

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Die diskursive Konstruktion der Akteur:innen in der
Berichterstattung zu depressiven Erkrankungen – eine Analyse
zu Auf- und Abbau von Stigma

verfasst von | submitted by
Judith Sandberger BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 899

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Angewandte Linguistik

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Spitzmüller

Inhalt

1.	Einleitung.....	1
2.	Forschungsstand	4
3.	Begriffsdiskussionen	6
4.	Stigmatheorie.....	11
4.1.	Konzeptualisierung von Stigma nach Link & Phelan	11
4.2.	Ansätze zur Entstigmatisierung.....	15
4.3.	Medienempfehlungen zur Entstigmatisierung.....	20
5.	Methodologie und Methodik	22
6.	Korpus	29
7.	Analyse und Ergebnisse.....	31
7.1.	Nominationen der Akteur:innen	31
7.2.	Prädikation und Stereotypisierung.....	39
7.3.	Narrative Struktur	43
7.4.	Diskurspositionen	51
7.5.	Propositionen	56
7.6.	Umsetzung der Medienempfehlungen.....	62
8.	Diskussion	66
8.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	66
8.2.	Interpretation und Schlussfolgerungen.....	71
8.3.	Beschränkung der Forschung und Desiderate	77
9.	Fazit	78
10.	Abkürzungsverzeichnis	80
11.	Darstellungsverzeichnis.....	81
12.	Literaturverzeichnis	82
13.	Abstract.....	87

1. Einleitung

Sie „leben mit diesem Schatten auf der Seele“ (K9), fühlen sich „leer wie ein Zombie“ (K24) oder begehen Suizid, weil „Depressionen sie in die Knie zwangen“ (K24) – Menschen mit depressiven Erkrankungen werden auf vielfache Weise dargestellt. Häufig geschieht dies auf stigmatisierende Art und Weise, vermehrt aber auch sehr respektvoll und differenziert. Sie werden stereotyp dargestellt oder in ihrer Individualität gezeigt, als Held:innen oder Unterlegene porträtiert. Sie kommen zu Wort, sie dürfen laut sein oder müssen schweigen.

All diese Darstellungsformen können dazu beitragen, dass medial verbreitete Inhalte die Stigmatisierung von depressiven Erkrankungen begünstigen oder verhindern. Dabei werden nicht nur Menschen mit depressiven Erkrankungen als Akteur:innen relevant, sondern ebenso Fachexpert:innen, Angehörige oder Politiker:innen. Welchen Anteil sprachliche Mittel an einer möglichen Stigmatisierung, aber auch Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen haben können, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Die Forschungsfrage lautet deshalb: Wie werden die Akteur:innen in der medialen Berichterstattung über depressive Erkrankungen diskursiv konstruiert?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird eine diskurslinguistische Untersuchung durchgeführt. Dafür wurde ein Korpus zusammengestellt, das sich aus 33 Medienberichten österreichischer Online- und Print-Zeitungen, die in den Jahren 2021-2024 veröffentlicht wurden, konstituiert. Es wurden einerseits Berichte aufgenommen, die die persönlichen Erfahrungen von Menschen mit depressiven Erkrankungen ins Zentrum stellen, und andererseits Artikel, die sich vorrangig der Wissensvermittlung über die Erkrankung widmen. Der Relevanz dieser Arbeit kann sich zuallererst – beinahe obligatorisch – anhand von Zahlen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen angenähert werden: Die Lebenszeitprävalenz beschreibt, bei wievielen Personen in ihrem Leben zumindest einmal eine Erkrankung auftritt – diese wird bei psychischen Erkrankungen allgemein mit 30 % der Bevölkerung weltweit beziffert (Steel et al. 2014). Es kann prognostiziert werden, dass depressive Erkrankungen bis 2030 unter den Top 3 der sogenannten „Global Health Burden“ – also schwerwiegenden Belastungen sowohl für die individuelle Person und ihr Umfeld als auch für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft – liegen und bei psychischen Erkrankungen Platz 1 einnehmen werden (Mathers & Loncar 2006). In Österreich wird die Ein-Monats-Prävalenz von depressiven Erkrankungen bei 6,5 % der Bevölkerung angesetzt, wobei die Ein-Jahres-Prävalenz 9,8 % beträgt (Nowotny et al. 2019: 97). Das bedeutet, dass innerhalb des letzten Jahres bei etwa jeder 10. Person eine Erkrankung vorlag. Frauen sind doppelt so häufig wie Männer von einer

depressiven Erkrankung betroffen: konkret sind dies 3,9 % der Männer und 7,5 % der Frauen innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr (Gesundheit Österreich GmbH: 26). Der österreichische Gender-Gesundheitsbericht mit Schwerpunkt psychische Gesundheit konstatiert, dass die doppelt so hohe Prävalenz bei Frauen durch eine Vielzahl von Risikofaktoren begründet ist, die ihren Ursprung in tief verankerten patriarchalen Strukturen und der daraus resultierenden strukturellen Benachteiligung von Frauen haben. Es gibt also geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Risikofaktoren. Zuschreibungen, die im Rahmen gesellschaftlich noch immer stark verankerter Rollenbilder gemacht werden, scheinen hier relevant: So ist die Belastung bei Frauen durch Care-Arbeit oder erlebte Gewalt besonders hoch, bei Männern durch Erwerbsarbeit. Unabhängig des Geschlechts sind vor allem Sozialstatus, Bildung und Einkommen sehr relevant – wenn diese niedrig sind, besteht ein erhöhtes Risiko (Gesundheit Österreich GmbH: 67).

Eine erhebliche weitere – und die für diese Arbeit zentrale – Belastung neben der eigentlichen Erkrankung stellt die immer noch vorherrschende Stigmatisierung von depressiven Erkrankungen dar. In Bezug auf psychische Erkrankungen allgemein wird Stigma als „zweite Krankheit“ (Finzen 2013: 9) gefasst, die schwer wiegt:

On one side are the harmful effects of symptoms and disabilities that prevent people from achieving personal goals. On the other are the egregious effects of stigma, the prejudice and discrimination of a community that blocks personal aspirations. (Corrigan 2018: 41)

Sickel et al. (2015) fassen die Konsequenzen von Stigma auf Basis eines Literaturreviews zusammen: Stigma hat stark negative Konsequenzen auf Selbstbewusstsein und -wirksamkeit, physische Gesundheit, persönliche/soziale Beziehungen, Arbeitsfähigkeit, Stärke der Symptome sowie Behandlungsaussichten (Sickel, Seacat & Nabors 2015: 204–206). Zu diesen realen Konsequenzen trägt die Verbreitung stigmatisierender Inhalte erheblich bei. Durch Aufzeigen des Status quo leistet diese Arbeit einen Beitrag dazu, Musterhaftigkeiten in der Berichterstattung aufzudecken und zugrunde liegende Denkmuster zu identifizieren. So soll diese Forschungslücke gefüllt werden und ein Bild über den aktuellen Stand von Stigma in der Berichterstattung in Österreich gezeichnet werden. Mithilfe der gewonnenen Erkenntnisse kann für Verantwortliche Anstoß und Grundlage gegeben werden, sich mit nicht stigmatisierender Berichterstattung auseinanderzusetzen.

Einleitend wird in Kapitel 2 der aktuelle Forschungsstand zur Thematik zusammengefasst. Daran anschließend werden in Kapitel 3 die relevanten Begrifflichkeiten definiert: Dabei wird zuerst ein Überblick gegeben über die Systematik in der Klassifikation von Erkrankungen, danach wird der zugrunde liegende Diskursbegriff erläutert sowie der Akteur:innenbegriff

eingeführt. In Kapitel 4 wird die für die gesamte Arbeit zentrale Konzeptualisierung von Stigma nach Link & Phelan (2001) detailliert aufgeschlüsselt. Es werden die verschiedenen Komponenten, die Stigma konstituieren, beschrieben. Nachfolgend werden zwei Ansätze zur Entstigmatisierung vorgestellt. Den Abschluss des theoretischen Teils der Arbeit bildet die Ausführung der Medienempfehlungen zu nicht stigmatisierender Berichterstattung. In Kapitel 5 werden der Arbeit zugrundeliegende Methodologie und Methodik vorgestellt. Dabei wird zuerst die Diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse nach Spitzmüller & Warnke (2008; 2011) als methodologischer Rahmen eingeführt, bevor die Untersuchungsmethoden skizziert werden. Es werden dazu die Konzeptualisierungen von Nominationen nach van Leeuwen (2008; 2016), Metaphern nach Spieß (2014), Othering und Agency nach Jensen (2011), Diskurspositionen nach Blommaert (1999; 2005) sowie Narration nach Campbell (1968) ausgeführt. In Kapitel 6 wird das Korpus vorgestellt und gezeigt, welche Kriterien bei der Auswahl der Artikel ausschlaggebend waren. Kapitel 7 bildet das Kernstück des empirischen Teils und widmet sich der Analyse der Korpusdaten. Zuerst werden die auftretenden Nominationen der Akteur:innen dokumentiert und in Bezug auf getätigte Zuschreibungen eingeordnet. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit Prädikation und Stereotypisierung in der Symptombeschreibung sowie der Abgrenzung zwischen ‚normal‘ und ‚nicht normal‘. In Folge wird Bezug nehmend auf ausgewählte Artikel die narrative Struktur nach dem Schema der Held:innenreise analysiert. Dann werden Diskurspositionen beleuchtet, im Konkreten findet eine Auseinandersetzung mit der Voice der Akteur:innen statt sowie die Einordnung als Ideology Brokers. Das daran anschließende Kapitel widmet sich geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Darstellung von Akteur:innen. Im nächsten Schritt werden drei häufig vorzufindende und Stigma explizit thematisierende Propositionen diskutiert. Anschließend wird aufgezeigt, inwiefern die Empfehlungen zu nicht stigmatisierender Berichterstattung im Korpus Anwendung finden. Kapitel 8 dient zur detaillierten Diskussion der Ergebnisse und wird von einem abschließenden Fazit in Kapitel 9 gefolgt.

2. Forschungsstand

Als Einstieg in die Thematik wird ein Überblick über den Forschungsstand gegeben. Der Fokus liegt dabei auf Arbeiten, die sich mit Sprache, Diskurs und Stigma im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen beschäftigen.

Grundsätzlich zeigen sich hier zahlreiche Disziplinen relevant: Medizin, Psychologie, Soziologie, aber auch die Linguistik. In die zuerst genannten Disziplinen lässt sich der Großteil der Forschungen einordnen, wobei hier oftmals sprachliche Daten herangezogen werden und sich somit eine Relevanz für das Feld der Sprachwissenschaft zeigt. In der Sprachwissenschaft selbst sind – unter Beachtung der Prävalenz depressiver Erkrankungen – verhältnismäßig wenige Forschungsarbeiten zu finden. Im Folgenden werden ausgewählte Arbeiten aus verschiedenen Domänen vorgestellt, die eine exemplarische Darstellung des für die vorliegende Arbeit relevanten Forschungsfeldes erlauben.

Die Arbeiten der Germanistin Iakushevich zeigen sich als besonders bedeutsam für die vorliegende Forschungsfrage. Zwei Arbeiten aus dem Jahr 2021, in denen die diskurslinguistische Untersuchung der Akteur:innen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen im Zentrum steht, sind hervorzuheben. In der ersten Arbeit nutzt Iakushevich als Korpus bundesdeutsche Zeitungen und fokussiert darauf, wie Symptome von depressiven Erkrankungen von unterschiedlichen Akteur:innen dargestellt werden. Sie identifiziert einen musterhaften Metapherngebrauch, beobachtende Perspektiven in der Berichterstattung und die Darstellung von Menschen mit depressiven Erkrankungen als passive und stimmlose Akteur:innen (Iakushevich 2021a). In der zweiten, in Bezug auf Methodik und Korpus sehr ähnlich aufgebauten Arbeit konstatiert Iakushevich einen in den 2000ern einsetzenden Veränderungsprozess, der darin besteht, dass Menschen mit depressiven Erkrankungen immer mehr ins Zentrum der Berichterstattungen rücken und zu aktiven Akteur:innen werden. Gleichzeitig werden sie laut der Autorin aber passiviert, wenn es um die Darstellung des Verhältnisses von Erkrankung und erkrankter Person geht (Iakushevich 2021b). Die Philolog:innen Kałasznik & Staniewski (2020) analysieren Kollokationen und identifizieren vier konzeptuelle Metaphern in Korpora des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache (DWDS). Allen Metaphern ist ein Bild von Kontrollverlust eigen, etwa wenn eine depressive Erkrankung dargestellt wird als „äußere Kraft“ (Kałasznik & Staniewski 2020: 199). Die Psychologinnen Reali et al. (2016) beschäftigen sich mit dem Framing von depressiven Erkrankungen und nutzen dafür ein Referenzkorpus des Spanischen (CREA). In Bezug auf die verwendete Metaphorik kommen sie zu ähnlichen Ergebnissen wie Iakushevich sowie

Kałasznik & Staniewski (Reali, Soriano & Rodríguez 2016). Die Mediziner:innen Baer et al. (2015) setzen den Fokus auf Stigma und analysieren Medien- sowie Erfahrungsberichte von Menschen mit depressiven Erkrankungen hinsichtlich der sprachlichen Bilder, die von ihnen sowie von depressiven Erkrankungen vermittelt werden. Ihre Analyse zeigt auf, wie diskursiv Normen konstruiert werden, von welchen eine Abweichung im Sinne einer depressiven Erkrankung als negativ dargestellt wird. Laut den Autor:innen wird dadurch sowohl die Selbst- als auch die Fremdstigmatisierung gefördert (Baer et al. 2015).

Die diskursive Konstruktion depressiver Erkrankungen in sozialen Medien scheint aktuell ein beliebtes Forschungsthema darzustellen. Dabei zeigt sich allerdings, dass diese Untersuchungen wiederholt als Ausgangspunkt dienen, um in weiterer Folge ein Modell zur Vorhersage von depressiven Erkrankungen zu entwickeln. Die Psychologen Thorstad & Wolff (2019) etwa identifizieren anhand von Postings auf der Online-Plattform Reddit semantische Cluster, deren Elemente in der Verwendung durch User:innen laut den Autoren auf eine depressive Erkrankung schließen lassen können (Thorstad & Wolff 2019). Arbeiten, die diesem noch recht jungen Forschungsfeld zugeordnet werden können, bieten einen spannenden Einblick in ein neues Gebiet mit vielen Chancen, aber auch Risiken. Einen detaillierten Überblick über die Ansätze rund um Natural Language Processing und psychische Erkrankungen geben Le Glaz et al. (2021).

Diskursanalytische Arbeiten der angewandten Linguistik zu depressiven Erkrankungen können somit durchaus als in einer Nische befindlich gefasst werden. Vor allem bei Zugängen zu Stigma und Depression klafft eine Lücke, zu deren Füllung die vorliegende Arbeit einen Beitrag leistet.

3. Begriffsdiskussionen

In diesem Kapitel werden die Begrifflichkeiten, die im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen, definiert und diskutiert.

Klassifikation von Erkrankungen

Krankheitsbilder werden in unterschiedlichen Systematiken gefasst. Eine der bedeutendsten Klassifikationen ist die von der World Health Organization (WHO) (2023) publizierte *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. In der ICD sind als Störungen definierte Zustände sowie deren Symptomatik aufgeführt und mit einem Code versehen. Diese Codierungen dienen als Grundlage für statistische Erhebungen, Leistungsabrechnungen, Gesundheitsplanung und Forschung. Die ICD liegt aktuell in ihrer 11. Revision (ICD-11) vor, die im Januar 2022 publiziert wurde. Die vorangegangene 10. Revision (ICD-10) wurde bereits 1993 publiziert (World Health Organization 2023). Der Prozess zur weltweiten Implementierung von ICD-11 gestaltet sich allerdings langwierig: Alle Diagnosen sowie die dazugehörigen umfangreichen Beschreibungen der Symptomatik müssen von den jeweiligen Ländern übersetzt und von Fachexpert:innen freigegeben werden. Erst wenn dies abgeschlossen ist, kann die Übernahme in die medizinische Praxis begonnen werden. Da das Gesundheitswesen seit der 30 Jahre zurückliegenden letzten Revision auf den Klassifikationen von ICD-10 aufgebaut ist, erscheint ein Abschluss der Implementierung erst innerhalb der nächsten 10 Jahren realistisch (Mocker 2022). An dieser Stelle seien zwei Beispiele für Entpathologisierungen gegeben, die im Rahmen von ICD-Revisionen stattgefunden haben: Homosexualität wurde erst mit ICD-10 – also 1993 – als Krankheitsbild aus der Klassifikation gestrichen. In der aktuellen Revision findet sich eine ähnliche Entwicklung: Mit ICD-11 wird Transsexualität nicht mehr als Krankheit eingeordnet. Welche Macht solche Klassifizierungen entfalten, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert.

Ein zweites relevantes Klassifikationssystem ist das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Während in der ICD alle Krankheiten erfasst werden, sind im DSM nur psychische Erkrankungen angeführt. Zwischen ICD und DSM gibt es zahlreiche Überschneidungen, aber vor allem Kritik von beiden Seiten an dem jeweiligen anderen System – grundsätzlich ist das DSM stark von US-amerikanischen Strukturen geprägt, wird hauptsächlich dort verwendet und nutzt als Ergänzung dennoch ICD (Tyrer 2014).

Für die vorliegende Arbeit wird eine Eingrenzung der relevanten Krankheitsbilder anhand des ICD-Schemas gegeben. Der Fokus auf diese Kategorisierung kann nur als Handlungshilfe verstanden werden, die bei der Auswahl der Korpusdaten als Richtmarke dient. Inwieweit Diagnosen im Korpus korrekt zugeordnet, angeführt bzw. konstruiert sind, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden.

Da sich das österreichische Gesundheits- sowie Sozialwesen weiterhin – und damit auch zum Erscheinungszeitpunkt der das Korpus stellenden Berichterstattungen – noch auf die 10. Revision der ICD – anstatt der neueren, aber noch nicht für Österreich übernommenen 11. Revision – bezieht, wird sich auch die vorliegende Arbeit daran orientieren. Zudem wird die österreichische Version der ICD herangezogen.

Die zwei relevanten ICD-Codes finden sich in Kapitel V (*Psychische und Verhaltensstörungen*):

F32.- Depressive Episode: [...] Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten *[sic]* "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2022: 215)

Unter F32.- untergeordnet sind sechs unterschiedliche Ausprägungen bzw. Schweregrade gefasst.

F33.- Rezidivierende depressive Störung: [...] Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-). (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2022: 216)

Unter F33.- untergeordnet sind sieben unterschiedliche Ausprägungen bzw. Schweregrade gefasst.

Als Überbegriff für F32.- und F33.- wird für die vorliegende Arbeit der Begriff ‚depressive Erkrankungen‘ verwendet. Dies steht ebenso in Einklang mit dem Wording des österreichischen Depressionsberichts (Nowotny et al. 2019) wie der Empfehlung des österreichischen Medienleitfadens zu nicht stigmatisierender Berichterstattung, welche „Menschen mit einer psychischen Erkrankung“ (Projekt stigmafrei 2021: 19) oder konkreter für den vorliegenden Fokus „[e]ine Person mit Depression“ (Projekt stigmafrei 2021: 19) lautet. An diese Empfehlungen wird sich mit den verwendeten Begrifflichkeiten angelehnt und somit von ‚Erkrankung‘ anstatt von ‚Störung‘ – wie in der ICD verwendet – gesprochen.

Welche Begrifflichkeiten im Korpus Verwendung finden und wie diese in Einklang mit den Empfehlungen des österreichischen Medienleitfadens stehen, wird Gegenstand der empirischen Analyse sein.

Diskursbegriff

An dieser Stelle wird hergeleitet und dargestellt, welcher Diskursbegriff im Rahmen der vorliegenden Arbeit gebraucht wird.

Ausgangspunkt bieten hier – wie häufig in der Diskurstheorie – die Arbeiten von Michel Foucault. Von *einem* Diskursbegriff nach Foucault zu sprechen, ist jedoch nicht möglich – er hat keinen starren Diskursbegriff entwickelt, vielmehr sind Phasen in Foucaults Werk zu erkennen, in denen er sich dem Phänomen Diskurs von unterschiedlichen Seiten annähert. Dennoch lassen sich Eckpfeiler einer Foucault’schen Diskurstheorie ausmachen, die im Folgenden kurz zusammengefasst und als Basis für den Diskursbegriff der vorliegenden Arbeit geltend gemacht werden. So kann Diskurs als „Formationssystem von Aussagen, das auf kollektives, handlungsleitendes und sozial stratifizierendes Wissen verweist“ (Spitzmüller & Warnke 2011: 9) verstanden werden. Dieses Wissen, auf das im Rahmen des Diskurses referenziert wird, kann also dazu beitragen, innerhalb einer Gesellschaft soziale Unterschiede zu etablieren. Normative Komponenten, die im Sinne einer Handlungsanleitung verstanden werden können, betreffen die Gesellschaft als Ganzes. Die Aufgabe bestehe laut Foucault „nicht – nicht mehr – [darin,] die Diskurse als Gesamtheit von Zeichen (von bedeutungstragenden Elementen, die auf Inhalte oder Repräsentationen verweisen), sondern als Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (Foucault 1990: 74). An Foucault knüpft Jürgen Link an und definiert Diskurs wie folgt:

Diskurse [...] legen [...] jeweils spezifische Sagbarkeits- und Wissensräume sowie deren Grenzen fest. Es sind institutionalisierte, geregelte Redeweisen als Räume möglicher Aussagen, die an Handlungen gekoppelt sind. (Link 2011: 436)

Dabei unterscheidet er zwischen Spezial- und Elementardiskurs sowie Interdiskurs. Der Spezialdiskurs meint nach Link den spezialisierten Diskurs einer wissenschaftlichen Disziplin (Link 2011: 437), der Elementardiskurs den Diskurs des Alltags, in welchem auch Konzepte wie Krankheit, Arbeit oder Liebe verhandelt werden (Link 2011: 440). Im Interdiskurs finden sich etwa populärwissenschaftliche oder publizistische Inhalte (Link 2011: 438) und er fungiert als Verbindung zwischen Spezial- und Elementardiskurs:

Offensichtlich können moderne differenziert-spezialistische Kulturen sich nicht ausschließlich auf spezielle Wissensbereiche beschränken, sondern benötigen zu ihrer Reproduktion zusätzlich umgekehrt als eine Art Korrelat bzw. Kompensation immer auch reintegrierende Wissensbereiche [= Interdiskurse], die zwischen den Spezialitäten vermitteln und „Brücken schlagen“. [...] Die wesentliche Funktion von Interdiskursen besteht demnach nicht in professionellen Wissenskombinaten, sondern in selektiv-symbolischen, exemplarisch-symbolischen, also immer ganz fragmentarischen und stark imaginären Brückenschlägen über Spezialgrenzen hinweg für die Subjekte. (Link 2011: 438)

Demnach sind Interdiskurse für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung. Die Artikel des Korpus können als diesem zugehörig verstanden werden. Einerseits ist für den gewählten Diskursausschnitt das von Fachexpert:innen vermittelte Spezialwissen zu depressiven Erkrankungen charakteristisch und andererseits das individuelle Sprechen von Menschen mit depressiven Erkrankungen über Gefühle und individuelle Herausforderungen in Bezug auf Sozialleben, Beruf oder Selbstwert. Dementsprechend lässt sich das Ziel der vorliegenden Diskursanalyse wie folgt formulieren: Regel- und Musterhaftigkeiten sollen aufgedeckt werden. Es soll gezeigt werden, inwiefern Wertungen vorgenommen werden und Normativität konstruiert wird. Legitimierungen bestehender Praktiken und Diskursbilder sollen transparent gemacht werden genauso wie als unstrittig dargestelltes Wissen und institutionelle Rahmenbedingungen. Dies soll eben nicht nur auf Ebene des Einzeltextes geschehen, sondern der Fokus soll auf transtextuellen Phänomenen und den sozialen Akteur:innen liegen. Mithilfe welcher Ansätze dies geschieht, wird in Kapitel 5 erläutert.

Welche Rolle die Akteur:innen eines Diskurses spielen und inwiefern diese in der Analyse Beachtung finden werden, wird im nächsten Abschnitt gezeigt.

Akteur:innen

In diesem Abschnitt wird der Begriff der Akteur:innen näher beleuchtet. Es wird eine Definition erarbeitet und gezeigt, welche theoretische Grundlage für die empirische Analyse gelegt wird. Wie im vorhergehenden Abschnitt erläutert, werden Diskurse als soziale Praktiken verstanden. Wichtiger Teil dieser Praktiken sind Akteur:innen. Anschließend an van Leeuwens Diskursbegriff werden dessen Arbeiten auch für den Begriff der Akteur:innen herangezogen. Dabei ist hervorzuheben, dass van Leeuwens Ansatz nur auf Akteur:innen Bezug nimmt, die in

Texten repräsentiert werden – zentrale Akteur:innen wie Leser:in und Journalist:innen lässt er dabei außen vor (van Leeuwen 2008: 8). Eine umfassende Definition darüber, wer oder was als Akteur:in fungieren kann, gibt van Leeuwen nicht. Allerdings nennt er Merkmale sozialer Praktiken, aus denen sich eine Definition ableiten lässt. Van Leeuwen fasst Diskurs als eine soziale Praktik. Allen sozialen Praktiken sind nach van Leeuwen zehn Komponenten gemein (van Leeuwen 2008: 7). Die Akteur:innen (*participants*; später *social actors*) bilden dabei die erste Komponente: „A social practice first of all needs a set of participants in certain roles“ (van Leeuwen 2008: 7). Diese Sets sind je nach Praktik verschieden und für jede Praktik sind bestimmte Akteur:innenrollen charakteristisch (van Leeuwen 2008: 28). Später ergänzt bzw. spezifiziert van Leeuwen die Rollen, wodurch sich folgende grobe und durchlässige Kategorien ergeben:

- *instigators* (van Leeuwen 2008: 7): Van Leeuwen gibt hier keine Definition, allerdings können als *instigators* handelnde Personen im Deutschen als Personen, die Handlungen proaktiv initiieren, verstanden werden.
- *agents*: Als *agents* werden Personen in einer aktiven Rolle, als “doers of action” (van Leeuwen 2016: 142) verstanden.
- *affected/patients*: Das frühere *affected* wird mit dem neu eingeführten *patients* gleichgesetzt, welches “participants to whom actions are done” (van Leeuwen 2016: 142) bezeichnet.
- *beneficiaries*: Dabei handelt es sich um “participants who benefit from an action, whether in a positive or negative sense” (van Leeuwen 2016: 142).

Soziale Akteur:innen sind also grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass sie unterschiedliche Rollen ausfüllen. Diese Rollen hängen eng mit der Stärke der Diskurspositionen zusammen, wie in Kapitel 7.4. ausgeführt wird. Van Leeuwen weist auch darauf hin, dass die Zu- und Verteilung der Rollen dynamisch ist und von der diskursiven Konstruktion beeinflusst: “Representations can reallocate roles or rearrange the social relations between the participants“ (van Leeuwen 2008: 32). So können Akteur:innen beispielsweise zu Beginn eines Artikels als Person mit starker Agentivität (*agents*) auftreten und ihnen kann diese im Laufe der Erzählung abgesprochen werden, wodurch sie zu Personen werden, die *affected* sind. Somit wird im empirischen Teil dieser Arbeit besonderer Fokus auf Konstruktionen gelegt, die Zuschreibungen im Sinne dieser Rollenbilder zeigen.

Im nächsten Abschnitt wird die zentrale Konzeptualisierung von Stigma detailliert dargestellt.

4. Stigmatheorie

Als theoretische Basis der vorliegenden Arbeit dient die Stigmatheorie nach Link & Phelan (2001), die im Folgenden detailliert dargestellt wird. In Bezug auf die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist diese Konzeptualisierung weiterhin sehr einflussreich. Die Elemente des Frameworks werden für die empirische Analyse operationalisiert.

4.1. Konzeptualisierung von Stigma nach Link & Phelan

Den Argumentationssträngen von Link & Phelan (2001) wird in dieser Arbeit gefolgt. Allerdings werden diese – soweit verfügbar und Mehrwert bietend – um aktuellere Literatur ergänzt. Link & Phelan beziehen sich auf Goffman (2020) und benennen vier Komponenten von Stigma, die eng miteinander verbunden sind. Diese Komponenten laufen im Stigmatisierungsprozess zusammen und treten gemeinsam auf. Dabei treten sie in Machtverhältnissen zutage. Das Bestehen dieser Machtsituation ist eine Grundbedingung, denn sie muss das Auftreten der Elemente überhaupt grundlegend erlauben, sodass sich die Komponenten dann infolge entfalten können (Link & Phelan 2001: 367). Im Folgenden werden diese Elemente im Detail erläutert.

Komponente 1 (On distinguishing and labelling differences¹)

Wie relevant Unterschiede zwischen Menschen sind, ist laut Link & Phelan unterschiedlich: Dingen wie der Farbe des Autos einer Person wird wenig Beachtung geschenkt, weil diesem Fakt in einem sozialen Zusammenhang wenig bis keine Bedeutung zugemessen wird. Unterschiede zwischen Menschen werden nach Link und Phelan erst relevant, wenn sie soziale Bedeutung tragen – wie etwa Geschlecht oder Hautfarbe. Diese Tatsache erscheint für Link & Phelan als zentral – sobald eine Identifikation und *Labelling* von Unterschieden stattgefunden hat, werden sie zu Kategorien, die als natürlich gegeben empfunden werden – zum Beispiel Menschen ohne Behinderung und Menschen mit Behinderung. Grundlegend für diese Kategorisierungen ist laut Link & Phelan die Tatsache, dass hier eine sehr starke Vereinfachung stattfindet, wenn Menschen in solche Kategorien eingeteilt werden (Link & Phelan 2001: 367). Weiters sehen Link & Phelan hier relevant, dass die Kennzeichnung von Merkmalen zeit- und ortsspezifisch ist – als Beispiel nennen sie etwa die gängige Verwendung der Diagnose ADHS

¹ Link & Phelan 2001: 367; Ausz. verändert. JS.

(Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität), in deren Rahmen der Begriff der Hyperaktivität als Hinweis auf einen pathologischen Zustand gekennzeichnet ist (Link & Phelan 2001: 368). Dass hier eine sozial relevante, aktive Auswahl von Merkmalen stattfindet, die als unterscheidenswert erscheinen, soll durch Link & Phelan mit der Verwendung des Begriffs *label* unterstrichen werden: Es wurden Begrifflichkeiten ausgeschlossen, die die Bezeichnung eines Unterschieds als allgemeingültig erscheinen lassen und den Fokus nicht darauf legen, dass die Bezeichnung im Rahmen eines sozialen Auswahlprozesses geschieht. Vielmehr soll nach Link & Phelan die Verwendung von *label* darauf hinweisen, dass eine vorgenommene Unterscheidung nicht automatisch Gültigkeit besitzt und eine aktive Applikation eines Begriffs im Sinne eines Labellings vorgenommen wird (Link & Phelan 2001: 368). Link & Phelan zufolge muss sich die Stigmaforschung mit den Bedingungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Kategorien, den Hintergründen zur Auswahl der als unterscheidungswürdig erachteten Merkmale sowie damit, welche Faktoren hier einflussreich sind, auseinandersetzen (Link & Phelan 2001: 368).

Komponente 2 (On associating human differences with negative attributes²)

Hier wird nach Link & Phelan die Verbindung zwischen gelabelten Unterschieden und Stereotypen bzw. negativen Charakteristika hergestellt: Ein Label wird mit negativen Eigenschaften aufgeladen, die mit einer Person in Verbindung gebracht werden. Daraus ergibt sich ein Stereotyp (Link & Phelan 2001: 368–369). Link & Phelan halten sich hier recht kurz und verweisen auf bestehende Literatur zu Stereotypen wie Goffmann (2020) und Fiske (2000).

Komponente 3 (On separating ‚us‘ from ‚them‘³)

Link & Phelan beziehen sich hier auf bestehende Konzeptualisierungen im Sinne des Othering (Link & Phelan 2001: 370). Eine aktuelle und dieser Arbeit zugrunde liegende Konzeptualisierung wird in Kapitel 5 erläutert.

Komponente 4 (On status loss and discrimination⁴)

Eine Erfahrung von Diskriminierung und Statusverlust ist nach Link & Phelan Teil des Stigmatisierungsprozesses, welcher bei vielen Definitionen von Stigma aber ignoriert werde. Link & Phelan erachten dies aber als zentral und argumentieren wie folgt: „In our reasoning, when people are labeled, set apart, and linked to undesirable characteristics, a rationale is

² Link & Phelan 2001: 368; Ausz. verändert. JS.

³ Link & Phelan 2001: 370; Ausz. verändert. JS.

⁴ Link & Phelan 2001: 370; Ausz. verändert. JS.

constructed for devaluing, rejecting, and excluding them.” (Link & Phelan 2001: 371) Das Auftreten von *labeling* und *stereotyping* hängt eng mit einem hierarchischen Abstieg in Bezug auf den Status zusammen. Vonseiten der stigmatisierenden Entität (etwa durch andere Akteur:innen) findet eine Verknüpfung zwischen negativen Eigenschaften und der stigmatisierten Person statt (Link & Phelan 2001: 371). Mithilfe der vorher besprochenen Elemente erfolgt also eine Herabsetzung des Status bzw. der Verlust desselben. Dieser niedrigere Status kann wiederum erneut ursächlich für das Stattfinden von Diskriminierung werden wie die Realisierung der Prozesse von Labeling und Stereotyping. Als Beispiele dafür nennen Link & Phelan etwa die vermeintlich geringe Attraktivität der Person im sozialen oder unternehmerischen Kontext: Eine Person wird beispielsweise nicht zu einer Veranstaltung eingeladen oder erscheint nicht geeignet als Geschäftspartner:in. In vielfacher Hinsicht kann somit eine niedrigere Statusposition sich exponentiell verstärkende negative Auswirkungen auf alle Lebensbereiche einer Person haben. Dieses komplexe Zusammenspiel von Faktoren auf mehreren Ebenen werde in der Auseinandersetzung mit den Komponenten von Stigma leicht übersehen (Link & Phelan 2001: 373). Es gibt zahlreiche Möglichkeiten zur Diskriminierung, wobei als Ausgangspunkt die Annahme steht, dass Akteur:innen in Machtpositionen eine entsprechende Motivation zur Diskriminierung einer stigmatisierten Gruppe aufweisen. Als Möglichkeiten zeichnen Link & Phelan folgende Palette an Diskriminierungsformen:

- Freiwillige Akzeptanz der Benachteiligungen durch die von Stigmatisierung Betroffenen durch reines Überzeugt-Werden bzw. -Sein
- Offenkundige (direkte) Diskriminierung
- Strukturelle Diskriminierung, auf welche zurückgegriffen wird, wenn etwa offenkundige Benachteiligung aus ideologischen Gründen nicht mehr vertretbar erscheint

Diese Diskriminierungsmechanismen verstärken sich laut Link & Phelan gegenseitig: Strukturelle Gegebenheiten, durch die die Betroffenen Benachteiligungen erfahren, werden umso weniger hinterfragt, umso mehr die stigmatisierten Personen selbst davon ausgehen, dass der ihnen zugeschriebene niedrigere Stellenwert gerechtfertigt ist. Die negative Wahrnehmung von Betroffenen, dass eine Beurteilung ihrer Person entsprechend vorherrschender Stereotype stattfindet, verstärkt sich laut Link & Phelan wiederum im Rahmen direkter Diskriminierung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unterschiedliche Formen von Diskriminierung existieren – verändert sich die Ausprägung einer Form, wird zeitgleich einer anderen Form Auftrieb gegeben. Diskriminierung wird demnach laut Link & Phelan solange bestehen bleiben,

solange die Haltung der dominierenden Akteur:innen ihr ein geeignetes Fundament bietet – egal in welcher Form dieses genutzt wird (Link & Phelan 2001: 375).

The dependence of stigma on power⁵

“Stigma is entirely dependent on social, economic, and political power – it takes power to stigmatize” (Link & Phelan 2001: 375). Ohne Macht ist Stigma nicht denkbar, so Link & Phelan. Die Wahrnehmung von ungleichen Machtverhältnissen als selbstverständliche Gegebenheiten führt dazu, dass die Problematik dieser Verhältnisse nicht hinterfragt wird. Anstatt den Fokus auf die ungleichen Machtverhältnisse – beispielsweise zwischen Menschen mit und Menschen ohne psychische Erkrankungen – zu legen, werden Eigenschaften, die Menschen mit psychischen Erkrankungen zugeschrieben werden, in den Mittelpunkt gestellt. Der Blick auf Machtpositionen ist aber entscheidend, denn sie bestimmen, inwiefern Stigmatisierung in einem sozialen Gefüge realisiert wird. Als ersten Schritt empfehlen Link & Phelan den Blick auf Kontexte, in denen Macht offensichtlich eine Rolle in der Stigmatisierung spielt – und nennen als Beispiel etwa die Herabsetzung und Verfolgung jüdischer Menschen, die durch die Macht der Nationalsozialist:innen ermöglicht wurde (Link & Phelan 2001: 375). Inwiefern Macht etwa im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung ist, zeigen Link & Phelan anhand des folgenden Beispiels: Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen einer klinischen Behandlung. Unterschiedliche Eigenschaften des Personals würden sehr wahrscheinlich von den Patient:innen identifiziert und mit einem Label versehen. Link & Phelan nennen hier das Label „pill pusher“ (Link & Phelan 2001: 376), mit welchem gewisse Stereotype in Bezug auf die Charaktereigenschaften der als „pill pusher“ bezeichneten Person verbunden werden. Infolge kann es zu einer Verhaltensanpassung vonseiten der Patient:innen in der Interaktion mit dieser Person sowie abwertenden verbalen Äußerungen ihnen gegenüber kommen. Die eingangs beschriebenen Komponenten, die Stigmatisierung formieren, treten hier ausgehend von Personen der stigmatisierten Gruppe in Erscheinung – und äußern sich gegenüber Personen außerhalb dieser Gruppe. Trotzdem – so die These – ist laut Link & Phelan das Personal hier nicht als stigmatisierte Gruppe zu verstehen, denn das Personal erfährt keine ernsthaften Konsequenzen im Sinn einer Diskriminierung, da den Patient:innen die Macht fehlt, diese Konsequenzen auszulösen (Link & Phelan 2001: 376). Diese These soll untermauern, warum Machtungleichheiten in Link & Phelans Framework als zentral gelten: „Without such a reference [to power differences], stigma becomes a very

⁵ Link & Phelan 2001: 375; Ausz. veränd. JS.

different and much broader concept that might be applied to lawyers, politicians, Wall Street investors, and white people. Stigma is dependent on power“ (Link & Phelan 2001: 376). In diesem Zusammenhang formulieren Link & Phelan einen Komplex aus Fragen, die bei der Beschäftigung mit Stigma als wesentlich erachtet werden:

Do the people who might stigmatize have the power to ensure that the human difference they recognize and label is broadly identified in the culture? Do the people who might confer stigma have the power to ensure that the culture recognizes and deeply accepts the stereotypes they connect to the labeled differences? Do the people who might stigmatize have the power to separate „us“ from „them“ and to have the designation stick? And do those who might confer stigma control access to major life domains like educational institutions, jobs, housing, and health care in order to put really consequential teeth into the distinctions they draw? (Link & Phelan 2001: 376)

Nach Link & Phelan gilt: Umso eher eine Frage mit Ja beantwortet werden kann, umso eher ist Stigmatisierung zu erwarten. Wird eine Frage mit Nein beantwortet, können zwar Elemente von Stigma auftreten, allerdings sind diese im Sinne der oben ausgeführten These auf kognitive Aspekte (Labelling, Stereotyping) beschränkt (Link & Phelan 2001: 376). Inwiefern diese Aspekte eine Rolle im vorliegenden Korpus spielen, wird in Kapitel 7.4. diskutiert. Im nächsten Abschnitt wird gezeigt, wie der Abbau von Stigma geschehen kann.

4.2. Ansätze zur Entstigmatisierung

Nowotny et al. (2019) weisen auf einen Mangel an Studien hin, in denen die Evaluation von Entstigmatisierungsversuchen im Zentrum steht. Obwohl nicht abschließend geklärt scheint, wie der Abbau von Stigma gelingen kann, sei ein wichtiger Schritt die Verhinderung von stigmatisierenden Inhalten in den Medien, wobei den Akteur:innen der Medienlandschaft große Verantwortung zukomme (Nowotny et al. 2019: 158). In diesem Zusammenhang werden zwei Ansätze zum Abbau von Stigma vorgestellt, die sich explizit mit der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen beschäftigen.

Protest, Aufklärung und Kontakt

Ein einflussreiches Paper haben Corrigan & Penn (1999) publiziert, in welchem sie drei Ansätze zum Abbau von Stigma in Bezug auf psychische Erkrankungen vorstellen. Dabei wird fokussiert auf öffentliches Stigma – also öffentliche Wahrnehmung – von psychischen Erkrankungen.

Trotz aller Kritik, die selbst Corrigan & Penn an den Ansätzen üben, wurden diese als grundlegend übernommen und sind immer noch weit verbreitet. Im Kern orientieren sich Ansätze der aktuellen Literatur zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen immer

noch an den von Corrigan & Penn diskutierten. Der erste Ansatz des Protests ist auf zweifache Art zu verstehen: Einerseits als Protest gegen die stigmatisierende Darstellung von psychischen Erkrankungen etwa in der Werbung, die aufgrund von Kritik von Interessenvereinigungen abgeändert wurden. Andererseits und weniger vielversprechend, wenn es darum geht, die individuelle Einstellung von Personen zu ändern, indem negativen Stereotypen widersprochen wird. Während Zweiteres als nicht vielversprechend eingeordnet wird, ist eine Änderung der Medienberichterstattung eher sinnvoll, um stigmatisierende Haltungen zu verringern (Corrigan & Penn 1999: 768–769). Als zweiten Ansatz nennen Corrigan & Penn den der Aufklärung. So soll Einfluss auf Stigmatisierung genommen werden, indem Inhalte, die stereotypen Darstellungen gegenüberstehen, öffentlich kommuniziert werden. Dieser Ansatz wird von den Autor:innen als vielversprechend eingeschätzt, wenngleich die Art und Weise der Bildungsmaßnahmen entscheidend für den Erfolg ist (Corrigan & Penn 1999: 769–770). Der dritte Ansatz des Kontakts wird von den Autor:innen als aussichtsreiche Form von Entstigmatisierungsmaßnahmen dargestellt. Dabei wird der Fokus darauf gelegt, dass Menschen mit und Menschen ohne psychische Erkrankung interagieren (Corrigan & Penn 1999: 771). Zusammenfassend können drei Hypothesen nach Corrigan & Penn wie folgt formuliert werden:

1. Protest and suppression of mental illness stigma may lead to short-term rebound effects. Namely, members of the general public will more likely recall negative information about individuals with severe mental illness when they are instructed to suppress stereotypes about them. Moreover, members of the general public who are instructed to suppress stigma will learn less factual information about mental illness during educational programs than will peers who do not receive those instructions.
2. Active forms of education that combine formal instruction with discussion and simulations will lead to greater reduction in stigma than formal lectures alone. Program success will depend, however, on providing information that presents the symptoms and deficits of mental illness in a hopeful light. Education programs should have more positive effects on expectations about the behavior of a person with mental illness, whereas views about the person's traits should remain static.
3. Contact with persons with mental illness should diminish psychiatric stigma. Contact effects should improve when there is equal status among participants, cooperative tasks define the interaction, there is institutional support for contact, there are high levels of intimacy, and the person with severe mental illness does not greatly differ from the stereotype. (Corrigan & Penn 1999: 772)

Einschlägige Literatur (Schomerus, Matschinger & Angermeyer 2013; Scherr 2016; Klarić & Lovrić 2017; Rüsch, Heland-Graef & Berg-Peer 2021) nimmt auf diese Kategorien Bezug. Corrigan selbst publizierte 2018 ein Werk, das diese etablierten Ansätze kritisch beleuchtet und in dem er den sogenannten *stigma effect* thematisiert, mit dem er „the unintended consequences of anti-stigma efforts“ (Corrigan 2018: xvi) fasst. Corrigan unterstützt die These, dass Stigma unter anderem dazu dient, den Status quo – und somit Ungleichheiten zwischen Gruppen – zu legitimieren. Die Informationsfunktion der Medien über den Status quo sieht er in diesem

Zusammenhang als wesentlich an (Corrigan 2018: 60–62). Ansätze, die Erwachsenen-Aufklärung oder Protest ins Zentrum stellen, funktionieren nach Corrigan nicht zur Stigmareduktion – diese seien nur begrenzt oder gar gegenteilig wirksam. Sein Fazit: Nur Kontakt zwischen Menschen mit und Menschen ohne psychische Erkrankungen funktioniert für den Abbau von Stigma (Corrigan 2018: 189). Das Ziel von Antistigmaarbeit soll demnach nicht die Normalisierung zwischen Gruppen sein, sondern Solidarität:

Instead of “Normalcy: although you have a mental illness, you are in most ways just like me,” the message becomes “Solidarity: because of your experiences with mental illness, you are a different, respected person. I stand with you.” (Corrigan 2018: 143)

Diesen Fokus auf und die Notwendigkeit von Kontakt fasst Corrigan zusammen, indem er Parallelen zur LGBTIQ-Community zieht:

Younger generations have been able to throw off homophobic ideas about LGBTQ community members, *not* because they learned in high school health class that sexual orientation is genetic and not chosen. They escaped the tyranny of homophobia because courageous gays and lesbians came out forty to fifty years ago. While growing up, our youth were able to interact with a gay uncle, lesbian family friend, bisexual teacher, or gay political figure. The stigma of mental illness will equally lessen when men and women with behavioral health challenges come out. Stigma will be replaced by affirming attitudes when the “normal” majority interacts with people with mental illness as equals. In this way, the “normal” majority learns that people with mental illness have a set of diverse hopes and aspirations that are achievable. This means that people with mental illness need to disclose their mental illness. The atomic bomb to erase stigma is to come out. (Corrigan 2018: 189–190; Herv. i. O.)

Der Abbau von Stigma mag hier von Corrigan etwas vereinfacht dargestellt anmuten und die Lebensrealität von vielen LGBTIQ-Personen negieren, die weiterhin Stigmatisierung oder auch Strafverfolgung ausgesetzt sind – grundlegend scheint der Ansatz des Kontaktes aber immer mehr Verbreitung und Anerkennung zu erhalten. Ein Teil des hier vorliegenden Korpus – jener der als Erfahrungsberichte gekennzeichneten Artikel – kann diesem Ansatz zugeordnet werden und wurde ausgewählt, um einen aktuellen Blick auf entsprechende mediale Kontaktversuche zu werfen.

Inwiefern sprachliche Darstellungen von Akteur:innen zur Entstigmatisierung erfolgreich sein können, wird im nächsten Abschnitt gezeigt.

Diskursive Konstruktionen und Akteur:innen

Einen im Kern als eine Ausformung von Aufklärung zu fassenden Zugang zu Stigma wählen Clair et al. (2016). Sie beschäftigen sich aus psychologischer Sicht damit, wie diskursive Konstruktionen zur Entstigmatisierung gestaltet sein können und vor allem, welche Akteur:innen hier in die Verantwortung genommen werden sollten. Sie verstehen Entstigmatisierung als sozialen Prozess, im Rahmen dessen Stigmareduktion auf

gesamtgesellschaftlicher Ebene vollzogen wird. Dieser Prozess wird nach Clair et al. ermöglicht, indem kulturell verankerte diskursive Konstruktionen von stigmatisierten Gruppen sich verändern (Clair, Daniel & Lamont 2016: 2). Clair et al. legen dabei Wert darauf, den Fokus nicht auf individuelle Wahrnehmungen zu legen, sondern ihre Untersuchung von Stigma in einen breiten gesellschaftlichen Kontext einzubinden, also zu betrachten, welches Bild die Gesellschaft als Ganzes prägt (Clair, Daniel & Lamont 2016: 26). Clair et al. bauen ein Framework auf einer Analyse zu drei verschiedenen stigmatisierten Gruppen auf, in der sie auf zwei Phänomene fokussieren: Einerseits geht es darum, Parallelen zwischen stigmatisierten und nicht-stigmatisierten Gruppen herzustellen und andererseits darum, Schuldzuschreibungen zu beseitigen. Clair et al. gehen davon aus, dass Konstruktionen, die diese Funktionen erfüllen, sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene Auswirkungen auf Stigmatisierungsprozesse haben (Clair, Daniel & Lamont 2016: 3). Argumentative Grundlagen für Auswahl dieser beiden Phänomene lassen sie leider offen. Allerdings stellen sie einen Bezug zu Link & Phelan (2001) her, welcher als Legitimierung dienen darf: Den Fokus auf die oben genannten Phänomene argumentieren Clair et al. damit, dass diese als Gegenstücke zu zwei wesentlichen Stigmaelementen nach Link & Phelan verstanden werden können –

namely the attribution of negative characteristics and the separation between the stigmatized and dominant group. Constructions that remove blame aim to contradict stereotypes and devaluing explanations of the group's condition. Drawing equivalences underscores commonalities between the out-group and the in-group, as a reversal of separation, or what cultural sociologists call bridging group boundaries. (Clair, Daniel & Lamont 2016: 7)

Auf Basis ihrer Untersuchungen formulieren Clair et al. drei Bedingungen, denen sie im Zusammenhang mit Stigmareduktion eine hohe Relevanz zuschreiben:

- 1) Neue Konstruktionen müssen Glaubwürdigkeit im Auge der Öffentlichkeit besitzen. Die Einschätzung von Expert:innenwissen durch die Öffentlichkeit spielt hier eine entscheidende Rolle. Umso eher die durch Expert:innen kommunizierten Inhalte schlüssig sind, umso eher wird die neue Konstruktion als glaubwürdig wahrgenommen. Als Beispiel nennen Clair et al. die Rolle von Erkenntnissen der medizinischen Forschung im Diskurs zu HIV/Aids: Dem lange verbreiteten Irrglauben, dass nur homosexuelle Männer an HIV erkranken, konnte mit der steigenden Verbreitung von medizinisch fundiertem Wissen über die Ursachen von HIV/Aids begegnet werden. Sichtbarkeit und Status von Akteur:innen können dabei die Verbreitung von neuen Konstruktionen unterstützen, wobei allerdings Grenzen gesetzt sind, etwa im Zusammenhang mit besonders verfestigten Rassismus-Stereotypen (Clair, Daniel & Lamont 2016: 21).

- 2) Die Effektivität von glaubwürdigen Konstruktionen zur Entstigmatisierung bzw. Dekonstruktion von Stigma kann nur unter Berücksichtigung von vorherrschenden Ideologien und Umständen beurteilt und erzielt werden (Skrentny 2002, zit. n. Clair, Daniel & Lamont 2016). Steht ein bestimmter Mechanismus zum Schutz vor Diskriminierung einer stigmatisierten Gruppe – etwa Menschen mit Behinderung – zu, bedarf es unter Umständen des Ziehens von Parallelen zwischen zwei stigmatisierten, aber mit anderen Rechten ausgestatteten Gruppen, um denselben Schutz zu erhalten (Clair, Daniel & Lamont 2016: 22).
- 3) Wenn Menschen, die keine Stigmatisierung erfahren, Verbindungen zwischen ihrem Leben und dem von stigmatisierten Personen ziehen können, wird das Potenzial zur Dekonstruktion von Stigma eher erfüllt. Als Beispiel nennen Clair, Daniel & Lamont als sich die Wahrnehmung von HIV weg davon bewegte, dass Homosexualität als bestimmender Risikofaktor gesehen wurde (Clair, Daniel & Lamont 2016: 22–23).

Die Akteur:innen stehen hier im Zentrum für Clair et al., sie sind verantwortlich, um neue Konstruktionen zu schaffen:

We identify the central actors – including legal experts, social scientists, and media professionals – who could be employed to disseminate and institutionalize new constructions. To contribute to destigmatization, these actors could foster the social conditions we identify as central to the destigmatization process: using their credentials and capitals to legitimate destigmatizing constructions and knowledge about stigmatized groups; challenging existing cultural ideologies that inhibit claims for inclusion and redistribution; and advocating for integration in public, social, and residential life in order to increase a sense of linked fate between dominant and stigmatized groups. (Clair, Daniel & Lamont 2016: 27)

Die Verantwortung für die Entstigmatisierung liegt also bei bestimmten, einflussreichen Gruppen von Akteur:innen “who create, diffuse, legitimate, and deploy meanings of stigmatized groups that, in turn, enable destigmatizing actions.” (Clair, Daniel & Lamont 2016: 23–24). Als zentral sind hier unter anderem Medienschaffende genannt. Als Multiplikator:innen können diese Entstigmatisierung ermöglichen oder verhindern.

Sowohl bei Corrigan als auch bei Clair, Daniel & Lamont sind also die Akteur:innen sehr zentral. Nach Clair, Daniel & Lamont sind diese dafür verantwortlich, Wissen zu vermitteln und zu legitimieren. Nach Corrigan sind sie unabdingbare Voraussetzung für das Herstellen von Kontakt. Diese beiden unterschiedlichen Ansätze haben die Akteur:innen als einen gemeinsamen Nenner, auf den auch die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit Bezug nimmt. In der vorliegenden Arbeit wurden deshalb Korpusdaten ausgewählt, die beide Ansätze veranschaulichen. Das Korpus besteht einerseits aus Erfahrungsberichten von Menschen mit

depressiven Erkrankungen – diese sollen als eine Art der Kontaktherstellung mit den Leser:innen verstanden werden und so Corrigan folgend dem Strang der Entstigmatisierung durch Kontakt zugeordnet werden. Andererseits wurden als Infobeiträge kategorisierte Berichte aufgenommen – also Artikel, in denen die Wissensvermittlung im Zentrum steht und welche im Ansatz der Aufklärung eingebettet sind. Details zur Korpuszusammenstellung werden in Kapitel 6 vorgestellt.

Im nächsten Kapitel wird ein Überblick über entsprechende Empfehlungen für Medienakteur:innen gegeben.

4.3. Medienempfehlungen zur Entstigmatisierung

Wie im vorherigen Abschnitt konstatiert, sind Medienschaffende bzw. Medien besonders relevant für das Verbreiten von stigmatisierenden sowie entstigmatisierenden Inhalten. In Österreich wurde am 8. September 2021 ein Medienleitfaden publiziert, dessen Titel „Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische Erkrankungen“ (Projekt stigmafrei 2021) lautet. Ziel des Medienleitfadens ist es laut den Herausgeber:innen (HPE Österreich und Public Health Zentrum der Medizinischen Universität Wien),

die im Journalismus Tätigen für die Herausforderungen der Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen zu sensibilisieren. Vor allem in ihrem Bemühen um eine sachlich fundierte, für den Laien verständliche und ausgewogene Berichterstattung sollen sie unterstützt werden. (Projekt stigmafrei 2021: 3)

Im Leitfaden werden Fakten und Statistiken zu psychischer Gesundheit angegeben. Es wird detailliert auf die Entstehung von Stigma und dessen Folgen eingegangen. Ebenso wird erläutert, welchen Mehrwert eine sensible Berichterstattung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie die Gesellschaft als Ganzes bietet. Der Leitfaden nimmt Bezug auf die Bandbreite psychischer Erkrankungen und den damit einhergehenden Anforderungen an Journalist:innen (darunter etwa die Berichterstattung über psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Gewalttaten). Im Folgenden werden Handlungsempfehlungen und deren Legitimierungen exemplarisch und auszugsweise wiedergegeben, die für den Kontext der vorliegenden Arbeit besondere Relevanz besitzen, weil sie sich entweder besonders bedeutsam für die Berichterstattung über depressive Erkrankungen zeigen oder sich direkt auf diese beziehen:

Die Entstehung einer psychischen Erkrankung wird auf das **komplexe Zusammenwirken mehrerer bio-psycho-sozialer Faktoren** zurückgeführt [...] **Vermeiden Sie** in Ihren Berichten, die psychische Erkrankung einer Person **auf ein einzelnes Ereignis zurückzuführen** (z.B. „wegen Trennung depressiv“, „aufgrund des Jobverlusts süchtig geworden“). (Projekt stigmafrei 2021: 7; Herv. i. O.)

Ermutigen Sie dazu, sich Hilfe zu suchen: Weisen Sie darauf hin, dass psychische Erkrankungen jeden von uns betreffen können und gut behandelbar sind. Wann immer es möglich ist, führen Sie in Ihren Berichten auch Telefon-Hotlines oder Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige an (vgl. www.stigmafrei.at: Krisenkontakte). (Projekt stigmafrei 2021: 8; Herv. i. O.)

Positive Beispiele, die deutlich machen, dass Betroffene ein Grundrecht auf gesellschaftliche Teilhabe haben und unter barrierefreien Bedingungen ein erfülltes, produktives Leben führen können, sind für adäquate Aufklärung essenziell, jedoch in der Berichterstattung deutlich unterrepräsentiert. [...] **Lassen Sie** in Ihren Berichten **Personen zu Wort kommen, die Erfahrung mit psychischen Problemen, Krisen und Erkrankungen haben** und schildern, wie sie ihren Alltag meistern und wo sie Hürden feststellen. (Projekt stigmafrei 2021: 12; Herv. i. O.)

Insbesondere wenn psychische Erkrankungen bzw. die damit verbundenen Einschränkungen über einen längeren Zeitraum andauern, ist die Gefahr der Ausgrenzung und Isolation groß. Die Barrieren, auf die psychisch Erkrankte in ihrem Alltag stoßen, können sehr unterschiedlich sein. Es kann eine innere Hemmung geben, sich Hilfe zu suchen– [*sic*] z.B. aus Angst vor Stigmatisierung. Oder Informationsdefizite und daraus resultierendes Unbehagen der „Gesunden“ bewirken, dass sie vor psychisch Erkrankten zurückschrecken und sie meiden.

Neben diesen individuellen (zwischen)menschlichen Schwierigkeiten bestehen häufig auch strukturelle Barrieren: lange Wartezeiten auf Arzt- und Behördentermine, finanzielle Probleme, die Verweigerung von persönlicher Assistenz u.v.m. [...] **Berichten Sie über die weitreichenden Folgen von Stigma** und was gegen die Benachteiligung getan werden kann. (Projekt stigmafrei 2021: 12; Herv. i. O.)

Stellen Sie den **Menschen in den Vordergrund**, nicht die Erkrankung. Mit einem Reduzieren auf die Krankheit klammert man andere (positive und negative) Eigenschaften der Betroffenen aus. [...] Verwenden Sie auch **Formulierungen, die den Menschen benennen**, nicht seine Erkrankung, z.B. „die an Schizophrenie erkrankte Person“, „ein Mann mit einer bipolaren Störung“ oder „der von einer bipolaren Störung betroffene Mann“, „Frau X, bei der eine leichte Depression diagnostiziert wurde“. (Projekt stigmafrei 2021: 17; Herv. i. O.)

Stellen Sie **psychisch Erkrankte nicht in einer mitleiderweckenden Opferrolle** oder als hilflose Menschen dar, durch Formulierungen wie „heimgesucht von ...“ bzw. „Opfer einer psychischen Erkrankung“. (Projekt stigmafrei 2021: 18; Herv. i. O.)

Fachexpertinnen/-experten können Ihnen Hintergrundinformationen zu Diagnostik, Krankheitsbildern, Therapieformen und Fachbegriffen sowie gesellschaftlichen Faktoren liefern. (Projekt stigmafrei 2021: 22; Herv. i. O.)

Die Autor:innen geben Empfehlungen dafür ab, wie Nominationen aussehen können, welche Akteur:innen eine Stimme haben sollten oder wie Berichte inhaltlich aufgebaut sein können. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wird ein Blick darauf geworfen werden, inwiefern diese Empfehlungen Umsetzung finden und welche Tendenzen in Hinblick auf eine nicht stigmatisierende Berichterstattung zu erkennen sind.

5. Methodologie und Methodik

In diesem Kapitel werden der methodologische Rahmen vorgestellt sowie die verwendeten Methoden skizziert.

Diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse (Spitzmüller & Warnke)

Das Modell der Diskurslinguistischen Mehr-Ebenen-Analyse (DIMEAN) (Warnke & Spitzmüller 2008; Spitzmüller & Warnke 2011) dient als methodologischer Rahmen. Mithilfe des Modells wird Diskurs in drei Ebenen strukturiert: der intratextuellen und der transtextuellen Ebene sowie als eine Art Schaltstelle zwischen den beiden die Ebene der Akteur:innen. Den Ebenen zugeordnet sind jeweils (linguistische) Phänomene, auf die im Rahmen der detaillierten Analyse zugegriffen werden kann.

Für die vorliegende Arbeit wurde der Fokus ausgehend von der intratextuellen Ebene auf die Ebene der Akteur:innen gelegt. Die Auswahl der konkreten Untersuchungsmethoden fand auf Basis einer Erstanalyse des Korpus statt. Ausschlaggebend für die Wahl dieses Analysezugangs ist die Relevanz, die Akteur:innen im Diskurs zugesprochen wird:

Es sind die Handelnden im Diskurs, die Wissen hervorbringen, zum Verschwinden bringen, regulieren und befördern. Handelnde jedoch nicht im Sinne personaler und kontextfreier Sprachteilhaber, nicht im Sinne entscheidungsfreier Subjekte, sondern Handelnde mit sozialen Rollen, die durch Möglichkeitsbedingungen der Aussage bestimmt sind und die ebensolche Determinanten durch ihre Aussagen hervorbringen. Handelnde in diesem Sinne sind „Akteure“. (Spitzmüller & Warnke 2011: 137)

Inwiefern auf die Darstellung dieser Handelnden methodisch zugegriffen wird, wird im Verlauf der nächsten Kapitel erläutert.

Nominationen (van Leeuwen)

Anknüpfend an die bei Link & Phelan (2001) erstgenannte Komponente von Stigma – die des *Labellings* – wird eine Untersuchung der im vorliegenden Korpus verwendeten Nominationen stattfinden. Hierbei wird auf das Social Actors Framework nach van Leeuwen zugegriffen (van Leeuwen 2008; van Leeuwen 2016). Van Leeuwen hat ein Framework entwickelt, in dessen Zentrum die Akteur:innen und deren Repräsentation stehen: das Social Actors Framework. Mithilfe dieses Frameworks soll folgende Frage beantwortet werden können: „[W]hat are the principal ways in which social actors can be represented in discourse?“ (van Leeuwen 2008: 51) Die das Framework darstellende Baumgrafik umfasst – ausgehend von der ersten Ebene, auf der die Trennung von *Exclusion* und *Inclusion* dargestellt wird – neun Ebenen.

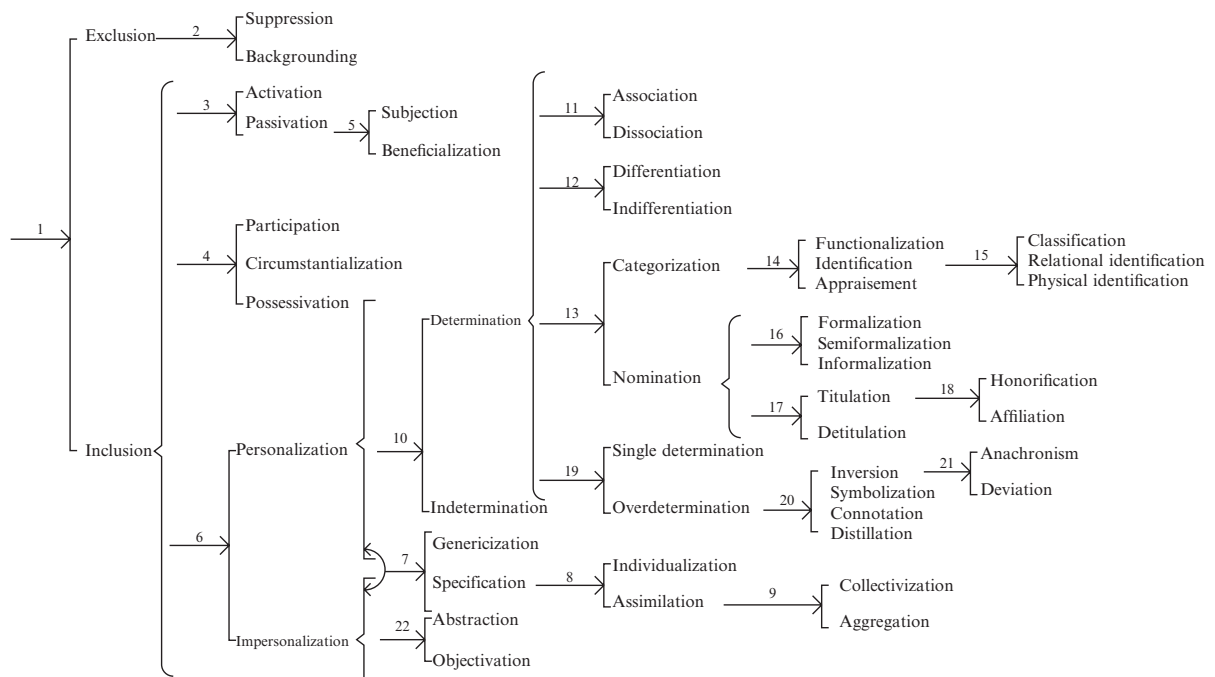


Abbildung 1 (van Leeuwen 2008: 52)

Diese erste Ebene zeigt sich besonders relevant für die vorliegende Arbeit, wenn aufgezeigt wird, welche Akteur:innen in Erscheinung treten und welche nicht. Weiters spielt die Aktivierung bzw. Passivierung eine Rolle, unter anderem in Bezug auf Eigenschaftszuschreibungen und Agentivität. Die Darstellung von Akteur:innen als generische Gruppe im Sinne von Generifizierung und Spezifizierung wird in der Analyse beleuchtet.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Begriff der Nominationen hier als Kollektivbegriff für alle Kategorien nach van Leeuwen verwendet wird und die eigentliche Nomination als eine Nennung eines Namens als eine der Ausformungen zu verstehen ist.

Metaphern (Spieß)

Für die Untersuchung von Metaphern wird auf die Arbeiten von Constanze Spieß zurückgegriffen. Diese nimmt ihrerseits – wie andere in diesem Kontext – Bezug auf Ansätze zur Metaphernanalyse nach Lakoff & Johnson (2011). Dabei fasst Spieß (2014) „Metaphern als wesentliche diskursive und sprachlich manifeste Elemente, die auf kognitive Strukturen verweisen“ (Spieß 2014: 39). Das bedeutet, dass sich die Gestalt von Metaphern nach Spieß in mehreren Dimensionen zeigt:

Zum einen sind Metaphern im Anschluss an Lakoff/Johnson (1980) in kognitiver Perspektive als mentale Konzepte und damit als mentale Repräsentationen zu beschreiben, die prototypisch als radiale Kategorien organisiert sind.

Zum zweiten sind Metaphern in linguistischer Perspektive als sprachliche Formen zu beschreiben, Metaphern sind für linguistische Zwecke erst über ihre je spezifische sprachliche Form der Analyse zugänglich, sie tauchen in unterschiedlichen grammatischen Formen auf. [...]

Und zum Dritten handelt es sich bei Metaphern um soziopragmatische Phänomene, deren Bedeutung – und das gilt insbesondere für Diskursmetaphern – aus dem Kontext erschlossen werden muss. Sie sind immer schon in kulturelle und soziale Kontexte eingebettet, bestimmen diese und gehen aus diesen hervor“ (Spieß 2014: 39).

Repräsentationen im Sinne einer Metapher verweisen also auf gesellschaftliches und soziales Wissen und existieren nicht ‚im luftleeren Raum‘. Dies zeigt sich besonders in Hinblick auf die vorliegende Forschungsfrage relevant, wenn die Verwendung von Metaphern durch einzelne Akteur:innen bzw. Gruppen von Akteur:innen im Fokus steht. In Bezug auf die Rolle der Akteur:innen ist ein Phänomen besonders relevant, das Spieß *Perspektivierung* nennt:

Betrachtet man die Funktionen von Metaphern, so haben diese durch ihre spezifische Struktur eine gewisse Perspektivierungsfunktion im sprachlichen Konstruktionsprozess von Wirklichkeit, denn sie haben großen Anteil an der kulturellen Erzeugung von Wirklichkeit. [...] Mit der Metaphernverwendung entscheidet sich der Diskursakteur für eine spezifische perspektivierte Sichtweise (Spieß 2014: 37).

Dabei aufschlussreich ist unter anderem die strukturelle Komponente von Metaphern im Sinne von *hiding* und *highlighting* von inhaltlichen Aspekten:

Die Struktur von Metaphern besteht dementsprechend darin, Erfahrungen des einen Bereiches mit Hilfe von Erfahrungen des anderen Bereiches zu erklären. Die Projektionsprozesse können dabei unterschiedlich komplex sein. Die Metapher verfügt strukturell über einen Herkunftsbereich (source) und einen Zielbereich (target). Dadurch [*sic*] dass beim Metaphorisierungsprozess von einem Herkunftsbereich Bedeutungsaspekte auf einen Zielbereich projiziert werden, werden zugleich spezifische Bedeutungsaspekte hervorgehoben (*highlighting*), andere dagegen bleiben verborgen (*hiding*). Die Metapher basiert demnach auf den beiden Mechanismen *highlighting* und *hiding*. (Spieß 2014: 36; Ausz. i. O.)

Inwiefern sich derartige Perspektivierungen im Korpus der vorliegenden Arbeit zeigen und dadurch Aussagen darüber gemacht werden können, welche Realität durch die Verwendung bestimmter Metaphern im Kontext der vorliegenden Arbeit diskursiv konstruiert wird, wird in Kapitel 7.2. gezeigt werden.

Othering und Agency (Jensen)

An dieser Stelle wird zuerst das Phänomen des *Othering* skizziert, das Link & Phelan (2001) als eine der Komponenten von Stigma nennen. Dieses stellt sich in vielfältigen Bezugsrahmen dar, die grundlegenden Charakteristika können allerdings kontextunabhängig formuliert werden. In dieser Arbeit wird auf Jensen (2011) Bezug genommen, der Othering definiert als

discursive processes by which powerful groups, who may or may not make up a numerical majority, define subordinate groups into existence in a reductionist way which ascribe problematic and/or inferior characteristics to these subordinate groups. Such discursive processes affirm the legitimacy and superiority of the powerful and condition identity formation among the subordinate (Jensen 2011: 65; Ausz. veränd. JS)

Es findet also eine Trennung zwischen einer mächtigen Personengruppe (*us*) und Personengruppen, die aufgrund bestimmter Charakteristika als minderwertig eingestuft werden (*them*), statt. Nach Jensen kommt es dabei zu einer Stereotypisierung von Personen: Negative Merkmale werden als kennzeichnend für eine Person konstruiert, sie werden zu ‚den Anderen‘ gemacht (Jensen 2011: 65). Link & Phelan weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass besonders bei psychischen Erkrankungen ein Othering in Form einer stigmatisierenden Nomination stattfindet:

[S]ome people speak of persons as being “epileptics” or “schizophrenics” rather than describing them as having epilepsy or schizophrenia. This practice is revealing regarding this component [= othering; Anm. JS] of stigma because it is different for other diseases. A person has cancer, heart disease, or the flu – such a person is one of “us,” a person who just happens to be beset by a serious illness. But a person is a “schizophrenic.” (Link & Phelan 2001: 370)

Beispiele für entsprechende Stereotypisierungen und Abgrenzungen im vorliegenden Korpus werden in Kapitel 7.2. erläutert. An dieser Stelle soll ergänzend darauf hingewiesen werden, dass Othering ebenso intersektional geschehen kann, etwa in Bezug auf Geschlecht, Ethnizität oder Alter (Jensen 2011: 67). In Ansätzen wird hierzu in Kapitel 7.4. Bezug genommen.

In engem Zusammenhang mit Othering steht auch das Konzept von Agentivität. Bei Jensen wird Agentivität bzw. *Agency* verstanden als “the capacity to act within as well as up against social structures“ (Jensen 2011: 66; Ausz. veränd. JS). Akteur:innen mit Agency sind also handlungsfähig – in unterschiedlichen Kontexten. Sich öffentlich zu äußern und eine Haltung zu verteidigen, bedarf Agentivität.

Agency ist damit Voraussetzung für das Erlangen bzw. Erhalten einer starken Diskursposition von Akteur:innen, welche im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

Diskurspositionen (Blommaert)

In diesem Abschnitt werden die Akteur:innen in Hinblick auf ihre Positionen im Diskurs betrachtet. Nach Spitzmüller & Warnke (2011) soll in diesem Zusammenhang im Fokus stehen,

in welchen sozialen Positionen Akteure handeln. Genau mit dieser Frage konzentriert man sich auf die diskurslinguistische Relevanz der Legitimierung von Aussagen, die aus einer Vielzahl von Gründen erfolgen kann, etwa aus Rationalität, Überlegenheit, Herrschaft oder Macht ebenso wie aus Emotionalität, Subversion, Unterdrücktheit, Anpassung usw. (Spitzmüller & Warnke 2011: 177).

Inwiefern derartige Legitimierungen stattfinden, wird in der vorliegenden Arbeit gezeigt. Für die Beschäftigung mit den Diskurspositionen werden die Konzeptualisierungen von *Voice* (Blommaert 2005) und *Ideology Brokers* (Blommaert 1999) herangezogen.

Voice (Wer ist hörbar?)

Zur Beschreibung gesellschaftlicher Ungleichheiten sieht Blommaert (2005) das, was er *Voice* nennt, als essenziell an und definiert diese

as the ways in which people manage to make themselves understood or fail to do so. This capacity to make oneself understood, I argued, is a capacity to generate an uptake of one's words as close as possible to one's desired contextualisation. It is, in other words, the capacity to accomplish desired *functions* through language. More accurately, it is the capacity to create favourable conditions for a desired uptake (Blommaert 2005: 68; Ausz. i. O.).

Mit anderen Worten: „Ob ein ‚Sprecher/Schreiber‘ als Akteur des Diskurses wahrgenommen wird, hängt also wesentlich von seiner ‚voice‘ ab. Diese ‚Hörbarkeit‘ ist sozial reguliert und immer im Kontext von Machtbeziehungen kanalisiert“ (Spitzmüller & Warnke 2011: 60–61). Dabei sind Akteur:innen, die eine starke Stimme – und somit eine stärkere Diskursposition – einnehmen und verteidigen können eng verbunden mit der Einnahme von Machtpositionen: Relevant zeigt sich hier, wessen Bedürfnisse und Perspektivierungen gehört bzw. mit welchen Mitteln hörbar gemacht werden und für welche Gruppen dies nicht zutrifft. Denn: „Wer nicht für sich spricht, für den sprechen andere. Oder niemand“ (Stokowski 2021: 166). Inwiefern diese Hör- und Sichtbarkeit im vorliegenden Diskursausschnitt zu depressiven Erkrankungen für welche Akteur:innen gegeben ist und welche realen Konsequenzen sich daraus ergeben, wird Gegenstand der empirischen Analyse sein. In engem Zusammenhang dazu steht das Konzept von *Ideology Brokers*, das im Folgenden erläutert wird.

Ideology Brokers (Wer hat Autorität?)

Während sich die Untersuchung von Voice damit beschäftigt, welche Akteur:innen überhaupt eine Stimme haben, so bezieht sich die Konzeptualisierung von *Ideology Brokers* darauf, inwiefern welche Akteur:innen mit ihrer Stimme eine Autoritätsposition einnehmen können. Ebenso mit Bezug auf Blommaert (1999) lassen sich Letztere als

categories of actors who, for reasons we set out to investigate, can claim authority in the field of debate (politicians and policy-makers, interest groups, academicians, policy implementers, the organized polity, individual citizens) [definieren]. The struggle develops usually over *definitions* of social realities: various representations of reality which are pitted against each other – discursively – with the aim of gaining authority for one particular representation. (Blommaert 1999: 9; Ausz. i. O.)

Diese Akteur:innen nehmen also eine zentrale Position im Diskurs ein und bestimmen, welche diskursive Repräsentation – hier etwa von depressiven Erkrankungen – vorherrscht. Sie bestimmen, wie depressive Erkrankungen und Menschen mit depressiven Erkrankungen wahrgenommen werden sowie welche diskursiven Konstruktionen die Berichterstattung zur Erkrankung prägen. Diese Akteur:innen sind somit dazu imstande, sowohl zur Stigmatisierung

als auch zu Entstigmatisierung von depressiven Erkrankungen beizutragen und die Lebensrealität von Menschen mit depressiven Erkrankungen entscheidend zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang relevant zeigt sich ebenso die diskursive Konstruktion von Expertise. Fachexpert:innen können grundlegend wie folgt definiert werden:

A person who addresses a task by means of special knowledge and skills is called an *expert*. [...] Experts are persons possessing a combination of knowledge and abilities that are not commonly shared in their environment and who are socially recognized as *experts*. (Bromme & Jucks 2018: 224; Ausz. i. O.)

Wesentlich ist hier, dass Expertise im jeweiligen sozialen Kontext realisiert wird – wer wann als Fachexpert:in gelten kann, ist also kontextbedingt und hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Welche Akteur:innen auf Basis welcher Autoritätsargumente als Fachexpert:innen legitimiert werden, wird in Kapitel 7.1. diskutiert.

In diesem Zusammenhang interessant zeigt sich ein bereits erwähnter Fragenkomplex aus dem für die vorliegende Arbeit zentralen Framework zu Stigma von Link & Phelan (2001): Hier beziehen sich Link & Phelan auf Akteur:innen, die als Ideology Broker verstanden werden können, und deren Rolle im Stigmatisierungsprozess. Sie setzen das in den Kontext der lebensweltlichen Rahmenbedingungen, die Stigma ermöglichen, wobei einer bestimmten Gruppe von Akteur:innen große Macht zukommt:

Because of the importance of power in stigmatization, it is critical to ask the following set of questions: Do the people who might stigmatize have the power to ensure that the human difference they recognize and label is broadly identified in the culture? Do the people who might confer stigma have the power to ensure that the culture recognizes and deeply accepts the stereotypes they connect to the labeled differences? Do the people who might stigmatize have the power to separate “us” from “them” and to have the designation stick? And do those who might confer stigma control access to major life domains like educational institutions, jobs, housing, and health care in order to put really consequential teeth into the distinctions they draw? To the extent that we can answer yes to these questions, we can expect stigma to result. To the extent that we answer no, some of the cognitive components of stigma might be in place, but what we generally mean by stigma would not exist. (Link & Phelan 2001: 376)

Als Ideology Broker fungierende Akteur:innen transportieren somit nicht nur gewisse Ideologien, sondern sind für reale Rahmenbedingungen und damit indirekt für das Auftreten bzw. den Abbau von Stigma und Diskriminierung verantwortlich.

Narration (Campbell)

In der Erzähltheorie gilt das Schema der Held:innenreise nach Joseph Campbell (1968) als grundlegendes Muster, welches im modernen Storytelling weiterhin eine zentrale Position einnimmt. Campbell identifiziert eine Struktur, der Erzählungen von Held:innengeschichten folgen. Dem Narrativ der Held:innenreise nach Campbell sind drei Grundetappen eigen, die er in fast alle Werke von Held:innengeschichten findet: *Departure*, *Initiation* und *Return*.

Innerhalb dieser Etappen treten wiederum kleinteiligere Etappen auf. Dabei gilt laut Campbell, dass die Reihenfolge der einzelnen Elemente variieren kann sowie diese in unterschiedlichen Ausformungen auftreten bzw. auch wegfallen können. Eine Auswahl der sich für die vorliegenden Daten relevant zeigenden Etappen sei hier dargestellt:

- Bekannte Welt
- Ruf zum Abenteuer
- Weigerung, den Ruf anzunehmen
- Begegnung mit helfender Person
- Negative Konsequenzen aufgrund der Weigerung
- Schwellüberschreitung
- Selbstreflexion
- Großer Kampf
- Belohnung mit neuen Fähigkeiten
- Transformation
- Rückkehr mit neuen Fähigkeiten

(Campbell 1968)

In Kapitel 7.3. werden diese Etappen im Detail diskutiert und in Verbindung mit den Korpusdaten gebracht.

Im nächsten Abschnitt wird zuerst das Korpus vorgestellt, bevor die Analyse der zusammengestellten Daten erfolgt.

6. Korpus

Als Basis für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage wurde ein Korpus erstellt, dass sich aus Artikeln zusammensetzt, welche als Infobeitrag und/oder Erfahrungsbericht klassifiziert werden können. Diese Klassifizierung wird insofern relevant, als dass Artikel dieser Art als Gegenstücke zu den Entstigmatisierungsansätzen von Aufklärung – also Wissensvermittlung über die Erkrankung – und Kontakt – zwischen Menschen mit und ohne depressive Erkrankung – verstanden werden können. Artikel, die als Infobeitrag eingeordnet werden können, enthalten häufig Fakten über Prävalenz und Symptome – vermitteln also Wissen über depressive Erkrankungen. Artikel, die als Erfahrungsbericht zu werten sind, erlauben Zugang zu Menschen mit depressiven Erkrankungen – und können als Kontaktmöglichkeit verstanden werden. Zudem kann sowohl in Infobeiträgen als auch Erfahrungsberichten eine detaillierte Auseinandersetzung mit Akteur:innen sowie Erkrankungsbild erwartet werden. Das Korpus besteht aus Berichten österreichischer Zeitungen. Es wurden nur jene Artikel aufgenommen, die nach der Publikation des österreichischen Medienleitfadens (Projekt stigmafrei 2021), welche im September 2021 stattfand, veröffentlicht wurden. So soll eine Aussage über den Status quo der Berichterstattung in Österreich gegeben werden können. Ein als relevant erachteter und somit für das Korpus ausgewählter Artikel erfüllt somit folgende Kriterien:

1. Der Artikel wurde in einer österreichischen Tages- oder Wochenzeitung entweder online oder in Print publiziert.
2. Als Publikationsdatum ist ein Datum ab dem 8. September 2021 angegeben.
3. Der Artikel weist eine Mindestlänge von einer halben Normseite auf.
4. Depressive Erkrankungen bilden das zentrale Thema des Artikels und/oder sind gleichwertig wie andere Themen gewichtet und/oder begründen den ‚Aufhänger‘.
5. Der Artikel lässt sich den Kategorien ‚Erfahrungsbericht‘ und/oder ‚Infobeitrag‘ zuordnen. Als Erfahrungsbericht wurde ein Artikel klassifiziert, wenn die persönliche Entwicklungs- und Krankheitsgeschichte eines Menschen mit Depressionen im Zentrum steht. Als Infobeitrag wurde ein Artikel dann eingeordnet, wenn die Wissensvermittlung über das Krankheitsbild Depression den Kern der Berichterstattung bildet und eine Ratgeberfunktion erfüllt zu sein scheint. Diese Kategorien sind nicht als trennscharf zu verstehen – beide Kategorien können sich überschneiden und Graubereiche generieren. Berichte, in denen Studienergebnisse (bspw. ‚Lebensmittel X kann das Risiko einer depressiven Erkrankung reduzieren‘) den Anlassfall bilden,

wurden nicht aufgenommen. Ebenso wurden Artikel über postnatale sowie saisonale depressive Erkrankungen ausgeschlossen.

6. Idealerweise wird Stigma thematisiert. Alle Artikel, die obige Anforderungen erfüllen und in denen Stigma behandelt wurde, wurden für das Korpus ausgewählt.

Weiters wurde eine Auswahl vorgenommen, sodass die Gewichtung der Medien ausgewogen ist. Die Formierung des Korpus wurde anhand einschlägiger Suchbegriffe (depression*, depressiv*, *stigma*) mithilfe von Mediendatenbanken (APA Online Manager Library, Lexis Nexis) umgesetzt und durch Internetrecherchen ergänzt.

Die Entscheidung zur Auswahl bzw. Kategorienzuordnung lag bei der Autorin der vorliegenden Arbeit. In diesem Zusammenhang muss klar darauf hingewiesen werden, dass die Auswahl und somit auch der Ausschluss von möglicherweise relevanten Artikeln auf subjektiver Wahrnehmung beruht und die Einschätzung nach bestem Wissen und Gewissen getroffen wurde, sodass eine umfassende und zielgerichtete Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage durch die Auswahl bestmöglich gefördert wird.

Als finales Korpus wurden somit 33 Artikel ausgewählt. Davon sind 18 als Erfahrungsbericht, 13 als Infobeitrag und zwei als Mischform zu klassifizieren. Folgende Aufteilung ergibt sich in Bezug auf das Medium: Vertreten ist 11x Kronen Zeitung bzw. krone.at, 5x Der Standard bzw. derstandard.at, jeweils 3x Kleine Zeitung bzw. kleinezeitung.at, jeweils 2x Kurier, Oberösterreichische Nachrichten bzw. nachrichten.at, Salzburger Nachrichten, Tiroler Tageszeitung, Vorarlberger Nachrichten sowie jeweils 1x Die Presse, Falter, Heute.at und Neue Vorarlberger Tageszeitung. Das Verhältnis zwischen sogenannten Boulevard- und Qualitätsmedien kann als ausgewogen bezeichnet werden. Zu bemerken ist, dass mehrere auflagenstarke Zeitungen nur mit einem Artikel vertreten sind. Bei der Ressortverteilung zeigt sich ein sehr zerfasertes Bild – häufig wurden keine Angaben gemacht bzw. ist der Großteil der Artikel vielen verschiedenen Ressorts zuzuordnen. Erwähnenswert zeigt sich die Reihung der beiden am häufigsten vertretenen Ressorts: So stammen zehn Artikel aus dem Sport- und vier aus dem Gesundheitsressort.

7. Analyse und Ergebnisse

In diesem Kapitel findet eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Korpusdaten statt. Anhand vielfältiger linguistischer Phänomene werden die diskursive Konstruktion der Akteur:innen zugänglich gemacht und zugrunde liegende Denkmuster identifiziert. Dieser Abschnitt wird gefolgt von einem Kapitel, in dem die Ergebnisse zusammengeführt, diskutiert und kontextualisiert werden.

7.1. Nominationen der Akteur:innen

Als ersten Schritt der Analyse wird dargestellt, mithilfe welcher Nominationen die im Korpus vorkommenden Akteur:innen gefasst – also gelabelt – werden.

Menschen mit depressiven Erkrankungen

Zuweisungen von kategorialen Nominationen

Nominationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen im Sinne einer Kategorisierung finden in mehrfacher Hinsicht statt, vorrangig durch die Einteilung in Kategorien. Die inhaltlichen Zuschreibungen variieren dabei. Rein quantitativ kann festgehalten werden, dass Menschen mit depressiven Erkrankungen vorrangig als ‚Betroffene‘ und ‚Menschen mit Merkmal X‘ nominiert werden.

Als ‚Betroffene‘ werden Menschen mit depressiven Erkrankungen am häufigsten und in über 50 % der Artikel bezeichnet. Die Nomination wird dabei beinahe ausnahmslos im Plural verwendet. Nur in einem Artikel wird der Singular verwendet: „Der Betroffene sucht nicht mehr nach Lösungen“ (K24) – hierbei wird aber ebenso eine Einreihung in eine Kategorie vorgenommen. Trotz Verwendung des Singulars handelt es sich nicht um eine einzelne identifizierbare Person, sondern mittels Schilderns von Charakteristika wird ‚der Betroffene per se‘ als Angehöriger einer Gruppe in diese eingegliedert. Der Einsatz dieses Kollektivsingulars erlaubt die Darstellung von Menschen mit depressiven Erkrankungen als homogene Gruppe und trägt zu einer Generalisierung der ihnen zugeschriebenen Eigenschaften bei. Seltener wird der Begriff als Adjektiv verwendet, etwa „400.000 Menschen in Österreich sind betroffen“ (K18) oder es handle sich um „betroffene Kinder und Jugendliche“ (K23). Mit der Verwendung des Betroffenen-Begriffs findet eine Passivierung von Menschen mit depressiven Erkrankungen statt – die Personen sind von einem Umstand betroffen. Menschen mit depressiven Erkrankungen wird hier keine Agency zugesprochen, sie unterliegen einem

äußeren Umstand und werden durch diesen definiert. ‚Betroffene‘ sind keine Person mit Merkmalen einer depressiven Erkrankung, sondern sie werden ganz durch ihre Betroffenheit und damit durch ihre Erkrankung charakterisiert. Individuelle Aspekte werden ebenso abgesprochen – die Personen werden eingeordnet in eine anonyme Masse mit homogenen Symptomen bzw. Bedürfnissen.

Als eine weitere Nominationskategorie gelten Konstruktionen nach dem Schema ‚Menschen mit Merkmal X‘. Diese zeigen sich im vorliegenden Korpus etwa als Formulierungen wie Menschen bzw. Personen „mit Depressionen“ (K20), „mit psychischen Erkrankungen“ (K14) oder auch jene „die psychische Erkrankungen haben“ (K14). Nominationen dieser Art sind bereits aufgrund ihrer Seltenheit – sieben Erwähnungen im gesamten Korpus – beachtenswert. Nach dem österreichischen Medienleitfaden (Projekt stigmafrei 2021) handelt es sich hierbei um eine der empfohlenen Nominationen, wenn über Menschen mit depressiven Erkrankungen berichtet wird. Im Vergleich dazu erscheint es in der Berichterstattung über Menschen mit Behinderung bereits etabliert, von ‚Menschen mit Behinderung‘ zu sprechen und nicht von ‚Behinderten‘. Die gängige Verwendung im Plural scheint die Verbindung mit stereotypen Prädikationen wie ‚alle Menschen mit Merkmal X haben auch Merkmal Y‘ zu erleichtern. Dennoch erlaubt die Verwendung dieser Nomination eine höhere Aktivierung der Personen im Vergleich etwa zu passiv markierten ‚Betroffenen‘.

Die Perspektive von Fachpersonal zeigt sich in einer Gruppe von Nominationen, in der die Wahrnehmung von Expert:innen den Ausgangspunkt darstellt: etwa „Patientinnen und Patienten“ (K23) (unterschiedliche Formen in sechs Artikeln) oder „Klienten“ (K14) (ein Artikel). Vorrangig kommen diese Nominationen in O-Tönen von Expert:innen vor und werden selten, aber doch von den Verfasser:innen der Artikel übernommen. Die Verwendung von Fachvokabular zur Benennung der Akteur:innen scheint eine Objektivifizierung von Menschen mit depressiven Erkrankungen zu erleichtern. Sie agieren in dieser Wahrnehmung nicht als eigenständige Person mit Agency, sondern werden als Objekt der Behandlung betrachtet.

Eine erwähnenswerte Gruppe bilden Nominationen, die mit Prädikationen des Leidens einhergehen. So werden Menschen mit depressiven Erkrankungen etwa als „an Depressionen Leidende“ (K12) nominiert oder in Verbindung mit „namhafte[n] Leidensgenossen“ (K24) gesetzt. Derartige Nominationen kommen zwar vor, allerdings nicht gehäuft. Konstruktionen, die den Akt des ‚Leidens‘ innehaben, sind abseits der Nominationen allerdings vielfach und in unterschiedlichen Ausprägungen zu finden: Menschen mit depressiven Erkrankungen würden einen starken „Leidensdruck“ (K29) verspüren, aufgrund der Erkrankung „persönliche[s] Leid“ (K9) erfahren oder von ihrem „Leidensweg“ (K3) berichten. Ebenso sind Nominationen zu

finden, mithilfe derer Menschen mit depressiven Erkrankungen durch ihre Erkrankung bzw. Symptome definiert werden und als „Labile“ (K24) – in diesem Fall Menschen mit depressiven Erkrankungen mit Suizidneigung – sowie „Depressive“ (K24) gelabelt werden.

Nominationen im Zusammenhang mit konkreten Personen

Mit einem Klarnamen benannt werden 35 Menschen mit depressiven Erkrankungen. Dies bezeichnet das, was van Leeuwen unter Nomination im eigentlichen Sinn versteht, nämlich namentliche Benennungen einer konkreten Einzelperson (van Leeuwen 2008: 40).

Von den insgesamt 35 Nominationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen wurden vier Akteur:innen anonymisiert bzw. ihre Namen von der Redaktion geändert, beispielsweise „Frau A.“ (K14) oder „Maria K.s Tochter Melanie (beide Namen geändert)“ (K17). Eine Anonymisierung suggeriert, dass eine depressive Erkrankung etwas ist, wozu keine Verbindung mit der Person hergestellt werden soll. Hierbei steht die Schützenswürdigkeit eines Individuums im Vordergrund – etwa im Sinne der allgemeinen Wahrung der Privatsphäre oder aber der Abwendung von Scham und Stigmatisierung. Eine Anzahl von 31 Personen ist durch eine Nennung des vollen Namens gekennzeichnet. In einem der Fälle handelt es sich um die Nennung eines Künstlerinnennamens – dieser darf aber zu den vollen Namen gezählt werden, da das Pseudonym „Adele“ (K9) eine klare Identifikation der prominenten Sängerin erlaubt. In 26 Fällen handelt es sich um Personen öffentlichen Interesses mit depressiver Erkrankung, in fünf Fällen um nicht-prominente Personen, deren Erkrankung Anlass für ihre Erwähnung im Artikel gibt. Prominente Persönlichkeiten nehmen damit den bei weitem größten Raum in der Gruppe der Menschen mit depressiven Erkrankungen ein, vorrangig findet eine Konzentration in einzelnen Artikeln statt: So sind etwa in K2 fünf und in K24 acht Prominente erwähnt. Vier davon kommen in jeweils zwei Artikeln vor. Zwei Drittel der Personen öffentlichen Interesses sind professionelle Sportler:innen, ein Drittel kann großteils dem Kunst- und Kulturbereich zugeordnet werden. Welche Besonderheiten sich im Zusammenhang mit Sportler:innen als sehr präsender Akteur:innen-Gruppe zeigen, wird im weiteren Verlauf der Arbeit erläutert.

Altersnominationen – wie „der 33-Jährige“ (K5) – sind im vorliegenden Korpus ausschließlich bei Menschen mit depressiven Erkrankungen zu finden, nicht jedoch bei Expert:innen. Das Alter als eine bedeutsame Eigenschaft bzw. ein Identifikationsmerkmal unterstützt aus Sicht der Journalist:innen offenbar dabei, ein Bild der Person zu zeichnen.

Nennungen von territorialer Zugehörigkeit, wie Nationalität oder Wohnort in einem Bundesland, werden ähnlich wie bei den Altersnominationen nur im Zusammenhang mit Menschen mit depressiven Erkrankungen explizit gemacht. Die Nationalität wird besonders bei

Sportler:innen als Nomination verwendet („die Japanerin“ (K2)), während Nicht-Prominente mit kleinteiligeren Nominationen („der Montafoner“ K31) benannt werden. Ähnlich wie bei Altersnominationsen scheint die Relevanz darin zu bestehen, eine Person eingehend zu beschreiben. Im Sport scheint die Nomination mittels Nationalität eine andere Konnotation zu besitzen als beispielsweise im Migrationsdiskurs, wenn etwa die Nennung von Nationalität im Zusammenhang mit Kriminalität relevant wird und damit ein bestimmtes kommunikatives Ziel verfolgt wird.

Bei Menschen mit depressiven Erkrankungen werden etwaige Berufe unterschiedlich früh im Text thematisiert. Es kann die leichte Tendenz erkannt werden, dass bei nicht-prominenten Menschen Berufsbezeichnungen erst relativ spät im Text Erwähnung finden, nachdem die Person als Akteur:in bereits eingeführt wurde.

Eine besondere Nominationskategorie bilden Berufsbezeichnungen in Verbindung mit Leistung bzw. Superlativen, die sich durchwegs im sportlichen Kontext finden. So werden prominente Menschen mit depressiven Erkrankungen beispielsweise durch Nominationsen wie „Top-Surfer“ (K2), „Ski-Superstar“ (K2) oder „der erfolgreichste Olympionike“ (K2) gelabelt. Dieses Hervorheben der Leistung erscheint typisch für Sportberichterstattungen. Im Kontext der vorliegenden Arbeit erhält dies insofern Relevanz, als dass die Dualität Erfolg vs. Erkrankung hervorgehoben wird.

Menschen mit depressiven Erkrankungen werden auch gelegentlich in Bezug auf Verwandtschaftsverhältnisse bzw. ihre Rolle innerhalb einer Familie nominiert, etwa „der Vater eines Sohnes“ (K31) oder „die zweifache Mutter“ (K3). In Kapitel 7.4. wird dies noch näher diskutiert werden.

Wechsel und Kombinationen

Zahlreiche Wechsel finden in der Benennung konkreter Personen durch die Artikel hindurch statt (bspw. neun verschiedene Nominationsen von Tennisspieler:in Naomi Osaka (K27) oder zwölf verschiedene bei Elmar Stüttler (K31)). Bei der Benennung durch kategoriale Bezeichnungen gibt es ebenso Wechsel, allerdings sind diese auf weniger Begriffe beschränkt. Meistens kristallisiert sich zudem eine Formulierung heraus, deren Verwendung durchgängig im gesamten Artikel immer wieder stattfindet. Im Rahmen aller Nominationskategorien finden häufig auch Kombinationen statt.

Fachexpert:innen

Im Korpus konnten 22 als Fachexpert:innen einzustufende Personen, denen eigene Nominationen zukommen, identifiziert werden. Allgemein ergibt sich ein sehr zerfasertes Bild mit vielen verschiedenen Nominationen. Die häufigsten Nominationen, die jeweils in einem Viertel der Artikel (auch überschneidend) genannt werden, sind Ärzt:in, Psychotherapeut:in, Psychiater:in und Expert:in. Letztere wird dabei in einem nicht näher definierten Sinn und als Sammelbegriff für unterschiedliche Berufe, die sich mit psychischer Gesundheit beschäftigen, verwendet.

Expert:innen in einem nicht klar definierten Sinn bzw. als Sammelbegriff werden vorrangig auf drei verschiedene Arten als solche nominiert.

- 1) Konstruktion als eine homogene Gruppe, deren Mitglieder durch gemeinsame gesicherte Wissensbestände verbunden sind:

Was also hilft, wenn Müdigkeit, Erschöpfung und die oft unfreiwillige Einsamkeit zusammenkommen? In erster Linie das darüber Reden, da sind sich alle Expertinnen und Experten einig. (K6)

Eine solche Darstellung suggeriert, dass als unstrittig geltende Inhalte in Bezug auf psychische Gesundheit existieren, die von Vertreter:innen verschiedenster Berufsgruppen geteilt werden. Mithilfe dieser als Tatsachen konstruierter Wissensbestände wird eine Dichotomie von richtig und falsch etabliert. Richtig ist demnach, was durch die Gruppe der Expert:innen legitimiert wird.

- 2) Bezugnahme auf eine Person, die vorher im Text bereits eine andere Nomination im Sinne eines konkreten Namens und einer Berufsbezeichnung erfahren hat und in Bezug auf welche für weitere O-Töne ein Nominationswechsel stattfindet:

„Kinder sind bei einer Depression oft nicht klassisch depressiv, ihre Stimmungen können in alle Richtungen schwanken“, sagt die Expertin. (K23)

In diesem Fall handelt es sich bei der Expertin um „Isabel Böge, Abteilungsleiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Med-Uni Graz und Primarärztin am LKH Süd“ (K23), die bereits früher im Artikel eingeführt und als zentrale Interviewpartnerin für die Inhalte des Artikels herangezogen wurde. Böge wird im Artikel implizit durch Nennung ihrer Institutionszugehörigkeit als Expert:in legitimiert. Im weiteren Verlauf findet eine erneute, diesmal explizite Legitimierung als Expertin statt.

- 3) Darstellung als Prototyp einer Person mit entsprechenden Kompetenzen in einem für psychische Gesundheit relevanten Kontext, wie hier in einer Zwischenüberschrift innerhalb eines Artikels:

Gang zum Experten ausschlaggebend (K12)

Eine nicht näher definierte Gruppe von Berufen, deren Vertreter:innen als Expert:innen zu werten sind, wird hier mithilfe einer prototypischen Darstellung subsumiert.

Nominationen der Akteur:innen als Psychotherapeut:innen finden sich vorrangig als Berufsbezeichnung einer namentlich genannten Person. Werden zwei Berufe genannt, befindet der Beruf Psychotherapeut:in fast ausschließlich an letzter – in den meisten Fällen ist dies die zweite – Stelle:

„Depressionen kommen meist schleichend“, sagt Pädagogin und Psychotherapeutin Christa Renoldner im SN-Podcast. (K3)

Zudem finden – ähnlich wie bei Expert:innen – Nominationswechsel statt, die die Person bei ihrer Etablierung folgenden O-Tönen als Psychotherapeut:in mit verkürzter bzw. ohne Nennung des Eigennamens ausweisen.

Werden Nominationen als Psychiater:innen vorgenommen, so sind diese fast durchwegs als Berufsbezeichnung einer interviewten Person zu verstehen. Die Nennung dieser Nomination erfolgt immer an erster Stelle:

Elisabeth Wagner ist Psychiaterin und Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin für systemische Familientherapie und Supervisorin. (K32)

Bei den ebenfalls recht häufigen Nominationen von Ärzt:innen zeigen sich mehrere Muster. Fachärzt:innen für ein bestimmtes Gebiet werden in Verbindung mit Eigennamen genannt. Ebenso finden Nominationswechsel im Verlauf des Artikels statt. Die Erwähnung von Ärzt:innen ohne Spezifikation gestaltet sich wesentlich anonym – keine Person dieser Nominationskategorie wird mit Namen erfasst. Ärzt:innen werden als generische Gruppe konstruiert. Selten wird geschlechtergerechte Sprache verwendet, großteils ist nur das Maskulinum zu finden. Ähnlich wie bei der Gruppe der Expert:innen findet eine Übergeneralisierung statt, die allen Mitgliedern der jeweiligen Gruppe dieselben bzw. ähnliche Eigenschaften und Handlungen zuschreibt. Thomas Reinbacher, ein Mensch mit einer depressiven Erkrankung, wird in einem Artikel zitiert:

„Ärzte sagen absichtlich nicht, wie lange die Therapie dauert, damit man nicht aufgibt.“ (K15)

Die Übergeneralisierung unterstützt die vorliegende Unterstellung, dass Personen dieses Berufsstandes Informationen zurückhalten würden. Nicht die Konsultation einer konkreten Person, sondern die Praktik des ‚Zum-Arzt-Gehens‘ wird ebenfalls thematisiert:

Der Pandemie-Stress fördert die Erkrankung, gleichzeitig gingen die Menschen weniger zum Arzt. (K9)

Nominationen von anonymen, aber realen, in ihrer beruflichen Funktion nominierten Akteur:innen finden sich weiters in der Darstellung einer Frau, die über die depressive Erkrankung ihrer Tochter spricht:

Die Ärzte diagnostizierten eine depressive Störung, die durch Corona deutlich schwerer geworden ist, zitiert die Mutter sinngemäß aus den Krankenhaus-Unterlagen. (K13)

Eine unbestimmte Menge von Ärzt:innen mit unbestimmten Fachgebieten, die in die Diagnose einer Jugendlichen involviert waren, wird hier benannt. Diese Art der Darstellung evoziert ein Bild einer anonymen Entität, die unter anderem durch diagnostisches Wissen und institutionelle Anbindung in ihrer Autorität legitimiert wird.

Vorrangig wird Autorität in den bisher dargestellten Nominationen von Fachexpert:innen durch die Referenz auf abgeschlossene Ausbildungen, daraus folgende Berufsbezeichnungen sowie Institutionszugehörigkeit diskursiv konstruiert. Aufbauend auf einer solchen Konstruktion scheint es erlaubt, die Person mit der Nomination ‚Expert:in‘ zu bezeichnen. Hier wird der Kontext relevant, wenn es darum geht, welche Berufsgruppen hier in erster Instanz berechtigt sind, mithilfe der notwendigen Referenzen als Expert:innen etabliert zu werden.

Soziales Umfeld

Nur in einem Drittel der Artikel wird die Rolle des sozialen Umfelds thematisiert. Entsprechende Nominationen sind aber vielfältig. Mit Abstand am häufigsten (40 % aller Artikel) finden Nominationen von Freund:innen statt. Diese werden einerseits als individuelle Person nominiert, wenn es um eine konkrete Unterstützungshandlung geht (bspw. den ersten Gang zur Expertin):

Eine gute Freundin Fink-Sailers rüttelte sie schließlich auf. „Sie hat mich zum Spazieren eingeladen. Wir haben uns dann auf eine Bank gesetzt und sie hat zu mir gesagt: ‚Das ist nicht normal. Das sind Depressionen.‘“ (K3)

Die Freundin eines Menschen mit depressiver Erkrankung findet sich in der Rolle der Anstoß gebenden Person. Sie ist aktive Akteurin, wird aber nicht namentlich genannt. Andererseits finden Erwähnungen des sozialen Umfelds als Allgemeinplatz statt. Die Bildung einer binominalen Phrase ist hier typisch:

„Freund:innen und Familie“ werden hier als zentral für einen positiven Krankheitsverlauf genannt. Das soziale Umfeld scheint als integraler Bestandteil des Heilungsprozesses zu dienen, nimmt allerdings sehr wenig Raum in der Berichterstattung ein.

Familie allgemein (36 % der Artikel) wird sehr oft und in verschiedenen Kontexten erwähnt. Der Großteil der Nominationen ist derselben binominalen Phrase „Freunde und Familie“ als Allgemeinplatz zuzuordnen. Erwähnenswert ist hier, dass Familie sowohl als wichtige emotionale Stütze konstruiert wird, aber auch als Risikofaktor für die Entstehung einer Erkrankung (Mehrfachbelastung, Tod eines Familienmitglieds etc.)

Individuelle Familienmitglieder werden vorrangig aus Sicht von Menschen mit depressiven Erkrankungen in deren direkten oder indirekten O-Tönen dargestellt. Wenn diese die Rolle ihres sozialen Umfelds thematisieren, werden als Bestandteil des familiären Netzwerks am häufigsten die Eltern genannt. Die Ehefrau oder Partnerin wird ausschließlich in O-Tönen von Männern mit depressiver Erkrankung nominiert. Der Ehemann wird nur einmal thematisiert: Eine Frau zählt Hilfestellungen auf, die sie gemeinsam mit ihrem Mann ihrer Tochter während ihrer Erkrankung gegeben haben. Eine nähere Auseinandersetzung dazu findet in Kapitel 7.4. statt.

Personen aus dem sozialen Umfeld nehmen als Akteur:innen zwar wenig Platz in der Erzählung ein, ihnen kommt aber eine essenzielle Rolle in der Erkrankungs- und Genesungserzählung zu. Mehr dazu folgt in Kapitel 7.3.

Abwesende Akteur:innen

Zu erwähnen ist an dieser Stelle die Abwesenheit bestimmter Akteur:innen. Politiker:innen kommen genauso wenig zu Wort wie Arbeitgeber:innen oder für institutionelle Rahmenbedingungen verantwortliche Personen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die vorliegenden Nominationen sehr vielfältig ausgestaltet sind. Ein Labelling von Menschen mit depressiven Erkrankungen findet gehäuft mit negativen Zuschreibungen statt, während diese auch verstärkt eine individuelle Position in Form von Klarnamen einnehmen. Fachexpert:innen kommt hohe Sichtbarkeit in Form von Nominationen zu – sowohl als identifizierbare Individuen als auch als generische Gruppe.

7.2. Prädikation und Stereotypisierung

Dieses Kapitel zeigt, inwiefern Stereotype konstruiert und dadurch Trennungen im Sinne eines Othering vollzogen werden.

Symptombeschreibung

Im folgenden Abschnitt wird anhand von zur Symptombeschreibung verwendeten Metaphern eine Darstellung der relevantesten Prädikationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen gegeben. Die Beschreibung von Symptomen und Gefühlen findet im vorliegenden Korpus auf mehreren Ebenen statt. Einerseits schildern Menschen mit depressiven Erkrankungen ihre Gefühlslage, andererseits definieren Expert:innen, welche Merkmale als Symptome von depressiven Erkrankungen gelten. Prädikationen kommen hier sowohl als Selbst- wie auch als Fremdprädikationen unterschiedlicher Akteur:innen vor. Menschen mit depressiven Erkrankungen kommen in diesem Zusammenhang bei weitem seltener zu Wort als Expert:innen. Der Journalist Philipp Braunegger beschreibt die Symptomatik während seiner Erkrankung wie folgt:

„In mir war völlige Emotionslosigkeit und Leere. Ich war wie ein Eisblock.“ (K5)

Die Prädikation wird hier von einem Menschen mit depressiver Erkrankung selbst vorgenommen. Die Eisblock-Metapher evoziert unterschiedliche Bilder. Ein Eisblock ist immobil und besitzt keine Handlungsfähigkeit. Er muss in einer passiven Haltung verharren, nur der Blick nach außen ist möglich, aber keine Interaktion. Gleichzeitig kann eine Person als ‚eiskalt‘ bezeichnet werden, um eine Verbindung mit Charakteristika wie Emotions- und Empathielosigkeit herzustellen. Diese Verbindung zeigt sich auch im Zitat, wenn Braunegger selbst diese Charakteristika zur Beschreibung seiner Wahrnehmung nutzt. In einem Artikel über prominente Menschen mit depressiven Erkrankungen, der die professionelle Skifahrerin Lindsay Vonn erwähnt, werden ähnliche Bilder hervorgerufen:

Die 37-Jährige durchlitt 2008 eine Phase, in der sie sich so hoffnungslos fühlte, dass sie sich nicht mehr motivieren konnte, das Bett zu verlassen. Sie weinte im Schlaf und fühlte sich angeblich leer wie ein Zombie. (K24)

Die hier vorzufindende Prädikation scheint durch die Autorin des Artikels vorgenommen worden zu sein. Die Relativierung durch die Voranstellung des Adverbs „angeblich“ erlaubt mehrere Rückschlüsse. Die Autorin des Artikels könnte auf zuvor kommunizierte Inhalte Bezug nehmen. Diese Inhalte könnten von Vonn selbst kommuniziert worden sein oder aus

zweiter Hand stammen. Es ist prinzipiell auch möglich, dass die Verfasserin das Adverb als Markierung eines Zweifels ihrerseits nutzt. Letztere Lesart scheint vernachlässigbar, da der Ton des gesamten Artikels eine solche Abwertung durch eine explizite Anzweiflung unwahrscheinlich erscheinen lässt. Im Kontext des Artikels scheint die Lesart der Kommunikation aus zweiter Hand am plausibelsten. Bilder der Leere und der Handlungsunfähigkeit lassen sich ähnlich wie im ersten Zitat auch hier erkennen. Ein Eisblock kann nicht handeln, während ein Zombie zwar handlungsfähig ist, seine Handlungen aber nicht kontrollieren kann und als triebgesteuert eingeordnet werden kann. Das Thema der Gefühllosigkeit lässt sich sowohl der Eisblock- sowie der Zombiemetapher zuschreiben. Sowohl ein Eisblock als auch ein Zombie werden als außerhalb der Gesellschaft stehend konstruiert, sie können nicht teilnehmen und Beziehungen mit anderen Menschen sind nicht möglich. Dass Zombies zudem eine Bedrohung für andere Menschen darstellen, macht die Verwendung genau dieser Metaphorik umso interessanter.

Eine weitere Profi-Skifahrerin, Marie Sporer, wird in einem anderen Artikel zitiert. Sie nimmt selbst eine Prädikation vor:

„Du lernst, zu akzeptieren, dass du manchmal emotional aus der Bahn gleitest, aber auch bewusst damit umzugehen.“ (K8)
--

Die hier gegebene Nähe zu Metaphern wie ‚aus der Bahn geworfen werden‘ oder ‚auf die schiefe Bahn geraten‘ suggeriert, dass durch eine depressive Erkrankung ein Normbereich verlassen wird. Als Ziel sei die Rückkehr auf die Bahn geboten. Der Begriff des Gleitens scheint etwas Sanftes und Wohlwollendes an sich zu haben. Allerdings ist hier zu beachten, dass die Akteurin professionellen Skisport betreibt und im Kontext dieses Sports das ‚aus der Bahn gleiten‘ durchaus schwerwiegende Konsequenzen bedeuten kann.

Sowohl der damit einhergehende Kontrollverlust als auch die Konstruktion dieses Normbereichs werden im Folgenden noch eingehend thematisiert. Eine ähnliche Abweichung vom Normbereich wird in einem Bericht über den professionellen Fußballer Niklas Schmidt und dessen Kommunikation über seine depressive Erkrankung hervorgerufen:

Wenn der Kopf plötzlich nicht mehr mitspielt (K1)

Hier liegt eine Fremdprädikation durch den Autor des Artikels vor. Die Formulierung ‚wenn [...] nicht mehr mitspielt‘ scheint in Medienberichten vorrangig im Zusammenhang mit Körper und Psyche vorzukommen und eine pathologische Entwicklung zum Thema zu haben. Im Kontext der Sportberichterstattung darf diese auch als Wortspiel gelten und eine Nähe zum Fußballspiel erzeugen. Aber auch: Wer nicht mitspielt, ist außen vor – ist kein vollwertiges

Mitglied, kein Teil des Systems. Eine Nähe zum Wettkampf ergibt sich weiters, wenn die Erkrankung als aktive Gegenspielerin konstruiert wird:

Chester Bennington, Sänger der Band Linkin Park, und Leinwandstar Robin Williams nahmen sich das Leben, weil Depressionen sie in die Knie zwangen. (K24)

Die Phrase ‚in die Knie gezwungen werden‘ kann als Kampfmetapher gewertet werden. Ihr Herkunftsbereich ist von starker Aggressivität und im Falle eines Sieges mit einseitiger Macht- bzw. Kräfteverteilung geprägt. Die Erkrankung wird als übermächtige Gegnerin konstruiert, die schlussendlich die Auslöschung des Individuums herbeiführt – also siegreich aus dem Kampf hervor geht. Menschen mit depressiven Erkrankungen werden negativ und schwach konnotierte Eigenschaften zugeschrieben – sie werden als Unterlegene, Opfer oder Verlierer:innen konstruiert. Wie auch Iakushevich (2021b: 406) befindet, ist diese Konstruktion für den Diskurs um depressive Erkrankungen bezeichnend. Auch im vorliegenden Korpus ist diese regelmäßig ersichtlich.

Zusammenfassend erlaubt die Betrachtung der verwendeten Prädikationsmetaphorik den Schluss, dass Akteur:innen als unterlegen, schwach und isoliert konstruiert werden. In ihrem Erkranken bzw. Erkrankt-sein werden ihnen im Rahmen der Fremdprädikation negative Eigenschaften zugeschrieben. Bei der Selbstprädikation ist den Metaphern gemein, dass sie Dinge fassen, die als nicht zugehörig und außerhalb eines Normbereichs stehend gelten.

Abgrenzung zwischen ‚normal‘ und ‚nicht normal‘

In diesem Abschnitt wird beleuchtet, inwiefern eine Abgrenzung im Sinne eines Otherings mittels Stereotypisierung stattfindet – also inwiefern Menschen mit depressiven Erkrankungen als anders als andere Menschen konstruiert werden. Dies wird anhand der Grenzkonstruktionen zwischen ‚normal‘ und ‚nicht-normal‘ gezeigt. Mehrere Darstellungen im Korpus implizieren, dass es Charakteristika gibt, die als ‚normal‘ gelten. Dabei handelt es sich etwa um Gefühlszustände, Lebensweisen oder Menschen in ihrer ganzen Person. Umgekehrt sind Dinge, die dieser Norm nicht entsprechen, abzulehnen. So gelten Menschen mit Gefühl X nach Ereignis Y als einer anerkannten Norm entsprechend:

Hat man ein akutes Problem, wie einen Konflikt mit einem Arbeitskollegen, ist es normal, ein bis drei Tage verstimmt zu sein. (K24)

Hier werden Gefühle im Sinne von pathologisch und nicht pathologisch eingeordnet. Eine Missstimmung aufgrund eines Konflikts wird als pathologisch nicht relevant bewertet.

Entsprechend ist etwas „eine normale Reaktion“ (K12) auf ein Ereignis bzw. sind für eine Lebensphase charakteristische Gefühle „ganz normale Stimmungsschwankungen im Jugendalter“ (K23). Mithilfe dieser Formulierungen wird ein Normbereich konstruiert, innerhalb dessen die Zugehörigkeit zur Gruppe der ‚Gesunden‘ versichert wird. Derartige Einordnungen werden im vorliegenden Korpus von Expert:innen durchgeführt. Als Akteur:innen konstituieren diese den Normbereich und definieren damit, welche Symptomatik als ‚normal‘ gilt. Auch den Verfasser:innen der Artikel kommt hier eine bestimmende Position zu, wenn sie Symptome beschreiben:

Totale Antriebslosigkeit und die Unmöglichkeit, Freude zu empfinden: Eine Depression macht ein normales Leben unvorstellbar und ist weit mehr als Trauer. (K5)
--

Ein als normal konstruiertes, aber in seinen Spezifika nicht näher definiertes Leben sei dementsprechend nur ohne Erkrankung möglich. Im Umkehrschluss wird dargelegt, dass Menschen, die ein ‚normales‘ Leben führen, dieses freudvoll gestalten und Antrieb haben. Interessant ist hier auch, dass im Korpus bis auf eine Ausnahme nur thematisiert wird, was als ‚normal‘, aber nicht, was als ‚nicht normal‘ gelabelt werden kann.

Wie bisher aufgezeigt, wird Normalität bzw. Abnormalität im Korpus teilweise sehr explizit thematisiert. Es gibt aber auch einige Fälle, in denen eine vermeintliche Abweichung von der Norm subtiler konstruiert wird.

Grundsätzlich ist jede Beschreibung von Krankheitssymptomen eine Beschreibung einer Abweichung vom Idealzustand des gesunden Menschen. Ebenso verhält es sich mit dem Aufzeigen von Risikofaktoren, die zum Entstehen einer Erkrankung beigetragen haben:

Familiäre Vorbelastung, Stress, Armut, Gewalterfahrung, Trauer oder Arbeitslosigkeit können die Krankheit auslösen. Corona verschlimmerte die Situation. Der Pandemie-Stress fördert die Erkrankung, gleichzeitig gingen die Menschen weniger zum Arzt. (K9)
--

All diese Umstände werden als Abweichungen dargestellt. Die vermeintliche Notwendigkeit zur Abgrenzung zwischen gesund und krank ist auch hier präsent und das rasche Wiederherstellen von Gesundheit steht als oberstes Ziel im Zentrum. Die Beschreibung von Symptomen wird als durch Verlust gekennzeichnet beschrieben. Der Verlust und das Verlassen eines Normbereichs zeigen sich in folgenden Beispielen:

„Ich hatte mein Lachen verloren“ (K3)

Was, wenn einem die Freude am Leben abhandenkommt? (K29)
--

Inwiefern mit dem Wiedererhalten dieser Eigenschaften (Lachen, Freude) die Rückkehr in ein ‚normales‘ Leben konstruiert wird bzw. eine Wiederherstellung von Normalität in der Genesungserzählung geschieht, wird in Kapitel 7.3. näher beleuchtet.

Mehrfach kommt im Korpus die Proposition vor, dass gewisse Zustände von allen Menschen im Laufe ihres Lebens mehr oder weniger regelmäßig empfunden werden. Es gäbe aber eine Häufigkeit und Schwere dieser Zustände, die pathologisch relevant sei und wodurch sich die Personen, die diese Zustände empfinden, außerhalb eines definierten Normbereichs einfinden würden:

Traurig, niedergeschlagen oder antriebslos – so fühlen sich alle Menschen ab und zu. Wer an einer Depression leidet, erlebt solche Stimmungen aber intensiver und über lange Zeiträume hinweg. (K18)
--

„Reiß dich doch zusammen“

So heißt es oft, wenn jemand über Antriebslosigkeit, Müdigkeit oder Traurigkeit klagt. Gerade in Zeiten wie diesen [= Covid-Pandemie; Anm. JS], [<i>sic</i>] nimmt die Bereitschaft ab, solche Klagen ernst zu nehmen. Schließlich stresst uns der Alltag alle. Trotzdem ist Vorsicht geboten. Dahinter verbirgt sich vielleicht eine Depression – die am häufigsten auftretende schwere Erkrankung des Gehirns. (K9)

Hier findet ein Vergleich mit anderen, gesunden Menschen statt. Es wird angeführt, dass negative Empfindungen wie Stress eine zu akzeptierende Komponente des menschlichen Lebens seien. Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass etwas, das alle Menschen betrifft, nicht schlecht bzw. pathologisch relevant sein kann. Durch die Abgrenzung zwischen Mehrheit (Personen, die hin und wieder Stress verspüren) und Minderheit (Menschen mit depressiven Erkrankungen, die eine depressive Symptomatik zeigen) wird ein Normbereich der negativen Gefühle konstruiert, den Menschen mit depressiven Erkrankungen verlassen haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen mit depressiven Erkrankungen anhand ihrer Symptome als außerhalb eines gesellschaftlichen und individuellen Normbereichs dargestellt werden. Die Abgrenzung von ‚normal‘ und ‚nicht normal‘ spielt insofern eine Rolle, als dass Eigenschaften, die der vermeintlichen Norm entsprechen, als erstrebenswert und gesund gelten.

7.3. Narrative Struktur

In Bezug auf die narrative Struktur der Berichte können Gemeinsamkeiten erkannt werden. Vor allem Erfahrungsberichte, also Artikel, in denen die persönlichen Geschichten von Menschen mit depressiven Erkrankungen im Zentrum stehen, weisen eine sehr ähnliche narrative Struktur auf und lassen auch formale Muster erkennen.

Headlines

In den Headlines lassen sich je nach Art des Berichts unterschiedliche Muster identifizieren. Diese können zwar nicht nur als charakteristisch für die Berichterstattung zu depressiven Erkrankungen, sondern teilweise auch für jene zu anderen Gesundheitsthemen gewertet werden, dennoch zeigen sich interessante Konstruktionen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit Erwähnung finden.

Erfahrungsberichte

In zwölf von 18 Erfahrungsberichten wurde als Headline ein Zitat eines Menschen mit depressiver Erkrankung gewählt, der im Artikel seine persönliche Geschichte erzählt. Exemplarisch seien drei Beispiele genannt:

- „Hilfe, mein Hirn funktioniert nicht mehr“ (K15)
- „Ich hatte mein Lachen verloren“ (K3)
- „Ich hoffte jeden Tag, dass mich der Blitz trifft“ (K30)

Die Headlines zeichnen tendenziell ein verheerendes Bild der Erkrankung. Mit der Thematisierung von Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Lebensfreude sowie Todessehnsucht wird Bezug genommen auf einen Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung, der von schwerer Symptomatik geprägt ist. Einen Konterpunkt dazu bilden Headlines, die sich auf die abgeschlossene Genesung beziehen und ausschlaggebende Faktoren für die Genesung hervorheben.

Infobeiträge

In Infobeiträgen lassen sich mehrere Muster ausmachen. So sind gängige Stilmittel in den Headlines folgende:

- Anweisungen bzw. Ratschläge in Form von Imperativen („Bei Depressionen nicht verzweifeln“ (K22))
- Konditionalsätze mit ‚Wenn‘ („Wenn alles zuviel wird“ (K12))
- Interrogativsätze mit ‚Wie‘ oder ‚Was‘ („Wie man depressiven Jugendlichen am besten helfen kann“ (K23) oder „Was Sie tun sollten bei einer Depression“ (K20))

Hier kann festgehalten werden, dass sich in Infobeiträgen sehr normative Formulierungen für Verhaltensweisen finden. Es wird – manchmal mehr, manchmal weniger klar – formuliert, wie eine depressive Erkrankung abzuwenden bzw. zu behandeln sei.

Held:innenreise

Die narrative Struktur der betrachteten Erfahrungsberichte ist vielfach durch ein ähnliches Schema gekennzeichnet. Dieses Schema gleicht im Aufbau der Held:innenreise nach James Campbell. Diese gilt als elementares Muster in der Erzähltheorie und erfüllt auch im modernen Storytelling weiterhin eine zentrale Funktion. Die Held:innenreise ist eine Erzählstruktur, die mehrere Elemente bzw. Etappen umfasst. Diese werden hier den Elementen der im Korpus vorliegenden Strukturen in der folgenden Tabelle gegenübergestellt:

Elemente der Artikel in vorliegendem Korpus (Mit dem Begriff ‚Akteur:innen‘ wird in dieser Aufstellung ausschließlich auf Menschen mit depressiven Erkrankungen Bezug genommen.)	↔	Elemente der Held:innenreise (siehe Kapitel 5)
Das Leben vor der Erkrankung wird skizziert. Im weitesten Sinne als Statussymbole zu lesende Elemente wie Familie, Beruf und Hobbies werden angeführt. Die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Akteur:innen wird hervorgehoben.	Es wird die intakte Welt etabliert, in der die Akteur:innen sich bewegen, bevor negative Ereignisse geschehen.	<i>Bekannte Welt</i>
Erste Symptome einer depressiven Erkrankung tauchen in der Biografie auf, werden aber nicht mit ihr in Verbindung gebracht. Ein häufig genanntes frühes Symptom sind etwa Schlafstörungen.	Diese ersten Symptome können als Ruf zum Abenteuer verstanden werden, wobei Abenteuer hier mit Herausforderung bzw. Auseinandersetzung gleichgesetzt werden kann.	<i>Ruf zum Abenteuer</i>
Die Symptome werden ignoriert bzw. relativiert.	Die Akteur:innen weigern sich, sich mit ihrer psychischen Gesundheit auseinanderzusetzen – also zum Abenteuer aufzubrechen.	<i>Weigerung, den Ruf anzunehmen</i>
Eine Intervention bzw. Hilfestellung von außen, meist durch eine Vertrauensperson, findet statt. Gefolgt wird diese Intervention von der Einsicht der Akteur:innen, dass professionelle Hilfe benötigt wird.	Durch die Einflussnahme einer externen Person gewinnen die Akteur:innen die Einsicht, dass der Start des Abenteuers sinnvoll bzw. notwendig ist.	<i>Begegnung mit helfender Person</i>
		<i>Negative Konsequenzen aufgrund der Weigerung</i>
Die Akteur:innen suchen professionelle Hilfe. Ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder der Start einer Psychotherapie werden hier thematisiert. Welche Bedeutung die häufig vorgenommene Verkürzung im Sinne eines Zusammenbringens der Etappen 5-8 hat, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch diskutiert.	Der Weg aus Erkrankung hin zur Genesung wird als eine Reihe von Kämpfen bzw. ein großer Kampf dargestellt.	<i>Schwell- überschreitung</i>
		<i>Selbstreflexion</i>
		<i>Großer Kampf</i>

Die Genesung der Akteur:innen findet statt. Die Heilung von der Erkrankung wird als Aufbruch charakterisiert. Die Verbindung mit einem Neustart, einer neuen beruflichen Orientierung und /oder Weltsicht wird gezogen. Wie der Heilungsprozess konstruiert wird, wird im Verlauf dieses Kapitels noch untersucht.	Die Akteur:innen gehen siegreich aus dem Kampf hervor und erhalten als Belohnung die Genesung. Eine Wandlung der Akteur:innen hat stattgefunden. Nach der Rückkehr haben sie – durch die erhaltene Belohnung bedingte – neue Möglichkeiten in der alten Welt.	<i>Belohnung mit neuen Fähigkeiten</i>
		<i>Transformation</i>
		<i>Rückkehr mit neuen Fähigkeiten</i>

Tabelle 1

Die Elemente, die im vorliegenden Korpus zu finden sind, lassen sich sehr gut den Elementen der Held:innenreise zuordnen. Es sei darauf hingewiesen, dass diese in unterschiedlichen Ausformungen auftreten, Etappen weggelassen werden können oder auch die chronologische Abfolge – etwa durch Rückblicke – adaptiert werden kann. Ausgewählte Etappen werden im Folgenden im Detail diskutiert.

Kontrollverlust und der ‚Weg in die Erkrankung‘

Wie bereits angeklungen, ist die Berichterstattung zu depressiven Erkrankungen von negativen Metaphern geprägt, die Handlungsunfähigkeit und Unterlegenheit suggerieren. Eng damit verbunden ist die Thematisierung von Kontrollverlust, mithilfe dessen der Weg in die Erkrankung bzw. der Akt des Erkrankens charakterisiert wird. Das Erkranken wird mehrfach als ein Absturz bzw. eine Zäsur beschrieben, wie in der folgenden Bildunterschrift:

Bis zur Promotion hatte Thomas Reinbacher einen Notenschnitt von 1,0. Im Beruf ging es steil nach oben. Vor zwei Jahren dann der totale Absturz. (K15)

Eine Dichotomie von ‚oben‘ vs. ‚unten‘ sein zieht sich durch die Berichte. Ein Absturz aus der Leistung in eine Erkrankung lässt ein sehr negatives Bild entstehen. Der Punkt, an dem sich eine Person während der Erkrankung befindet, ist tief unten angesiedelt und durch Nachteile bringende Werte charakterisiert. Die Verbindung mit ‚total‘ zeigt die Erkrankung als etwas Vernichtendes. Vermehrt werden auch Verben verwendet, die Bilder von Kontrollverlust entstehen lassen:

Doch woran merken wir überhaupt, ob wir vielleicht einfach nur genervt sind von den aktuellen sozialen Einschränkungen, einsam oder langsam in ein depressives Krankheitsbild schlittern? (K6)

So wie Fink-Sailer sind viele Menschen in den vergangenen zwei Jahren Pandemie in eine Depression geschlittert. (K3)

Der Steirer rutsche [sic] in eine Depression ab. (K5)

Menschen mit depressiven Erkrankungen verlören durch die Erkrankung scheinbar jegliche Kontrolle und glitten unaufhaltsam abwärts in einen negativ konstruierten Bereich. Auch die Verwendung von Metaphern ist in diesem Zusammenhang nicht unüblich:

„Nach der Rückkehr [aus dem Urlaub; Anm. JS] ist das Kartenhaus aber eingestürzt.“ (K15)

Ihr ganzes bisheriges Leben lang war Alexandra Fink-Sailer Kapitänin ihres eigenen Schiffs, wie sie sagt. Dann kam die Pandemie. Und die Salzburgerin verlor die Kontrolle über das Ruder. (K3)

Das Bild von depressiven Erkrankungen wird recht klar gezeichnet: Eine Erkrankung sei vermeintlich mit einem Kontrollverlust gleichzusetzen, welchen das hilflose Abrutschen einer Person in einen unvorteilhaften ‚unten‘ angesiedelten Bereich, aus dem sich schwer entfernt werden kann, kennzeichnet.

Hilfe durch Außenstehende

Eine Hilfestellung durch externe Akteur:innen wird als zentraler Punkt in mehreren Artikeln behandelt. Die ‚Begegnung mit Helfenden‘ kann in der Logik der Held:innengeschichte als Wendepunkt charakterisiert werden. Erst durch sie wird der Schritt in Richtung einer Behandlung und infolge die Genesung ermöglicht. Wie bereits thematisiert, nimmt dieser Aspekt der Erzählung und damit verbunden das soziale Umfeld sehr wenig Raum ein und steht in keinem Verhältnis zur Relevanz dieser Etappe für Menschen mit depressiven Erkrankungen.

Behandlung und Therapie

Eine Kampferzählung – hier als Erzählung von Behandlung und Therapie – nimmt in der Held:innengeschichte sehr viel Raum ein und ist mitunter der Höhepunkt einer Geschichte. In den untersuchten Artikeln allerdings wird diese oft sehr verkürzt wiedergegeben. Bei weitem ausführlicher wird das Auftreten der ersten Symptome und die Verschlechterung der Symptomatik bis zur Intervention, die sich in dieser Analogie zur Etappe *Ruf zum Abenteuer* zählen lassen – erzählt. Was eigentlich mehrere Etappen umfasst, wird als schnell lösbar dargestellt:

Die Gymnasiastin [...] begann, an Panikattacken und Depressionen zu leiden.

„Mein Mann und ich sorgten dann dafür, dass sie in psychotherapeutische Betreuung kam – und wir überredeten sie zu Treffen mit ihren zwei besten Freundinnen“, so die 42-Jährige. Mittlerweile scheint ihre Tochter ihr seelisches Tief – fast – überwunden zu haben: „Und darüber bin ich sehr froh.“ (K17)

Unter dem Ausdruck „psychotherapeutische Betreuung“ wird viel gefasst. Eine Therapie erfordert hohen Energieaufwand von Menschen mit depressiven Erkrankungen – sie wird oft über mehrere Monate oder Jahre betrieben. Diese Intensität – sowohl zeitlich als auch emotional – spiegelt sich in den untersuchten Berichterstattungen häufig nicht wider. Im vorliegenden Zitat ist kein Zeithorizont der Therapie angegeben. Dadurch, dass „psychotherapeutische Betreuung“ und „Treffen mit [...] Freundinnen“ in einem Atemzug genannt werden, wird suggeriert, dass diese sich in einem ähnlichen Zeithorizont befinden. Ein Treffen dauert wenige Stunden, während eine Therapie über einen langen Zeitraum hinweg stattfindet. So wird ein sehr komplexer Vorgang als einfach und schnell erledigbar dargestellt. Selten wird eine professionelle Behandlung auch ganz ausgespart, wie etwa in einem Artikel zu Profifußballer Benjamin Pavard:

Begonnen hätten die Depressions-Schübe während der Corona-Pandemie. Als sich Pavards Stimmung jedoch auch nach den ersten Lockdowns nicht zu bessern schien, habe er gehandelt. „Am Anfang sagt man, dass es nichts ist, dass es vorbeigeht, aber wenn man sieht, dass es anhält und man dann zum Training geht und kein Lächeln im Gesicht hat, muss man reagieren“, erklärte der Nationalteamspieler.

Trotz seiner Berühmtheit sei er ein Mensch wie jeder andere und brauche menschlichen Kontakt. Mittlerweile haben die Depressionen aufgehört und er sei wieder motiviert und glücklich in seinem Umfeld. (K26)

Hier wird nicht klar, ob überhaupt professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wurde. Die Formulierung ‚reagieren müssen‘ legt nahe, dass eine Intervention in irgendeiner Form stattgefunden hat. Worin genaue diese Reaktion bestand, wird nicht erläutert. Mithilfe der Aussparung dieser Reaktion wird ein fatales Bild von depressiven Erkrankungen gezeichnet als etwas, das ‚ausgesessen‘ werden kann und ohne Zutun aufhört. Konsequenz dieses passiven Ansatzes sei laut dem Autor ein glückliches Leben voller Motivation.

Genesung und neue Weltsicht

Das Zusammenführen von äußeren Umständen und Genesung – und dadurch das Erhalten einer neuen Weltsicht – wird unterschiedlich realisiert. Eine ähnliche Darstellung wie die von Behandlung und Therapie – wenn auch auf eine andere Art und Weise eindimensional – findet sich in einem Erfahrungsbericht, der die Erkrankung von Elmar Stüttler behandelt. Hier wird eine kausale Beziehung zwischen den ‚Gesprächen‘ mit Gott und der Genesung von einer depressiven Erkrankung hergestellt:

Dem Schreiner ging es über Jahre schlecht. „Kein Arzt, keine Tablette konnte mir helfen. Irgendwann war ich so weit, dass ich nicht mehr leben wollte.“ Das war der Moment, an dem sich Stüttler voller Verzweiflung an den Herrgott wandte. „Jetzt gibt es nur noch dich. Jetzt musst du mir helfen“, sagte ich zu ihm.“

Gespräche mit Gott

Der kranke Mann begann mit dem Allmächtigen zu reden, Tag für Tag – anfangs nur fünf Minuten, dann eine Viertelstunde, schließlich eine Stunde. Er merkte, wie gut ihm das Gespräch mit Gott tat. „Es war das Einzige, was mir half.“ Durch das Gebet besiegte der Montafoner die Krankheit. „In großem Gottvertrauen fand ich Heilung.“ (K31)

Der Akteur habe durch die Ansprache von Gott und seine daraus resultierende Genesung eine neue Sicht auf die Welt erhalten. Eine mögliche Wirksamkeit des Gebets als eine Form der Gesprächstherapie kann in diesem Rahmen nicht beurteilt werden, allerdings erscheint es zu kurz gegriffen, die Heilung auf einen Aspekt zurückzuführen. Die Etablierung eines solchen Zusammenhangs findet sich – nicht nur – in den Headlines weiterer Artikel:

„Der Ball war die beste Medizin“ (K10)

Die Kunst half ihr aus der Depression (K25)

Genesung als etwas, das aus mehreren komplex zusammenspielenden Faktoren konstituiert wird, wird hier reduziert auf ein eindimensionales Ursache-Wirkung-Prinzip. Zudem wird Heilung in vielen der Berichte als etwas vollständig Abgeschlossenes und ohne große Mühe Aufrechterhaltbares konstruiert. Nur zwei Artikel führen aus, dass depressive Erkrankungen wiederkehren. In drei Artikeln werden alleinig Medikamente bzw. pflanzliche Mittel als Behandlungsmöglichkeit genannt und Psychotherapie wird nicht erwähnt. Diese Beobachtungen legen nahe, dass so ein sehr einseitiges und auch teilweise schlichtweg falsches Bild von depressiven Erkrankungen vermittelt wird.

Häufig wird die Genesung in Verbindung mit einem Neustart oder einer Neuorientierung behandelt. Bilder von ‚neuen Wegen‘ oder ‚Aufbruchsstimmung‘ charakterisieren diese. Es wird erläutert, was die Akteur:innen durch die Erkrankung gelernt haben und inwiefern sich ihr Leben verändert hat. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Thematisierung von Arbeitswelt und Leistung. Ein Experte führt an, dass das System Arbeit zu immer höheren Zahlen an depressiven Erkrankungen führen wird (K33). Dennoch wird die Rückkehr ins Arbeitsleben nach einer Erkrankung als eine wichtige Zielvorstellung gezeigt, während die steigenden Anforderungen der Erwerbsarbeit (dazu wird hier auch der Leistungssport gezählt) nicht hinterfragt werden. Vielmehr wird der neoliberale Gedanke der Eigenverantwortung und stetigen Selbstoptimierung transportiert. Kulturwissenschaftlerin und Geschlechterforscherin Beatrice Frasl dazu:

Die systemischen Vorbedingungen werden ausgeblendet – sowohl jene der Entstehung der Erkrankung als auch jene ihrer Behandlung. Es findet keine Abstraktion auf eine politische, strukturelle oder gesellschaftliche Ebene statt. [...] Der neoliberale Diskurs rund um psychische Erkrankungen lässt sich überspitzt folgendermaßen zusammenfassen: Psychische Erkrankungen sind Privatprobleme von Privatpersonen. Sie entstehen abseits kollektiver Verantwortung aus unerfindlichen oder biologisch bedingten Gründen aus Individuen heraus und haben dann von den betroffenen Privatpersonen auch abseits kollektiver Verantwortung privat gelöst zu werden. Psychotherapie ist ein Privatvergnügen für Personen, die zu schwach oder zu faul sind, aus eigener Kraft und ohne Unterstützung im Außen einen Umgang mit ihren Belastungen zu finden. (Frasl 2022: 66)

Damit ein Mensch – proaktiv – eine psychische Erkrankung vermeiden bzw. rasch an der Heilung mitarbeiten kann, seien Bewegung, Entspannung, soziale Kontakte laut den im Korpus zitierten Expert:innen zentral. Diese werden als für alle Menschen niederschwellig zugänglich gezeigt:

Beziehung und Bewegung schützen Mit einfachen Mitteln können Depressionen verhindert werden. (K33)

Ungeachtet dessen, dass diese Zugänglichkeit für viele Menschen nicht der Realität entspricht, zeichnen solche Äußerungen ein falsches Bild von einer depressiven Erkrankung als etwas, das durch eigenes Bemühen abgewendet werden kann. Zudem wird die Verantwortung dem Individuum zugeschrieben und in der Freizeit angesiedelt: Nicht in der Arbeit soll sich etwas ändern, sondern außerhalb der Arbeitszeiten soll jeder Mensch sich selbst darum kümmern. So wird im Umkehrschluss die Frage der Verantwortlichkeit anders gestellt: Nicht die Arbeit mache Menschen krank, sondern die Menschen hätten etwa zu wenig Sport gemacht und tragen somit selbst Schuld an der Erkrankung.

Dass die Struktur der Heldenerzählung in der Berichterstattung über Menschen mit depressiven Erkrankungen wiederholt verwendet wird, erscheint insofern interessant, als dass Menschen mit depressiven Erkrankungen – wie in anderen Abschnitten dieser Arbeit ersichtlich – nicht per se mit den Attributen von Held:innen konstruiert werden. Gleichzeitig findet sich in der Erzählung des Heilungsverlaufs tendenziell eine sehr geradlinige Darstellung von einem raschen und unkomplizierten Kampf bzw. Weg hin zur Genesung. Dieser wird in Artikeln, die sich dieser Erzählstruktur bedienen, oft verhältnismäßig kurz dargestellt.

7.4. Diskurspositionen

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Akteur:innen in Bezug auf ihre Positionen im Diskurs untersucht.

Voice

Die Voice, also Stimme von Menschen mit depressiven Erkrankungen, kann als relativ stark bezeichnet werden. Menschen mit depressiven Erkrankungen werden mittlerweile als Akteur:innen wahrgenommen und ihnen wird Raum in Medienberichten zugesprochen. Dass diese Entwicklung noch eher jung ist, hat Iakushevich (2021b) thematisiert:

Insbesondere seit den 2000er Jahren tritt dieses textuelle Muster auf: Als Einstieg dient eine persönliche Geschichte, die von der betroffenen Person selbst erzählt wird. Die Geschichte konzentriert sich auf die Schilderungen von Depressionssymptomen aus der subjektiven Sicht der/des Kranken. Darauf folgen medizinische Erklärungen zu Depression, es wird nach Krankheitsursachen geforscht, Expert*innen werden interviewt, Therapien und Medikamente vorgestellt. (Iakushevich 2021b: 413)

Dieses Muster ist auch im untersuchten Korpus der vorliegenden Arbeit klar zu finden. Die Erfahrungsberichte sind beinahe alle ähnlich strukturiert. Dass Stimmen von Menschen mit psychischen Erkrankungen hör- und sichtbar sind, scheint also mittlerweile zeitgemäß. Interessant ist nun, welche Inhalte von welchen Diskursteilnehmer:innen kommuniziert werden können. Beachtenswert erscheinen dabei die – beispielsweise sozioökonomischen – Merkmale der Personen, die zu Wort kommen.

Eine Gruppe mit an sich schon starker Voice sind Personen öffentlichen Interesses. Diese sind geübt im Umgang mit Medien und absolvieren Medientrainings. Sie sind häufig in den Medien vertreten und es kann von einer höheren finanziellen Stellung ausgegangen werden. Zudem haben Personen öffentlichen Interesses vermeintlich einen stärkeren Bezug zur Wirkkraft ihrer Äußerungen. Aufgrund ihrer Prominenz ist die Möglichkeit, sich ‚Gehör zu verschaffen‘, grundlegend leichter erreichbar, egal ob im analogen oder digitalen Raum. Den Äußerungen prominenter Persönlichkeiten scheint mehr Gewicht zugeschrieben zu werden. Eine daraus ebenso resultierende Vorbildwirkung ist nicht zu vernachlässigen. Im vorliegenden Korpus kommen vorrangig Sportler:innen zu Wort. Sport ist ein Feld, in dem teilweise noch sehr konservative Wertvorstellungen vorherrschen – man denke etwa an die Zahl offen homosexueller Sportler:innen.

Ebenso relevant zeigt sich, inwieweit Personen unterschiedlichen Bildungshintergrunds zu Wort kommen. Die folgenden Nominationen von nicht-prominenten Menschen mit depressiven Erkrankungen im Zusammenhang mit Bildung und Beruf sind im Korpus zu finden:

- „Forscher [...] Manager [...] Naturwissenschaftler“ (K15)
- „Medizinstudent“ (K16)
- „Journalist“ (K5)
- „Hoteliersgattin“ (K25) / „Hotelierin“ (K3)
- „Studentin [...] Lehrerin [...] Akademikerin“ (K30)
- „Gründer [...] Obmann [...] Schreiner [...] Diakon [...] Religionslehrer“ (K31)

Anhand der Berufsbilder kann davon ausgegangen werden, dass vom Großteil dieser Personen eine höhere Bildung – etwa Matura oder Studium – absolviert wurde. Die Personen, die sich zu ihren Erfahrungen mit depressiven Erkrankungen äußern, sind also einer bildungsnahen Gruppe zuzuordnen. Die Voice ist somit sehr einseitig verteilt, was die Frage aufwirft: Welche Auswirkungen ergeben sich sowohl gesamtgesellschaftlich als auch auf individueller Ebene, wenn nur Personen mit höherer Bildung zu Wort kommen?

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei mehreren anderen Merkmalen der zu Wort kommenden Menschen mit depressiven Erkrankungen. So lässt sich anhand der Personen, deren Alter in den Artikeln angeführt wurde (rund ein Drittel), ein Durchschnittsalter von 39 Jahren berechnen. Die jüngste Person ist 24, die älteste 69 Jahre alt. In zwei Artikeln wird die Erkrankung von jeweils einer Jugendlichen thematisiert. Die Jugendlichen selbst kommen nicht zu Wort. In beiden Fällen spricht die Mutter stellvertretend über die Erfahrungen. Ebenso sind – bis auf eine Ausnahme – Personen über 60 Jahren nicht stimmhaft vertreten.

Das vorliegende Geschlechterverhältnis von Menschen mit depressiven Erkrankungen erscheint mit Blick auf die Anzahl der Nominationen beinahe ausgewogen: Es wird über 16 als weiblich und 19 als männlich gelesene Menschen mit depressiven Erkrankungen berichtet. Beachtenswert ist aber, dass Frauen unverhältnismäßig seltener zu Wort kommen: Es werden nur sieben (von 16) Frauen direkt zitiert, bei Männern hingegen zwölf (von 19). Somit sind weibliche Stimmen stark unterrepräsentiert, weil sie einerseits seltener zitiert werden und andererseits – wie bereits in der Einleitung diskutiert – depressive Erkrankungen bei Frauen sehr viel häufiger sind als bei Männern. Eine tiefgehende Auseinandersetzung mit der Konstruktion von Geschlecht im Rahmen der Berichterstattung folgt in Kapitel 7.4.

Weiters zu erwähnen ist, dass keine explizite Thematisierung von Mehrsprachigkeit und/oder Migrationshintergrund stattfindet.

Wer eine sehr starke Stimme hat, sind Fachexpert:innen. Wie in Kapitel 7.1. ausgeführt, sind diese unterschiedlichen Berufsgruppen zuzuordnen und werden häufig durch die Nennung mehrerer Referenzen in ihrer Funktion legitimiert. Es handelt sich größtenteils um Personen, die ein Studium und/oder mehrere Ausbildungen absolviert haben. Für Ausbildungen und

Studien werden vielfältige Ressourcen wie Geld, Zeit, Sprachkenntnisse uvm. benötigt. Die starke Stimme der Fachexpert:innen ist Basis für die Position als *Ideology Brokers*, wie im nächsten Abschnitt erläutert wird.

Interessant ist an dieser Stelle noch, wer nicht zu Wort kommt: Politiker:innen. Es kommen im Korpus zwar einige Verweise auf fehlende Therapieplätze vor. Die Personengruppe, die hier Veränderungen herbeizuführen imstand wäre, ist aber in keinem Artikel mit einer Äußerung vertreten.

Ideology Brokers

Die von Akteur:innen ausgefüllte Rolle als Ideology Brokers findet sich sehr anschaulich bei der Gruppe der Fachexpert:innen, welche die stärkste Autoritätsposition innehat. Sie erhalten viel Raum in den Berichterstattungen, um ihre Positionen auszuführen. Die von ihnen kommunizierten Inhalte werden durchgängig als unstrittig präsentiert. Eine Legitimierung der Position findet durch die Nennung von umfangreichen Credentials statt – eine weitere Legitimierung in anderer Form erscheint nicht notwendig. Die Aussagen von Fachexpert:innen werden nicht kritisch hinterfragt, sondern um weitere Statements von anderen Fachexpert:innen ergänzt. Zudem findet gehäuft eine Bestätigung der von Menschen mit depressiven Erkrankungen geschilderten Symptomatik statt – eine Person schildert Schlaflosigkeit als Symptom einer depressiven Erkrankung, gefolgt von der Bestätigung durch eine:n Fachexpert:in, dass Schlaflosigkeit ein Symptom einer depressiven Erkrankung ist. Zudem sind Fachexpert:innen jene, die regelmäßig die Notwendigkeit für den Abbau von Stigma thematisieren.

Geschlecht als Einflussfaktor

Frauen haben seltener eine Voice im Diskurs – und das, obwohl sie aufgrund von Risikofaktoren, die aus systemischer Ungleichheit resultieren, häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind (Frasl 2022). Dass die Prävalenz bei Frauen höher ist, wird in mehreren Artikeln thematisiert, ebenso werden Falschinformation über die Prävalenz bei Frauen gegeben (K16). In drei Berichten werden weibliche Risikofaktoren mehr oder weniger explizit thematisiert (z. B. K19).

Care-Arbeit

Die von Frauen übernommene Care-Arbeit zeigt sich auch im vorliegenden Korpus präsent: Es sind ausschließlich Frauen, die die Rolle der ‚Helfenden‘ übernehmen und einen Menschen mit

depressiven Erkrankungen dabei unterstützen, die notwendige Einsicht bzw. infolge Behandlung zu finden: „Frau“ (K15), „Freundin“ im Sinne von Partnerin (K1; K3) oder „Mutter“ (K17). Bei männlichen Menschen mit depressiven Erkrankungen wird die Partnerin in drei Artikeln als wichtige Unterstützung erwähnt, bei weiblichen Menschen mit depressiven Erkrankungen wird eher das soziale Umfeld allgemein erwähnt – die Hilfe des Partners wird in keinem Artikel hervorgehoben. Eher wird das Gegenteil, die alleinige Verantwortung für Care-Arbeit, thematisiert:

„[...] Wir [Alexandra Sailer und ihr Mann; Anm. JS] betreiben in Obertauern ein Hotel, das wir in der Pandemie am 15. März 2020 schließen mussten. [...] Dann ist das Homeschooling für unsere Kinder gekommen. Eine ungeheure Aufgabe, weil ich ja keine Pädagogin bin“ (K25)

Sailer spricht davon, dass sie das mit ihrem Mann betriebene Hotel schließen musste und „unsere Kinder“ zuhause unterrichtet werden mussten. Im nächsten Satz findet ein aufschlussreicher Wechsel in der Perspektive statt: Sie spricht nun nicht mehr in der 1. Person Plural über den Unterricht, sondern weist darauf hin, dass sie (1. Person Singular) keine Pädagogin sei. Diese scheinbar zufällige Formulierung zeigt auf, dass die Care-Arbeit im Rahmen des Homeschoolings klar bei ihr als Frau angesiedelt ist. Die Frau, von der dieses Zitat stammt, zeigt sich auch in einem anderen Zusammenhang relevant, wie im Folgenden dargestellt wird.

Zwei Bilder derselben Frau

In zwei Artikeln der Salzburger Nachrichten wird dieselbe Frau porträtiert. Die Artikel wurden im Abstand von 14 Monaten und von verschiedenen Autor:innen publiziert. Eine Gegenüberstellung bedeutsamer Inhalte dient an dieser Stelle als Basis:

Jahr	2021 (K25)	2022 (K3)
Verfasser:innen	Berthold Schmid	Sabrina Glas und Stephanie Rausch
Titel	Die Kunst half ihr aus der Depression	„Ich hatte mein Lachen verloren“
Erste Nomination in Subheadline	[e]ine 53-jährige Mutter von Zwillingen	eine Frau
Einstieg	In der Salzburger Wohnung von Alexandra Sailer fällt eines sofort auf: Überall stehen oder liegen farbenprächtige Acrylbilder. „Es sind mittlerweile an die 80“, sagt die Hoteliersgattin aus Obertauern und Mutter von 13-jährigen Zwillingen.	Ihr ganzes bisheriges Leben lang war Alexandra Fink-Sailer Kapitänin ihres eigenen Schiffs, wie sie sagt. Dann kam die Pandemie. Und die Salzburgerin verlor die Kontrolle über das Ruder. Aufgrund der Maßnahmen musste die Hotelierin ihren Betrieb in Obertauern zeitweilig schließen.

Fremdnominationen im Fließtext (Auswahl)	- Alexandra Sailer (3x) - die Hoteliersgattin aus Obertauern und Mutter von 13-jährigen Zwillingen - die 53-jährige [<i>sic</i>] - die Hobbykünstlerin - die 53-Jährige - Sailer - Alexandra (2x) - Die zweifache Mutter (K25)	- Alexandra Fink-Sailer (3x) - Kapitänin ihres eigenen Schiffs - die Salzburgerin - die Hotelierin - Die 54-Jährige - die zweifache Mutter - Fink-Sailer (3x) (K3)
---	--	---

Tabelle 2

Gleich im Einstieg zeigen sich Unterschiede in den Nominationen. Im Artikel aus 2021 wird Alexandra (Fink-)Sailer in ihrer Beziehung zu anderen Menschen definiert, einerseits in ihrer sozialen Rolle als Mutter, andererseits als Ehefrau. Zudem wird ihr kein eigener Beruf zugesprochen – sie wird als Partnerin eines Hoteliers bezeichnet. Im Artikel aus 2022 findet sich viel mehr Agency in den Nominationen: Die „Frau“ wird als „Kapitänin“ und als „Hotelierin“ bezeichnet, als eigenständige Person unabhängig ihrer sozialen Rollen. Erst viel später im Text wird ihre Mutterrolle thematisiert. Auch der Titel zeigt Unterschiede: So wird im ersten Artikel in der dritten Person über (Fink-)Sailer geschrieben, im zweiten ist sie selbst am Wort. Die Angabe ihres Geburtsnamens (Fink) im zweiten Artikel zusätzlich zum Namen ihres Ehemanns unterstützt ebenso dabei, ein Bild einer eigenständigen Person zu zeichnen. Die beiden Artikel entwerfen sehr unterschiedliche Bilder sowohl von der Erkrankung als auch von der Person: Im ersten Artikel scheint eine Hausfrau dargestellt, die durch Malen eine Missstimmung überwand, und im zweiten Artikel eine Unternehmerin, die eine psychische Erkrankung durchgestanden hat.

Vergleich von Frauen- und Männerbild

Das Frauen- sowie Männerbild wird im vorliegenden Korpus maßgeblich von Fachexpert:innen geprägt. Explizite Thematisierungen finden im Kontext der fachlichen Einschätzung statt. Auf beiden Seiten finden sich sehr stereotype Darstellungen davon, welche Eigenschaften jeweils Frauen und Männern eigen seien:

Frauen	Männer
Frauen erhalten laut dem Gesundheitsportal des Sozialministeriums häufiger als Männer die Diagnose Depression. Als Risikofaktoren bei Frauen gelten dabei die schlechtere finanzielle Situation, der Stress durch Mehrfachbelastung von Beruf und Familie, eine geringe soziale Unterstützung, verminderter Selbstwert oder Gewalterfahrungen. Auch	Das Brechen des Tabus, mit dem Schritt der beiden Comedians [Kurt Krömer und Thorsten Sträter; Anm. JS] an die Öffentlichkeit zu gehen, begrüßt Psychotherapeutin Tbargui vor allem, weil es Männer ermutigen könnte: „Die kommen mittlerweile zwar öfter in meine Praxis, aber immer noch seltener als Frauen.“

Psychotherapeutin Renoldner beobachtet, dass psychische Erkrankungen wie Depressionen bei Frauen häufiger vorkommen. „Ich vermute aber auch, dass Frauen es sich früher eingestehen“, sagt sie. Frauen würden früher lernen, über Gefühle zu reden. Es sei auch bekannt, dass Frauen schneller fachliche Hilfe aufsuchen. Umgekehrt hätten Frauen aber auch mehr Mittel an der Hand, um mit psychischen Erkrankungen umzugehen, sagt die Expertin. Damit meint sie vor allem Werkzeuge der sogenannten Resilienz – der Kraft zum Widerstand in psychologischen Krisen und anhaltenden, schweren Stresssituationen. (K3)	Männer hätten nach wie vor den Eindruck, sie dürften keine Schwäche zeigen, dürften nicht kapitulieren, nachdem sie so lange gekämpft haben: „Doch sobald sie erkennen, dass sie keine Schuld trifft – denn Depression ist manchmal ebenso unvermeidbar wie eine Grippe –, fällt der Leidensdruck von ihnen ab.“ (K24) „Man sollte einem Mann nicht direkt sagen, dass er depressiv ist, das nimmt er in aller Regel nicht an, sondern schimpft über den Irrenarzt, an den er da geraten ist“, erzählt Kasper von Erlebnissen in seiner Praxis. „Bei dem Wort Depression fühlen sie sich schwach, sehen sich als Weichei an und fürchten um ihre Männlichkeit“, sagt der emeritierte Professor für Psychiatrie an der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Med-Uni Wien [Siegfried Kasper; Anm. JS]. (K16)
---	--

Tabelle 3

Hier werden stereotype Bilder gezeichnet: Frauen seien ‚besser mit Gefühlen‘ und Männer müssten ‚stark sein‘. Die Evokation von solch konservativen Rollenbilder hat auch Konsequenzen in der Diagnostik: Der österreichische Gender-Gesundheitsbericht konstatiert, dass geschlechtsspezifisch eine unterschiedliche depressive Symptomatik auftritt – verfestigte stereotype Bilder von Geschlecht tragen dazu bei, dass depressive Erkrankungen bei Frauen über- und bei Männern unterdiagnostiziert werden. So kann etwa bei Männern Aggressivität ein Symptom einer depressiven Erkrankung sein, welches aber in Einklang mit dem vorherrschenden Männerbild interpretiert wird, sodass es häufig nicht als pathologisch relevant erkannt wird (Gesundheit Österreich GmbH: 36).

7.5. Propositionen

In diesem Abschnitt wird erläutert, inwiefern Stigma als Phänomen im Korpus behandelt wird. In 17 von 33 Medienberichten – also etwa in jedem zweiten Artikel – wird die Stigmatisierung von psychischen bzw. depressiven Erkrankungen thematisiert.

Aussagen zum Themenkomplex Stigmatisierung lassen sich grob durch die drei folgenden Propositionen zusammenfassen:

- 1) ‚Depressive Erkrankungen sind immer noch stigmatisiert.‘
- 2) ‚Depressive Erkrankungen sollten nicht mehr stigmatisiert sein.‘
- 3) ‚Durch Handlung X wird Stigmatisierung verringert bzw. verhindert.‘

Diese Propositionen werden im Folgenden detailliert dargestellt.

„Depressive Erkrankungen sind immer noch stigmatisiert.“

Wird die Existenz von Stigma behandelt, so wird häufig darauf hingewiesen, dass Stigmatisierung im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen zwar abnimmt, aber weiterhin besteht. In diesem Zusammenhang scheinen deskriptive Darstellungen zu überwiegen, die allerdings dennoch mit Wertungen einhergehen. Der Begriff Stigma wird – etwa im Vergleich zu ‚Tabu‘ – eher verwendet, wenn es um eine Beschreibung des Istzustands geht:

„Die Depression ist sehr stigmatisiert, die Patienten schämen sich dafür“, sagt Siegfried Kasper. „Viele befürchten, für verrückt gehalten und ausgegrenzt zu werden, wenn sie zugeben, eine Therapie zu durchlaufen oder Medikamente zu nehmen – und schießen sich damit selbst ins Aus“, sagt der Psychiater und Psychotherapeut. (K16)

Hier finden vermehrt negative Prädikationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen statt, die von einem Fachexperten als Elemente des Selbstbilds von Menschen mit depressiven Erkrankungen konstruiert werden. Wie auch bei Proposition 2 zu sehen sein wird, wird Menschen mit depressiven Erkrankungen eine Mitverantwortung für Stigmatisierung zugeschrieben. Aufgrund ihrer Ängste vor einer negativen Außenwahrnehmung würden sie sich „selbst ins Aus“ manövrieren. Worin dieses „Aus“ besteht, bleibt offen – wo es ein Aus gibt, muss es allerdings auch ein Innen geben, eine gesellschaftlich akzeptierte Zone. Dass etwaige Ängste aufgrund des weiterhin vorherrschenden Stigmas möglicherweise berechtigt sind und welche Verantwortung gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der Stigmatisierung zukommt, wird nicht thematisiert. So beinhaltet diese Proposition eine normative Komponente, die diktiert, wie sich Menschen mit depressiven Erkrankungen zu fühlen haben. Die hier thematisierte Angst vor negativer Fremdwahrnehmung, die eng mit Stigmatisierung verbunden ist, zeigt sich in einem Erfahrungsbericht von Profifußballerin Carina Schlüter:

„Warum ich nie etwas gesagt habe? Weil ich Angst hatte. Angst davor, verurteilt zu werden, Angst davor, in eine Schublade gesteckt zu werden, Angst davor, nicht mehr ernst genommen zu werden.“ (K10)

Diese Angst vor Stereotypisierung und den damit einhergehenden negativen Konsequenzen kann als Indikator dafür gewertet werden, dass Stigma weiterhin existiert und die Lebensqualität von Menschen mit depressiven Erkrankungen beeinflusst. Eng verbunden mit Angst ist Scham über die Erkrankung. Dass alleine die Benennung von psychischer Gesundheit bzw. psychischen Erkrankungen per se als unsagbar – und somit stigmatisiert – gelten kann,

zeigt folgendes Zitat von Tennisspielerin Naomi Osaka, die über psychische Gesundheit im Profisport spricht:

„Ich glaube, alle Athleten machen dieselben Sachen durch. Es reden nur nicht alle darüber“ (K27)

Dieses im Fließtext formulierte Zitat wurde verkürzt als Headline des Artikels verwendet:

„Es reden nicht alle über diese Sachen“ (K27)

Hier findet keine klare Benennung einer konkreten Erkrankung statt. Auf Basis des ersten Zitats erscheint trotz des eindeutigen thematischen Schwerpunkts des Artikels recht unklar, auf welche Art der Belastungen sich Osaka bezieht. Die Verwendung eines Euphemismus erlaubt die Aussparung tabuisierter Begrifflichkeiten. Gleichzeitig verschleiert dies den Inhalt der Äußerung – es bleibt unklar, worüber Osaka eigentlich spricht. Ähnlich verhält es sich bei der Verwendung von Euphemismen generell. Eine depressive Erkrankung etwa als „seelisches Tief“ (K17) zu bezeichnen, trägt zur Stigmatisierung bei – wie soll etwas entstigmatisiert werden, wenn nicht darüber gesprochen werden darf.

„Depressive Erkrankungen sollten nicht mehr stigmatisiert sein.“

Wird die Stigmatisierung von depressiven Erkrankungen thematisiert, so ist dies meist mit einem Appell zur Entstigmatisierung verbunden. Es werden hier vorrangig normative Aussagen getroffen, die Stigma als etwas Negatives hervorheben, das es aufzubrechen bzw. abzuschaffen gilt. Entsprechende Äußerungen finden sich vor allem in O-Tönen von zwei Gruppen von Akteur:innen – Menschen mit depressiven Erkrankungen und Expert:innen.

Der Begriff des Tabus wird in diesem Zusammenhang am häufigsten verwendet. Tabu kann als etwas, worüber nicht gesprochen werden kann oder darf, als ein Raum des Untersagten – und Unsagbaren – verstanden werden (DWDS 2022). Spitzmüller (im Druck) weist aber auf die diskursive Realität hin, nämlich dass das vermeintlich Unsagbare sehr wohl und sehr oft gesagt wird: „Das angeblich ‚Unnennbare‘ wird permanent benannt [...] [u]nd dieses permanente Benennen stärke gerade die Tabuisierung des Benannten“ (Spitzmüller im Druck: 23). Im vorliegenden Korpus sind entsprechende Beobachtung zu machen:

Auch Psychiaterin Hildebrand sagt: „Die psychische Gesundheit darf kein Tabuthema sein.“ (K6)

„[...] Es ist höchste Zeit, offen über Depression zu sprechen, um Menschen aufzuklären und das Thema endlich zu enttabuisieren“, erklärt Beate Wimmer-Puchinger, Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologen. (K19)

Hier kann unterschieden werden zwischen dem medialen Diskurs und der lebensweltlichen Realität von Menschen mit depressiven Erkrankungen: Im ersteren scheint eine starke Sagbarkeit gegeben, das vermeintliche Tabu Psyche zu thematisieren. Gleichzeitig verzerrt die stigmatisierende Darstellung das Bild von Menschen mit depressiven Erkrankungen. Das bestehende Tabu ist auf den lebensweltlichen Kontext von Menschen mit depressiven Erkrankungen zu beziehen, auf die Kommunikation unter diesbezüglich relevanten Akteur:innen aus dem sozialen, beruflichen und institutionellen Umfeld. Die Aufhebung dieses Tabus wird großteils als eine aktive Handlung der Akteur:innen vollzogen, etwa mittels Kommunikation im privaten oder öffentlichen Raum:

Das Brechen des Tabus, mit dem Schritt der beiden Comedians [Kurt Krömer und Thorsten Sträter] an die Öffentlichkeit zu gehen, begrüßt Psychotherapeutin Tbargui vor allem, weil es Männer ermutigen könnte: „Die kommen mittlerweile zwar öfter in meine Praxis, aber immer noch seltener als Frauen.“ (K24)

Die Auflösung des Tabus wird als ein ‚Brechen‘ – also einen kraft- und gewaltvollen Akt – dargestellt. Die Notwendigkeit dieses Aktes suggeriert, dass das Tabu etwas sehr Verfestigtes ist, dessen Beseitigung mit großem Kraftaufwand verbunden ist. Gleichzeitig wird das Tabu als Zone konstruiert, welche zu verlassen sich als schwierig darstellt. Es gibt ein Innerhalb und ein Außerhalb der Zone. Die Verantwortung in Form des ‚ersten Schritts‘ aus einer vermeintlichen Tabuzone wird dabei Menschen mit depressiven Erkrankungen zugeschrieben: Menschen mit depressiven Erkrankungen werden als selbst zuständig für die Aufhebung des Tabus gezeigt. Mehr zur Verantwortlichkeitszuschreibung wird bei **Proposition 3** thematisiert.

„Durch Handlung X wird Stigmatisierung verringert bzw. verhindert.“

Wird Stigma thematisiert, so werden überraschend selten Handlungen vorgeschlagen, die als Konsequenz dessen Abbau ermöglichen sollen. Wenn Expert:innen zu Wort kommen, werden Schritte zur Entstigmatisierung eher thematisiert, vorrangig in deren O-Tönen. Größtenteils beschränken sich die Aussagen aber darauf, die Existenz von Stigma zu bestätigen.

Wie in Kapitel 4.2. erläutert, sind nach Corrigan & Watson (2002) drei Ansätze für erfolgreiche Entstigmatisierung relevant: Aufklärung, Protest und Kontakt. Die wenigen Aussagen zum Stigmaabbau lassen sich Aufklärung und Kontakt zuordnen. Aufklärung wird etwa mit der Forderung nach ‚Aufklärung‘ formuliert. Welches Wissen im Rahmen der Aufklärung vermittelt werden soll, wird dabei allerdings nicht immer eindeutig formuliert:

Es ist höchste Zeit, offen über Depression zu sprechen, um Menschen aufzuklären und das Thema endlich zu enttabuisieren (K19)

Worin genau diese Offenheit inhaltlich besteht, bleibt unklar. Dieses Zitat weist anschaulich auf einen wichtigen Punkt hin – und zwar, dass ‚offene Kommunikation‘ als eine Patentlösung zur Entstigmatisierung dargestellt wird. Immer wieder – in knapp 20 % der Artikel – kommt die ‚offene Kommunikation‘ vor, die als gutes Beispiel gezeigt wird, wie Menschen mit der Erkrankung umgehen.

Das Thema der ‚offenen Kommunikation‘ ist an der Schnittstelle zwischen Aufklärung und Kontakt zu finden: Einerseits gehört dazu Wissensvermittlung über die Erkrankung und andererseits der indirekte, über Medien stattfindende Kontakt zu Menschen mit depressiven Erkrankungen. Der offene Umgang mit einer depressiven Erkrankung wird als Wendepunkt bzw. wichtiger Schritt in der Genesungsgeschichte und als notwendige Handlung zur Entstigmatisierung konstruiert. Die Offenheit von Akteur:innen scheint größtenteils darin zu bestehen, in einem relevanten privaten bzw. öffentlichen Umfeld ihre Erkrankung zu thematisieren. Im privaten Kontext handelt es sich dabei in den vorliegenden Fällen um das eigene soziale Umfeld – etwa Freund:innen und Familie. Die Öffentlichkeit ist hier sowohl für prominente als auch für nicht-prominente Akteur:innen von Bedeutung. Nicht-prominente Menschen gehen etwa im Rahmen eines Medienberichts, in dem sie mit Klarnamen auftauchen, an die Öffentlichkeit. Hierbei werden zwar potenziell ‚der ganzen Welt‘ Details über ihre eigene Erkrankung gezeigt, aber dass es sich dabei konkret um Person X handelt, ist wohl nur für das erweiterte private und berufliche Umfeld relevant. Bei Personen öffentlichen Interesses hingegen erhöht sich die Anzahl der Menschen, denen die jeweiligen Akteur:innen bekannt sind, stark. Die Handlung zur Entstigmatisierung ist aber für alle Akteur:innen dieselbe, nämlich die Bekanntgabe von Informationen zur eigenen psychischen Gesundheit. Die für den Abbau von Stigma verantwortlichen Personen sind hier also Menschen mit depressiven Erkrankungen. Ein bereits bei Proposition 2 verwendetes Zitat wird in diesem Zusammenhang erneut herangezogen:

Reden ist der erste Schritt aus dem Tabu (K6)

Die Formulierung suggeriert, dass es an den Menschen mit depressiven Erkrankungen liege, sich aktiv aus dem Tabu herauszubewegen. Diese Enttabuisierung ist nicht nur relevant für Menschen mit depressiven Erkrankungen, sondern für die Gesellschaft als Ganzes. Durch Kommunikation über die Erkrankung können die Akteur:innen sich außerhalb der tabuisierten Zone ansiedeln. Die Verantwortungszuschreibung findet dabei tendenziell sehr einseitig statt: Menschen mit depressiven Erkrankungen werden in die Rolle der Wegbereiter:innen gedrängt, deren Aufgabe es neben der Bewältigung ihrer Erkrankung (um wieder Teil der Gesellschaft

zu sein) auch ist, zur Entstigmatisierung beizutragen. Die Verantwortung des Umfelds sowie der Gesellschaft wird auch thematisiert, allerdings kaum in direktem Zusammenhang mit Entstigmatisierung, sondern vor allem in Bezug auf das Erkennen und Ansprechen von Symptomen. Indirekt wird das Umfeld als Profiteur:innen der Entstigmatisierungsbemühungen von Menschen mit depressiven Erkrankungen dargestellt: Die Kommunikation einer Person über ihre Erkrankung wird als Anstoß konstruiert, welcher andere Menschen zu einem offenen Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung motiviert hat. Insgesamt wird Menschen mit depressiven Erkrankungen im Abbau von Stigma so Verantwortung in mehrfacher Hinsicht zugeschrieben. Offen bleibt, inwiefern die Gesellschaft und das Umfeld eine Verantwortung in der Entstigmatisierung zukommt.

Eine Gruppe, der im Sinne der Vorbildwirkung Verantwortung zugeschrieben wird, ist die der Prominenten bzw. Personen öffentlichen Interesses. In den vorliegenden Daten kann von 35 nominierten Menschen mit depressiven Erkrankungen der Großteil (26) als Personen öffentlichen Interesses definiert werden. Davon wiederum handelt es sich überwiegend um Sportler:innen (16). Die Rolle von öffentlicher Kommunikation durch Prominente in der Entstigmatisierung wird vermehrt hervorgehoben (z. B. K24).

In diesem Zusammenhang interessant sind die Begrifflichkeiten, die hier für die Handlung der Kommunikation bzw. des Öffentlich-Machens verwendet werden. Mehrfach wird der Ausdruck ‚Outing‘ verwendet. Dieser meint in seiner ursprünglichen Bedeutung das unfreiwillige bzw. erzwungene Öffentlich-Machen etwa von sexueller Orientierung durch Andere – im Gegensatz zum ‚Coming-out‘, welches die selbstbestimmte Kommunikation einer Person über ihre Identitätsaspekte bezeichnet (Queer Lexikon 2017). In einem Artikel berichtet Hotelierin Alexandra Sailer über ihren Umgang mit der Kommunikation über ihre Erkrankung:

„Ich habe jetzt kein Problem damit, mich mit dieser Depression zu outen. Ich glaube zu wissen, dass es schon vielen Frauen und Müttern so ähnlich geht oder ergangen ist“, sagt Alexandra Sailer. (K25)

Als Legitimation dafür, ihre Erkrankung kommuniziert zu haben, gibt Sailer den Fakt an, dass es viele Menschen gibt, die eine depressive Erkrankung haben bzw. hatten. Das ‚Outing‘ muss anscheinend legitimiert werden und dafür gestützt werden durch die Häufigkeit von depressiven Erkrankungen. Gleichzeitig verbleibt die negative Konnotation des Outing-Begriffs – weil Sailer nicht die Einzige ist, kann sie darüber sprechen. Im Umkehrschluss würde das bedeuten, dass es schwer ist, öffentlich über etwas zu sprechen, das nur wenige Menschen betrifft. Ein weiterer Ausdruck, der im Kontext der offenen Kommunikation von Menschen mit depressiven Erkrankungen verwendet wird, ist der des ‚Bekennens‘. In einem Artikel wird dieser mehrfach verwendet. Dort werden etwa „Promi-Bekenntnisse“ (K24) oder die These, „dass Influencer,

die sich zu Depressionen bekennen, die Stigmatisierung verringern“ (K24), thematisiert. ‚Bekenntnis‘ scheint als ein negativ behafteter Begriff, aber das, was das Bekenntnis auslöst und wozu das Bekenntnis ein Instrument ist (nämlich Entstigmatisierung), wird im vorliegenden Artikel als etwas Erwünschtes und Notwendiges zum Abbau von Stigma dargestellt. Etwaige Scham über depressive Erkrankungen wird als nicht mehr zeitgemäß charakterisiert – denn Prominente haben die Scham mit ihrem Bekenntnis abgelegt. Der Versuch einer Umdeutung des Begriffs ist in Ansätzen zu erkennen und die positiven Effekte von offener Kommunikation werden dargestellt. In einem Artikel wird die Kommunikation eines professionellen Eishockeyspielers als „Geständnis“ (K4) titulierte. Mithilfe dieser Verwendung wird eine Schuld des Mannes impliziert. Depressive Erkrankungen werden als regelwidrig konstruiert und in ihren Charakteristika mit bewusst gesetzten kriminellen Handlungen vergleichbar gezeichnet.

7.6. Umsetzung der Medienempfehlungen

Inwiefern die in Kapitel 4.3. gegebenen Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische bzw. depressive Erkrankungen befolgt und umgesetzt wurden, wird an dieser Stelle erläutert. Grundsätzlich lässt sich weiterhin eine Tendenz zu stigmatisierender Berichterstattung erkennen, auch wenn diese auf den ersten Blick nicht ersichtlich sein mag. An dieser Stelle wird aufgezeigt, wie häufig die unterschiedlichen Empfehlungen nicht, teilweise oder gänzlich erfüllt werden:

Empfehlung (vgl. Kapitel 4.3.)	Umgesetzt	Teilweise umgesetzt	Nicht bzw. falsch umgesetzt
Die Entstehung einer psychischen Erkrankung wird auf das komplexe Zusammenwirken mehrerer bio-psycho-sozialer Faktoren zurückgeführt [...] Vermeiden Sie in Ihren Berichten, die psychische Erkrankung einer Person auf ein einzelnes Ereignis zurückzuführen (z.B. „wegen Trennung depressiv“, „aufgrund des Jobverlusts süchtig geworden“). (Projekt stigmafrei 2021: 7; Herv. i. O.)	3	11	19
Ermutigen Sie dazu, sich Hilfe zu suchen: Weisen Sie darauf hin, dass psychische Erkrankungen jeden von uns betreffen können und gut behandelbar sind. Wann immer es möglich ist, führen Sie in Ihren Berichten auch Telefon-Hotlines oder Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige an (vgl. www.stigmafrei.at : Krisenkontakte). (Projekt stigmafrei 2021: 8; Herv. i. O.)	7	15	11

Positive Beispiele, die deutlich machen, dass Betroffene ein Grundrecht auf gesellschaftliche Teilhabe haben und unter barrierefreien Bedingungen ein erfülltes, produktives Leben führen können, sind für adäquate Aufklärung essenziell, jedoch in der Berichterstattung deutlich unterrepräsentiert. [...] Lassen Sie in Ihren Berichten Personen zu Wort kommen, die Erfahrung mit psychischen Problemen, Krisen und Erkrankungen haben und schildern, wie sie ihren Alltag meistern und wo sie Hürden feststellen. (Projekt stigmafrei 2021: 12; Herv. i. O.)	19	-	14
Insbesondere wenn psychische Erkrankungen bzw. die damit verbundenen Einschränkungen über einen längeren Zeitraum andauern, ist die Gefahr der Ausgrenzung und Isolation groß. Die Barrieren, auf die psychisch Erkrankte in ihrem Alltag stoßen, können sehr unterschiedlich sein. Es kann eine innere Hemmung geben, sich Hilfe zu suchen– [<i>sic</i>] z.B. aus Angst vor Stigmatisierung. Oder Informationsdefizite und daraus resultierendes Unbehagen der „Gesunden“ bewirken, dass sie vor psychisch Erkrankten zurückschrecken und sie meiden. Neben diesen individuellen (zwischen)menschlichen Schwierigkeiten bestehen häufig auch strukturelle Barrieren: lange Wartezeiten auf Arzt- und Behördentermine, finanzielle Probleme, die Verweigerung von persönlicher Assistenz u.v.m. [...] Berichten Sie über die weitreichenden Folgen von Stigma und was gegen die Benachteiligung getan werden kann. (Projekt stigmafrei 2021: 12; Herv. i. O.)	5	12	16
Stellen Sie den Menschen in den Vordergrund , nicht die Erkrankung. Mit einem Reduzieren auf die Krankheit klammert man andere (positive und negative) Eigenschaften der Betroffenen aus. [...] Verwenden Sie auch Formulierungen, die den Menschen benennen , nicht seine Erkrankung, z.B. „die an Schizophrenie erkrankte Person“, „ein Mann mit einer bipolaren Störung“ oder „der von einer bipolaren Störung betroffene Mann“, „Frau X, bei der eine leichte Depression diagnostiziert wurde“. (Projekt stigmafrei 2021: 17; Herv. i. O.)	17	16	-
Stellen Sie psychisch Erkrankte nicht in einer mitleiderweckenden Opferrolle oder als hilflose Menschen dar, durch Formulierungen wie „heimgesucht von ...“ bzw. „Opfer einer psychischen Erkrankung“. (Projekt stigmafrei 2021: 18; Herv. i. O.)	17	15	1
Fachexpertinnen/-experten können Ihnen Hintergrundinformationen zu Diagnostik, Krankheitsbildern, Therapieformen und Fachbegriffen sowie gesellschaftlichen Faktoren liefern. (Projekt stigmafrei 2021: 22; Herv. i. O.)	15	1	17

Tabelle 4

Die Empfehlung, der am seltensten gänzlich nachgekommen wurde, bezieht sich auf den Ursprung und die Entstehungsfaktoren depressiver Erkrankungen: In 19 von 33 Berichten wurde entweder nicht darauf hingewiesen, dass es sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren handeln kann und/oder es wurde ein Einzelereignis zur Erklärung der Erkrankung angeführt. In Kombination mit den Fällen, in denen teilweise auf diesen

Umstand aufmerksam gemacht wurde, zeigt sich, dass in 90 % der Empfehlung nicht bzw. nur partiell nachgekommen wurde. Am zweitseltensten wurde auf Stigma und dessen Folgen Bezug genommen. Nur fünf Artikel thematisieren dies umfangreich und differenziert. Zwölf Artikel weisen zwar auf das Vorhandensein von Stigma hin, geben allerdings keine Hinweise darauf, wie eine mögliche Auflösung gelingen kann. Rund die Hälfte der Artikel setzen sich in keiner Weise mit Stigma auseinander. Mehrfach wird thematisiert, dass Stigma nicht mehr existieren soll, allerdings wird nicht erläutert, welche negativen Auswirkungen Stigmatisierung auf Menschen mit depressiven Erkrankungen hat. Der Hinweis auf die gute Behandelbarkeit von depressiven Erkrankungen sowie Anlaufstellen für Menschen mit depressiven Erkrankungen wird am dritt seltensten angegeben: In sieben Fällen werden entsprechende Inhalte kommuniziert. Im vorliegenden Korpus geschieht dies in mehrfacher Hinsicht, etwa durch

- Darstellung des Erkrankungsverlaufs und der erfolgreichen Behandlung einer Person; Porträtierung einer genesenen Person
- Aufruf, sich bei Symptomen an – teilweise nicht klar definierte – Expert:innen zu wenden (größtenteils durch Fachexpert:innen selbst)
- Angabe von Kontaktdaten relevanter Organisationen.

Die Empfehlung, in der sowohl auf die verwendeten Nominationen als auch auf die individuelle Darstellung von Menschen mit depressiven Erkrankungen Bezug genommen wird, wurde in 17 Fällen ganz und in 16 teilweise erfüllt. Ähnlich verhält es sich mit der Empfehlung, Menschen mit depressiven Erkrankungen nicht in einer Opferrolle darzustellen (17 ganz, 15 teilweise, 1 nicht/falsch). Das Verhältnis bezüglich der Konsultation von Fachexpert:innen ist beinahe ausgewogen (15 ganz, 1 teilweise, 17 nicht/falsch), wobei hier nur gewertet werden kann, ob Fachexpert:innen zu Wort kommen – und nicht, ob diese im Zuge der Recherche konsultiert wurden. Die am häufigsten befolgte Empfehlung ist jene, in der auf die hörbare Stimme von Menschen mit depressiven Erkrankungen Bezug genommen wird: In 19 Fällen wird diese umgesetzt, in 14 Fällen ist dies nicht der Fall.

Erwähnenswert zeigt sich, dass in den zehn Artikeln, die dem Sportressort zuzuordnen sind, in 90 % der Fälle keine Fachexpert:innen zitiert, in 80 % nicht auf Hilfsangebote hingewiesen und in 70 % nicht auf die unterschiedlichen Risikofaktoren eingegangen wird. Jedoch kommen in allen Artikeln Menschen mit depressiven Erkrankungen zu Wort und respektvolle Nominationen treten zu 90 % auf.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Es scheint sich etabliert zu haben, dass gewisse Darstellungsformen von Menschen mit depressiven Erkrankungen nicht (mehr) zeitgemäß sind – etwa in Bezug auf die Hörbarkeit von Personen, deren Nominationen sowie die Darstellung

ihres Verhältnisses zur Erkrankung sind positive Befunde zu vermerken. Aufholbedarf besteht offenbar weiterhin in der Thematisierung von Entstehungsfaktoren, Behandelbarkeit und Hilfsangeboten sowie Stigma und dessen Folgen.

8. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse zusammengefasst, mit der Theorie verknüpft und anschließend diskutiert.

8.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Nominationen

Menschen mit depressiven Erkrankungen werden sehr vielfältig nominiert. Sie werden dabei häufig mit Zuweisungen von kategorialen Nominationen bezeichnet: passiviert als ‚Betroffene‘, mit Agentivität als ‚Menschen mit Merkmal X‘ oder aus der Perspektive von Fachpersonal als ‚Patient:innen‘. Ebenso sind Nominationen zu finden, die Leid prädiszieren, wie etwa „an Depressionen Leidende“ (K12). Individuell identifizierte Akteur:innen werden selten anonymisiert, sie kommen häufiger mit Nennung des vollen Namens – vor allem wenn es sich um prominente Persönlichkeiten handelt – vor. Im Verlauf von Artikeln kommen – nachdem die Person bereits eingeführt wurde – regelmäßig Nominationen des Alters, der territorialen Zugehörigkeit oder des Berufs vor. Vor allem bei Sportler:innen werden die Berufsbezeichnungen häufig in Verbindung mit Superlativen gebraucht – beispielsweise „Ski-Superstar“ (K2). Fachexpert:innen haben eine hohe Sichtbarkeit. Sie werden einerseits mit ihrer jeweiligen konkreten Berufsbezeichnung nominiert, andererseits werden sie auch als eine homogene Gruppe wie ‚Ärzt:innen‘ oder ‚Expert:innen‘ konstruiert. Es werden dabei Autoritätszuschreibungen vorgenommen. Expertise bzw. die Expert:innen werden als solche legitimiert durch Referenz auf Ausbildung, Beruf sowie Institutionszugehörigkeit. Dem sozialen Umfeld wird inhaltlich viel Bedeutung für das Schaffen der Erkrankung zugesprochen. Nominationen bleiben allerdings auf einer oberflächlichen Ebene, wenn etwa „Unterstützung durch Freunde und Familie“ (K15) essenziell gewesen sei. Individuelle Rollen werden thematisiert, am häufigsten die der Eltern. Interessant zeigt sich hier, dass Männer verhältnismäßig oft äußern, dass ihre Partnerin eine große Hilfe und ausschlaggebend in der Bewältigung der Erkrankung war. Frauen jedoch geben eher allgemein das soziale Umfeld an, dass sie unterstützt habe. Politiker:innen kommen nicht zu Wort, werden nicht thematisiert und dementsprechend liegen auch keine Nominationen vor.

Prädikation und Stereotypisierung

Der Fokus wurde auf in der Symptombeschreibung verwendete Metaphern gelegt. Hier sind zwei Gruppen von Akteur:innen relevant: Menschen mit depressiven Erkrankungen, die über ihre Symptome berichten und Fachexpert:innen, die ‚gültige‘ Symptome erläutern. Bilder von Leere, Handlungsunfähigkeit und Isoliertheit werden evoziert, etwa wenn Menschen mit depressiven Erkrankungen davon berichten, dass sie sich wie ein „Eisblock“ (K5) oder „Zombie“ (K24) fühlten. Die Erkrankung wird als aktive Gegenspielerin, mit der es zu kämpfen gilt bzw. depressive Erkrankungen als Umstände, die Personen „in die Knie zwingen“ (K24), positioniert. Menschen mit depressiven Erkrankungen werden dabei als Unterlegene, oft auch als Opfer dargestellt.

Eine Abgrenzung zwischen ‚normal‘ und ‚nicht normal‘ findet statt. Es wird mehrfach impliziert, dass Merkmale oder Eigenschaften existieren würden, die als ‚normal‘ einzuordnen seien. So gelten etwa Verstimmungen aufgrund eines Konflikts als ‚normal‘, länger anhaltende Symptome einer depressiven Erkrankung aber nicht. Ein ‚normales‘ Leben sei nur ohne Erkrankung möglich. Mit dem Erkranken wird ein Normbereich verlassen. Auftretende Symptome werden als ein Abweichen von der Norm und mit einem Verlust – beispielsweise von Lebensfreude – einhergehend dargestellt. Eigenschaften, die der Norm entsprechen, gelten als erstrebenswert und gesund.

Narrative Struktur

Bei Erfahrungsberichten werden Zitate von Menschen mit depressiven Erkrankungen mehrfach als Headline des Artikels genutzt, wie etwa „Hilfe, mein Hirn funktioniert nicht mehr“ (K15). Dabei wird oft negatives Bild der Erkrankung als durch Verlust von oder Mangel an Fähigkeiten bzw. Eigenschaften gekennzeichnet. Bei Infobeiträgen liegen mehrfach normative Inhalte vor. So werden Handlungsanweisungen bzw. Ratschläge wie „Bei Depressionen nicht verzweifeln“ (K22) oder Interrogativsätze wie „Was Sie tun sollten bei einer Depression“ (K20) verwendet. Erfahrungsberichte weisen oft eine ähnliche narrative Struktur auf: die der Held:innenreise, die mehrere Etappen umfasst. Dies erscheint umso beachtenswerter, als dass Menschen mit depressiven Erkrankungen im vorliegenden Korpus nicht per se mit Attributen von Held:innen in Verbindung gestellt werden. Dem Schema der Held:innenreise folgend werden die Akteur:innen zu Beginn als sich in einer intakten, als erstrebenswert gezeigten Welt befindlich dargestellt. Erste Symptome treten auf, werden aber ignoriert bzw. relativiert. Eine Vertrauensperson interveniert und diese Intervention ist von der Einsicht gefolgt, dass professionelle Hilfe benötigt wird. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung beginnt – etwa

in Form einer Psychotherapie oder eines stationären Aufenthalts. Der Weg aus der Erkrankung wird als Kampf dargestellt. Aus diesem Kampf gehen die Menschen mit depressiven Erkrankungen siegreich hervor, sind geheilt. Als Belohnung für den Kampf erhalten sie neue Möglichkeiten im Leben, beispielsweise eine neue Sicht auf die Dinge oder eine berufliche Umorientierung. Der Akt des Erkrankens wird als Kontrollverlust bzw. Absturz beschrieben. Es werden Verben wie ‚schlittern‘ oder ‚abrutschen‘ verwendet, eng verbunden mit Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Die Hilfe durch Außenstehende, etwa einer Vertrauensperson, in Form eines Motivierens, sich Hilfe zu suchen, wird häufig thematisiert. Dennoch nimmt dies sehr wenig Raum in der Erzählung ein. Die Erzählung von Behandlung und Therapie wird als Höhepunkt der Geschichte im Sinne eines Kampfes konstruiert. Ein eigentlich sehr langer Prozess wird als schnell schaffbar dargestellt. Der lange Zeitraum, den eine Therapie in Anspruch nimmt, wird großteils verkürzt und geradlinig ohne Rückschläge dargestellt. Suggestiert wird ein rascher und unkomplizierter Weg hin zur Genesung. Selten, aber doch wird die Erwähnung einer Behandlung auch ganz ausgespart und gleich auf das – ohne Zutun – wieder positive Leben nach der Erkrankung verwiesen. Es wird kommuniziert, dass depressive Erkrankungen ‚ausgesessen‘ werden können. In Bezug auf die Genesungserzählung finden sich eindimensionale Darstellungen, die die Heilung auf nur einen bestimmten Umstand zurückführen – so wie etwa ein Mensch mit depressiver Erkrankung, der „[d]urch das Gebet [die Krankheit] besiegte“ (K31). Als etwas vollständig Abgeschlossenes und mühelos aufrecht zu Erhaltendes wird die neu gewonnene psychische Gesundheit dargestellt. Manche Artikel sparen eine Bezugnahme auf psychotherapeutische Betreuung ganz aus und gehen nur auf Medikamente zur Behandlung ein. Fast durchwegs wird in Erfahrungsberichten die Genesung in Verbindung mit einem Aufbruch bzw. einer Neuorientierung erzählt, welche am Ende der überstandenen Erkrankung steht. Menschen mit depressiven Erkrankungen schildern, inwiefern sich ihr Leben verändert hat und welche Dinge sie aus der Erkrankung gelernt haben. Das System Arbeit wird in diesem Zusammenhang auch thematisiert – Ziel sei eine schnelle Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Kritik am System Arbeit als Risikofaktor findet sich zwar, aber nur in einzelnen Zitaten von Fachexpert:innen. Im Großen und Ganzen werden stattdessen die immer steigenden Anforderungen als nicht zu hinterfragend und unveränderbar dargestellt. In diesem Zusammenhang wird stark auf neoliberal geprägtes Gedankengut referenziert: Der Mensch sei selbst verantwortlich dafür, eine psychische Erkrankung zu vermeiden bzw. falls sie dennoch auftritt, diese in Eigenverantwortung und möglichst rasch zu lösen. Die Prävention von depressiven Erkrankungen wird als niederschwellig zugänglich dargestellt, etwa durch Sport

und soziale Beziehungen. So könnten depressive Erkrankungen „[m]it einfachen Mitteln [...] verhindert werden“ (K33). Wer also beispielsweise zu wenig Sport mache, würde eine Erkrankung selbst verschulden.

Diskurspositionen

Dass Menschen mit depressiven Erkrankungen vermehrt zu Wort kommen, erscheint mit Blick auf die vorliegenden Berichte mittlerweile etabliert. Interessant zeigt sich dabei, welche Akteur:innen – mit welchen Merkmalen – sich äußern. Eine sehr starke Diskursposition nehmen professionelle Sportler:innen ein, die über ihre depressive Erkrankung berichten. Diese kommen im vorliegenden Korpus am häufigsten zu Wort. In Bezug auf den Bildungshintergrund zeigt sich außerhalb des Sportressorts ein klares Bild: Vom „Forscher“ (K15) über die „Akademikerin“ (K30) bis hin zum „Religionslehrer“ (K31) – alle Personen, die eine Nomination anhand ihres Berufs erfahren werden, sind einer bildungsnahen Gruppe zuzuordnen. Beim Alter der zu Wort kommenden Akteur:innen ist ein Durchschnittsalter von 39 Jahren zu finden. Die zwei Jugendlichen, deren Erkrankungen Gegenstand von Berichten sind, kommen nicht zu Wort, ihre Mutter spricht. Nur eine Person über 60 Jahren kommt zu Wort. Das Geschlechterverhältnis der dargestellten Menschen mit depressiven Erkrankungen ist zwar in Bezug auf die Nennung ausgewogen, allerdings gibt es bei den direkten Zitaten eine starke Schieflage: Frauen kommen viel seltener zu Wort. Zudem finden sich in der Rolle der Unterstützerin ausschließlich Frauen, die genannt werden, wenn etwa Angehörige die notwendige Einsicht bzgl. ihrer depressiven Erkrankung und infolge eine adäquate Behandlung durch ihre Hilfe erhalten. Die Unterstützung eines männlichen Partners wird nicht erwähnt. Eher wird stattdessen die alleinige Verantwortung für Care-Arbeit sowie patriarchal fundierte Risikofaktoren thematisiert. Zwei Artikel des Korpus konnten dahingehend in Verbindung gebracht werden: In ihnen wird dieselbe Frau in einem Abstand von 14 Monaten und durch unterschiedliche Journalist:innen porträtiert. Beide Artikel unterscheiden sich in Bezug auf die der Akteurin zugesprochene Agentivität stark: Im Artikel von Berthold Schmid wird sie eingeführt als „Hoteliersgattin [...] und Mutter“ (K25), im Artikel von Sabrina Glas und Stephanie Rausch als „Kapitänin ihres eigenen Schiffs [...] und] Hotelierin“ (K3). Im ersten Artikel wird das Bild einer Hausfrau gezeichnet, die durch Malen eine Missstimmung überwand. Im zweiten Artikel wird eine Unternehmerin porträtiert, die eine psychische Erkrankung durchgestanden hat. Bei stereotypen Darstellungen von Frauen sowie Männern, die vorrangig von Fachexpert:innen entworfen werden, zeigt sich folgender Tenor: Frauen seien

‚besser mit Gefühlen‘ und Männer verwehrt sich einer Diagnose, weil sie „um ihre Männlichkeit [fürchteten]“ (K16).

Zudem findet keine explizite Thematisierung von Mehrsprachigkeit und/oder Migrationshintergrund statt. Eine sehr starke Diskursposition wird hingegen Fachexpert:innen gegeben. Diese bilden ebenso eine bildungs- und ressourcenstarke Gruppe und fungieren als Ideology Brokers: Sie erhalten viel Raum für die Ausführung ihrer Positionen, ihre Aussagen werden nicht hinterfragt und durchgängig als unstrittig präsentiert. Die Notwendigkeit zur Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen wird am häufigsten von Fachexpert:innen thematisiert.

Propositionen

Es zeigen sich drei Propositionen, deren Aussagegehalt wie folgt gefasst werden kann: 1) ‚Depressive Erkrankungen sind immer noch stigmatisiert‘, 2) ‚Depressive Erkrankungen sollten nicht mehr stigmatisiert sein‘, 3) ‚Durch Handlung X wird Stigmatisierung verringert bzw. verhindert‘. Zu Proposition 1: Durch etwaige durch Ängste begründete Verhaltensweisen – wie das Verheimlichen der Erkrankung – würde den Akteur:innen eine Mitverantwortung an der Stigmatisierung zukommen. Hier ist eine normative Komponente enthalten, es wird beschrieben, wie Menschen mit depressiven Erkrankungen sich zu verhalten haben, damit Stigma abgebaut wird. Mehrfach wird durch Menschen mit depressiven Erkrankungen die Angst vor negativer Fremdwahrnehmung und entsprechenden Folgen thematisiert. Stellenweise wird die Erkrankung nicht benannt („Es reden nicht alle über diese Sachen“ (K27)) oder es werden Euphemismen verwendet werden („seelisches Tief“ (K17)). Zu Proposition 2: Hier wird Stigma als etwas thematisiert, das es abzuschaffen gilt. Der Begriff des Tabus wird hier sehr häufig verwendet („Die psychische Gesundheit darf kein Tabuthema mehr sein“ (K6)). Zu Proposition 3: Die Nennung einer konkreten Handlung, durch die die Aufhebung des Stigmas vollzogen werden könne, kommt überraschend selten vor. Vorrangig in der Gruppe der Fachexpert:innen scheint Einigkeit darüber zu herrschen, dass Stigma weiterhin existiert. Als häufig dargestellte Lösung scheint für diese ‚offene Kommunikation‘ zu gelten, also die Bekanntgabe von Informationen zur eigenen psychischen Gesundheit an das private bzw. öffentliche Umfeld. So wird hier die Verantwortung für die Entstigmatisierung alleinig Menschen mit depressiven Erkrankungen zugeteilt: Diese sollten neben der möglichst raschen Bewältigung ihrer Erkrankung auch die Entstigmatisierung verwirklichen, indem sie möglichst offen und schambefreit über ihre immer noch stigmatisierte Erkrankung sprechen. Die Rolle der Gesellschaft und des Umfelds in der Entstigmatisierung bleibt offen. Eine Gruppe, deren

Vorbildwirkung hervorgehoben wird, sind prominente Menschen mit depressiven Erkrankungen. Die Begrifflichkeiten, die für die Handlung des Öffentlich-Machens verwendet werden, sind etwa sich ‚zu outen‘, ein ‚Bekenntnis‘ oder auch in einem Fall ein „Geständnis“ (K4) abzugeben. Die Konnotationen der Begriffe sind unterschiedlich, aber gemeinsam ist ihnen, dass Kommunikation über etwas stattfindet, was eigentlich verschwiegen worden war bzw. werden sollte.

Umsetzung der Medienempfehlungen

Inwiefern die in Kapitel 4.3. beschriebenen Medienempfehlungen umgesetzt werden, wurde mittels einer quantitativen Aufstellung gezeigt. Es besteht weiterhin eine Tendenz zu stigmatisierender Berichterstattung, allerdings sind auch vielfach entstigmatisierende Darstellungen zu finden. Am seltensten werden Empfehlungen zur Thematisierung von Entstehungsfaktoren, Behandelbarkeit und zu Hilfsangeboten sowie Stigma und dessen Folgen befolgt. In Bezug auf die Hörbarkeit von Menschen mit depressiven Erkrankungen, deren Nominationen sowie die Darstellung ihres Verhältnisses zur Erkrankung werden die Empfehlungen häufig umgesetzt. Hervorzuheben ist hier, dass in den zehn Artikeln, die dem Sportressort zuzuordnen sind, in 70 bis 90 % der Fälle mehrere Empfehlungen nicht umgesetzt wurden. Jedoch kommen in 100 % dieser Artikel Menschen mit depressiven Erkrankungen zu Wort und respektvolle Nominationen treten zu 90 % auf.

Die in der Literatur empfohlenen Ansätze zum Abbau von Stigma, wie Kontakt (Corrigan 2018) oder Aufklärung in Form von speziellen diskursiven Konstruktionen (Clair, Daniel & Lamont 2016), zeigen sich in den unterschiedlichen Kategorien, denen die das Korpus konstituierende Artikel zugeordnet werden können. Als Erfahrungsbericht klassifizierte Artikel können als Kontaktaufnahme zwischen Menschen mit depressiven Erkrankungen und Leser:innen verstanden werden. Als Infobeitrag eingeordnete Berichte können dem Strang der Aufklärung zugeteilt werden.

8.2. Interpretation und Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die gewonnenen Ergebnisse interpretiert und kontextualisiert sowie entsprechende Schlussfolgerungen dargestellt.

Stigmatisierendes Labelling zeigt sich weiterhin und auch im vorliegenden Korpus relevant. In Bezug auf die Nominationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen lässt sich allerdings eine vielversprechende Richtung erkennen: Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten

Agentivität, sie werden häufig als individuelle Personen dargestellt, die nicht per se durch ihre Erkrankung definiert werden. Die hohe Abwesenheit von stigmatisierenden Labellings sowie die Tatsache, dass Akteur:innen oft mit Klarnamen vorkommen, gibt Anlass zur Hoffnung, dass dies Teil einer allgemeinen positiven Entwicklung in Richtung Entstigmatisierung ist. Trotz immer noch vorherrschender Stigmatisierung überwiegt hier der positive Eindruck, dass viele Menschen den Mut haben, sich öffentlich zu ihrer Erkrankung zu äußern.

In Bezug auf das von Menschen mit depressiven Erkrankungen transportierte Selbstbild zeigt sich, dass diese sich in mehreren Beispielen als handlungsunfähig und isoliert darstellen. Gerade das Bild des Isolierens scheint darauf hinzuweisen, dass die Thematisierung von psychischer Gesundheit in der Gesellschaft bzw. im sozialen Umfeld noch stigmatisiert und die gewünschte ‚offene Kommunikation‘ eben noch nicht selbstverständlich ist. Von anderen Akteur:innen wird die Erkrankung als aktive Gegenspielerin gezeigt – daraus ergibt sich eine Konstruktion von Menschen mit depressiven Erkrankungen als passive und unterlegene Menschen. Die Erkrankung wird als übermächtig gezeigt. Im Unterschied zu anderen Erkrankungen wie etwa Krebs, welchen Menschen ‚besiegen‘, wird hier eher ein passives Überstehen als ein aktives Besiegen gezeigt.

Im Zuge einer Abgrenzung von ‚normal‘ und ‚nicht normal‘ werden Othering und Stereotypisierung als Elemente von Stigma vollzogen: Mit der Verwendung von Begrifflichkeiten wie ‚normal‘ oder ‚nicht normal‘ werden Stereotype von Menschen mit depressiven Erkrankungen verstärkt und somit wird zur Stigmatisierung beigetragen. Menschen, deren Charakteristika und Verhaltensweisen als ‚normal‘ gelten, werden als Maßstab zur Beurteilung von Menschen – und somit zur (Vor-)Verurteilung von als ‚nicht normal‘ dargestellten Gruppen – herangezogen. Mithilfe solcher Begrifflichkeiten wird es erleichtert, Menschen auszugrenzen, indem sie von der ‚normalen‘ Bevölkerung abgesetzt – und heruntergesetzt – werden. Soziale Ungleichheiten werden so reproduziert und Stigmatisierung ermöglicht.

Die vielfache Verwendung des Erzählschemas der Held:innenreise zeigt sich erwähnenswert. Vermeintlich wie der Phönix aus der Asche würden Menschen mit depressiven Erkrankungen nach ihrer Erkrankung aufsteigen und ein von neuen Möglichkeiten geprägtes und problemfreies Leben beginnen. Sehr spannend erscheint einerseits, dass diese Art der Erzählung gewählt wird, und andererseits aber zahlreiche Konstruktionen verwendet werden, die Menschen mit depressiven Erkrankungen eben nicht als Held:innen darstellen, sondern das Gegenteil bewirken.

Auch die Darstellung eines unkomplizierten Heilungsverlaufs ist interessant. Es wird der Eindruck erweckt, dass das Besuchen einer Psychotherapie eine recht einfache und schnelle Lösung ist. Psychotherapie wird als eine ‚Blackbox‘ dargestellt – es wird nicht darauf eingegangen, was genau in einer Therapie passiert, aber sie wird als notwendig zur Heilung häufig thematisiert. Die sehr verkürzte Darstellung von einem oft langwierigen – mit Rückschlägen verbundenem – Therapieprozess zeichnet ein Bild von einer depressiven Erkrankung als etwas, dass sehr einfach gelöst werden kann. Gleichzeitig trägt dies aber auch dazu bei, dass die Heilung als machbar erscheint, gibt also Hoffnung für Personen, die in einer ähnlichen Situation sind. Durch auch vorkommendes Aussparen der Behandlung als Ganzes wird etwas vollkommen Falsches und Destruktives vermittelt: nämlich, dass depressive Erkrankungen von selbst wieder aufhören würden. Dies kann dazu führen, dass Personen keine Hilfe suchen. Dabei ist relevant, dass Männer viel häufiger Suizid begehen als Frauen, wobei in mindestens der Hälfte der Fälle ein Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Suizid besteht (Gesundheit Österreich GmbH: 33).

Anweisungen dazu, wie Personen mit der Erkrankung umgehen sollen, wie sie verhindert werden kann bzw. wie für eine schnelle Genesung vorgegangen werden soll, sind häufig. Bereits in vielen Headlines wird direkt eine Handlungsanweisung formuliert. In diesem Zusammenhang relevant ist das Transportieren von neoliberal geprägtem Gedankengut: Der Mensch wäre selbst verantwortlich, sowohl für Prävention als auch Heilung der Erkrankung. In diesem Zusammenhang relevant zeigen sich auch die Bilder von Kontrollverlust, die vermittelt werden. Menschen mit depressiven Erkrankungen würden die Kontrolle über ihr Leben verlieren und ‚abstürzen‘. Systemisch bedingte Faktoren, die zur vermehrten Entwicklung depressiver Erkrankungen beitragen, werden selten und wenn, dann nur kurz angeführt, aber nicht im Detail thematisiert. Die ‚Wiedereingliederung‘ in den Beruf wird mehrfach als erstrebenswertes Ziel und erfolgreichen Abschluss einer ‚Odyssee‘ dargestellt. Dass aber dieses System möglicherweise großen Anteil an der Erkrankung hat, wird nicht ausreichend thematisiert. Auch in Bezug auf Prävention werden fragwürdige Inhalte vermittelt: Wenn etwa angeführt wird, dass ‚mit einfachen Mitteln‘ wie Bewegung und sozialen Beziehungen depressive Erkrankungen verhindert werden könnten, wird damit die Lebensrealität vieler Menschen negiert. Personen, die stark unter Vereinsamung leiden oder für die bereits alltägliche Erledigungen mit starker körperlicher Anstrengung verbunden oder gar nicht möglich sind, weil sie – unter anderem auch bedingt durch strukturelle Missstände – auf Hilfe angewiesen sind, um das Haus zu verlassen, zu sagen, dass sie sich zur Verhinderung einer Erkrankung mehr

bewegen und gute soziale Beziehungen pflegen sollen, scheint einer Verhöhnung gleichzukommen.

Es ist sehr positiv zu vermerken, dass derart viele professionelle Sportler:innen zu Wort kommen, gerade auch Männer. Durch die öffentliche Kommunikation wird ein anderes, neues Männerbild entworfen, in das Kümern um psychischen Gesundheit Platz hat und Gefühle gezeigt werden dürfen. Tradierte und konservative Wertvorstellungen (Stichwort Homosexualität) scheinen weiterhin den Profisport zu prägen. Deshalb ist es in diesem Kontext von umso größerer Bedeutung, wenn diese aufgebrochen werden. Die vielfältigen negativen Aspekte, denen professionelle Sportler:innen ausgesetzt sind – wie etwa Rassismuserfahrungen oder öffentlicher und innerinstitutioneller Druck – sind wohl als Risikofaktoren zu werten, die eine psychische Erkrankung umso wahrscheinlicher erscheinen lassen. Umso bedeutender erscheint es, dass in allen Artikeln Menschen mit depressiven Erkrankungen mit O-Tönen zu Wort kommen. Die Schilderung von Symptomen und Gefühlen trägt zur Identifikation für Menschen mit depressiven Erkrankungen und dadurch indirekt zum Abbau von Stigma bei. Positiv hervorzuheben ist an dieser Stelle auch, dass die Artikel im Sportressort publiziert werden – und nicht etwa im Ressort Gesundheit, welches vermutlich eher eine bereits affine Zielgruppe bedient.

In Berichten, die nicht dem Sportressort zuzuordnen sind, kommen vorrangig Akteur:innen mit höherer Bildung zu Wort. Menschen, die in Armut leben oder einen niedrigeren Bildungsgrad aufweisen, haben ein höheres Risiko für depressive Erkrankungen. Sicht- oder hörbar sind sie im vorliegenden Korpus jedoch nicht. Diese fehlende Repräsentierung kann umfangreiche Konsequenzen haben. Wie die Autorin Margarete Stokowski so treffend formuliert hat: „Wer nicht für sich spricht, für den sprechen andere. Oder niemand“ (Stokowski 2021: 166). Erfahrungen von Menschen mit depressiven Erkrankungen, die sich äußern bzw. denen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu äußern, werden als ‚die eine‘ Realität depressiver Erkrankungen konstruiert. Der umfangreiche Mangel an leistbaren Plätzen („Kassenplätzen“) für Psychotherapie mag für den Manager wohl weniger ein Problem darstellen als für andere Personen. Diese Unsichtbarkeit der Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen schlägt sich nieder in politischen Maßnahmen, die gesetzt – oder eben nicht gesetzt – werden. Auch wenn die Probleme bekannt sind, ist es schon schwer genug, dass sich jemand darum kümmert. Aber wenn niemand die Probleme kennt, wird sich mit ziemlicher Sicherheit niemand um eine Lösung bemühen. Natürlich tragen mediale Darstellungen nur zu einem Teil zu dieser Problematik bei. Aber sie veranschaulichen sehr gut, wer in Österreich eine Bühne geboten bekommt und wer nicht. Mehrsprachigkeit bzw. Migrationshintergrund wird in keinem Artikel

thematisiert – das heißt nicht, dass die dargestellten Akteur:innen diese Merkmale nicht aufweisen, aber es ist keine explizite Repräsentation gegeben. In Bezug auf die Altersverteilung ergibt sich eine vergleichbare Problematik: Ältere Menschen und Jugendliche gehören zu Gruppen, innerhalb derer sich die Diagnostik sehr komplex gestaltet, unter anderem aufgrund der spezifischen Symptomatik (Nowotny et al. 2019). Umso wichtiger erscheint es, dies zu thematisieren. Diese aber kommen selten bzw. nicht zu Wort. Hier erwähnenswert zeigt sich auch die Merkmalsverteilung der Menschen, die schlussendlich als Fachexpert:innen auftreten. Frasl weist auf die hohen Kosten, die eine Psychotherapie-Ausbildung mit sich bringt, und das daraus resultierende Ungleichgewicht hin: Therapeut:innen seien einer privilegierten, weil finanzstarken Gruppe zuzurechnen, während Menschen mit depressiven Erkrankungen vielfach von Armut betroffen sind (Frasl 2022: 44). Eine ähnliche Schieflage zeigt sich in Bezug auf die Stimme von Frauen: Diese kommen viel seltener zu Wort, obwohl für sie eine doppelt so hohe Prävalenz als bei Männern bekannt ist. Einerseits ist hier die höhere Prävalenz relevant, andererseits wieviel Verantwortung in Form von Care-Arbeit (= Risikofaktor) von Frauen übernommen wird – auch für die psychische Gesundheit ihres Umfelds. Männer thematisieren mehrfach, dass ihre Partnerin sehr bedeutend in Bezug auf Hilfestellungen rund um die Erkrankung ist bzw. war. Umgekehrt ist das nicht der Fall. Das sagt viel aus über die Rolle, die Frauen immer noch in Beziehungen einnehmen und die Care-Arbeit, die sie für ihre Partner:innen übernehmen. Dazu kommt, dass stereotype Darstellungen von Frauen und Männern – im Korpus sind nur binäre Nennungen zu finden, LGBTIQ-Personen kommen nicht vor – von Fachexpert:innen transportiert werden, was folgeschwer ist. Dabei wurde belegt: Verfestigte stereotype Bilder von Geschlecht tragen dazu bei, dass depressive Erkrankungen bei Frauen über- und bei Männern unterdiagnostiziert werden (Gesundheit Österreich GmbH: 36). Als Zwischenfazit kann hier festgehalten werden, dass für mehrere Personengruppen gilt: Eine Person mit Merkmal X hat ein höheres Risiko zu erkranken, hat aber eine weniger starke Stimme und eine schwächere Diskursposition.

Hervorzuheben ist auch die vollkommene Abwesenheit von politischen Entscheidungsträger:innen. Als Randnotiz wird hin und wieder die mangelnde Finanzierung von erschwinglichen Psychotherapieplätzen thematisiert. Allerdings fehlt die breite Einbettung dieser Inhalte als strukturelle Probleme, die durch entsprechende politische Entscheidungen zu lösen sind. Zudem kommen Politiker:innen auch als gefährdete Gruppe nicht zu Wort. Die hohen psychischen sowie physischen Anforderungen, die mit einer Funktion als Politiker:in einhergehen (wenig Schlaf, viel Stress etc.), erlauben die Annahme, dass jene Personen durchaus als Risikogruppe zu betrachten sind. Umso wichtiger wäre hier das Einnehmen einer

Vorbildfunktion in Bezug auf Entstigmatisierung, das öffentliche Thematisieren von psychischen Erkrankungen als relevant sowie das Schaffen von entsprechenden Rahmenbedingungen, sodass eine rasche und passgenaue Behandlung allen ermöglicht wird. Das soziale Umfeld von Menschen mit depressiven Erkrankungen nimmt einen sehr hohen Stellenwert in der Erkennung und Behandlung ihrer depressiven Erkrankung ein. Die Berichte werden diesem Umstand kaum gerecht und weisen viel zu wenig auf diese wichtige Rolle hin. Die ‚Helfenden‘ übernehmen etwa in der Held:innenerzählung eine entscheidende Rolle, aber werden meist nur mit einem Satz erwähnt. Mithilfe einer Steigerung der Sichtbarkeit könnte hier die Agentivität von Personen aus dem sozialen Umfeld erhöht werden. Dadurch könnte das soziale Umfeld mehr Verantwortung – vor allem auch in der Entstigmatisierung – übernehmen. Stigma wird nur in 50 % der Artikel thematisiert. Aber man scheint sich unter den zitierten Fachexpert:innen großteils einig, dass es Stigma immer noch gibt und nicht mehr geben sollte. Aber der Weg zur Entstigmatisierung wird nur wenig detailliert gezeichnet. Besonders hervorzuheben ist hier die Tatsache, dass ein großer Teil der Verantwortung zur Entstigmatisierung bei Menschen mit depressiven Erkrankungen selbst angesiedelt wird. Vielfach thematisieren vor allem als Autoritäten anerkannte Fachexpert:innen die Notwendigkeit, durch ‚offene Kommunikation‘ Stigma abzubauen. Wer dabei offen kommunizieren soll, sind Menschen mit depressiven Erkrankungen. Hier findet eine einseitige Verantwortungszuteilung statt. Diese müssten selbst die Initiative ergreifen stellvertretend für alle Menschen mit depressiven Erkrankungen und werden in die Rolle der Wegbereiter:innen gedrängt. Lohnend wäre es hier stattdessen zu hinterfragen, welche Verantwortung dem Umfeld und der Gesellschaft zukommt und wie dieser nachgekommen werden kann.

Die Verwendung von Euphemismen ist im Zusammenhang mit entstigmatisierender Kommunikation ebenso zu erwähnen. Wenn depressive Erkrankungen als „ein seelisches Tief“ (K17) bezeichnet werden, scheint damit die Entstigmatisierung erschwert. Eine klare Benennung der Erkrankung scheint notwendig, denn Inhalte können nur schwer entstigmatisiert werden, wenn sie nicht benannt werden.

Die Inhalte der Empfehlungen, die am seltensten umgesetzt werden, lassen vermuten, dass Unwissenheit besteht – etwa wenn eine depressive Erkrankung nur auf einen Umstand zurückgeführt wird, nicht kommuniziert wird, dass sie gut behandelbar ist oder wie und wo diese Behandlung stattfinden kann. Eine Studie der Stiftung Deutsche Depressionshilfe konstatiert, dass in der Bevölkerung immer noch zu wenig Wissen über die komplexen Ursachen, die zur Entstehung einer depressiven Erkrankung führen, vorhanden sei. Diese Unwissenheit spiegle sich auch in den Wissensbeständen über die Therapie der Erkrankung

wider: Dass das Essen von Schokolade oder ‚sich zusammenreißen‘ adäquate Maßnahmen zur Behandlung von depressiven Erkrankungen seien, denkt jede fünfte befragte Person (Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2017).

In Bezug auf wertschätzende Sprache über Menschen mit depressiven Erkrankungen lässt sich eine positive Entwicklung feststellen, die in die Reihe von vielfältigen Bemühungen zu einer inklusiven und respektvollen Sprache über und Ansprache von Menschen allgemein gestellt werden kann. Zusammenfassend lässt sich zu den Ergebnissen sagen, dass weiterhin stigmatisierende Inhalte produziert und reproduziert werden. Alle Elemente, die Stigma konstituieren, treten im vorliegenden Korpus auf.

8.3. Beschränkung der Forschung und Desiderate

Rein forschungspraktisch ergeben sich für eine Masterarbeit Beschränkungen, in diesem Fall vor allem was die Eingrenzung des Korpus betrifft. Für eine Arbeit mit größerem Umfang wäre es interessant gewesen, einen vergleichenden Zugang zu wählen. So könnte für zukünftige Arbeiten ein zweites Korpus mit Daten aus einer anderen geografischen Region (bspw. Deutschland oder die USA) oder aus einem früheren Zeitraum gewählt werden. Ein Vergleich der Ergebnisse würde hier Aufschluss geben können darüber, inwiefern Unterschiede zu beobachten sind. Als Gegenstand könnte hier etwa ein Land gewählt werden, in dem bereits früher ein Medienleitfaden publiziert wurde. Ebenso könnte ergänzend ein Nebenkorpus erstellt werden, in welchem die periphere Erwähnung von depressiven Erkrankungen in anderen Kontexten zu beobachten ist. Eine detaillierte Toposanalyse würde weiters Aufschluss über zugrunde liegende Argumentationslinien geben. Mit Wählen eines gesprächsanalytischen Zugangs wäre eine Untersuchung von Rechtfertigungs- und Legitimierungsstrategien in Bezug auf Stigma durch Menschen mit depressiven Erkrankungen selbst möglich. Eine visuelle Analyse der den Artikeln beigegebenen Bildern erscheint ergänzend angebracht, sodass eine ganzheitliche Aussage darüber gemacht werden kann, wie Akteur:innen diskursiv konstruiert werden.

Aufbauend auf diesen Inhalten wird im nächsten Kapitel ein Fazit gezogen und die Forschungsfrage beantwortet.

9. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die folgende Forschungsfrage zu beantworten: Wie werden die Akteur:innen in der medialen Berichterstattung über depressive Erkrankungen diskursiv konstruiert? Der Fokus lag dabei auf einer Auseinandersetzung mit dem Auf- sowie Abbau von Stigma. Zusammenfassend kann festgestellt werden: Alle Elemente, die Stigma ausmachen und auf die mittels linguistischer Methoden zugegriffen werden kann, wurden im vorliegenden Korpus identifiziert. Mit anderen Worten: Menschen mit depressiven Erkrankungen werden in der Berichterstattung – nicht durchgängig, aber dennoch – stigmatisiert.

In Bezug auf Nominationen von Menschen mit depressiven Erkrankungen ist eine positive Entwicklung in Richtung Entstigmatisierung zu erkennen. Das von Menschen mit depressiven Erkrankungen gezeichnete Selbstbild ist jedoch gekennzeichnet durch Bilder von Isolation und Hilflosigkeit. Menschen mit depressiven Erkrankungen werden als Held:innen und gleichzeitig als Unterlegene, als Menschen abseits der Norm(alität) dargestellt. Die Verantwortung für Prävention und Heilung wird ganz im Sinne neoliberalen Gedankenguts bei Menschen mit depressiven Erkrankungen angesiedelt. Damit ist kohärent, dass das Erkranken als ein Kontrollverlust dargestellt wird. Professionelle Sportler:innen kommen häufig vor, bieten Vorbildwirkung und tragen dazu bei, Geschlechterstereotypen aufzubrechen. Es liegt ein starkes Ungleichgewicht in der Repräsentation von Akteur:innen, beispielsweise in Bezug auf Bildung, Geschlecht und Alter, vor. Stereotype Bilder von Geschlecht werden vermittelt: Frauen seien ‚besser mit Gefühlen‘ und Männer denken, sie müssten stark sein. Frauen sind aufgrund patriarchal geprägter Faktoren besonders gefährdet zu erkranken, haben aber wenig Stimme: Sie kommen trotz doppelt so hoher Erkrankungszahlen seltener zu Wort als Männer. Die niedrige Sichtbarkeit des sozialen Umfelds sowie die Abwesenheit von politischen Entscheidungsträger:innen fällt auf. Vielfach auftretende Fachexpert:innen konstatieren, dass Stigma weiterhin existiert. Als vermeintlich ‚Schwache‘ und ‚Abgestürzte‘ müssen Menschen mit depressiven Erkrankungen enorm viel Verantwortung übernehmen: Ihnen wird die Verantwortlichkeit zur Entstigmatisierung zugeschrieben durch ‚offene Kommunikation‘. Unwissenheit über depressive Erkrankungen besteht vor allem in Bezug auf Entstehungsursachen und Risikofaktoren.

Die Art und Weise, auf die Akteur:innen dargestellt werden, lässt eine Verbindung zu einer schwerwiegenden Realität ziehen: Soziale Ungleichheit macht krank. So haben etwa in Armut lebende Menschen ein vielfach höheres Risiko an einer depressiven Erkrankung zu erkranken.

Frauen gehören aufgrund von Belastungen durch ungleich verteilte Care-Arbeit, Gewalterfahrungen und stereotype Rollenzuschreibungen zu einer Risikogruppe. Dennoch sind sie – und viele Andere – unterrepräsentiert im Diskurs, während das System, das diese Risikofaktoren hervorbringt und fördert, nicht hinterfragt wird. Anstatt eine Minimierung von systemisch bedingten Risikofaktoren zu forcieren, – wofür die Verantwortung beispielsweise in der Politik zu suchen wäre – wird die Verantwortung ausgehend von einer neoliberalen Haltung bei Menschen mit depressiven Erkrankungen gefunden. Diese müssten sich regelmäßig bewegen, gesund ernähren und gute soziale Kontakte pflegen, um nicht zu erkranken (für viele Menschen nicht möglich). Wenn sie dennoch erkranken, müssten sie ihren Therapieplatz privat bezahlen (für viele Menschen nicht möglich), weil die Verfügbarkeit von leistbaren Therapieplätzen stark limitiert ist. Und was sich besonders anschaulich im Korpus dieser Arbeit gezeigt hat: Die Verantwortung zur Entstigmatisierung wird ebenso Menschen mit depressiven Erkrankungen auferlegt. Diese sollten – ungerührt von drohender Stigmatisierung – offen und öffentlich über ihre Erkrankung sprechen und so den Abbau von Stigma ermöglichen. Die Rolle der Gesellschaft und des Umfelds in der Entstigmatisierung bleibt dabei offen.

Ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf die diskursive Konstruktion der Akteur:innen mit Daten aus anderen Ländern erscheint angebracht und vielversprechend. Abseits der sprachwissenschaftlichen Forschung soll die Umsetzung der vorhandenen Medienempfehlungen forciert werden. Die Repräsentation von Diversität in der Darstellung von Menschen mit depressiven Erkrankungen muss ins Zentrum rücken. Am anspruchsvollsten, jedoch am dringendsten erforderlich: Verantwortungszuschreibungen müssen verändert und die Rolle des Gesellschaftssystems als Risikofaktoren hervorbringend betrachtet werden. All das könnte einen Beitrag dazu leisten, eine stigmafreie Welt Realität werden zu lassen.

10. Abkürzungsverzeichnis

Anm. JS	Anmerkung durch die Autorin
Ausz. veränd. JS	Auszeichnung durch die Autorin verändert
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Herv. i. O.	Hervorhebung im Original

11. Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1 (van Leeuwen 2008: 52).....	23
Tabelle 1	46
Tabelle 2.....	55
Tabelle 3.....	56
Tabelle 4.....	63

12. Literaturverzeichnis

- Baer, Nadja, Claudia Sikorski, Melanie Lupp, Steffi Riedel-Heller & Georg Schomerus. 2015. Das Stigma Depression – eine Interaktion zwischen öffentlichem Diskurs und Erfahrungsberichten Betroffener. *Psychiatrische Praxis* 43(03). e1–e8. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387440>.
- Blommaert, Jan (ed.). 1999. *Language Ideological Debates*: DE GRUYTER MOUTON. <https://doi.org/10.1515/9783110808049>.
- Blommaert, Jan. 2005. *Discourse: a critical introduction*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bromme, Rainer & Regina Jucks. 2018. Discourse and Expertise. In Michael F. Schober, David Rapp & M. Anne Britt (eds.), *The Routledge handbook of discourse processes* (Routledge Handbooks in Linguistics), 222–246. Second edition. New York: Routledge.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2022. *ICD-10 BMSGPK 2022 - Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - BMSGPK-Version 2022+*.
- Campbell, Joseph. 1968. *The hero with a thousand faces* (Bollingen Series XVII). 2nd edn. New Jersey: Princeton University Press.
- Clair, Matthew, Caitlin Daniel & Michèle Lamont. 2016. Destigmatization and health: Cultural constructions and the long-term reduction of stigma. *Social Science & Medicine* 165. 223–232. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.021>.
- Corrigan, Patrick W. 2018. *The stigma effect: unintended consequences of mental health campaigns*. New York: Columbia University Press.
- Corrigan, Patrick W. & David L. Penn. 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 54(9). 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>.
- Corrigan, Patrick W. & Amy C. Watson. 2002. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 1(1). 16–20.
- DWDS. 2022. tabu – Schreibung, Definition, Bedeutung, Etymologie, Synonyme, Beispiele. DWDS. <https://www.dwds.de/wb/tabu>. (30 April, 2024).
- Finzen, Asmus. 2013. *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.5771/9783884148419>.
- Fiske, Susan T. 2000. Stereotyping, prejudice, and discrimination at the seam between the centuries: evolution, culture, mind, and brain. *European Journal of Social Psychology* 30(3). 299–322. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(200005/06\)30:3<299::AID-EJSP2>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(200005/06)30:3<299::AID-EJSP2>3.0.CO;2-F).
- Foucault, Michel. 1990. *Archäologie des Wissens* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 356). 4. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frasl, Beatrice. 2022. *Patriarchale Belastungsstörung: Geschlecht, Klasse und Psyche*. Innsbruck Wien: Haymon Verlag.
- Gesundheit Österreich GmbH. *Gender-Gesundheitsbericht. Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid*. Wien.
- Goffman, Erving. 2020. *Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (suhrkamp taschenbuch wissenschaft 140). (Trans.) Frigga Haug. 25. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Iakushevich, Marina. 2021a. Polyphonie im medialen Diskurs zur Depression. In Julia Genz

- & Paul Gévaudan (eds.), *Polyphonie in literarischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen Textsorten*, 217–228. 1st edn. Göttingen: V&R unipress. <https://doi.org/10.14220/9783737009904.217>.
- Iakushevich, Marina. 2021b. „Immer mehr Menschen fallen in Depressionen“. Mediale Konstruktionen einer Volkskrankheit. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (eds.), *Linguistik und Medizin*, 399–418. Berlin: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110688696-023>.
- Jensen, Sune Qvotrup. 2011. Othering, identity formation and agency. *Qualitative Studies* 2(2). 63–78. <https://doi.org/10.7146/qs.v2i2.5510>.
- Kałasznik, Marcelina & Przemysław Staniewski. 2020. ‘Depression’ in light of conceptual metaphors in German based on verbal collocations. *Colloquia Germanica Stetinensia* 29. 187–204. <https://doi.org/10.18276/cgs.2020.29-10>.
- Klarić, Miro & Sanjin Lovrić. 2017. Methods to Fight Mental Illness Stigma. *Psychiatria Danubina* 29(Suppl 5). 910–917.
- Lakoff, George & Mark Johnson. 2011. *Metaphors we live by: with a new afterword*. 6. print. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press.
- Le Glaz, Aziliz, Yannis Haralambous, Deok-Hee Kim-Dufor, Philippe Lenca, Romain Billot, Taylor C Ryan, Jonathan Marsh, et al. 2021. Machine Learning and Natural Language Processing in Mental Health: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 23(5). e15708. <https://doi.org/10.2196/15708>.
- Leeuwen, Theo van. 2008. *Discourse and practice: new tools for critical discourse analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Leeuwen, Theo van. 2016. Discourse as the Recontextualization of Social Practice - A Guide. In Ruth Wodak & Michael Meyer (eds.), *Methods of critical discourse studies*, 137–153. 3rd edition. London; Thousand Oaks, California: SAGE.
- Link, Bruce G. & Jo C. Phelan. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27(1). 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Link, Jürgen. 2011. Diskursanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Interdiskurs und Kollektivsymbolik. In Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider & Willy Viehöver (eds.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Bd. 1: Theorien und Methoden* (Interdisziplinäre Diskursforschung). 3., erw. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Mathers, Colin D & Dejan Loncar. 2006. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. (Ed.) Jon Samet. *PLoS Medicine* 3(11). e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
- Mocker, Daniela. 2022. Eine neue Klassifikation der Krankheiten. *Spektrum der Wissenschaft*. <https://www.spektrum.de/news/icd-11-eine-neue-klassifikation-der-krankheiten/1971949>. (11 December, 2023).
- Nowotny, Monika, Daniela Kern, Elisabeth Breyer & Theresa Bengough. 2019. *Depressionsbericht Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Projekt stigmafrei. 2021. *Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische Erkrankungen*. Wien: HPE Österreich & Medizinische Universität Wien.
- Queer Lexikon. 2017. Outing | Queer Lexikon. <https://queer-lexikon.net/2017/06/08/outing/>. (3 May, 2024).
- Realí, Florencia, Tania Soriano & Daniela Rodríguez. 2016. How we think about depression: The role of linguistic framing. *Revista Latinoamericana de Psicología* 48(2). 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.004>.
- Rüsch, Nicolas, Martina Heland-Graef & Janine Berg-Peer. 2021. *Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung: wissenschaftsbasiertes Sachbuch*. 1. Auflage. München: Elsevier.

- Scherr, Sebastian. 2016. Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In Constanze Rossmann & Matthias R. Hastall (eds.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1–12. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_46-1.
- Schomerus, Georg, Herbert Matschinger & Matthias C. Angermeyer. 2013. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research* 209(3). 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>.
- Sickel, Amy E, Jason D Seacat & Nina A Nabors. 2015. Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health* 12(3). 202–215. <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>.
- Skrentny, John David. 2002. *The Minority Rights Revolution*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Spieß, Constanze. 2014. Diskurslinguistische Metaphernanalyse. In Matthias Junge (ed.), *Methoden der Metaphernforschung und -analyse*, 31–58. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02094-1_3.
- Spitzmüller, Jürgen. im Druck. Die Sagbarkeit des ‚Unsagbaren‘. Pragmatik und Metapragmatik des Tabus. In Kristin Kuck & Vanessa Kanz (eds.), *Tabus und Tabubrüche als Symptome gesellschaftlicher Verhältnisse* (Magdeburger Forschungen Zu Bildungs-, Kultur- Und Sozialwissenschaften). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Spitzmüller, Jürgen & Ingo H. Warnke. 2011. *Diskurslinguistik: eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse* (De Gruyter Studium). Berlin; Boston: De Gruyter.
- Steel, Zachary, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W Jackson, Vikram Patel & Derrick Silove. 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology* 43(2). 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. 2017. *Deutschland Barometer Depression*. Leipzig. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/2017>.
- Stokowski, Margarete. 2021. *Die letzten Tage des Patriarchats* (rororo 60669). 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Thorstad, Robert & Phillip Wolff. 2019. Predicting future mental illness from social media: A big-data approach. *Behavior Research Methods* 51(4). 1586–1600. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01235-z>.
- Tyrer, Peter. 2014. Time to choose - DSM-5, ICD-11 or both. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* (3). 5–8.
- Warnke, Ingo H. & Jürgen Spitzmüller. 2008. Methoden und Methodologie der Diskurslinguistik – Grundlagen und Verfahren einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In Ingo H. Warnke & Jürgen Spitzmüller (eds.), *Methoden der Diskurslinguistik - Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene (Linguistik - Impulse & Tendenzen 31)*, 3–54. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- World Health Organization. 2023. International Classification of Diseases (ICD). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. (11 December, 2023).

Korpus

- (K1) Eichinger, Herbert. 2023. Wenn der Kopf plötzlich nicht mehr mitspielt. *Kronen Zeitung* (3. Oktober).
- (K2) FLOP. 2023. Es ist in Ordnung, nicht in Ordnung zu sein. *Kurier* (15. Oktober).
- (K3) Glas, Sabrina & Stephanie Rausch. 2022. „Ich hatte mein Lachen verloren“. *Salzburger Nachrichten* (12. August), sec. Wissenschaft.
- (K4) Groß, R. 2022. Eisbulle Loney litt unter Depressionen. *Kronen Zeitung* (27. November).
- (K5) Guggenberger, Teresa. 2022. Leben mit Depression: „Für mich war es eine Zeit der völligen Leere“. *KleineZeitung.at* (23. November), sec. Gesundheit.
<https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/6218259/Ein-Betroffener-erzaehlt-Leben-mit-Depression-Fuer-mich-war-es>. (28 February, 2024).
- (K6) Haas, Barbara. 2021. Depressionen: Reden ist der erste Schritt aus dem Tabu. *Kleine Zeitung* (16. Dezember).
- (K7) Heute Redaktion. 2021. Depression? „Klub wollte Check, ob ich verrückt bin.“ *Heute.at* (13. September). <https://www.heute.at/s/depression-ndash-klub-wollte-check-ob-ich-verruckt-bin--47674502>. (28 February, 2024).
- (K8) Hochschwarzer-Dampf, Sabine. 2021. Unbekümmert aus der Depression. *Tiroler Tageszeitung* (18. November), sec. Sport.
- (K9) Korosec, Ingrid. 2023. „Reiß dich doch zusammen“. *Kronen Zeitung* (14. Januar).
- (K10) Krause-Sandner, Karoline. 2023. „Der Ball war die beste Medizin“. *Kurier* (15. Oktober), sec. Sport.
- (K11) krone Sport. 2024. Henry: Depressionen während gesamter Karriere. *Krone.at* (9. Januar). <https://www.krone.at/3213244>. (28 February, 2024).
- (K12) krstejouz. 2023. Wenn alles zu viel wird. *Kronen Zeitung* (12. November).
- (K13) Niedoba, Gerhild. 2021. Sie hat dann selbst gesagt, dass sie Hilfe braucht. *Nachrichten.at* (9. Oktober). <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/sie-hat-dann-selbst-gesagt-dass-sie-hilfe-braucht;art4,3472018>. (28 February, 2024).
- (K14) Ostermann, Gudrun. 2022. Depression, was dann? *Der Standard* (24. September).
- (K15) Ostermann, Gudrun. 2023. Hilfe, mein Hirn funktioniert nicht mehr! *Der Standard* (26. August), sec. Karriere.
- (K16) o.V. 2021. Depressive Männer sind anders als gedacht. *Die Presse* (12. Dezember).
- (K17) o.V. 2022a. „Meine Tochter bekam in der Pandemie Depressionen“. *Kronen Zeitung* (3. Juli).
- (K18) o.V. 2022b. Mental Health wird im Arbeitsleben künftig wichtiger. *Der Standard* (25. November).
- (K19) o.V. 2023a. Depressionen: Erste Anzeichen ernst nehmen. *Oberösterreichische Nachrichten* (4. Oktober).
- (K20) o.V. 2023b. Was Sie tun sollten bei einer Depression. *Krone.at* (16. Oktober).
<https://www.krone.at/3140907>. (28 February, 2024).
- (K21) o.V. 2023c. Ständig betrübt und antriebslos? *Kronen Zeitung* (9. Dezember).
- (K22) Podolak, Karin. 2022. Bei Depressionen nicht verzweifeln. Es gibt Hilfe! *Krone.at* (21. November). <https://www.krone.at/2860428>. (28 February, 2024).
- (K23) Pötsch, Magdalena. 2023. Wie man depressiven Jugendlichen am besten helfen kann. *DerStandard.at* (1. September). <https://www.derstandard.at/story/3000000185080/wie-man-depressiven-jugendlichen-am-besten-helfen-kann>. (28 February, 2024).
- (K24) Sam, Judith. 2021. Wie Promis das Thema Depression entkrampfen. *Tiroler Tageszeitung* (21. November), sec. Magazin.
- (K25) Schmid, Bernhard. 2021. Die Kunst half ihr aus der Depression. *Salzburger Nachrichten* (13. Oktober), sec. Lokal.

- (K26) Szadeczky-Kardoss, Anatol. 2022. Bayern-Ass macht Depressions-Erkrankung öffentlich. *Krone.at* (25. September). <https://www.krone.at/2816265>. (28 February, 2024).
- (K27) Tagger, Alexander. 2022. „Es reden nicht alle über diese Sachen“. *Kleine Zeitung* (24. Mai), sec. Sport.
- (K28) Thor, Chris. 2023. „Habe mir Hilfe gesucht“. *Kronen Zeitung* (25. Oktober).
- (K29) Vanek, Andrea. 2023. Wenn Tabletten nötig werden. *Falter* (27. September).
- (K30) VN-KUM. 2021. „Ich hoffte jeden Tag, dass mich der Blitz trifft“. *VN.at* (10. Oktober). <https://epaper.vn.at/lokal/vorarlberg/2021/10/10/ich-hoffte-jeden-tag-dass-mich-der-blitz-trifft.vn>. (28 February, 2024).
- (K31) VN-KUM. 2022. „Gott befreite mich von der Depression“. *Vorarlberger Nachrichten* (7. Juni).
- (K32) Wagner, Elisabeth. 2021. Macht die neue Arbeitswelt krank? *Der Standard* (16. Oktober).
- (K33) Willi, Elisabeth. 2022. Beziehung und Bewegung schützen. *Neue Vorarlberger Tageszeitung* (5. Juni), sec. Extra.

13. Abstract

Die Masterarbeit untersucht die diskursive Konstruktion der Akteur:innen in der Berichterstattung zu depressiven Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer Analyse zu Auf- und Abbau von Stigma. Es wurde ein Korpus aus 33 Medienberichten zusammengestellt, die im Zeitraum von 2021-2024 veröffentlicht und als Erfahrungsbericht und/oder Infobeitrag kategorisiert werden können. Eine diskurslinguistische Untersuchung wurde mit Fokus auf Nominationen, Prädikation und Stereotypisierung, narrative Struktur, Diskurspositionen, Propositionen sowie die Umsetzung von Medienempfehlungen für eine nicht stigmatisierende Berichterstattung durchgeführt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass weiterhin vielgestaltige stigmatisierende Darstellungen der Akteur:innen zu finden sind. Geschlechterstereotype und ein Ungleichgewicht in der Repräsentation in Bezug auf Menschen mit depressiven Erkrankungen, Fachexpert:innen, soziales Umfeld sowie Politiker:innen sind gegeben. Die Verantwortung für Prävention, Behandlung und Entstigmatisierung wird Menschen mit depressiven Erkrankungen auferlegt.