

von Suchodoletz, Waldemar und Macharey, Georg

Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 9, S. 711-723

urn:nbn:de:bsz-psydok-46962

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
15	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
20	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern

Waldemar von Suchodoletz und Georg Macharey

Summary

Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective

Stigmatization can strongly affect the social integration of children and adolescents with developmental and behavioral disorders. The goal of the study was to investigate negative and positive labeling of speech-language impaired children as perceived by their parents. We analyzed 386 parental questionnaires on stigmatization by and support from other children, family members and other adults. Half of the parents reported stigmatization of their child. They perceived negative labeling and exclusion most frequently in the child's peer group, but also among family members. Support was more common than negative labeling, however. There was a strong positive relationship between negative labeling and behavioral problems. Parents of children with developmental and behavioral disorders often perceive stigmatization of their child. Therefore, in counseling such families child and adolescent psychiatrists should address this issue adequately and recommend appropriate coping strategies.

Key words: stigmatization – support – language impairment – behavioral problems

Zusammenfassung

Stigmatisierung kann die soziale Integration entwicklungs- oder verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher erheblich beeinträchtigen. In der vorliegenden Studie wird untersucht, welche positiven und negativen Umweltreaktionen von Eltern sprachauffälliger Kinder erlebt werden. Ausgewertet wurden 386 Elternfragebögen zu Stigmatisierung und Unterstützung in den Bereichen Kindergruppen, Familie und weiterem Umfeld. Etwa 50 % der Eltern sprachauffälliger Kinder gaben negative Reaktionen des Umfeldes gegenüber ihrem Kind aufgrund der Entwicklungsauffälligkeiten an. Über herabsetzendes Verhalten und Ausgrenzung wurde am häufigsten in Kindergruppen, aber auch in der eigenen Familie berichtet. Das Umfeld reagiert aber nicht nur negativ, sondern oft mit Verständnis und Rücksichtnahme. Es zeigte sich, dass die Umweltreaktionen wesentlich durch das Verhalten des Kindes beeinflusst werden. Stigmatisierung wird von Eltern entwicklungs- oder verhaltensauffäl-

liger Kinder häufig wahrgenommen. Reaktionen des Umfelds und sinnvolle Coping-Strategien müssen deshalb im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung ausreichend thematisiert werden.

Schlagwörter: Stigmatisierung – Unterstützung – Sprachstörung – Verhaltensstörung

1 Einleitung

Der Begriff Stigma wurde 1963 von Goffman (1963) in die soziologische Literatur eingeführt. Als Stigma bezeichnete Goffman ein Merkmal, das eine Person nachhaltig herabwürdigt und das durch Generalisierung als charakteristisch für die gesamte Persönlichkeit angesehen wird. Goffman's Stigma-Konzept wurde von Psychiatern recht bald aufgegriffen und hinsichtlich seiner Relevanz für die Betreuung psychisch Kranker überprüft.

Empirische Untersuchungen zur Stigmatisierung psychotischer Patienten machten deutlich, dass negative Zuschreibungen eine wesentliche Ursache für Kontaktverluste und eine nachhaltige Beschädigung des Selbstwertgefühls schizophrener Patienten sind (Link u. Phelan 2001; Link et al. 2001). Es zeigte sich, dass Stigmatisierung zur zweiten Krankheit werden und die sozialen Chancen eines Patienten erheblich beeinträchtigen kann.

Um Stigmatisierungsprozessen entgegenzusteuern, rief die World Psychiatric Association (WPA) 1996 das weltweite Anti-Stigma-Projekt „Open the Doors“ ins Leben. In Deutschland entstanden unter dem Dach der 1999 gegründeten nationalen Initiative lokale Programme wie die Bayerische Anti-Stigma-Aktion (BASTA) mit dem internetbasierten Stigma-Alarm-Netzwerk (SANE). Ziel dieser Anti-Stigma-Kampagnen ist es, durch Aufklärung der Öffentlichkeit, die Organisation von Begegnungen mit psychisch Kranken und durch Proteste gegen konkrete Diskriminierungshandlungen Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung gegenüber psychiatrischen Patienten zu verändern (Gaebel et al. 2005).

1.1 Stigmatisierung von Kindern

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fand eine Auseinandersetzung mit den Folgen von Stigmatisierung bislang kaum statt, obwohl im Alltag Ausgrenzung und abwertendes Verhalten gegenüber psychisch kranken oder entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen nicht selten zu beobachten sind. Empirische Untersuchungen zur Häufigkeit herabsetzender Etikettierungen und deren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf fehlen weitgehend. Stigmatisierung wird allenfalls im Zusammenhang mit Bullying diskutiert (Eisenberg u. Aalsma 2005; McArdle 2001; Scheithauer et al. 2003; Spitzcok von Brisinski 2005). Als Risikofaktoren für Kinder, Opfer von Bullying zu werden, haben sich mangelhafte soziale Fähigkeiten, kognitive Defizite und der Besuch von Sondereinrichtungen erwiesen. Diese Merkmale sind somit bedeutende Stigmata, die Ausgrenzung und Diskriminierung in Gang setzen. Als Folgen

von Bullying werden depressive Verstimmungen, das Gefühl der Hilflosigkeit, geringes Selbstwertgefühl und soziale Isolierung genannt (Espelage u. Swearer 2003; Gasteiger Klicpera u. Klicpera 2001; van der Wal et al. 2003), aber auch aggressives Verhalten (Nansel et al. 2003), Schulversagen (Eisenberg et al. 2003; Juvonen et al. 2000) und eine Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit (Rigby 1999).

Der Frage, ob und wie ausgeprägt Stigmatisierung durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auftritt, sind Lücke und Knölker (1991) nachgegangen. Ein Drittel der von ihnen befragten Eltern gab an, dass eine Information über den stationären Aufenthalt dazu führte, dass andere ihrem Kind gegenüber mit Unverständnis, Befangenheit oder Kontaktvermeidung reagierten. Offene Ablehnung oder Hänseleien wurden nur selten bemerkt (6 %). Die Kinder selbst fühlten sich als Folge der stationären psychiatrischen Therapie häufiger (jedes zweite Kind) ausgegrenzt, als dies von den Eltern wahrgenommen worden war.

1.2 Fragestellungen

Bei Kindern mit Entwicklungsstörungen werden psychiatrische Symptome, wie sie zum Beispiel bei jedem zweiten Kind mit Sprachentwicklungsstörungen zu beobachten sind, ganz wesentlich auf Stigmatisierungsprozesse zurückgeführt (McArdle 2001). Bislang gibt es aber kaum empirische Belege für diese Annahme. Untersuchungen, wie viele der Betroffenen negative Attributionen erleben, fehlen.

In der vorliegenden Studie gingen wir der Frage nach, ob Eltern sprachgestörter Kinder Stigmatisierung aufgrund der Entwicklungsauffälligkeiten ihres Kindes erleben, in welchen Lebensbereichen ausgrenzende Reaktionen besonders verbreitet sind und durch welche Faktoren das Ausmaß negativer Etikettierungen beeinflusst wird. Da neben ablehnenden auch unterstützende Reaktionen und Verständnis zu erwarten sind, wurden auch als positiv bewertete Umweltreaktionen in die Betrachtung mit einbezogen.

2 Methodik

2.1 Untersuchungsmethode

Zur Erfassung von Stigmatisierung wurde in Anlehnung an den „Perceived Stigma Questionnaire“ von Link (1987) ein Fragebogen für Eltern von Kindern mit Sprachauffälligkeiten entwickelt. Die Items beziehen sich auf Reaktionen aufgrund der Entwicklungsauffälligkeit des Kindes und betreffen Unverständnis, Gering-schätzung/Ablehnung, Kontaktvermeidung und Befangenheit/Unechtheit. Ergänzt wurde der Fragebogen durch Items zu unterstützenden Reaktionen (Verständnis, vermehrte Hilfe/Kontaktaufnahme) und zu Bewältigungsstrategien der Eltern. Die Items betreffen das Verhalten sowohl gegenüber dem Kind als auch gegenüber den Eltern. Dabei wurde getrennt nach Reaktionen anderer Kinder (nur gegenüber dem Kind), von Familienangehörigen und von Seiten anderer Erwachsener gefragt. Das Rating erfolgte auf einer vierstufigen Likert-Skala.

Zur Erhöhung der Validität des Fragebogens wurde eine erste Version einem Expertenrating unterworfen. 28 Experten (Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Sprachtherapeuten) wurden gebeten einzuschätzen, ob die Fragen geeignet sind, Stigmatisierung und Unterstützung zu erfassen und ob sie verständlich formuliert wurden. Im Ergebnis dieses Ratings erfolgte eine Überarbeitung des Fragebogens. Die endgültige Fassung enthielt 58 Items zu Stigmatisierung und Support.

Um auch Informationen über das Störungsbild und die Lebensumstände des Kindes zu erhalten, wurden zusätzlich Fragen nach der Art und Schwere der sprachlichen Beeinträchtigung, zu sonstigen Entwicklungsproblemen, zum Verhalten (Kurzform der Conners Scala; Steinhausen 1993), zur familiären Situation und der Wohngegend aufgenommen. Wie in einer früheren Studie mit diesem Fragebogen gezeigt werden konnte, stimmt die Einschätzung von Eltern und Therapeuten hinsichtlich der Entwicklungsbesonderheiten der Kinder weitgehend überein (Limm u. von Suchodoletz 1999).

2.2 Stichprobe

877 Eltern sprachauffälliger Kinder erhielten über Sprachtherapeuten, Sprachheilkindergärten und -schulen den Stigma-Fragebogen zusammen mit einem Anschreiben. Die Möglichkeit für ein Kontrollgruppendesign, wie es sonst üblich ist, war nicht gegeben, da die Eltern nur Reaktionen auf die Entwicklungsauffälligkeiten ihrer Kinder bewerten sollten. Auf eine Einbeziehung von Eltern sprachunauffälliger Kinder wurde deshalb verzichtet. Die Rücksendung erfolgte anonym in einem voradressierten und frankierten Rückumschlag. 386 Eltern schickten den ausgewerteten Fragebogen zurück. Die Fragebögen wurden überwiegend durch die Mutter (73 %) oder beide Eltern (16 %) ausgefüllt. Seltener waren es der Vater (6 %) oder andere Personen (3 %). Meist handelte es sich um Eltern von Kindern im Vor- und Grundschulalter (Abb. 1).

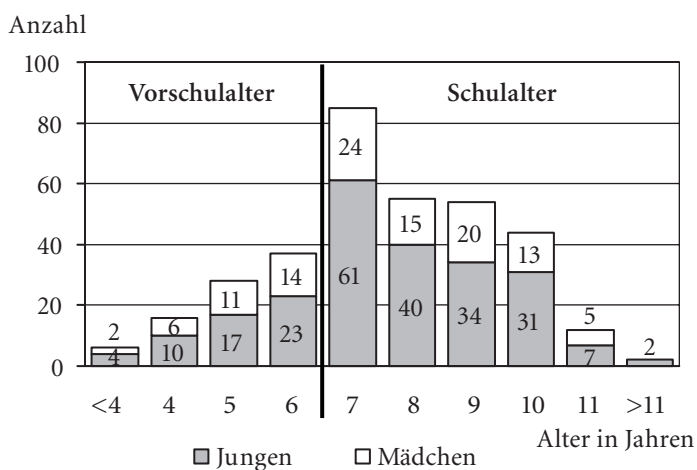


Abb. 1: Alter und Geschlecht der Kinder

Die Zahl der Jungen überwog deutlich gegenüber der der Mädchen (64 % zu 36 %), wie es in einem Kollektiv von Kindern mit Sprachstörungen nicht anders zu erwarten ist. Nach den Angaben der Eltern hatten 18 % der Kinder eine Stottersymptomatik, 24 % eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung und 9 % eine isolierte Artikulationsstörung. Bei einigen Kindern standen Lern- (12 %) oder Verhaltensstörungen (4 %) bei nur geringen Sprachauffälligkeiten im Vordergrund und bei 33 % der Kinder gaben die Eltern an, dass gegenwärtig nur leichte Entwicklungs Besonderheiten zu beobachten seien.

3 Ergebnisse

Sowohl Items, die abwertendes Verhalten als auch solche, die eine Tendenz zur Kontaktvermeidung bzw. einem Ausschluss aus der Kindergruppe anzeigen, wurden jeweils von bis zu 25 % der Eltern als zutreffend angegeben (Tab. 1). Sprachliche Auffälligkeiten wirken somit häufig als stigmatisierendes Merkmal.

Tab. 1: Häufigkeit wahrgenommener Stigmatisierung sprachgestörter Kinder und deren Eltern durch andere Kinder [K], Familienmitglieder [F] und andere Erwachsene [E] (Angaben in Prozent)

Ich habe das Gefühl, dass aufgrund der Entwicklungs- auffälligkeit andere Kinder/Familienmitglieder/andere Erwachsene		<i>nein/eher nein</i>			<i>ja/eher ja</i>		
		<i>K</i>	<i>F</i>	<i>E</i>	<i>K</i>	<i>F</i>	<i>E</i>
Kinder	mein Kind ärgern	77	93	96	23	7	4
	mein Kind verspotten	81	96	98	19	4	2
	mein Kind für dumm halten	83	94	88	17	6	12
	mein Kind ungern als Freund haben/ dessen Anwesenheit weniger erwünscht ist	75	86	88	25	14	12
	um mein Kind einen Bogen machen/ Kontakt zu meinem Kind vermeiden	89	97	91	11	3	9
Eltern	über uns abfällige Bemerkungen machen	–	88	87	–	12	13
	Kontakt zu uns Eltern meiden	–	93	90	–	7	10
	uns die Schuld geben	–	85	85	–	15	15

Eine Stigmatisierung sprachgestörter Kinder wird von den Eltern nicht in allen sozialen Bezügen in gleicher Häufigkeit wahrgenommen. Abbildung 2 zeigt die Höhe der Stigma-Scores für die drei berücksichtigten sozialen Bereiche (Kindergruppe, Familie, andere Erwachsene). Die Stigma-Scores wurden durch Mittelwertsbildung aus den Einzelitems berechnet und haben entsprechend der Itemkodierung eine Skalenbreite von 0 bis 3. Wie aus Abbildung 2 ersichtlich wird, erleben Eltern stigmatisierendes Verhalten gegenüber ihrem Kind insbesondere von Seiten anderer Kinder. Eine multivariate Varianzanalyse ergab hoch signifikante Unterschiede der Stigma-Scores in den verschiedenen sozialen Bezügen (Pillai $F = 45,884$; $p < 0,001$). Im anschließenden Paarvergleich (T-Test für abhängige Stichproben) zeigte sich, dass

von Seiten der Familienangehörigen und anderer Erwachsener signifikant seltener diskriminierendes Verhalten wahrgenommen wurde als von Seiten anderer Kinder ($T = 11,341$; $p < 0,001$ bzw. $T = 9,818$; $p < 0,001$). Die Unterschiede zwischen dem Ausmaß abwertenden Verhaltens innerhalb der Familie und von Seiten anderer Erwachsener waren nur gering, jedoch statistisch signifikant ($T = 2,471$; $p = 0,014$).

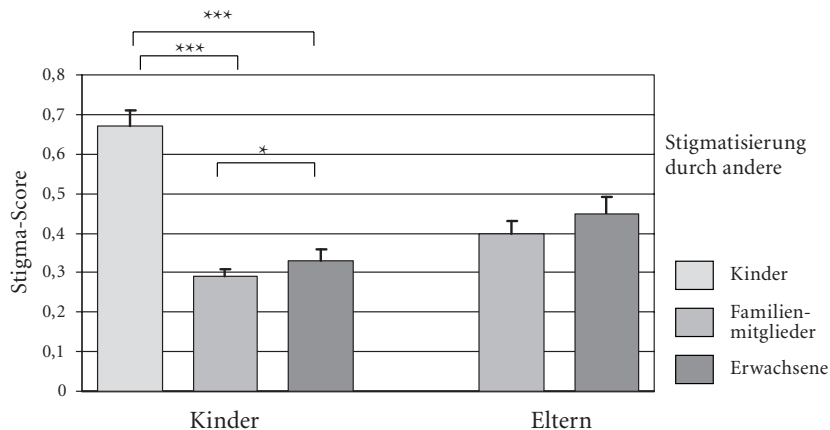


Abb. 2: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder und deren Eltern
(Stigma-Score mit Standardfehler, * = $p < 0,05$; *** = $p < 0,001$)

Wenn von Eltern Stigmatisierung durch das Umfeld angegeben wird, dann ist diese häufig auf einen der sozialen Bereiche begrenzt (Abb. 3) und betrifft oft nur einzelne abwertende Verhaltensmuster (Abb. 4). Eine generelle Ablehnung eines Kindes ist eher die Ausnahme. Andererseits wird aber von insgesamt 50 % der Eltern mindestens eines der Stigma-Items als zutreffend bezeichnet, ein Hinweis darauf, wie verbreitet stigmatisierendes Verhalten im Alltag ist.

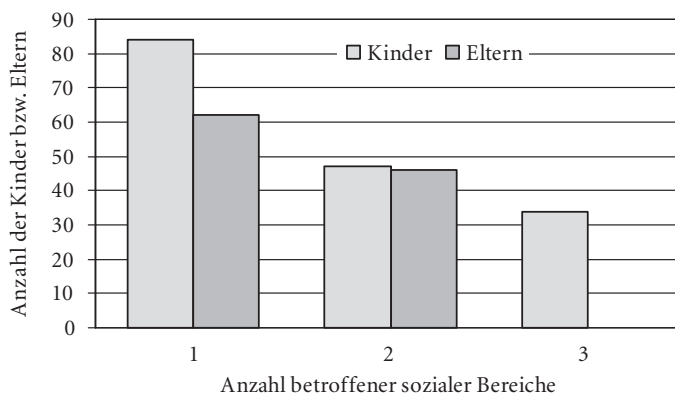


Abb. 3: Anzahl der sozialen Bereiche pro Kind bzw. Eltern, in denen Stigmatisierung wahrgenommen wurde (bei den Kindern berücksichtigte soziale Bereiche: andere Kinder, Familienmitglieder, andere Erwachsene; bei den Eltern berücksichtigte soziale Bereiche: Familienmitglieder, andere Erwachsene)

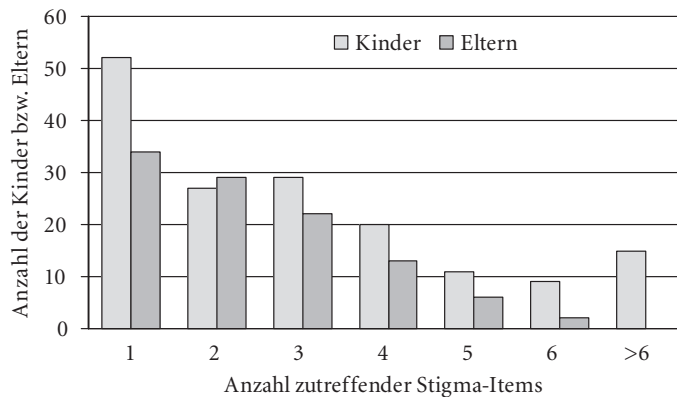


Abb. 4: Anzahl als zutreffend angekreuzter Stigma-Items pro Kind bzw. Eltern

Die Eltern erleben eine negative Etikettierung, die sie als Reaktion auf die Entwicklungsauffälligkeit ihres Kindes ansehen, nicht nur gegenüber ihrem Kind, sondern auch sich selbst gegenüber (Tab. 1). Etwa 30 % der Eltern geben mindestens eines der Stigma-Items als für sich zutreffend an. Der Stigma-Score ist für den familiären Bereich tendenziell niedriger ($T = 1,712$; $p = 0,088$) als für den außerfamiliären (Abb. 2). Die Stigma-Gesamtscores für Kinder und Eltern korrelieren hoch signifikant miteinander ($r_{sp} = 0,684$; $p < 0,001$). Es fühlen sich somit insbesondere diejenigen Eltern vom Umfeld abgelehnt, die auch bei ihren Kindern Stigmatisierung erleben. Einige Eltern versuchen, negative Etikettierungen dadurch zu vermeiden, dass sie die Auffälligkeiten ihres Kindes verharmlosen oder den Kontakt zu Personen vermeiden, die sich negativ über ihr Kind äußern (Tab. 2).

Tab. 2: Bewältigungsstrategien von Eltern sprachgestörter Kinder gegenüber Familienmitgliedern [F] und anderen Erwachsenen [E] (Angaben in Prozent)

Bewältigungsstrategie	nein/eher nein		ja/eher ja	
	F	E	F	E
Ich verharmlose die Auffälligkeit	89	88	11	12
Ich vermeide den Kontakt, weil andere abfällig reden	90	89	10	11

Die Umwelt reagiert auf Kinder mit Sprachauffälligkeiten aber nicht nur abwertend und ablehnend, sondern häufig auch mit Verständnis und Zuwendung (Tab. 3). Die Eltern berichten darüber, dass sie die Interaktion anderer mit ihrem Kind oft als unbefangen und unterstützend erleben. Der Support-Score (Abb. 5) ist für das Verhalten innerhalb von Kindergruppen signifikant niedriger als für die intrafamiliären Beziehungen ($T = 9,685$; $p < 0,001$) oder die Reaktionen von Seiten anderer Erwachsener ($T = 8,831$; $p < 0,001$).

Tab. 3: Häufigkeit wahrgenommener Unterstützung sprachgestörter Kinder und deren Eltern durch andere Kinder [K], Familienmitglieder [F] und andere Erwachsene [E]
(Angaben in Prozent)

Ich habe das Gefühl, dass aufgrund der Entwicklungsauffälligkeit andere Kinder/Familienmitglieder/andere Erwachsene		nein/eher nein			ja/eher ja		
		K	F	E	K	F	E
Kinder	mit meinem Kind unbefangen umgehen	21	20	15	79	80	85
	für mein Kind viel Verständnis haben	58	20	28	42	80	72
	meinem Kind vermehrt helfen/unterstützen	70	54	57	30	46	43
Eltern	viel Verständnis haben	–	33	35	–	67	65
	dass ich offen über die Auffälligkeit sprechen kann	–	18	21	–	82	79

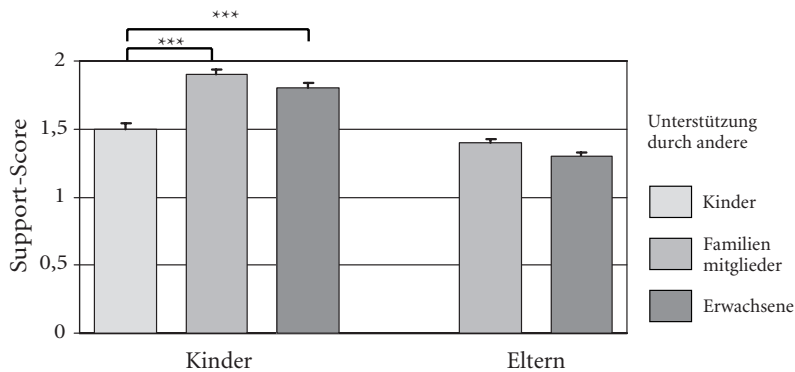


Abb. 5: Unterstützung sprachgestörter Kinder und deren Eltern
(Support-Score mit Standardfehler, *** = $p < 0,001$)

Um zu überprüfen, ob das Ausmaß von Stigmatisierung bzw. Unterstützung mit individuellen oder soziodemographischen Variablen in Zusammenhang steht, wurden Stigma- und Support-Gesamtscores (Mittelwerte der Scores der sozialen Einzelbereiche) gebildet und Haupteffekte sowie Interaktionen mit dem Allgemeinen Linearen Modell berechnet. Als abhängige Variablen wurden die vier Gesamtscores (Stigma- bzw. Support-Gesamtscore für Kinder sowie Eltern) herangezogen und als unabhängige Variablen die Faktoren Störungsbild, Geschlecht des Kindes, ethnische Zugehörigkeit (deutsch vs. nicht deutsch), Schulabschluss der Mutter, Familienstand der Eltern, Wohnortgröße sowie als Kovariaten der Conners Score und das Alter des Kindes. Dabei ergab sich nur für das Verhalten des Kindes (Conners Score) ein signifikanter Haupteffekt (Pillai $F = 5,392$; $p = 0,001$). Eine nachfolgende univariate Analyse zeigte signifikante Effekte des Conners Scores auf den Stigma-Gesamtscore des Kindes ($F = 17,722$; $p < 0,001$) und den der Eltern ($F = 8,444$; $p = 0,004$), nicht jedoch auf die Support-Scores. Für alle anderen betrachteten möglichen Einflussfaktoren konnten keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zu Stigma- oder Support-Scores nachgewiesen werden.

4 Diskussion

Psychische Auffälligkeiten und Behinderungen sind nicht nur im Erwachsenenalter, sondern auch im Kindes- und Jugendalter bedeutsame Stigmata, die zu diskriminierendem Verhalten Anlass geben (Dawkins 1996; Hinshaw 2005). Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass dies auch für Sprachauffälligkeiten gilt. Bei der Interpretation der von uns erhobenen Befunde sind allerdings Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Befragung erfolgte anonym, um ein möglichst ehrliches Antwortverhalten zu erreichen. Dadurch bestand andererseits aber keine Möglichkeit, Nicht-Antwörter zu erinnern, was den Rücklauf beeinträchtigte. Eine Verzerrung der Häufigkeitsverteilung durch einen hohen Anteil an Nicht-Antwörtern ist somit nicht auszuschließen. Unsere Untersuchungsergebnisse lassen aber den Schluss zu, dass aus der Sicht vieler Eltern Sprachauffälligkeiten Stigmatisierungsprozesse auslösen, die bei der Betreuung berücksichtigt werden sollten. Verlässliche Angaben über die Häufigkeit negativer Zuschreibungen sind aus unseren Daten allerdings nicht abzulesen. Ein zweiter bei der Interpretation zu berücksichtigender Faktor besteht darin, dass von den Eltern erlebte Reaktionen des Umfeldes auf die Entwicklungsbesonderheiten ihrer Kinder und nicht die Reaktionen selbst erfasst wurden. Die Wahrnehmung der Eltern muss nicht unbedingt dem tatsächlichen Verhalten der anderen entsprechen. Sie ist aber ein wesentlicher Aspekt im Verarbeitungsprozess und somit für die kinder- und jugendpsychiatrische Beratungspraxis von erheblicher Relevanz. Dass das Erleben der Eltern der Realität nicht widerspricht und sprachauffällige Kinder tatsächlich häufig Ablehnung erfahren, dafür spricht eine Studie von Knox und Conti-Ramsden (2003). Diese Arbeitsgruppe berichtete darüber, dass in der Schule sprachentwicklungsgestörte Kinder dreimal so häufig Opfer von Bullying werden wie ihre Klassenkameraden.

4.1 Stigmatisierung und Kommunikationskompetenz

Aus der soziologischen Literatur ist bekannt, dass für das Ausmaß von Stigmatisierung Sichtbarkeit einer Normabweichung und der Grad der Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit von entscheidender Bedeutung sind. Ist der Verlauf des Interaktionsprozesses schwer vorhersehbar, so führt dies zu einer Verunsicherung der Partner, wodurch Ablehnung und Ausgrenzung provoziert werden. Wie unsere Ergebnisse zeigen, erleben Eltern von Kindern mit Einschränkungen der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit nicht selten diskriminierende Reaktionen. Sowohl in der Kindergruppe und dem weiteren Umfeld als auch in der eigenen Familie werden herabsetzende Bemerkungen und eine Ausgrenzungstendenz wahrgenommen. Meist sind aber nicht alle sozialen Bezüge in gleicher Weise betroffen.

4.2 Stigmatisierung und Verhaltensauffälligkeiten

Als ein wesentlicher, das Ausmaß von Stigmatisierung beeinflussender Faktor hat sich in unserer Untersuchung das Verhalten der Kinder erwiesen. Der Score für auffälliges Sozialverhalten korrelierte hoch signifikant sowohl mit dem Stigma-Score

der Kinder als auch mit dem der Eltern. Aus der Bullying-Forschung ist bekannt, dass Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom, mit Störungen des Sozialverhaltens oder einem Asperger Syndrom nicht nur häufig andere Kinder drangsaliieren, sondern auch ein erhöhtes Risiko tragen, selbst Opfer von Bullying zu werden (Spitzcok von Brisinski 2005). Wie negativ sich insbesondere Verhaltensabweichungen im sozialen Kontext auswirken, geht auch daraus hervor, dass in der Schule der soziale Status von Kindern mit Verhaltensstörungen noch niedriger ist als der von Kindern mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen (Dumke et al. 1993).

Aber nicht nur selbst wahrgenommene Verhaltensabweichungen, sondern schon allein deren Erwartung kann Anlass zu Diskriminierung sein. Milich et al. (1992) beobachteten den Interaktionsprozess zwischen Paaren von Kindern, die einander nicht kannten. Einigen Kindern wurde gesagt, dass ihr Interaktionspartner Verhaltensprobleme hätte. In diesen Fällen wurde das als verhaltensgestört bezeichnete Kind weniger freundlich behandelt und seltener ins Spiel einbezogen als Kinder, deren Interaktionspartner diese Information nicht erhalten hatten. Die betroffenen Kinder spürten die Ablehnung und verstärkten wiederum durch ihr eigenes Verhalten die negativen Reaktionen.

Eine Einbeziehung von Eltern verhaltens- oder entwicklungsauffälliger Kinder in den Stigmatisierungsprozess wird in der Literatur gelegentlich erwähnt, war bislang aber kaum Gegenstand empirischer Forschung. In dem von uns befragten Kollektiv fühlten sich die Eltern ähnlich häufig von Familienangehörigen oder Erwachsenen im weiteren Umfeld abgelehnt, wie sie es für ihre Kinder erlebten. Vergleichbar berichteten Lücke und Knölker (1991) darüber, dass sich 25 % der Eltern, deren Kinder in der Kinderpsychiatrie stationär behandelt worden waren, aufgrund dieser Tatsache vom Umfeld ausgegrenzt ansahen. Selbst bei erwachsenen psychiatrischen Patienten sind deren Eltern Stigmatisierungsprozessen ausgesetzt (Phelan et al. 1998).

Sozialer Rückzug und das Gefühl, abgelehnt zu werden, kann aber auch Folge von Selbststigmatisierung sein. Betroffene befürchten negative Reaktionen, werten Äußerungen anderer übermisstrauisch und vermeiden deshalb den Umgang mit denjenigen, von denen sie Ausgrenzung erwarten. Allerdings korreliert die Erwartung von Ablehnung nicht unbedingt mit den tatsächlichen Einstellungen des Umfeldes. In einer Studie von Norvilitis et al. (2002) zeigte sich, dass Mütter von Kindern mit einem hyperkinetischen Syndrom davon ausgehen, dass andere Mütter negativ gegenüber hyperkinetischen Kindern eingestellt sind. Eine Befragung von Müttern unauffällig entwickelter Kinder ergab jedoch, dass dies häufig nicht der Fall ist und somit Befürchtungen betroffener Eltern nicht immer begründet sind.

4.3 Stigmatisierung von Eltern

Die Häufigkeit der Einbeziehung von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder in den Stigmatisierungsprozess erklärt sich insbesondere daraus, dass Eltern nicht selten für Entwicklungsverzögerungen oder Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder als verantwortlich angesehen werden. Ihnen wird ein unzureichendes familiäres Engagement und Inkompetenz bei der Erziehung vorgeworfen. Wie in der soziologischen Forschung gezeigt werden konnte, werden unter auffälligen Personen insbesondere

diejenigen von anderen abgelehnt und ausgegrenzt, denen eine eigene Verantwortung für die Störung zugeschrieben wird (Cloerkes 2000). Crandall und Moriarty (1995) untersuchten das Ausmaß sozialer Ablehnung bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Als entscheidender Faktor erwies sich neben der Schwere des Störungsbildes der Grad der angenommenen eigenen Verantwortlichkeit für die Erkrankung.

4.4 Unterstützung entwicklungsauffälliger Kinder

Die Umwelt reagiert aber gegenüber Kindern mit psychischen Problemen oder Entwicklungsauffälligkeiten nicht nur mit Ablehnung und Ausgrenzung. Wie die Ergebnisse unserer Studie verdeutlichen, erleben Eltern entwicklungsauffälliger Kinder sehr häufig Akzeptanz und Verständnis. Ob allerdings „positive Stigmatisierung“ als protektiver Faktor wirkt und wesentlich dazu beitragen kann, kränkende Äußerungen ohne Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zu verarbeiten, muss offen bleiben. Der Aspekt der unterstützenden Umweltreaktionen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten hat in der empirischen Forschung bislang kaum Beachtung gefunden.

4.5 Stigma-Management

Einige der von uns befragten Eltern gaben an, dass sie die Entwicklungsauffälligkeiten ihres Kindes gegenüber anderen verharmlosen und den Kontakt zu Personen, die für ihr Kind wenig Verständnis aufweisen, einschränken. Derartige Strategien zur Vermeidung von Stigmatisierung sind allerdings wenig erfolgversprechend. Wie Erfahrungen von psychotischen Patienten zeigen, führt das Verschweigen einer psychiatrischen Behandlung, das Ausweichen vor Situationen, in denen Stigmatisierung befürchtet wird, oder die Aufklärung anderer über die Erkrankung eher zu einer Verstärkung als zu einer Reduktion von Ablehnung und Ausgrenzung (Link et al. 1991).

Eine Verbesserung der Akzeptanz und der sozialen Integration von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen oder Entwicklungsstörungen setzt eine Veränderung der Einstellung der Öffentlichkeit voraus. Im Gegensatz zur Erwachsenen-Psychiatrie gibt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aber bislang keine systematisch angelegten Anti-Stigma-Kampagnen. Bemühungen, zum Beispiel durch Informationsveranstaltungen in Schulen, Vorurteile gegenüber psychisch kranken Kindern und Jugendlichen abzubauen, sind wenig verbreitet. Eher wird der Reduzierung von Bullying Aufmerksamkeit geschenkt. Um ein Drangsalieren unter Kindern frühzeitig zu erkennen, wurden Checklisten für die Identifikation von Bullying-Opfern und für Lehrer Handlungsanleitungen für ein Bullying-Management entwickelt (Spitzcok von Brisinski 2005). Evaluationsstudien zur Effektivität von Bullying-Präventionsprogrammen erbrachten insgesamt widersprüchliche Ergebnisse. Während in mehreren Studien über eine Reduktion von Bullying um 30 bis 70 % berichtet wurde (DeRosier u. Marcus 2005; Eisenberg u. Aalsma 2005), konnte in einer groß angelegten Überprüfung der Effektivität eines zweijährigen Bullying-Präventionsprogramms an 39 Schulen der USA weder eine Reduktion von Bullying noch eine Veränderung der Haltung gegenüber diesem beobachtet werden (Smith 2003).

5 Fazit für die Praxis

Stigmatisierung ist eine alltägliche Erfahrung von Kindern mit Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen. Trotzdem wird diskriminierendes Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weder als Folge noch als Ursache psychischer Auffälligkeiten ausreichend beachtet und in Beratungsgesprächen nur selten thematisiert. Kinder und Eltern erfahren keine adäquate Unterstützung beim Umgang mit Ablehnung und Ausgrenzung, so dass sie meist ineffektive Coping-Strategien einsetzen.

Mögliche Stigmatisierung sollte ein fester Bestandteil von Beratungsgesprächen werden. Zudem sollte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit spezifischen Programmen der Anti-Stigma-Kampagne „Open the Doors“ der WPA anschließen, um durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zu einem Abbau von Vorurteilen gegenüber psychiatrisch betreuten Kindern und Jugendlichen beizutragen.

Literatur

- Cloerkes, G. (2000): Soziologische Grundlagen. In: Grohnfeldt, M. (Hg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie – Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 217–235.
- Crandall, C. S.; Moriarty, D. (1995): Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology* 34: 67–83.
- Dawkins, J. L. (1996): Bullying, physical disability and the paediatric patient. *Developmental medicine and child neurology* 38: 603–612.
- DeRosier, M. E.; Marcus, S. R. (2005): Building friendships and combating bullying: Effectiveness of S. S. GRIN at the one-year follow-up. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34: 140–150.
- Dumke, D.; Schaefer, G.; Osinski, M.; Wirtz, E. (1993): Entwicklung behinderter und nichtbehinderter Schüler in Integrationsklassen. Einstellungen, soziale Beziehungen, Persönlichkeitsmerkmale und Schulleistungen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Eisenberg, M. E.; Aalsma, M. C. (2005): Bullying and peer victimization: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 36: 88–91.
- Eisenberg, M. E.; Neumark-Sztainer, D.; Perry, C. L. (2003): Peer harassment, school connectedness, and academic achievement. *Journal of School Health* 73: 311–316.
- Espele, D. L.; Swearer, S. M. (2003): Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review* 32: 356–383.
- Gaebel, W.; Möller, H. J.; Rössler, W. (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C. (2001): Viktimisierung durch Gleichaltrige als Entwicklungsrisiko. *Zeitschrift der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 29: 99–111.
- Goffman, E. (1963): Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hinshaw, S. P. (2005): The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46: 714–734.
- Juvonen, J.; Nishina, A.; Graham, S. (2000): Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of educational psychology* 92: 349–359.
- Knox, E.; Conti-Ramsden, G. (2003): Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language Communication Disorders* 38: 1–12.

- Limm, H.; Suchodoletz, W. von (1999): Professionelle Unterstützungssysteme aus der Sicht von Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Frühförderung interdisziplinär* 18: 84–91.
- Link, B. G. (1987): Understanding labelling effects in the area of mental disorder. An assessment of the effects of expectations of reaction. *American sociological review* 52: 96–112.
- Link, B. G.; Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363–385.
- Link, B. G.; Mirotznik, J.; Cullen, F. T. (1991): The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of health and social behavior* 32: 302–320.
- Link, B. G.; Struening, E. L.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; Phelan, J. C. (2001): Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services* 52: 1621–1626.
- Lücke, M.; Knölker, U. (1991): Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 138–147.
- McArdle, E. (2001): Communication impairment and stigma. In: Mason, T.; Carlisle, C.; Watkins, C.; Whitehead, E. (Hg.): *Stigma and social exclusion in healthcare*. London: Routledge, S. 92–103.
- Milich, R.; McAnich, C. B.; Harris, M. J. (1992): Effects of stigmatizing information on children's peer relations: Believing is seeing. *School psychology review* 21: 400–409.
- Nansel, T. R.; Overpeck, M. D.; Haynie, D. L.; Ruan, W. J.; Scheidt, P. C. (2003): Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 157: 348–353.
- Norvilitis, J. M.; Scime, M.; Lee, J. S. (2002): Courtesy stigma in mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A preliminary investigation. *Journal of Attention Disorders* 6: 61–68.
- Phelan, J. C.; Bromet, E. J.; Link, B. G. (1998): Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin* 24: 115–126.
- Rigby, K. (1999): Peer victimisation at school and the health of secondary school students. *British Journal of educational psychology* 69: 95–104.
- Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): *Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, P. K.; Ananiadou, K.; Cowie, H. (2003): Interventions to reduce school bullying. *Canadian Journal of Psychiatry* 48: 591–599.
- Spitzczok von Brinsinski, I. (2005): Bullying/Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15: 83–115.
- Steinhausen, H.-C. (1993): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Van der Wal, M. F.; de Wit, C. A.; Hirasing, R. A. (2003): Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 111: 1312–1317.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Waltherstraße 23, D-80337 München; E-Mail: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de