

Lücke, Malte und Knölker, Ulrich

Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 4, S. 138-147

urn:nbn:de:bsz-psydok-34785

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

Behinderte Interaktion

GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child)	265
KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities)	254
SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children)	250
VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Streß und Streßbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction)	260

Erziehungsberatung

BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers)	222
HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services)	55

Familientherapie

KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family)	293
V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives)	368

Forschungsergebnisse

BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Streß im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment)	204
BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients)	322
BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children)	134
HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children)	78

HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project)	61
HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions)	90
LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit)	138
MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family)	184
REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents)	96
SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions)	85

Jugendhilfe

SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation)	171
--	-----

Praxisberichte

BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents)	177
FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome)	375
ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center)	284

Psychotherapie

ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule)	298
--	-----

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von Malte Lücke und Ulrich Knölker

Zusammenfassung

In einer als Pilotstudie angelegten Fragebogenuntersuchung an $n = 40$ Kindern und Jugendlichen, die stationär in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt worden waren, und $n = 25$ Eltern ehemaliger Patienten gaben knapp ein Drittel der befragten Eltern an, daß ihre Kinder nach der stationären Behandlung in unterschiedlicher Weise stigmatisierende Reaktionen seitens der über den Klinikaufenthalt informierten Umwelt erfahren haben. Die Patienten selbst meinten zur Hälfte solche Reaktionen erlebt zu haben. Korrelative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Stigmatisierung und demographischen Variablen, objektiven wie auch subjektiven Merkmalen der stationären Behandlung, bzw. Variablen aus dem Bereich psychiatrierelevanter Einstellungen auf seiten der Befragten waren statistisch nur selten zu sichern. Manchen Eltern und Patienten fällt es aus Angst vor stigmatisierenden Reaktionen, wie die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, sogar im engen Familienkreis schwer, über die Tatsache des Psychiatrieaufenthaltes des Kindes vollständige Offenheit herzustellen. Der vorliegende Artikel betont, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie sich dem Problem der Stigmatisierung ihrer Patienten offensiv stellen sollte, und zeigt Wege auf, wie dieses Problem bei der Gestaltung der stationären Therapie und bei der Interaktion der Klinik mit der Öffentlichkeit berücksichtigt werden könnte.

1 Einleitung

Spätestens seit ERVING GOFFMANS bahnbrechenden Arbeiten aus den 60er Jahren (GOFFMAN 1961, 1963) hat der Begriff des Stigmas bzw. der Stigmatisierung Einzug in die Sozialwissenschaften gehalten. GOFFMAN definiert Stigma als ein sozial diskreditierendes Attribut, das sich aus dem Anderssein eines Menschen im Hinblick auf ein spezifisches Wesens- oder Verhaltensmerkmal ableitet und die Wahrnehmung dieses Menschen durch seine Umwelt in entscheidender Weise prägt. Selbst wenn dieses kritische Merkmal an sich nur einen sehr begrenzten Teilbereich der Person betrifft oder auch nur temporärer Natur ist: Als Stigma wird es generalisiert – auf die Person als ganze und auf unbefristete Zeit. Die Identität des Stigmatisierten definiert sich nicht mehr über seine individuelle Vielschichtigkeit, sondern nur mehr über das ihm anhaftende Stigma, das zum „key distinguishing fea-

ture of the person in the eyes of others“ wird und für das gilt: „Stigma spoils normal identity permanently“ (GOFFMAN 1963).

Ob diskreditiert oder diskreditierbar: „Träger eines Stigmas“, so TILMAN MOSER in seiner Einleitung zur deutschen Ausgabe von GOFFMANS „Stigma“, „leben ein schweres Leben: sie werden abgelehnt, verbreiten Unbehagen, lösen Beklemmung aus bei den gesunden, gefährden deren eigenes zerbrechliches Normal-Ich, so weit der Defekt für jeden erkennbar ist. Andere, mit geheimerem Stigma belastet, müssen verleugnen, täuschen, spielen, um weiterhin als normal zu gelten; sie leben in Angst vor Entdeckung und Isolierung. Einsam sind beide.“

Es hat geraume Zeit gedauert, bis das in der Literatur nicht erst seit FRISCH (1950, 1961) reflektierte Konzept des Stigmas und der Stigmatisierung auch innerhalb der Psychiatrie Aufmerksamkeit gefunden hat. Dabei scheint zumindest in der Medizin kaum eine andere Disziplin so sehr Anlaß zu haben, das Problem der Stigmatisierung genauestens im Auge zu behalten. FREIDSON (1979) verdanken wir den Hinweis darauf, daß sich die gesellschaftlichen Erwartungen und Überzeugungen, die psychisch Kranken entgegengebracht werden, in einem sehr zentralen Punkt von denjenigen unterscheiden, die nach PARSONS (1951) üblicherweise mit der Krankenrolle verknüpft werden: Wird dem somatischen Patienten zumeist zugestanden, daß seine Krankheit nicht seine Schuld sei, so wird der psychisch Kranke für sein Leiden persönlich verantwortlich gemacht (ABLON 1981). Gilt psychische Krankheit aber als moralisches Vergehen des Opfers, dann ist die Stigmatisierung des psychischen Kranken unausweichlich. Recht eindrucksvoll hat dies unter anderem die empirische Studie von KIRK (1975) nachgewiesen, die anhand von fiktiven Kasuistiken zeigte, daß Probanden auf Menschen mit psychischen Störungen insbesondere dann ablehnend reagieren, wenn sie deren Störung als gleichsam selbstverschuldet einstufen: „When the individual is believed to be responsible for his deviance, some form of punishment is likely to be involved in the way others respond to it.“

Wenn die Psychiatrie schließlich danach zu fragen begann, inwieweit ihre Patienten von Stigmatisierungsprozessen betroffen sind (vgl. TROJAN 1978), so tat sie dies zumeist unter der Perspektive, daß gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse auf ein vulnerables Individuum pathogen wirken und auf diese Weise schwere, psychiatrisch behandlungsbedürftige Störungen auslösen können, oder unter dem Aspekt, daß die Existenz seiner

Symptome dem psychisch Kranken stigmatisierende Reaktionen seitens der Umwelt eintragen könnten. Daß psychisch auffällige bzw. erkrankte Patienten außer über ihre Symptome, aber gerade eben auch durch die Tatsache ihrer *Behandlung in der Psychiatrie* stigmatisiert werden könnten – nicht zuletzt deswegen, weil im Bewußtsein breiter Kreise der Öffentlichkeit erst die Tatsache der psychiatrischen Behandlung aus einem zuvor lediglich als eigentümlich apostrophierten Verhalten ein Symptom mit Krankheitswert werden läßt (CRIPE u. BENSON 1980) –, hat man demgegenüber nur selten in Betracht gezogen. Auch in der wissenschaftlichen Literatur sind Studien, die sich dieser zweiten Frage widmen, eher die Ausnahme.

Dies gilt – gerade in der Beschäftigung mit Stigmatisierung verbieten sich unzulässige Generalisierungen! – für die psychiatrische Forschung im deutschen Sprachgebiet leider in noch wesentlich höherem Maße als für den angloamerikanischen Raum. Von dort liegt eine Reihe von Untersuchungen vor, die der Frage nach der Stigmatisierung im Gefolge psychiatrischer Behandlung verdienstvollerweise *nicht* ausgewichen ist.

AGNES MILES (1984) stellte an Patienten einer psychiatrischen Poliklinik fest, daß sich diese in ihrer überwiegenden Mehrheit von ihren Freunden, Verwandten und Nachbarn stigmatisiert und zurückgewiesen fühlten und diese Ablehnung als „a consequence of going to psychiatrist and attending a psychiatric unit, rather than the consequence of any problems or symptoms they have“ erlebten.

Zu vergleichbaren Resultaten kam in einer Studie an Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik in England KEVIN TEASDALE (1987), der in Anlehnung an GOFFMAN bzw. auch an ALLPORT (1954) bei diesen Patienten 4 Strategien des Stigma Managements beobachtete: Während einige Patienten ihre Besuche in der Tagesklinik vor ihrer Umwelt verheimlichten, stellten andere vollkommene Offenheit her. Eine dritte Gruppe leugnete die psychiatrische Ausrichtung der Tagesklinik, und wieder andere Patienten schließlich reagierten mit einem aktiven Rückzug von der stigmatisierungsträchtigen Umwelt und fixierten sich nahezu völlig auf die ihnen innerhalb der Einrichtung erwachsenden Kontakte.

DEBORAH BUSHWAY (1986) identifizierte in ihrer Studie vier Faktoren, die für die Entscheidung, psychiatrische Hilfen in Anspruch zu nehmen maßgeblich sind und stellte fest, daß diesbezüglich außer Aspekten der Problembelastung insbesondere auch Befürchtungen hinsichtlich stigmatisierender Umweltreaktionen eine große Bedeutung zukommt.

ELANE NUEHRING (1979) beobachtete an ehemaligen Patienten amerikanischer State Hospitals für Psychiatrie, daß das Ausmaß, in dem diese sich von seiten ihrer Umwelt stigmatisiert fühlten, mit dem Grad, in dem ihre Familien sie als Belastung erlebten, korrespondierte. Für beide Variablen ergaben sich mittlere Ausprägungen.

In Interviews mit ehemaligen Patienten einer Klinik für Psychiatrie in Schottland fragten GORDON et al. (1979) unter anderem danach, in welchem Maße die Pa-

tienten im Gefolge der stationären Therapie innerhalb ihres sozialen Umfeldes auf veränderte Einstellungen ihnen gegenüber gestoßen seien. Die Antworten ließen erkennen, daß Stigmatisierungsprozesse nur in ca. 10% der Fälle und überdies ausschließlich im Bereich von Arbeit und Beruf, nicht aber im häuslichen Umkreis erlebt worden waren. Fast die Hälfte der Befragten berichtete allerdings, daß sich im Zuge der stationären Behandlung Änderungen in ihrem *Social Life* ergeben hätten. Etwa 30% der ehemaligen Patienten sprachen von einem wachsenden sozialen Rückzug und gaben an, daß sich ihre sozialen Kontakte deutlich verengt hätten.

Diese Aufzählung wäre durch Studien zu ergänzen, die der Frage stigmatisierender Reaktionen in Verbindung mit psychiatrischen Behandlungen auf experimentellem Wege nachgingen (u. a. BLUEN u. GOODMAN 1984; FARINA et al. 1971, PETERS 1975, SHERMAN 1971, ZIMMERMAN 1974). Beispielhaft sei hier die Untersuchung von SIBICKY u. DOVIDIO (1986) erwähnt, die nicht nur nachwies, daß Versuchspersonen über vermeintlich in Psychotherapie stehende Gesprächspartner nach Ende des Gespräches wesentlich negativere Urteile fällten als über andere, sondern auch dem sich im Falle der Stigmatisierung stellenden Problem sich selbst bewahrheitender Prophezeiungen auf die Spur kam: Im Rating neutraler Experten zeigten die (selbst ahnungslosen) Gesprächspartner den Versuchspersonen gegenüber, von denen sie als Psychotherapieklienten angesehen wurden, tatsächlich ein deutlich geringeres Maß an sozial angepaßtem und zugewandtem Gesprächsverhalten.

Untersuchungen wie die eben genannten haben in ihren Herkunftsländern innerhalb der Psychiatrie eine nicht unerhebliche Sensibilität gegenüber dem Thema psychiatrieimmanenter Stigmatisierungsprozesse – für PAUL FINK (1986) „the most critical problem facing the profession“ – aufgebaut und eine lebhafte Diskussion über die Hintergründe dieser Stigmatisierung in Gang gebracht. Verdienstvollerweise ist in dieser Diskussion auch die Frage, inwiefern gerade auch die *Psychiater selbst* am Zustandekommen dieser Stigmatisierung beteiligt sind, nicht ausgespart worden. BAR-LEVAVS Aussage von 1976, „Psychiatrists appear to share in the responsibility for perpetuating such a stigma“, knüpft an die Mahnung von PAGE u. PAGE (1974) an, derzufolge die herkömmliche Psychiatrie in ihrem Umgang mit den Patienten „a poor role model for the community“ ist.

FINK (1983, 1986) moniert in diesem Zusammenhang unter anderem auch die teilweise destruktive und gering-schätzige, für ihn schlechterdings neurotische Art, wie innerhalb der Psychiatrie fachliche Konflikte ausgetragen werden. Mit seiner Bemerkung, „We sometimes have an extraordinary disrespect for the discoveries, techniques, and interventions of psychiatrists whose approaches of the patient are different from ours“ (FINK 1986), greift er einen Gedanken auf, den vor ihm beispielsweise auch MCCONVILLE (1975) formulierte. Das Stigma der Psychiatrie führt er dabei nicht zuletzt auf das mangelnde Selbstbewußtsein der Psychiater und deren höchstpersönliche Angst zurück, auch ihrerseits zum Objekt von

Stigmatisierung zu werden – zum einen im Rahmen einer Generalisierung des Stigmas ihrer Patienten auf die Therapeuten, zum anderen aber auch vor dem Hintergrund von subjektiven Überzeugungen und Vorurteilen hinsichtlich der vermeintlichen Unwissenschaftlichkeit, Ineffizienz und Fragwürdigkeit ihrer Methoden (vgl. hierzu McCONVILLE 1975, WEST u. WALSH 1975 und NADELSON 1981), die zugegebenermaßen zumindest in der Vergangenheit ja auch nicht immer über jeden Zweifel erhaben waren.

Von seiten der deutschsprachigen Psychiatrieforschung hat das Thema der Stigmatisierung im Gefolge von psychiatrischer Behandlung nur wenig Aufmerksamkeit erfahren. Für das spezielle Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dieser Mangel in noch höherem Maße zu beklagen, und anders als zuvor können wir uns hier leider auch nicht mit einem Blick auf angloamerikanische Studien behelfen.

Eine Ausnahme stellt diesbezüglich die Arbeit von RODGER LUM (1979) dar, der in einer Interviewstudie an 30 in psychiatrischer Betreuung stehender Kindern und ihrer Eltern zu dem Schluß kam, daß die Patienten so große Befürchtungen hegten, aufgrund ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung stigmatisiert zu werden, daß sie in fast 50% der Fälle die Tatsache der Behandlung vor Nachbarn und Freunden zu verbergen suchten. Obwohl weniger als ein Drittel der Kinder konkrete Stigmatisierungserlebnisse anzuführen vermochten, brachte die Mehrheit der Patienten in den Interviews doch unmißverständlich zum Ausdruck, daß ihr Leben durch die Tatsache, daß sie psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen mußten, mit einer erheblichen Hypothek belastet worden sei.

Im deutschen Sprachraum gibt es zwar eine Vielzahl von katamnестischen Studien, die sich dem Behandlungsergebnis oder der Frage widmen, wie die Patienten und ihre Familien die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik erlebten und bewerteten (STEINHAUSEN 1983 a, b, FRIESE u. NISSEN 1983, JUNGSMANN 1984, JUNGJOHANN u. BECK 1984, KAMMERER et al. 1984, KAMMERER u. GÖBEL 1985). Etikettierungsprozesse wurden bis dato jedoch weitestgehend außer acht gelassen.

So war es dem von CHARLOTTE KÖTTGENS vertretenen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) vorbehalten, das fragliche Thema mit einem 1988 erschienenen Artikel aufs Tapet zu bringen, demzufolge – egal welchen Alters – jeder Patient eines Psychiaters von seiten der Gesellschaft eine Stigmatisierung erfahre und in Zukunft mit Vorurteilen sowie mit realen Benachteiligungen rechnen müsse. Diese Stigmatisierung stehe in der Gefahr, die durch das Engagement des Therapeuten erzielten konstruktiven Effekte wieder zunichte zu machen.

So wenig frei KÖTTGENS Statement von Schärfe und Polemik war: Verglichen mit dem, was die President's Commission on Mental Health 1978 in den USA über die Psychiatrie formulierte – „Stigma isolates and punishes those in need of help. It creates for consumers a

sense of impotency against achieving normalcy, of being acceptable within society. Stigma converts the treatment of mental illness into a horror show.“ (PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 1978; zit. nach CLAUSEN, 1981) – nimmt es sich noch recht gemäßigt aus.

Dennoch: Der Essay KÖTTGENS hat Erwiderungen erfahren, die in ihrer Diktion bis hin zu Forderungen nach Publikationsverbot reichen. Die ganze Interaktion ist ein bezeichnendes Beispiel für das, was FINK (1986) als die „interdisciplinary wars“ apostrophierte, für die gilt: „We rarely act with the reserve, thoughtfulness, and objectivity that we do in the consultation room.“ Der DGSP-Aufsatz ist offenkundig in erster Linie als ein Frontalangriff auf das bestehende System der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung verstanden worden. Ein solcher Angriff ist er zweifellos auch – aber eben: nicht nur! – gewesen. Die in ihm enthaltenen Fragen und Denkanstöße sollten im Interesse der Sache jedoch nüchterner und weniger unter dem Diktat von Abwehr und gegenseitiger Abwertung erörtert werden können, als dies bislang möglich gewesen zu sein scheint.

Einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion, wie auch überhaupt zur Sensibilisierung für das in Rede stehende Thema zu leisten, war Ziel und Anliegen einer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck in die Wege geleiteten empirischen Pilotstudie. Indem wir die 1988 von SCHMIDT u. REMSCHMIDT formulierte Anregung aufgriffen, derzufolge zu den vielen Einflüssen, die von außen auf die Therapie wirkten und folglich in der Forschung mitbeachtet werden mußten, auch die „Art und Weise“ gehöre, wie die Umwelt auf die Tatsache reagiere, daß jemand in psychiatrischer Behandlung sei, widmeten wir uns der Frage, in welchem Ausmaß und in welcher Form sich die Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und ihre Familien von seiten ihrer Umwelt stigmatisierenden Reaktionen ausgesetzt sehen. Erste Ergebnisse dieser Untersuchung, die parallel an vier weiteren Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurde, sollen im folgenden vorgestellt werden. Mögliche Einflüsse des Kliniksettings auf das Stigmatisierungserleben der Patienten und ihrer Familien diskutierten bereits SWANSON u. SPITZER (1970) oder auch ANGERMEYER et al. (1987).

2 Zur Methodik des Projektes

Ein Blick auf die zum Thema Stigma vorliegenden Untersuchungen zeigt, daß sie sowohl im Hinblick auf die angewandte Methodik als auch hinsichtlich der Adressaten deutlich voneinander abweichen. Der Bogen spannt sich von experimentellen Versuchsanordnungen mit Probanden aus studentischem Milieu (BUSHWAY 1986, SIBICKY u. DOVIDIO 1986) bis hin zu in unterschiedlich starkem Maße standardisierten mündlichen bzw. schriftlichen Befragungen von Patienten und ihren Familien (u.a. ANGERMEYER et al. 1985, 1987, ANGERMEYER et al. 1979, NÜHRING 1979), im psychosozial-psychiatrischen

Bereich Beschäftigten (GRAUSGRUBER et al. 1989) sowie potentiell stigmatisierenden Arbeitgebern und Vermietern (BLUEN u. GOODMAN 1984).

Wir haben uns in unserer Studie für eine schriftliche Befragung von stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Patienten und ihren Eltern entschieden. Ihr zugrunde legten wir einen Fragebogen, den wir den Eltern übersandten und in einer kürzeren, inhaltlich z.T. gleichlautenden Version den Kindern zugehen ließen. (Zum Aufbau des *Elternfragebogens* vgl. Tab. 1.)

Tab. 1: *Elternfragebogen zur Frage der Stigmatisierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten*

- Teil 1 *Einstellungen zur KJP* als Institution, zur Genese und Behandlungsbedürftigkeit kinderpsychiatrischer Störungen und zur Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfen, erhoben für den Zeitpunkt vor bzw. nach der Therapie.
- Teil 2 *Eindrücke und Erfahrungen* der Befragten während der Behandlung des Kindes in der KJP.
- Teil 3 *Informationsverhalten* der Befragten gegenüber der Umwelt im Hinblick auf den Aufenthalt des Kindes in der KJP.
- Teil 4 *Verhalten der Umwelt* dem Kind (den Eltern) gegenüber *vor und nach* dem Aufenthalt des Kindes in der KJP – getrennt für *Eingeweihte* und *Nichtinformierte*.
- Dabei 4 Variablen:
- > Unverständnis für Kind (Eltern)
 - > Geringschätzung und Ablehnung
 - > Kontaktvermeidung
 - > Befangenheit und Unehtheit
- Teil 5 *Zufriedenheit* mit Behandlungssetting und Behandlungserfolg.

Die Stigmatisierung im engeren Sinne kam im 4. Teil des Fragebogens zur Sprache. Hatte das eventuelle Wissen um den Klinikaufenthalt eines Kindes einen negativen Einfluß auf das Verhalten der Umwelt diesem Kind gegenüber? Anhand von vier dem klientenkonzentrierten Konzept entlehnten Variablen sollten die Befragten einschätzen, wie sich die Menschen in ihrem *Umkreis vor und nach der Behandlung des Indexpatienten* in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verhielten, und dabei differenzieren zwischen den „Eingeweihten“ und denjenigen, die vom Psychiatraufenthalt des Kindes nichts wußten und als Urheber stigmatisierender Reaktionen somit nicht in Betracht kamen. Von Stigmatisierung wollten wir in diesem Zusammenhang immer dann sprechen, wenn sich im Verhalten der *uninformierten* Menschen im Umfeld des Patienten über die Zeit ein vergleichsweise positiverer Trend zeigte als im Verhalten der Menschen, die von der stationären Behandlung des Kindes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wußten.

In einem zweiten Durchgang wurden die gleichen Items den Befragten mit der Bitte vorgelegt, anstelle des Verhaltens ihrem Kind gegenüber das ihnen selbst widerfahrene Verhalten einzuschätzen. Hiervon erhofften wir uns Aufschluß darüber, inwiefern Stigmatisierungsprozesse sich im Sinne des GOFFMANSchen „Courtesy Stigma“ außer auf den eigentlichen Merkmalsträger auch auf sein unmittelbares familiäres Umfeld richteten.

Einen umfangreichen Fragebogen Kindern vorzulegen, verbietet sich von selbst. Wir haben es unter diesen Umständen vorgezogen, in den *Kinderfragebogen* nur den dritten und vierten Itembock zu übernehmen und auf die Teile 1 und 2 ganz zu verzichten. An die Stelle des fünften Abschnittes traten Fragen, die die Kinder und Jugendlichen um ein subjektives Resümee ihres Klinikaufenthaltes baten. Die Auswertung des Datenmaterials bediente sich in der jetzt abgeschlossenen ersten Evaluationsphase vorwiegend deskriptiv-statistischer Methoden. Die weitergehende Datenbehandlung und -aufbereitung wird einer späteren Projektphase vorbehalten bleiben.

3 Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung übersandten wir unseren Fragebogen im Februar 1989 an die Eltern der $n = 71$ Patienten, die sich zwischen Mai 1987 und Februar 1989 zu einer stationären Behandlung in der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgehalten hatten. In 42 Fällen – wenn die Patienten das 12. Lebensjahr vollendet hatten – fügten wir ein Exemplar unseres Kinderfragebogens bei. Frankierte Rückumschläge – getrennt für Eltern- und Kinderbogen – sollten den Befragten die Rücksendung der Unterlagen erleichtern.

Nach einer einmaligen Erinnerung konnten wir auf einen Pool von 40 Elternfragebögen und 25 Kinderbögen zurückgreifen, so daß sich befriedigende Rücklaufquoten von 56% (Eltern) und 60% (Kinder) ergaben. In 21 Fällen konnten wir Paare aus Eltern- und dazugehörigem Kinderfragebogen bilden; 4mal antworteten uns ehemalige Patienten allein, und 19mal lag uns lediglich ein Elternbogen vor.

Vergleicht man die 40 Eltern, die an der Untersuchung mitzuwirken bereit waren, anhand demographischer Daten mit den 31 Eltern, von denen wir keine Auskunft erhielten, so finden wir nur wenige Unterschiede. Eine markante Abweichung ergibt sich lediglich im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer, die in der Untersuchungsstichprobe mit 23 Wochen um 6–7 Wochen höher lag. Divergenzen bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit und des Alters der Kinder, des elterlichen Sozialstatus, des Familientyps und des Beschulungsniveaus sowie vor allem auch bezüglich des Behandlungserfolges und der diagnostischen Zuordnung der Störungsbilder erreichten ein vernachlässigbar geringes Ausmaß.

Bei der nachfolgenden Darstellung einzelner Ergebnisse aus unserer Studie möchten wir uns inmitten der Vielfalt der innerhalb der Studie berührten Themen ganz bewußt auf 6 Fragestellungen beschränken, die in *unmittelbarem* Zusammenhang mit dem Problemkreis der Stigmatisierung stehen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit stützen wir uns dabei primär auf die Resultate der Elternbefragung.

3.1 Haben die Eltern versucht, den Aufenthalt ihres Kindes in der Psychiatrie vor der Umwelt zu verheimlichen, oder waren sie zur Offenheit bereit?

Ausweislich der in Abbildung 1 zusammengefaßten Angaben haben 82,5% der befragten Eltern „alle“ oder doch zumindest „viele“ Mitglieder des engeren Familienkreises von der Tatsache der stationären Behandlung unterrichtet. Mit 72,5% nur unwesentlich geringer fiel die

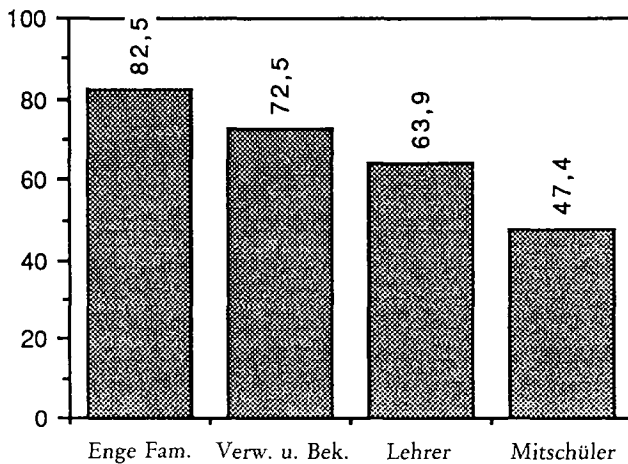


Abb. 1: Informationsbereitschaft der Eltern hinsichtlich des KJP-Aufenthaltes des Kindes

Informationsbereitschaft dem Verwandten- und Bekanntenkreis gegenüber aus, und immerhin noch fast $\frac{2}{3}$ der Eltern haben „alle“ oder doch jedenfalls „viele“ Lehrer ins Vertrauen gezogen. Bei der Information der Mitschüler und Freunde des Kindes hielten sich demgegenüber Offenheit und Vorsicht die Waage.

3.2 Wie begründeten die Eltern die Abwesenheit ihrer Kinder, wenn der Klinikaufenthalt nicht publik werden sollte?

Wenn nicht bekannt werden sollte, daß sich das Kind in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufhielt, so versuchten die Eltern in etwas über einem Drittel der Fälle die fragliche Tatsache einfach zu verschweigen (Abb. 2). War dies nicht machbar, so entfernten sie sich gleichsam schrittweise von der Wahrheit: In ca. 30% der Fälle lautete die Sprachregelung neutral und unverbindlich, daß das Kind „in einer Klinik“ sei, während man auf die schon etwas mehr in der Grauzone zwischen Wahrheit und Fiktion angesiedelten Versionen, denen zufolge das Kind „zur Kur“ oder schlichtweg „krank“ sei, mit jeweils etwa 16% bereits deutlich seltener zurückgriff. Die vom wahren Sachverhalt am weitesten entfernte Erklärung, das Kind sei „verreist“, wurde von den Eltern so gut wie nie verwendet.

3.3 Wie haben die Menschen, die von der stationären Behandlung des Kindes in der Psychiatrie informiert wurden, auf die betreffende Mitteilung der Eltern reagiert?

Den Eindrücken der von uns befragten Eltern zufolge (vgl. Tab. 2) war es offenbar die Gruppe der Lehrer, der es am leichtesten fiel, mit der Information umzugehen: In ca. 75% der Fälle jedenfalls schienen die Lehrer den Aufenthalt des Kindes in der KJP-Klinik zu begrüßen oder zumindest doch zu akzeptieren. Ein kaum verwunderliches Resultat, wenn man bedenkt, daß die Anregung dazu, ein Kind in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzustellen, häufig eben gerade von den Lehrern kommt. Die Mitglieder des engeren Familienkreises konnten den Aufenthalt des Kindes nach Meinung der Eltern nur etwa zu $\frac{2}{3}$, Verwandte und Bekannte gar lediglich zu knapp 50% akzeptieren oder begrüßen. Jeweils

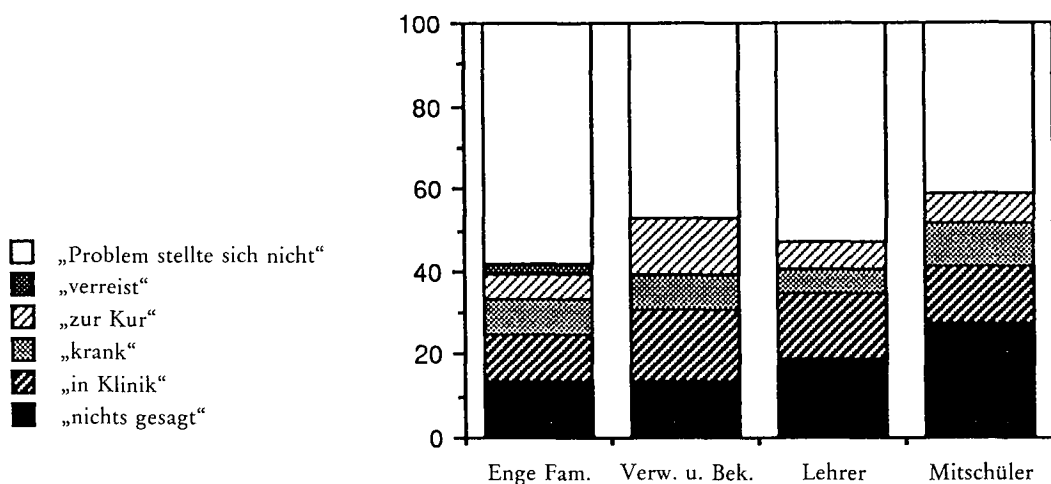


Abb. 2: Alibierklärungen der Eltern

ca. 20% der Befragten berichteten für diese beiden Gruppen offen negative Reaktionen. Mitschüler und Freunde der Patienten schließlich standen deren Behandlung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Auffassung der Eltern zwar in der Regel nicht ablehnend, insgesamt jedoch eher unschlüssig gegenüber. Ihre Tendenzen, die Behandlung zu bejahen bzw. über die entsprechende Information mehr oder minder gleichmütig hinwegzugehen, waren mit jeweils ca. 45% der Fälle gleich stark.

Tab. 2: Reaktionen der Umwelt auf die Mitteilung vom KJP-Klinikaufenthalt des Kindes nach Eltern und Kindern

		Enger Fam'krs.	Verw.u. Bek.	Lehrer	Mitsch.u. Freunde
„Sie schienen den Aufenthalt gut zu finden.“	Eltern	62,2%	48,7%	76,5%	45,4%
	Kinder	68,0%	40,0%	36,0%	60,0%
„Sie haben es wohl akzeptieren können.“	Eltern	18,9%	33,3%	14,7%	54,4%
	Kinder	16,0% ³	6,0%	24,0%	16,0%
„Sie haben uns dafür etwas schief angesehen.“	Eltern	18,9%	18,0%	8,8%	9,1%
	Kinder	16,0%	16,0% ¹	2,0%	16,0%
„Sie waren schockiert.“	Eltern	18,9%	18,0%	8,8%	9,1%
	Kinder	16,0%	16,0% ¹	2,0%	16,0%
k. A.	Kinder	-	8,0%	28,0%	8,0%

Unsere früheren *Patienten selbst* kamen, was die Reaktionen im engeren Familien- sowie im Verwandten- und Bekanntenkreis betrifft, zu sehr ähnlichen Einschätzungen. Die Reaktionen ihrer Lehrer und ihrer Mitschüler oder Freunde hingegen beurteilen sie deutlich diskrepant: Während sie im Falle der Lehrer Zurückhaltung üben – von zustimmenden Reaktionen ist bei ihnen nur in 36,0% der Fälle die Rede, 52,0% der Kinder und Jugendlichen ziehen es vor, sich zu der Haltung ihrer Lehrer entweder neutral (24,0%) oder gar überhaupt nicht (28,0%) zu äußern –, schätzen sie die Reaktionen ihrer Freunde sehr viel profilierter ein als ihre Eltern. 60,0% der Patienten berichten hier von positiven, 16,0% von neutralen und ebenfalls 16,0% von negativen Reaktionen. Werte, die im übrigen in frappierender Weise denen entsprechen, die sich bei der durch die Kinder vorgenommenen Einschätzung der Reaktionen aus dem *Familienkreis* ergaben.

3.4 *Begegneten diejenigen Menschen im Umfeld der Familie, die von dem Klinikaufenthalt des Kindes wußten, diesem Kind in stigmatisierender Weise anders als die, die nicht eingeweiht waren?*

Den Angaben der *Eltern* im vierten Abschnitt unseres Fragebogens zufolge (Abb. 3) machte offenbar etwa ein Drittel (31,4%) der Befragten die Erfahrung, daß sich das Verhalten der „Eingeweihten“ dem Kind gegenüber in mindestens einer der vier angesprochenen Variablen ungünstiger entwickelt als das der Nichtinformierten. Stigmatisierende Reaktionen zeigten sich dabei vorrangig als wachsende Verständnislosigkeit, zunehmende Kontaktvermeidung sowie schwindende Unbefangenheit – entsprechende Beobachtungen wurden jeweils von etwa 14% der Eltern gemacht – und nur selten in Form direkter Übergriffe etwa im Sinne abfälliger Bemerkungen oder Hänseleien. Diese heftigste und quasi „aktivste“ Art der Ablehnung des Kindes registrierten Eltern lediglich in etwa 6% der Fälle.

Die elterlichen Einschätzungen zur Stigmatisierung ihrer Kinder und zum Ausmaß ihrer eigenen Stigmatisierung standen bei einer Korrelation von $r_{.39}^{**}$ in einem statistisch bedeutsamen, aber dennoch nicht allzu engen Zusammenhang, wobei sich die Eltern insgesamt etwas weniger oft – nämlich nur in ca. einem Viertel der Fälle – von stigmatisierenden Umweltreaktionen betroffen sahen als ihre Kinder. 14,3% der Eltern berichteten, daß ihnen von seiten der über den Klinikaufenthalt des Kindes informierten Kreise ein höheres Maß an Befangenheit entgegengebracht werde. 11,4% der Eltern meinten, bei den Eingeweihten nicht mehr das gleiche Maß an Verständnis zu finden wie zuvor. In 8,6% der Fälle hatten sie überdies den Eindruck, seitens der informierten Umwelt gemieden zu werden. Offensive Formen der Geringschätzung traten auch diesmal wieder sehr selten auf: Abfällige Bemerkungen etc. mußten ihrer Aussage nach nur 2,9% der Eltern hinnehmen.

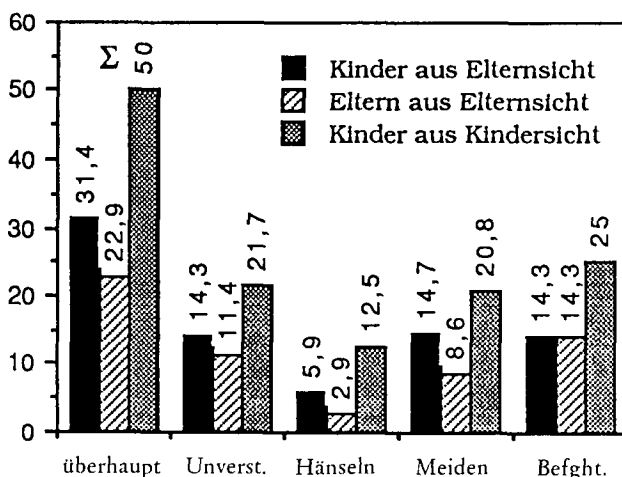


Abb. 3: Art der Stigmatisierung

3.5 Wie groß war die Übereinstimmung des Stigmatisierungserlebens der Patienten mit dem der Eltern?

Die Auswertung der Kinderfragebögen zeigt, daß unsere ehemaligen *Patienten selbst* deutlich öfter – nämlich in 50% der Fälle – das Gefühl hatten, von seiten der über ihren Klinikaufenthalt informierten Umwelt negativen Verhaltensreaktionen ausgesetzt gewesen zu sein. Auch hier wurde die aktive, gezielte Ablehnung in Form des Hänselns relativ am seltensten (12,5%) berichtet. Verständnislosigkeit, Kontaktvermeidung und Befangenheit wurden hingegen in jeweils etwa 20–25% der Fälle registriert (Abb. 3). Zwischen den Aussagen der Kinder und denen der Eltern über Art bzw. Ausmaß der erlittenen Stigmatisierung gibt es dabei nur schwache Verbindungslinien: Im Hinblick auf die Stigmatisierung der Kinder korrelieren Eltern- und Kinderurteil lediglich mit $r = .08$ (n.s.), im Hinblick auf die Eltern nur mit $r = .26$ (n.s.).

3.6 Welche Zusammenhänge bestanden zwischen dem Stigmatisierungserleben und anderen Merkmalsbereichen?

Die in Tabelle 3 auszugsweise aufgeführten Korrelationsdaten lassen mit Blick auf den Vergleich zwischen den Variablen des Stigmatisierungserlebens und demographischen Daten erkennen, daß Eltern ihre Kinder um so stärker von negativen Reaktionen der informierten Umwelt betroffen sahen, je älter die Kinder waren ($r = .34^*$). Aus der Sicht der Eltern fallen stigmatisierende Re-

aktionen jüngeren Kindern gegenüber milder aus als im Umgang mit Kindern in der Pubertät oder mit Jugendlichen, die für ihr Verhalten – und mithin auch für ihre *Verhaltensauffälligkeiten* – offenkundig in stärkerem Maße verantwortlich und gleichsam „haftbar“ gemacht werden: Ein Ergebnis, das unter anderem in Einklang mit den Befunden von KIRK (1975) steht.

Das Gefühl, auch selbst Adressat für stigmatisierende Reaktionen zu sein, ist bei Eltern mit niedrigem Sozialstatus ($r = .33^*$) sowie bei Eltern aus weniger individuell strukturierten Wohngebieten ($r = .34^*$) ausgeprägter als bei Eltern aus Mittel- und Oberschicht.

Keinen nennenswerten Einfluß auf das Erleben eigenen Stigmatisiertwerdens scheinen das Geschlecht der Patienten, ihr Schulstatus sowie auch die Dauer der stationären Behandlung zu haben. Der Behandlungserfolg erweist sich nur für das Stigmatisierungserleben der Kinder als Faktor von Bedeutung, und zwar überraschenderweise dergestalt, daß sich die Patienten selbst mit um so deutlicheren negativen Umweltreaktionen konfrontiert sahen, je stärker die Therapie in der Sicht der Therapeuten erfolgreich war ($r = .49^*$). Eine Korrelation, die indes durch die intervenierenden Variablen „Behandlungsdauer“ und „Alter“ vermittelt wurde und mithin nicht zum Objekt vorschneller Schlußfolgerungen gemacht werden sollte.

Die Frage nach Zusammenhängen zwischen Diagnose und Stigmatisierung (Abb. 4) läßt sich angesichts des geringen Umfangs der Untersuchungstichprobe nur mit großer Zurückhaltung beantworten. Zwei Beobachtungen verdienen allerdings Aufmerksamkeit: Zum einen nämlich hat es den Anschein, als ob Eltern, deren Kinder unter der Diagnose einer reaktiven Anpassungsstörung (ICD 309.–) behandelt wurden, ihre Kinder für den Aufenthalt in der KJP-Klinik deutlich stärker stigmatisiert erlebten als sich selbst (66,7% vs. 16,7%). Zum anderen ergab sich ein sehr interessanter Trend im Falle der Kinder, für die die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (ICD 312.–) formuliert wurde: Anders als ihre Eltern, die mit Blick auf eine Stigmatisierung ihrer Kinder hier eher unauffällige Einschätzungen abgaben, bekundeten diese Kinder nahezu ausnahmslos, daß sich das Verhalten der über den Klinikaufenthalt informierten Umwelt ihnen gegenüber in ungünstiger, stigmatisieren-

Tab. 3: Zusammenhänge zwischen dem Stigmatisierungserleben und anderen Variablen

	Stigmatisierung der		
	Kinder aus Eltern-sicht	Eltern aus Eltern-sicht	Kinder aus Kinder-sicht
<i>Demographische Daten etc.</i>			
Alter der Kinder	.34*		
Sozialstatus		-.33*	
Wohnindividualität		-.34*	
Behandlungserfolg			.49*
<i>Elterliche Einstellungen vor Therapiebeginn</i>			
... zur Inanspruchnahme der KJP			-.53*
<i>Elterliche Eindrücke und Erfahrungen während der Behandlung</i>			
Angst vor Entdeckung		.30*	.61**
Bereitschaft zu erneuter Kontaktaufnahme mit der KJP bei neuen Problemen		-.30*	
<i>Elterliches Informationsverhalten</i>			
Globalwert			.43*

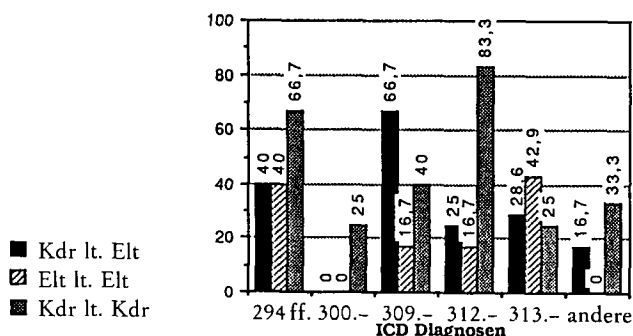


Abb. 4: Zusammenhänge zwischen Stigmatisierungserleben und Diagnose

der Weise verändert habe (25,0% vs. 83,3%). Ob sich in dieser Diskrepanz Versuche der Kinder niederschlagen, die symptomatischen Spannungen in ihren Umweltbeziehungen an mit der psychiatrischen Therapie assoziierte Stigmatisierungsprozesse zu attribuieren, muß an dieser Stelle offenbleiben.

Zusammenhänge zwischen Stigmatisierungserleben und elterlichen Einstellungen zum Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie (Tab. 3) waren nur an einer einzigen Stelle als signifikant zu sichern, machten an dieser Stelle dann aber auch gleich auf interessante Analogien zwischen stigmatisierenden Umweltreaktionen und eigenen Stigmatisierungstendenzen der Eltern aufmerksam. Die Auswertung der Kinderfragebögen jedenfalls läßt den Schluß zu, daß sich die früheren Patienten von ihrer Umwelt um so stärker stigmatisiert sahen, je negativer ihre Eltern vor der Therapie der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfen gegenüber eingestellt gewesen waren ($r = -.53^{**}$).

Das Gefühl, von der informierten Umwelt zum Objekt stigmatisierender Reaktionen gemacht zu werden, geht einher mit der Angst vor noch weitergehender Entlarvung. Eltern, die angesichts des Klinikaufenthaltes ihres Kindes sich selbst stigmatisiert sahen, schilderten stärker als andere, daß sie während der Wochen und Monate der stationären Behandlung Angst gehabt hätten, auf dem Wege zu Besuchen in der Klinik erkannt und im Rahmen dessen mit unangenehmen Fragen konfrontiert zu werden ($r = .30^{*}$). Die elterliche Angst vor der Entdeckung scheint dabei auch für das Stigmatisierungserleben der Kinder von Belang zu sein: Der Eindruck der Kinder, daß die Menschen in ihrem Umfeld ihr Wissen um den Klinikaufenthalt in negative Reaktionen ummünzten, korrelierte jedenfalls signifikant sowohl mit der Angst der Eltern ($r = .61^{**}$) als auch mit dem Ausmaß der elterlichen Tendenz, den Aufenthalt des Kindes in der KJP-Klinik möglichst zu verheimlichen ($r = .43^{*}$).

Das Erleben eigenen Stigmatisiertwerdens wird nicht ohne Konsequenzen für späteres Handeln bleiben. So überrascht es nicht, daß Eltern um so weniger Bereitschaft bekundeten, im Falle neuerlicher Probleme mit ihrem Kind abermals an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie heranzutreten, je stärker sie in Reaktion auf den ersten Psychiatrieaufenthalt des Kindes seitens der Umwelt negativ sanktioniert worden waren ($r = -.30^{*}$).

4 Diskussion

Etwa ein Drittel der Eltern unserer früheren Patienten sahen ihre Kinder, etwa ein Viertel sich selbst als Adressaten negativer Reaktionen von seiten der Menschen in ihrem Umkreis, die von der stationären Behandlung des Kindes in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wußten. Unter den Kindern selbst war – bei bemerkenswert schwacher korrelativer Übereinstimmung zum Elternurteil – das Gefühl des Stigmatisiertwerdens noch ausgeprägter: 50% der von uns befragten Patienten äußerten den Eindruck, daß sich das Verhalten der infor-

mierten Umwelt ihnen gegenüber in ungünstiger Weise verändert habe. Das Ausmaß der Stigmatisierung auf korrelativem Wege aus demographischen Variablen, aus Merkmalen von Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg oder aus psychiatrierelevanten Einstellungsvariablen vorherzusagen, erwies sich dabei als nahezu unmöglich. Unsere Ergebnisse hierzu sind kaum befriedigender als die vor zehn Jahren von NÜHRING (1979) ermittelten.

Angesichts der Befunde ist es verständlich, daß es für einen Teil der Eltern keine Selbstverständlichkeit war, mit der Information über den Psychiatrieaufenthalt ihres Kindes offen umzugehen. Zweifelsohne ist der Bereich der Psychiatrie heute nicht mehr so extrem tabuisiert wie noch vor wenigen Jahren (vgl. dazu die optimistischen Angaben in CLAUSENS Aufsatz von 1981) – und doch: Legt man die Ergebnisse unserer Elternbefragung zugrunde, so wird in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle (17,5%, s. Abb. 1) über die Tatsache der stationär-psychiatrischen Behandlung eines Kindes nicht einmal im engeren Familienkreis vollständige Offenheit hergestellt. Die von uns beobachtete Flucht in das Verschweigen oder Hinwegerklären legt Kunde ab von der Angst, diskreditiert zu werden.

Dabei dürften die Ergebnisse unserer Studie durch schwer zu objektivierende Faktoren beeinflusst worden sein. Bei denjenigen Eltern und Kindern, die an unserer Befragung teilnahmen, werden wir mit Dankbarkeitseffekten zu rechnen haben, die sicherlich auch die Antworten auf die Frage nach der erlittenen Stigmatisierung – als einer *negativen* Konsequenz aus dem Kontakt mit der Klinik – beeinflusst haben dürften. Darüber hinaus könnte auch die Tatsache, daß es sich bei unserer Studie um eine *retrospektive* Untersuchung handelte, ihren Teil zu einer gewissen Abmilderung der Urteile beigetragen haben.

Neben den methodischen Faktoren stehen jedoch die intrapsychischen Motive der Betroffenen. Stigmatisierung ist ein interaktionelles Geschehen, ein *Circulus vitiosus* zwischen den Stigmatisierenden und den Stigmatisierten, die, wie ABLON (1981) bemerkt, die Normen, an denen entlang sie diskreditiert werden, annehmen und auch ihrerseits anderen entgegenbringen. SWANSON u. SPITZER (1970) haben gezeigt, in welch beträchtlichem Maße stigmatisierte Menschen in vergleichbaren Situationen auch *ihrerseits* stigmatisieren. Wenn dies so ist, wäre dann nicht zu erwarten, daß Stigmatisierte nicht nur ihr Stigma, sondern auch ihr *Leiden* an der Stigmatisierung nach außen hin zu verbergen suchen? Die Bagatellisierung oder gar Leugnung eigenen Stigmatisiertwerdens präsentierte sich dann als ein Zeichen für einen besonders „gut“ funktionierenden Stigmatisierungsprozeß. In seiner Einleitung zur deutschen Übersetzung des GOFFMANSchen Standardwerks von 1963 schreibt TIL-MANN MOSER:

„Und weil die Toleranz der Normalen so verschwindend gering ist, haben die Kranken (...) die Last der Anpassung zu tragen. Sie müssen, um die Normalen zu schonen, spielerische *Leichtigkeit entwickeln im Umgang mit sich selbst*, damit die Normalen nicht von Depression und Mitleid verschlungen wer-

den. Das Stigma darf nicht als Last erscheinen, es muß verborgen werden hinter Würde und Selbstachtung (...).“

Wir sind uns im klaren darüber, daß unserer an einer relativ kleinen Stichprobe durchgeführten Pilotstudie in methodologischer und statistischer Hinsicht eine Reihe von Vorbehalten gebührt. Die hier gewählte Art, das Konzept Stigmatisierung auf dem Wege der Einschätzung erlebten Verhaltens zu operationalisieren, erscheint uns im Resümee zwar sinnvoll, stellt sicherlich jedoch nur eine unter mehreren möglichen Alternativen dar. Als sehr problematisch muß im Gegensatz dazu die Differenzierung zwischen „Eingeweihten“ und „Nichtinformierten“ in der Umwelt des Patienten angesehen werden: Zu eng ist der *Informiertheitsgrad* der Mitmenschen mit der Nähe dieser zur Familie oder auch – im Falle der Lehrer – mit der Existenz spezifischer funktionaler Beziehungen zur Familie verbunden. Bei einer für die nahe Zukunft geplanten Nachfolgeuntersuchung wird es wegen der besseren Interpretierbarkeit der Resultate überdies geboten sein, dem Patientensample eine Kontrollgruppe, wie sie sich beispielsweise aus der Klientel einer Erziehungsberatungsstelle rekrutieren könnte (vgl. dazu u.a. SCHMIDTCHEN et al. 1983, SUNDSTRÖM et al. 1987), gegenüberzustellen. Sinnvoll wäre zudem eine Abkehr vom retrospektiven Untersuchungssetting hin zu getrennten Datenerhebungen zu Beginn und nach Abschluß der stationären Therapie.

Eingedenk dieser Bedenken legen wir unsere Studie nicht mit dem Anspruch vor, endgültige, unanfechtbare Ergebnisse zu liefern. Unsere Intention richtet sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt primär darauf, dem Thema der Stigmatisierung im Gefolge stationär kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen zu dem Mehr an Aufmerksamkeit zu verhelfen, dessen es im Interesse der Patienten und ihrer Familie dringend bedarf. So vorsichtig die Ergebnisse unserer Studie interpretiert und bewertet werden sollten, so plausibel sollten sie doch belegen können, daß einige der Patienten, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelt werden, in einem nicht zu vernachlässigenden Maße Adressaten einer Stigmatisierung sind, die dazu angetan ist, die Integration der Kinder in ihrem sozialen Umfeld mit einer Hypothek zu belasten.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik wird diesem Umstand Rechnung tragen müssen. Ihre Aufgabe wird es sein, über die Therapie im engeren Sinne hinaus den Patienten Unterstützung und Hilfestellung bei der Entwicklung von geeigneten Strategien zu gewähren, mit eventueller Stigmatisierung umzugehen, ohne die Flucht in die psychisch nur scheinbar ökonomische Verheimlichung anzutreten.

Das Thema, wie Patienten die Tatsache ihrer psychiatrischen Behandlung in ihrem sozialen Umfeld vertreten können, stellt nicht nur ein wichtiges Element der i. d. R. unabdingbaren ambulanten *Nachbetreuung* der Kinder und Jugendlichen nach der stationären Behandlung dar, sondern bereits einen elementaren Bestandteil der therapeutischen Arbeit *während* des stationären Aufenthaltes. Sehr ermutigende Erfahrungen haben wir konkret etwa

damit gesammelt, die Schulklassen unserer Patienten in die Klinik einzuladen oder das Thema Psychiatrie in Zusammenarbeit mit den Klassenlehrern zum Gegenstand spezifischer Unterrichtsreihen zu machen. Maßnahmen wie diese konnten sicherstellen, daß die Reintegration der Patienten in ihre Heimatklassen fast immer problemlos verlaufen konnte.

Besuche von Schulklassen und Lehrern in der Klinik beinhalten über den Bezug auf den Einzelfall hinaus auch ein Element allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit. Auch sie kann Beiträge zu einer Destigmatisierung leisten. In dem Maße, wie Stigmatisierung immer auch eine Folge der Angst vor dem Andersartigen und Fremden ist, wird sich jede Form der Öffentlichkeitsarbeit, die in der Lage ist, Ängste, Uninformiertheit und Beklemmungen im Hinblick auf die Psychiatrie zumindest ansatzweise zu mildern, auch für das Wohlergehen des in der Gefahr der Stigmatisierung stehenden Patienten als hilfreich erweisen. Eine angemessene Berücksichtigung von Stigmatisierungsprozessen bei der Gestaltung der stationären Therapie und bei der Interaktion der Klinik mit der Öffentlichkeit wird die Therapie, wie auch die sie gewährende Einrichtung hilfreicher und wirksamer machen (vgl. TEASDALE 1987).

In unserer Untersuchung berichtete eine Anzahl von Eltern und Kindern davon, daß sie gerade von seiten der unter der aktiven Mithilfe der Klinik informierten Umwelt positive, deutlich stützende Reaktionen erlebten. Inmitten des so angstbesetzten und bedrohlichen Themas Stigmatisierung vielleicht ein ermutigendes Ergebnis? Die Psychiatrie – und zumal die Kinder- und Jugendpsychiatrie – sollte sich dem Problem der Stigmatisierung ihrer Patienten stellen.

Summary

On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit

In a pilot study covering a sample of $n = 25$ children formerly treated as in-patients within a child psychiatric unit and $n = 40$ parents of former in-patients, approx. 30% of the parents indicated that their children had been exposed to stigmatizing behaviour reactions by their social environment in consequence of their stay at the unit. The children themselves felt stigmatized in approx. 50% of cases. Correlations between stigmatization and demographic variables, characteristics of treatment or subjects' attitudes towards child and adolescent psychiatry were rarely found to be significant. Because of their fear of stigmatization, there are tendencies among parents as well as patients to conceal the children's in-patient treatment, these tendencies sometimes even concerning the inner family circle. The paper stresses the need for child and adolescent psychiatry to face the problem of patient stigmatization and suggests possible steps to be taken in order to relieve or even prevent stigmatization.

Literatur

- ABLON, J. (1981): Stigmatized health conditions. *Social Science Medicine*, 15 B, 5-9. - ALLPORT, G.W. (1954): The nature of prejudice. Massachusetts: Addison-Wesley. - ANGERMEYER, M.C./CLAASEN, D./MAJCHER-ANGERMEYER, A./HOFMANN, J. (1985): Stigmatisierung psychisch Kranker: Stadt versus Land. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 35, 99-103. - ANGERMEYER, M.C./LINK, B.G./MAJCHER-ANGERMEYER, A. (1987): Stigma perceived by patients tending modern treatment settings. Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (1), 4-11. - BAR-LEVAV, R. (1976): The stigma of seeing a psychiatrist. *American Journal of Psychotherapy*, 30 (3), 473-480. - BLUEN, S.D./GOODMAN, E.R. (1984): The stigmatization of ex-political detainees in employment practices. *South African Journal of Psychology*, 14 (4), 137-139. - BUSHWAY, D. (1986): Policy capturing analysis of factors influencing decisions to seek professional counseling. *Dissertation Abstracts International*, 46 (09-B), 3209. - CLAUSEN, J.A. (1981): Stigma and mental disorder: Phenomena and terminology. *Psychiatry*, 44 (4), 287-296. - CRIPE, R./BENSON, N. (1980): Stigma vs. visibility: One center's experience. *Hospital And Community Psychiatry*, 31, 58. - FARINA, A./GLIHA, D./BOUDREAU, L.A./ALLEN, J.G./SHERMAN, M. (1971): Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal Of Abnormal Psychology*, 77 (1), 1-5. - FINK, P.J. (1983): The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatric Annals*, 13 (9), 669-690. - FINK, P.J. (1986): Dealing with psychiatry's stigma. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (8), 814-818. - FREIDSON, E. (1979): *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd & Mead. - FRIESE, H.-J./NISSEN, G. (1983): Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 80 (13), 51-56. - FRISCH, M. (1950): *Tagebuch 1946-1949*. Frankfurt/Main: Suhrkamp. - FRISCH, M. (1961): *Andorra*. Frankfurt/Main: Suhrkamp. - GOFFMAN, E. (1961): *Asylums*. Chicago: Aldine. - GOFFMAN, E. (1963): *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. (Dt.: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung geschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1975.) - GORDON, D./ALEXANDER, D.A./DIETZAN, J. (1979): The Psychiatric Patient: A Voice to be Heard. *British Journal of Psychiatry*, 135, 115-121. - GRAUSGRUBER, A./HOFMANN, G./SCHÖNY, W./ZAPOTOCZKY, K. (1989): *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung*. Stuttgart: Thieme. - JUNG-JOHANN, E.E./BECK, B. (1984): Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (1975-1980). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 33, 148-154. - JUNGSMANN, J. (1984): Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie im Elternurteil. *Acta paedopsychiatrica*, 50, 315-324. - KAMMERER, E./GRÜNEBERG, B./GÖBEL, D. (1984): Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 33, 141-148. - KAMMERER, E./GÖBEL, D. (1985): Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 34, 123-133. - KIRK, S.A. (1975): The Psychiatric Sick Role And Rejection. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 161 (5), 318-325. - KÖTTGEN, C. (1988): Hilfen im Alltag statt Psychiatrisierung. *Spektrum*, Vol. x (6), 257-263. (Zur Folgediskussion cf. *Spektrum* Vol. x (1), 16-29, 1989, sowie *Spektrum*, Vol. x (2), 82-86, 1989.) - LUM, R. (1979): The impact of mental illness in Chinese families. Doctoral Dissertation, University of California, Berkeley. - MCCONVILLE, B.J. (1975): The Future of Child Psychiatry Mandate For Change. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 209-214. - MILES, A. (1984): The stigma of psychiatric disorder. In: REED, J./LOMAS, G. (Eds.): *Psychiatric services in the community*. London: Croom Helm. - NADELSON, C. (1981): Career choice in psychiatry: The impact of clinical experience. Paper presented at McGill University, Montreal, November 1981. - NUEHRING, E.M. (1979): Stigma and state hospital patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49 (4), 626-633. - PAGE, S./PAGE, S. (1974): What is psychiatric stigma? *Psychological Reports*, 34 (2), 630. - PARSONS, T. (1951): *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe. - PETERS, G.E. (1975): The effect of the stigma of mental illness and of dissimilarity of attitudes in interpersonal distance and perceived similarity. *Dissertation Abstracts International*, 36 (1-B), 496. - PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH (1978): *Task Panel Reports, Vol. 2, Appendix*. Government Printing Office. - SCHMIDT, M.H./REMSCHMIDT, H. (1988): *Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Perspektiven, Strategien, Schwerpunkte*. o.A. - SCHMIDTCHEN, A./BOHNHOFF, S./FISCHER, K./LILIENTHAL, C. (1983): Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 32, 166-173. - SHERMAN, M. (1979): Psychiatric patient power and the stigma of mental illness: A study of beliefs and behaviors among the hospitalized. *Dissertation Abstracts International*, 31 (12-B), 7614. - SIBICKY, M./DOVIDIO, J.F. (1986): Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33 (2), 148-154. - STEINHAUSEN, H.-C. (1983a): Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei Kinderpsychiatrischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 32, 11-15. - STEINHAUSEN, H.-C. (1983b): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 32, 286-292. - SUNDSTRÖM, G.A./RÖSSLER, W./SCHMIDT, M.H./AN DER HEIDEN, W./JUNG, E. (1987): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 36, 220-225. - SWANSON, R.M./SPITZER, S.P. (1970): Stigma and the psychiatric patient career. *Journal of Health and Social Behavior*, 11 (1), 44-51. - TEASDALE, K. (1987): Stigma and psychiatric day care. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (3), 339-346. - TROJAN, A. (1978): *Psychisch krank durch Etikettierung? Die Bedeutung des Labeling-Ansatzes für die Sozialpsychiatrie*. München: Urban & Schwarzenberg. - WEST, N.D./WALSH, M.A. (1975): Psychiatry's image today: Results of an attitudinal survey. *American Journal Of Psychiatry*, 132 (12), 1318-1319. - ZIMMERMAN, J.S. (1974): A social psychological investigation of the mental illness label. *Dissertation Abstracts International*, 34 (10-B), 5215.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. M. Lücke und Prof. Dr. U. Knölker, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität zu Lübeck, Triftstraße 139, 2400 Lübeck 1.