die Depression verstehen und Vorurteile ändern. Die Aussagen belegen, dass psychische Erkrankungen ein gesellschaftliches Randthema sind. Dies wird auch in jüngsten gesundheitspolitischen Sparmaßnahmen und langen Wartezeiten ersichtlich, die den Zugang zu Hilfen erschweren (vgl. Beitrag von Rieger/Pfalzgraf/SWR vom 25.03.2026 in der tagesschau). Dabei sind schnelle, professionelle Hilfen sowie Verständnis im privaten wie beruflichen Umfeld essentiell für die Genesung.

Die Analyse verdeutlicht und bestätigt die Studienlage, dass emotionale, kognitive und soziale Herausforderungen häufig gemeinsam auftreten und sich gegenseitig verstärken (vgl. Kapitel 3.3).

**3. Hauptfrage:** Welche emotionalen, kognitiven und sozialen Strategien und Ressourcen helfen ihnen, mit Stigmatisierung ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Worin besteht Unterstützungsbedarf?

**Emotionale Strategien:** Zwei Strategien wurden identifiziert: Selbstfürsorge sowie die Aktivierung positiver Emotionen wie Stolz und Dankbarkeit. Sie stützen den Forschungsstand (vgl. Kapitel 3.4.1). Besonders die Befragte 4 habe beide Strategien anwenden können. Sie gab im Vergleich zu anderen an, sich nicht schuldig zu fühlen, zu schämen oder anderweitig selbst zu stigmatisieren. Daher beeinflussen emotionale Strategien das Selbstwertgefühl positiv und sind ein schützender Faktor. Allerdings waren emotionale Strategien im Vergleich zu kognitiven und sozialen Strategien deutlich unterrepräsentiert.

Entgegen bisheriger Studien wurden Humor, Resignation, Hoffnungslosigkeit, Entspannung und Achtsamkeit nicht als Strategien beschrieben (vgl. ebd.). Möglicherweise waren diese je nach Stigmatisierungssituation verschieden und die Befragten berichteten nur von einem Teil ihrer Erfahrungen. Da das Wahrnehmen und Benennen von Emotionen vielen Befragten schwerfiel, könnten auch emotionale Strategien in den Situationen unzureichend gewesen sein. Dies spiegelt sich zumindest im Gesamtvergleich der Häufigkeiten der Strategien wider. Auch Studien weisen darauf hin: Defizite der emotionalen Kompetenzen bedingen die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, wie z. B. Depression (vgl. Berking/Wupperman, 2012 zitiert nach Schwarz/Berking, 2013).

**Kognitive Strategien:** Die Befragten beschrieben funktionale kognitive Strategie, wovon 80% verschiedene Neubewertungsstrategien anwendeten. In der Studienlage wurden mehr Neubewertungsstrategien sowie Ablenkung, Wunschdenken und Verleugnung beschrieben (vgl. Kapitel 3.4.2). Es kann vermutet werden, dass diese noch nicht bekannt waren oder bei den meisten Stigmatisierungssituationen nicht als hilfreich empfunden wurden. Darüber hinaus beschrieben die Befragten weitere Neubewertungsstrategien, z. B. Perspektivübernahme sowie günstige Vergleiche. Akzeptanz wurde am häufigsten angewendet, was darauf hindeutet, dass dies eine zentrale Strategie war. Sie ermöglichte innere Abgrenzung und schützte vor steigender emotionaler Belastung. Psychoedukation und

Psychotherapie helfen, Neubewertungsstrategien, positive Selbstinstruktionen, Selbstakzeptanz und Verständnis zu entwickeln sowie einen Umgang mit der Depression zu erlernen.
Des Weiteren wurden Komponenten des Resilienz-Konzeptes, wie von Reichhart/Pusch (2023) und Rusch (2019) beschrieben, ersichtlich: Ziele implizieren Zukunftsorientierung, persönliche Werte waren ein Offenlegungsgrund und positive Selbstinstruktionen förderten Selbstmitgefühl und Optimismus. Sie sind wichtige Ressourcen und Strategien. Weniger als die Hälfte nutzte diese, was auf Verbesserungspotenzial hindeutet. Die Befragte 8 hatte nur eine wenig wirksame kognitive Strategie, was mit hoher Selbststigmatisierung übereinstimmte. Daraus kann abgeleitet werden, dass es entscheidend ist, wie Betroffene zu ihrer Erkrankung stehen, um Selbststigmatisierung zu überwinden.

**Soziale Strategien:** Dies waren die häufigsten Strategien, wobei mind. 60% eine oder mehrere soziale Strategien beschrieben. Die Ergebnisse stimmten weitgehend mit dem Forschungsstand überein (vgl. Kapitel 3.4.3). Hingegen engagierten sich die Befragten nicht öffentlich gegen Stigmatisierung und nutzten nur zufällig anstatt gezielt den Austausch mit anderen Betroffenen (Selbsthilfe), womit viele Möglichkeiten ungenutzt bleiben. Für die Befragte 5 sei Aufklärung sowohl eine funktionale Strategie als auch ein Offenlegungsgrund. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass funktionale Strategien positive Erfahrungen ermöglichen (z. B. Aktivierung angenehmer Gefühle wie Stolz, Dankbarkeit etc.) und Geheimhaltungsgründe überwinden.
Ergänzend zur Studienlage konnte herausgefunden werden, dass alle Befragten zuerst aktive Strategien zur Problembewältigung wählen wie Aufklärung und Widerspruch. Erst wenn sie erfolglos waren, wählten fast alle (9/10) Befragten Distanz und Rückzug. In den beschriebenen Einzelsituationen schien das nach den Äußerungen der Befragten dann auch die einzige Option bei fehlender Unterstützung zu sein. Sozialer Rückzug kann daher in stigmatisierenden Situationen und Umfeldern ohne Unterstützung als Schutzmechanismus verstanden werden. Die Befragten scheinen bei der Entwicklung sozialer Strategien auch von Psychotherapie profitiert zu haben.

Zusammenfassend entsprechen und ergänzen die identifizierten Strategien die dritte begründete Annahme. Als vermeidende Strategie wurde nur Ignorieren genannt (kognitive Strategie), z. T. im Kontext mit angestrebten Zielen oder um sich selbst zu schützen, nachdem aktive Strategien erfolglos waren. Nur die Befragte 8 sprach über dysfunktionale Strategien (Scham, Schuldvorwürfe, Hoffnungslosigkeit, Selbstverletzung und Selbstabwertung).
Zudem wurden einige fehlende Ressourcen und Strategien aus der vierten begründeten Annahme identifiziert: Wenige Befragte zeigten Selbstmitgefühl (positive Selbstinstruktionen), Selbstfürsorge, Stolz, Dankbarkeit und Resilienz. In den Aussagen konnten keine Rückschlüsse auf soziale Kompetenzen, Selbstwirksamkeit und Humor gezogen werden.

**Vergleich der Befragten:** Die Befragten 5, 6, 9 und 10 waren durch die hohe Anzahl an Herausforderungen (7/10) am stärksten belastet. Sie nutzten keine emotionalen Strategien, aber viele kognitive und soziale Strategien. Deshalb könnten fehlende emotionale Strategien die Belastung gesteigert haben. Aussagen der Befragten 10 deuteten auf eine emotionale Abhängigkeit vom Partner hin (Glaubenssatz: Ich muss stark sein, sonst werde ich verlassen).
Außerdem scheint ein Bewertungsprozess über Belastung und Bewältigungsstrategien stattzufinden. Anhand der Antworten ist keine bewusste Bewertung zu erkennen, was dem Stressbewertungsmodell nach Lazarus (1974) entspricht (vgl. zitiert nach Rusch, 2019). Demnach werden zuerst die Stressoren nach Relevanz bewertet (Bedeutung des Stigmas, Selbststigmatisierung vs. Akzeptanz). Anschließend werden Copingstrategien zur Bewältigung eingeschätzt. Werden diese geringer als die Relevanz eingeschätzt, wird Stress erlebt. Bewerteten Betroffene ihre Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen als unzureichend, schienen Stigma als bedrohlich erlebt zu werden. Auch die Antworten von den Befragten 1 und 4 deuten die Relevanz der Bewertung an.
Für die Befragte 1 reichten offenbar wenige Strategien aus, da sie weniger Herausforderungen wahrnahm. Die Befragte 4 hat die wenigsten Herausforderungen angegeben (4/10) und verfügte über die meisten und zugleich vielfältigsten Strategien (9/10), insbesondere emotionale Strategien, was auf hohe Resilienz

hindeutet. Hingegen beschrieb die Befragte 8 wenig Bewältigungsstrategien und hohe Selbststigmatisierung, wodurch eine hohe Vulnerabilität begünstigt wurde.
Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sechs von allen Befragten über Möglichkeiten in allen drei Hauptstrategien (emotional, kognitiv, soziale) verfügten. Die Hälfte von ihnen hatten Stärken in sozialen und kognitiven Strategien, jedoch Schwächen bei emotionalen Strategien.
Diese Ergebnisse offenbaren, dass Bewertungsprozesse eine bedeutende Rolle spielen. Eine weitere wesentliche Erkenntnis ist, dass nicht nur verschiedene kognitive Strategien hilfreich sind, sondern insbesondere die Vielfalt zwischen emotionalen, kognitiven und sozialen Strategien bei der Bewältigung von Stigmatisierung entscheidend sind. Es gibt nicht die eine richtige (hilfreiche) Strategie im Umgang mit Stigmatisierung. Die Stigmatisierungserfahrungen scheinen ganzheitlich auf allen Ebenen (emotional, kognitiv und sozial) verarbeitet werden zu müssen. Betroffene erlangen mehr flexible Handlungsspielräume bei der Bewältigung von Stigmatisierung, je mehr und vielfältigere Strategien sie anwenden können. Welche Strategie für welchen betroffene Person jeweils am hilfreichsten ist, kann vermutlich nur im Kontext der lebensgeschichtlichen Beziehungserfahrungen bei näherer individueller Betrachtung über längere Zeit, z. B. in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung, eingeschätzt werden.

### 7.2 Implikationen für die Praxis

**Psychologische Trainings:** Die Daten legen nahe, dass vielfältige Strategien ein zentraler Schutzfaktor gegenüber (Selbst-)Stigmatisierung sind. Da Stigmatisierung bisher wenig in Therapien thematisiert wurde, sollten Stigma, Stigma-Management-Strategien und soziale Kontexte stärker in psychologische Einzelgesprächen einbezogen werden. Ziel sollte sein, die Vielfalt der Strategien zu erweitern und Betroffene zur Selbsthilfe zu befähigen. Damit können Stigmatisierungserfahrungen ganzheitlich verarbeitet werden. Dafür benötigen Betroffene zuerst emotionale Entlastung, Unterstützung bei der Entwicklung emotionaler und kognitiver Strategien. Insbesondere positive Selbstinstruktionen und Strategien der Neubewertung sollten gefördert werden, vor allem wenn eine erkrankte Person noch unbehandelt ist. Erhalten sie keine Unterstützung im Umfeld, sollten

Akzeptanz und innere Abgrenzung gefördert werden, um emotionale Energie durch Aufreiben zu sparen und emotionaler Belastung entgegenzuwirken.
Da sich insbesondere emotionale Strategien positiv auf die Stigma-Resilienz auswirkten sollten Achtsamkeit, Entspannung, Emotionswortschatz, Emotionsregulation, Stressbewältigung und Selbstmitgefühl gefördert werden. Methoden und Übungen zu Emotionen bieten Eismann/Lammers (2017), zu Resilienz Engelmann (2019) und Reichhart/Pusch (2023). In Gruppentrainings könnten mithilfe von Trainingsmanualen emotionale Kompetenzen (Berking, 2017) und soziale Kompetenzen (Hinsch/Pfingsten, 2023) trainiert werden, um ein breites Spektrum von Bewältigungsstrategien praktisch einzuüben. Diese Kompetenzen helfen zugleich, die psychische Erkrankung zu verbessern (vgl. Berking/Wupperman, 2012 zitiert nach Schwarz/Berking, 2013).
Nach innen gerichtete Emotionen wie Scham, Schuld, Wertlosigkeit, Hilflosigkeit und Versagensgefühle sollten nicht nur allgemein, sondern auf konkrete Stigmatisierungssituationen bezogen reflektiert werden. Dazu bedarf es einer grundlegenden Aufklärung über Formen der Stigmatisierung, damit Betroffene ihre Erfahrungen einordnen können. In Anamnesen und der Verlaufsdiagnostik sollten Herausforderungen und bisherige Stigma-Management-Strategien erhoben werden, um individuelle Barrieren, Stärken, Schwächen und Veränderungen zu identifizieren. Im Rahmen der psychologischen Diagnostik, Vermittlung des Störungsbildes und Psychoedukation sollten Betroffene bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung unterstützt werden. Persönliche Argumente, Werte, Strategien und Ressourcen könnten abgewogen werden. Damit werden Therapieinhalte alltagsnah und lebenspraktisch ausgerichtet sowie Empowerment gestärkt. Zur Ressourcenaktivierung bietet Gruber (2020) Material.
**Selbsthilfe:** Darüber hinaus können Selbsthilfe-Therapiegruppen in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen etabliert werden, in denen Betroffene ihren Entscheidungsprozess zur Offenlegung oder Geheimhaltung abwägen und sich über Stigma-Management-Strategien austauschen. Die Gruppe soll laut den Autoren von Betroffenen geleitet werden, um Empowerment zu fördern (vgl. Corrigan/Rüsch, 2024). Zudem können Betroffene seriöse Webseiten zur Psychoedukation nutzen und Beratungsstellen aufsuchen. Für Betroffene auf Wartelisten für

eine Psychotherapie und ohne aktuelle Hilfen (z. B. Rehabilitation) bieten Beratungsstellen wie der sozialpsychiatrische Dienst oder Selbsthilfegruppen entlastende, verständnisvolle Gespräche, Informationen, Netzwerke und erste Hilfen.
Betroffene könnten versuchen, positive Emotionen wie Stolz, Dankbarkeit zu fördern, indem sie sich über ihre Stärken und Erfolge bewusst werden. Im Sinne des Empowerments könnten sie auch eigenmächtig Ressourcen ausbauen und alle beschriebenen Strategien ausprobieren (Selbstfürsorge betreiben, Perspektivwechsel, positive Selbstinstruktionen).
**Aufklärung und strukturelle Veränderungen:** Die Befragten äußerten den Wunsch über mehr gesellschaftliche Aufklärung und Berührungspunkte. Dies soll dazu beitragen, dass Behandlungsmöglichkeiten bekannter und psychische Erkrankungen wie physische Erkrankungen behandelt werden. Dazu kann Informationsmaterial über Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten, Frühwarnsignalen, Therapieerfolge in Wartezimmern zur Sensibilisierung beitragen. Ein größeres Verständnis für psychische Erkrankungen fördert die Selbstakzeptanz, das Kohärenzgefühl und schützt das Selbstwertgefühl. Social Media bietet eine große Reichweite bei Aufklärung und einen niedrigschwelligen Zugang, jedoch auch unseriöse, teure und ausnutzende Hilfen. Daher sollten Kanäle mit gesicherter wissenschaftlicher Qualität gefördert werden. Für Medien sollten diskriminierungsfreie Richtlinien verschärft werden. Kampagnen sollten zielgruppenspezifisch gestaltet werden und von Betroffenen geleitet werden, um Kontakterfahrungen zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.2.4).
Für die künftigen Generationen sollten Schulen regelmäßig Projekte zur seelischen Gesundheit durchführen, in denen Wissen zur psychischen Gesundheit und Krankheiten vermittelt werden wie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, Frühwarnsignale, Symptome, Hintergründe und Behandlungsmöglichkeiten. Die Durchführung durch Betroffene und Beratungsstellen ermöglicht Kontakt und niedrigschwellige Zugänge. Alternativ könnten psychoedukative Inhalte altersgerecht in den Biologieunterrichts integriert werden.
Da Offenlegungsbereitschaft besonders im Arbeitskontext fehlt, sollten verbindliche, zugängliche interne Strukturen etabliert werden. Beispiele sind EX-IN-Projekte oder psychologische Ansprechpartner für Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Sie können zu Gesundheitsfragen beraten, zwischen Positionen vermitteln und die Interessen psychisch erkrankter Arbeitnehmer wie eine Schwerbehindertenvertretung vertreten. Für alle genannten strukturellen Veränderungen bedarf es politische Regelungen zu Gesetzen und eine verlässliche Finanzierung.

### 7.3 Limitationen

**Themeneingrenzung:** Die vorliegende Masterarbeit hat Limitationen bezüglich der Themeneingrenzung. Der Schwerpunkt lag auf der individuellen Ebene, um herauszufinden, wie Betroffene mit Stigmatisierung umgehen. Die gesellschaftliche Ebene wurde nur knapp hinsichtlich der Entstehung und Reduktion von Stigmatisierung betrachtet. Weiterhin fokussierte die Masterarbeit die Zielgruppe Erwachsene mit Depression. Die Erfahrungen, Ansichten, Belastungen und Strategien bezüglich Stigmatisierung von Kindern, Jugendliche und Menschen mit einer anderen psychischen Erkrankung sowie Komorbiditäten wurden nicht einbezogen. Außerdem wurden nur Studien und Theorien einbezogen, welche für die Forschungsfragen notwendig waren. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Studien hätte ebenfalls das Ausmaß der Masterarbeit überschritten.

Die Suche nach Literatur und Studien wurde erschwert, da spezielle Zugänge benötigt wurden oder lediglich Ausschnitte von Studien einsehbar waren. Daher enthält die Masterarbeit einige Sekundärquellen. Es wurden Bemühungen unternommen, die Originalquellen zu finden und zu zitieren. Einige waren jedoch nur als Kurzfassung einsehbar, woraus die Aussagen der Sekundärquelle nicht immer erkennbar waren.

**Rolle und Erfahrung des Forschers:** Des Weiteren könnte die Doppelrolle des Forschenden als Mitarbeiter der Einrichtung das Risiko für soziale Erwünschtheit und Subjektivität erhöhen. In den Interviews könnten zudem Antworten durch Nachfragen beeinflusst worden sein. Einschränkungen bestehen auch insofern, dass der Forschende noch keine Erfahrung in der Durchführung von Interviews hatte. Obwohl Reflexion und Pretests durchgeführt wurden, können diese Einflüsse nicht ausgeschlossen werden.

**Fallauswahl:** Es erklärten sich nur weibliche Betroffene für das Interview bereit. Daher fehlten die männliche und die nicht-binäre Perspektive, die

möglicherweise andere Gründe, Herausforderungen, Erfahrungen und Stigma-Management-Strategien genannt hätten. Es wurde sich jedoch ausdrücklich bemüht, auch männliche Personen für die Befragung zu rekrutieren.

Da alle Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung bereits Zugang zu Hilfen (berufliche Rehabilitation) und absolvierten Therapien hatten, wären möglicherweise Antworten anderer Betroffener ohne Hilfen anders ausgefallen.

Die Fallzahl (n=10) ermöglicht keine statistische Repräsentativität und Generalisierbarkeit, jedoch sind die qualitativen Ergebnisse aussagekräftig, weil Ziel eine tiefgründige Analyse war. Die Daten können allerdings auf ähnliche Kontexte übertragen werden oder Annahmen zu anderen Forschungen generieren. Eine höhere Fallzahl hätte möglicherweise eine größere Vielfalt erreicht, andere Tendenzen ergeben oder die Ergebnisse bestätigt.

**Methodische Grenzen:** Auch der subjektive Prozess bedingt Limitationen, sodass andere Forschende einen anderen Leitfaden und in der qualitativen Inhaltsanalyse einen anderen Kodierleitfaden und ein anderes Gesamtmodell erstellt hätten. Deshalb wurde der qualitative Prozess transparent beschrieben.

Aufgrund der Rahmenbedingungen der Masterarbeit wurde keine Codierung durch einen zweiten Forschenden durchgeführt. Somit kann keine Intercoder-Reliabilität gewährleistet werden. Weiterhin waren keine Auffälligkeiten der Antworten im Vergleich mit den BDI-II-Werten der Betroffenen ersichtlich. Außerdem konnten keine spezifischen Bewältigungsstrategien für jede Herausforderung einzeln zugeordnet werden.

Das Interview versuchte Stigmatisierung in allen Lebensbereichen zu erfragen. Dennoch sprachen die Betroffenen insgesamt ausführlicher über Stigmatisierung im näheren Umfeld, sodass zu andere Lebensbereiche weniger Daten erfasst werden konnten. Diese waren dennoch aussagekräftig, hätten aber gegebenenfalls noch vielfältiger sein können.

Einige Textstellen deuteten darauf hin, dass das Erinnerungsvermögen zu spezifischen Herausforderungen und Strategien eingeschränkt war. Dies war allerdings äußerst selten der Fall.

Darüber hinaus konnten in dieser Masterarbeit nur bewusste Erinnerungen an Herausforderungen und deren Bewältigung erfasst werden, sodass Ressourcen

wie soziale Kompetenzen und Selbstwertgefühl nicht erfasst werden konnten, die jedoch Einfluss auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien haben. Zudem konnten psychische Komorbiditäten, die individuelle Symptomatik, bisherige Lernerfahrungen durch Psychotherapien und individuelle biografische Prägungen nur teilweise aufgegriffen werden. Diese Faktoren könnten die Ergebnisse zusätzlich beeinflusst haben. Zusätzlich hätten noch Wünsche und Ideen zur Reduzierung von Stigmatisierung erfragt werden können, um Bedürfnisse der Betroffenen zu erfassen und gegebenenfalls zu realisieren. Interessant wäre auch gewesen, was die Betroffenen nach einer Stunde zum Thema ergänzt hätten, wenn sie Zeit zum Reflektieren und Verarbeiten des Interviews gehabt hätten. Denn einige Betroffene hatten sich vorher noch nicht so aktiv mit ihren Erfahrungen bei Stigmatisierung auseinandergesetzt. Möglicherweise wären noch weitere Erinnerungen, Strategien, Wünsche oder Meinungen geäußert worden.

### 7.4 Implikationen für die Forschung

**Forschung in anderen Fallgruppen:** Weitere Forschung könnte die Perspektive von männlicher Betroffener untersuchen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu weiblichen Betroffenen diskutieren. Da sich die Masterarbeit auf Depression im Erwachsenenalter bezog, könnte dasselbe Thema bei Kindern und Jugendlichen mit Depression erforscht werden, insbesondere weil sich im Kindes- und Jugendalter kognitive Kompetenzen erst noch entwickeln.

Die genannten Herausforderungen und Strategien beziehen sich lediglich auf Depression. Da weitere psychische Erkrankungen häufige Komorbiditäten sind, wären Vorurteile, Herausforderungen und Strategien bezüglich anderer Diagnosen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im Gesundheits- und Hilfesystem interessant zu erforschen. Sie könnten mit den Ergebnissen anderer Störungsbilder verglichen werden. Beispiele hierfür sind Alkoholabhängigkeit, Essstö-rungen, Persönlichkeitsstörungen etc. Weiterhin sind Schmerzstörungen ohne organische Befunde eine psychische Erkrankung mit somatischen Komponenten. Da physische Erkrankungen akzeptierter sind als psychische Erkrankungen, stellt sich die Frage, inwiefern sich die Stigmatisierung von Schmerzstörungen zu

Depression oder anderen psychischen Erkrankungen unterscheidet, wenn sich psychische Erkrankungen stark mit physischen Symptomen vermischen.

**Fokus auf einzelne Lebensbereiche:** Weiterhin sollte Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Gesundheitssystem näher erforscht werden, da diese Stelle zentral für den Zugang zu Hilfesuche und Behandlung ist. Hier wären Stigmatisierungserfahrungen sowie neue Stigmatisierungsrisiken von Interesse, die durch den Zugriff von nicht-psychiatrischem Personal auf die elektronische Gesundheitsakte und psychische Diagnosen entstehen.

**Partizipation:** Ein wesentlicher Aspekt zukünftiger Forschungsarbeit sollte darin bestehen, welche Wünschen und Ideen zur Reduzierung von Stigmatisierung Betroffene haben. Von entscheidender Bedeutung ist außerdem, was es braucht, damit sie sich trauen, dafür zu engagieren, denn Stigmatisierung kann nur durch sie reduziert werden (Aufklärungs- und Kontaktprinzip vgl. Kapitel 2.2.4).

**Quantitative Zusammenhänge:** Die durchgeführte Untersuchung hat einige Einflussvariablen nicht erfassen können. Daher ist empfehlenswert, Zusammenhänge von Herausforderungen und Strategien mit Erleben der Depression, sozialen Kompetenzen, einem positiven Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Humor oder Positivität in quantitativen Studien zu erforschen, um psychologische Angebote spezifischer auf individuelle Bedürfnisse auszurichten. In diesem Sinne sollten auch Kontrollstudien zur Wirksamkeit gezielter Förderung emotionaler Kompetenzen in Bezug auf die Entwicklung vielfältiger emotionaler Bewältigungsstrategien bei Stigmatisierung durchgeführt werden.

**Qualitative Vertiefung:** Da sich Betroffene besonders von Müttern und Partnern stigmatisiert gefühlt hätten, könnten weitere Forschungen das Familiensystems und deren Dynamik analysieren. Sie könnten herausfinden, inwiefern sich die Dimension der Offenlegung und das Vertrauensverhältnis innerhalb des Familiensystems unterscheiden sowie ob und welche besondere Rolle Mütter und Partner tatsächlich einnehmen.

## 8. Fazit

In dieser Arbeit wurden die Gründe fehlender Offenlegungsbereitschaft, Herausforderungen und Strategien im Umgang mit Stigmatisierung bei Depression im Erwachsenenalter untersucht. Die Analyse bestehender Studien und eines qualitativen Interviews mit zehn Betroffenen wurde in ein Gesamtmodell des Stigma-Managements zusammengeführt. Praxis- und forschungsrelevante Implikationen wurden abgeleitet.

Die Analyse bestätigte und ergänzte die Studienlage. Es wurde deutlich, dass Betroffene mit Depression trotz der Enttabuisierung weiterhin stigmatisiert werden, besonders in Familie und Partnerschaft. Obwohl ein erheblicher Anteil der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen betroffen ist, sind sie aktuell ein gesellschaftliches Randthema. Die Interviewpartner zeigten, dass jeder an einer psychischen Störung erkranken kann, unabhängig vom Bildungsstand, Job, Alter etc., wenn die Bedingungen ungünstig genug sind und unsere Kompensationsstrategien übersteigen. Sie sind aus diversen Gründen, mitunter Schicksalsschlägen an einer Depression erkrankt. Betroffene sind weder gefährlich, faul noch selbst schuld. Die Befragten betonten, dass fehlendes Wissen und mangelndes Verständnis zur Überforderung des Umfeldes sowie Selbststigmatisierung führten. Dies begünstigt eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs, weil dringende Hilfe ausbleibt und die Inanspruchnahme von Hilfe aus Scham sinkt. Der Beteiligung und dem Engagement der Betroffenen in zentrale gesellschaftliche Systeme, Hilfsangebote, Forschung und Politik kommen damit eine bedeutende Aufgabe zur Reduktion von Stigmatisierung zu.
Die Ergebnisse zeigten, dass Ängste vor Stigmatisierung, negative Überzeugungen sowie fehlende Ressourcen im Umfeld zentrale Gründe für fehlende Offenlegungsbereitschaft darstellen. Daher fiel den Befragten Offenlegung im Arbeitskontext besonders schwer. Offenlegung erfolgte im privaten Umfeld äußerst selektiv. Diesbezüglich war eine neue Erkenntnis, dass individuelle Gewichtungen und weitere persönliche Faktoren die Entscheidung komplexer machen, wobei Offenlegung und Geheimhaltung als parallel Prozesse zueinander verlaufen.

Zudem waren Stigmatisierungssituationen und Herausforderungen heterogen, sodass die Förderung der emotionalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen und deren Vielfalt essentiell sind, um flexibel zu reagieren, Stigmatisierungserfahrungen ganzheitlich zu verarbeiten und Empowerment zu ermöglichen.
Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass Stigmatisierung den Genesungsprozess erheblich gefährdet. Depression müssen ernst genommen werden und Hilfen niedrigschwellig verfügbar sein. Dies entspricht auch den Wünschen der Befragten:

> „[…] Die brauchen einfach nur Hilfe. Das ist eigentlich nur ein Schrei nach Hilfe und man sollte die nicht verurteilen […].“ (9, Pos. 313).

## Literaturverzeichnis


Adams, E. F. M.; Lee, A. J.; Pritchard, C. W.; White, R. J. E. (2010): What Stops Us From Healing the Healers: a Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession. International Journal of Social Psychiatry, 56(4): 359–370. DOI: 10.1177/0020764008099123. Veröffentlicht in Sage Journals: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764008099123

Ahad, A. A.; Sanchez-Gonzalez, M.; Junquera, P. (2023): Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. Cureus, 15(5): e39549. doi: 10.7759/cureus.39549. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10220277/#sec3

Baer, N. (2013). Was ist schwierig an «schwierigen» Mitarbeitern? Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, 164(4), 123-131. https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00155. Veröffentlicht in MDPI: https://www.mdpi.com/2297-7007/164/4/123

Barth, L. (2024): Therapie-Tools Psychodynamische Interventionen. Beltz, Weinheim Basel.

Beamten Infoportal (o. J.): Verbeamtung: Risikofaktor psychische Erkrankung! Browserlink: https://beamten-infoportal.de/magazin/wissen/verbeamtung-risikofaktor-psychische-erkrankungen/

Beals, K. P.; Peplau, L. A.; Gable, S. L. (2009): Stigma Management and Well-Being: The Role of Perceived Social Support, Emotional Processing, and Suppression. Personality and Social Psychology Bulletin, 35(7), 867–879. Veröffentlicht in Sage Journals: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146167209334783

Becks-Depressions-Inventar-II (o. J.): Test: https://praxis-hoegl.de/wp-content/uploads/2021/12/BDI-II.pdf; Auswertung: https://klinischeskalen.com/beck-depression-inventory-bdi_deutsch/#google_vignette

Beesdo-Baum, K.; Wittchen, H.-U. (2020): Beitrag in: Hoyer, J.; Knappe, S.

(Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin, S. 1027–1072.

Berking, M. (2017): Training emotionaler Kompetenzen. 4., korrigierte Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin

Boeger, A. (2018): Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. 3., aktualisierte Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Brohan, E.; Henderson, C.; Wheat, K.; Malcolm, E.; Clement, S.; Barley, E. A.; Slade, M.; Thornicroft, G. (2012): Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. BMC Psychiatry, 12: 11. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11. Veröffentlicht in Springer Nature: https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-12-11#Sec27

Brouwers, E. P. M.; Mathijssen, J.; van Bortel, T.; et al. (2016): Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. BMJ Open, 6: e009961. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009961. Veröffentlicht in BMJ Open: https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009961.citation-tools

Chukwuma, O. V.; Ezeani, E. I.; Fatoye, E. O.; Benjamin, J.; Okobi, O. E.; Nwume, C. G.; Egberuare, E. N. (2024): A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes. Cureus, 16(6): e62642. doi: 10.7759/cureus.62642. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11258934/#sec3

Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; et al. (2015): Welche Auswirkungen hat das Stigma im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit auf das Hilfesuchen? Eine systematische Übersichtsarbeit quantitativer und qualitativer Studien. Psychologische Medizin, 45(1): 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129. Veröffentlicht in Cambridge University Press: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/what-is-the-impact-of-mental-healthrelated-stigma-on-helpseeking-a-systematic-review-of-quantitative-and-qualitative-studies/E3FD6B42EE9815C4E26A6B84ED7BD3AE

Corrigan, P. W. (2022): Coming out proud to erase the stigma of mental illness.

World Psychiatry, 21(3): 388–389. doi: 10.1002/wps.21016. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9453918/

Corrigan, P. W.; Larson, J. E.; Rüsch, N. (2009): Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry, 8: 75–81. DOI: https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x Veröffentlicht in WILEY Online Library: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x

Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rüsch, N. (2012): Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv, 63(10): 963–973. doi: 10.1176/appi.ps.201100529. Veröffentlicht in National Library of Medicine PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23032675/

Corrigan, P. W.; Rüsch, N. (2024): In Würde zu sich stehen um das Stigma psychischer Erkrankung abzubauen. Arbeitsbuch für Gruppenleiter & Teilnehmer. Universität Ulm/BKH Günzburg. Auf Anfrage aus Copyright-Gründen erhalten von nicolas.ruesch@uni-ulm.de

DAK (2025): Psychreport 2025 – Update: 2024 verursachten Depressionen erneut die meisten Fehltage. Browserlink: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2025_91766

Dalky, H. F. (2011): Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials. Western Journal of Nursing Research, 34(4): 520–547. doi: 10.1177/0193945911400638. Browserlink: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945911400638

Dar-Nimrod, I.; Heine, S. J. (2011): Genetic essentialism: On the deceptive determinism of DNA. Psychological Bulletin, 137(5): 800–818. DOI: 10.1037/a0021860. Veröffentlicht in PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142350/

De Maizière, H. (03.01.2025): Empörung über Äußerung von Linnemann. Veröffentlicht in ZDF heute:

https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/linnemann-register-psychisch-kranke-gewalttaeter-cdu-kommentar-100.html

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2022): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Version 3.2. Browserlink: https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html Langfassung:https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf

Dewa, C. S.; van Weeghel, J.; Joosen, M. C. W.; Gronholm, P. C.; Brouwers, E. P. M. (2021): Workers' Decisions to Disclose a Mental Health Issue to Managers and the Consequences. Front Psychiatry, 12: 631032. doi: 10.3389/fpsyt.2021.631032. Browserlink: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.631032/full

Dewa, C. S.; van Weeghel, J.; Joosen, M. C.; Brouwers, E. P. (2020): What Could Influence Workers' Decisions to Disclose a Mental Illness at Work? Int J Occup Environ Med, 11(3): 119–127. doi: 10.34172/ijoem.2020.1870. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7426736/

Dilling, H.; Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2016): ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 8., überarbeitete Auflage, Hogrefe, Bern.

Dresing, T.; Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg

Eismann, G.; Lammers, C.-H. (2017): Therapie-Tools Emotionsregulation. Beltz, Weinheim Basel

Engelmann, B. (2019): Therapie-Tools Resilienz. 2. überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim Basel

Erlend, P. K.; Gottdiener, W. H.; Haslam, N. (2013): Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review. Social Science & Medicine, 96: 95–103. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613004164

Finke, J. (2023): Das Netzwerk der Gefühle. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Finzen, A. (2013): Stigma psychische Krankheit. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln.

Freyer, T.; Seifritz, E.; Imboden, C.; Berger, M. (2024): Affektive Störungen. In: Hölzel, H.; Berger, M. (Hrsg.): ICD-11 – Psychische Störungen. Innovationen und ihre Bewertung, Springer-Verlag GmbH, Berlin, S. 111–132.

Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse) (2025): Arbeitsunfähigkeiten Browserlink: https://www.tk.de/resource/blob/2194002/828793b4b4a5953abece5e4874ce79b9/gesundheitsreport-au-2025-data.pdf

Gnainsky, M.; Roe, D.; Negri-Schwartz, O.; Cohen-Chazani, Y.; Lavidor, M.; Hasson-Ohayon, I. (2025): To disclose or not to disclose: A systematic review of factors associated with disclosure and concealment of mental illnesses. Clinical Psychology Review, 122: 102660. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102660. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735825001278

Goffman, E. (2010): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, B.; Zirfas, J. (Hrsg.): Schlüsselwerke der Identitätsforschung, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 123–140.

Gruber, T. (2020): Therapie-Tools Ressourcenaktivierung, 1. Auflage, Beltz, Weinheim Basel

Hanisch, S. E.; Twomey, C. D.; Szeto, A. C. H.; Birner, U. W.; Nowak, D.; Sabariego, C. (2016): The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: A systematic review. BMC Psychiatry, 16(1): 1. DOI: 10.1186/s12888-015-0706-4. Veröffentlicht in Springer Nature Linke: https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-015-0706-4#Sec13

Häfner, N. (2026): BU mit psychischen Erkrankungen. Veröffentlicht auf Finanztip: https://www.finanztip.de/berufsunfaehigkeitsversicherung/bu-mit-psychischen-erkrankungen/

Heim, E. (2000): Der Bewältigungsprozess in Krise und Krisenintervention. In: Schnyder, U.; Sauvant, J.-D. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie, 3. Auflage, Hans Huber, Bern, S. 27–43.

Herriger, N. (2024): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., erweiterte und aktualisierte Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Heßler-Kaufmann, J.; Neudeck, P. (2020): Therapie-Tools Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie. 1. Auflage, Beltz, Weinheim Basel

Hinsch, R.; Pfingsten, U. (2023): Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). 7. Auflage, PVU, Weinheim.

Holzinger, A.; Dietrich, S.; Heitmann, S.; Angermeyer, M. (2008): Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit. Psychiatrische Praxis, 35(8): 376–386. DOI: 10.1055/s-2008-1067396. Veröffentlicht in Thieme: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1067396

Holzinger, A.; Beck, M.; Munk, I.; Weithaas, S.; Angermeyer, M. C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophren und depressiv Erkrankter. Psychiatr Prax, 30(7): 395–401. DOI: 10.1055/s-2003-43251. Veröffentlicht in Thieme: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2003-43251#publication-history

Info-Beihilfe.de (o. J.): Verbeamtung trotz Psychotherapie. Browserlink: https://info-beihilfe.de/verbeamtung-trotz-psychotherapie/

Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2024a): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. 6. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel.

Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2024b): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. 2. Auflage, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature, Wiesbaden

Kurzban, R.; Leary, M. R. (2001): Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. Psychological Bulletin, 127(2): 187–208. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187. Veröffentlicht in APA

PsycNet: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.127.2.187

Lasalvia, A.; Zoppei, S.; Van Bortel, T.; Bonetto, C.; Cristofalo, D.; Wahlbeck, K.; Vasseur-Bacle, S.; Van Audenhove, C.; van Weeghel, J.; Reneses, B.; Germanavicius, A.; Economou, M.; Lanfredi, M.; Ando, S.; Sartorius, N.; Lopez-Ibor, J.; Thornicroft, G. (2013): Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. The Lancet, Vol. 381-9860: 55-62, ISSN 0140-6736, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612613798

Lebowitz, M. S.; Appelbaum, P. S. (2019): Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. Annual Review of Clinical Psychology, 15: 555–577. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416 Browserlink: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416

Losekam, S.; Konrad, C. (2019): Depression. In: Kircher, T. (Hrsg.): Kompendium der Psychotherapie. 2. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin, S. 101–144.

Maunder, R. D.; White, F. A. (2019): Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. Clinical Psychology Review, 72: 101749. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101749. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735819300236

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel.

Meisenbach, R. J. (2010): Stigma Management Communication: A Theory and Agenda for Applied Research on How Individuals Manage Moments of Stigmatized Identity. Journal of Applied Communication Research, 38(3): 268–292. https://doi.org/10.1080/00909882.2010.490841 Browserlink:

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00909882.2010.490841#d1e200

Mendel, R.; Kissling, W.; Reichhart, T.; Bühner, M.; Hamann, J. (2015): Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 24(2): 146–149. DOI: 10.1017/S2045796013000711. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6998118/

Misoch, S. (2015): Qualitative Interviews. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/ München/Boston.

Moore, K. E.; Milam, K. C.; Folk, J. B.; Tangney, J. P. (2018): Self-stigma among criminal offenders: Risk and protective factors. Stigma and Health, 3(3): 241–252. Veröffentlicht in APA Psyc Net: https://psycnet.apa.org/buy/2017-15228-001

Nan Du; Chong, E. S. K.; Wei, D.; Liu, Z.; Mu, Z.; Deng, S.; Huang, Y.-T. (2023): Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 332: 327–340. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.013. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723004706

Nystedt, T. A.; Rosvall, M.; Lindström, M. (2019): The association of self-reported discrimination to all-cause mortality: A population-based prospective cohort study. SSM – Population Health, 7: 100360. DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100360. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6360602/

Pahwa, R.; Fulginiti, A.; Brekke, J. S.; Rice, E. (2017): American Journal of Orthopsychiatry, 87(5): 575–584. Veröffentlicht in APA PsycNet: https://psycnet.apa.org/buy/2017-16042-001

Pascoe, E. A.; Smart Richman, L. (2009): Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 135(4): 531–554. DOI: 10.1037/a0016059. Veröffentlicht in PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19586161/

Pescosolido, B. A.; Medina, T. R.; Martin, J.K; Long, J. S. (2013): The "backbone"

of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. Am J Public Health. 2013 May;103(5):853-60. doi: 10.2105/AJPH.2012.301147. Epub 2013 Mar 14. PMID: 23488508; PMCID: PMC3698809. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3698809/

Philip T. Yanos; DeLuca, J. S.; Roe, D.; Lysaker, P. H. (2020): The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. Psychiatry Research, 288: 112950. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112950 Browserlink: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120301682

Prizeman, K.; McCabe, C.; Weinstein, N. (2024): Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: A qualitative analysis. PLOS ONE, 19(1): e0296221. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296221 Browserlink: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0296221#sec016

Reichhart, T.; Pusch, C. (2023): Resilienz-Coaching. Ein Praxismanual zur Unterstützung von Menschen in herausfordernden Zeiten. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.

Rusch, S. (2019): Stressmanagement. Ein Arbeitsbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin

Rüsch, N. (2021): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. 1. Auflage, Elsevier GmbH, München.

Rüsch, N.; Abbruzzese, E.; Hagedorn, E.; Hartenhauer, D.; Kaufmann, I.; Curschellas, J.; Ventling, S.; Zuaboni, G.; Bridler, R.; Olschewski, M.; Kawohl, W.; Rössler, W.; Kleim, B.; Corrigan, P. (2014): Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: Pilot randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 204(5): 391–397. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.135772. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4006088/#S14

Rüsch, N.; Corrigan, P. W.; Waldmann, T.; Staiger, T.; Bahemann, A.; Oexle, N.; Wigand, M.; Becker, T. (2018): Attitudes Toward Disclosing a Mental Health Problem and Reemployment: A Longitudinal Study. The Journal of

Nervous and Mental Disease, 206(5): 383–385. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000810, Browserlink: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2018/05000/attitudes_toward_disclosing_a_mental_health.13.aspx

Rüsch, N.; Todd, A. R.; Bodenhausen, G. V.; Corrigan, P. W. (2010): Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. Psychiatry Research, 179(3): 328–332. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.010 Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178109003552

Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage, Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston.

Schmithüsen, F.; Ferring, D. (2015): Allgemeine Psychologie. In: Schmithüsen, F. (Hrsg.): Lernskript Psychologie. Die Grundlagenfächer kompakt. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Schomerus, G.; Baumann, E.; Sander, C.; Speerforck, S.; Angermeyer, M. C. (2021): Some good news for psychiatry: Resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry, 20(2): 301–302. DOI: 10.1002/wps.20875. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8129839/

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. DOI: 10.1017/S003329171300072X. Veröffentlicht in Cambridge University Press: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/causal-beliefs-of-the-public-and-social-acceptance-of-persons-with-mental-illness-a-comparative-analysis-of-schizophrenia-depression-and-alcohol-dependence/2091B6C5E359D7DE242577161048EDAF

Schomerus, G.; Schindler, S.; Baumann, E.; et al. (2023b): Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: A widening gap. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58:

17–23. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02272-4. Veröffentlicht in Springer Nature Link: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-022-02272-4

Schomerus, G.; Schindler, S.; Sander, C.; Baumann, E.; Angermeyer, M. C. (2022): Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? European Psychiatry, 65(1): e78. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.2337. Veröffentlicht in Cambridge University Press: https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/changes-in-mental-illness-stigma-over-30-years-improvement-persistence-or-deterioration/45993C5740F12A83EAB9957D7BDBE6ED

Schomerus, G.; Schwahn, C.; Holzinger, A.; Corrigan, P. W.; Grabe, H. J.; Carta, M. G.; Angermeyer, M. C. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 125: 440–452. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x. Veröffentlicht in Wiley Online Library: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Schomerus, G.; Spahlholz, J.; Speerforck, S. (2023a): Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsblatt, 66: 416–422. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3. Veröffentlicht in Springer Nature Link: https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03679-3

Schwarz, J.; Berking, M. (2013): Training emotionaler Kompetenzen (TEK). In: Heidenreich, T.; Michalak, J. (Hrsg.): Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Beltz Verlag, Weinheim/Basel, S. 219–241.

Sirey, J. A.; Bruce, M. L.; Alexopoulos, G. S.; Perlick, D. A.; Friedman, S. J.; Meyers, B. S. (2001): Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatric Services, 52(12): 1615–1620. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1615. Veröffentlicht in PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11726752/

Rieger, J.; Pfalzgraf, M., SWR (25.03.2026): Weniger Honorar trotz fehlender Plätze. Veröffentlicht in tagesschau:

https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/psychotherapie-honorare-kuerzungen-100.html

Thoits, P. A. (2016): “I’m Not Mentally Ill”: Identity Deflection as a Form of Stigma Resistance. Journal of Health and Social Behavior, 57(2): 135–151. DOI: 10.1177/0022146516641164. Veröffentlicht in Sage Journals: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146516641164

Thornicroft, G.; Brohan, E.; Rose, D.; Sartorius, N.; Leese, M.; INDIGO Study Group (2009): Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. Lancet, 373(9661): 408–415. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6. Veröffentlicht in PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19162314/

Thornicroft, G.; Chatterji, S.; Evans-Lacko, S.; Gruber, M.; Sampson, N.; Aguilar-Gaxiola, S.; Al-Hamzawi, A.; Alonso, J.; Andrade, L.; Borges, G.; Bruffaerts, R.; Bunting, B.; de Almeida, J. M.; Florescu, S.; de Girolamo, G.; Gureje, O.; Haro, J. M.; He, Y.; Hinkov, H.; Karam, E.; Kawakami, N.; Lee, S.; Navarro-Mateu, F.; Piazza, M.; Posada-Villa, J.; Torres de Galvis, Y.; Kessler, R. C. (2017): Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. British Journal of Psychiatry, 210(2): 119–124. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078. Veröffentlicht in PubMed Central: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5288082/

Tóth, M. D.; Ihionvien, S.; Leduc, C.; O’Keeffe, L.; O’Reilly, C.; O’Connor, C. (2023): Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental-health-related stigma in the workplace: A systematic review. BMJ Open, 13: e067126. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067126 Browserlink: https://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e067126

Van Bortel, T.; Wickramasinghe, N. D.; Treacy, S.; Khan, N.; Ouali, U.; Sumathipala, A.; Svab, V.; Nader, D.; Kadri, N.; Monteiro, M. F.; Knifton, L.; Quinn, N.; Van Audenhove, C.; Laslavia, A.; Bonetto, C.; Thornicroft, G.; van Weeghel, J.; Brouwers, E.; ASPEN-INDIVO Study Group Credit (2024): Anticipated and experienced stigma and discrimination in the workplace among individuals with major depressive disorder in 35 countries.

BMJ Open, 14: e077528. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-077528 Browserlink: https://bmjopen.bmj.com/content/14/6/e077528

Von Engelhardt, M. (2010): Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, B.; Zirfas J. (Hrsg.) (2010): Schlüsselwerke der Identitätsforschung, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 123-140)

Wigand, M. E.; Oexle, N.; Staiger, T.; Waldmann, T.; Rüsch, N. (2019): Causal attributions and secrecy in unemployed people with mental health problems. Psychiatry Research, 272: 447–449. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.160 Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517811830739X

Wild, H.; Rosch, E. (2025): Sozialpsychologie für die Soziale Arbeit. Mit Fallbeispielen aus der Praxis. 1. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Yanos, P. T.; DeLuca, J. S.; Roe, D.; Lysaker, P. H. (2020): The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. Psychiatry Research, 288: 112950. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.11295. Veröffentlicht in Elsevier Science Direct: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120301682

Yoshimura, Y.; Bakolis, I.; Henderson, C. (2018): Psychiatric diagnosis and other predictors of experienced and anticipated workplace discrimination and concealment of mental illness among mental health service users in England. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 53, 1099–1109 https://doi.org/10.1007/s00127-018-1561-7 Veröffentlicht in Springer Nature Link: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1561-7#citeas

letzter Zugriff auf alle Browserlinks am 12.06.2026

# Anhang

## Anhang A: Interviewleitfaden

**Einstieg**

- Aufklärung zu Ablauf, Zweck, Freiwilligkeit der Befragung, Datenschutz (Tonbandaufnahme, Anonymisierung der Transkription, vertrauliche Aufbewahrung)
- BDI-II ausfüllen lassen: auf eindeutige Antworten hinweisen → prüfen

**Fragen zum Warm-up: Demografische Daten und Hintergrund**

Aufnahme einschalten

Zum Einstieg würde ich gerne etwas mehr über Sie erfahren.

- Wie alt sind Sie?
- Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?
- Welchen Bildungsabschluss haben Sie?
- Als was haben Sie zuletzt gearbeitet?
- Seit wann sind Sie arbeitssuchend?
- Wie lang sind Sie aktuell hier in der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (inkl. Abklärungsmaßnahme)?
- Seit ca. wie viel Jahren haben Sie eine Depression?
- Welche Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen? ambulante (abgeschlossen/laufend)/stationäre Psychotherapie/Tagesklinik, Medikation, medizinische Rehabilitation (nur ja/nein)

**1. Themenbereich: Offenlegungsbereitschaft**

- Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen, über Ihre Depression zu sprechen. Dabei möchte ich Ihre Entscheidung, darüber zu sprechen oder geheim zu halten, verstehen.
- Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Ihre subjektive Wahrnehmung soll erfasst werden

| Fragen | Konstrukt |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1. Haben Sie anderen mitgeteilt, dass Sie eine Depression haben?<br>Wie war das, erzählen Sie mal?<br>Wie haben Sie davon erzählt? (Diagnose/Umschreibungen?)<br>(Wem, Was?)<br>(Arbeitgeber, Familie, Freunde, …) | Dimensionen der Offenlegung, Konsequenzen der Offenlegung |
| *2. Falls offengelegt: Warum haben Sie sich dafür entschieden von der Depression zu erzählen?* | Vollständiges Bild über Entscheidungsfindung (Gründe für Offenlegung) |
| *3. Falls offengelegt: Gab es für Sie dabei Herausforderungen, von der Depression zu erzählen? Wenn ja, welche? (wenn nein: Gründe)* | Barrieren/ Konsequenzen der Offenlegung |
| *4. Falls offengelegt: Was hat Ihnen geholfen, diese Herausforderungen zu überwinden?* | Ressourcen |
| 5. Was gab es für Gründe, die Depression geheim zu halten? | Vollständiges Bild über Entscheidungsfindung (Hemmnisse, erwartete Konsequenzen, Bewertung der Konsequenzen) |
| 6. Wie geht es Ihnen damit, die Depression geheim zu halten? | Konsequenzen der Geheimhaltung |
| 7. Was hätten Sie gebraucht, um sich besser öffnen zu können? | Fehlende Ressourcen |

**2. Themenbereich: Herausforderungen im Umgang mit Stigmatisierung**

- Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit Stigmatisierung aufgrund der Depression, um zu verstehen wie Sie Stigmatisierung erleben.
- Es geht nicht um Stigmatisierung wegen etwas anderem.

| | | |
|---|---|---|
| • Definition Stigmatisierung: neg. Bewertung und Einstellung wg. einem Merkmal (Vorurteil), deswegen benachteiligt und herabgewürdigt werden (Diskriminierung) | | |
| Frage | | Konstrukt |
| 8. Kennen Sie Vorurteile über Depression und wenn ja welche? (*Eigenschaften*) | | Soziale Identität von Menschen mit Depression |
| 9. Haben Sie sich im Verlauf der Erkrankung als *Eigenschaft* wahrgenommen? | | Selbststigmatisierung |
| 10. Gab es eine Situation, in denen Sie sich schonmal wegen der Depression stigmatisiert gefühlt haben?<br>Wie war das, erzählen Sie mal? | | Betroffene Lebensbereiche, erlebte vs. wahrgenommene Stigmatisierung |
| 11. Wie fühlten Sie sich als Sie stigmatisiert wurden? | *Falls nein: Ende des Interviews*<br>*Falls Selbststigmatisierung: Wie fühlen Sie sich, wenn Sie so über sich denken?* | Folgen von Stigma, Selbststigmatisierung: Emotionale Herausforderungen |
| 12. Was dachten Sie als Sie stigmatisiert wurden? | - | Folgen von Stigma, Selbststigmatisierung: Kognitive Herausforderungen |
| 13. Was taten Sie als Sie stigmatisiert wurden? | - | Folgen von Stigma, Selbststigmatisierung: Soziale Herausforderungen |
| 14. Welche Aspekte der Stigmatisierung empfanden Sie im Verlauf der Erkrankung als besonders belastend? | - | Folgen von Stigma, Selbststigmatisierung: Ergänzende Herausforderungen |

| **3. Themenbereich: Bewältigungsstrategien**<br>• Abschließend interessieren mich Ihre Strategien und Ressourcen zu diesem Thema. | |
|---|---|
| Fragen | Konstrukt |
| 15. Gibt es etwas, was Ihnen hilft, auf Ihre Gefühle einzuwirken, um sich weniger/mehr *(wütend/friedvoll etc.)* zu fühlen? | emotionale Strategien |
| 16. Gibt es Gedanken, die Ihnen gut tun? | kognitive Strategien |
| 17. Gibt es Personen, die Ihnen gut tun? | soziale Strategien |
| 18. Gibt es noch weitere Strategien, die Ihnen gut tun? | Sonstige Strategien |
| Gab es noch weitere Situationen? → ab 10. Wiederholen | Strategien für jede Situation |

| **Abschluss** |
|---|
| Welche Gedanken haben Sie dazu noch?<br>Gibt es noch etwas, das ich hätte Fragen sollen? |
| • Aufnahme ausschalten, Bedanken<br>• Wie geht es Ihnen jetzt? Was brauchen Sie gerade? (Gesprächsangebot)<br>• Möglichkeit zur Verfügung stellen zur Klärung von Fragen<br>• Reflexion: Notizen zu Gedanken, Emotionen, Interaktionsverlauf und Wortwahl machen |

## Anhang B: BDI-II

**BDI-II** Fragebogen

| Name | Alter | Geschlecht m / w | Datum |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Anleitung:** Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

**1.) Traurigkeit**
- **0** Ich bin nicht traurig.
- **1** Ich bin oft traurig.
- **2** Ich bin ständig traurig.
- **3** Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

**2.) Pessimismus**
- **0** Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- **1** Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- **2** Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- **3** Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

**3.) Versagensgefühle**
- **0** Ich fühle mich nicht als Versager.
- **1** Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- **2** Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- **3** Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

**4.) Verlust von Freude**
- **0** Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
- **1** Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- **2** Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
- **3** Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

**5.) Schuldgefühle**
- **0** Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- **1** Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.
- **2** Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- **3** Ich habe ständig Schuldgefühle.

**6.) Bestrafungsgefühle**
- **0** Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- **1** Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- **2** Ich erwarte, bestraft zu werden.
- **3** Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

**7.) Selbstablehnung**
- **0** Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- **1** Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- **2** Ich bin von mir enttäuscht.
- **3** Ich lehne mich völlig ab.

**8.) Selbstvorwürfe**
- **0** Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
- **1** Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
- **2** Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
- **3** Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

**9.) Selbstmordgedanken**
- **0** Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- **1** Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- **2** Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- **3** Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

**10.) Weinen**
- **0** Ich weine nicht öfter als früher.
- **1** Ich weine jetzt mehr als früher.
- **2** Ich weine beim geringsten Anlass.
- **3** Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.

PEARSON PsychCorp
© 2010 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/M.

Summe Seite 1:

Bitte wenden

**11.) Unruhe**

**0** Ich bin nicht unruhiger als sonst.
**1** Ich bin unruhiger als sonst.
**2** Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
**3** Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.

---

**12.) Interessenverlust**

**0** Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
**1** Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
**2** Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
**3** Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren.

---

**13.) Entschlussunfähigkeit**

**0** Ich bin so entschlussfreudig wie immer.
**1** Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
**2** Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
**3** Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

---

**14.) Wertlosigkeit**

**0** Ich fühle mich nicht wertlos.
**1** Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
**2** Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
**3** Ich fühle mich völlig wertlos.

---

**15.) Energieverlust**

**0** Ich habe so viel Energie wie immer.
**1** Ich habe weniger Energie als sonst.
**2** Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
**3** Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

---

**16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten**

**0** Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
**1a** Ich schlafe etwas mehr als sonst
**1b** Ich schlafe etwas weniger als sonst.
**2a** Ich schlafe viel mehr als sonst.
**2b** Ich schlafe viel weniger als sonst.
**3a** Ich schlafe fast den ganzen Tag.
**3b** Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.

**17.) Reizbarkeit**

**0** Ich bin nicht reizbarer als sonst.
**1** Ich bin reizbarer als sonst.
**2** Ich bin viel reizbarer als sonst.
**3** Ich fühle mich dauernd gereizt.

---

**18.) Veränderungen des Appetits**

**0** Mein Appetit hat sich nicht verändert.
**1a** Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
**1b** Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
**2a** Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
**2b** Mein Appetit ist viel größer als sonst.
**3a** Ich habe überhaupt keinen Appetit.
**3b** Ich habe ständig Heißhunger.

---

**19.) Konzentrationsschwierigkeiten**

**0** Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
**1** Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
**2** Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren.
**3** Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

---

**20.) Ermüdung oder Erschöpfung**

**0** Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
**1** Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
**2** Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
**3** Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

---

**21.) Verlust an sexuellem Interesse**

**0** Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
**1** Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
**2** Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
**3** Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

| Summe Seite 2: | |
|---|---|
| Übertrag Seite 1: | Gesamt Seite 1+2: |

**Anhang C: Einwilligungserklärung Interview**

Ich möchte mit Ihnen im Rahmen der Masterarbeit „Qualitative Untersuchung zu Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft sowie zu den Herausforderungen und Strategien im Umgang mit Stigmatisierung bei Depression im Erwachsenenalter“ ein Interview durchführen. Ich leite das Projekt und führe mit Ihnen einzeln die Befragung durch.

Die Ergebnisse können einen detaillierten Einblick zu Herausforderungen bei der Offenlegungsbereitschaft und im Umgang mit Stigma ermöglichen sowie ein tieferes Verständnis für diese Herausforderungen erzielen. Außerdem sollen konkrete praktische Ableitungen für Sie zur Unterstützung während Ihrer beruflichen Rehabilitation und Förderung der psychischen Stabilität daraus hervorgehen: Verbesserung der Stigmabewältigung von Menschen mit Depression im Rahmen der Selbsthilfe, Identifikation von Schutzfaktoren, hilfreichen Bewältigungsstrategien, Unterstützung bei der persönlichen Bewältigung und Entscheidungsfindung der Offenlegung der eigenen psychischen Erkrankung.

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und die mündlich erhobenen Daten werden anschließend zum Zwecke der Datenanalyse verschriftlicht (Transkription). Im Zuge der Transkription werden die Daten anonymisiert, so dass eine Identifizierung der interviewten Person nicht mehr möglich ist. Die Tonbandaufnahme wird offline gespeichert und DGSVO-konform verarbeitet. Aus Dokumentationsgründen werden die Kontaktdaten, die eine interviewte Person identifizierbar machen, in einem separaten Schriftstück erfasst und diese lediglich den Gutachtern der wissenschaftlichen zur Verfügung gestellt. Nach dem Abschluss des Projekts werden diese Daten gelöscht. Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

**Einwilligung**

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der o. g. Arbeit genutzt werden dürfen. Ich kann der Speicherung meiner personenbezogenen

Daten zu Dokumentationszwecken jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Den Widerruf richte ich an sarah.schreck@faw.de.

Ich nehme freiwillig an dem Interview teil und kann das Interview jederzeit abbrechen. Ich wurde über Inhalt, Ziel, Ablauf und Verarbeitung der Befragung infromiert und kann jederzeit erneut danach fragen.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |

**Anhang D: Transkriptionsregeln nach Dresing/Pehl, 2018**

*Stil: Einfache inhaltlich-semantische Transkription*

„1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.

2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“

3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.

4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.

5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“

6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.

7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.

8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (…) markiert.

10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.

11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. [Zeitmarken werden nicht verwendet, um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen]

12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unverständlich)“ gekennzeichnet. (…)
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein [„A“] gekennzeichnet. (…)
15. Das Transkript wird als [Word-Datei] gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend [der Reihenfolge der Interviewpersonen, z. B. 1, 2 usw.].“

Auslassungen in den Zitaten werden mit […] dargestellt.

**Anhang E: Codierregeln nach Kuckartz/Rädiker, 2024a/2024b**

1. Es werden Sinneinheiten codiert. Diese können der Kern der Aussage als Teilsatz, ganze oder mehrere Abschnitte sein, je nachdem was für das Verständnis der Aussage wichtig ist.
2. Ist die relevante Information allein nicht verständlich, so muss für das Verständnis notwendiger Text vor und nach der relevanten Information mitcodiert werden.
3. Ist für das Verständnis die Interview- oder Verständnisfrage erforderlich, wird sie mitcodiert.
4. Es wird codiert, sobald die Definition der Kategorie erfüllt, d. h. genannt oder umschrieben ist.
5. Wiederholte Aussagen werden nur einmal pro Interview codiert, damit Häufigkeiten zwischen den einzelnen Interviewpartnern nicht durch häufige Nennungen in einem Interview verzerrt werden.
6. Wiederholte Aussagen erhalten ein Memo mit der Stelle, der sie bereits zugeordnet sind. Ist eine Textstelle aussagekräftiger oder ergänzend zur bereits codierten Textstelle, wird dies im Memo vermerkt.

**Anhang F: Kategoriensystem**

In dieser Übersicht werden alle Kategorien definiert, mit Ankerbeispielen untermauert und die Häufigkeiten der gefundenen Textstellen dargestellt. Die Ankerbeispiele werden blau hinterlegt und mit ausführlicheren Textstellen zur besseren Nachvollziehbarkeit des Kontextes dargestellt. Da sich diese zum Teil mit den verwendeten Zitaten aus Kapitel 6 überschneiden, werden einige ausführliche Textstellen in Anhang G dargestellt und hier ausschließlich die wichtigste Textstelle eingefügt.

| **Liste der Codes: Haupt-** und *Subkategorien* | **Definition** | **Ankerbeispiele** | **Häufigkeit** 660 |
|---|---|---|---|
| **Geheimhaltungsgründe**<br>Es werden Gründe codiert, die für die Geheimhaltung der Depression sprechen. Diese können explizit genannt oder umschrieben werden. | | | 0 |
| *negative Überzeugungen* | Codiert werden Überzeugungen und Einstellungen, aufgrund dessen die Erkrankung geheim gehalten wird, z. B. fehlende Akzeptanz der Erkrankung oder Bewertung dieser als zu intim. | I: hätte es für sie auch Gründe gegeben nicht von der Depression zu erzählen?<br>A: ich habe es ja vielen Menschen nicht erzählt, weil es halt doch in vielen Bereichen noch nicht anerkannt ist und ich halt auch für mich so gesagt hab: nicht jeder muss alles über mein Leben wissen also gerade halt so was Arbeitskollegen angeht. | 13 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Da war ich halt einfach nur krank und da wollte ich auch nicht, dass die weiter darüber Bescheid wissen, weil es ja schon eine sehr intime Information ist (7, Pos. 48-54) | |
| *geringe Symptom-schwere* | Betroffene erzählen nicht von ihrer depressiven Erkrankung, wenn sie diese nicht als einschränkend erleben und daher als nicht relevante Information für andere bewerten. | I: Das heißt, es eher umschreiben?<br>A: Ja, beziehungsweise den psychischen Part da eigentlich komplett rauslassen. Und wirklich nur auf die körperliche Erkrankung einzugehen, weil der hat eigentlich am meisten Einfluss auf mein Berufsleben (7, Pos. 287-290) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 1 |
| *Rücksicht* | Dieser Code wird vergeben, wenn Interviewpartner ihre Erkrankung verheimlichen, um andere nicht zu belasten oder damit sich andere keine Sorgen um sie machen. | Und das was noch zusätzlich belastend dazu kam, dass ich es meinen Eltern nicht weder sagen noch zeigen konnte, weil die sich dann zusätzlich Sorgen machen. Also das wollte ich auch vermeiden. Ich habe dann immer bloß gesagt, ja ich bin kaputt. Aber was wirklich mit mir los war, das kann ich dann meinen Eltern nicht zeigen und sagen. (2, Pos. 251-255) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G – Konsequenzen der Geheimhaltung) | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *stigmatisierungs- und bewertungsorientierte Ängste* | Betroffene haben Angst vor Stigmatisierung oder Bewertung, z. B. weil sie schon Stigmatisierung oder Mobbing erfahren haben, weil sie Verletzlichkeit zeigen könnten (Intimität und Scham). Auch Selbststigmatisierung, Glaubenssätze und fehlende Selbstakzeptanz der Erkrankung entstehen durch internalisierte gesellschaftliche Normen, prägende soziale Beziehungen und sind ein Abbild von Bewertungsprozessen, die Angst vor Scham auslösen. | A: […] Es gibt Sachen, die müssen sie nicht wissen, weil ich will auch nicht abgestempelt werden.<br>I: Was bedeutet abgestempelt werden? Wie stellen Sie sich das vor?<br>A: Die Stelle dann, wenn man jetzt sagt, man geht zum Bewerbungsgespräch und bricht da jetzt gleich raus, ich habe eine Depression, dass die einen dann halt von vornherein gleich mal ablehnen und das absagen. (9, Pos. 96-101) | 12 |
| *fehlende Ressourcen im Umfeld* | Ressourcen die fehlten, um die Geheimhaltung zu überwinden, z. B. Erwartung, dass Interesse, Verständnis und Unterstützung ausbleiben, wenn man die Depression offenlegen würde. | I: Was hätten Sie denn gebraucht, um sich da besser öffnen zu können, diesen Menschen?<br>A: Verständnis für mich halt einfach, dass es mir halt jetzt gerade nicht gut geht, ich dafür nichts kann, dass es jetzt gerade so ist, dass es mir gerade wirklich schlecht geht. Und das auch mal zu hinterfragen, bei sich selber dann zu hinterfragen, was man oder was, was die hätten tun können oder wie die einem | 18 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | hätten helfen können oder wie auch immer. Irgendwie sowas. Das hat einem wirklich gefehlt. (9, Pos. 30-37) | |
| **Konsequenzen der Geheimhaltung** | Es werden Erfahrungen codiert, die mit der Geheimhaltung der Depression gemacht wurden. | Aber was wirklich mit mir los war, das kann ich dann meinen Eltern nicht zeigen und sagen. Das war aber dann noch ein bisschen mit belastend dazu, das zu verbergen, dadurch, dass man nun so nahe beieinander wohnt und sich täglich über den Weg läuft. (2, Pos. 254-257) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G – Konsequenzen der Geheimhaltung) | 6 |
| **Offenlegungsgründe**<br>Es werden Gründe codiert, die für die Offenlegung der Depression sprechen. Diese können explizit genannt oder umschrieben werden. | | | 0 |
| *sichtbare Symptome* | Betroffene müssen ihre Erkrankung offenlegen, weil das Umfeld Veränderungen bemerkt. Betroffene wollen diese Veränderungen/Einschränkungen dann erklären. | I: Warum haben Sie sich dafür entschieden, das überhaupt offen zu legen, also das wie es Ihnen geht, auch wenn Sie es Burnout genannt haben?<br>A: Weil ich daraufhin angesprochen wurde, die, also es waren ja vorwiegend Freunde, haben ja gemerkt, dass es mir nicht gut geht oder haben mir das angesehen, weil ich konnte es nicht verbergen und ja, dann habe ich es halt mehr oder weniger | 13 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | erklärt, was mit mir ist, ja. (2, Pos. 32-37) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | |
| *beziehungsfördernde Ressourcen* | Betroffenen fällt es leichter, über ihre Erkrankung zu sprechen, wenn ihnen ihr Gegenüber mit Interesse, Verständnis und Empathie begegnet. Zudem werden hilfreiche Aspekte codiert, die der Person geholfen haben, ihre Gründe der Geheimhaltung zu überwinden und ihre Depression doch noch offenzulegen. | I: Gab es noch andere Familienmitglieder, denen Sie erzählt davon?<br>A: Ja, meinen Söhnen habe ich das erzählt. Ja (...) die haben oft gefragt, Mutti wie geht es dir? und ja (...)<br>I: Die haben schon Interesse gezeigt und das hat Ihnen geholfen, sich zu öffnen.<br>A: Ja, auf jeden Fall. (1, Pos. 94-99) | 9 |
| *persönliche Absichten und Überzeugungen* | Persönliche Absichten sind z. B. Unterstützung und Zuwendung erhoffen sowie Ehrlichkeit und Authentizität als Werte vertreten, weshalb die Erkrankung offengelegt wird. Dies ist abzugrenzen von Aufklärung, denn diese sind nicht-eigensinnig. | A: Ja, also ich bin da relativ offen, was das angeht. Oder zumindest ab dem Punkt, wo ich gemerkt habe, ohne Hilfe komme ich hier nicht mehr raus. (3, Pos. 10-11) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G – Konsequenzen der Offenlegung) | 20 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Aufklärung* | Dies meint Bemühungen, die Erkrankung Außenstehenden zu erklären, sie zu normalisieren und als gutes Beispiel voranzugehen. Persönliche Absichten, die am eigenen Zweck orientiert sind, sind davon abzugrenzen. | I: Warum haben Sie sich denn dafür entschieden, die Depressionen bekannt zu geben?<br>A: Naja, um auch so ein bisschen die Tabus dahinter aufzubrechen, weil es halt in der Gesellschaft ein großes Thema ist oder zurzeit halt auch immer größer wird. Und ich habe keine Lust dann in ein paar Jahren zu sagen, was, du hattest eine Depression, davon wusste ich ja gar nichts. Sondern direkt von vornherein mit offenen Karten spielen und je nachdem, wie das Gegenüber dann reagiert, weiß ich, okay, mit dem kann ich drüber reden oder mit dem halt auch nicht. Dass ich auch weiß, woran bin ich an der Person. Also nimmt die mich ernst mit dem, was ich mitteile oder versucht es eher runterzureden oder mir abzusprechen oder irgendwas. (3, Pos. 32-42) | 2 |
| **Dimensionen der Offenlegung**<br>Dieser Code beschreibt, wem, mit welchen Worten und in welchem Ausmaß die Person von ihrer Depression einer anderen Person erzählt hat. | | | 0 |
| *weiteres Umfeld und Fremde* | Dieser Code wird verwendet, wenn Betroffene gegenüber weiteren Personen außerhalb ihres Familien- und | Ich hatte ja ein Vorstellungsgespräch, wo ja dann auch schon /, weil durch den Behindertengrad sind ja dann extra immer schon welche mit drin, die dann gefragt haben, was braucht es jetzt | 11 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Freundeskreises von der Depression berichten sowie mit welchen Worten und in welchem Ausmaß. | für Sie, wenn Sie jetzt bei uns zum Beispiel Sekretärin wären, brauchen Sie einen höhenverstellbaren Tisch oder bla bla bla. Ja. Aber nie, ich sage nie Psyche. Ich sage schon jetzt stressbedingt. Stress macht ja auch viel, wo ich dann sage, also wenn ich jetzt zum Beispiel als Sekretärin, wenn ich mal ein wichtiges Telefonat habe mit einem Ministerium für Schule, dann brauche ich einen ruhigen Raum. Dann kann ich nicht Publikumsverkehr erfahren. So sage ich jetzt mal. (10, Pos. 100-106) | |
| *näheres Umfeld* | Dieser Code wird verwendet, wenn Betroffene gegenüber Familie (Partner, Kinder, Eltern, Angehörige) und Freunden von der Depression berichten sowie mit welchen Worten und in welchem Ausmaß. | I: Wie haben Sie denn dann davon erzählt, als es soweit war?<br>A: Na, es war ja sehr offensichtlich, dass es mir schlecht ging. Ich sah auch dementsprechend aus, dass man das nicht verheimlichen konnte. Und da habe ich einfach beschlossen, das ganz offen zu kommunizieren. So, ich habe mir jetzt Hilfe gesucht, ich gehe jetzt in die Tagesklinik und habe da ganz offen in meinem Freundeskreis drüber gesprochen.<br>I: Haben Sie Depressionen verwendet oder haben Sie es umschrieben, die Erkrankung?<br>A: Ich habe das richtig Depressionen gesagt. (1, Pos. 16-24) | 21 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Konsequenzen der Offenlegung**<br>Es werden Erfahrungen erfasst, die Befragte mit Offenlegung erlebten. | | | 0 |
| *negative Erfahrungen* | Es werden Erfahrungen codiert, die mit der Offenlegung der Depression gemacht wurden und die Befragte als nicht hilfreich, unschön etc. empfanden. Laut Forschungsstand könnten dies z. B. Distanzierung, Schuldvowürfe, fehlendes Verständnis etc. sein. | I: Haben Sie konkret gesagt, dass Sie eine Depression haben oder haben Sie es umschrieben?<br>A: Ich habe gesagt, ich habe eine Depression und da sind dann eben Fragen gekommen, na was ist denn eine Depression? Wie äußert denn sich das? Und da bin ich nicht tief ins Detail gegangen, habe aber so ein paar Bruchstücke eben gesagt, weil es sind ja doch, wie jetzt speziell in der Klinik, ganz fremde Menschen gewesen und die haben es einfach nicht verstanden. Die haben gesagt, na gut, euch kann ja auch keiner in den Kopf gucken, ihr könnt ja sonst was erzählen.<br>I: Ihnen wurde auch nicht geglaubt.<br>A: Ja.<br>I: Und bezüglich dem Bekanntenkreis, wenn Sie jetzt mal so gesagt haben, es klang gerade so abwertend so, na was ist denn eine Depression? Nicht so verständlich von neugierig, sondern es klang abwertend.<br>A: Abwertend, ja. Einfach nur abwertend. (4, Pos. 46-59) | 62 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *positive Erfahrungen* | Es werden Erfahrungen codiert, die mit der Offenlegung der Depression gemacht wurden und die Befragte als hilfreich, unterstützend etc. empfanden. Laut Forschungsstand könnten dies z. B. Unterstützung, Verständnis etc. sein. | I: Haben Sie den anderen mitgeteilt, dass Sie eine Depression haben?<br>A: Also direkt, dass ich eine Depression habe, so direkt war es nicht. Ich habe mitgeteilt, dass ich an Burnout erkrankt bin und deswegen zu Hause bin. Daraufhin kamen mir auch ganz viel zurück, dass es andere schon haben. Die haben es wahrscheinlich eher verschwiegen. Ich war dann sehr überrascht, wie viele das schon getroffen haben, auch im Bekanntenkreis. Und bin damit aber relativ offen umgegangen, was nicht immer Sinn gemacht hat. Also im näheren Umfeld ja, auch immer die Unterstützung und das Verständnis, das war gegeben. Im weiteren Umfeld wurde es dann vielleicht schon schwieriger. Es sei denn, man hat sich mit jemandem unterhalten, der Ähnliches erlebt hat. Dann ging das. Aber viele andere können das nicht so nachvollziehen. […] (5, Pos. 8-18) | 38 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen**<br>Lebensbereiche beschreiben Kontexte des Lebens und soziale Gefüge. | | | 0 |
| *Familie und Partnerschaft* | Hierunter werden alle Familienangehörigen der Befragten und des Partners zugeordnet, z. B. Schwiegermutter, Mutter. Es werden sowohl Ex-Partner als auch Partner inbegriffen, welche in der beschriebenen Stigmatisierungssituation gemeint waren. | A: Gar kein Interesse. Und wenn ich mal von mir aus drüber geredet habe, war das eher so ein, na kommst du dir da nicht dumm vor, wenn du über sowas redest?<br>I: Vom Partner?<br>A: Vom Partner. Also es wurde dann halt nicht nur, also es war nicht nur fehlendes Interesse, sondern es wurde dann auch so ein bisschen abgewertet. Naja, das klingt so nach Kinderkram. (3, Pos. 239-244) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 21 |
| *Freundeskreis* | Hierunter werden alle Personen zugeordnet, welche die Befragten als Freunde bezeichnen. | Im Freundeskreis war es so, manche hatten Verständnis bis zum gewissen Punkt und manche gar nicht. Weil die hatten eben das so verstanden, dass ich eben geistig nicht mehr auf der Höhe bin. Dass ich nicht mehr klar denke, dass ich nicht mehr selber entscheiden kann. Also dass man eben, die haben Depressionen so verstanden, als wenn man jetzt eine geistige Erkrankung hat. Also gestört ist, total gestört ist. Und haben sich dann eben auch zurückgezogen. Ja, du kannst das ja eh nicht mehr und | 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | "bibbibb". (4, Pos. 26-39) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | |
| *Gesundheitssystem* | Hierzu zählt Gesundheitspersonal, z. B. Arzt, Psychologe etc. | I: Welche Aspekte der Stigmatisierung empfanden Sie im Verlauf der Erkrankung als besonders belastend?<br>A: Dass man selbst teilweise von Psychologen, bei einer Psychologin, bei der ich als erstes war, nicht ernst genommen wird. Und das empfand ich als schlimm. Menschen, die dir eigentlich helfen sollten und das eigentlich nicht machen. Die das gar nicht erkannt haben. Wo es eigentlich schon kurz vor knapp war.<br>I: Können Sie mir denn noch genauer davon erzählen, wie sie es nicht ernst genommen hat?<br>A: Sie hat gemeint: Das ist ja auch nichts. Das ist nichts. Da IST NICHTS! Wo ich gesagt hab, dass ich auch gerne in die Tagesklinik gehen möchte. Das brauchen Sie nicht. Das geht auch so wieder weg. Sie müssen dann nichts nehmen. Nee, das geht schon.<br>I: Dass Ihre Hilfesuche abgelehnt wurde. | 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | A: Ja. Weil ich bin ja nicht krank. Ich hab ja nichts. Ich hab wirklich nichts. Nein. Die haben das ja dann in der Tagesklinik erst diagnostiziert. Die Depression.<br>I: Also nicht ernst genommen werden, das ist für Sie besonders belastend.<br>A: Und ich hatte das schon mal. Das war auch 2010, 2011. War auch schon mal bei einem Psychologen, aber bei einem anderen. Bei dem war das genau dasselbe. Deswegen war ich dann Jahre lang nicht / hätte ich weitergehen müssen (unverständlich). Da wäre das jetzt vielleicht auch nicht ganz so ausgeartet. Und ja. Der hat mich halt auch nicht ernst genommen.<br>I: Wie haben Sie sich denn da gefühlt? (9, Pos. 224-245) | |
| *Arbeitskontext* | Hierzu zählen Vorgesetzte und Kollegen. | Durchaus, durchaus. Also, ob das mit meinem ehemaligen Arbeitgeber war, (...) wo ich vor langer, langer Zeit gearbeitet habe, also vor 2010, 2011 (...) der dann auch gemeint hat, ich bin ja, soll mich nicht so anstellen, ich bin, bin nur ein bisschen irre, was soll das jetzt (...) so auf Arbeit kommen, oder ja. (9, Pos. 153-156) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G – Familie und Partnerschaft) | 6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Fremde und entfernte Bekannte* | Hierzu zählen alle Personen, die nicht unter den anderen Subkategorien codiert werden konnten. | Und da kamen dann eben so die Sprüche „Ach, Etage 3, das sind ja die Gestörten, das sind ja die Weggeschlossenen". Und man hat dann auch gemerkt, die Anfangstage, die Menschen, die man da kennengelernt hat, mit denen hat man sich eigentlich gut verstanden. Man hat gedacht, man hat ein Draht, aber wo die dann mitbekommen haben, auf welcher Etage man untergebracht ist, wurde man dann eben, wie soll ich mal sagen, von der Seite angeguckt und die haben sich dann eben auch entfernt. (4, Pos. 37-42). (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 12 |
| **emotionale Herausforderungen**<br>Es werden Auswirkungen der Stigmatisierung aufgrund der Depression auf die Emotionen der Befragten codiert. Emotionen sind zeitlich begrenzte, intensive subjektive Empfindungen als Reaktion auf eine Situation oder ein Objekt (vgl. Finke 2023). Diese können explizit genannt, umschrieben oder vom Interviewer übersetzt und der Befragten bejaht werden. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie kognitive/soziale Herausforderungen gibt, ist entscheidend, ob die Person von einem Gefühl spricht. | | | 0 |
| *nach außen gerichtete Emotionen* | Codiert werden Emotionen, die Befragte gegenüber einer anderen Person empfinden und nach außen richten, z. B. Wut, Aggression und Enttäuschung. | I: Was haben Sie in Ihrem Moment gefühlt? Bei dem Satz "Urlaub machen"?<br>A: Wütend, ich war wirklich richtig wütend. Also ich glaube, ich habe auch ein halbes Jahr, dreiviertel Jahr nicht mit der | 11 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | gesprochen. Es ist jetzt immer noch so auf Abstand, ne? Aber ich muss hier nicht / Also man grüßt sich, man kann auch freundlich mal so ein kurzes Gespräch, wenn ihr jetzt Kranzbinden ist oder sonst irgendwas ist, aber keinen näheren Kontakt. I: Gibt's noch weiter Emotionen, die aufkommen, wenn Sie stigmatisiert werden? (5, Pos. 269-275) | |
| *nach innen gerichtete Emotionen* | Codiert werden Emotionen, welche Befragte gegenüber sich selbst empfinden, gegen sich selbst richten und nicht zwingend nach außen sichtbar sind, z. B. Scham, Angst, Einsamkeit. | A: Traurigkeit. Dieses, ja, ausgeschlossen sein, ne? Also dieses Gefühl von Ausgrenzung, traurig, wütend. Wenn mir manche vielleicht auch wichtig waren, die es nicht so ganz verstehen, auch so ein bisschen Enttäuschung. Ja, also das, ja, also in dieser Palette. (5, Pos. 276-279) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 54 |
| **kognitive Herausforderungen**<br>Hierunter werden bewusste Gedanken codiert, welche die Befragte infolge der Stigmatisierung aufgrund der Depression gehabt habe (vgl. Schmithüsen/Ferring 2015). Diese können explizit genannt, umschrieben oder vom Interviewer übersetzt und der Befragten bejaht werden. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie emotionale/soziale Herausforderungen gibt, ist entscheidend, ob die Befragte diesen Satz als Gedanke formuliert hat. | | | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Selbstzweifel und -vorwürfe* | Es werden Zweifel oder Vorwürfe codiert, die Befragte an sich selbst adressieren, z. B. Schuld und Kritik für die Erkrankung | A: Wahrscheinlich hab ich das verdient. Keine Ahnung. Vielleicht muss das so sein. Vielleicht bin ich ja wirklich verrückt. (lacht) (9, Pos. 208-209) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 12 |
| *Widerstand* | Es werden Gedanken codiert, sich diesen Umgang mit sich nicht gefallen zu lassen und sich zu wehren. | A: Ja, es gab manchmal so kleine Situationen. Ich war so impulsiv wahrscheinlich mal. Ja, dann gesagt wurde, lass dich mal untersuchen. Ja, ich weiß nicht ob das Stigmatisierung ist?<br>I: Also so nach dem Motto, dein Verhalten ist nicht normal, was du zeigst. Jetzt geh mal zum Arzt?<br>A: Mhm.<br>I: Aber das ist nicht so fürsorglich, sondern eher abwertend klang das?<br>A: Ja. Ja, ja.<br>I: Wie haben Sie sich da gefühlt?<br>A: Na noch mehr angegriffen.<br>I: Was ging Ihnen da durch den Kopf?<br>A: Na, das soll ich mir halt nicht gefallen lassen. Ich hab gekontert.<br>I: Sie haben gekontert? | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | A: Ich weiß jetzt nicht mehr, was ich im Einzelnen gesagt habe. Aber ich habe mich jetzt nicht zurückgezogen ins Schneckenhaus. Nein. Ich hab Paroli geboten (Wiederstand). (2, Pos. 170-186) | |
| *Überforderung & Erschütterung* | Es werden Textstellen codiert, in denen Befragte erschüttert sind oder auf Anhieb keinen Gedanken dazu aus Überforderung haben. | I: Was ging Ihnen da durch den Kopf?<br>A: Eigentlich, das kann man schlecht in Worte fassen, eben die Traurigkeit, fassungslos auch so ein bisschen da drüber. (4, Pos. 239-241) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 7 |
| *negative Erwartungshaltung* | Diese Kategorie wird vergeben, wenn Befragte ihre Chance gering bewerten, Verständnis oder Unterstützung zu bekommen. | I: Und bei der Mutti, als die Mutti sagte "du bist wie dein Vater"? (hat auch Depression)<br>A: Ich habe gar nicht reagiert, weil das kam ja über zwei, drei Ecken. Sie hat es mir ja nicht direkt selber gesagt. Irgendwann hatte ich noch mal Weihnachten, vor Weihnachten einen Brief im Briefkasten mit ganz vielen Seiten. Den habe ich bis heute nicht gelesen. Den habe ich nur lesen lassen. Auch daraufhin steht wieder drin, ich schiebe alles auf meine Erkrankung. Das habe ich durch meinen Papa lesen lassen und durch eine Freundin. Mir war der Brief zu anstrengend. Das waren vier Seiten. Und ich wusste von Anfang an, es kommen wieder | 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Vorhaltungen, Sachen, die sie so sieht, wie sie sieht, die ich sowieso nicht so sehe. Also lasse ich das einfach weg und habe daraufhin trotzdem ihr geantwortet, ohne dass ich wusste, was alles drin steht und habe einfach gesagt, ich wünsche ihr alles Gute und habe den Kontakt für mich so, wie es jetzt gerade ist, abgebrochen. Weil ich entschieden habe, ich möchte mich nicht mal erklären. […]. (6, Pos. 208-211) | |
| **soziale Herausforderungen**<br>Hierunter werden Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe und Gestaltung sozialer Beziehungen von Befragten codiert, die Folge von Stigmatisierung sind. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie emotionale/kognitive Herausforderungen gibt, ist entscheidend, ob die Befragte von einer Tat einer anderen Person spricht. | | | 0 |
| *Kritik und fehlende Unterstützung* | Dieser Code wird vergeben, wenn Befragte kritisiert werden (z. B. Schuldvorwürfe) und keine Unterstützung erhalten. Äußern Befragte, dass sie sich schuldig fühlen, ist dies unter emotionale Herausforderungen zu codieren. | Ich bin bei vielen Leuten, die sich damit auskennen, auf Verständnis gekommen und bei Leuten, die es eben nicht verstehen, bezüglich meiner Mama vielleicht, würde ich an erster Stelle nennen, das war Ablehnung. Die hat es, glaube ich, versucht zu verstehen, aber sie kann damit nicht mitfühlen, weil die nicht so empathisch ist und somit hat sie dafür kein Verständnis, was ich gehofft hatte, gezeigt. Heißt jetzt nicht, dass sie sich vielleicht nicht belesen hat, aber sie ist halt nicht so ein | 22 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | einfühlsamer Mensch und (puh atmet aus) somit heißt es immer, du machst dir das selber, du bildest dir das nur ein oder wie auch immer und somit habe ich das im Raum stehen lassen und habe darüber nicht viel erklären wollen mehr. Ich habe das für mich akzeptiert, ich muss es akzeptieren und das mache ich auch und ich mache auch viel, damit es mir besser geht, sonst würde ich nicht hier sitzen, aber ich möchte darüber mich nicht ständig erklären wollen. Und wenn jemand das nicht versteht, wird er aussortiert. (6, Pos. 29) | |
| *Unwissenheit* | Hierunter wird codiert, wenn Befragte es als belastend beschreiben, wenn andere oder sie selbst wenig/kein Wissen über Depression haben und sie sich erklären bzw. zuerst informieren müssen. | I: Gab es denn Herausforderungen, denen von der Depression zu erzählen?<br>A: ja, das den anderen gegenüber irgendwie greifbar zu machen. Also bei meinem Partner war das nicht notwendig, weil er es einfach selber kannte. Aber jetzt wie bei meinen Eltern oder freunden dann irgendwie zu beschreiben wie man sich denn fühlt oder wie das ganze halt eigentlich so ist, ist ziemlich schwer und ich sage auch jetzt noch: jemand der nie Depression hat wird das nicht nachvollziehen können wie man sich fühlt. Daher ja sie haben es versucht und waren verständnisvoll | 6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | aber verstanden hat das glaube ich halt außer meinem Partner keiner.<br>I: Was hat ihnen geholfen diese Herausforderungen zu überwinden? (7, Pos. 34-43) | |
| *verminderte Beziehungsqualität* | Diese Kategorie wird vergeben, wenn Befragte eine Distanzierung in der Beziehung erleben, z. B. durch Geheimhaltung der Erkrankung sowie Ausgrenzung oder einer Verschlechterung sozialer Beziehungen. | I: Und wie war das als Sie das erzählt haben?<br>A: Mein Partner war sehr verständnisvoll, weil er selber Depression hatte und mit der ganzen Symptomatik da vertraut ist und er mir auch von Anfang an halt auf seine Unterstützung zugesichert hat. Bei meinen Eltern war es etwas schwieriger, weil gerade auch meine Mom mit psychischen Erkrankungen nicht viel anfangen kann. Einfach weil sie halt auch noch aus einer Generation kommt, wo sowas halt einfach nicht gab und da nicht drüber gesprochen wurde. mein Dad war da wesentlich offen dazu einfach, weil er selber schon in Behandlung gewesen ist. Zwar nicht wegen Depression, aber trotzdem wegen der psychischen Erkrankung. ja und da hat das insgesamt dem Verhältnis zu meiner Mom ziemlichen Abbruch getan und die anderen engsten Freunde denen ich es erzählt habe die haben auch sehr verständnisvoll reagiert. (7, Pos. 11-22) | 21 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Beschädigung der sozialen Identität* | Codiert werden bekannte Vorurteile und das wahrgenommene gesellschaftliche Bild über die Depression oder die eigene Person mit Depression. Dies können Eigenschaften, Verhaltensweisen, Bedeutungen für oder Umgangsweisen in der Gesellschaft sein, z. B. faul sein. Ausnahme: Werden Befragte direkt als faul beschimpft, wird dies der Kategorie Kritik zugeordnet. Hier werden lediglich bekannte oder wahrgenommene Vorurteile codiert. | Und dass man eben so hingestellt wurde, dass man eben zu nichts mehr fähig ist und nichts mehr auf der Reihe kriegt und nichts mehr kann. Das war eigentlich so wirklich das Schlimmste. (4, Pos. 272-276) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 29 |
| *Haltung zu Vorurteilen* | Es werden alle Äußerungen codiert, inwiefern sie den gesellschaftlichen Vorurteilen zustimmt oder nicht, um Selbststigmatisierung zu erfassen. | A: Es gab Phasen, in denen ich mir nicht sicher war. Und da habe ich auch mit meiner Ärztin darüber gesprochen. Ist das jetzt ein Symptom, gerade dieses sich nicht aufraffen können und dieses Trägesein und diese Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit. Ist das jetzt eine Form von Faulheit oder ist das ein Zeichen der Erkrankung? Und da war ich mir manchmal selber nicht sicher, was es jetzt wirklich ist. (2, Pos. 85-90) (ausführlich siehe | 22 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Textausschnitte Anhang G - Beschädigung der sozialen Identität) | |
| **emotionale Strategien**<br>Emotionale Strategien helfen, die emotionale Belastung auszudrücken, zu regulieren oder zu verändern und dadurch das innere Gleichgewicht wiederherzustellen (vgl. Rusch 2019). Diese können explizit genannt, umschrieben oder vom Interviewer übersetzt und der Befragten bejaht werden. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie kognitive/soziale Strategien gibt, ist entscheidend, dass die Befragte von einer Tätigkeit oder einem Gefühl spricht. Dies sind nicht Gedanken. | | | 0 |
| *Selbstfürsorge* | Dieser Code wird vergeben, wenn sich Betroffene etwas Gutes tun, für sich sorgen etc., um sich besser zu fühlen. | I: Gibt es noch was anderes, was Sie dann taten in dem Moment?<br>A: Na, ich habe eben innerlich, habe ich mir immer versucht, dem Mut zuzusprechen, wie ich es eben gerade schon erwähnt hatte. Und habe dann eben wirklich versucht, mir alleine, weil ich ja dann alleine irgendwie auch war, mir alleine was zu suchen, was mir eben gut tut. Wie eben, was ich bis heute noch mache, meine regelmäßigen, ausgedehnten Spaziergänge, das ist eben das, was mir eben wirklich gut tut. Solche Dinge eben halt. Oder habe mich auf meinen Garten konzentriert. So was dann halt. War zwar manchmal nicht so einfach, habe mich | 7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | dann teilweise auch dazu gezwungen. Aber man musste ja irgendwie wieder auch aus dem Loch oder aus der Traurigkeit versuchen rauszugehen. (4, Pos. 252-261) | |
| *Aktivierung positiver Emotionen* | Es werden angenehme Emotionen wie Stolz und Dankbarkeit codiert, die Befragte nutzen, um auf ihr Wohlbefinden einzuwirken und die Bedeutung der Erkrankung und der Stigmatisierung zu verändern. | Und auch die zwei Reha-Aufenthalte haben mich da sehr bestärkt und ich bin eigentlich wirklich froh, dass ich jetzt überhaupt so hier sitze ohne Medikamente, dass ich jetzt wieder so bin, wie ich jetzt im Moment bin. Und ich bin darüber so glücklich. Muss ich echt sagen. Also als faul habe ich mich da gar nicht gesehen, weil ich an mir gearbeitet habe. (4, Pos. 199-203) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 4 |
| **kognitive Strategien**<br>Zu kognitive Strategien gehören Gedanken, Schlussfolgern, Problemlösen, Urteilen, Entscheidungen und Neubewertungen (vgl. Schmithüsen/Ferring, 2015). Diese können explizit genannt, umschrieben oder vom Interviewer übersetzt und der Befragten bejaht werden. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie emotionale/soziale Strategien gibt, ist entscheidend, dass es ein Gedanke ist. Das Ziel des Gedankens ist nebensächlich (Emotionsregulation, Handlung planen, etc.). | | | 0 |
| *Ignorieren* | Diese Kategorie wird vergeben, wenn Befragte zu der Erkenntnis kommen, dass | Situation mit Schwester an der Rezeption beim Hausarzt: | 4 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | sie die Person oder Stigmatisierung ignorieren und nicht darauf reagieren wollen. | Und ich hatte sie gebeten, sie soll mir den Termin noch bitte aufschreiben. Und da hat sie zu mir gemeint, vor den ganzen Patienten, ganz viele ältere Leute, Ja, Frau X, Sie sind dann den ganzen Tag zu Hause. Sie werden sich doch wohl den Termin bis zum Auto runter merken können und schreiben sich das im Auto auf. Und da habe ich gesagt, ich vergesse das bis zum Auto runter. Ich sage, mein Kopf ist voll. Ich sage, wären Sie so nett und schreiben es mir bitte auf. Also da habe ich mich echt total niedergemacht gefühlt. Das war mega blöd von der. Und ich glaube, die hat sich da gar kein Kopf gemacht, was sie da geäußert hat. Aber was das ausgelöst hat in mir, das war übelst schlimm. Das war auch wütend. Ich habe mich den ganzen Tag darüber / Jetzt würde ich es nicht mehr machen. Jetzt würde ich es versuchen zu ignorieren und gar nicht zu reagieren. Aber zu der Zeit hat mich das so verletzt und das war so anstrengend für mich, dass sie einfach nicht verstanden hat, mensch schreiben Sie es mir doch bitte auf. Ich habe kein Buch mitgehabt.<br>I: Hatte sie das Gefühl, das war auf die Depressionen bezogen?<br>A: Ja, natürlich, natürlich. Und sie wusste ja, dass ich krankgeschrieben bin. Natürlich habe ich das so empfunden. Und sie | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | hat es ja immer gemacht, aber sie war halt einfach pampig. Und dann so, die Leute drumherum, die haben mich auch an-geguckt. Also ich habe mich total unwohl gefühlt. (6, Pos. 225-235) | |
| *Neubewertung* | Es werden Bewertungen codiert, die Befragten helfen, Stigmatisierungserfahrungen eine neue Bedeutung zu geben, sie einzuordnen und zu relativieren/zu entkräftigen. | | 2 |
| *1) Akzeptanz und Abgrenzung* | Dazu gehören eine akzeptierende Haltung gegenüber der Stigmatisierungssituation, anderen Personen, sich selbst und der Erkrankung. Dies ermöglicht Distanzierung von Stigma. Akzeptanz bedeutet, dass Betroffene erkennen, dass sie keine Kontrolle über ihr Gegenüber haben und distanzieren sich innerlich von einer möglichen Veränderung. Sie fokussieren sich auf Dinge, die tatsächlich in ihrer Kontrolle liegen, z. B. Selbstfürsorge. | Ich muss mich nicht mit Sachen beschäftigen, die mich eigentlich runterziehen würden, an dem Punkt, wo ich vielleicht einen schönen Tag haben könnte. Also ich lasse es dann, ja, lasse die Menschen ihr, weil dann ist es denen ihr Thema, Entschuldigung, nicht meins. (5, Pos. 452-455) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 27 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *2) günstige Vergleiche* | Dieser Code wird vergeben, wenn es Betroffenen hilft, sich positiv zu vergleichen, z. B. zu erkennen, dass auch andere erkranken können und man selbst nichts dafür kann. | Naja, dass ich dann eben manchmal eben denke "hoffentlich erwischt es euch nicht mal" so in der Art, das hilft mir so ein bisschen. (4, Pos. 308) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 6 |
| *3) Perspektivwechsel* | Betroffene versetzen sich in die Lage des Gegenübers, um sein Unverständnis/seine Reaktion zu verstehen. | Also bei seinem Opa ist es mir einfacher gefallen, zu sagen, es liegt am Alter. Also ich habe es ein bisschen entschuldigend aufs Alter geschoben. Weil das eine ganz andere Generation war, die haben das halt totgeschwiegen, da wurde nicht drüber geredet. Da konnte ich noch so ein bisschen verstehen, dass da nicht so das Wissen oder die Empathie da war. (3, Pos. 393-397) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 10 |
| *Zielorientierung* | Diese Kategorie wird vergeben, wenn Befragte sich durch eigene Ziele von Stigmatisierung ab-grenzen und auf sich konzentrieren können. | I: Gibt es noch weitere Strategien, die Ihnen da geholfen haben, mit der Stigmatisierung umzugehen?<br>A: Nee, eigentlich nicht. Eigentlich wirklich nur zu versuchen, nicht so viel über das nachzudenken, was sie denken oder nicht denken, sondern mein Ziel zu verfolgen und mir eben was Gutes zu tun, soweit es geht. Mehr eigentlich nicht. Weil ich bin der Meinung, viel mehr kann man vielleicht auch gar nicht machen. | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Ich habe wirklich versucht, das von mir wegzuschieben, fernzuhalten, Eigenschutz. Das war für mich so der richtige Weg. Ob er wirklich richtig war, weiß ich nicht, aber (...) /<br>I: Fühlt es sich denn für Sie gut an?<br>A: Für mich jetzt so im Moment, ja. (4, Pos. 322-332) | |
| *positive Selbstinstruktion* | Hierunter wird erfasst, wenn Befragte sich selbst gut zusprechen, z. B. um optimistisch zu bleiben, sich zu trösten oder Mut/Hoffnung zu entwickeln. | Und habe eben versucht, dann innerlich mich irgendwie zu trösten und eben zu sagen, das wird schon wieder, findest eben vielleicht andere Freunde oder Bekannte und wenn nicht, dann musste ich das eben auch irgendwie hinkriegen. (4, Pos. 244-247) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 9 |
| **soziale Strategien**<br>Soziale Strategien beziehen sich auf Kommunikation, Unterstützung oder Interaktionsverhalten in sozialen Beziehungen (vgl. Reichhart/Pusch 2023). Diese können explizit genannt, umschrieben oder vom Interviewer übersetzt und der Befragten bejaht werden. Wenn es Überschneidungen zur Kategorie emotionale/kognitive Strategien gibt, ist entscheidend, dass es mit sozialen Interaktionen geschieht. Das Ziel des Gedankens ist nebensächlich (Emotionsregulation, Handlung planen, etc.). | | | 0 |
| *sozialer Rückzug* | Der Code wird vergeben, wenn Befragte Situationen, Personen etc. in Folge von | Und wenn jemand das nicht versteht, wird er aussortiert. (6, Pos. 29) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 20 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Stigmatisierung vermeiden oder verlassen, u.a. auch durch Geheimhaltung oder Themenwechsel. | | |
| *Unterstützung und Gespräche* | Der Code wird vergeben, wenn Befragte durch Familie, Freunde etc. bei der Bewältigung der Stigmatisierung Unterstützung erhalten oder mit diesen darüber sprechen können. | I: Gibt es noch weitere Strategien, die Ihnen gut tun im Umgang mit Stigmatisierung?<br>A: Einfach drüber reden. Einfach die Friss- oder Stirb-Methode. Ich rede mit dir, du lässt dich drauf ein oder du kannst dich nicht drauf einlassen. Einfach so. Weil anders (...) Wie soll man sich sonst wehren? Eine andere Idee hätte ich dazu nicht.<br>I: Welche Gedanken haben Sie jetzt noch dazu zum Abschluss im Interview? (1, Pos. 252-259) | 30 |
| *Aufklärungsarbeit und Widersprechen* | Hierunter wird codiert, wenn Befragte sich wehren und ihr Gegenüber über die Erkrankung aufklären. Dazu gehört auch, eigene Gefühle und Bedürfnisse auszusprechen, z. B. die erlebte Ungerechtigkeit und Wut bei Stigmatisierung. | A: Bei dem Opa habe ich schon versucht, so ein bisschen Aufklärung zu leisten, beziehungsweise so weit wie es mir möglich war in dem Moment, zu sagen, dass es halt nicht einfach nur so ein bisschen traurig sein ist, sondern dass es halt tiefer greift und auch nicht wirklich nur damit geheilt werden kann, dass man einfach mal öfter rausgeht. (3, Pos. 267-271) (ausführlich siehe Textausschnitte Anhang G) | 14 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **weitere Strategien** | Es werden ergänzende Strategien erfasst, die nicht zu den emotionalen, kognitiven oder sozialen Strategien gehören. | I: Jetzt würde mich interessieren, wie Sie so damit umgehen, was Sie so für Strategien und Ressourcen haben. Gibt es denn da etwas, was Ihnen hilft, wenn Sie sich so minderwertig fühlen oder faul, dass Sie sich dann besser fühlen, wertvoller?<br>A: (lacht) Naja, wertvoller (...) Meistens, wenn es mir schlecht geht, mache ich Sachen, die nicht so gut sind für mich. So wie (...) naja, die Dinge, die mir schaden, so wie Selbstverletzung oder zu viel Geld ausgeben oder Skinpicking oder irgendein Zeug. (8, Pos. 142-148) (=Selbstverletzung) | 5 |
| **Blumen am Wegesrand** | Es werden wichtige Aspekte codiert, die nicht relevant für diese Forschung, aber vielleicht als Ergänzung verwendet werden können. | I: Und Sie sprachen vorhin von Therapie: war das da auch irgendwie Thema?<br>A: Bei der ambulanten Therapie oder bei allen?<br>I: Allgemein was Sie bisher an Behandlung hatten?<br>A: So richtig Stigmatisierung war jetzt nicht speziell Thema. Klar man hatte so irgendwo in anderen Themen so den Part der Vorurteile von anderen so mit drin. Aber nicht dass wir es jetzt explizit irgendwie thematisiert haben.<br>I: In welchen anderen Bereichen war das mit drin? Was hat da Berührungspunkte dazu? | 9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | A: Gerade im Bereich gewaltfreie Kommunikation. (7, Pos. 222-230) | |
| *Erleben der Depression* | Beschreibungen und Symptome, wie eine Person die Depression erlebt. Diese Kategorie wird nur ausgewerten, wenn sie die anderen Kategorien ergänzen kann, da sie für die Forschungsfragen weniger relevant ist. | A: Also was mir richtig geholfen hat am Anfang, das war die Tagesklinik. Weil man da richtig erfahren hat, weil darüber gesprochen wurde, was ist die Krankheit, was gibt es für verschiedene Symptome. Bei jedem kann das anders aussehen. Es ist eine Krankheit, man schämt sich nicht dafür. Und diese ganzen Sachen habe ich dann tatsächlich erst in der Tagesklinik gelernt. Und das hat mir extrem geholfen, dann später auch im Freundeskreis darüber zu reden und so weiter und so fort.<br>I: Das heißt, Sie haben sich im ersten Moment, als Sie die Depression diagnostiziert bekommen haben oder das so durchlebt haben, sich geschämt?<br>Ich wusste ja nicht, was los war. Ich bin ja komplett heulend zusammengebrochen. Es ging ja überhaupt nichts mehr. Ich war total hilflos, wusste nicht, was ich machen sollte. Und dann ist es ja auch nicht sehr hilfreich. Ja, ich habe dann in meiner Verzweiflung rumtelefoniert, weil man soll sich ja Hilfe holen. Und es war einfach keine Hilfe da. Ich wurde überall abgelehnt, | 32 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | streckenweise auch mit ziemlich sonderbaren Kommentaren. Ja und das fand ich eigentlich richtig schlimm. Dass keiner, alle Psychologen, alle Ärzte, kein Termin nichts, gar nichts (...) Und da war ich dann so verzweifelt […] (1, Pos. 170-187) | |
| *Bewältigung der Depression* | Was hat geholfen, mit der Depression umzugehen? Diese Kategorie wird nur ausgewertet, wenn sie die anderen Kategorien ergänzen kann, da sie für die Forschungsfragen weniger relevant ist. | I: Gibt es etwas, was Ihnen geholfen hat, auf Ihre Gefühle einzuwirken, um sich mehr friedvoll oder zuversichtlich zu fühlen?<br>A: Ja, natürlich. Diese ganzen Therapien. Man hat ja, ich sage es einfach mal, 100 Vorschläge gekriegt, was man machen könnte. Und man muss sich einfach drauf einlassen und muss es ausprobieren und gucken, was passt zu mir, was funktioniert bei mir, was funktioniert nicht. Und man muss es einfach, ich sage es einfach mal, genießen. Weil ich finde es toll, ich sage es einfach mal, Müll weg rauszuatmen. Ja, das funktioniert und mh. (1, Pos. 237-244) | 7 |
| **zitierfähige Textstellen** | Besonders gelungene Darstellung eines wichtigen Aspektes hinsichtlich des Themas oder der Forschungsfragen. | I: Abschließend, welche Gedanken haben Sie dazu noch?<br>A: Es müsste viel, viel mehr Aufklärung geben in Sachen Depressionen. Ich sage mal, es ist jetzt gut, Zeichen zu Social Media da gibt es ja viele, die dann über ihre Depression sprechen. Das müsste auch einfach im Fernsehen einfach öfters mal | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | drüber gesprochen werden und aufgeklärt werden, dass das halt teilweise auch nicht immer gleich zu erkennen ist, dass ein Mensch Depressionen hat. Er kann nach außen super happy sein und du kannst nicht in den hinein gucken, was in die Menschen vorgeht. Und da müsste viel mehr aufgeklärt werden, dass es gar nicht mehr dazu kommt, dass die Leute, die dann für verrückt abstempeln oder wie auch immer. Die brauchen einfach nur Hilfe. Das ist eigentlich nur ein Schrei nach Hilfe und man sollte die nicht verurteilen, nur wenn man vielleicht mal ein bisschen anders ist.<br>I: Gibt es noch etwas, das ich hätte fragen sollen? (9, Pos. 306-315) | |

**Anhang G: Transkriptionsauszüge der verwendeten Zitate**

Um den Kontext der verwendeten Zitate zu verstehen, sind hier die Transkriptionsauszüge ausführlicher dargestellt. Die verwendeten Zitate aus Kapitel 6 sind blau hinterlegt. Die Ankerbeispiele aus Anhang F überschneiden sich zum Teil mit diesen, weshalb sie nicht farbig hinterlegt sind.

| Kategorie | Transkriptionsauszug |
|---|---|
| **6.1 Ergebnisse zu Gründen fehlender Offenlegungsbereitschaft** | |
| Negative Überzeugungen | I: hätte es für sie auch Gründe gegeben, nicht von der Depression zu erzählen?<br>A: ich habe es ja vielen Menschen nicht erzählt, weil es halt doch in vielen Bereichen noch nicht anerkannt ist und ich halt auch für mich so gesagt hab: nicht jeder muss alles über mein Leben wissen also gerade halt so was Arbeitskollegen angeht. Da war ich halt einfach nur krank und da wollte ich auch nicht, dass die weiter darüber Bescheid wissen, weil es ja schon eine sehr intime Information ist.<br>I: und wie ist das für sie das dann gewesen das dann gegenüber dem Arbeitgeber geheim zu halten? (7, Pos. 48-56) |
| | I: Was gab es für Sie für Gründe, die Depression geheim zu halten?<br>A: Um meinen Job nicht zu verlieren. Blicke oder, weiß ich nicht, dass die dann denken, die müssen anders mit mir umgehen? Und nach außen, also ich sage jetzt mal, war das eh schon immer so eine Sache, Gefühle zeigen. Also kann ich Ihnen noch nicht erklären, warum das immer so war, aber das war so, ich musste immer die Starke sein. Ja und das ging nicht. Mit dem Wissen von heute hätte das ja Schwäche gezeigt. (10, Pos. 64-70) |

| | |
|---|---|
| Geringe Symptom-schwere | I: Und wenn Sie jetzt in Praktika gehen und sich bewerben, Vorstellungsgespräche haben. Würden Sie da Ihre Erkrankung ansprechen?<br>A: Nein, also nicht als solche. Auch da ist der Punkt, ich würde eher meine körperliche Erkrankung einfließen lassen. Und auch da würde ich sie nicht explizit benennen, sondern halt einfach nur, dass ich aufgrund einer chronischen Erkrankung Einschränkungen habe und würde da die Depression auch eher als zweitrangig und dann halt da einfach mit einfließen lassen als das explizit zu erwähnen.<br>I: Das heißt, es eher umschreiben?<br>A: Ja, beziehungsweise den psychischen Part da eigentlich komplett rauslassen. Und wirklich nur auf die körperliche Erkrankung einzugehen, weil der hat eigentlich am meisten Einfluss auf mein Berufsleben.<br>I: Ja, verstehe ich. (7, Pos. 279-291) |
| Stigmatisie-rungs- und bewertungs-bezogene Ängste | I: Was gab es da für Sie für Gründe, die Depression geheim zu halten?<br>A: Scham (...) Angst vor Unverständnis und Ausgrenzung.<br>I: Wie geht es Ihnen damit, das geheim zu halten?<br>A: Ich kenne das ja nicht anders. Manchmal wünsche ich mir, glaube ich, schon, da einfach offener sein zu können, aber (...) also ich versuche, das dann anders zu verpacken, bei Freunden, die dann nicht so Bescheid wissen, versuche ich dann eher zu sagen (...) also eher meine Bedürfnisse zu kommunizieren, aber ich würde jetzt nicht sagen, ich habe Depressionen und deswegen ist das so und so. Ich würde eher sagen, es geht gerade nicht.<br>I: Was hätten Sie gebraucht, um sich da besser öffnen zu können? |

| | |
|---|---|
| | A: Ich glaube, dass Wissen so gut angenommen wird, dass ich da nicht irgendwie /ich glaube, ich hätte es nicht gesagt. (8, Pos. 42-53) |
| | I: Was gab es für Sie für Gründe, die Depression geheim zu halten?<br>A: Um meinen Job nicht zu verlieren. Blicke oder, weiß ich nicht, dass die dann denken, die müssen anders mit mir umgehen? Und nach außen, also ich sage jetzt mal, war das eh schon immer so eine Sache, Gefühle zeigen. Also kann ich Ihnen noch nicht erklären, warum das immer so war, aber das war so, ich musste immer die Starke sein. Ja und das ging nicht. Mit dem Wissen von heute hätte das ja Schwäche gezeigt. (10, Pos. 64-70) |
| Fehlende Ressourcen | I: Was hätten Sie denn gebraucht, um sich da besser öffnen zu können, diesen Menschen?<br>A: Verständnis (...) Verständnis für mich halt einfach, dass es mir halt jetzt gerade nicht gut geht, ich dafür nichts kann, dass es jetzt gerade so ist, dass es mir gerade wirklich schlecht geht. Und das auch mal zu hinterfragen, bei sich selber dann zu hinterfragen, was man oder was, was die hätten tun können oder wie die einem hätten helfen können oder wie auch immer. Irgendwie sowas. Das hat einem wirklich gefehlt.<br>I: Wie geht es Ihnen damit, dem Bekannten und dem Arbeitgeber gegenüber die Depression geheim zu halten? (9, Pos. 30-39) |
| Konsequenzen der Geheimhaltung | I: Abschließend interessiert mich noch, was Sie für Strategien und Ressourcen haben, um mit Stigmatisierung umzugehen. Gibt es Personen, die Ihnen da guttun?<br>A: Ja. Ich habe ein ganzes / Wie gesagt, mein Freundeskreis, die ja eh schon, also nicht alle von dem Leid erfahren, aber die meisten, die so verständnisvoll waren. Und ich meine, selbst wenn ich das jetzt nicht so angesprochen habe. Aber so wie ich mich eben gezeigt habe. Ich habe auch eine Freundin mit der konnte ich |

| | |
|---|---|
| | drüber reden. Auch wenn ich jetzt das Wort Depression nicht erwähnt habe. Aber ich denke mal, das musste ich in dem Moment auch nicht. Ja und doch mit meinem Bruder und meiner Schwägerin konnte ich drüber reden. Und das was noch zusätzlich belastend dazu kam, dass ich es meinen Eltern nicht weder sagen noch zeigen konnte, weil die sich dann zusätzlich Sorgen machen. Also das wollte ich auch vermeiden. Ich habe dann immer bloß gesagt, ja ich bin kaputt. Aber was wirklich mit mir los war, das kann ich dann meinen Eltern nicht zeigen und sagen. Das war aber dann noch ein bisschen mit belastend dazu, das zu verbergen, dadurch, dass man nun so nahe beieinander wohnt und sich täglich über den Weg läuft.<br>I: Das war besonders herausfordernd an der Erkrankung.<br>A: Ich meine, die kennen mich mein Leben lang. Die wissen schon, dass was irgendwas mit mir ist oder war.<br>I: Gab es eigentlich jemals die Befürchtung, wenn sie von der Depression sprechen, dann da stigmatisiert zu werden?<br>A: Also den Leuten gegenüber, mit denen ich gesprochen habe, nicht. (2, Pos. 241-263) |
| Sichtbare Symptome | I: Wie haben Sie denn dann davon erzählt, als es soweit war?<br>A: Na, es war ja sehr offensichtlich, dass es mir schlecht ging. Ich sah auch dementsprechend aus, dass man das nicht verheimlichen konnte. Und da habe ich einfach beschlossen, das ganz offen zu kommunizieren. So, ich habe mir jetzt Hilfe gesucht, ich gehe jetzt in die Tagesklinik und habe da ganz offen in meinem Freundeskreis drüber gesprochen.<br>I: Haben Sie Depressionen verwendet oder haben Sie es umschrieben, die Erkrankung?<br>A: Ich habe das richtig Depressionen gesagt. (1, Pos. 16-24) |

| | |
|---|---|
| | I: Warum haben Sie sich dafür entschieden, das überhaupt offen zu legen, also das wie es Ihnen geht, auch wenn Sie es Burnout genannt haben?<br>A: Weil ich daraufhin angesprochen wurde, die, also es waren ja vorwiegend Freunde, haben ja gemerkt, dass es mir nicht gut geht oder haben mir das angesehen, weil ich konnte es nicht verbergen und ja, dann habe ich es halt mehr oder weniger erklärt, was mit mir ist, ja.<br>I: Und dann kamen da Rückfragen dazu, na ist das dasselbe wie Depressionen?<br>A: Nein. Nee, nee, eigentlich nicht. Also mehr so aufmunternde Worte und bedauern und ja, wie es halt so ist, ne. (2, Pos. 32-41) |
| Beziehungs-fördernde Ressourcen | I: Wem haben Sie es mitgeteilt?<br>A: Familie, in meinem engsten Freundeskreis.<br>I: Wie war das so? Erzählen Sie gerne mal.<br>A: Es war, ich sage mal, bei meinen Freunden war es einfacher, weil die das halt schon kannten durch eigene Erfahrungen, beziehungsweise dasselbe Angehörige haben, die das halt haben eine Depression. Familie war auch in Ordnung. Meine Kinder sowieso, also da ist das ja / die kennen mich ja und die wissen ja, dass es mir halt wirklich nicht gut ging und in der Zeit nur so extrem war. Und bei meinen Eltern, ja (schnauft), Verständnis war da, aber so richtig anfangen konnten sie halt nicht so. Ja, mit allen anderen habe ich es halt dann nicht gesagt, weil die da kein Verständnis für haben. Alle anderen sind dann Arbeitgeber, Bekannte also oder viele Bekannte, wo ich dann gesagt habe, das geht die nichts an, das müssen die nicht wissen. Man wird schon eher immer schon ein bisschen schräg angeguckt. (9, Pos. 9-16) |
| | I: Und gegenüber Familie und Freunden, was gab es da für Gründe, über die Depression zu sprechen? |

| | |
|---|---|
| | A: Also, wo bei mir der Zusammenbruch eben kam, es war ja wirklich so, dass gar nichts mehr ging. Ich meine, meine Kinder haben das ja auch gemerkt und haben ja auch gemerkt, dass ich dann nicht mehr auf Arbeit gegangen bin, dass ich krankgeschrieben war. Habe ich das halt gesagt, weil ich ein gutes Verhältnis zu meinen drei Kindern habe und es eigentlich unter uns vier, sage ich jetzt mal, wirklich so ist, dass wir wirklich die Karten auf den Tisch legen. Und ich habe da keinen Grund gesehen, das zu verheimlichen. Klar hätte ich auch damit rechnen müssen, dass sie vielleicht negativ drauf reagieren oder so, aber damit hätte ich dann eben auch irgendwie klarkommen müssen. Aber sie haben es eben in meinen Augen verdient, das zu wissen, was mit der Mutter los ist und gut. Vor allem mein jüngster Sohn, der ja noch bei mir wohnt, er hat es ja wirklich live mitgekriegt, wie es mir ging. Und da habe ich ihm das eben auch gesagt, weil da hat er dann gewusst, gut, jetzt ist eben die und die Situation eingetreten und nicht, dass er sich jetzt irgendwelche Sorgen macht oder sich dann irgendwas reinsteigert. Deswegen habe ich da die Karten auch auf den Tisch gelegt.<br>I: Da war Ihnen Ehrlichkeit wichtig.<br>A: Ja. (4, Pos. 95-113) → wurde auch unter persönliche Absichten und Werte codiert |
| Persönliche Absichten und Werte | I: Gab es für Sie dabei Herausforderungen von der Depression zu erzählen?<br>A: Bei der Freundin gar nicht. Naja, und beim Partner, da ist man ja dann auch nicht mal die Starke, die immer funktioniert. Ja. Aber es war dann schon hart an der Grenze, dass ich dann ja gesagt habe, ich muss das jetzt sagen, wie gesagt, weil ich dann auch Angst hatte, der verlässt mich. Wenn der nicht weiß, was mit mir los ist. Dass ich das mit Absicht mache oder mich so verändert hätte. Also, warum ich mich so verändert hätte, war für mich wichtig. Damit ich vielleicht nicht verlassen werde. (10, Pos. 120-127) |
| | I: Gibt es noch weitere Strategien, die Ihnen geholfen haben, mit Stigmatisierung umzugehen? |

| | |
|---|---|
| | A: Auf jeden Fall offen drüber reden. Weil nur wenn ich mit dem Ganzen offen umgehe, weiß ich, wie das Gegenüber reagiert. Und dann weiß ich auch, woran ich bin. Also gut, das werde ich auf jeden Fall auch bei meinem Arbeitgeber später im Kopf behalten. Ich werde von vornherein offen damit umgehen. Und habe mir auch schon so ein paar Fragen für den Arbeitgeber zurechtgelegt. Zum Beispiel, was machen Sie für die psychische Gesundheit Ihrer Mitarbeiter? Und wenn die dann schon bei der Frage stutzig sind, weiß ich, das ist kein Arbeitgeber für mich. Weil wer sich heutzutage damit nicht auseinandersetzt, dass es jedem passieren könnte, dann weiß ich, okay, dann brauche ich da gar nicht anfangen. Also wenn die noch nicht mal was davon gehört haben, von dem ganzen Thema, dann weiß ich, will ich da nicht arbeiten. Im besten Fall haben sie sogar schon Strategien zurechtgelegt für ihre Mitarbeiter, wenn es so weit ist. Also ich habe zum Beispiel von einer Mitauszubildenden gehört, die war in einem Praktikum, die die Chefetage, also die beiden, die das gegründet haben, die hatten selber mit Depressionen zu tun. Und deshalb kannten die sich damit aus und haben auch bevorzugt Menschen mit psychischen Erkrankungen eingestellt oder ins Praktikum geholt, um zu sagen, hier, wir wissen, wie es euch geht, wir geben euch die Chance zu sagen, hier, ihr könnt mal reinschnuppern. Und das fand ich richtig cool. Also im besten Fall so in die Richtung, dass sie nicht nur davon wissen, sondern dass sie auch was dafür tun.<br>I: Das würde ihnen helfen, wenn es selber Betroffene in der Firma bereits arbeiten.<br>A: Ja. Also es muss nicht unbedingt die Chefetage sein, aber wenn selbst jetzt Mitarbeiter dabei sind, die sagen, ja, okay, ich habe auch eine Depression und mein Chef weiß das und macht das und das dafür, dann wäre das auf jeden Fall ein großer Pluspunkt, wo ich weiß, das wäre ein Arbeitgeber, da würde es sich lohnen. Also so diese Offenheit dazu zu dem ganzen Thema, wo ich jetzt gerade bin, wie es mir geht, was meine |

| | |
|---|---|
| | Diagnose ist und alles, um am Ende auch zu wissen, damit kommt mein Arbeitgeber klar und es davon nicht überfordert oder im schlimmsten Fall schmeißt er mich raus, wenn ich mal wirklich wieder ausfallen sollte oder irgendwas. (3, Pos. 434-466) → wurde auch unter weitere Strategien codiert |
| Dimensionen | Thema Offenlegung im Vorstellungsgespräch: A: Nein, würde ich nicht sagen. Ich hatte ja ein Vorstellungsgespräch, wo ja dann auch schon /, weil durch den Behindertengrad sind ja dann extra immer schon welche mit drin, die dann gefragt haben, was braucht es jetzt für Sie, wenn Sie jetzt bei uns zum Beispiel Sekretärin wären, brauchen Sie einen höhenverstellbaren Tisch oder bla bla bla. Ja. Aber nie, ich sage nie Psyche. Ich sage schon jetzt stressbedingt. Stress macht ja auch viel, wo ich dann sage, also wenn ich jetzt zum Beispiel als Sekretärin, wenn ich mal ein wichtiges Telefonat habe mit einem Ministerium für Schule, dann brauche ich einen ruhigen Raum. Dann kann ich nicht Publikumsverkehr erfahren. So sage ich jetzt mal. (10, Pos. 100-106) |
| Konsequenzen der Offenlegung | I: Haben Sie denn anderen mitgeteilt, dass Sie eine Depression haben?<br>A: Wie meinen Sie mit anderen? Also privat oder?<br>I: Ob Sie es irgendjemandem mitgeteilt haben?<br>A: Ja, also ich bin da relativ offen, was das angeht. Oder zumindest ab dem Punkt, wo ich gemerkt habe, ohne Hilfe komme ich hier nicht mehr raus. Und da bin ich dann recht offen damit umgegangen, mit meinem Partner oder mit seinen Eltern oder meinen Eltern. Auf meiner Seite der Familie habe ich da großen Zuspruch gefunden, also viel Unterstützung, was das betrifft. Bei meinem Ex-Partner war das dann mehr so ein / es war zwar schon ein Akzeptieren, dass da was ist, aber so richtig verstanden wurde es nicht. Also da kamen halt öfter mal so typische Aussagen wie: geh doch mal an die frische Luft oder wenn du den ganzen Tag drin |

| | |
|---|---|
| | hockst, ist auch kein Wunder, dass es nicht besser wird. Es wurde zwar akzeptiert und nicht direkt unterstützt, aber halt auch nichts dagegen getan, also es wurde jetzt nicht verschlimmert. Aber so das Verständnis dafür war halt nicht wirklich da. Im Freundeskreis lief das dann schon wieder anders. Da hatte ich selber einige, die damit selber schon zu tun hatten, die haben das dann automatisch besser verstanden. Und auch wenn ich in Gesprächen so beiläufig im Nebensatz meine Therapie erwähnt habe, wurde da halt nie drauf rumgestochen oder nachgefragt oder irgendwas, wurde halt einfach hingenommen. Und das hat mir auf jeden Fall nochmal sehr geholfen, dass es halt nicht ganz so aufgebauscht wird, sag ich mal so. (3, Pos. 6-27) |
| **6.2 Ergebnisse zu Herausforderungen** | |
| Familie und Partnerschaft | I: Gab es denn Situationen, in denen Sie sich schon mal wegen der Depressionen stigmatisiert gefühlt haben?<br>A: Durchaus, durchaus. Also, ob das mit meinem ehemaligen Arbeitgeber war, (...) wo ich vor langer, langer Zeit gearbeitet habe, also vor 2010, 2011 (...) der dann auch gemeint hat, ich bin ja, soll mich nicht so anstellen, ich bin, bin nur ein bisschen irre, was soll das jetzt (...) so auf Arbeit kommen, oder ja. Oder halt, mein Ex-Lebensgefährte, der hat dann halt auch gesagt: du hast doch total eine andere Waffel, du bist doch total bescheuert. Durchaus. Ja. Da ging es, zu dem Zeitpunkt ging es mir schon nicht so besonders. Also, dem bin ich schon öfters mal im Leben begegnet. (9, Pos. 151-160) |
| | Weil gerade wenn ich jetzt jemanden in meinem Freundeskreis hätte oder als Partner, wo ich weiß, okay, die machen gerade eine Therapie, da würde ich täglich nachfragen, wie läuft es, was habt ihr euch gemacht, kann ich irgendwie helfen oder wollen wir irgendwas umsetzen, was du in der Therapie gelernt hast oder sowas, würde ich mich versuchen reinzuhängen. Und das kam halt so gar nicht. Null.<br>I: Gar kein Interesse? |

| | |
|---|---|
| | A: Gar kein Interesse. Und wenn ich mal von mir aus drüber geredet habe, war das eher so ein, na kommst du dir da nicht dumm vor, wenn du über sowas redest?<br>I: Vom Partner?<br>A: Vom Partner. Also es wurde dann halt nicht nur, also es war nicht nur fehlendes Interesse, sondern es wurde dann auch so ein bisschen abgewertet. Naja, das klingt so nach Kinderkram.<br>I: Also es war nicht nur fehlendes Interesse da, es war auch so eine beabsichtigte Distanz?<br>A: Ja, irgendwie schon. (3, Pos. 232-247) |
| Freunde | Im Freundeskreis war es so, manche hatten Verständnis bis zum gewissen Punkt und manche gar nicht. Weil die hatten eben das so verstanden, dass ich eben geistig nicht mehr auf der Höhe bin. Dass ich nicht mehr klar denke, dass ich nicht mehr selber entscheiden kann. Also dass man eben, die haben Depressionen so verstanden, als wenn man jetzt eine geistige Erkrankung hat. Also gestört ist, total gestört ist. Und haben sich dann eben auch zurückgezogen. Ja, du kannst das ja eh nicht mehr und "bibbibb". Ja, das war eben nicht so schön. Da habe ich dann erkannt, für mich, dass sich solche Leute eigentlich aus meinem Bekanntenkreis einfach streiche. Dass ich die Kontakte nicht mehr haben möchte. (4, Pos. 26-31) |
| Fremde und Bekannte | Und dann hatte ich auch eine böse Erfahrung gehabt bei meinem zweiten Reha-Kur-Aufenthalt in der Klinik. Diese Klinik ist eigentlich eine orthopädische Klinik gewesen und haben eben ein neues Projekt probiert, sage ich jetzt mal so, orthopädisch und psychosomatisch zusammen. So, die psychosomatisch sich in der Klinik aufgehalten haben, waren eben auf einer bestimmten Etage. Das haben die, die eben rein orthopädisch dort waren, mitbekommen. Und da kamen dann eben so die Sprüche "Ach, Etage 3, das sind ja die Gestörten, das sind ja die Weggeschlossenen". Und man hat dann auch gemerkt, die Anfangstage, die Menschen, die |

| | |
|---|---|
| | man da kennengelernt hat, mit denen hat man sich eigentlich gut verstanden. Man hat gedacht, man hat ein Draht, aber wo die dann mitbekommen haben, auf welcher Etage man untergebracht ist, wurde man dann eben, wie soll ich mal sagen, von der Seite angeguckt und die haben sich dann eben auch entfernt. Also wir wurden dann in der Klinik schon so ein bisschen wie Aussätzige, wie als wenn / weiß ich nicht. (4, Pos. 32-42) |
| | A: Ich habe mir von mir aus, habe ich mir über das Internet habe ich mir Passionsblumen-Tabletten geholt, die sind für innerliche Unruhe. Wenn man kurz vor einem Termin ist und vielleicht mega viel Stress hat und ist aufgeregt, dann kann man halt so eine Tablette nehmen bis zu dreimal am Tag. Das ist alles pflanzlich und das hatte ich damals der Nachbarin erzählt, weil wir ja befreundet waren und auch habe ich ihr gesagt, sie soll es für sich behalten und das wurde halt weiter gesprochen und darüber wurde es sich eben lustig gemacht. Ich sollte auch meine Tabletten nehmen und in REHA meinen Namen tanzen gehen.<br>I: Wie haben Sie sich damals gefühlt? (6, Pos. 141-148) |
| Emotionale Herausforde-rungen | I: Gibt's noch weiter Emotionen, die aufkommen, wenn Sie stigmatisiert werden?<br>A: Traurigkeit. Dieses, ja, ausgeschlossen sein, ne? Also dieses Gefühl von Ausgrenzung, traurig, wütend. Wenn mir manche vielleicht auch wichtig waren, die es nicht so ganz verstehen, auch so ein bisschen Ent-täuschung. Ja, also das, ja, also in dieser Palette.<br>I: Welche Gedanken gehen Ihnen da durch den Kopf? (5, Pos. 275-280) |
| Selbstzwei-fel/-vorwürfe | A: Und dann halt immer gesagt, ich sag, du bist so verrückt. Du bildest das, du bildest dir das alles nur ein. Muss man das sagen. Das ist, das verletzt. Das macht einen noch mehr kaputt.<br>I: Was dachten Sie da, als sie stigmatisiert wurden? |

| | |
|---|---|
| | A: Wahrscheinlich hab ich das verdient. Keine Ahnung. Vielleicht muss das so sein. Vielleicht bin ich ja wirklich verrückt. (lacht)<br>I: Was taten Sie dann? (9, Pos. 203-210) |
| | I: Und in dem Moment der Stigmatisierung, wo sie sich so minderwertig dann gefühlt hatten und dann sich selber gedacht haben: vielleicht muss es so sein. Was haben Sie dann getan?<br>A: Erstmal noch gar nichts. Weil ich nichts machen konnte. Ich hatte das Gefühl, ich bin total hilflos. Du kannst nichts machen.<br>I: Auch das mussten Sie es hinnehmen.<br>A: Ich hab das dann einfach hingenommen, wie es ist. Ich hab's mir dann auch vielleicht ein Stück weit selber eingeredet und hab mir dann erst ein gutes halbes Jahr später, wo es dann gar nicht mehr ging und dann erst Hilfe gesucht.<br>I: Welche Aspekte der Stigmatisierung empfanden Sie im Verlauf der Erkrankung als besonders belastend? (9, Pos. 215-225) |
| Erschütterung und Überforderung | I: Was ging Ihnen da durch den Kopf?<br>A: Eigentlich, das kann man schlecht in Worte fassen, eben die Traurigkeit, fassungslos auch so ein bisschen da drüber. Habe ich mich dann auch innerlich so ein bisschen so drüber aufgeregt, weil man ja doch gemeinsam schöne Erlebnisse hatte. Und habe mich dann eben selber so damit bestärkt, ja, sind es eben wirklich nicht die wahren Freunde gewesen, dann lässt du das eben halt. Und habe eben versucht, dann innerlich mich irgendwie zu trösten und eben zu sagen, das wird schon wieder, findest eben vielleicht andere Freunde |

| | |
|---|---|
| | oder Bekannte und wenn nicht, dann musste ich das eben auch irgendwie hinkriegen. Das war schon manchmal ein ganz schönes so Gefühls-Chaos, muss ich schon sagen. (4, Pos. 241-248) |
| Beschädigung der sozialen Identität | I: Welche Aspekte von der Stigmatisierung aufgrund der Depression waren für Sie besonders belastend?<br>A: Für mich? Dass sich eben manche von mir zurückgezogen haben, dass / die man eigentlich gemocht hat. Und dass man eben so hingestellt wurde, dass man eben zu nichts mehr fähig ist und nichts mehr auf der Reihe kriegt und nichts mehr kann. Das war eigentlich so wirklich das Schlimmste.<br>I: Die Abwertung da dran.<br>A: Die Abwertung da dran, ja. (4, Pos. 269-276) |
| | A: Als Simulant, naja nicht so Simulant, aber vielleicht sich gehen lässt, also dass das na doch schon falsch eingeschätzt wird.<br>I: Haben Sie sich selber so mal gefühlt: Ich lass mich ganz schön gehen?<br>A: Es gab Phasen, in denen ich mir nicht sicher war. Und da habe ich auch mit meiner Ärztin darüber gesprochen. Ist das jetzt ein Symptom, gerade dieses sich nicht aufraffen können und dieses Trägesein und diese Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit. Ist das jetzt eine Form von Faulheit oder ist das ein Zeichen der Erkrankung? Und da war ich mir manchmal selber nicht sicher, was es jetzt wirklich ist.<br>I: Wie haben Sie das dann herausgefunden?<br>A: Die Ärztin hat mir das dann bestätigt, dass das typisch für das Krankheitsbild ist. Ich hab dann echt nachgefragt, weil ich mir da nicht sicher war. (2, Pos. 81-94) |
| | I: Okay. Gibt es noch andere Vorurteile, die Sie so gehört haben? |

| | |
|---|---|
| | A: Ja, so, wird ja auch manchmal gesagt, man soll sich nicht so haben, sich nicht so gehen lassen, sich zusammenreisen.<br>I: Also als würden die Betroffenen als faul abgestempelt werden oder als schwach?<br>A: Als Simulant, naja nicht so Simulant, aber vielleicht sich gehen lässt, also dass das na doch schon falsch eingeschätzt wird. (2, Pos. 76-82) |
| Unwissenheit | I: Welche Aspekte der Stigmatisierung empfanden Sie im Verlauf der Erkrankung als besonders belastend?<br>A: (…) als betroffene Person musste man sich erstmal so tief in die Materie reinlesen, dass man selber erstmal weiß, was mit einem da nicht ganz klar läuft. Und ich meine, man hatte so ein grundlegendes Verständnis, wenn man sich einen Knochenbruch bricht oder irgendwas, wusste man, was passiert und man wusste, wie es geheilt werden kann. Aber bei psychischen Krankheiten war halt so ein Nullwissen da. Also nicht nur bei mir, sondern halt auch bei meinem Umfeld. Und sich selber darüber zu belesen und dann auch noch das Umfeld darüber zu belehren, das war sehr anstrengend. Und auch so ein bisschen das Desinteresse des Umfeldes, sich dahingehend zu belehren oder zu belesen, ja, das war sehr ernüchternd. Im Arbeitsumfeld kann ich da jetzt noch nicht so viel mit drüber reden. Da ist es jetzt noch nicht so negativ bemerkt worden, beziehungsweise kommentiert worden. (3, Pos. 284-301). |
| **6.3 Ergebnisse zu Strategien** | |
| Emotionale Strategien | Bekannte Vorurteile vorher erfragt → A: Ja, als faul und Staat ausnutzen da in der Richtung, dass man eben Rente abfasst oder was weiß ich. |

| | |
|---|---|
| | I: Haben Sie da jemals das Gefühl im Verlauf der Erkrankung, dass Sie faul sind?<br>A: Muss ich ganz ehrlich sagen, eigentlich nicht, weil ich in der Zeit, wo ich bei der Psychotherapie war, mit meiner Therapeutin wirklich hart gearbeitet habe, dass ich da wieder rauskomme. Und auch die zwei Reha-Aufenthalte haben mich da sehr bestärkt und ich bin eigentlich wirklich froh, dass ich jetzt überhaupt so hier sitze ohne Medikamente, dass ich jetzt wieder so bin, wie ich jetzt im Moment bin. Und ich bin darüber so glücklich. Muss ich echt sagen. Also als faul habe ich mich da gar nicht gesehen, weil ich an mir gearbeitet habe. (4, Pos. 194-203) |
| Akzeptanz und Abgrenzung | I: Ja. Gibt es noch weitere Strategien, die Ihnen helfen mit Stigmatisierung umzugehen?<br>A: Ich ignoriere es dann halt. Also ich akzeptiere, dass Sie es machen oder wenn mir was Blödes dann ignoriere es halt. Ich muss mich nicht mit Sachen beschäftigen, die mich eigentlich runterziehen würden, an dem Punkt, wo ich vielleicht einen schönen Tag haben könnte. Also ich lasse es dann, ja, lasse die Menschen ihr, weil dann ist es denen ihr Thema, Entschuldigung, nicht meins. (5, Pos. 449-455) |
| | I: Gibt es Gedanken die ihnen dabei helfen mit Stigmatisierung umzugehen?<br>A: Ich sage mir viel, dass es auch ganz viel die Unwissenheit der Menschen ist. Einfach weil es halt auch noch super unbekannt ist. Also ja es wird immer bekannter gerade so im Social Media Bereich, was aber halt auch wiederum eher die jüngere Generation dann erreicht als jetzt mal so die mittleren bis höheres Alter. Und ja die Unwissenheit oder wenn halt Menschen trotz, dass man es ihnen erklärt hat, dann weiterhin, ich sag jetzt mal, einen in einen Topf werfen, in den man halt nicht reingehört, dann ist das für mich so okay, gut der Mensch will es nicht begreifen. Der hat dazu eine negative Einstellung den werde ich darauf nicht ändern. Und dann ist auch da dann der Punkt dass ich mich von solchen Menschen distanziere (7, Pos. 205-215) |

| | |
|---|---|
| Perspektiv-wechsel | I: Also allgemein, wenn Sie die Stigmatisierung erfahren haben, vor allem ja durch den Partner und dessen Vater, haben Sie ja gemeint. Was ihnen dann da emotional geholfen hat, mit ihren Gefühlen umzugehen?<br>A: Also bei seinem Opa ist es mir einfacher gefallen, zu sagen, es liegt am Alter. Also ich habe es ein bisschen entschuldigend aufs Alter geschoben. Weil das eine ganz andere Generation war, die haben das halt totgeschwiegen, da wurde nicht drüber geredet. Da konnte ich noch so ein bisschen verstehen, dass da nicht so das Wissen oder die Empathie da war. Bei meinem Ex-Partner fiel mir das schwerer, weil er, ich glaube, fünf Jahre älter war als ich. Das war dieselbe Generation, um zu sagen, da müsste eigentlich genug Wissen da sein. Beziehungsweise eigentlich auch genug Empathie, um zu sagen, ich lese mich rein. (3, Pos. 390-400) |
| Günstige Vergleiche | I: Was helfen Ihnen für Gedanken, um mit dieser Abwertung umzugehen?<br>A: Gedanken (...) Naja, dass ich dann eben manchmal eben denke "hoffentlich erwischt es euch nicht mal" so in der Art, das hilft mir so ein bisschen. Und dann eben, weiß ich nicht, was ich da sagen soll, was mir das so hilft, ja, dass ich mich eben innerlich immer wieder aufbaue und sage, du bist schon weit gekommen und das wird wieder und lass die doch quatschen, eben sowas eben halt. So ganz einfache, denke ich mal, menschliche Sachen. (4, Pos. 307-312) |
| | Mir ist jetzt mittlerweile egal, was andere darüber denken. Ich sage heute erst mal durchmachen und das überleben, was ich für mich / für jeden ist es schlimm, was er erlebt, gar keine Frage. Aber für mich war es ja am schlimmsten, logischerweise. Erst mal nachmachen, was ich geschafft habe. Und mir ist es heute egal. Aber trotzdem würde ich es nicht beim Arbeitgeber sagen, erst mal nicht. (10, Pos. 351-353) |
| | I: Was ging Ihnen da durch den Kopf? |

| | |
|---|---|
| Positive Selbstinstruktionen | A: Eigentlich, das kann man schlecht in Worte fassen, eben die Traurigkeit, fassungslos auch so ein bisschen da drüber. Habe ich mich dann auch innerlich so ein bisschen so drüber aufgeregt, weil man ja doch gemeinsam schöne Erlebnisse hatte. Und habe mich dann eben selber so damit bestärkt, ja, sind es eben wirklich nicht die wahren Freunde gewesen, dann lässt du das eben halt. Und habe eben versucht, dann innerlich mich irgendwie zu trösten und eben zu sagen, das wird schon wieder, findest eben vielleicht andere Freunde oder Bekannte und wenn nicht, dann musste ich das eben auch irgendwie hinkriegen. Das war schon manchmal ein ganz schönes so Gefühls-Chaos, muss ich schon sagen. (4, Pos. 241-248) |
| | I: Welche Gedanken gehen Ihnen da durch den Kopf?<br>A: Die Frage, warum? Warum ist das so?<br>I: Warum die Sie so behandeln?<br>A: Ja, warum die Situation so ist? Dann der Gedanke, dass ich das irgendwie nicht so verstehe und warum ich es nicht verstehe, ne? Dass ich das nicht nachvollziehen kann. Also solche Sachen. Und dann kommt aber gleichzeitig dann auch wieder das andere Männlein und sagt: weißt du was, lass es einfach und geh dein Weg. (5, Pos. 280-287) |
| Aufklärungsarbeit und Widersprechen | I: Und wenn da so Sprüche kamen wie, ist das nicht unangenehm oder kommt es dir nicht komisch vor, darüber zu reden? Oder von dem Opa, geht doch einfach mal raus.<br>Wir fühlen uns alle mal so. Was haben sie dann da gemacht?<br>A: Bei dem Opa habe ich schon versucht, so ein bisschen Aufklärung zu leisten, beziehungsweise so weit wie es mir möglich war in dem Moment, zu sagen, dass es halt nicht einfach nur so ein bisschen traurig sein ist, sondern dass es halt tiefer greift und auch nicht wirklich nur damit geheilt werden kann, dass man einfach mal |

| | |
|---|---|
| | öfter rausgeht. Und für den Moment konnte er es akzeptieren, aber das kam dann halt eine Woche später wieder auf das Thema. Also es war halt immer nur so ein Beschwichtigen für den Moment. Aber bei meinem Partner war das dann schon gravierender.<br>I: Was heißt gravierender, der hat das besser verstanden, oder? (3, Pos. 263-275) |
| Sozialer Rückzug | A: Ich bin bei vielen Leuten, die sich damit auskennen, auf Verständnis gekommen und bei Leuten, die es eben nicht verstehen, bezüglich meiner Mama vielleicht, würde ich an erster Stelle nennen, das war Ablehnung. Die hat es, glaube ich, versucht zu verstehen, aber sie kann damit nicht mitfühlen, weil die nicht so empathisch ist und somit hat sie dafür kein Verständnis, was ich gehofft hatte, gezeigt. Heißt jetzt nicht, dass sie sich vielleicht nicht belesen hat, aber sie ist halt nicht so ein einfühlsamer Mensch und (puh atmet aus) somit heißt es immer, du machst dir das selber, du bildest dir das nur ein oder wie auch immer und somit habe ich das im Raum stehen lassen und habe darüber nicht viel erklären wollen mehr. Ich habe das für mich akzeptiert, ich muss es akzeptieren und das mache ich auch und ich mache auch viel, damit es mir besser geht, sonst würde ich nicht hier sitzen, aber ich möchte darüber mich nicht ständig erklären wollen. Und wenn jemand das nicht versteht, wird er aussortiert.<br>I: Und haben Sie das so gesagt, hier da ist auch was wie familiär vorbedingt,<br>also haben Sie es Depression genannt oder irgendwie anders umschrieben? (6, Pos. 29-31) |
| | I: Gibt es noch andere Personen, die Ihnen gut tun?<br>A: Ja, ich habe noch eine Freundin, die kam auch schon immer mal vorbei oder hat mich auf der Gassi runter eingesammelt, wenn es mir nicht gut ging. Dann habe ich noch einen sehr guten Freund, den erkenne ich schon seit der Grundschule. Da sind schon ein paar / |

| | |
|---|---|
| | I: Mit denen können Sie dann auch über Ihre Gedanken und Emotionen sprechen?<br>A: Or das (...) Mit meinem Partner mache ich das schon. Meinem Hund ist das relativ egal (lacht). Mit den anderen, weiß ich nicht, versuche ich eher zu vermeiden. Also ich sage dann zwar, dass es mir schlecht geht, aber ich tue dann nicht da in die Tiefe gehen, weil einfach das Verständnis fehlt.<br>I: Dann sagten Sie, Sie haben noch eine ambulante Therapeutin?<br>A: Nicht mehr, das hatte ich mal. Nicht mehr. (8, Pos. 174-183) |

## KI-Verzeichnis

| KI-Hilfsmittel | Art des Gebrauchs | Betroffene Teile der Ausarbeitung | Zusätzliche Bemerkungen |
|---|---|---|---|
| Copilot Smart GPT-5.1 | Kürzungen, Formulierungsideen | Gesamte Arbeit | Sprachliche Optimierung |
| | Einheitliche Formatierung | Literaturverzeichnis | Überprüfung erfolgt, wo möglich DOI-Link eingefügt |
| | Feedback | Gesamte Arbeit | - |

*Prompt-Verzeichnis*

*KI-Tool Copilot Smart (GPT-5.1)*

| Nr. | Datum | Prompt | Ziel | KI-Antwort | Denkprozess | Prompt-Iteration | Kritische Antwortbewertung | Verarbeitung | Reflexion |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11.02.26 | Eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung war mit geringeren Offenlegungspräferenzen verbunden. Unter den relationalen Faktoren waren eine höhere Beziehungsverfügbarkeit und | Forschungsergebnis verstehen | Menschen wollten weniger offen über ihre psychischen Probleme sprechen, wenn:<br>• sie zwar Beziehungen hatten, | Ich wollte wissen, was dieses Ergebnis bedeutet | - | Gut differenziert, verständlich erklärt | Einfache, weniger komplizierte Formulierung erstellt | hilfreich |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | eine geringere dyadische greifbare soziale Unterstützung mit geringeren Wahrscheinlichkeiten für Offenlegungspräferenz verbunden. Was bedeutet der letzte Satz? | | die „verfügbar“ waren, aber<br>• diese Beziehungen wenig konkrete, praktische Unterstützung boten. | | | | | |
| Nr. | Datum | Prompt | Ziel | KI-Antwort | Denkprozess | Prompt-Iteration | Kritische Antwortbew. | Verarbeitung | Reflexion |
| 2 | 11.03.26 | Ist selbsterfüllende Prophezeiung eine emotionale, kognitive oder soziale Herausforderung bei Stigmatisierung? | Differenzierung und Zuordnung zum richtigen Kapitel | Kognitiv-soziales Phänomen, das durch Erwartungen und Stereotype Interaktionen verändert und dadurch stigmatisierte Personen emotional belastet. Erwartungen (kognitiv) formen Verhalten in sozialen Situationen (sozial) und führen zu Angst, | Ich wollte wissen, ob selbsterfüllende Prophezeiung auch eine soziale Herausforderung sein kann. | - | Verständlich erklärt | Passt am besten zu einem Aspekt, den ich unter kognitive Herausforderungen aufgeführt habe (Selbstwertgefühl) und ergänze es dort | Zeigt Komplexität bzw. Wechselwirkung auf |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Scham oder vermindertem Selbstwert (emotional). | | | | | |
| 3 | 15.04.26 | Was verstehst du unter emotionalen, kognitiven und sozialen Strategien, um Stigmatisierung zu bewältigen? | Einordnen, ob ich bisher richtig codiert habe bzw. wie ich meine Einteilung in emotionale, kognitive und soziale Strategien richtig und klar definiere | Kognitive Strategien: Wie jemand denkt, bewertet, umdeutet, einordnet → verändern die Bedeutung, die man einer stigmatisierenden Erfahrung gibt → Beispiele → Funktion: Selbstwert stabilisieren, Kontrolle zurückgewinnen, Bedeutung des Stigmas reduzieren.<br><br>Emotionale Strategien: Wie jemand Gefühle reguliert, beruhigt, ausdrückt | Ich war irritiert durch die Aussage im Buch Rusch (2019), dass das Ziel der Strategie entscheidet, zu welcher Coping-Strategie sie zählt im Vergleich zu meinen bisherigen Codierungen und Aufteilung in | - | Verständlich erklärt | Erklärung wie nach Rusch (2019), dass Ziel entscheidend ist, z. B. Gedanke hilft Emotionen zu beruhigen vs. hilft Bedeutung zu verändern und Kontrolle herzustellen | hilfreich |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | oder transformiert → verändern den inneren Gefühlszustand → Beispiele → Funktion: Emotionale Belastung reduzieren, innere Stabilität wiederherstellen.<br><br>Soziale Strategien: Wie jemand soziale Beziehungen nutzt oder reguliert, um Stigma zu bewältigen → beziehen sich auf Interaktion, Unterstützung, Kommunikation → Beispiele → Schutz, Bestätigung, Zugehörigkeit, Reduktion sozialer Bedrohung | emotionale, kognitive und soziale Strategien. Dies wollte ich richtig verstehen und einordnen | | | | |

| Nr. | Datum | Prompt | Ziel | KI-Antwort | Denkprozess | Prompt-Iteration | Kritische Antwortbew. | Verarbeitung | Reflexion |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 02.05.26 | Was ist der passende Oberbegriff hierfür? „Ich würde mir das selber einreden.“ | Treffende Codierung finden | Selbstsuggestion | Ich habe überlegt, ob ich das als Lügner oder faul codieren soll, aber das passte nicht so wirklich. | - | Selbstsuggestion passt besser | Selbsteinreden als Kategorie ist auf Anhieb verständlicher. | Hilfreich, aber Fachbegriff nicht für jeden sofort klar. |
| 5 | 14.05.26 | Wie kann ich die Geheimhaltungsgründe beim Codieren noch zusammenfassen? Hier meine bisherigen Subcodes: geringe Symptomschwere, nicht zur Last fallen wollen, Angst vor Stigmatisierung, Intimität, Selbststigmatisierung, nicht-Akzeptanz der Erkrankung und fehlende Ressourcen (z. B. fehlendes | Mögliche Zusammenfassungen der Kategorien finden | • Stigma- und Bewertungsbezogene Gründe<br>• Belastungs- und Verantwortungsbezogene Gründe<br>• Ressourcen- und Kontextbezogene Gründe | Ich wollte prüfen, inwiefern meine Einteilung schon sinnvoll und noch zu verbessern war. | - | Aufteilung in intra- vs. interpersonelle Gründe zu grob zusammenfassend | Verarbeitet zu:<br>• Geringe Symptomschwere<br>• Rücksicht<br>• Stigamtisierungs- und | hilfreich |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Verständnis, Unterstützung Akzeptanz des Umfeldes). | | • Intrapsychische Gründe vs. Interpersonelle Gründe<br>• Einteilung in 3 Kategorien: Rücksichtnahme, Bewertungsangst, Kontextbarrieren | | | | bewertungsorientierte Ängste<br>• Fehlende Ressourcen im Umfeld | |
| Nr. | Datum | Prompt | Ziel | KI-Antwort | Denkprozess | Prompt-Iteration | Kritische Antwortbew. | Verarbeitung | Reflexion |
| 6 | 14.05.26 | Wie könnte man die Subkategorien der Konsequenzen der Offenlegung ordnen: Vorwürfe, fehlendes Verständnis, teilweise Verständnis, Bagatellisierung, Distanzierung, Ablehnung, Verständnis und Hilfsangebote | Mögliche Zusammenfassungen der Kategorien finden | • Negative soziale Reaktionen<br>• Positive soziale Reaktionen<br>• Ambivalente/gemischte Reaktionen | Ich wollte prüfen, inwiefern meine Einteilung schon sinnvoll und noch zu verbessern war. | - | Also doch einfach übersichtlich halten | Verarbeitet zu:<br>• Positive, negative und gemischte Erfahrungen | hilfreich |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Mein Gedanke war auch positive vs. negative Erfahrungen, aber eine teils/teils-Erfahrungen-Kategorie fand ich unkonkret | | | | |

## Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und des Internets) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Korbußen, den 20.06.2026



Sarah Schreck