

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.  
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

## In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit  
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 13/2025

**Stigma Straftäter -  
Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen**

*Géraldine Robrer, Schweiz\**

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Einleitung**

#### **Stigma als Herausforderung für Identität und Selbstkonzept**

Begriff und Theorie des Stigmas nach *Goffman*

Integrative Perspektive: Identität und Stigmatisierung

Stigmatisierung und ihre Folgen: Dimensionen, Konsequenzen und Bewältigung

#### **Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen**

Mehr als ein Delikt: Exemplarische Prozessbeispiele zur Verdeutlichung von Stigmatisierungsprozessen

Gesellschaftliche Konstruktionen von Täter und Täterinnen

Stigma als Barriere der Reintegration: Erfahrungen von Männern nach dem Strafvollzug

#### **Therapeutischer Umgang mit Stigmatisierung aus Sicht der *Integrativen Therapie***

#### **Fazit**

#### **Zusammenfassung/Summary**

#### **Literaturverzeichnis**

## Einleitung

*«Dein Job könnte ich nie machen»*

*«Die sollte man einfach alle für immer wegsperren»*

*«Hast du nicht ständig Angst?»*

*«Wow, dass du das aushältst, aber hoffentlich machst du das nicht zu lange»*

*«Du verherrlichst doch Gewalt»*

*«Therapie? Die nutzen das doch nur, um früher rauszukommen»*

*«Wie kannst du mit einem Mörder allein im Raum sitzen?»*

*«Zum Glück machst es du, einer muss denen ja helfen»*

*«Mit solchen Menschen ist eh keine Therapie möglich»*

*«Du verschwendest dein Talent, wenn du deine Energie in Kriminelle steckst»*

*«Das sind Monster, keine Menschen»*

*«Einmal Täter, immer Täter»*

*«Kannst du denen überhaupt jemals vertrauen?»*

*« Wäre es nicht sinnvoller, wenn du mit «richtigen» Patienten arbeiten würdest?»*

*«Hilf doch denen, die es wirklich brauchen»*

Solche und ähnliche Sätze liess ich mir im Rahmen meines Fachreferats als Einstieg von meinen Weiterbildungs-Kolleginnen ins Gesicht vorlesen. Es handelte sich dabei um ein Sammelsurium von Sätzen, welche mir, seit ich mich Anfang zwanzig dazu entschied, meinen beruflichen Weg in der Arbeit mit psychisch kranken, strafrechtlich auffällig gewordenen Menschen einzuschlagen, immer wieder begegneten. Diese Stimmen stehen nicht nur exemplarisch für tief verankerte gesellschaftliche Haltungen, sondern beschreiben auch ein Phänomen, welches in der Fachliteratur als Ko-Stigmatisierung beschrieben wird. Darunter versteht man die Abwertung und Diskriminierung von Menschen, die in einer

Beziehung zu Stigmatisierten stehen (Sørensen & Petzold, 2009). Angehörige, Partner und Partnerinnen oder Kinder von Inhaftierten erleben häufig Schuldzuweisungen, Ausgrenzung oder soziale Distanzierung. Auch Fachpersonen, die mit dieser Personengruppe arbeiten, sind davon betroffen: Ihre berufliche Motivation wird hinterfragt, ihre Sicherheit angezweifelt oder ihre Arbeit durch stereotype Zuschreibungen abgewertet.

Zu Beginn meiner Karriere reagierte ich oftmals genervt oder verärgert auf die Kommentare meines Umfelds: auf die Angst meiner Mutter, da sie fürchtete, meine Patienten und Patientinnen könnten mir jederzeit etwas antun, auf Bekannte, die meine Berufswahl kritisch hinterfragten und teilweise offen infrage stellten oder auf Fachkollegen und Fachkolleginnen, die mir mit übertriebener Dankbarkeit begegneten, weil sie selbst «diese Arbeit niemals hätten tun können». Mit der Zeit gelang es mir aber, eine Gelassenheit und Distanz in Bezug auf solche Aussagen zu entwickeln. Nichtsdestotrotz erlebte ich die Belastungen durch solche Kommentare als real und spürbar. Sie forderten, irritierten und verärgerten mich. Neben der emotionalen Betroffenheit, war auch die ständige Aufklärungsarbeit, mit der ich meist auf solche Aussagen reagierte, anspruchsvoll und kräftezehrend. Dennoch waren meine Erfahrungen in keinsten Weise vergleichbar, mit denen derjenigen, die direkt von solcher Stigmatisierung betroffen waren: meine Patienten und Patientinnen. In meiner täglichen Arbeit erlebte ich die tiefgreifenden Konsequenzen von Stigmatisierung, die weit über punktuelle Belastungen hinausgingen und Identität, soziale Beziehungen sowie Zukunftsperspektiven nachhaltig beeinflussten.

Eine besonders eindrückliche Begegnung brachte mich schliesslich dazu, mein Fachreferat dem Thema Stigmatisierung zu widmen. In einer Therapiesitzung nahmen ein Patient und ich uns Zeit, die Entwicklung der vergangenen zwei Jahren zu würdigen: der Anfang Zwanzigjährige, hatte in diesem langen Prozess unglaubliche Fortschritte erzielt. Es sollte nun darum gehen, gemeinsam den Blick in die Zukunft zu richten und neue Perspektiven zu eröffnen und zu überlegen, wie der weitere Weg gestaltet werden könnte. Als wir über die Zukunft und Dinge wie Ausbildung oder Wohnen sprachen, zeigte der junge Mann eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit. Als ich ihn darauf ansprach, äusserte er nur, dass er doch sowieso keine Chance habe. Mit so einer Straftat, würde er nie einen Job oder eine Wohnung finden. Zudem glaube er nicht, dass ihn jemand akzeptieren würde oder er jemals eine Partnerin finden würde. Er habe das Gefühl er müsse sich verstecken. Ich habe mich von Beginn an in meiner Arbeit mit straffällig gewordenen Patienten und Patientinnen stets bemüht das Phänomen der Stigmatisierung in meinen therapeutischen Prozessen zu berücksichtigen und sorg- und achtsam damit umzugehen. Mir war zwar stets bewusst, wie schwerwiegend solche Stigmatisierungsprozesse wirken können, aber als ich vor diesem jungen Menschen sass, der, aus meiner Sicht, so viel bereits erreicht hatte, der so stolz auf sich sein konnte und der sein ganzes Leben noch vor sich hatte, war ich zu tief erschüttert.

Diese Erfahrung war der Auslöser, mein Fachreferat zum Thema Stigmatisierung zu halten. Insbesondere deshalb, da Stigmatisierung ein zentrales Phänomen ist, welches in unserem Berufsfeld alle betrifft. Denn nicht nur forensische Patienten und Patientinnen, sondern Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemein, sind von diesen Prozessen betroffen. Umso wichtiger ist es, dass Fachpersonen ihr eigenes Handeln reflektieren, Haltungen und Zuschreibungen kritisch hinterfragen und sich aktiv mit den Folgen von Stigma auseinandersetzen. Die Integrative Therapie bietet nach meiner Erfahrung, zahlreiche Konzepte, Haltungen und Methoden, die Wege eröffnen, Stigmatisierung konstruktiv zu begegnen und entgegenzuwirken.

Aufgrund dessen, befasst sich mein Fachreferat mit theoretischen Grundlagen von Stigma, seinen Folgen sowie mit Möglichkeiten eines integrativen therapeutischen Umgangs damit. Der Fokus soll dabei zumindest in einführender Weise auf der Stigmatisierung von straffällig gewordenem Menschen liegen. Aufbauend auf der Stigma Theorie nach *Goffman* (1963/1975), das Stigma, als beschädigte Identität definiert, erfolgt eine integrative Perspektive der Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Identitätstheorie nach *Petzold* (2012q). Anschliessend werden die Dimensionen und Konsequenzen von Stigmatisierung sowie mögliche Bewältigungsstrategien dargestellt. Der dritte Teil des Fachreferats richtet den Fokus auf die Stigmatisierung von straffällig gewordenen Menschen. Anhand Prozessbeispiele wird exemplarisch aufgezeigt, wie schnell und umfassend Stigmatisierungsprozesse wirken. Weiter wird auf die gesellschaftliche Konstruktion von Täter und Täterinnen eingegangen, die verdeutlicht wie stark Narrative die öffentliche Wahrnehmung prägen. Das Vorstellen einer Studie soll schliesslich empirische Hinweise auf die Folgen solcher Stigmatisierung für soziale Teilhabe und Resozialisierung liefern. Im vierten Teil steht der therapeutische Umgang mit Stigmatisierung aus Sicht der integrativen Therapie im Vordergrund. Abschliessend werden die wichtigsten Erkenntnisse im Fazit gebündelt.

### **Stigma als Herausforderung für Identität und Selbstkonzept**

Die nachfolgenden Kapitel skizzieren den theoretischen Hintergrund von Stigmatisierungsprozessen. Während zunächst das Konzept des Stigmas theoretisch umrissen wird, folgt anschliessend darauf aufbauend die integrative Identitätstheorie nach *Hilarion G. Petzold* (2012q), um eine integrative Sichtweise auf Stigmatisierung zu eröffnen. Abschliessend wird auf die Folgen von Stigmatisierung sowie möglicher Bewältigungsstrategien der Betroffenen eingegangen.

### **Begriff und Theorie des Stigmas nach Goffman**

Einen grundlegenden Zugang zum Verständnis von Stigmatisierung liefert *Erving Goffmans* Werk *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*

(1963/1975). *Goffman* (1963, S3.) definiert Stigma als «ein Attribut, das zutiefst diskreditierend ist» und dass die betroffene Person «von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, abgewerteten» reduziert. Es handelt sich um ein Merkmal eines Individuums, welches von der Gesellschaft nicht akzeptiert werden kann (ebd.). Dadurch wird deutlich, dass für *Goffman* (ebd.) ein Stigma keine Eigenschaft allein ist, sondern ein soziales Urteil darstellt, welches Menschen zugeschrieben wird.

Nach *Krumm* (2022) und *Goffman* (1963/1975) entsteht soziale Ordnung nicht aus vorgegebenen Strukturen, sondern gründet auf alltäglichen Interaktionen, die zunächst immer mehrdeutig, ergebnisoffen und potenziell bedrohlich ist. Weiter wird ausgeführt, dass wenn Interaktionspartner und -partnerinnen aufeinandertreffen, (implizite) Eigenschaften des Gegenübers antizipiert werden (ebd.). Daraus ergibt sich etwas, was *Goffman* als virtuelle soziale Identität bezeichnen. Dabei handelt es sich um Erwartungen, Zuschreibungen und Annahmen, die an eine Person gestellt werden, bevor man sie kennt und unabhängig von ihrer tatsächlichen Identität bestehen. Dem gegenüber steht die tatsächliche soziale Identität, die sich als die «wirklichen» Eigenschaften, Merkmale und Verhaltensweisen einer Person, definieren lässt und sich im Verlauf der Interaktion erst darstellt (ebd.). Ein Stigma entsteht, wenn eine Diskrepanz, zwischen der virtuellen und der tatsächlichen sozialen Identität besteht, die für die betroffene Person diskreditierend wirkt. Eine Person gilt dann als stigmatisiert, wenn sie in unerwünschter Weise von den an sie gerichteten Erwartungen oder Zuschreibungen abweicht.

*Goffman* (1963/1975) unterscheidet drei Kategorien von Stigmata:

- 1) *Körperliche Merkmale* wie beispielsweise eine sichtbare Behinderung oder Krankheit
- 2) *Moralische Abweichungen* wie beispielsweise eine psychische Erkrankung oder kriminelles Verhalten
- 3) Gruppenmerkmale oder Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe wie beispielsweise Ethnie oder Religion

Dabei ist entscheidend, dass die abweichende Eigenschaft, nicht isoliert betrachtet, sondern auf die gesamte Person übertragen wird. Damit wird die betroffene Person nicht mehr als Ganzes wahrgenommen, sondern auf das stigmatisierende Merkmal reduziert. *Goffman* (1963/75) spricht dann von einer «*beschädigten Identität*».

Gemäss *Sørensen* und *Petzold* (2009) beinhaltet der Begriff Stigma eine doppelte Perspektive, da es darauf ankommt, ob die stigmatisierte Person davon ausgeht, dass ihr «Anderssein» bekannt ist oder in den Augen der anderen verborgen erscheint. *Goffman* (1963/1975) unterscheidet hier zwischen Diskreditieren und potenziell diskreditierbaren Personen. Erstere weisen ein öffentlich bekanntes oder sichtbares Stigma auf (beispielsweise sichtbare Behinderung), während letztere ein Stigma aufweisen, welches

(noch) unbekannt ist (beispielsweise psychische Erkrankung, kriminelle Vergangenheit). Ob jemand zu ersten oder zweiten Gruppe gehört, beeinflusst das soziale Verhalten

### **Integrative Perspektive: Identität und Stigmatisierung**

Die integrative Auseinandersetzung mit Stigma knüpft an Goffmans klassischen Arbeiten (1963/1975) an, geht aber über die rein soziologische Perspektive hinaus. Aus integrativer Perspektive definiert *Petzold* (2009b, S. 4-5) Stigma als «eine Verletzung der persönlichen und sozialen Identität eines Menschen durch negative Identitätsattributionen, Diskriminierung, Demütigung, Benachteiligung, Ausgrenzung, Mobbing, Ächtung in einer Weise, die seine psychische, ja physische Identität belastet und beschädigt so, dass das personale System in schwere Krisen, Identitätskrisen gerät». Stigmatisierung wird im Verständnis der *Integrativen Therapie* also nicht nur als soziale Zuschreibung, sondern als tiefgreifende Bedrohung für die Identität verstanden. Stigmatisierungen werden als «negative Identitätszuschreibungen» definiert (*Petzold*, 2009b).

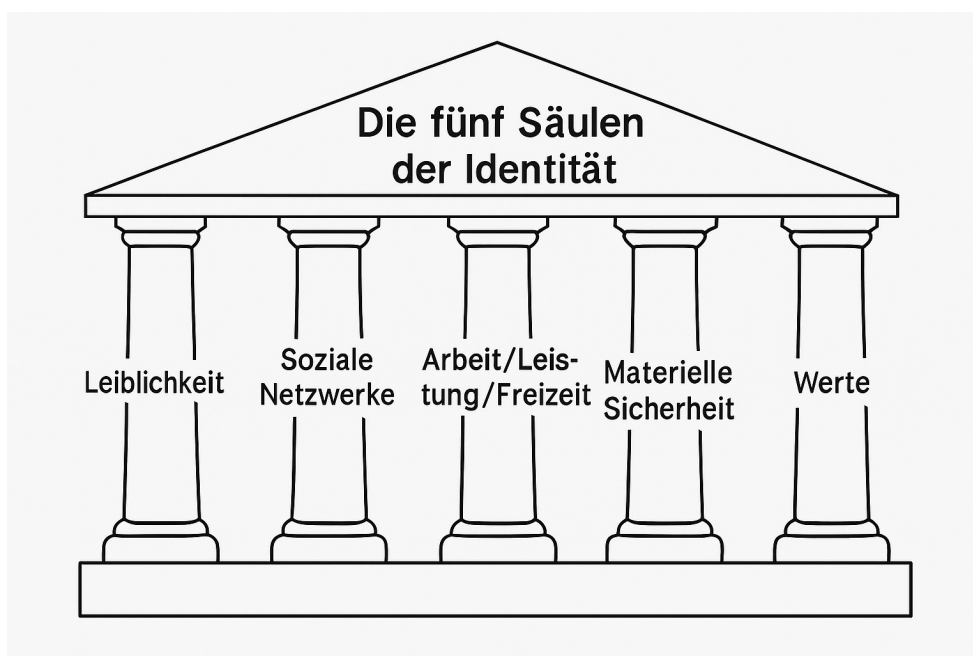
*Petzold* (2009b) betont, dass Stigma Theorien und Identitätstheorien nicht voneinander lösbar ist, sondern zwei Seiten einer Medaille darstellen und, dass wer mit stigmatisierten Menschen arbeitet eine gute und moderne Persönlichkeits- und Identitätstheorie zur Verfügung haben sollte.

Die Persönlichkeitstheorie der *Integrativen Therapie* umfasst die Dimensionen Selbst, Ich und Identität, welche als Ausfaltungen des Leibsubjekts verstanden werden können (*Höfner, Mantl und Stefan*, 2024). Dabei handelt es sich aber nicht um einmal entstandene statische Größen, sondern sie entwickeln sich als lebendige und dynamische Prozesse über die gesamte Lebensspanne hinweg und erfordern eine kontinuierliche Reflexion und Interpretationsarbeit von Kontext und Kontinuum (*Leitner & Höfner*, 2020; *Höfner et al.*, 2024). Die kontinuierliche Ausbildung von Persönlichkeitsstrukturen in Beziehung zur Welt lässt sich in mehreren Entwicklungsschritten beschreiben (*Böckle, Brunner, Cubasch-König & Jobst*, 2023; *Petzold*, 2003a): Zunächst entwickelt sich im Zeitraum von der Empfängnis bis etwa zum sechsten Schwangerschaftsmonat, das *organismische Selbst*. In dieser Phase wird die Umwelt über Sinneseindrücke und erste motorische Prozesse wahrgenommen und erfahren. Darauf folgt das *archaische Leib-Selbst* (vom sechsten Schwangerschaftsmonat bis etwas zum dritten Monat nach der Geburt), welches die Welt affektiv und leiblich-eigenständig zu empfinden beginnt. Zwischen dem dritten und dem siebten Lebensmonat entwickelt sich das *archaische Ich*, das die Umwelt in Bezug auf andere erfährt und eine erste Daseinsgewissheit ausbildet. Anschliessend entsteht das *subjektive Leib-Selbst* (8. Bis 12. Lebensmonat) die ersten grundlegenden intrapersonalen Erfahrungen. In der anschliessenden Phase der *archaischen Identität* (12.

Bis 18. Lebensmonat) beginnt das reifende Ich, sich zunehmend verbal und symbolisch zu erfassen und mit anderen aktiv in Beziehung zu treten. Zwischen dem 18. Lebensmonat und dem vierten Lebensjahr entstehen schliesslich das *reife Selbst* mit *reifem Ich* und *reifer Identität*.

Identität entsteht im Zusammenspiel von Selbst- und Fremdzuschreibungen (*Leitner & Höfner, 2020; Petzold 2003a; Petzold 2012q*): Einerseits nehmen sich Menschen selbst wahr und schreiben sich Eigenschaften zu (Identifikation), andererseits werden sie durch die Zuschreibung relevanter Anderer geprägt (Identifizierung). Diese Eindrücke werden kontinuierlich miteinander abgeglichen, kognitiv (Appraisal) und emotional (Valuation) bewertet und in das eigene Selbstbild integriert. Es lassen sich in diesem Rahmen zwei Dimensionen unterscheiden: die Ego Identität, die auf eigenen Zuschreibungen und Selbstbildern basiert und die Soziale Identität, die aus Fremdzuschreibungen durch andere und den jeweiligen Kontext entsteht. Damit wird deutlich, dass Identität sich nicht isoliert ausbildet, sondern immer in Bezug auf andere Menschen, die selbst wiederum durch diese Bezüge in ihrer Identität bestätigt oder verändert werden. Identität ist folglich ein ständiger Dialog zwischen dem inneren Erleben und den Erwartungen oder Reaktionen der sozialen Umwelt (ebd.). *Petzold (2012q)* betont dabei, dass es sich bei der Identität um eine strukturelle Eigenschaft des Menschen handelt, die zwar stabil aber keineswegs starr ist, sondern eine sich verändernde und veränderbare Struktur der Persönlichkeit darstellt. Identifikation und Identifizierung sind somit Grundlage der Identität, die sich auf fünf Bereiche aufteilt: Leiblichkeit, soziale Netzwerke, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheit und Werte.

**Abbildung 1: Die fünf Säulen der Identität**



*Anmerkung.* Die 5 Säulen der Identität in Anlehnung an *Petzold* (2012q)

Nach *Petzold* (2012q), *Leitner und Höfner* (2020) und *Höfner et al.* (2024) umfasst die *Leiblichkeit* den gelebten Leib als Einheit von Körper, Seele und Geist. Sie beinhalten Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Verhalten und bildet damit die Grundlage für Identität und Wohlbefinden. In dieser Säule lassen sich Fragen nach Gesundheit, Sexualität, Schönheit, Lebendigkeit oder Sicherheit im eigenen Körper verorten. Die Säule *des Sozialen Netzwerk* trägt dazu bei, die Identität durch Beziehungen, Begegnungen, gelebte soziale Rollen aufzubauen, zu erweitern und zu stabilisieren. Durch Rückhalt im sozialen Gefüge erhält der Mensch Möglichkeiten für seine Selbstentwicklung. Über die Säule *Arbeit, Leistung und Freizeit* erfährt der Mensch Selbstwert, Anerkennung und Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung. Die *materielle Sicherheit* schafft durch finanzielle Absicherung, Wohnraum und ökologische Eingebundenheit und ermöglicht gesellschaftliche Teilhabe. *Werteorientierungen* wie Weltanschauungen, religiöse oder ethische Überzeugungen, geben schliesslich Sinn und Orientierung und können selbst dann tragfähig bleiben, wenn andere Säulen belastet oder beschädigt sind.

### **Stigmatisierung und ihre Folgen: Dimensionen, Konsequenzen und Bewältigung**

Stigmatisierungen können für betroffene Personen schwerwiegende Konsequenzen haben. Wie bereits oben ausgeführt, kann Stigmatisierung dazu führen, dass Menschen auf ein einzelnes Merkmal reduziert und damit in ihrer Identität beschädigt werden (*Goffman*, 1963/1975, *Petzold* 2009b). Sie werden trotz ihrer vielfältigen Zugehörigkeit nur noch auf eine einzige Eigenschaft, womit die Stigmatisierung zur Haupteigenschaft wird, die alles andere irrelevant macht.

*Link und Phelan* (2001) beschreiben den Prozess der Stigmatisierung als eine Wahrnehmung von Unterschieden zwischen Individuen, die eine stereotype Zuordnung zur Folge hat, welche auf einer negativen Bewertung der Unterschiede basiert. Darauf basierend kommt es zu einer sozialen und räumlichen Ausgrenzung, die auf der Überzeugung eines fundamentalen Unterschieds zwischen der Gruppe der Stigmatisierenden und der Gruppe der Stigmatisierten, beruht. Für die Gruppe der Stigmatisierten entsteht als Konsequenz Statusverlust und Diskriminierung. Diese Diskriminierung kann sich auf individueller aber auch auf struktureller Ebene zeigen. Während die individuelle Diskriminierung unter anderem in sozialen Interaktionen im Alltag erfolgt und zu massiven Auswirkungen auf die Verteilung zentraler Lebenschancen (unter anderem Einkommen, Arbeit, Wohnen, Gesundheit) führt, zeigen sich auf strukturellere Ebene Aspekte wie Unterfinanzierung im Bereich der Forschung oder adäquater Versorgung (ebd.).

Die Diskriminierung stigmatisierter Menschen beschränkt ihre Entfaltungsmöglichkeiten und kann möglicherweise zu einem anhaltenden Erleben einer Andersartigkeit führen (Sørensen & Petzold, 2009). Dies kann zu einer Internalisierung der Stigmatisierung und letztlich zur Selbststigmatisierung führen (ebd.) Durch Selbststigmatisierung sinkt der Selbstwert, was nicht nur eine emotionale Belastung darstellt, sondern sich auch auf Verhalten und soziale Teilhabe auswirkt (Corrigan, Watson & Barr, 2006; Corrigan, Larson & Rüsch, 2009). Auch lässt sich ein Einfluss auf die Selbstwirksamkeit feststellen, was zu einem höheren Risiko führt, an zentralen Lebenszielen zu scheitern (Rüsch, Holzer, Hermann et al., 2006). Ferner lassen sich deutliche Zusammenhänge zwischen Selbststigma und Depressionen eruieren (Corrigan, Michaels, Vega et al., 2012). Ein zentraler Mechanismus der Selbststigmatisierung ist der «Why-Try» Effekt, der im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Menschen, unter anderem von Corrigan, Larson und Rüsch (2009) oder Corrigan, Bink, Schmidt, Jones und Rüsch (2012), untersucht wurde. Er beschreibt das Gefühl von Sinnlosigkeit und Resignation, welches entsteht, wenn Menschen Stigmatisierungen verinnerlichen und auf sich selbst anwenden. Wer sich selbst als unfähig, nutzlos oder unwürdig begreift, beginnt an den Möglichkeiten zu zweifeln, persönliche Lebensziele zu erreichen und entwickelt innere Überzeugungen, die nicht nur emotionale Konsequenzen wie ein vermindertes Selbstwertgefühl oder Scham mit sich bringen, sondern auch zu konkreten Verhaltenskonsequenzen wie sozialem Rückzug führen (ebd.) Betroffene Personen verlieren den Glauben an ihre Zukunft und verlieren damit die Möglichkeit wichtige Schritte in Richtung sozialer Teilhabe, Autonomie und Lebensqualität zu unternehmen (ebd.)

Im Umgang mit Stigmatisierung beschreibt Goffman (1963/1975) verschiedene Formen des Stigma-Management, die sich darin unterscheiden, ob das Stigma offenkundig ist, die Person also bereits diskreditiert oder noch diskreditierbar ist. Solange das Stigma noch unbekannt ist, besteht die Möglichkeit, den Umgang mit diesen Informationen zu steuern. Wer aber von vornerein diskreditiert ist, legt den Fokus nicht mehr auf Informationsmanagement, sondern auf den Umgang von situativen Spannungen, welche durch das Stigma ausgelöst wurden (ebd.). Die Strategien des Stigma Managements lassen sich auf einem Spektrum von Reaktiv bis Proaktiv einordnen (Zahradnik, 2021). Während reaktive Strategien auf Verheimlichung, Vermeidung, Rückzug oder selektive Offenlegung abzielen, fokussieren sich proaktive Strategien eher auf eine umfassende Offenlegung sowie ein Engagement im Bereich der öffentlichen Bildungsarbeit und sozialer Bewertungen. Dazwischenliegende Strategien fokussieren sich auf eine graduelle Offenlegung, selektive Zugehörigkeitsbekundungen und die Zurückweisung moralischer Attribuierung (Siegel, Lune & Meyer 1998; LeBel 2008). Bezugnehmend auf Goffman heben Sørensen & Petzold (2009) zwei Strategien potenziell Diskreditierter hervor: Informationskontrolle und Täuschung.

Täuschung bietet potenziell Stigmatisierten die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, welche Informationen sie preisgeben und was sie verbergen wolle. Diese Form des Umgangs, hat jedoch erhebliche Konsequenzen: jede Entscheidung etwas über sich und das Stigma zurückzuhalten, kann den zukünftigen Umgang und den weiteren Lebensweg prägen (*Goffman*, 1963/1975). Zusätzlich müssen Betroffene ständig darauf achten, was sie wem gesagt haben, leben oft mit Angst, sich zu verraten und riskieren peinliche Situationen bis hin zum Vertrauensverlust (*Sørensen & Petzold*, 2009). Die zweite Strategie, Informationskontrolle, spielt in Beziehungen eine zentrale Rolle (ebd.), Wer persönliche Erfahrungen wie beispielsweise eine Vorstrafe offenlegt, gibt die Kontrolle über die eigene Lebensgeschichte ab, da man fortan darauf angewiesen ist, dass die andere Person respektvoll mit diesem Wissen umgeht und nimmt damit das Risiko in Kauf, dass es zu erneuten Verletzungen oder Ausnutzung dieser Abhängigkeit kommt (ebd.). Deshalb entscheiden sich viele Betroffene, Informationen zurückzuhalten und damit andere zu täuschen, während sie nur einigen ausgewählten Menschen vertrauen (ebd.) Dies kann zu einem belastenden Doppelleben führen, dessen Aufrechterhaltung viel Energie kostet und mit einer ständigen inneren Anspannung einhergeht (ebd.).

Somit zeigt sich, dass nicht nur die Stigmatisierung und die damit einhergehende Selbststigmatisierung zu erheblicher Belastung, sondern auch das Stigma Management, eine zusätzliche Quelle von Belastungen und Beanspruchung darstellt. So beschreiben etwa *James, Hartnett* und *Kalsbeek* (1983) eine Bewältigungsstrategie bei den Menschen, insbesondere Angehörige der afroamerikanischen Gemeinschaft, die angesichts von Rassismus, übermässig und durch besondere Anstrengung versuchen den negativen Stereotyp zu widerlegen. Die Autoren argumentieren, dass dadurch zwar kurzfristig der Selbstwert stabilisiert werden kann, langfristig dies aber in chronischem Stress, Erschöpfung und einem erhöhten Risiko für Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Burnout mündet. *Smart* und *Wegner* (1999) befassen sich in ihrer Arbeit mit potenziell diskreditierbaren Personen und den Folgen der Informationskontrolle. Diese Personengruppe investiert viel Zeit und Energie in die ständige Kontrolle von Informationen und zahlen für die Vermeidung von Stigmatisierung einen hohen Preis: Permanente Wachsamkeit, Gedächtnisprobleme, Unsicherheiten in Beziehungen, Angst vor Entdeckungen, eingeschränkte Offenheit, Scham, Isolation und chronischer Stress prägen ihr Leben (ebd.)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass *Goffman* Stigma als ein sozial zugeschriebenes Merkmal versteht, das Menschen auf ein negatives Attribut reduziert und so eine «beschädigte Identität» erzeugt. Darauf aufbauen zeigt die *Integrative* Identitätstheorie nach *Petzold*, dass Stigmatisierung weiter mehr ist als eine Zuschreibung: Sie stellt eine tiefgreifende Verletzung der persönlichen und sozialen Identität dar, die alle

'fünf Säulen der Identität' beeinträchtigen und bis hin zu schweren Identitätskrisen führen kann. Die Folgen sind vielfältig und reichen von Statusverlust, Diskriminierung und eingeschränkter Teilhabe über Selbststigmatisierung bis hin zu psychischen Belastungen wie Scham, Rückzug, Depression und chronischem Stress.

### **Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen**

In den nachfolgenden Kapiteln wird die Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen beleuchtet. Zunächst werden zwei Personen vorgestellt, mit denen ich im Rahmen meiner Tätigkeit als forensische Psychotherapeutin gearbeitet habe und die ich im Rahmen meines Fachreferats präsentierte, um zu verdeutlichen, wie schnell Stigmatisierungsprozesse ausgelöst werden können. Anschliessend erfolgt eine Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Konstruktion von Täter und Täterinnen, bevor abschliessend eine Schweizer Studie vorgestellt wird, die die konkreten Stigmatisierungserfahrungen Betroffener empirisch verdeutlicht.

### **Mehr als ein Delikt: Exemplarische Prozessbeispiele zur Verdeutlichung von Stigmatisierungsprozessen**

Im Plenum stellte ich zwei Personen vor, die wir Herr Müller und Herr Ernst nennen (anonymisiert), mit denen ich im Verlauf meiner Tätigkeit als forensische Psychotherapeutin, gearbeitet habe. Herr Müller ist Ende vierzig. In jungen Jahren, hatte er bereits seinen Vater getötet, nun befand er sich aufgrund von Körperverletzung und Drohung zum zweiten Mal in forensischer Behandlung. Er litt an einer schweren psychiatrischen Erkrankung, die sein Delinquenz Risiko massiv erhöhte, konnte diese jedoch nicht vollständig akzeptieren und zeigte sich skeptisch gegenüber einer medikamentösen Behandlung. Zudem imponierte er mit einer konsumverherrlichenden Haltung.

Herr Ernst, Anfang dreissig, befand sich nach einem Bewährungsversagen und einer erneuten versuchten Tötung zum zweiten Mal in einer stationären Massnahme. Auffällig war der stark tätowierte Körper, unter anderem mit einem Tränen-Tattoo, ein Symbol, das im Gefängniskontext häufig mit der Tötung eines Menschen in Verbindung gebracht wird.

Als ich meine Weiterbildungskolleginnen nach ihrer Reaktion fragte, zeigten sich die für solche Situationen typischen Antworten und Fragen. Es wurde geäussert, ob so jemand überhaupt noch als therapierbar gilt. Auch starke Emotionen wie Angst, Verunsicherung oder Wut wurden benannt. Andere zweifelten daran, ob man mit so jemandem eine therapeutische Beziehung aufbauen könne.

In einem zweiten Schritt offenbarte ich nun meinen Kolleginnen weitere Informationen über den beiden Männern, über die zuvor so negativ geurteilt worden war.

Herr Müller ist eine der kreativsten Persönlichkeiten, denen ich je begegnet war. Er fertigte unterschiedlichste Dinge an, die er ständig verschenkte. Er war ausgesprochen

fürsorglich und hilfsbereit, kümmerte sich um seine Mitmenschen und hatte, dank seinem unglaublich grossen Repertoire, immer einen guten Witz auf Lager. Seine Skepsis gegenüber Medikation und Diagnose war vor allem in früheren negativen Erfahrungen begründet: über Jahre hinweg hatte er eine falsche Diagnose bekommen und hatte Medikamente mit schweren Nebenwirkungen einnehmen müssen.

Herr Ernst wiederum war ein liebevoller Familienvater, der sich sehr bemühte für seine Familie da zu sein und an seiner Veränderung arbeitete. Seine Delikte standen im Zusammenhang mit seiner kriminellen Familie und dadurch kaum prosoziale Bezüge hatte. Er war ein Mann mit grosser Emotionalität, der sich empathisch zeigte, offen über seine Gefühle sprach und diese auch ausdrücken konnte. Zudem war er ein begnadeter Koch und Bäcker, der mit Leidenschaft für die Gemeinschaft kochte und backte.

Als ich diese ergänzenden Informationen erzählte, veränderte sich die Wahrnehmung im Plenum deutlich. Aus den zuvor abwertend und angstbesetzt beurteilten «gefährlichen Straftätern», wurden Menschen, die herzlich, hilfsbereit, fürsorglich und humorvoll sein konnten. Diese Veränderung machte deutlich, wie schnell Stigmatisierungsprozesse entstehen, wenn einzelne Merkmale wie Straftat oder äusseres Erscheinungsbild, in den Vordergrund gestellt werden. Ebenso deutlich wurde aber auch, wie sehr sich das Bild veränderte, sobald die Lebensgeschichte und die persönlichen Ressourcen sichtbar werden.

### **Gesellschaftliche Konstruktionen von Täter und Täterinnen**

Auch wenn der Begriff in Gesetzesartikeln vielfach verwendet wird, so existiert im schweizerischen Strafgesetzbuch keine ausdrückliche Definition des Täters respektive Täterinnen-Begriffs. Die Bestimmung, wer als Täter oder Täterin gilt, erfolgt durch die Tatherrschaftslehre: «Täter oder Täterin ist, wer die Tatherrschaft hat. Er oder sie ist die Zentralfigur des Deliktgeschehens und beherrscht und steuert den Geschehensablauf» (Universität Zürich, 2020, S. 10). Damit wird deutlich, dass der Begriff «Täter oder Täterin» nicht allein eine juristische Kategorie ist, sondern in hohem Masse durch gesellschaftliche Zuschreibungen geprägt wird.

*«Polarisierungen erleichtern unser Denken, geben uns Sicherheit, alles andere macht uns Angst» (Baldeus, 1996, S.7)*

In der öffentlichen Wahrnehmung wird das Bild des Täters oder der Täterin häufig im Gegensatz zum Opfer gezeichnet. Dies ist oftmals mit starken moralischen Bewertungen verbunden. So wird das Opfer als moralisch überhöhte Figur, die für Gerechtigkeit und Schutzbedürftigkeit steht und uns alle repräsentiert, wahrgenommen, während der Täter

oder die Täterin als Raubtier, unverbesserlich und dauerhaft gefährlich angesehen wird (Garland, 2001). Ergänzend dazu, weist Schölzhorn (2009, S.4) darauf hin, dass in der öffentlichen Wahrnehmung, häufig das Bild der «hilfsbedürftigen Opfer» und der zu «bestrafenden Täter» besteht. Während den Opfern therapeutische Unterstützung zugesprochen wird, soll für den Täter oder die Täterin, die Strafe im Vordergrund stehen und Therapie, wenn überhaupt, nur in Verbindung mit einer Sanktion in Frage kommen (ebd.).

Die gesellschaftliche Zuschreibung «Täter» oder «Täterin» kann als problematisch beachtet werden, da sie betroffene Personen auf das Delikt reduziert. Sie macht den Menschen hinter dem delinquenten Verhalten unsichtbar und reduziert ihn auf ein negatives Merkmal. So treten Lebensgeschichten und Entwicklungsmöglichkeiten in den Hintergrund. Die straffällige Person wird in einem Prozess der Verdinglichung und Entfremdung (Petzold, 2003a) immer mehr zum Objekt, zum Nicht-Menschen (Christie, 1977). Folglich wird einer straffällig gewordenen Person die Möglichkeit genommen, als Subjekt mit Veränderungspotenzial gesehen zu werden. Zugleich wird ihr die Zugehörigkeit zur «normalen» Gesellschaft abgesprochen (Baldenius, 1996).

«Niemand kann so TäterIn und NichttäterIn zugleich sein, Eindeutigkeit ist gefordert» (Baldenius, 1996, S.7)

### **Stigma als Barriere der Reintegration: Erfahrungen von Männern nach dem Strafvollzug**

Die Frage wie Stigmatisierung die Chancen auf ein Leben nach einer strafrechtlichen Verurteilung prägt, wird von Franz Zahradnik (2021) untersucht. Dieser befasste sich im Zuge einer qualitativen Längsschnittstudie mit den Stigmatisierungserfahrungen von strafrechtlich verurteilten Männern in der Schweiz und deren Bedeutung für den Reintegrationsprozess. Die Untersuchung von Zahradnik (2021) wurde als qualitative Längsschnittstudie konzipiert. Ausgangspunkt war eine Gesamtstichprobe von 50 strafrechtlich verurteilten Männern in der Schweiz, die ihre Strafen im Straf- oder Massnahmenvollzug verbüsst hatten. Dazu zählten klassische Freiheitsstrafen ebenso wie therapeutische Massnahmen. Die Delikte der Männer waren heterogen und reichten von Eigentums- und Vermögensdelikten bis hin zu schweren Gewalt- und Sexualdelikten, womit auch die Dauer und Art des Vollzugs variierte. Für eine vertiefte Analyse wurde eine Kernstichprobe von 30 Männern ausgewählt. Die Auswahl der Personen, erfolgte nicht nach statistischer Repräsentativität, sondern gezielt nach der Bereitschaft zur langfristigen Teilnahme und einer angestrebten Heterogenität hinsichtlich Deliktgruppen, Vollzugsarten und Reintegrationsverläufen. Diese 30 Männer, wurden über mehrere Jahre hinweg

wiederholt befragt. Insgesamt wurden 120 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Jeder Teilnehmende wurde über einen Zeitraum von viereinhalb bis fünf Jahren in vier Erhebungswellen in einem Abstand von jeweils etwa eineinhalb Jahren interviewt.

Die Analyse (*Zahradnik, 2021*) zeigte, dass Stigmatisierungserfahrungen in allen Phasen des Vollzugs und des Reintegrationsprozesses eine wichtige Rolle spielen. Im Vollzugskontext berichteten die befragten Männer häufig von Herabwürdigung und Degradierungen durch Fachpersonen und Institutionen. Während dies im Gefängnis praktisch nicht vorkam, berichteten betroffenen Personen im Massnahmenvollzug und insbesondere junge Erwachsene mit Schutzmassnahmen oder mit Massnahmen für junge Erwachsene, von Stigmatisierung. Als Folge wurden tiefe Verunsicherung und Zweifel an der eigenen Identität (beispielsweise sich nur noch wie einer Nummer zu fühlen) berichtet. Nach der Entlassung präsentierten sich die Stigmatisierungserfahrungen vielfältig. Im Kontakt mit Behörden schilderten Befragte sehr unterschiedliche Erfahrungen. Während einige ihre Bewährungshelfer und -helferinnen als unterstützend wahrnahmen, erlebten andere durch negative Akteneinträge oder pauschale Zuschreibungen Stigmatisierung. Besonders einschneidend, sei die Erfahrung als «nicht therapierbar» klassifiziert zu werden, da diese Einträge über Jahre hinweg nachwirken und konkrete Folgen beispielsweise für anderen Behördenkontakt mit sich zogen. Auch der Kontakt mit der Invalidenversicherung wurde häufig als besonders verletzend erlebt. Die Befragten berichteten, dass sie häufig mit der Zuschreibung «selbstverschuldet» konfrontiert wurden. Dies vermittelte ihnen das Gefühl weniger wert zu sein und in gewisser Weise für ihre Probleme selbst verantwortlich gemacht zu werden, und zwar unabhängig von ihren Bemühungen zur Stabilisierung. Auf dem Arbeitsmarkt erwies sich das Strafregister als grösste Hürde. So berichteten die befragten Männer, dass ihre Vorstrafen häufig zu direkten Ablehnungen führten. Viele andere hätten sich aufgrund der erwarteten Ablehnung gar nicht erst für eine Bewerbung entschieden, sondern gaben den Versuch auf, Arbeit zu finden. Die antizipierte Stigmatisierung führte zu Rückzug, Vermeidung und Resignation. Auch die Wohnungssuche stellte für viele Befragte ein zentrales Problem dar. Neben den Vorstrafen wirkten auch zusätzliche Faktoren wie Einträge in Betreibungsregister oder bestehende Schulden als Stigma Verstärker. Manche Männer erhielten direkte Absagen, andere berichteten von subtileren Formen der Ablehnung. Auch im sozialen Umfeld kam es zu Zurückweisungen durch Partnerinnen und Partner, Freundinnen und Freunden oder der Nachbarschaft, die häufig Gefühle von Isolation, Einsamkeit und Misstrauen verstärkten. Nichtsdestotrotz spielte positive Unterstützung in einzelnen Fällen eine wichtige stabilisierende Rolle.

Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung von *Zahradnik (2021)* betrifft die bedeutsame Rolle der antizipierten Stigmatisierung. Viele der befragten Männer kalkulierten Ablehnung aufgrund ihrer Verurteilung bereits im Vorfeld ein und passten ihr Verhalten

entsprechend an. Auf Verhaltensebene führt die antizipierte Stigmatisierung überwiegend zu Rückzug, Vermeidung und selektiver Offenlegung. Kurzfristig Schutz vor Abwertung bietend, zeigten diese Strategien langfristig eine Verstärkung der Selbststigmatisierung, reduzierte Teilhabechancen und erschwerten den Aufbau neuer Lebensperspektiven. So berichteten die befragten Männer von Verunsicherung, Scham und Misstrauen sowie einem reduzierten sozialen Netzwerk und geringerer sozialer Teilhabe.

Auffällig war zudem, dass gerade Männer mit stabilen Resozialisierungsverläufen häufiger von Stigmatisierungserfahrungen berichteten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sie sich aktiver den Anforderungen gesellschaftlicher Kontexte stellten und damit ein höheres Risiko eingingen, mit Stigmatisierung und ablehnenden Haltungen konfrontiert zu werden.

Insgesamt verdeutlicht die Studie, dass Stigmatisierung nicht als punktuelles Ereignis verstanden werden kann, sondern ein strukturelles Hindernis darstellt, welches den gesamten Reintegrationsprozess beeinflusst. Für die Praxis bedeutete dies, dass eine erfolgreiche Reintegration nicht allein durch individuelle Bemühungen gesichert werden kann, sondern auch eine kritische Reflexion institutioneller Abläufe sowie die Entwicklung Stigma-sensibler Unterstützungsangebote benötigt, die die Betroffenen nicht nur vor weitere Abwertung schützen, sondern auch ihre Teilhabechancen aktiv stärken.

### **Therapeutischer Umgang mit Stigmatisierung aus Sicht der *Integrativen Therapie***

Die *Integrative Therapie*, bietet eine differenzierte theoretische Grundlage sowie praxisorientierte Konzepte, um Stigmatisierung und ihrer Folgen im therapeutischen Kontext begegnen zu können. Nachfolgend sollen einige integrative Konzepte vorgestellt werden, die ich als besonders hilfreich erachte.

#### *Desillusionierte Anthropologie (Petzold, 2003a)*

Das Integrative Verfahren vertritt eine desillusionierte Anthropologie. Damit grenzt sie sich von idealisierten und allzu optimistischen Vorstellungen über den Menschen ab. Die desillusionierte Anthropologie geht davon aus, dass der Mensch weder moralisch überlegen noch ideal ist, sondern erkennt den Menschen in seinen Ambivalenzen an. Er ist fähig zu Fürsorge, Entwicklung, Kreativität, Beziehung und Wachstum, hat aber auch destruktive Anteile und ist fähig zu Gewalt, zu Zerstörung und weist Grenzen auf.

In meiner Arbeit mit strafrechtlich verurteilten Personen half mir die Haltung der desillusionierten Anthropologie insbesondere damit, die Ambivalenzen des Menschseins zu würdigen. Dadurch konnte ich sowohl die Idealisierung als auch die Dämonisierung meiner Patienten und Patientinnen vermeiden. Ich sah den Menschen, der vor mir sass, so wie er war - mit seinen positiven und seinen destruktiven Anteilen. Diese Perspektive ermöglichte es mir Ressourcen sichtbar zu machen, ohne die begangenen Taten zu verharmlosen. Eine

solche Haltung, zieht stigmatisierenden Zuschreibungen wie «hoffnungslos» oder «Monster» den Boden unter den Füßen weg. Gleichzeitig liess sich das Konzept der desillusionierten Anthropologie in die psychoedukative Arbeit miteinbeziehen. Patienten und Patientinnen lernten, ihre destruktiven Seiten anzuerkennen, ohne sich dabei vollständig abzuwerten sowie zu erkennen, dass jeder Mensch zu positiven und destruktiven Dingen fähig ist. Dies wirkte einer Selbststigmatisierung entgegen und eröffneten Möglichkeiten, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.

#### *Exzentrizität und Mehrperspektivität (Petzold, 2002b; Petzold 2003a)*

Mit Exzentrizität ist die Fähigkeit des Subjekts gemeint, sich selbst und seine Umwelt in den Blick zu nehmen, bewusst zu erleben, zu reflektieren und zu relativieren. Im therapeutischen Prozess wechseln wir als Therapeuten und Therapeutinnen zwischen Zentrierung (bei sich selbst sein), Involvierung (beim Patienten oder der Patientin sein) und Exzentrizität. Exzentrizität ermöglicht Mehrperspektivität, also die Fähigkeit mehrere Blickwinkel und Standpunkte zu betrachten und einzubeziehen. Die Vielförmigkeit der Wirklichkeit, kann nicht durch einfache Erklärungsmodelle und Ursache-Wirkung Zusammenhänge verstanden und erklärt werden.

Die Fähigkeit Exzentrizität einzunehmen, ermöglichte es mir immer wieder inneren Abstand zu nehmen und sowohl meine eigenen Reaktionen als auch gesellschaftliche Zuschreibungen kritisch zu reflektieren. Die Mehrperspektivität erachte ich als besonders wichtig, da sie es uns ermöglicht verschiedene Blickwinkel einzubeziehen und nicht bei einer eindimensionalen Erklärung stehen zu bleiben. Durch Mehrperspektivität berücksichtige und integriere ich verschiedene Sichtweisen. Dieser multiperspektivische Zugang ermöglicht es, die komplexe Lebensgeschichte eines straffällig gewordenen Menschen zu verstehen und Handlungsmotive einzuordnen, ohne sie zu entschuldigen. Gerade dadurch lässt sich das Schwarz-Weiss-Denken der Stigmatisierung aufbrechen: An die Stelle eines einzigen Merkmals oder eines vereinfachten Etiketts, tritt nun ein differenziertes Verständnis, das den Menschen in seiner Vielschichtigkeit sichtbar macht und anerkennt.

#### *Intersubjektivität und Alterität (Petzold, 2000h; Petzold, 1980g und Petzold, 2003a)*

Das Prinzip der Intersubjektivität basiert auf der ontologischen Grundformel «Sein ist Mitsein» (vgl. G. Marcel). Die therapeutische Beziehung wird als ein intersubjektives Geschehen angesehen mit dem sich Therapeut oder Therapeutin und Patient oder Patientin in einem Prozess der «intersubjektiven Ko-Respondenz» befinden (Petzold, 1980g, S.242). Das Ziel der intersubjektiven Ko-Respondenz ist die Herstellung von Konsens (oder Konsens im Dissens) zwischen Therapeuten oder Therapeutin und Patient oder Patientin. Das Intersubjektivitätsprinzip der Integrativen Therapie besagt, dass der Mensch ein einzigartiges Subjekt mit Würde und Integrität ist, dass ko-respondierend auf den Menschen

ausgerichtet ist, durch Mitmenschen motiviert wird und auf deren Antwort angewiesen ist. Der Mensch wird zum Menschen durch seine Mitmenschen und wird zum Subjekt durch Intersubjektivität. Damit ist aber nicht gemeint, dass das Subjekt sich durch die Intersubjektivität auflöst oder die Subjekte sich ineinander verlieren. Hier greift das Prinzip der Alterität. Ich anerkenne den anderen in seine Andersheit. Das andere Subjekt, welches mir gegenüber ist, hat immer eine grundlegend andere Subjektivität. Jeder Mensch bleibt dem anderen in Teilen unverfügbar. Die eigene Subjektivität konstituiert sich nur durch fremde Subjektivität. Intersubjektivität findet also dort statt, wo andere von mir anerkannt werden und ich von Anderen als Subjekt anerkannt werde. Dadurch ist eine Auseinandersetzung auf Augenhöhe mit Wertschätzung möglich. Intersubjektivität ermöglicht Begegnung.

Die Prinzipien von Intersubjektivität und Alterität unterstützen mich darin, Prozessen der Verdinglichung (ausgelöst durch Stigmatisierung) entgegenzuwirken. Mein Gegenüber war kein Objekt, sondern ein Subjekt, das mit Würde und Respekt behandelt werden muss, unabhängig von der begangenen Straftat. Im hierarchisch geprägten Kontext der forensischen Psychiatrie, in dem die Therapeutin oder der Therapeut oftmals als Instanz galt, die bestimmt und Recht hat, war diese Haltung besonders wichtig für mich. Indem ich die Grenzen meiner Patienten und Patientinnen respektierte, beispielsweise wenn sie mir etwas nicht mitteilen wollten, verhinderte ich eine entmenschlichende Dynamik. So blieb ich durchgehend in einer respektvollen Beziehung, die die Würde des Gegenübers wahrte. Stigmatisierende und objektivierende Zuschreibungen wie «er ist nur der Täter» oder «Fall» konnten so aufgebrochen werden und im Zentrum stand ein Mensch mit Rechten und Eigenständigkeit.

*Die doppelte Expertenschaft (Petzold, 2012q; Leitner und Höfner, 2020 und Höfner et al. 2024)*

Ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Grundregel und Grundhaltung der Integrativen Therapie ist die doppelte Expertenschaft. Anerkennung dieser, bedeutete letztlich, dass unsere Patienten und Patientinnen die Experten und Expertinnen für die eigenen Lebenssituation sind, während wir Therapeuten und Therapeutinnen die Experten respektive Expertinnen für Fachwissen sind.

In der forensischen Arbeit begegnet man Patienten und Patientinnen häufig zuerst über Akten, in denen bereits zahlreiche Annahmen, Hypothesen und Zuschreibungen festgehalten sind. Nicht selten entstand so ein Bild, das von Stigmatisierung und Verdinglichung geprägt ist. Die Haltung der doppelten Expertenschaft hilft diesem Prozess entgegenzuwirken. Sie erinnerte mich stets daran, dass ich den Patienten oder die Patientin nicht allein verstehen kann. Egal über wie viel Fachwissen ich verfüge, egal wie viel Akten

ich studiert habe - um das Leben, die Motive und das Handeln meiner Patienten und Patientinnen verstehen zu können, bin ich auf ihre Expertise angewiesen. Durch die wechselseitige Anerkennung wird ein respektvoller und nicht-stigmatisierender Zugang möglich.

#### *Identitätsarbeit und Fünf Säulen der Identität (Petzold 2012q)*

Identitätsarbeit ist ein lebenslanger, ko-kreativer Prozess, in dem Menschen ihre Identität in Auseinandersetzung mit sich selbst und bedeutsamer Anderer fortwährend gestaltet und entwickeln. Identitätsarbeit findet in allen zentralen Lebensbereichen statt, die in Form der '5 Säulen der Identität' beschrieben werden. Diese Säulen bilden das Fundament für eine tragfähige Identität. Kommt es zu Brüchen oder Einbrüchen in einer oder mehreren dieser Säulen, kommt das gesamte Identitätsgefüge ins Wanken. In diesem Zusammenhang wird das Konzept der transversalen Identität eingeführt. Darunter wird eine pluriforme, dynamische Identität verstanden, die nicht auf ein einziges Merkmal oder eine Rolle reduziert ist, sondern verschiedene Lebensbereiche, Erfahrungen und Zugehörigkeiten integriert. Das Ergebnis gelungener Identitätsarbeit ist die Entwicklung von persönlicher Souveränität. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, die eigene Identität trotz Krisen oder Konflikten aktiv zu gestalten und handlungsfähig zu bleiben. Sie zeigt sich unter anderem in der Kompetenz, Differenzen auszuhalten, Grenzen zu akzeptieren und einen eigenständigen Weg in der Gestaltung des Lebens zu finden. Persönliche Souveränität ist der Ausdruck einer gefestigten, transversalen Identität, die nicht sofort ins Wanken gerät, wenn eine Säule angegriffen wird.

Wie bereits ausführlich in der vorliegenden Arbeit beschrieben, wirken Stigmatisierungsprozesse massiv auf die Identität der Betroffenen ein. Empirische Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Resozialisierung eng damit verbunden ist, dass es Betroffenen gelingt, eine neue, positive Identität aufzubauen und sich von der ausschliesslichen Festlegung auf die Täter oder Täterinnen Rolle zu lösen (Maruna, 2001). Dadurch ergibt sich die Bedeutung der Identitätsarbeit in der forensischen Therapie. Sie ermöglicht alle Aspekte der Identität wieder in den Blick zu nehmen und an Brüchen und Defiziten in diesen Bereichen zu arbeiten und Ressourcen zu stärken. Dadurch wird deutlich, dass die Identität vielschichtiger ist, als die Zuschreibung «Täter» oder «Täterin» und dies nicht die einzige Identitätsgrundlage darstellt. Stattdessen eröffnen sich neue Perspektiven und die Möglichkeit ein anderes Selbstverständnis aufzubauen.

#### *Die vier Wege der Heilung und Förderung (Petzold, 2012h und Höfner et al., 2024)*

Die *Integrative Therapie* beschreibt vier zentrale Zugänge, über die Heilung, Förderung und Entwicklung unterstützt werden können. Der erste Weg der Bewusstseinsarbeit meint die intersubjektive Reflexion biografischer Erfahrungen, Probleme,

unbewusster Konflikte und Traumata. Das Ziel ist eine korrigierende Einsicht und die Auflösung narrativer Fixierungen. Der zweite Weg, die Nach- und Neusozialisation, beschreibt die Lernerfahrungen, die Patienten und Patientinnen durch therapeutische Beziehungserfahrungen machen können. Korrigierende emotionale Erfahrungen sollen Defizite oder frühere Verletzungen kompensieren und Grundvertrauen wiederherstellen. Die Patienten und Patientinnen lernen Emotionen zu erkennen, zu differenzieren und auszudrücken. Beim dritten Weg, der ressourcenorientierten Erlebnisaktivierung, geht es um die Aktivierung von Ressourcen durch kreative, erlebnis- und bewegungszentrierte Methoden. Patienten und Patientinnen werden ermutigt Neugierde auf sich selbst zu entwickeln. Der vierte Weg der Heilung und Förderung, die Solidaritätserfahrung und alltagspraktische Hilfen, umfasst die Förderung psychosozialer Netzwerke und konkrete Unterstützung im Alltag wie beispielsweise Stressbewältigung, gesunde Gewohnheiten. Das Ziel dieses Weges ist die Stärkung des Gefühls von sozialer Zugehörigkeit und die Integration in gesellschaftliche Strukturen.

Alle 'vier Wege der Heilung und Förderung' sind in der forensischen Arbeit bedeutsam und greifen ineinander. In Hinblick auf die Stigmatisierung, erachte ich besonders den dritten Weg, die ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, als zentral. Er ermöglicht es eigene Stärken, Fähigkeiten und Potentiale (wieder) zu entdecken. Dadurch können neue Selbstbilder entstehen, die das bisherige Selbstverständnis erweitern.

## **Fazit**

Stigmatisierung stellt ein komplexes Phänomen dar, welches tief in gesellschaftliche Strukturen eingebettet ist und für betroffene Personen gravierende Folgen haben kann. Wie in dieser Arbeit aufgezeigt, wirken Stigmatisierungen auf psychischer, sozialer und struktureller Ebene und können massiv in Identität, Selbstkonzept und Lebensführung eingreifen. Besonders bei straffällig gewordenen Menschen zeigt sich, dass Stigmatisierung Identitätsprozesse beeinträchtigt, Selbstwirksamkeitserleben mindert und soziale Teilhabe nachhaltig erschwert. Sie beeinflusst nicht nur den Resozialisierungsprozess, sondern führt häufig auch zu Selbststigmatisierung, Rückzug und Scham.

Auf theoretischer Ebene verdeutlicht *Goffmans* Stigma Konzept (1963/1975), dass Stigma als soziales Urteil verstanden werden muss, das auf Abweichung und Zuschreibung basiert. Die Integrative Identitätstheorie nach *Petzold* (2012q) erweitert dieses Verständnis, indem sie Stigmatisierung als Identitätsverletzung begreift, die sämtliche Dimensionen des personalen Systems betreffen kann. Damit wird Stigmatisierung als mehrdimensionaler Prozess erkennbar, der individuelle, interpersonelle und gesellschaftliche Ebene miteinander verknüpft.

Empirische Befunde, wie jene von *Zahradnik* (2021) zeigen, dass Stigmatisierungserfahrungen im Verlauf von Vollzug und Reintegration eine Belastungsquelle darstellen können. Insbesondere die antizipierte Stigmatisierung führt häufig zu Rückzug, Misstrauen und Selbststigmatisierung und wirkt damit als Hindernis für soziale Reintegration. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung erfordert daher nicht nur individuelle Bemühungen der Betroffenen, sondern auch institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen im Umgang mit straffällig gewordenen Personen.

Gesamthaft zeigt sich, dass der therapeutische Umgang mit Stigmatisierungen nicht als isoliertes Handlungsfeld verstanden werden kann. Er erfordert eine Haltung, die soziale Zuschreibungen kritisch reflektiert und Beziehungsgestaltung als zentrales Wirkfeld begreift. Es sollen Räume geschaffen werden, in denen Menschen wieder als ganze Person wahrgenommen werden können. Die *Integrative Therapie* kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie individuelle, soziale und strukturelle Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt und Identitätsarbeit als Kernaufgabe versteht. Zentrale Konzepte der *Integrativen Therapie*, von denen einige in dieser Arbeit erläutert wurden, können dazu beitragen stigmatisierende Zuschreibungen zu dekonstruieren, Identitätsentwicklung zu fördern und persönliche Souveränität als Ziel therapeutischer Arbeit erfahrbar zu machen.

## **Zusammenfassung/ Summary**

### **Zusammenfassung: Stigma Straftäter - Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen**

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Phänomen der Stigmatisierung straffällig gewordener Menschen und ihrer Auswirkungen. Aufbauen auf Goffmans Stigma Theorie und der *Integrativen* Identitätstheorie nach *Petzold* wird Stigmatisierung als soziale Zuschreibung und zugleich als tiefgreifende Verletzung der Identität verstanden. Anhand empirischer Befunde und praxisnaher Beispiele wird aufgezeigt, wie Stigmatisierung Reintegration behindern und Selbststigmatisierung fördern kann. Aus der Perspektive der Integrativen Therapie werden ausgewählte Konzepte vorgestellt, die Wege eröffnen, Stigmatisierungsprozesse im therapeutischen Alltag achtsam zu begegnen, zu reflektieren und ihnen professionell zu begegnen.

**Schlüsselwörter:** Stigmatisierung, Straffälligkeit, forensische Psychotherapie, Identität, Identitätsarbeit

### **Summary: Stigma Offenders: The Stigmatization of People with Criminal Convictions**

The present paper examines the phenomenon of stigmatization of individuals with criminal convictions and its implications. Building on Goffman's theory of stigma and *Petzold's* integrative theory of identity, stigmatization is understood both as a social attribution and as a profound violation of personal and social identity. Based on empirical findings and practice-oriented examples, the paper illustrates how stigmatization can hinder reintegration and foster self-stigmatization. From the perspective of Integrative Therapy, selected concepts are introduced that provide ways to approach, reflect on, and professionally address stigmatization processes with mindfulness in therapeutic practice.

**Keywords:** Stigmatization, criminality, forensic psychotherapy, identity, identity work

## Literaturverzeichnis

- Baldenius, I. (1996). Eine Frage der Ehre: Überlegungen zur Täter-Opfer-Dichotomie bei sexuellem Mißbrauch. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 20(1/2), 7-28.
- Böckle, M., Brunner, F., Cubasch-König, C. & Jobst A. (2023). Theoretische Grundlagen der Integrativen Therapie mit kreativen Medien. In C. Cubasch-König, A. Jobst & M. Böckle (Hrsg.), *Kreative Medien in der Psychotherapie. Perspektiven für die Praxis* (s. 19-33). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Christie, N. (1977). Conflicts as property. *The British Journal of Criminology*, 17(1), 1–15.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., Barr, & L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875–884.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., Rüsck, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A.C., & Rüsck, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale-short form: Reliability and validity. *Psychiatry Research*, 199(1), 65–69.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsck, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15.
- Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. University of Chicago Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1975). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (6. Aufl.). Suhrkamp.
- Höfner, C., Mantl, G., & Stefan, R. (2024). *Integrative Therapie* (1. Auflage). facultas.
- James, S. A., Hartnett, S. A., & Kalsbeek, W. D. (1983). John Henryism and blood pressure differences among Black men. *Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 259–278.
- Krumm, S. (2022). Das Stigmakonzept – Soziologische Einordnung, Desiderate und Weiterentwicklungen. *Kerbe*, 2(2022). Abgerufen am 19.8.2025 unter [https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2022/04/Kerbe\\_2\\_2022\\_Leseprobe.pdf](https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2022/04/Kerbe_2_2022_Leseprobe.pdf)
- LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409–432.
- Leitner, A., & Höfner, C. (Hrsg.). (2020). *Handbuch der Integrativen Therapie* (2. Aufl.). Springer.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.

- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. American Psychological Association.
- Petzold, H. G. (1980g). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie* (S. 223–290). Junfermann.
- Petzold, H. G. (2000h). Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). *Polyloge*, 11, 1–45.
- Petzold, H. G. (2002b). Zentrale Modelle und Kernkonzepte der Integrativen Therapie. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 2, 1–45.
- Petzold, H.G. (2003a) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Junfermann Verlag.
- Petzold, H. G. (2009h). Stigma – die dunkle Seite der Identität. Vortrag auf der Tagung „Identität in Beratung und Therapie“, 5.–6. Juni 2009, Donau-Universität Krems. *Textarchiv H. G. Petzold et al.* FPI-Publikationen. Verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2009b-stigma-die-dunkle-seite-der-identitaet/>
- Petzold, H.G. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die «Vier Wege der Heilung und Förderung» und die «14 Wirkfaktoren» als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung, *komplexe Humantherapie III*.
- Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In H.G. Petzold (Hrsg.). *Identität*. (s. 407 – 603) VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Rüsch, N., Holzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G.A., Bohung, M., ... & Corrigan, P.W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766–73.
- Schölzhorn, M. (2009). Differentielle Arbeit mit Missbrauchs- und Gewalttätern im Kontext der Kinderschutzarbeit – Perspektiven Integrativer Therapie. *POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 31, 1–24.
- Siegel, K., Lune, H., und Meyer, I.H. (1998). Stigma management among Gay/ bisexual men with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, 21(1), 3–23.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (1999). Covering up what can't be seen: Concealable stigma and mental control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 474–486.

Sørensen, M., & Petzold, H. G. (2009). Stigma und sexuelle Gewalt. *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*, 10, 1–31. FPI-Publikationen.

Universität Zürich, Rechtswissenschaftliche Fakultät. (2020). *Täterschaft und Teilnahme (Alleintäter und mittelbare Täter) [Vorlesungsskript, Version mit Lösungen]*.

Abgerufen am 1.9.2025 von [https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:896339e0-0119-480a-9d74-](https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:896339e0-0119-480a-9d74-1660ee83608/20_Täterschaft%20und%20Teilnahme%20(Alleintäter%20und%20mittelbare%20Täter)%20Version%20mit%20Lösungen.pdf)

[1660ee83608/20\\_Täterschaft%20und%20Teilnahme%20\(Alleintäter%20und%20mittelbare%20Täter\)%20Version%20mit%20Lösungen.pdf](https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:896339e0-0119-480a-9d74-1660ee83608/20_Täterschaft%20und%20Teilnahme%20(Alleintäter%20und%20mittelbare%20Täter)%20Version%20mit%20Lösungen.pdf)

Zahradnik, F. (2021). Stigmatisierungserfahrungen strafrechtlich verurteilter Männer im Reintegrationsprozess: Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie in der Schweiz. *Soziale Probleme*, 32(2), 193–218.