



Reframing Mental Health: Ein neuer Denkrahmen für seelische Gesundheit – Wege zur Resilienz in der Pfalz

Eine Kommunikationsstrategie zur Veränderung der Sichtweise auf psychische Gesundheit und Resilienz

Executive Summary

Juli 2020

Prof. Dr. Eva Baumann | eva.baumann@ijk.hmtm-hannover.de

Miriam Jaspersen, Dipl.-Medienwiss. | miriam.jaspersen@ijk.hmtm-hannover.de

Magdalena Rosset, M.A. | magdalena.rosset@ijk.hmtm-hannover.de

[HC]² – Hanover Center for Health Communication
Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung
Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover
Expo Plaza 12 | 30539 Hannover
<http://www.hc-quadrat.de>

1 Einführung

Zu den drängendsten Herausforderungen unserer schnelllebigen Gesellschaft und unseres Gesundheitssystems gehört es, die gesellschaftliche Haltung zu seelischer Gesundheit und Krankheit so zu verändern, dass diese in ein gesundheitsorientierteres, am Lebensalltag und den sozialen Kontexten der Menschen ansetzendes Denken und Handeln mündet – auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene. Wir brauchen dieses neue Verständnis von seelischer Gesundheit und Krankheit, das auf allen gesellschaftlichen Ebenen gelebt und getragen wird, um gleichzeitig auch die Prävention seelischer Erkrankungen wirksam zu gestalten. Förderung psychischer Gesundheit meint vorrangig die Stärkung von Schutzfaktoren (salutogenetische Perspektive; Antonovsky, 1996) und deutet auf die Relevanz von Resilienz hin, d. h., dass Menschen in der Lage sind, ihre psychische Gesundheit auch unter widrigen Umständen zu bewahren, sich schnell von negativen emotionalen Ereignissen zu erholen und erfolgreich mit traumatischen Erfahrungen umzugehen (Chmitorz et al., 2018; Fergus & Zimmerman, 2005; Windle, 2011).

Auch wenn sich der öffentliche Diskurs langsam für das Thema öffnet, führen noch immer mangelndes Wissen und kulturell geprägte Stereotype zu Stigmatisierung und sozialer Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dieser negative Denkraum führt dazu, dass sich bislang noch zu wenig mit Prävention auseinandergesetzt wird. Vielmehr herrscht oftmals ein Verständnis von: „Solange ich funktioniere, geht es mir gut“ – und erst, wenn wir betroffen sind und „nichts mehr geht“, suchen wir uns Hilfe. Ein Denkmuster, das Einzelne, aber auch die Gesellschaft und das Gesundheitssystem übermäßig belastet.

Es gilt also, diese dysfunktionalen Denkraum zu verändern. Damit stehen wir auch vor einer Kommunikationsherausforderung. Maßnahmen zur Förderung von Resilienz und psychischer Gesundheit – und damit zur Prävention psychischer Krankheiten – können nur dann effizient und nachhaltig wirken, wenn sie an der Alltagsrealität der Menschen und deren vielfältigen sozialen Settings ausgerichtet sind (Sallis, Owen & Fisher, 2008) sowie die Kommunikationsgewohnheiten und Medienpräferenzen berücksichtigen. Es gilt, verschiedene Bevölkerungsgruppen in ihren jeweiligen vielschichtigen sozialen Kontexten, privaten und beruflichen Lebensräumen mit zu entwickelnden Kommunikationsbotschaften gezielt zu adressieren und eine Form der Ansprache zu wählen, die die Menschen nicht nur erreicht, sondern auch persönlich anspricht, von ihnen verstanden und akzeptiert wird (Roski, 2009).

Die hier vorgestellten Ergebnisse gehen aus einem transdisziplinären Forschungsprojekt der Präventionsinitiative „Die Pfalz macht sich/dich stark – Wege zur Resilienz“ des Pfalzlinikums in Kooperation mit dem Hanover Center for Health Communication [HC]² (am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover) und unterstützt durch das FrameWorks Institute, USA, hervor. Ziel des Forschungsprojektes ist es, eine wissenschaftlich fundierte Kommunikationsstrategie zu entwickeln, die im Zuge eines systematischen, strategischen Reframing-Prozesses einen neuen Denkraum von seelischer Gesundheit und Resilienz auf verschiedenen Ebenen initiieren will, d. h. einen neuen Blickwinkel auf das Thema etablieren möchte. Frames sind sozial geteilte, kulturell bedingte Interpretationsmuster, die es erlauben, Ereignisse des täglichen Lebens zu verstehen, zu organisieren und Handeln zu leiten (Benford & Snow, 2000; Entman, 1993; Goffman, 1974). Framing kann strategisch eingesetzt werden, um eine neue Interpretation sozialer Probleme nahelegen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Veränderung notwendig ist, Ursachen und Folgen zu erläutern, Verantwortung zuzuschreiben, Lösungen aufzuzeigen und Wege, wie diese erreicht

werden können (Benford & Snow, 2000). Dahingehend kann Reframing als zielorientierter Übersetzungsprozess verstanden werden (Kendall-Taylor & Haydon, 2016; Lindland & Kendall-Taylor, 2012). Entsprechend stellt strategisches Framing eine geeignete Strategie dar, um die öffentliche Meinung von einer negativen, krankheitsorientierten Perspektive in Richtung einer gesundheitsorientierten Perspektive mit einem Fokus auf psychische Gesundheit, Schutzfaktoren und Resilienz zu verändern. So soll nach und nach ein neuer Denkrahmen zu seelischer Gesundheit entstehen, der auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene zu nachhaltigen Veränderungen führt.

Um die Grundlage für eine derartige Reframing-Strategie zu legen, ist es nötig, vorhandene Denk- und Darstellungsmuster zu psychischen Erkrankungen, psychischer Gesundheit und Resilienz empirisch aufzudecken. Hierfür wurden in diesem Projekt verschiedene Studien in der Pfalz durchgeführt, die unterschiedliche soziale Ebenen und Kontexte abdecken (siehe Abbildung 1). Ein derartiger sozio-ökologischer Ansatz ist notwendig, denn eine Reframing-Strategie kann nur erfolgreich sein, wenn sie an verschiedenen sozialen Kontexten ansetzt und diesen gerecht wird. Entsprechend müssen alle relevanten Akteur*innen mitgedacht werden. Ziel ist es, diese verschiedenen Perspektiven gegenüberzustellen und zu vergleichen. Dabei wurden die Inhalte, die Expert*innen über psychische Gesundheit und Resilienz vermitteln möchten, betrachtet sowie die Einstellungen und Vorstellungen von Praktiker*innen im Bereich psychischer Gesundheit, die vorherrschenden mentalen Modelle in der Bevölkerung und die Darstellung in den Medien und in Kommunikationsmaterialien von relevanten Organisationen. Durch diese Analysen können sozial geteilte Sinngehalte rekonstruiert werden (Flick, von Kardorff & Steinke, 2008). Basierend auf den einzelnen Teilstudien sind in einer sogenannten „Map-the-Gaps-Analyse“ Übereinstimmungen und Unstimmigkeiten zwischen der Expert*innenmeinung und den Bildern in den Köpfen der Menschen sowie Chancen und Barrieren identifiziert worden, an denen mittels strategischer Kommunikation angesetzt werden kann, um dysfunktionale Denkmuster zu verändern: hin zu einem selbstwirksamen, verantwortlichen und gesundheitsorientierten Denken und Handeln.

Im vorliegenden Executive Summary des Projektberichts werden die Ergebnisse der verschiedenen Teilprojekte zusammengefasst und die daraus abgeleiteten Kommunikationsherausforderungen und -empfehlungen zur Veränderung der Sichtweise auf psychische Gesundheit und Resilienz dargestellt. Aus diesen Kommunikationsempfehlungen können in einem zukünftigen Schritt konkrete Botschaften entwickelt werden, mit denen die Expert*innenperspektive sowohl für organisationale Akteur*innen als auch für die breite Bevölkerung übersetzt werden kann.

Abbildung 1: Übersicht über den Forschungsprozess



2 Expert Story zu psychischer Gesundheit und Resilienz

Strategisches Framing ist im Wesentlichen ein Prozess des Wissenschaftstransfers. Entsprechend müssen zunächst die Kommunikationsziele definiert werden, d. h. die grundlegenden Informationen über psychische Gesundheit und Resilienz, die aus Sicht von Expert*innen effektiv gerahmt und der Öffentlichkeit sowie Praktiker*innen vermittelt werden sollten. Um die Expert Story zu definieren, wurde eine Übersicht über den Forschungsstand und die aktuelle wissenschaftliche Lehrmeinung zu psychischer Gesundheit und Resilienz erstellt. Zur Überprüfung der aus der Literaturübersicht entwickelten Expert Story wurden Expert*innen um eine Einschätzung gebeten sowie um ergänzende Beantwortung von Fragen zu konkreten Lösungsvorschlägen, die nur schwer aus der theoretischen Literatur abgeleitet werden können. Abbildung 2 zeigt einen zusammenfassenden Überblick über die Expert Story.

Abbildung 2: Überblick über die Expert Story zu psychischer Gesundheit und Resilienz

Warum ist psychische Gesundheit und ihre Förderung wichtig?

- Individuelle Ebene: Psychische Gesundheit als relevanter Faktor für Lebensqualität, Zufriedenheit, bessere Bewältigungsfähigkeiten, Wohlbefinden und soziale Teilhabe
 - Gesellschaftliche Ebene: Psychische Gesundheit trägt zu wirtschaftlichem Wohlstand, sozialer Gerechtigkeit und zur Reduktion der Kosten psychischer Störungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes bei
 - Psychische Gesundheit ist ein wirksamer Schutzfaktor gegen psychische Erkrankungen
 - Entsprechend können durch die Förderung psychischer Gesundheit sowohl gesellschaftliche als auch aus wirtschaftliche Vorteile erzielt werden
- **Es besteht ein dringender Bedarf, Strategien und Maßnahmen zu entwickeln, um psychische Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu fördern**

Was ist psychische Gesundheit?

- „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, normale Lebensbelastungen bewältigt, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und im Stande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“ (WHO, 2007, S. 1) → **nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit**
- Verständnis von psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit nicht als zwei Pole einer Skala, sondern als zwei sich überschneidende Komponenten eines Konzepts der psychischen Gesundheit

Was sind Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit?

- Psychische Gesundheit ist multikausal und wird von individuellen, sozialen, soziokulturellen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren beeinflusst
 - Risikofaktoren (z.B. Armut, Krankheit, Gewalterfahrung, Vernachlässigung, Suchtmittelkonsum, Scheidung der Eltern, Kriegserfahrung, Arbeitslosigkeit) erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung, eines schweren Krankheitsverlaufs und der Verstärkung der Erkrankung
 - Schutzfaktoren (z.B. Optimismus, Bewältigungsstrategien, positive Erfahrungen, soziale Unterstützung, Gefühl der Akzeptanz, stabiles Umfeld) schützen die psychische Gesundheit eines Individuums angesichts von Widrigkeiten
- **Statt der Krankheitsprävention, die sich auf Risikofaktoren fokussiert, konzentriert sich die Förderung psychischer Gesundheit auf Schutzfaktoren (salutogenetische Perspektive)**
- **Das Vorhandensein von Schutzfaktoren erhöht die Widerstandsfähigkeit gegenüber Risikofaktoren und Stressoren und trägt zur Förderung psychischer Gesundheit bei**

Was ist Resilienz und wie kann sie zur Förderung psychischer Gesundheit beitragen?

- Dynamischer Prozess der Anpassung an die sich verändernden Anforderungen von Lebensumständen, (psychischen) Belastungen und Traumata und die Erhaltung der psychischen Gesundheit angesichts von Widrigkeiten
- Resilienz ist kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein multidimensionaler, dynamischer Prozess, der in verschiedenen Situationen und in verschiedenen Lebensphasen variiert
- Stärkung der Resilienz als Mittel zur Förderung psychischer Gesundheit (Entwicklung zusätzlicher Ressourcen) → **Stärkung des „Immunsystems der Seele“**

Was ist die empfohlene Vorgehensweise zur Förderung psychischer Gesundheit und Resilienz?

- Fokus auf die Förderung persönlicher Ressourcen, um Individuen ihr Potenzial und ihre Handlungsoptionen aufzuzeigen → Empowerment
- Förderung von gegenseitiger sozialer Unterstützung und eines stabilen Umfelds
- Herstellen eines sozioökonomischen Umfelds, das psychische Gesundheit und ihre Förderung begünstigt

3 Mediale Berichterstattung zu psychischen Erkrankungen, psychischer Gesundheit und Resilienz

Im Rahmen einer Framing-Strategie muss insbesondere beachtet werden, wie für die Medien kommuniziert, d. h. die Aufmerksamkeit von Journalist*innen geweckt werden kann (Wallack & Dorfman, 1996), und wie die Kommunikationsumgebung von Individuen insbesondere durch Medien geformt wird. Entsprechend wurde in diesem Projekt untersucht, wie deutsche Tageszeitungen über psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Resilienz berichten, welche Medien-Frames identifiziert werden können und wie die mediale Darstellung in der Bevölkerung wahrgenommen wird. Hierfür wurde eine quantitative Inhaltsanalyse deutscher Tageszeitungen durchgeführt. Die Inhaltsanalyse stellt eine Vollerhebung der Berichterstattung über psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Resilienz im Jahr 2018 in drei Zeitungen (*Die Rheinpfalz*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, *Bild*) dar. Dabei handelt es sich jeweils um die Regional-, Überregional- und Boulevardzeitung mit der größten Verbreitung in der Pfalz. Insgesamt wurden 546 Artikel codiert.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Medienberichterstattung ein verzerrtes Bild darstellt, da im Kontext psychischer Erkrankungen vorrangig über Gewalt- und Straftaten berichtet wird und dabei Heilungschancen und erfolgreiche Behandlungsverläufe, vor allem aber Prävention, psychische Gesundheit und Wohlbefinden vernachlässigt werden. Die Art der Berichterstattung kann damit potenziell zur Aufrechterhaltung und Verbreitung von falschen Vorstellungen und Stigmata über psychische Erkrankungen und Betroffene beitragen (Appel, 2008; Corrigan, Powell & Michaels, 2013; Klin & Lemish, 2008; Röhm, Hastall & Ritterfeld, 2017; Schomerus, Stolzenburg & Angermeyer, 2015; Stout, Villegas & Jennings, 2004). Auf der anderen Seite können Medien potenziell auch dazu beitragen, das Bewusstsein und Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu steigern (Klin & Lemish, 2008; Stout, Villegas & Jennings, 2004; Thornton & Wahl, 1996). Damit stehen Medien vor der Herausforderung, sachlich über psychische Erkrankungen zu informieren, ohne Stigmatisierung zu fördern.

Die Befunde unterstreichen zudem die Notwendigkeit eines Reframing psychischer Gesundheit von der vorherrschenden risiko-, defizit- und problemorientierten Perspektive hin zu einer gesundheits- und ressourcenorientierten Perspektive, um das Ziel der Förderung psychischer Gesundheit und Resilienz in der Gesellschaft zu erreichen. Um hierfür die Medien als Treiber sozialen Wandels zu nutzen, können aus den Ergebnissen einige Empfehlungen für die mediale Berichterstattung über psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit abgeleitet werden: So scheint es vielversprechend zu sein, das Publikum einzubinden, indem Narrative genutzt werden – insbesondere Fallbeispiele von erfolgreich behandelten Menschen könnten hierbei ein hilfreiches Mittel sein. Dabei sollte Betroffenen selbst eine Stimme gegeben werden. Außerdem sollte die Qualität der Berichterstattung durch korrekte, differenzierte, ausgewogene und authentische Darstellungen verbessert werden. Solche positiven Formen der medialen Darstellung könnten dazu beitragen, das öffentliche Bewusstsein zu stärken, Wissen in der Bevölkerung zu steigern und damit wiederum zu einem Abbau von Stigmata beitragen. Darüber hinaus haben Medien das Potenzial, nicht nur die Berichterstattung über psychische Erkrankungen zu verbessern, sondern auch verstärkt über psychische Gesundheit und Resilienz als effiziente Wege zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Prävention psychischer Erkrankungen zu berichten. Insgesamt kann Wissen über die existierenden Medien-Frames dazu beitragen, eine mediale Advocacy-Strategie zu formulieren, die Journalist*innen als Gatekeeper adressieren kann (Wallack & Dorfman, 1996).

4 Organisationskommunikation zu psychischen Erkrankungen, psychischer Gesundheit und Resilienz

Organisationen spielen eine wichtige Rolle dabei, die Kommunikation über ein bestimmtes Thema zu prägen. Entsprechend sollte bei der Entwicklung einer Kommunikationsstrategie auch Organisationskommunikation bedacht werden. Ziel ist dabei die Identifikation von Frames in der Kommunikation relevanter Organisationen sowie von produktiven und dysfunktionalen Kommunikationsmustern, die die weitere Verbreitung einer resilienzfokussierten Perspektive befördern oder aber behindern könnten. Aus der Analyse organisationaler Kommunikationsaktivitäten können Informationen darüber gewonnen werden, welche dominanten Narrative in Organisationen vorherrschen und welchen Herausforderungen und Chancen die Implementierung einer Framing-Strategie gegenübersteht.

Für die Untersuchung der Kommunikation relevanter Organisationen wurde eine quantitative Inhaltsanalyse durchgeführt, deren Erhebungsinstrument auf dem für die Inhaltsanalyse der medialen Berichterstattung aufbaut, das für den Anwendungsbereich organisationaler Kommunikation angepasst wurde. Durch dieses Vorgehen sind die Ergebnisse der Analysen der Medien-Frames und der Frames in der Organisationskommunikation vergleichbar. Bei der Analyse der Organisationskommunikation wurde sich auf die Internetseiten von Organisationen beschränkt und die dort auffindbaren, für den Themenbereich relevantesten und aktuellsten Kommunikationsaktivitäten (z. B. Mission Statements, Informationen über die Organisation, Pressemitteilungen). In die Stichprobe gehen Organisationen mit Tätigkeitsgebiet in der Pfalz sowie deutschlandweite Organisationen ein. Eine Ausweitung der Stichprobe über die Grenzen der Pfalz hinaus ist aufgrund der Annahme geboten, dass Menschen in der Pfalz sich im Internet nicht ausschließlich bei regionalen Organisationen informieren und entsprechend eine breitere Perspektive nötig ist, um ein Verständnis dafür zu erlangen, wie Organisationen kommunizieren und die Denkmuster der Menschen in der Pfalz potenziell prägen. Durch einen schrittweisen Auswahlprozess wurden zehn relevante Organisationen in der Pfalz sowie zehn deutschlandweit agierende Organisationen sowohl aus Praktiker*innen- und Expert*innen-Sicht als auch aus Sicht der Bevölkerung identifiziert. Insgesamt wurden 120 Dokumente ausgewählt (jeweils sechs Dokumente von zehn Organisationen in der Pfalz und von zehn deutschlandweit agierenden Organisationen im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen).

Vergleicht man die mediale Berichterstattung zu psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit mit kommunikativen Aktivitäten von Organisationen, zeigt sich, dass sich sowohl Medien als auch Organisationen verstärkt auf psychische Erkrankungen statt auf psychische Gesundheit beziehen. Dabei werden in der Organisationskommunikation allerdings etwas häufiger psychische Gesundheit und Resilienz thematisiert. Entsprechend stellen in den untersuchten Kommunikationsaktivitäten auch Maßnahmen zum Erhalt psychischer Gesundheit und Präventionsmaßnahmen das am häufigsten behandelte Hauptthema dar.

Obwohl bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden muss, dass es sich bei den untersuchten Organisationen vereinzelt um solche handelt, die einen starken thematischen Fokus auf psychische Erkrankungen legen und entsprechend ein Überhang von kommunikativen Aktivitäten zu psychischen Erkrankungen nicht verwundert, wäre bei einem Großteil der einbezogenen Organisationen ein derartig starker Fokus auf psychische Erkrankungen nicht unbedingt erwartbar. Dies zeigt auch in der Organisationskommunikation den Bedarf für ein Reframing psychischer Gesundheit von einer krankheits hin zu einer stärker gesundheitsorientierten Perspektive.

5 Verständnis von Praktiker*innen zu psychischer Gesundheit und Resilienz

Um ein tiefgehendes Verständnis von Praktiker*innen und Akteur*innen, die im Bereich psychischer Gesundheit und Resilienz direkt oder indirekt aktiv sind, zu erhalten, ist eine Analyse des praxis- und organisationsbezogenen Umfeldes auf lokaler und regionaler Ebene erforderlich. Aus diesem Grund wurden teilstandardisierte Leitfadeninterviews mit Akteur*innen im Gesundheitswesen, im Bereich der Prävention sowie weiteren relevanten Akteur*innen in der Pfalz geführt, um deren individuelle Erfahrungen und Sichtweisen („mentale Modelle“) auf Resilienz und psychische Gesundheit zu identifizieren. Das Ziel dieser Teilstudie war es, Bilder, Vorstellungen, Wissen, Einstellungen und Erfahrungen von Praktiker*innen zu explorieren und rekonstruieren, um mentale Modelle zu Resilienz, psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit herausarbeiten zu können. Es war dabei insbesondere von Interesse, akteursspezifische „Gaps“ eines stärker ressourcenorientierten Denkens und Handelns zu erkennen.

Der den Interviews zugrunde liegende Leitfaden ist theoriebasiert auf Grundlage der Analyse der Forschungsliteratur entwickelt worden. Der Leitfaden deckte Einschätzungen zu den Themenfeldern psychische Gesundheit, psychische Krankheit und Resilienz im Allgemeinen und im eigenen kommunalen und/oder organisatorischen Umfeld ab. Zudem sollten Potenziale und Barrieren der Prävention und Resilienzförderung in der Region identifiziert und bewertet werden. Die Fragen im Leitfaden berücksichtigen auch die „klassischen“ Frame-Elemente (Problemdefinition, Ursachen, Verantwortungszuschreibung, Lösungsvorschläge; vgl. Entman, 1993, S. 52) zu Resilienz, psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit, um eine Analogie zu den weiteren Teilstudien sicherzustellen.

Um die Vielfalt von Fachkräften und Anbietern im Bereich der psychischen Gesundheit abzudecken, sind im Sommer 2018 in einem umfangreicheren Screeningverfahren mit Unterstützung des Projektteams des Pfalzlinikums 16 kommunale Akteur*innen aus Versicherungsgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Bildung, Sozialarbeit, Behörden und dem Gesundheitswesen in das Sample einbezogen worden, die im August und September 2018 interviewt wurden. Die telefonischen Leitfadeninterviews dauerten zwischen 45 und 60 Minuten, wurden im Anschluss wörtlich transkribiert und mittels einer computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen als Phasen definiert werden, aus denen die Betroffenen ohne fremde Hilfe nicht mehr herausfinden (D12), als Abweichung von der Normalität (D2, D6, D8) und als Zustand, in dem ein Individuum den Anforderungen des Alltags nicht mehr gerecht werden kann (D12, D5). Psychische Krankheit wird ferner definiert als fehlende Anpassungsfähigkeit an schwierige Situationen (WP2-D6).

Ein Interviewter merkt allerdings an, dass nicht jede Form von seelischem Ungleichgewicht automatisch eine psychische Erkrankung bedeutet (WP2-D10). Diese Sichtweise ergänzend, betrachten die Praktiker*innen psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit als variablen Zustand, der schwanken kann (WP2-D6), der wie ein „Pendel, das immer schwingt und mal mehr, mal weniger stark den Auswirkungen unterzogen ist“ (WP2-D1), betrachtet werden kann.

Psychische Gesundheit ist aus Sicht der Praktiker*innen eine Reihe von Lebenskompetenzen, die die Bewältigung von Belastungen und Stress ermöglichen (WP2-13, WP2-6). Für einige von ihnen ist psychische

Gesundheit allerdings lediglich die Abwesenheit oder das Gegenteil von psychischer Krankheit (WP2-2, WP2-12).

Psychische Gesundheit wird auch definiert als „Anpassungsfähigkeit“ (WP2-D6), „Widerstandsfähigkeit“ (WP2-D5) und als Zustand, in dem einen nichts bedrückt, was man nicht selbst verarbeiten könnte (WP2-D10). Die Interviewten assoziieren psychische Gesundheit damit, in der Lage zu sein, den Alltag meistern zu können (WP2-D12, WP2-D9), Herausforderungen bewältigen zu können (WP2-D12), keinen Leidensdruck zu empfinden (WP2-D12), konstruktiv mit Widrigkeiten umzugehen (WP2-D3) und sozial eingebunden zu sein (WP2-D8).

Dabei wird aber betont, dass psychische Gesundheit nicht die Abwesenheit jeglicher Krisen und Widrigkeiten meint (WP2-D5), aber das Vorhandensein von Strategien, um mit solchen negativen Situationen auf konstruktive Weise umzugehen (WP2-D5, WP2-D6, WP2-D3). Entsprechend handelt es sich bei psychischer Gesundheit auch um einen „Zustand, der auch kippen kann“ (WP2-D6), der „ständiger Gefahr“ ausgesetzt ist (WP2-D3). Dieser Zustand kann vorübergehend sein; es handelt sich um einen fließenden Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit (WP2-D1, WP2-D7). Daher ist eine aktive Beteiligung notwendig, um psychisch gesund zu bleiben (WP2-D11).

Resilienz wird von den Interviewten mit einer Bewältigungsfähigkeit assoziiert. Dazu gehört „aushalten zu können“ (WP2-D3), gegensteuern zu können (WP2-D7), positives Potenzial aus negativen Ereignissen ziehen zu können (WP2-D7, WP2-D9), in der Lage zu sein, sich selbst Hilfe zu suchen (WP2-D11), die Fähigkeit, mit schwierigen Situationen umgehen zu können (WP2-D10, WP2-D2), sie zu bewältigen und sich auch wieder von ihnen erholen zu können (WP2-D10) und „Höhen und Tiefen aushalten“ zu können (WP2-D4). Damit einher gehen eine Anpassungsfähigkeit und eine gewisse Stärke. Außerdem assoziieren die Interviewten Resilienz mit „Selbsterhaltung“ und „Selbstgesundung“ (WP2-D7) sowie „Widerstandsfähigkeit“ (WP2-D7, WP2-D5) und „Widerstandskraft“ (WP2-D7, WP2-D9, WP2-D12). Resilienz wird von den Praktiker*innen auch mit dem Vorhandensein sozialer Kompetenzen assoziiert, wie zum Beispiel die Fähigkeit, Emotionen ausdrücken zu können, emphatisch, sozial kompetent und integriert zu sein. Zudem wird Resilienz nicht als stabile, sondern als eine sich verändernde, flexible Eigenschaft definiert (WP2-D13). Vor diesem Hintergrund wird Resilienz als etwas wahrgenommen, das gefördert werden kann (WP2-D9).

In den genannten Definitionen und Assoziationen zu Resilienz und psychischer Gesundheit deutet sich an, dass die interviewten Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen teilweise ein ähnliches Verständnis von psychischer Gesundheit und Resilienz haben. So wird psychische Gesundheit von einem Interviewten als umfassendes Konzept betrachtet, das auch Resilienz einschließt (WP2-D9). Auch ein weiterer Interviewter ist der Ansicht, dass Resilienz nötig ist, um psychisch gesund zu bleiben, um Belastungen standzuhalten und nicht krank zu werden (WP2-D12). Damit übereinstimmend wird Resilienz auch als „Prävention für psychische Gesundheit“ (WP2-D10) definiert, „dass man aktiv was dafür tut, psychisch gesund zu bleiben“. (WP2-D8). Es wird deutlich, dass die Interviewten psychische Gesundheit und Resilienz als zusammenhängende Konzepte betrachten. Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Resilienz wird dahingehend beschrieben, dass Resilienz eine Handlung oder eine Fähigkeit ist, während psychische Gesundheit einen Zustand beschreibt (WP2-D11, WP2-D6). Wobei es sich bei psychischer Gesundheit um einen Zustand handelt, den man äußerlich sieht und der anhand bestimmter Parameter messbar ist, während Resilienz die Fähigkeit ist, diesen Zustand zu erreichen (WP2-D6).

6 Verständnis der Bevölkerung zu psychischer Gesundheit und Resilienz

Um ein systematisches Verständnis der mentalen Modelle in der Bevölkerung zu erlangen, auf deren Grundlage Informationen über psychische Gesundheit und Resilienz verarbeitet und relevante Botschaften zu diesen Themen eingeordnet werden, wurden teilstandardisierte Interviews mit Bürger*innen in der Pfalz durchgeführt. Ziel war es, Wissen, Vorstellungen, Einstellungen und Erfahrungen in der Bevölkerung zu explorieren sowie individuelle, soziokontextuelle und lokale Rahmenbedingungen und Handlungsbedarfe zu identifizieren¹.

Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen wurde auf Heterogenität hinsichtlich Betroffenheit, soziodemografischer, sozioökonomischer und soziokontextueller (z. B. alleinlebend oder in Partnerschaft/Familie, berufstätig vs. nicht berufstätig) Faktoren geachtet. Im September 2018 wurden 44 persönliche Interviews geführt, die zwischen 45 und 60 Minuten dauerten. Die aufgezeichneten Interviews wurden wörtlich transkribiert und mithilfe einer computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Der Leitfaden wurde analog zum Leitfaden der Interviews mit Praktiker*innen entwickelt und beinhaltete auch die in den anderen Untersuchungsdesigns abgebildeten Frame-Elemente.

Psychische Erkrankungen werden teilweise als persönlicher Makel gesehen (Betroffene sind z. B. instabil, schwach, nicht selbstreflektierend, negativ, lethargisch (WP3-D7, WP3-D10, WP3-D11, WP3-D34, WP3-D20)). Zudem werden Menschen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, teilweise als aggressiv oder gefährlich empfunden (WP3-D3, WP3-D24). Befragte nennen u. a. Lebenskrisen (WP3-D1, WP3-D6, WP3-D11, WP3-D15, WP3-D16, WP3-D17, WP3-D34, WP3-D36), soziale, biologische oder genetische Faktoren (WP3-D24, WP3-D31), problematische Arbeitsbedingungen (WP3-D6, WP3-D10, WP3-D15, WP3-D16, WP3-D43) und individuelle Faktoren, z. B. Drogenmissbrauch (WP3-18, WP3-22) oder Unfähigkeit zur Bewältigung (WP3-D22, WP3-D25), als Ursachen für Erkrankungen. Die Verantwortung dafür zu erkranken, wird vorrangig beim Individuum selbst (WP3-D14, WP3-D20, WP3-D21, WP3-D22, WP3-D26, WP3-D28, WP3-D33, WP3-D40) und beim sozialen Umfeld gesehen (WP3-D25, WP3-D29, WP3-D35, WP3-D39).

Psychische Gesundheit wird zum einen als Abwesenheit von Krankheit und als „normaler Zustand“ angesehen, der notwendig ist, um den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden (WP3-D1, WP3-D5, WP3-D30, WP3-D33). Zum anderen sei psychische Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens (WP3-D19), und psychisch gesunde Menschen seien robust (WP3-D26), sozial kompetent, integriert (WP3-D15, WP3-D27) und könnten gut mit Stress umgehen (WP3-D8, WP3-D21, WP3-D25). Dafür verantwortlich, psychisch gesund zu bleiben, sei in erster Linie das soziale Umfeld (WP3-D1, WP3-D4, WP3-D11, WP3-D33, WP3-D38) und jede*r Einzelne selbst (WP3-D2, WP3-D3, WP3-D8, WP3-D10, WP3-D13, WP3-D19). Darüber hinaus würden auch Arbeitgeber bzw. das Arbeitsumfeld Verantwortung für psychische Gesundheit tragen (WP3-D11, WP3-D17, WP3-D19, WP3-D29).

Der Begriff „Resilienz“ ist den meisten der befragten Bürger*innen nicht bekannt. Einige hatten von dem Begriff schon einmal gehört, fühlen sich aber nicht in der Lage, ihn zu definieren. Nur wenige haben eine genaue Vorstellung von Resilienz. Aus Sicht der befragten Pfälzer*innen ist Resilienz eine Bewältigungsfähigkeit; resiliente Menschen seien widerstandsfähig, anpassungsfähig, stark und stabil (WP3-D10, WP3-D16, WP3-D18, WP3-D19, WP3-D24, WP3-D42). Damit einher geht die Fähigkeit, mit Frust, negativen Stimmungen und mit schwierigen sowie stressigen Situationen gut umgehen zu können (WP3-D17, WP3-D24, WP3-D31). Ein Interviewter vergleicht Resilienz mit einem Immunsystem auf seelischer Ebene (WP3-D26). Zudem

¹ In Anlehnung an ein qualitatives Forschungsparadigma wird dabei nicht der Anspruch erhoben, alle in der Öffentlichkeit existierenden mentalen Modelle zu identifizieren, sondern vielmehr dominante Verständnis- und Bedeutungsmuster aufzudecken.

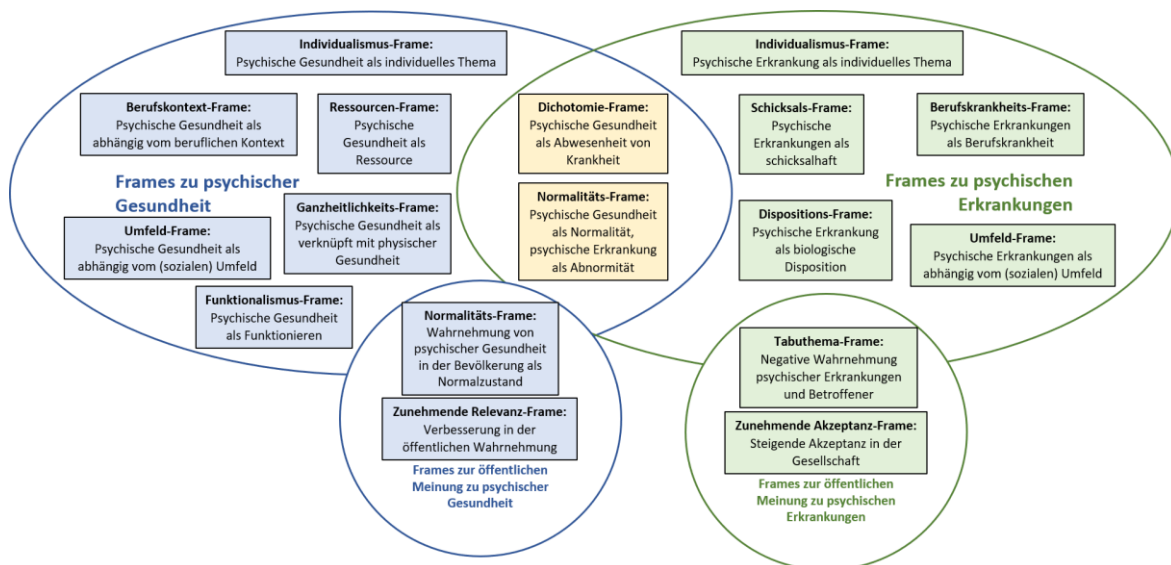
wird mit Resilienz auch Achtsamkeit und Ressourcennutzung (WP3-D40) sowie Wohlbefinden assoziiert (WP3-D44). Resiliente Menschen seien selbstbewusst und egoistisch in dem Sinne, dass sie Grenzen setzen und auch Nein sagen können (WP3-D20, WP3-D27, WP3-D36, WP3-D43). Einige Befragte setzen Resilienz in Verbindung zu seelischer Gesundheit und verstehen unter Resilienz Maßnahmen, die die seelische Gesundheit förderten (WP3-D9), und betrachten Resilienz als Teil der seelischen Gesundheit (WP3-D22).

Frames zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung

Ergänzend zu einer deskriptiven Beschreibung wurde basierend auf den Frame-Elementen nach Entman (1993, S. 52; Problemdefinition, Ursachen, Verantwortungszuschreibung, Lösungsvorschläge) eine Frame-Analyse durchgeführt². Frames stellen die grundlegenden Strukturen dar, wie Menschen Sachverhalte verstehen und ihnen Sinn verleihen. Frames sind sozial geteilte Wahrnehmungsmuster, d. h. vorherrschende Denkmuster, die den vielen spezifischen Arten, wie Individuen über bestimmte Themen nachdenken, zugrunde liegen. Zur Identifikation der Frames wurden gemeinsam auftretende Frame-Elemente erfasst, um anschließend wiederkehrende Muster aufzudecken. Die so identifizierten Frames wurden schließlich anhand der Transkripte der Interviews rücküberprüft

Auf diese Art ließen sich sechs Frames zu psychischer Gesundheit identifizieren, fünf Frames zu psychischen Erkrankungen, zwei Frames, die sowohl psychische Gesundheit als auch Krankheit umfassen, und jeweils zwei Frames dazu, wie die Befragten das öffentliche Meinungsklima zu psychischer Gesundheit bzw. Krankheit wahrnehmen (siehe Abbildung 3). Teilweise finden sich Überschneidungen in den Frames zu psychischer Gesundheit und Krankheit (etwa eine Vorstellung individueller Verantwortlichkeit, die sich im „Individualismus-Frame“ sowohl in Bezug auf psychische Erkrankungen als auch Gesundheit zeigt), wobei die Frames – wenn auch geprägt durch eine gemeinsame Basis – jeweils spezifische Vorstellungen zu den jeweiligen Themenbereichen umfassen. Andere Frames wiederum schließen sowohl Vorstellungen zu psychischen Erkrankungen als auch zu psychischer Gesundheit ein („Normalitäts-Frame“, „Dichotomie-Frame“). Manche der Frames umfassen auch Vorstellungen zu Resilienz und Prävention, die mit den Denkmustern zu psychischer Gesundheit bzw. Krankheit überlappen.

Abbildung 3: Übersicht über die identifizierten Frames zu psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit in der Bevölkerung



² Einem qualitativen Forschungsparadigma folgend, ist dabei nicht das Ziel, erschöpfend alle bestehenden Frames in der Bevölkerung zu identifizieren. Vielmehr geht es darum, dominante Muster zu beschreiben.

7 Kommunikationsherausforderungen und Kommunikationsempfehlungen für die Veränderung der Sichtweise auf psychische Gesundheit und Resilienz

Bevor eine Kommunikationsstrategie mit dem Ziel, eine neue Sichtweise auf psychische Gesundheit zu etablieren, entwickelt werden kann, müssen zunächst Kommunikationsherausforderungen identifiziert werden. Sie stellen die Aufgaben und Zielsetzungen dar, die durch strategische Kommunikation adressiert werden müssen, um ein Umdenken in Gang zu setzen. Im Rahmen der sogenannten Map-the-Gaps-Analyse wurden die zentralen Ergebnisse der einzelnen Teilstudien gegenübergestellt und multidimensional analysiert. Auf diese Weise wird ersichtlich, wie Expert*innen psychische Gesundheit und Resilienz erklären und einordnen, welche mentalen Modelle in der Bevölkerung und bei Praktiker*innen vorherrschen und worin Inkongruenzen zwischen den verschiedenen Perspektiven bestehen. Diese Diskrepanzen werden zu primären Zielen und Anknüpfungspunkten für die Neuformulierung und Verankerung funktionalerer Denkmuster, die die Inhalte der Expert Story aufgreifen.

Aus den Diskrepanzen können kommunikative Herausforderungen, die wir im Folgenden „Tasks“ nennen, abgeleitet werden. Auf Basis dieser Tasks wurden kommunikative Empfehlungen entwickelt, um eine funktionalere Sichtweise auf psychische Gesundheit und Resilienz zu etablieren. Dabei sollen neben der Aufmerksamkeitslenkung und Erhöhung des Wissens ressourcenorientierte Vorstellungen über das Thema etabliert sowie eine Stärkung des Vertrauens in die eigene und kollektive Handlungswirksamkeit erreicht werden. Des Weiteren soll die Bereitschaft zur aktiven Unterstützung und Beteiligung gefördert werden. Die unterschiedlichen Zielgrößen dienen bei der Testung verschiedener Botschaften als Outcomes, die durch die kommunikative Adressierung beeinflusst werden sollen. Für die Gestaltung von Botschaften dienen verschiedene Elemente wie Inhaltsframes, Lösungen, Werte, Claims und Metaphern als Basis, die auch in Kombination eingesetzt werden können.

7.1 Kommunikationsempfehlungen

7.1.1 Kommunikationsempfehlung 1: Definition psychischer Gesundheit und Fokus auf Schutzfaktoren sowie Resilienz

In der Map-the-Gaps-Analyse wurde deutlich, dass in der Bevölkerung ein Verständnis von psychischer Gesundheit vorherrscht, das durch die Abwesenheit von Krankheit und das Funktionieren im Alltag geprägt ist. Darüber hinaus dominiert sowohl in der medialen Berichterstattung als auch in der Kommunikation relevanter Organisationen ein defizitorientierter, pathogenetischer Fokus. Die erste Kommunikationsherausforderung besteht folglich darin, ein **grundlegendes ressourcenorientiertes Verständnis von psychischer Gesundheit zu etablieren** und dabei **Resilienz** als ein wesentliches Mittel zur Förderung psychischer Gesundheit zu konzipieren. Diese Herausforderung beinhaltet zwei Teilaufgaben: **Task 1a**: von der Definition von psychischer Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und von einem funktionalistischen Verständnis hin zu einer Definition von psychischer Gesundheit als Wohlbefinden; **Task 1b**: von einem Fokus auf Risikofaktoren und deren Reduktion hin zu einem Fokus auf Schutzfaktoren und Resilienz und deren Stärkung. Diese Kommunikationsherausforderungen können durch dieselben Botschaftselemente adressiert werden, weshalb sie zusammengefasst werden.

Die **Kommunikationsziele** liegen darin, **Wissen** über die Bedeutung psychischer Gesundheit und Resilienz und deren Bezug zu vermitteln. Dies sollte wiederholt in Botschaften aufgegriffen werden, da

dieses Verständnis die Grundlage für alle weiteren kommunikativen Ziele ist. Des Weiteren sollen die von Defiziten und Risikofaktoren geprägten **Einstellungen** zu Gunsten positiver (Zustand des Wohlbefindens), ressourcenorientierter und auf Schutzfaktoren und Resilienz ausgerichteter Einstellungen verändert werden. Ziel ist es, durch ein verändertes Wissen und veränderte Einstellungen zum Thema psychische Gesundheit eine **Unterstützungsbereitschaft** für die in der Expert Story vorgeschlagenen Lösungen zu erzeugen – auf individueller (z. B. Förderung persönlicher Ressourcen), sozialer (z. B. Förderung gegenseitiger Unterstützung durch Etablierung niederschwelliger Begegnungsstätten) und struktureller Ebene (z. B. Aufbau eines unterstützenden Umfelds durch Politik, Schulen, Arbeitgeber).

7.1.2 Kommunikationsempfehlung 2: Etablierung eines Verständnisses von psychischer Gesundheit als Spektrum und als veränderlich

Die Map-the-Gaps-Analyse zeigte, dass während Praktiker*innen bewusst ist, dass der psychische Zustand variabel ist und sich im Laufe der Zeit verändern kann, diese Vorstellung in der Bevölkerung noch wenig verbreitet ist. Hier herrscht ein eher dichotomes Verständnis vom psychischen Zustand vor: Gesund sein heißt, nicht krank zu sein. Eine derartige Perspektive ist deshalb dysfunktional, weil sie stigmatisierend sein kann und eine bestimmte Form als „Normalzustand“ nahelegt. Die auf dieser Basis herausgearbeitete zweite Kommunikationsherausforderung umfasst, **ein Verständnis von psychischer Gesundheit als Spektrum und als einen veränderlichen Zustand zu etablieren**. Hier inbegriffen sind zwei Teilaufgaben: **Task 2a**: von einem dichotomen Verständnis von psychisch krank/psychisch gesund hin zu einem Verständnis von psychischer Gesundheit als Spektrum; **Task 2b**: von einem Verständnis von Resilienz und Bewältigungsfähigkeit als Konstante und gegebenem Zustand hin zu einem Verständnis von Resilienz als erlernbare und veränderliche Ressource. Da die Teilaufgaben inhaltlich überlappen und sich daher durch dieselben Botschaftselemente darstellen lassen, werden sie zusammengefasst.

In Botschaften sollte betont werden, dass sich psychische Gesundheit verändern kann, ein Kontinuum mit fließenden Übergängen und vielen Abstufungen darstellt und der aktuelle Zustand beeinflussbar ist. Zudem sollte eine ganzheitliche Sicht auf Gesundheit etabliert werden, die das gesamte Spektrum beinhaltet und physische und psychische Gesundheit einschließt. Indem hier unter anderem **Werte** wie Toleranz, Inklusion und Diversität berücksichtigt werden, beabsichtigt die Etablierung einer derartigen Denkweise, die stigmatisierenden Denkmuster zu verändern, die der verbreiteten Vorstellung von psychischer Gesundheit und Krankheit zugrunde liegen. Durch die Darstellung von Gesundheit als Spektrum wird gleichzeitig ein Fokus auf die Förderung psychischer Gesundheit gelegt, da betont wird, dass Gesundheit nicht nur diejenigen angeht, die erkrankt sind. Daneben wird empfohlen herauszustellen, dass auch Resilienz dynamisch und veränderbar ist, eine erlernbare und lebenslanglich erweiterbare Ressource, die Folge eines dynamischen Anpassungsprozesses, der in verschiedenen Situationen und in verschiedenen Lebensphasen variieren kann, und kein gegebenes, stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Zur Verdeutlichung dieser Botschaften könnte beispielsweise ein Farbfächer als **Metapher** dienen, der anhand vieler Farbbildungen, die sich oft nur in Nuancen unterscheiden, die feinen Abstufungen und vielen möglichen Ausprägungen des psychischen Gesundheitszustandes verdeutlichen könnte. Um eine möglichst niedragschwellige Umsetzung zu garantieren, könnten Maßnahmen in alltagsnahen **Kontexten** wie Sportvereinen, Volkshochschulen oder kirchlichen Einrichtungen angeboten werden. Darüber hinaus, insbesondere um schon von früh auf für die Thematik zu sensibilisieren, könnten bestimmte Angebote (projektbezogen oder in regelmäßigen Einheiten) in Kitas und Schulen in das Curriculum aufgenommen werden, die die Vorstellungsmuster spielerisch verankern.

7.1.3 Kommunikationsempfehlung 3: Etablierung eines Bewusstseins für die Relevanz psychischer Gesundheit auf allen sozialen Ebenen

Die Map-the-Gaps-Analyse zeigte, dass Bürger*innen psychischer Gesundheit primär individuelle Relevanz zuschreiben und dabei eine gesamtgesellschaftliche Perspektive vernachlässigen. Dies ist dahingehend kontraproduktiv für die Förderung psychischer Gesundheit, da soziale Faktoren eine relevante Rolle für Gesundheit spielen. Vor diesem Hintergrund beinhaltet die dritte abgeleitete Kommunikationsherausforderung, **die Relevanz von psychischer Gesundheit auf allen sozialen Ebenen zu etablieren: Task 3:** von einem Verständnis von psychischer Gesundheit als individuelles Thema hin zu einem Verständnis, dass psychische Gesundheit alle angeht. Die entsprechenden Botschaften sollten diverse Ebenen umfassen und neben individuellen Erfahrungen auch soziale Faktoren und Maßnahmen sowie Umweltfaktoren integrieren, die zur Förderung psychischer Gesundheit beitragen können. Dabei sollte die Relevanz des sozialen Netzwerkes verdeutlicht werden, um herauszustellen, wie wichtig gegenseitige soziale Unterstützung und die Förderung eines stabilen Umfeldes sind. Hierzu passt etwa die **Metapher** eines Dorfes, anhand dessen sich darstellen lässt, welche Ressourcen ein soziales Gefüge zu bieten hat, um tagtäglich zur Förderung psychischer Gesundheit beizutragen. Die gesamtgesellschaftliche Perspektive dieser Kommunikationsempfehlung sollte in möglichst vielen alltagsnahen **Kontexten** (z. B. Workshops im Arbeitsumfeld oder in lokalen Settings wie Kirchen oder (Sport-)Vereinen) greifen. Durch alle Altersklassen, von der Kita bis hin zu Altersheimen, sollte das Wissen vermittelt werden, dass psychische Gesundheit kein individuelles Thema ist, sondern für alle relevant.

7.1.4 Kommunikationsempfehlung 4: Aufzeigen sozialer Handlungsfähigkeit

Die Map-the-Gaps-Analyse hat verdeutlicht, dass psychische Gesundheit erst dann ein relevantes Thema wird, wenn sie in derartigem Maß gestört ist, dass professionelle Hilfe notwendig ist. Entsprechend dieser Denkweise wird oftmals jegliche Verantwortung für psychische Gesundheit dem Gesundheitssystem zugeschrieben und dabei wenig Spielraum für eigene Handlungsfähigkeit gelassen. Die abgeleitete vierte Kommunikationsherausforderung zielt entsprechend darauf ab, ein **Bewusstsein für soziale Handlungsfähigkeit zu schaffen: Task 4:** von der Verantwortungsdelegation auf das Gesundheitssystem hin zum Bewusstsein der Handlungsfähigkeit der gesamten Gesellschaft. Folglich sollte in Botschaften die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für psychische Gesundheit betont werden, die die eigene Handlungsfähigkeit und -wirksamkeit des Individuums und der sozialen Gemeinschaft unterstreicht, indem in Botschaften konkrete Maßnahmen aufgezeigt werden, die verdeutlichen, wie aktives Handeln zur **Lösung** beitragen kann und welche Ergebnisse dadurch erzielt werden können.

7.1.5 Kommunikationsempfehlung 5: Mobilisierung von Advocates

Die fünfte Kommunikationsherausforderung zielt nicht auf die breite Bevölkerung ab, sondern auf die **Mobilisierung von Advocates: Task 5:** von psychoedukativen Aufklärungsansätzen hin zu beteiligungsorientierten, interaktiven und mehrstufigen Mobilisierungsstrategien. Bei dieser Kommunikationsherausforderung geht es darum, geeignete Multiplikator*innen zu identifizieren, zu mobilisieren und aufzuzeigen, wie sie über psychische Gesundheit kommunizieren sollten, um als Schlüsselakteur*innen für bestimmte Zielgruppen eine Veränderung der Denkweise zu erzielen. Dabei wird ein besonderer Fokus darauf gelegt, Multiplikator*innen darzulegen, dass Aufklärungsarbeit allein keine adäquate

Lösung für die Förderung psychischer Gesundheit ist. Stattdessen sollte die eigene Handlungsfähigkeit von Individuen und Gemeinschaft betont und Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen aufgezeigt werden, mit deren Hilfe psychische Gesundheit und Resilienz gestärkt werden können.

7.2 Entwicklung und Testung von Botschaften

Aus den dargestellten Kommunikationsempfehlungen können Botschaften entwickelt werden, die die einzelnen Tasks adressieren. Hierfür bedarf es zunächst einer geeigneten Botschaftsstrategie. Beispielsweise können unterschiedliche Arten des Framing eingesetzt werden (z. B. Gain-/Loss-Framing) oder narrative Botschaften, die in besonderem Maße in der Lage sind, persuasive Wirkung zu entfalten, da sie Individuen nicht nur kognitiv, sondern durch das Eintauchen in die Geschichte auch emotional beschäftigen (Green & Brock, 2000; Shen, Sheer & Li, 2015). Narrative Persuasionsbotschaften bieten sich vor allem deshalb an, weil jedes Framing eine Geschichte von einem Problem oder einem Sachverhalt erzählt, eine Erklärung liefert, Ursachen und Verantwortungen zuschreibt und Lösungen benennt – und somit letztlich immer auch eine Art erzählter Erklärungszusammenhang ist. Grundlage für die Botschaftsgestaltung sollte die Testung verschiedener Prototypen in verschiedenen Zielgruppen mittels qualitativer Studien (beispielsweise Fokusgruppen) sein. Die Wirksamkeit jener Botschaften, die sich in qualitativen Studien als effektiv erwiesen haben, kann durch experimentelle Studien quantitativ getestet werden. Auf Basis der erfolgreich getesteten Botschaften können Kommunikationsmaterialien entwickelt werden, die im Anschluss implementiert werden können.

7.3 Implementierung

Zur Erreichung der aufgeführten Kommunikationsziele ist eine Implementierungsstrategie nötig, die es erlaubt, die einzelnen Kommunikationsherausforderungen zu adressieren und entsprechende Inhalte zu vermitteln bzw. Beteiligungsinteresse und Mobilisierungskraft zu entfalten. Einem sozio-ökologischen Ansatz folgend, sollte die Implementierung nicht primär darauf abzielen, die oder den Einzelne*n zu verändern, sondern das Umfeld, in dem sie oder er lebt und arbeitet (Johnston & Klandermans, 1995; Wallack & Dorfman, 1996). Von zentraler Bedeutung dabei ist, dass die kommunikativen Maßnahmen in den jeweiligen Lebenswelten der Menschen ansetzen, um Menschen in ihrem Alltag zu erreichen und möglichst niedrigschwellig anzusprechen. Anstatt die Menschen über ein Thema aufzuklären und sie zu Verhaltensänderungen zu bewegen, zielt der angedachte advokatorisch-partizipatorische Ansatz darauf ab, die Öffentlichkeit einzubeziehen. Hierzu müssen zunächst geeignete Schlüsselakteur*innen – oder Advocates – identifiziert werden, die in unterschiedlichen Netzwerken und Lebenswelten eingebunden und motiviert sind, sich aktiv einzubringen. Im zweiten Schritt müssen die Advocates geschult werden, die geteilten und gemeinsam auf das jeweilige Setting adjustierten Botschaften entsprechend zu vermitteln bzw. auch die jeweilige Zielgruppe aktiv zu beteiligen und möglichst selbst zu Advocates zu machen. Dies kann in Form von Workshops geschehen und zielt insbesondere darauf ab, Menschen zu Fürsprecher*innen und Teilhaber*innen des Projekts im Speziellen und eines sozialen Wandels im Bereich psychischer Gesundheit und Resilienz im Allgemeinen zu machen. Die Nähe der Advocates zu den jeweiligen Zielgruppen dient zum einen als wichtige Ressource, um Bedürfnisse, Chancen und Herausforderungen in den einzelnen Kontexten zu beurteilen und bedarfsgerecht zu reagieren, und zum anderen kann dadurch die Verbreitung der entsprechenden Botschaften gefördert und die Kommunikationsstrategie nachhaltig implementiert werden.

8 Fazit

Ziel des hier vorgestellten Projektes ist es, eine Reframing-Strategie zu entwickeln, die in der Lage ist, die Perspektive auf psychische Gesundheit von einer pathogenetischen (krankheits- und behandlungsorientierten) in Richtung einer salutogenetischen (gesundheits- und präventionsorientierten) zu verändern. Die Basis hierfür bildet ein grundlegendes Verständnis davon, was die zentralen Aspekte sind, die aus Expert*innensicht kommuniziert werden sollen, welche mentalen Modelle bei Praktiker*innen und der Bevölkerung vorherrschen und welche Frames in der medialen Berichterstattung sowie in der Kommunikation von Organisationen enthalten sind, die das „kommunikative Umfeld“ der Menschen repräsentieren. Die vorgestellten Ergebnisse der einzelnen Teilstudien unterstreichen die kommunikativen Herausforderungen, aber auch die Chancen für ein Reframing psychischer Gesundheit. Es zeigt sich, dass in der öffentlichen Wahrnehmung ein dichotomes Verständnis von psychischer Gesundheit vorherrscht, das nahelegt, dass psychische Gesundheit lediglich die Abwesenheit von Krankheit sei. Dieses grundlegende Denkmuster ist nicht nur dysfunktional, weil es die Notwendigkeit der Förderung psychischer Gesundheit negiert, sondern auch, weil es durch die Einteilung in eine In- und Out-Group die Grundlage für Stigmatisierung legt. Zwar herrscht ein grundlegendes Verständnis davon vor, was Resilienz ist, allerdings ist dieses Verständnis in der Bevölkerung noch wenig mit dem Begriff Resilienz verknüpft. Dies bietet die Chance, einen bislang noch nicht negativ konnotierten Begriff zu nutzen und ihn mit einem Verständnis von Bewältigungsfähigkeit zu verknüpfen. Zur Bearbeitung der identifizierten Kommunikationsherausforderungen wurde ein umfassendes Set an theorie- und empiriebasierten Kommunikationsmöglichkeiten entwickelt, mit deren Hilfe eine andere Sichtweise auf psychische Gesundheit und Resilienz vermittelt werden könnte, um Wissen zu erweitern, Einstellungen zu verändern, Unterstützungsbereitschaft für Maßnahmen zu erhöhen und schließlich Verhaltensweisen zu ändern. Diese Kommunikationsempfehlungen verstehen sich als ein Baukasten, der die Basis für die Entwicklung konkreter Botschaften darstellt, die in zukünftiger Forschung getestet werden sollen. Auch die hier skizzierte Implementierungsstrategie soll in einem Anschlussprojekt wissenschaftlich begleitet werden, um ihre Wirksamkeit zu evaluieren.

9 Literatur

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18.
- Appel, M. (2008). Medienvermittelte Stereotype und Vorurteile. In B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 313-335). Heidelberg: Springer.
- Benford, R. D., & Snow, D. A. (2000). Framing processes and social movements: An overview and assessment. *Annual Review of Sociology, 26*, 611-639.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review, 59*, 78-100. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.11.002.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(3), 179-182. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24>
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication, 43*(4), 51-58.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Flick, U., von Kardorff, E., & I. Steinke (2008). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (6. Aufl., S. 13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. New York, NY: Harper Colophon.
- Green, M. C., & Brock, T. C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 701-721.
- Johnston, H., & Klandermans, B. (1995). The cultural analysis of social movements. In H. Johnston & B. Klandermans (Hrsg.), *Social movements and culture 4* (S. 3-24). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Kendall-Taylor, N., & Haydon, A. (2016). Using metaphor to translate the science of resilience and developmental outcomes. *Public Understanding of Science, 25*(5), 576-587.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication, 13*(5), 434-449.
- Lindland, E. H., & Kendall-Taylor, N. (2012). Sensical translations. Three case studies in applied cognitive communications. *Annals of Anthropological Practice, 36*(1), 45-67.
- Röhm, A., Hastall, M. R., & Ritterfeld, U. (2017). How movies shape students' attitudes toward individuals with schizophrenia: An exploration of the relationships between entertainment experience and

stigmatization. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 193-201.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1257672>

- Roski, R. (2009). Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen – Business Marketing, Social Marketing und Zielgruppensegmentierung. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder* (S. 3-31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (4. Aufl., S. 465-485). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., & Angermeyer, M. C. (2015). Impact of the Germanwings plane crash on mental illness stigma: Results from two population surveys in Germany before and after the incident. *World Psychiatry*, 14(3), 362-363.
- Shen, F., Sheer, V. C., & Li, R. (2015). Impact of narratives on persuasion in health communication: A meta-analysis. *Journal of Advertising*, 44(2), 105-113.
- Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 543-561. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007099>
- Thornton, J. A., & Wahl, O. F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, 24, 17-25.
- Wallack, L., & Dorfman, L. (1996). Media advocacy: A strategy for advancing policy and promoting health. *Health Education & Behavior*, 23, 293-317.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- World Health Organization (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet Nr. 220*. Geneva: World Health Organization.