



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

**Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im
Kindes- und Jugendalter im Kontext der Prävention**

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Liane Bartel

Studiengang Soziale Arbeit

WS 2023

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0654-3

Erstkorrektor: Prof. Dr. Andreas Speck
Zweitkorrektorin: Dpl.-Soz.-Päd Angela Weging

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	5
1.1. Definition Kinder und Jugendliche	5
1.1.1 Kindheit	5
1.1.2 Jugend	6
1.2. Klassifikation psychischer Erkrankungen	7
1.3. Psychische Erkrankungen im Jugendalter	8
1.3.1 Angststörungen	9
1.3.2 Dissoziale Störungen	10
1.3.3 Depressive Störungen	11
1.4. Risikofaktoren psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	13
2. Stigmatisierung	14
2.1. Historie	14
2.2. Definition	16
2.3. Entstehung und Formen von Stigmatisierung	18
2.4. Folgen von Stigmatisierung	19
2.4.1 Folgen für nichtstigmatisierte Menschen	19
2.4.2 Folgen für stigmatisierte Menschen	20
2.5. Stigmatisierung psychisch Erkrankter	23
2.5.1 Subjektive Stigmatisierung	25
2.5.2 Selbststigmatisierung in der Psychiatrie	25
3. Prävention	27
3.1. Definition	27
3.2. Präventionsarten	28
3.2.1 Primärprävention	29
3.2.2 Sekundärprävention	29
3.2.3 Tertiärprävention	29
3.3. Prävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	30
3.4. Präventionsmethoden	31
3.4.1 Verhaltensprävention	32
3.4.2 Verhältnisprävention	32
3.5. Prävention im Setting Schule	32
3.5.1 Bedeutung Setting	33
3.5.2 Die Schule als Ort der Prävention und Gesundheitsförderung	33

4. „Verrückt? Na und!“ - ein Präventionsprogramm	35
4.1. Auswirkungen auf Schüler*innen	37
4.2. Auswirkungen auf Lehrkräfte.....	37
4.3. Wirksamkeit von „Verrückt? Na und!“	38
Literaturverzeichnis	43

Einleitung

„Wie glücklich sich 16-jährige Jugendliche fühlen werden, wenn sie 20 Jahre älter sind, wird durch nichts so treffsicher vorhergesagt, wie durch ihren seelischen Gesundheitszustand mit 16“. (Andrew E. Clark)

Wenn man sich diesen Satz genau betrachtet, sagt er doch aus, dass schon in der Jugend unser seelische Gesundheit im Alter vorbestimmt wird. Daher muss es ein persönliches und gesellschaftliches Anliegen sein, den Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, eine gesunde, glückliche und zufriedene Kindheit und Jugend zu erleben und sie dabei zu unterstützen. Nicht immer sind die Voraussetzungen dafür gegeben. In der Entwicklung eines Menschen gehören seelische Krisen dazu. Nicht jede muss sich zu einer Krankheit manifestieren. Auch Krisen in der Schule sind immer wieder präsent. Manche Menschen wachsen an ihnen und anderen können daran erkranken. Um hier zu unterstützen, ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise nötig, ausgehend von Körper, Seele und sozialem Umfeld. Gerade psychische Krisen und Erkrankungen sind mit Vorurteilen behaftet. Sie beeinflussen den gesamten Menschen. Betroffene sind eingeschränkt im Denken, Fühlen und Verhalten. Sie haben ein gemindertes Selbstwertgefühl und haben Angst aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Hinzu kommt die Angst, über diese Problematik zu sprechen und sich rechtzeitig Hilfe einzufordern. Wer möchte schon zu den „Verrückten“ zählen? Psychische Erkrankungen entstehen durch unterschiedliche Faktoren. Betroffene können genetisch vorbelastet sein, einer höheren Belastung (z.B. Armut, soziale Isolation, Krankheit, Konflikte) unterliegen oder sie mussten traumatisierende Erfahrungen (Flucht, Verlust eines Menschen) machen. Es ist eine zusätzlich gesellschaftliche Herausforderung den negativen Auswirkungen von z.B. Pandemien, Kriegen, Klimakrise oder auch Digitalisierung entgegen zu wirken, die Ängste auslösen und die Anzahl der psychisch Kranken ansteigen lässt (URL6). Menschen in psychischen Krisen oder mit psychischen Erkrankungen unterliegen oft der Stigmatisierung und Diskriminierung, was auch heute noch als gesellschaftliches Problem anzusehen ist. Betroffene sind dadurch

zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Oft werden sie sozial ausgegrenzt. Um dieser Stigmatisierung entgegenzuwirken muss ein Austausch erfolgen, eine ganzheitliche Aufklärung und Information. Als eine Möglichkeit ist die Prävention zu nennen.

Herangehensweise

Die Auseinandersetzung mit der Thematik machte es zunächst erforderlich, dass neben dem klassischen Studium der Literaturquellen wie Fachbücher und Zeitschriften auch eine umfangreiche Literaturrecherche im Internet vorgenommen wurde. Die theoretische Auseinandersetzung begann mit einem umfassenden Literaturstudium zu der Thematik. Die Bachelorarbeit beschränkt sich jedoch nicht auf eine einfache Literaturanalyse. Darüber hinaus fließen die persönlichen Erfahrungen der Autorin zum Präventionsprogramm „Verrückt? Na und!“ ein, die diese im Rahmen der Durchführung an über 20 Schultagen gemacht hat.

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in 4 Kapitel und den anschließenden Erkenntnissen.

Im Kapitel 1 dieser Bachelorarbeit wird eine Begriffsbestimmung von Kindheit und Jugend vorgenommen. Weiterhin werden die drei häufigsten psychischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter vorgestellt und auf die Ursachen, Risikofaktoren und Auswirkungen eingegangen.

Im Kapitel 2 erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Thema Stigmatisierung. Definition, Entstehung und Folgen.

Im Kapitel 3 liegt der Fokus auf Prävention, Präventionsarten und -methoden.

Im Kapitel 4 wird das Präventionsprogramm „Verrückt? Na und!“ im Setting Schule vorgestellt und dessen Wirksamkeit betrachtet. Persönliche Erfahrungen fließen ein.

Zum Abschluss werden die gewonnen Erkenntnisse zusammengefasst.

1. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Ein gewisses Maß an Grundwissen über psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ist Grundvoraussetzung, um präventiv arbeiten zu können. Im folgenden Kapitel erfolgt daher der Einstieg zu den drei häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Die Phase der Kindheit und Jugend im Leben eines Menschen, wird durch zahlreiche Veränderungen gekennzeichnet. Sie kann problem- und krisenbehaftet sein und bedarf einer besonderen Sensibilität aller betreuenden Personen und Institutionen (vgl. Kamper, 2015, S. 900-910).

1.1. Definition Kinder und Jugendliche

Im Jugendschutzgesetz §1.Abs. 1 wird festgelegt, dass Kinder Personen sind, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche, die 14 Jahre aber noch nicht 18 Jahre alt sind (URL3).

1.1.1 Kindheit

Als Kindheit wird die erste Lebensphase eines Menschen bezeichnet, geprägt durch besondere Abhängigkeit von Anderen, da sowohl Neugeborene als auch Kleinkinder sich nicht selbst überlassen werden können. Das bedeutet, dass verschiedene Akteure in dieser Entwicklungsstufe mitwirken und prägend sind. Kinder besuchen oft frühzeitig öffentliche oder private Einrichtungen, um beiden Elternteilen zu ermöglichen, der Kinder- und Familienarmut durch volle Erwerbstätigkeit, entgegenzuwirken (vgl. Andresen, 2018, S. 366). Die Phase der Kindheit wird kulturell und gesellschaftlich mitbestimmt. In der Entwicklungspsychologie verbindet man diese Phase mit Entwicklungsaufgaben, die erfüllt werden müssen, um in der jeweils nächsthöheren Stufe bestehen zu können. Die

Stufen der Kindheit unterteilen sich nach Oerter folgendermaßen: von einem Neugeborenen spricht man von Woche eins bis vier, von Säuglingen geht man bis zum ersten Lebensjahr aus. Kleinkinder werden im zweiten und dritten Lebensjahr so betitelt. Im Anschluss folgt die frühe Kindheit vom vierten bis sechsten Lebensjahr. Daran schließen sich die mittlere Kindheit, siebtes bis zehntes Lebensjahr und die späte Kindheit vom elften bis zum vierzehnten Lebensjahr an (vgl. Oerter, 1987, S. 204). An diese Phase schließt sich die Jugend an.

1.1.2 Jugend

Aufbruch und starke Veränderungen prägen die Lebensphase der Jugend auf allen Ebenen, sowohl auf persönlicher, sozialer und biologisch-somatischer. Prioritäten wandeln sich. So treten schulische und berufliche Entwicklungsbereiche in den Vordergrund, genau wie die Gruppe der Gleichaltrigen. Diverse Einflüsse wirken ein und neue Handlungsmöglichkeiten und –anforderungen ergeben sich. Das Risiko hier zu scheitern besteht. Die Jugend ist eine herausfordernde und riskante Lebensphase. Mitglieder dieser Gruppe sind auf der Suche nach der eigenen Identität. Sie müssen sich mit Ängsten und deren Bewältigung auseinandersetzen. Eigene Handlungskompetenzen werden ausgetestet und die Anforderungen steigen. Eine ausreichende Stabilisierung muss gegeben sein, um hier zu bestehen. Eine Reihe von Entwicklungsaufgaben sind in der Phase der Jugend zu bewältigen. Dazu gehört die Ablösung von den Eltern, der Aufbau eines autonomen, sozialen und emotionalen Verhaltens zu Gleichaltrigen sowie die Aufnahme von partnerschaftlichen Beziehungen. Ein politisches und ethisches Bewusstsein muss entwickelt werden, ebenso eigene Werte und Normen als Rahmen für Handlungskompetenzen und eigenverantwortliches Handeln. Mit dem Beschäftigungssystem muss sich auseinandergesetzt werden, um eine ökonomische Unabhängigkeit erlangen zu können. Eine weitere Aufgabe ist es, den sich verändernden Körper zu akzeptieren und diesen in der eigenen Geschlechtsrolle effektiv und souverän zu nutzen (vgl. Raithel, 2011, S. 11f.). Jugend wird als Lebensphase verstanden, in der ein Austesten und Erproben von Regeln und Grenzen erlaubt sein sollte. Die Phase der Jugend dient dazu sich in die Gesellschaft zu integrieren und seinen Platz zu finden. Die Pädagogik beleuchtet in dieser Phase eher

die Voraussetzungen und Folgen von Erziehung und Bildung. Die sozialpädagogische Betrachtungsweise der Jugend konzentrieren sich auf Unterstützungsstrukturen und -prozessen zur Lebensbewältigung. Leben und Alltag der Jugendlichen sind vordergründig. Ziel ist es hier, Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeiten zu etablieren, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können (vgl. Niekrenz, 2018, S. 381f.). Laienhaft lässt sich Jugend auch so beschreiben: aus einer Welt von Lego-Steinen und Prinzessinnenburgen wird Musik, Popkultur und erste Liebe (ebd.). Jugend ist der Wandel von Kindheit zum Erwachsensein. Der Status kann als Nicht-mehr und Noch-nicht bezeichnet werden. In dieser Entwicklungsphase sollen Jugendliche ein gewisses Maß an Autonomie erreichen können und ebenso ein Eigenwert und Eigenleben entwickeln können. Dieser Ansatz trifft für den „gesunden“ Jugendlichen zu, nicht auf Teilnehmer aus sogenannten Randgruppen (vgl. Niekrenz, 2018, S. 384). Global betrachtet, wird der Begriff der Jugend unterschiedlich definiert und geprägt. In dieser Arbeit soll Jugend jedoch als eine soziale Gruppe definiert sein, die eine ökonomische und auch soziale Abhängigkeit von Erwachsenen hat. Mitglieder dieser Gruppe befinden sich im Übergang zum Erwachsensein, der durch die Möglichkeit der Nutzung von Bildung und Ausbildung begleitet wird. Sie haben eingeschränkte Rechte (ebd.).

1.2. Klassifikation psychischer Erkrankungen

Eine Klassifikation der Erkrankungen ist notwendig, um präventive Arbeit durchführen zu können. Spezielle Maßnahmen müssen entwickelt und durchgeführt werden, sowie evaluiert. Der Umfang an psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist auffallend hoch. Das Klassifikationssystem ICD (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation verschlüsselt alle Diagnosen und verwandten Gesundheitsprobleme in der ambulanten und stationären Versorgung. Sie befindet sich in steter Anpassung. Zudem dient sie einer weltweiten Verschlüsselung von Diagnosen. Seit dem 01.01.2023 ist die anzuwendende Version die ICD-10-GM ([URL1](#)). Aktuell wird an der 11. Revision der ICD gearbeitet. Im Gegensatz zu den Vorläufern erfolgt eine Eingruppierung der psychischen Erkrankungen nur noch allgemein unter dem Begriff Persönlichkeitsstörung. Kriterien, wie schwer die Störung ist und der Hilfeumfang werden zusätzlich erfasst. Eine weitere Rolle spielt der betroffene Lebensbereich (Arbeitsplatz, Kinder,

Familie usw.). Eine Ausnahme stellt die Borderlinestörung da. Hier gibt es evidenzbasierte Behandlungsansätze. Sollte diese Diagnose entfallen, besteht die Gefahr, dass Erkrankte diesen wirksamen Ansätzen nicht mehr zugeordnet werden können. Eine Diagnosestellung nach ICD-11 ist schwieriger und setzt viele Erfahrungen der Diagnosesteller voraus. Theoretisch soll die ICD-11 jede psychische Erkrankung individuell differenzierter erfassen, aber vorgesehene Fragebögen stehen erst ansatzweise zu Verfügung (URL2).

1.3. Psychische Erkrankungen im Jugendalter

Was bedeutet Psychiatrie eigentlich? Der Begriff setzt sich aus den Teilbegriffen Psyche = Seele und Iatrie = Heilkunde zusammen, was so viel bedeutet wie Seelenheilkunde. Sie ist eine medizinische Teildisziplin, die sich auf die seelischen Störungen bezieht, die sich auf das Verhalten und Erleben auswirken. Diese Störungen werden wahrgenommen, beobachtet, interpretiert und therapeutische Ansätze werden dokumentiert. In der Psychiatrie geht es primär um das Verstehen und das Verstanden werden. Das ist es, was den Betroffenen Kraft gibt, um wieder zu genesen und Vertrauen aufzubauen. (vgl. Höwler, 2020, S.3). Jeder der auf seine Biografie zurückschaut stellt fest, dass es verschiedene Phasen in seinem Leben gab. Diese wechseln sich durch Entwicklung und ggf. auch durch Stagnation ab. Soziale und gesellschaftliche Einflüsse wirken auf unsere individuelle Entwicklung ein. Neue Risikofaktoren zur Entstehung von psychische Störungen, z.B. vermehrte Nutzung digitaler Medien, globale Krisen, die Ängste und Unsicherheiten hervorrufen und unsere Lebens- und Berufsweltentwickeln beeinflussen, entwickeln sich. Auch Kinder und Jugendliche werden damit konfrontiert und müssen sich damit auseinandersetzen. Der Mensch besteht sowohl aus einer biologischen Ebene (Organe, Nervensystem...), einer geistig-seelischen Ebene (Emotionen, Fühlen, Denken ...) und der sozialen Ebene (Familie, Freunde, Kollegen ...). Alle müssen als Einheit betrachtet werden (vgl. Höwler, 2020, S.4).

Merkmale psychischer Erkrankungen

Von einer psychischen Krankheit ist dann die Rede, wenn es einer Person nicht mehr gelingt, den Normen, die von der Gesellschaft als gültig gehalten werden, durch ihr Verhalten und Erleben gerecht zu werden. Dieses Unvermögen muss über einen längeren Zeitraum anhalten und mit einem Leidensdruck verbunden sein. Es gibt Beeinträchtigungen sowohl für den Betroffenen als auch für sein Umfeld. Was versteht man unter Verhalten und Erleben? Verhalten sind alle von außen zu beobachtenden Äußerungen (Fremdbeobachtungen) eines Individuums. Erleben hingegen sind Selbstbeobachtungen, die ausschließlich der Betroffene wahrnehmen kann und seinem Umfeld mitteilen kann. Weichen diese Erlebens- und Verhaltensweisen von der Norm ab, kann sich das auf verschiedenste Weisen zeigen. Psychosomatische Störungen wären zum Beispiel: Magenschmerzen, Schaukelbewegungen, Nägelkauen. Auf der psychischen Ebene sind Merkmale wie Angststörungen (z.B. Schulangst), Zwangshandlungen oder Essstörungen erkennbar. Im sozialen Leistungsbereich kommt es zu Lernstörungen, sozial abweichendem Verhalten oder auch Konzentrationsschwächen. In der Entwicklungsphase von Jugendlichen verschwimmen oft die Grenzen zwischen einer individuellen Lebenskrise, ggf. durch die Pubertät beeinflusst, und psychischen Störungen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie tritt dafür ein, dass in dieser Phase nicht jedes seelische Leid mit Krankheit gleichzusetzen ist (vgl. Höwler, 2020, S. 12f.). Zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zählen u.a. die nachfolgend näher erläuterten (vgl. Klipker, 2018, S. 37-45).

1.3.1 Angststörungen

Mit einer Prävalenz von über 10 % zählen Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Klicpera, 2019, S. 25). Angst ist ein Gefühl, das sich als beklemmend oder bedrückend darstellt. Es wird mit einem unangenehmen Ich-Zustand verbunden, durch den sich der Betroffene bedroht fühlt und sein Verhalten beeinflusst wird. Angst muss nicht immer krankhaft sein, sondern kann auch nutzen. Sie ist ein unbestimmtes aber überlebensnotwendiges Warnsignal in bedrohlichen Situationen (vgl. Klicpera, 2019, S. 25). Für die Ursachen zur Entstehung einer Angststörung gibt es verschiedene Theorien. Nach der psychoanalytischen Theorie von Freud werden innere Konflikte, Gefühle und Motive nach außen verlagert. Bowlby hingegen verbindet

Angst mit Trennungserfahrungen. Zudem kann es zur Konditionierung von Ängsten kommen. Lang hebt hervor, dass sich Ängste aus verschiedenen Komponenten zusammensetzen, mit physiologischem, kognitivem und emotionalem Ursprung (vgl. Klicpera, 2019, S. 25ff). Kinder und Jugendliche mit einer Angststörung haben große Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags. Es treten Symptome wie Schlafstörungen, Herzerassen verbunden mit Panik, Atemnot oder Minderwertigkeitsgefühl auf. Weitere körperliche Symptome können Muskelzittern, Übelkeit und Bauchschmerzen oder vermehrtes Schwitzen sein. Die Ursachen für Angst können unterschiedlich sein. Oft sind sie in einer Traumatisierung, körperlichen oder seelischen Misshandlung, Vernachlässigung oder im abwertenden Verhalten durch die Eltern zu finden. Werden Angststörungen nicht behandelt, können sie sich manifestieren und an Intensität zunehmen (vgl. Baierl, 2017, S. 233f.). Es ist daher von hoher Bedeutung zu erkennen, wann Angst auffällig wird und therapeutisch behandelt werden muss. Erfolgreich sind hier Verhaltenstherapien, verbunden mit Entspannungstraining und Desensibilisierung. Daneben hat sich der Aufbau sozialer Kontakte bei Kindern und Jugendlichen als positiv unterstützend bewährt (vgl. Klicpera, 2019, S. 43).

1.3.2 Dissoziale Störungen

Dissoziale Störungen beschreiben Störungen im Sozialverhalten, die häufig schon im Vorschulalter auftreten können. Die Prävalenz liegt zwischen 2 und 16 %. Die Differenz in dieser Angabe ist auf unterschiedliche Erhebungsmethoden, Definitionen oder regionalen Unterschiede zurückzuführen. Symptome dieses Krankheitsbildes sind u.a. aggressives, trotziges und widerspenstiges Verhalten gegenüber Mensch und Tier, Zerstören von Eigentum, Unwahrhaftigkeit und Diebstahl, ernste Verstöße gegen Regeln, Schulschwänzen usw... Der Schweregrad der Störung kann variieren. Sie können sich schlecht abgrenzen und eskalieren leicht. Zudem fällt es ihnen schwer Beziehungen einzugehen und ihre Gefühle zu kontrollieren. Die Ursachen hierfür werden in der Interaktion mit den Eltern gesucht. Oft sind es mangelnde positive Zuwendung, Wertschätzung und fehlende Konsequenz bei der Einhaltung von Grenzen. Therapeutische Maßnahmen sind oft nicht erfolgreich. Positiv hingegen wirken sich präventive Maßnahmen aus, bei denen sowohl Eltern als auch das Personal der Einrichtungen (Kindergarten, Schule) mit

einbezogen werden. Auch bei dissozialen Störungen liegen häufig Komorbiditäten vor. In der Mehrzahl der Fälle sind es Hyperaktivität oder eine Störung mit oppositionellem und Trotzverhalten. Aber auch zusätzliche depressive Störungen sind nicht selten. Zur Diagnostik dieser Störungen werden oft die Betroffenen selbst befragt aber auch die Eltern und Lehrkräfte, sowie Mitschüler und andere Bezugspersonen. Der Verlauf dieser Störungen ist langanhaltend. Nicht selten überstreckt er sich von der frühen Kindheit über die Jugend bis hin zum frühen Erwachsenenalter. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Schwere der Erkrankung sich auf eine langfristige negative Prognose auswirkt. Auch die Auswirkungen auf den Schulabschluss und der damit verbundenen Ausbildung und Beschäftigung sind von Bedeutung. Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit dissozialen Störungen weisen im Erwachsenenalter neben einer antisozialen Persönlichkeit leider auch einen vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum auf. Störungen im Sozialverhalten verlaufen meist langwierig und sind mit negativen Folgen für die Betroffenen und für das Umfeld verbunden. Darum erfolgen hier häufig präventive Maßnahmen zur Eindämmung der Problematik. Diese Präventivprogramme sind den Altersgruppen angepasst. Inhalte sind u.a. Förderung der sozialen Kompetenz, Eltern-Training, Interventionen in Schulen und Schulklassen, Interventionen unter Einbezug der Gemeinde. Ziele sind u.a. Förderung der emotionalen Kompetenz, Empathie und Ärgermanagement und das Erlernen von verschiedensten Strategien (z.B. Stoppsignale erkennen). Man unterscheidet Betroffene nach dissozial-aggressivem Verhalten sowie ungehorsamen und trotzigem Verhalten. Zudem spielt es eine Rolle, ob dieses Verhalten in einer Gruppe mit gleichaltrigen Personen vollführt wird, oder allein. Jungen und Mädchen weisen oft eine andere Form von Aggression auf. Die direkte Aggression ist eher im Verhalten der Jungen nachzuweisen, wobei die Mädchen auf indirekte Formen (Ausschluss von Personen, hinter dem Rücken schlecht reden) zurückgreifen. Oft sind langfristige Ansätze von Intervention und Präventivmaßnahmen nötig, um eine dauerhafte Gefährdung durch aggressives Verhalten zu minimieren (vgl. Klicpera, 2019, S. 172 ff).

1.3.3 Depressive Störungen

Depressive Störungen sind bei Jungen und Mädchen mit einer unterschiedlichen Prävalenz ausgeprägt. Etwa 12% der Jungen und 20% der Mädchen leiden darunter (Baierl,

2017, S. 213). Heutzutage wird davon ausgegangen, dass Kinder und Jugendliche gleiche Formen an depressiven Störungen wie Erwachsene haben. Sie weisen häufiger als Erwachsene psychosomatische Anzeichen auf und können nur bedingt mit eigenen empfundenen Emotionen umgehen. Depressive Störungen gehen oft mit folgenden Symptomen einher: Veränderungen im Verhalten und in der Motivation sowie des Antriebs. Vordergründig sind zudem sowohl die Veränderung des Denkens und des körperlichen Befindens. Oft sind die Betroffenen niedergeschlagen, traurig und unterliegen Stimmungsschwankungen. Sie fühlen sich einsam und ungeliebt und haben das Empfinden, keine Freunde zu haben und das Gefühl den Halt zu verlieren. Oft spielen Schuldgefühle eine Rolle. Auch wird von Lustlosigkeit und Langerweile berichtet. In der Körperhaltung und der Mimik werden diese Symptome gut sichtbar. Depressionen gehen im Kindes- und Jugendalter oft mit anderen Störungen wie z.B. Angst, Essstörungen oder Drogen- und Alkoholmissbrauch einher. Zuverlässige Befunde zeigen, dass psychotherapeutische Verfahren bei Kindern und Jugendlichen langfristige Behandlungserfolge aufweisen im Gegensatz zu medikamentösen Behandlungen, die mit Risiken verbunden sind, wenn parallel keine Psychotherapie erfolgt. Der Verlauf von depressiven Phasen ist oft sehr langwierig und dauert häufig ein Jahr und länger. Zudem wurde festgestellt, dass 70 % der Betroffenen innerhalb von fünf Jahren erneut eine depressive Phase durchlaufen. Ca. 90 % erfahren innerhalb von zwei Jahren mindestens einmal eine vollständige Heilung. Ursachen zur Entstehung von depressiven Störungen können variieren. Auch hier gibt es verschiedene Theorien, die Theorie der gelernten Hilflosigkeit von Seligman und die Kognitiven Theorie von Beck. Aber auch genetische Faktoren und die Umwelt können sich verursachend auswirken. So sind Kinder depressiver Eltern nicht nur genetisch vorbelastet, sondern auch durch deren Erziehung geprägt (vgl. Klicpera, 2019, S. 75ff). Verhaltenstherapeutisch-kognitive Therapieansätze haben sich als erfolgreich erwiesen. Es ist zudem förderlich, den Kindern und Jugendlichen Fertigkeiten zur Bewältigung des Alltags zu vermitteln. Darunter sind u.a. soziale Kompetenzen oder Entspannungsmethoden zu verstehen. Auch die Einbeziehung und ggf. Veränderungen des sozialen Umfelds wirken in der Therapie unterstützend. Elterngespräche, Vermittlung von positiven erzieherischen Maßnahmen an die Eltern und Förderung des Selbstwerts der Betroffene

nen gehören dazu. Medikamentöse Behandlung ist im Kindes- und Jugendalter nur bedingt zu empfehlen, z.B. bei einer Major Depression und auch nur dann, wenn diese Behandlung psychotherapeutisch begleitet wird (vgl. Klicpera, 2019, S. 104f.)

1.4. Risikofaktoren psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Unter Risikofaktoren versteht man anatomische und physiologische Eigenschaften, sowie genetische Voraussetzungen und auch Umweltbedingungen, die das Risiko an einer Krankheit oder Störung erhöhen. Gerade bei Kindern- und Jugendlichen spielen biologische, psychische und auch soziale Bedingungen zusammen. Hier lassen sich aus der Summe der Risikofaktoren und der symptomatischen Frühzeichen Wahrscheinlichkeiten einer späteren psychiatrischen Erkrankung ableiten. In der Gesellschaft hat sich das Bewusstsein erhöht, unterstützend der Entstehungen von Krankheiten entgegenzuwirken. Risikofaktoren vereinigen sich aus verschiedenen Ebenen, der genetisch-biologisch und der psychosozialen Ebene. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einer besonderen Konstellation an Risikofaktoren sind so zum Beispiel gefährdeter. Auf der biologischen Ebene findet man alle endogenen unangemessenen Verhaltensweisen des Kindes selbst und seiner sozialen Umwelt, vordergründig die der Familie. Diese wirken sich auf das physische und psychische Wohlbefinden aus. Als Beispiel sind rauchende Mütter genannt, die dadurch Kinder mit geringem Geburtsgewicht entbinden und somit zu Entwicklungsverzögerungen beitragen können. Ebenso haben Familienanamnesen gezeigt, dass Kinder leichter an psychischen Störungen erkranken, wenn auch die Eltern, im Speziellen die Mutter, Erfahrungen mit diesen gemacht haben. Daraus lässt sich ableiten, dass psychische Erkrankungen häufig erblich bedingt sind. Psychische Störungen durch körperliche Erkrankungen können sowohl Ursache oder Folge dieser sein. Zum Beispiel können Medikamente zur Behandlung eines körperlichen Leidens eine psychische Erkrankung verursachen oder auch die Krebsdiagnose bei einem Jugendlichen durch den Arzt führt oft zusätzlich zu Depressionen aufgrund der erschwerten Krankheitsverarbeitung. Auf der psychischen Ebene findet man die nach außen gerichteten unangemessenen und störenden Verhaltensweisen, die sich negativ auf den Betroffenen und deren

Umfeld auswirken. Hierzu zählt zum Beispiel dissoziales Verhalten. Auf die seelische Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen wirken sich verschiedene Faktoren aus. Zu nennen sind hier unter anderem die Bewältigung von Lebenskrisen (z.B. Verluste, Gewalt durch die Eltern, Leistungsdruck, Leben in Patchworkfamilien). Externalisierende Störungen sind die überwiegenden im Kindes- und Jugendalter. Die soziale Ebene wird durch die Gesellschaft und deren Kultur bestimmt. Hier wirkt sich zum Beispiel die Bildung der Eltern auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aus. Haben die Eltern einen höheren Bildungsstand und sind wohlhabend, ist davon auszugehen, dass den Kindern eine bessere Gesundheitsentwicklung bevorsteht. Eine ausschlaggebende Rolle für externalisierende Störungen ist die Eltern-Kind-Interaktion, die diese entstehen lassen kann oder aufrechterhalten, sowie verschlimmern (vgl. Höwler, 2020 S. 6f.).

2. Stigmatisierung

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Geschichte, Entstehung und Entwicklung von Stigmata beleuchtet. Stigmatisierung wird in verschiedensten Richtungen diskutiert, wie Erziehungswissenschaften, Medizin, Geschichte, Soziologie, Psychiatrie und Psychologie. Prozesse und Grundlagen zur Entstehung von Stigmatisierung und deren Folgen werden erläutert, um ein Grundwissen und Verständnis zu erlangen.

2.1. Historie

Das Wort Stigma stammt von einem altgriechischen Verb ab und bedeutet so viel wie stechen oder stecken. Auch gleichzusetzen mit markieren, tätowieren aber auch brandmarken. Das zugehörige Substantiv ist als Markierung oder Mal zu sehen. Ursprünglich gedacht als Zeichen des Besitzes von z.B. Pferden und Land, diente die Markung auch als sichtbares Zeichen zur Ächtung und der Schande für Verbrecher oder Sklaven (vgl. Rüscher, 2021, S. 38). Stigmata sind die durch Stigmatisierung entstandenen Male und deuten auf den Verlust der körperlichen Vollkommenheit hin. Für das soziale Umfeld war damit zu erkennen, dass der Träger solcher Male besiegt wurde und sich unterwer-

fen musste und gebrochen wurde. Nach Goffman sollten Gebrandmarkte für unrein erklärte Personen darstellen, welche nicht gesellschaftstauglich waren und zu meiden sind (vgl. Goffman, 1999, S. 9).

In der christlichen Zeit kamen zwei abgewandelte Bedeutungen hinzu. Einmal waren es Zeichen göttlicher Gnade in Form von Blumen auf der Haut und zum Zweiten bezogen sie sich auf körperliche Zeichen mit einer Diskrepanz zur Normalität (vgl. Goffman, 1999, S. 9). Heute bezieht sich der Begriff des Stigmas kaum noch auf körperliche Einschränkungen, sondern auf seinen Ursprung der Darstellung etwas Unehrenhaftes und Unvollkommenes.

Auch in der heutigen Zeit ist nicht davon auszugehen, dass Stigmatisierung als solche außer Kraft gesetzt werden kann, wenn sie doch überall zu finden ist, in der Gesellschaft, in der Historie und auch in der Gegenwart. Es gilt zu hinterfragen, ob eine Stigmatisierung einzeln gekennzeichneten Personen, der „Andersartigen“ gesellschaftlich von Nöten ist, um den „Normalen“ die soziale Identität aufrecht zu erhalten (vgl. Finzen, 2013, S. 41ff.).

Betrachtet man die eigene Identität, dann ist es notwendig sich mit Angehörigen seiner eigenen Gesellschaft identifizieren zu können und sich von anderen abzugrenzen oder wieder andere, komplett auszugrenzen. Im Vordergrund steht die eigene Identität, die dadurch besser angenommen werden kann und auch als die bessere bewertet wird. Diese wiederkehrenden sozialen Handlungen scheinen für den Zusammenhalt einer Gesellschaft notwendig zu sein. In sozialen Gruppen gehört es zu den Sanktionsmechanismen, bei Mitgliedern ein Schamgefühl zu bewirken und ebenso die Aufhebung der Identität (vgl. Finzen, 2013, S. 42). Um ein soziales Gefüge aufrecht halten zu können, ist es unumgänglich, erwünschtes Verhalten zu würdigen und unerwünschtes zu markieren, unterschieden nach der Form und Schwere der Zuwiderhandlung. Wie genau diese Klassifizierungen eingeteilt werden, entscheiden u.a. die Kultur und die Interpretation. Das soziale Umfeld und dessen Fähigkeit der Toleranz bestimmt über die Einstufung, ob man beispielsweise als psychisch Kranker therapiert wird oder ermordet, wie es im Dritten Reich üblich war. Es ist egal für welchen Weg man sich entscheidet, das Stigma bleibt erhalten (vgl. Finzen, 2013, S. 43).

2.2. Definition

Eine eindeutige Definition scheint es bis heute nicht zu geben. In den meisten gängigen Wörterbüchern sind die Worte Stigma oder Stigmatisierung nicht auffindbar. Für den Begriff Stigma findet man im dtv-Lexikon drei verschiedene Darstellungen. An erster Stelle wird Stigma mit der am Griffelende sitzende Narbe einer Blüte dargestellt, gefolgt von der christlichen Theorie, es seien den Feinden durch Jesu zugefügte Male. Als dritte Interpretation können es Atemöffnungen von Insekten und Tausendfüßlern sein (vgl. Finzen, 2013, S. 37). Zur Begrifflichkeit Stigmatisation findet man Erklärungen zu einem zur vegetativen Stigmatisation als besonders lebhaft Reaktionsbereitschaft des vegetativen Nervensystems aufgrund einer anlagebedingten Schwäche und zum anderen wird auf die christliche Tradition eingegangen (ebd.).

Im Duden findet man eine Begriffserklärung mit soziologischer Priorität. Hier wird der Begriff medizinisch als ausgeprägtes Krankheitszeichen dargestellt oder aber als dauerhafte krankhafte Veränderung. Aus soziologischer Sicht werden Personen definiert, die durch die Gesellschaft mit negativen Merkmalen verbunden werden oder diskriminierender Weise gekennzeichnet (ebd.).

Heutzutage werden die Begrifflichkeiten Stigma, Stigmatisierung, Stigmatisation zusammenfassend primär in Bezug auf körperliche Beeinträchtigungen, Entehrung und Unehrenhaft gebraucht (vgl. Finzen, 2013, S. 38). Bis heute gibt es keine klare einheitliche Definition. Finzen lehnt sich an Goffman's Überlegungen an. Er geht davon aus, dass fast alle Überlegungen zum Thema Stigmata in der heutigen Soziologie sowie Psychiatrie dort ihren Ursprung haben (ebd.).

Goffman war der Erste, der eine Idee einer Definition für Stigma hervorbrachte. Er definiert Stigma als Begriff völliger Verachtung einer Relation, nicht etwa einer Eigenschaft. Ein und dieselbe Eigenschaft kann für den einen Menschen stigmatisierend sein und für den nächsten nichts weiter als Normalität bedeuten. Er orientiert sich an der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes, geht dabei über die körperlichen Einschränkungen hinaus und weist auf andere Defizite eines Menschen hin, die von der Norm abweichend angesehen werden können (vgl. Goffman, S. 11). Er sieht an erster Stelle die Person, die mit der Diskreditierung leben muss und nicht das Merkmal an sich. Zudem geht er davon

aus, das aufgrund dieser Stigmatisierung diese Person zusätzlich mit Vorurteilen behaftet wird. Goffman meint, dass diese eine negative Eigenschaft alle weiteren Eigenschaften des Trägers überstimmt.

Seine drei Hauptkategorien zur Einteilung von Stigmata sind folgende: 1. Deformitäten und physische Eigenschaften, 2. zu welcher Gruppe gehört diese Person (z.B. Religion usw.) und 3. Persönlichkeitseigenschaften, die aufgrund ihrer Handlung, dieser zugeschrieben werden. Es ist darauf zu achten, dass Stigmatisierung nicht gleichzusetzen ist mit Diskriminierung. Allerdings ist diese oft das Resultat von Stigmatisierung. Oft erfolgt eine Sanktionierung oder gar der Ausschluss aus der Gesellschaft aufgrund von Stigmatisierung. Dies könnte als eine Ursache der Entstehung von Randgruppen anzusehen sein (vgl. Steidle, 2013, S. 1). Während für Goffman Stigma noch mit einem Merkmal und dem daraus entstehenden devianten Verhalten der Person verbunden ist, ist der Ansatz heute ein anderer.

Heute wird Stigmatisierung als sozialer Festlegungsprozess beschrieben, in dem Eigenschaften oder aber auch Verhaltensweisen als deviant deklariert werden. Demnach ist ein Devianter eine Person, der ein eindeutiges Merkmal zuteilwurde. Durch diese Etikettierung eröffnet sich die Frage, wie es zu Stande kommt, dass einige Merkmale zur Stigmatisierung führen und andere nicht (vgl. Steidle, S. 8). Der Stigmatisierungsprozess ist überall dort erkennbar, wo durch Menschen Normen festgelegt wurden und diesen von einem Teil dieser Menschen zu wider gehandelt wurde (ebd.).

Finzen interpretiert Goffman's Überlegungen hinsichtlich der Stigmatisierung der einzelnen Person folgendermaßen. Für den einzelnen Betroffenen geht es in jedem Fall nicht nur darum, Regeln, die die festgelegten Normen der sozialen Gesellschaft beinhalten, einzuhalten oder auch zu verletzen, sondern auch um die eigene soziale und persönliche Identität. Uns fremde Menschen antizipieren wir sofort einer sozialen Identität. Mitentscheidend dazu sind persönliche Eigenschaften, sowie strukturelle Bedingungen. Unsere Antizipationen wandeln wir in normative Erwartungen um, die den rechtmäßig gestellten Anforderungen entsprechen. Diese Erwartungen bezeichnet Goffmann als virtuelle soziale Identität, der die aktuelle soziale Identität gegenübersteht. In dieser sind tatsächlich vorhandene Merkmale eines Menschen verankert. Annahme und Wirklichkeit un-

terscheiden sich oftmals. Es gibt Unterschiede, die akzeptiert werden können und solche, die nicht angenommen werden können. Dabei ist es wichtig, dass nicht alle störenden Eigenschaften automatisch auch stigmatisierend sind, sondern nur jenen, die von unseren Erwartungen abweichen (vgl. Finzen, 2013, S. 38ff.).

2.3. Entstehung und Formen von Stigmatisierung

Der Prozess und das Erleben der Stigmatisierung haben je nach Art des Stigmas, einen unterschiedlichen Verlauf, wobei alle Betroffenen dennoch sehr ähnliche Erfahrungen machen müssen. Sie müssen lernen, mit ihrem Stigma zu leben und begreifen, dass sie anders sind als die „Normalen“. All diese Erfahrungen werden fester Bestandteil ihrer Biografie, ihrer Lebensgeschichte und wirken auf ihre Entwicklung ein. Sie sind Bestandteil ihrer Identität, oder wie Goffmann es beschreibt, ihrer beschädigten Identität (vgl. Finzen, 2013, S. 43). Goffmann nennt diesen Weg Karriere. Inzwischen ist dieser Begriff Usus in der Medizinsoziologie geworden. Er stellt die Entwicklung des Geschädigten dar, auf die er selbst Einfluss nehmen kann (ebd.). Finzen unterscheidet drei Formen von Stigma, das angeborene, das durch Krankheit erworbene und das minderheitenzugehörige Stigma. Bei dem angeborenen Stigma haben die Betroffenen von Geburt an die Chance mit ihrem Merkmal und dessen Auswirkung auf das Umfeld zu leben und damit umzugehen. Oftmals werden sie sich ihres Andersseins erst im Kindergarten oder Schule bewusst, da sie dann ihr sicheres Umfeld verlassen. Je nach Merkmal kann der Betroffene völlig gemieden werden oder gewonnene Kontakte sind beschämt, sich mit dem Stigmatisierten in der Öffentlichkeit zu zeigen. Sie stoßen auf Ablehnung und Hohn. Geht es um eine Beschäftigung, werden hier Betroffene oft benachteiligt, obwohl sie den Ansprüchen genauso gerecht werden könnten. Menschen mit angeborenem Stigma werden ausgeschlossen. Merkmale eines angeborenen Stigmas sind z.B. Hasenscharte, Blindheit und spastische Lähmungen (vgl. Finzen, 2013, S. 44). Das Stigma durch Krankheit entwickelt sich erst im Laufe des Lebens. Es stellt den Betroffenen vor die Problematik der Neuentifizierung und führt fast immer zu einer Missbilligung seiner selbst. Formen dieser Stigmatisierung können u.a. Hautverbrennungen, Verlust von Körperteilen, Deformationen aber auch psychische Erkrankungen sein. Erschwerend sei hier zu nennen, dass sie selbst bis zu dieser Erkrankung mit den Vorurteilen dieser Krankheit

aufgewachsen sind. Folge wird sein, dass sie sich selbst, aber auch ihr direktes soziales Umfeld, missbilligen. Die Missbilligung ist umso größer, je stärker die Zurückweisung aus der Gesellschaft ist. Das Stigma entwickelt sich somit zur zusätzlichen Erkrankung und beeinflusst die Genesung (ebd.). Das Stigma der Minderheitenzugehörigkeit ist durch ein besonderes Merkmal gekennzeichnet. Hiervon Betroffene sind gesunde Menschen, in deren Umfeld sich primär Menschen bewegen, die dasselbe Stigma tragen. Die Geschichte zeigt, dass das leider nicht immer von Nutzen ist, bedenkt man z.B. die Juden, Homosexuellen. Tritt das Stigma erst im Verlauf des Lebens ein, z.B. durch Flucht oder Emigration, lässt sich ein Gleichnis mit der vorhergehenden Form abbilden (vgl. Finzen, 2013, S. 27f.).

2.4. Folgen von Stigmatisierung

Folgen von Stigmatisierung können ganz unterschiedlich sein. In den nachfolgenden Erläuterungen werden diese an ausgewählten Personengruppen der nichtstigmatisierten, der stigmatisierten und stigmatisierten psychischen kranken Menschen dargestellt.

2.4.1 Folgen für nichtstigmatisierte Menschen

Um zu verstehen, wie sich Stigmatisierung auf die Betroffenen auswirkt, macht es ebenso Sinn auch nichtstigmatisierte Menschen zu betrachten und wie sich die Stigmatisierung auswirkt. Hier spielen vier Aspekte eine besondere Rolle. Einen Aspekt spielen die oft stark verbreiteten negativen Stereotypen. Leider gelten diese auch schon für Kinder und nicht ausschließlich für Erwachsene. Mit ca. drei Jahren lernen Kinder bereits Menschen mit z.B. Übergewicht oder einer anderen Hautfarbe minder zu bewerten. Stereotype werden sehr oft als Fakten angenommen und nicht hinterfragt, dies würde sehr viel Aufmerksamkeit und Kraft kosten, sodass dieser Versuch missglückt (vgl. Rüscher, 2021, S. 68).

Einen weiteren Aspekt spielt die Ambivalenz. Die eine Betrachtungsweise der Gesellschaft sieht vor, dass auch Menschen mit einem Stigma einen würdigen Platz haben. Dem gegenüber steht die Auffassung, dass jeder Mensch eigenverantwortlich ist. Folge

dieser unterschiedlichen Betrachtungen ist, dass einmal soziale Gerechtigkeit waltet und zum anderen Ablehnung zuteilwird, da ja jeder für sein Glück, oder eben auch Unglück, verantwortlich ist. Beide Reaktionen können ebenso gemeinsam auftreten und somit Vorurteile verstärken. Ambivalentes Verhalten löst bei stigmatisierten Menschen Unverständnis gegenüber ihrem Verhalten aus, da es kontraindiziert ist (ebd.).

Im dritten Aspekt spielen Angst und Unsicherheit der nichtstigmatisierten Gesellschaft eine große Rolle, wenn es darum geht, mit stigmatisierten Menschen umzugehen. Auslöser hierfür sind oft Unwissenheit, Vorurteile und negative Erwartungen. Diese Menschen sind oft unsicher im Umgang mit stigmatisierten Mitmenschen. Zudem gibt es stigmatisierte Personen, die selbstbewusst auftreten und somit Stereotypen entgegenwirken, was zu Unsicherheit bei Nichtstigmatisierten führen kann. Nichtstigmatisierte treten Stigmatisierten oft voreingenommen und künstlich gegenüber. Auch ihr nonverbales Verhalten, z.B. Vermeidung von Augenkontakt signalisiert der stigmatisierten Person nicht, ob es sich um ein Bemühen handelt, möglichst vorurteilsfrei oder –behaftet zu sein (vgl. Rüschi, 2021, S. 68).

Ein letzter Aspekt der hier betrachtet wird, ist die Widersprüchlichkeit zwischen dem Verhalten und der Einstellung. Oftmals gehen beide auseinander. Menschen können ihre wahrhaftige Einstellung verheimlichen und entgegengesetzt dieser handeln. Am Beispiel von Rassismus könnte es folgendermaßen dargestellt werden. Laut der Rassismusforschung ist seit den 50er Jahren ein starker Rückgang von negativ geäußerten Vorurteilen gegenüber Schwarzen durch Weiße zu verzeichnen. Dennoch ist das nonverbale und automatisch-unbewusste Verhalten gegenüber den Schwarzen negativer. Diese Ambivalenz wirkt sich z.B. in Vorstellungsgesprächen aus, in denen Schwarze oft benachteiligt werden. Auch Parallelen zu psychischen Erkrankungen sind hier erkennbar. Auch hier gibt es eine deutliche Reduzierung von offen ausgesprochen Vorurteilen. Dennoch wirken sich diese weiter aus. Die Angst im Umgang mit Stigmatisierten und das oft damit verbundenen angespannte Verhalten, wirken ablehnend und voreingenommen (vgl. Rüschi, 2021, S. 69f.)

2.4.2 Folgen für stigmatisierte Menschen

Die Folgen von Stigma stigmatisierter Menschen sind facettenreich. Einige dieser Facetten werden im Folgenden beleuchtet. Beginnend mit der Diskriminierung, die häufig mit der Stigmatisierung einhergeht. Diskriminierung kann in verschiedensten Formen auftreten. Beispielhaft seien Aggression, körperliche oder verbale Übergriffe genannt. Ebenso kann auch das persönliche Selbstwertgefühl gefährdet werden. Für Opfer von Diskriminierung kommt oft erschwerend die schon vorher beschriebene Diskrepanz der Täter hinzu. Stigmatisierte sind dauerhaft differenzierten Formen der Abwertung ausgesetzt (vgl. Rüschi, 2021, S. 70).

Ein weiterer Aspekt ist das persönliche Bewusstsein der eigenen abgewerteten sozialen Identität. Menschen einer stigmatisierten Gruppe erlernen die negativen Stereotypen ebenso so frühzeitig wie nichtstigmatisierte Menschen ihre Vorurteile zu dieser. Dieses Erkenntnis kann ebenso zur Selbstwertminderung führen.

Stigmatisierte können sich durch Stereotype bedroht fühlen oder beeinflusst werden. Dies nennt man Stereotype Threat, was so viel bedeutet, dass eine stigmatisierte Person befürchtet, anhand des Stereotyps nachteilig beurteilt zu werden. Die stigmatisierte Person wird dadurch kognitiv mehrbelastet. Zur Lösung einer Aufgabe muss sie sich zusätzlich gedanklich mit dem Stereotyp auseinandersetzen. Als Beispiel sei hier eine Frau zu nennen, die um das Vorurteil weiß, dass Frauen in Mathematik fachlich schlechter seien. In einer Prüfung hat sie nun Bedenken, diesem Stereotyp gerecht zu werden. Druck wird aufgebaut und dieser zur selbsterfüllenden Prophezeiung, da sich ihre Leistungen dadurch tatsächlich verschlechtern. Diese Folgen sind in verschiedenen Bereichen nachweisbar und sind am ehesten damit zu begründen, dass der Mensch in solchen Situationen kognitiv doppelt belastet ist. Auf der einen Seite gilt es, eine Aufgabe zu lösen und parallel dazu wird sich mit dem Stereotyp auseinandergesetzt. Die Leistungsfähigkeit und das Gedächtnis lassen nach (vgl. Rüschi, 2021, S. 71). Auch psychisch Erkrankte sind vom Stereotype Threat betroffen. So ließen zum Beispiel Leistungen nach, wenn psychisch Vorerkrankte vor einem Test angeben mussten, dass sie erkrankt sind. Taten sie dies nicht, waren ihre Leistungen vergleichbar mit denen der Nichterkrankten. Wird das Stigma offengelegt, wirkt sich der Stereotype Threat leistungsvermindern aus (vgl. Rüschi, 2021, S. 71).

Eine weitere Folge von Stigmatisierung kann Stress sein. Dieser tritt immer dann auf, wenn die Bedrohung durch das Stigma durch den Betroffenen als hoch eingeschätzt wird und im Gegenzug aber die Möglichkeiten dieser Bedrohung entgegenzutreten als gering eingestuft werden. Stigmastress entsteht, wenn der Betroffene unzureichende Bewältigungsmethoden aufweisen kann. Dies ist die Ursache für die unterschiedliche Belastung durch Stigma und deren Reaktionen darauf, die sowohl unwillkürlich (z.B. Blutdrucksteigerung, Angst) oder willkürlich (z.B. Schuldzuweisungen für Misserfolge) sein können.

Sowohl bei Stigmastress als auch beim Stereotype Threat wird das Stigma als Bedrohung auf die Integrität der eigenen Person gesehen. Dies gilt sowohl für Stigmatisierte als auch für Nichtstigmatisierte, die ebenso von Vorurteilen bestimmt werden können, auch wenn sie dies nicht wollen. Beide Gruppen reagieren plausibel auf die Bedrohungen der eigenen Person. Somit ist Selbststigma nicht nur ein Problem von Erkrankten (vgl. Rüschi, 2021, S. 72).

Für alle Personen gilt gleichermaßen, dass ihre persönliche Lage und deren Konsequenz mehrdeutig sind. Für Stigmatisierte jedoch ist die Interpretation dieser eher diffizil. Durch die Möglichkeit der Mehrdeutigkeit der Gründe für Erfolg oder Misserfolg, haben Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe zunehmend Probleme verschiedener Art. Sie sind nicht in der Lage ihre eigene Leistung realistisch einzuschätzen und können für sich keine realistisch zu verfolgenden Ziele erarbeiten. Wie auch schon beim Stereotype Threat sind sie dadurch kognitiv höher belastet und die Eigenmotivation kann sinken. Entstehendes Misstrauen erschwert den sozialen Austausch. Die Mehrdeutigkeit sozialer Interaktionen erhöht sich für Stigmatisierte durch unterschwellig ausgedrückte Vorurteile. Sie erkennen nicht eindeutig, ob eine subtile Diskriminierung vorliegt (vgl. Rüschi, 2021, S. 72f.).

Eine vorerst letzte Folge von Stigmatisierung ist der Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit, wie verschieden durchgeführte Studien belegt haben. Es besteht ein Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung und schlechterem psychischen oder körperlichen Befinden. Aus Diskriminierung entwickelt sich Krankheit in zwei Zwischenschritten. Dies sind zu einem Stressreaktionen, die sich im Herz-Kreislauf-System widerspiegeln und z.B. Bluthochdruck verursachen können aber auch emotionale Reaktionen einschließen, wie Frust und Ärger. Zum anderen handelt es sich um das

schädliche Gesundheitsverhalten. Hier spiegelt sich z.B. der Alkohol- und Drogenkonsum wieder, sowie das Essverhalten und die Bewegung. Beide führen mit erhöhtem Risiko zu körperlichen und psychischen Erkrankungen. Schädliches Gesundheitsverhalten (z.B. vermehrter Alkoholkonsum) wird auch als schädliches Bewältigungsverhalten verstanden. Auch Stereotype können Krankheiten wie Bluthochdruck verursachen. Ein Grund hierfür ist der stete Versuch dem Stereotyp entgegen zu wirken. Der Betroffene gerät unter Druck, der krankheitsverursachend sein kann. Häufig handelt es sich hierbei auch um Bluthochdruck oder entzündlichen Erkrankungen (vgl. Rüscher, 2021, S. 74).

2.5. Stigmatisierung psychisch Erkrankter

Es gibt Menschen, bei denen ist das Stigma augenscheinlich, wie zum Beispiel bei körperliche Beeinträchtigungen. Bei anderen wird es spürbar, sobald man in den sozialen Kontakt tritt (Taubheit). Diese Merkmale sind für jedermann deutlich erkennbar. Dazu gibt es aber auch Stigmatisierte, bei denen das Stigma nicht sofort sichtbar wird. Diese Menschen sind nicht diskreditiert. Psychisch Erkrankte sind sowohl diskreditiert, als auch diskreditierbar. Für psychisch Erkrankte ändert sich der soziale Umgang mit den „Normalen“. Es ist nachgewiesen, dass diese sich distanzierter verhalten, wenn die Erkrankung bekannt ist. Die meisten Menschen akzeptieren psychisch Erkrankte im entfernten sozialen Umfeld, etwa als Nachbarn oder Arbeitskollegen. Bei größerer Nähe jedoch wird es komplizierter, wie zum Beispiel als Familienmitglied oder gar als Betreuungsperson für die Kinder (vgl. Finzen, 2013, S. 46).

Es ist ebenso nachgewiesen, dass durch Geschehnisse, die die Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten bestärken, die soziale Distanz größer wird. Als Beispiel dargestellt seien hier Gewalttaten, die durch Schizophrene erfolgten. Die Medien fokussierten sich auf die schwere der Taten, jedoch nicht darauf, auch über die Krankheit aufzuklären. Viele psychisch Erkrankte und auch deren Angehörige versuchen aufgrund der bestehenden Vorurteile in der Gesellschaft, ihre Erkrankung zu verbergen. Dadurch sind sie mehrbelastet und unter anhaltender Anspannung. Sie wollen nicht diskreditiert werden. Im Gegensatz zu Menschen, die offen mit ihrer Erkrankung umgehen, sind Menschen, die ihre Erkrankung verdeckt halten, vermehrt mit Vorurteilen konfrontiert. Ein gewisses Maß

an Toleranz, das den bekannten psychisch Erkrankten durch die Gesellschaft entgegengebracht wird entfällt. Die versteckt psychisch Kranken müssen sich mit Vorurteilen und Vorbehalten in aller Intensität auseinandersetzen. Daraus resultiert, dass das Verbergen eventuell einigen Problemen entgegenwirkt, andere jedoch entstehen lässt und verstärkt. So muss sich ein versteckt psychisch Kranker oft mit Mitmenschen auseinandersetzen, die mit Vorurteilen zu seiner Person behaftet sind. Sein Verhalten täuscht diese und verbirgt seine tatsächliche soziale Identität. Es ist nachgewiesen, dass psychisch Erkrankte und auch von psychischer Krankheit Genesene den Austausch mit anderen Menschen über ihre Krankheiten und deren Folgen und Problemen benötigen, um Rückfalltendenzen zu minimieren. Dennoch fällt es den meisten Betroffenen schwer, über den engsten Familienkreis hinaus, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen (vgl. Finzen, 2013, S. 47f.).

Einen wesentlichen Grundsatz spielt die Zugehörigkeit in der Gesellschaft. Jeder Mensch gruppiert sich in verschiedene Gruppen ein. Dies kann die Familie, die Gemeinde, aber auch der Sportvereine sein. Jede dieser Gruppen hat bestimmte Erwartungen und soziale Normen. Sie leben von Regeln und Grenzen und setzen gewisse soziale Normen und Erwartungen an. Mitglieder von Gruppierungen müssen in der Lage sein, diesen Normen und Werten gerecht zu werden und sich im Rahmen der vorgegebenen Grenzen zu bewegen. Sie müssen ihren festen Aufgaben nachkommen können. Mitglieder einer Gruppe müssen sich auf andere Teilnehmer dieser Gruppe verlassen und ihnen vertrauen können. Bei Zuwiderhandeln können Sanktionen oder gar ein Ausschluss aus der Gruppe erfolgen. Stigmatisierung ist stark verbunden mit der Einhaltung von Grenzen und diese aufzuzeigen. Demnach sind Stigmatisierte sehr oft ausgegrenzt. In der heutigen Gesellschaft beginnt es schon mit den Obdachlosen oder anderen Randgruppen, wie Asylanten, Andersdenkende aber auch psychisch Erkrankten. Keine Gesellschaft verzichtet auf solche Ausgrenzungen. Es schwanken lediglich Ausmaß und Intensität. Vorbehalte gegenüber Randgruppen sind immer und überall vorhanden, verbunden mit Vorurteilen und Abneigung. Nachweislich ist es eine soziologische Notwendigkeit, Gruppen durch Begrenzungen aufrecht zu erhalten, dennoch ist der Ausschluss und die Instrumentalisierung bestimmter Menschen bedenklich (vgl. Finzen, 2013, S. 49f.). Für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen hat Stigma ernste Folgen. Die eigene Identität

wird beschädigt und sie begeben sich in einen sozialen Rückzug und Isolation. Ihr Selbstwert mindert sich und der soziale Status wird herabgesetzt. Sie werden diskriminiert. Dies wiederum greift negativ auf ihre Lebensqualität ein und beeinflusst somit den Therapieerfolg, weil Betroffene sich zu spät oder gar nicht in psychiatrische Behandlung begeben (vgl. Rüscher, 2021, S. 113f.).

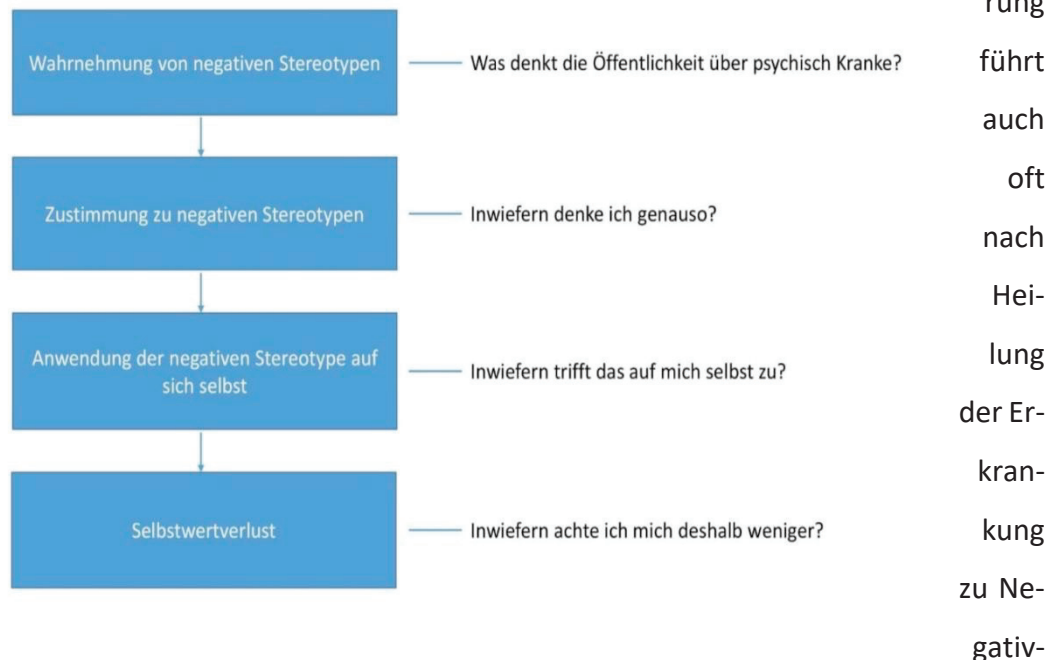
2.5.1 Subjektive Stigmatisierung

Die subjektive Stigmatisierung psychisch Erkrankter lässt sich in drei Bereiche gliedern. Die konkreten Erfahrungen, die erwartete Stigmatisierung und das Stigmacoping. Wobei die tatsächlich gemachten Erfahrungen jene mit den folgeschwersten Auswirkungen sind. Die häufigste gemachte Erfahrung ist die Vermeidung sozialer Kontakte durch das Umfeld. Tatsächlich empfinden psychisch Erkrankte mehr Stigmatisierung als ihnen tatsächlich zuteilwird. Die meisten Betroffenen neigen dazu, ihre Erkrankung zu verheimlichen. Konsequenzen die daraus entstehen können, wie es verschiedene Studien belegen, sind breit gefächert. So können sich Beziehungen zu Mitmenschen und die Lebensqualität verschlechtern. Ihr Selbstwert reduziert sich und ihre Motivation stagniert. Oft sind depressive Stimmungen vordergründig. Eine Reform in der psychiatrischen Versorgung sollte eine bessere Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft herbeiführen und mehr Akzeptanz dieser unterstützen. Dies ist nicht im erhofften Umfang geschehen. Betroffene sehen sich weiterhin auf das Vielfältigste mit Stigmatisierung konfrontiert (vgl. Angermeyer, 2003, S. 358-366).

2.5.2 Selbststigmatisierung in der Psychiatrie

Für die Selbststigmatisierung gibt es verschiedene Definitionen. Rüscher und Berger beschreiben diese als einen Prozess, der folgendermaßen abläuft: nimmt ein Mitglied einer stigmatisierten Gruppe die negativen Stereotype dieser an, entsteht Selbststigmatisie-

run- g. Zuerst werden die negativen Stereotype erkannt und im nächsten Schritt wird die- sen zugestimmt. Zum Schluss identifiziert sich der Betroffene mit diesen negativen Ste- reotype, was häufig den Selbstwert schmälert (vgl. Finzen, 2013, S. 63f.). Selbststigma-



folgen. Betroffene können sich zum Beispiel nicht eigenständig um Arbeit oder soziale Kontakte kümmern, was dann nicht mehr mit der Erkrankung zu begründen ist. Im Ge- gensatz zur Eindämmung des öffentlichen Stigmas als gesamtgesellschaftlich Herausfor- derung, steht die Bekämpfung des Selbststigmas als Problem lediglich als Aufgabe für den Betroffenen selbst mit Unterstützung von Fachärzten und Therapeuten (ebd.).

Abb. 1 Der Selbststigmatisierungsprozess (Corrigan et al., 2006)

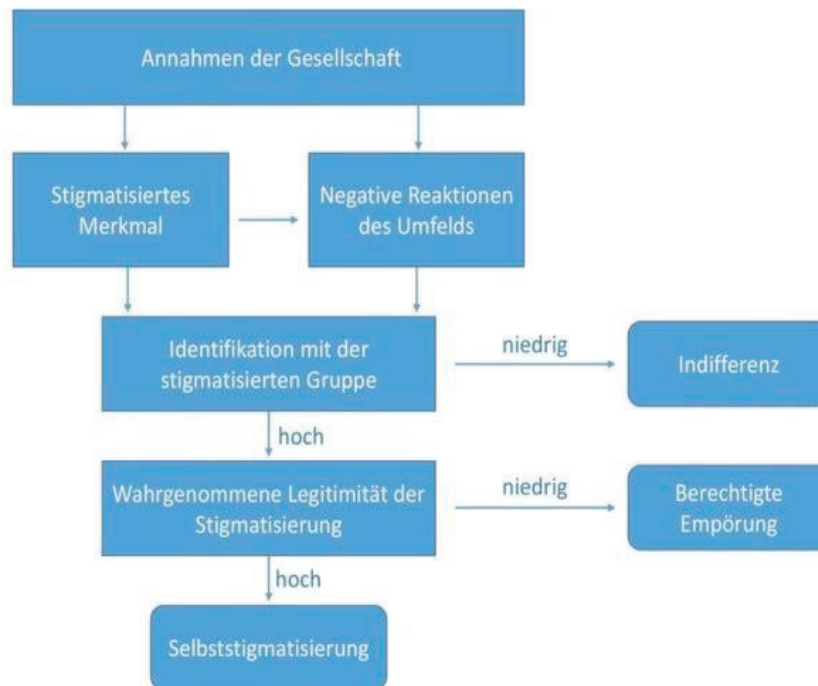


Abb. 2 Paradoxon von Selbststigmatisierung und psych. Krankheit (Corrigan et al., 2006)

3. Prävention

Was verbirgt sich hinter dem Begriff der Prävention? In den letzten Jahren hört man ihn immer häufiger im Kontext verschiedener Gebiete des alltäglichen Lebens, primär jedoch bezogen auf das Gesundheitswesen, wenn es darum geht gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen, chronischen Erkrankungen vorzubeugen oder sportliche Aktivitäten zu fördern.

Prävention ist zu dem in Deutschland gesetzlich verankert. Im SGB V § 20 sind primäre Prävention und Gesundheitsförderung verortet (URL4).

3.1. Definition

Prävention ist in der Bedeutung des Begriffs ein Handlungsprinzip. Hierbei geht es darum, dass gehandelt wird, bevor sich ein bestimmter Zustand oder ein bestimmtes Er-

eignis einstellen kann oder der Zeitpunkt der Einstellung verschoben wird ebenso können die Folgen minimiert oder verhindert werden (vgl. Bröckling, Journal of Civilisation, 2008, S. 38-48). Prävention wird aus dem Lateinischen mit Vorbeugen oder Verhütung übersetzt. Eine einheitliche Definition fällt schwer, da der Begriff in verschiedensten Kontexten auftritt. Es wird sich auf unterschiedliche theoretische Konzepte berufen, sowie auf konzeptionelle Grundlagen und Handlungsebenen. Ein Beispiel hierfür ist die Prävention im Gesundheitswesen. Unter diesem Begriff findet man u.a. die Gesundheitsvorsorge in Kindergärten. Wie auch Programme zur Vorbeugung schwerer Erkrankungen durch operative Eingriffe. Gleichzeitig wird der Begriff Prävention auch als politisches Leitmotiv verwandt und dient zum Beispiel den Krankenkassen als Anreiz für die Versicherten, an Programmen zur Vorbeugung bestimmter Krankheiten teilzunehmen. Andere Bereiche in denen präventiv gearbeitet wird sind zum Beispiel die Kriminologie, Ökologie und die Medizin. In der Sozialen Arbeit findet sich Prävention in den verschiedensten Bereichen wieder, zum Beispiel in der Jugend-, Straffälligenhilfe, Kinderschutz und Jugendarbeit. Diese definieren u.a. Inhalte und Konzept der Präventionsmaßnahme. In der Regel, wird der Begriff der Prävention in Verbindung mit der Kinder- und Jugendarbeit gebracht. Hier unterscheidet man die allgemeine Förderung, wie Jugendarbeit und politische Bildung, sowie den Jugendschutz. Man findet vermehrt Präventionsmaßnahmen in Kindergärten und ähnlichen Regeleinrichtungen, sowie in sozialraumorientierten und auf das Gemeinwesen bezogenen Maßnahmen. Daraus lässt sich zu einem Schlussfolgerung, dass eine frühe Prävention nicht nur hinsichtlich der Vorbeugung und der Entgegenwirkung der Entstehung von Problemen ratsam ist, sondern auch möglichst früh im Kontext des Alters der Kinder steht (vgl. Wohlgemut, 2009, S. 17f.). Nach dem Motto „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ sollten präventive Maßnahmen früh begonnen werden, da Kinder und Jugendliche scheinbar nicht allein fähig sind, sich mit expliziten Risiken aufgrund ihrer Entwicklungsphase auseinanderzusetzen. Bei Präventionsangeboten ist darauf zu achten, dass sich die Maßnahmen immer an die jeweilige Zielgruppe richten, da diese ganz unterschiedlich sein können, z.B. Alters- oder Risikogruppen.

3.2. Präventionsarten

Prävention lässt sich primär in drei Arten untergliedern, die nachfolgend dargestellt werden.

3.2.1 Primärprävention

Hier geht es an erster Stelle darum, die Gesundheit von gesunden oder nur gering risikobelasteten Menschen zu erhalten. Ziel ist es, Neuerkrankungen und Erkrankungswahrscheinlichkeit zu senken. In der Primärprävention werden Maßnahmen zusammengefasst, die zur Verhütung des Auftretens einer Erkrankung dienen, zum Beispiel durch Beseitigung oder Verminderung von Risikofaktoren, Erhöhung der Widerstandskraft oder durch den Abbau und Veränderungen im Lebensumfeld. Auch die Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit zählt hierzu. Die Maßnahmen der Primärprävention können einerseits personen-populationsbezogen, verhaltens- und verhältnisorientiert sowie medizinisch-präventiv sein. Diesen zielen darauf ab, zu einem gesundheitsbewussten Verhalten befähigt und motiviert zu werden (Beratungen zum Essen, Rauchen, Bewegung usw.) Zudem reihen sich als zweite Ebene Verhaltens- und Verhältnisprävention ein. Diese Maßnahmen beinhalten Ansätze zur gesundheitsfördernde Gestaltung verschiedener Lebensbereiche, wie Arbeit, Wohnen, Freizeit (vgl. Slesina, 2007, S. 2196-2198).

3.2.2 Sekundärprävention

Ziel der Sekundärprävention ist es, Frühstadien von Erkrankungen zu erkennen. Einer Manifestation entgegenzuwirken und Heilung zu unterstützen. Sie dient der Intervention zur Krankheitsverschlimmerung, des Rückfalls und dem Entgegenwirken von Folgeerkrankungen. Maßnahmen die hiermit verbunden sind, sind zum Beispiel Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (vgl. Slesina, 2007, S. 2196-2198).

3.2.3 Tertiärprävention

Vordergründige Aufgabe der Tertiärprävention ist es, die Lebensqualität Erkrankter so gut wie möglich wiederherzustellen. Zudem unterstützt sie eine Verhütung von Folge-

und /oder Begleiterkrankungen. Sie bezieht sich auf manifestierte chronische Erkrankungen. Hier verwendete Maßnahmen lassen sich in zwei Hauptgruppen untergliedern. Einerseits wird von Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und Verhütung von Funktionsverlusten gesprochen, sowie von der Verbesserung der Erkrankungen (anatomisch, physiologisch, psychologisch). Außerdem wird auf Maßnahmen zur Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen zurückgegriffen. Im Gegensatz dazu stehen die Maßnahmen, die eine Ausgliederung aus der Gesellschaft begrenzen sollen (vgl. Slesina, 2007, S. 2196-2198).

3.3. Prävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Prävention beginnt schon in der Familie. Im Gegensatz zu Erwachsenen, die schon gern einmal in die Vergangenheit und in die Zukunft blicken, leben Kinder und Jugendliche immer im Hier und Jetzt, womit sie den Erwachsenen einen Schritt voraus sind. Das tatsächliche Leben findet immer nur in diesem Moment statt. Eltern sind oft Opfer der Gesellschaft und entwickeln das Gefühl, selbst nicht mehr nach eigenen Vorstellungen leben zu können. Verkannt sind Faktoren wie zum Beispiel das Internet, Fernsehen oder auch Computerspielen, die jede Menge Zeit in Anspruch nehmen. Auf Dauer macht das unzufrieden oder gar depressiv. Für Eltern ist es wichtig in die Aktion zu treten, statt zu reagieren. Damit unterstützen sie eine gesunde Entwicklung der Psyche ihrer Kinder und fördern ebenfalls ihr eigenes psychisches Wohlergehen. Dennoch kann das Leben Stolpersteine legen. Dies kann zum Beispiel auch eine psychische Störung des Kindes sein. In solchen Situationen ist es wichtig, als Familie beisammen zu stehen und sich über die Situation auszutauschen und nach Lösungsideen zu suchen. Ein wichtiger Anfang ist die Akzeptanz der Erkrankung. Für einen intakten pädagogischen Umgang spielen sechs Bereiche eine ausschlaggebende Rolle: 1. Erziehungsstil in der Familie, 2. ausreichend Handlungsspielraum für das Kind, 3. Anerkennung durch die Eltern, 4. Gemeinschaftsgefühl in der Familie, 5. Ausreichend finanzielle Mittel und 6. Gute Vorbilder zur Vermittlung von Werten und Grenzen (vgl. Höwler, 2020 S. 108f.). Darüber hinaus braucht es Aufklärung über psychische Erkrankungen. Es ist wichtig, dass zum Beispiel die allgemeine Bevölkerung und Pädagogen über Grundkenntnisse psychischer Erkrankungen verfügen. Liegen diese nicht vor, ist ein rechtzeitiges Zugreifen auf professionelle Hilfe

nicht gewährleistet. Zusätzlich ist Anti-Stigma-Arbeit erforderlich, um der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken. Zudem ist ein flächendeckender schneller Zugriff auf verschiedene Versorgungsebenen nötig, speziell Fachärzte, Behandlungszentren usw. (vgl. Höwler, 2020 S. 109). Etwa 20 % der Kinder und Jugendliche Deutschlands sind psychisch belastet und 10 % weisen psychische Störungen auf. Die Dunkelziffer wird höher vermutet. Um Spätfolgen wie zum Beispiel einen chronischen Krankheitsverlauf oder einen niederschweligen Schulabschluss zu vermeiden, wird u.a. auf Präventivmaßnahmen zurückgegriffen. Diese können bei Erfolg hohe Versorgungskosten und Folgekosten für die Gesellschaft reduzieren. In Deutschland ist zudem die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfen im Alterssektor Kinder und Jugendliche verkannt. Als eine der Hauptursachen ist die Stigmatisierung dieser Erkrankungen zu sehen. Betroffene und Angehörige beschreiben Ängste, die auch zum Teil aus Erfahrungen der Eltern resultieren. Jugendliche wissen oft nicht, an wen sie sich mit Ihrer Problematik wenden können und können zudem nicht einschätzen, ob professionelle Hilfe nötig ist (vgl. Schulte-Körne, G., 2018, S. 190).

3.4. Präventionsmethoden

Präventive Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen müssen in verschiedenen Altersgruppen und Entwicklungsphasen angesetzt werden und den kognitiven und psychischen Voraussetzungen entsprechen. Hier wird auf verschiedene Methoden zurückgegriffen. Im Vorfeld wird gefiltert, welche Form der Prävention in welchem Bereich geeignet ist. Die meisten Präventionsmaßnahmen für psychisch auffällige oder erkrankte Kinder sind sehr gut geprüft und untersucht. Eine Durchführung dieser ist angebracht und empfohlen. Am erfolgreichsten wirkt sich die selektive Methode auf die Betroffenen aus. Wogegen man einer universellen Prävention eher kritisch gegenübersteht, besonders, wenn diese nicht im Kontext der schulischen Aufklärung stattfindet oder keine begleitende Mitwirkung durch Fachleute vorhanden ist. Bei einigen Krankheitsbildern (z.B. Depressionen) ist sogar ein erhöhtes Krankheitsrisiko nachweisbar (vgl. Schulte-Körne, 2018, S. 193).

3.4.1 Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention ist die vorrangige Präventionsmaßnahme. Sie versucht durch Aufklärung, Training und Schulung das Verhalten der Kinder und Jugendlichen, ggf. auch das der Familienangehörigen zu beeinflussen. Drei verschiedene Ansätze stehen hierzu zur Verfügung. Man unterscheidet die universelle Prävention, die darauf abzielt, eine unselektierte Gruppe von z.B. Schüler*innen in der Resilienz zu stärken. In der selektiven Prävention wird schon eine bestimmte Risikogruppe angesprochen und auf ihre vorhandenen Belastungsfaktoren hingewiesen, um das Handeln diesbezüglich abzuändern. Als dritten Ansatz gibt es die indizierte Prävention. Betroffene haben hier ein erhöhtes Krankheits- und Wiedererkrankungsrisiko. Ziel dieser Maßnahme ist es deshalb, dieses durch gegebene Interventionen zu minimieren (vgl. Schulte-Körne, 2018, S. 192).

3.4.2 Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention berücksichtigt die Lebensverhältnisse der Betroffenen und versucht durch strukturelle, gesetzliche oder regulative Maßnahmen auf diese positiv einzuwirken ohne persönlicher Einstellungsänderung oder Verhaltensentscheidungen. (vgl. Schulte-Körne, 2018, S. 192).

3.5. Prävention im Setting Schule

Bildung und Gesundheit gehen miteinander einher. Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen und auch –psycholog*innen erleben die Jugendlichen alltäglich mit all ihren Launen und Fähigkeiten. Somit sind Schulen ein idealer Ort, an dem über Achtsamkeit, gesunden Umgang miteinander aber auch über Prävention geredet werden kann und muss.

3.5.1 Bedeutung Setting

Der Setting-Ansatz beschreibt verschiedene soziale Systeme, sowie Orte oder auch soziale Zusammenhänge von Menschen, die sich in diesem alltäglich bewegen. Diese Systeme stehen im engen Kontext zur Gesundheit ihrer Mitglieder und dem Bewusstsein der Zugehörigkeit. In den 80er Jahren wurde durch die WHO der Setting-Ansatz als Strategie entwickelt, um eine zentrale Gesundheitsförderung einzurichten (vgl. Grossmann, 2003, S. 205f.). Unter einem Setting verstehen Grossmann und Scala ein System, dass sowohl Umwelteinflüsse und Ähnliches eines bestimmten Personenkreises beinhaltet aber auch ein System, in dem die Voraussetzungen von Krankheit und Gesundheit beeinflusst werden können (Grossmann, 1999, S. 100). Damit eignen sie sich zur Durchführung von gesundheitsfördernder präventiver Maßnahmen.

3.5.2 Die Schule als Ort der Prävention und Gesundheitsförderung

Wir blicken derzeit in Deutschland auf knapp 17% aller drei- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, von denen circa 10% aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt werden müssen. Durch die COVID-19-Pandemie verschlechterte sich der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen sowie die psychische Gesundheit, wie die COPSY-Studie nachgewiesen hat. Zudem wurde mit Unterstützung verschiedener Studien festgestellt, dass sich psychische Erkrankungen zu 50 % vor dem 14. Lebensjahr entwickeln (vgl. Giertz, 2023, S. 92). Gesundheitliche Probleme im Jugendalter und der Adoleszenz können zu Einschränkungen in Schulleistungen und zu schlechteren Abschlüssen führen, wobei psychische Erkrankungen eine entscheidende Rolle einnehmen. Sie führen oft zu Schulabbrüchen und Leistungsbeeinträchtigungen und können sich im Erwachsenenalter u.a. in Erwerbslosigkeit, Abhängigkeit von Sozialleistungen oder auch Frührente widerspiegeln. Dennoch gibt es nicht ausreichend Unterstützung für betroffene Jugendliche und deren Familien. Hier geraten

die Schulen immer häufiger in den Fokus der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind der Ort, an dem die Kinder und Jugendlichen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Zudem findet hier ein Großteil der Sozialisation statt. Kinder und Jugendliche lernen gemeinsam und tauschen sich aus und können sich in ihrem Sozialverhalten entwickeln. Leider gibt es auch negative Erlebnisse, wie Mobbing oder Angst vor Leistungsversagen. Diese können zu einer Reduzierung des Selbstwertes führen. Lehrkräften kommt eine fundamentale Bedeutung zu, denn sie sind häufig Bezugsperson und Vorbild. Sie sind die Menschen, die eine Veränderung im Verhalten oder auch psychische Krisen zuerst bei ihren Schüler*innen registrieren sollten. Leider fehlen ihnen in vielen Fällen nötige Kompetenzen, um psychische Beeinträchtigungen zu erkennen oder auch Warnsignale wahrzunehmen. Hier fordern sie sich externe Unterstützung ein, um Sicherheit aufbauen zu können. Primär geht es um folgende Inhalte: Bewältigungsstrategien, Umgang mit Betroffenen und familiär belasteten Kinder und Jugendlichen. Hinzu kommt die Problematik, dass durch die COVID-19-Pandemie die Lehrkräfte selbst weniger belastbar sind und Präventionsmaßnahmen in Anspruch nehmen würden (vgl. Giertz, 2023, S. 93-94). Die Präventionsangebote an Schulen blicken auf eine Tradition zurück. Vorreiter waren die USA. Anfänglich wandten sich die Angebote nur an Schüler*innen und Lehrkräfte. Inzwischen sind ebenfalls Eltern und Familien mit einbezogen. Inhaltlich zielen die verschiedenen Angebote auf unterschiedliche Probleme wie zum Beispiel der Bewältigung von psychischem Stress, Mobbing oder der Verbesserung des Selbstwertes ab. Es gibt zudem Programme, die die Resilienz fördern oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Konsum schädlicher Stoffe) einschränken. Deutschland hat auch ein gewisses Maß an präventiven Angeboten. Diese sind vielfältig, leider unübersichtlich und regional nicht einheitlich (vgl. Giertz, 2023, S. 94). Petermann und Petermann haben klare Merkmale für gute präventive Maßnahmen zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen definiert:

- Der Ort der Ausführung muss von allen Beteiligten gut erreichbar sein
- Inhalte müssen sich leicht auf den Alltag der Kinder und Jugendlichen, sowie auf den der Eltern und Familien umsetzen lassen
- Festlegung eines Zeitrahmens je nach Entwicklung der Betroffenen, damit Lernfreude und –bereitschaft aufrechterhalten werden können

- Festlegung eines Zeitrahmens mit optimaler zu erwartender Wirkung, angepasst auf die Entwicklung, ggf. unter Einbeziehung der Eltern, wie im Kindergarten oder Grundschule
- Möglichst früher Beginn der Maßnahmen, um einer Manifestierung von psychischen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken
- Angebot sollte zielgruppengerecht ausgewählt werden und glaubwürdig sein
- Förderangebot, das sich je nach Altersstufen aufeinander aufbauen lässt (Förderkette)

In Deutschland gibt es eine bundesweite Datenbank „Grüne Liste Prävention“, in der man sich über wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte präventive Angebote informieren kann. Insgesamt gesehen ist das Präventionsangebot rund um die seelische Gesundheit noch nicht ausreichend und umfänglich (vgl. Giertz, 2023, S. 94-95). Ein Präventionsprogramm, dass sich als erwiesen hat, ist im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

4. „Verrückt? Na und!“ - ein Präventionsprogramm

Warum gerade dieses Präventionsprogramm? Seit zwei Jahren bin ich aktive Akteurin dieses Programms und leite eine Regionalgruppe in Stralsund. Ich blicke auf über 20 erfolgreich durchgeführte Schultage zurück, die an verschiedensten Schulformen durchgeführt wurden, wie zum Beispiel Gesamtschulen, Gymnasien und Förderzentren. Nachfolgend möchte ich das Präventionsprogramm „Verrückt? Na und!“ vorstellen. Zunächst einige Worte zu dem Verein „Irrsinnig Menschlich“, der dieses Programm entwickelt hat. „Irrsinnig Menschlich“ gründete sich 2000 als eingetragener Verein, der sich der psychischen Gesundheit, Prävention und sozialen Inklusion verschrieben hat. Seinen Hauptsitz hat er in Leipzig. Heute arbeiten dort acht Beschäftigte und über 400 freiwillige Mitarbeiter. Der Verein arbeitet international und ist eine Non-Profit-Organisation. Seine Ziele sind u.a., Ängste, Vorurteile und Stigmata zu verringern und vorzubeugen, psychische Erkrankungen und Krisen erkennen, damit umzugehen und Lösungswege aufzeigen. Dazu entwickelt er niederschwellige Präventionsprogramme, mit unter-

schiedlichen Ansätzen. Eins dieser Programme ist das Schulpräventionsprogramm „Verrückt? Na und!“. Ziel dieses Konzeptes ist präventive Arbeit an Schulen in Bezug auf psychischen Krisen und Förderung der psychischen Gesundheit. Es soll an erster Stelle Schüler*innen in schwierigen Lebensphasen unterstützen, einen Weg in ein gesundes Leben zu beschreiten. „Verrückt? Na und!“ lebt von einem Mehrebenenansatz. Dies bedeutet, dass neben den Schüler*innen auch Lehrer*innen, Eltern und andere Bezugspersonen bei Bedarf mit einbezogen werden (URL5).

Kernstück des Projektes ist der Einsatz von stigmatisierten Menschen. Hier haben die Erfahrungen gezeigt, dass sie authentisch sein müssen und stabilisiert genug, um ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen. Die persönlichen Experten bestimmen selbst, wieviel sie aus ihrer Geschichte erzählen wollen. Im Tandem mit einem fachlichen Experten gestalten sie den Schultag mit, tragen dennoch keine Verantwortung. Die fachlichen Experten haben eine geeignete Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie, Prävention und Gesundheitsförderung oder haben einen staatlich anerkannten Berufsabschluss (URL5).

Zielgruppe des Programms sind primär Schüler*innen ab 14 Jahre und deren Lehrkräfte. Als Ziele werden u.a. das Besprechen von psychischen Krisen und Erkrankungen verfolgt, sowie Hinweise wie diese zu erkennen, zu verstehen und zu bewältigen sind. Durch Aufklärung soll Stigmatisierung reduziert und Hilfesysteme aufgezeigt werden. Zudem geht es darum, Ängste abzubauen, um Hilfe rechtzeitig in Anspruch zu nehmen und dadurch Schulabbrüche zu minimieren und Erfolge zu fördern. Das Programm wird in der Dauer eines Schultages (ca. 5 Zeitstunden) absolviert und im Klassenverbund durchgeführt. Als Methodik kommen verschiedene Ansätze zum Einsatz, wie das Gespräch, Gruppenarbeit, Diskussion und Rollenspiele. Die Umsetzung erfolgt in der Regel in der Schule, wobei ein Team die jeweilige Klasse aufsucht (URL5).

Der Schultag selbst läuft immer nach einem vorgeschriebenen Schema ab. Dieses besteht aus drei Schritten. Im ersten Schritt werden die Teilnehmer*innen ermuntert sich mit der Thematik von psychischen Krisen und psychischer Gesundheit auseinanderzusetzen und über eigene Erfahrungen zu sprechen, nach dem Motto „ansprechen statt ignorieren“. Darauf folgt der zweite Schritt. Hier beschäftigen sich die Schüler*innen in Gruppenarbeit mit Glück und Krisen im Leben und welche Eigenverantwortung zu tragen

ist. Im dritten Schritt berichtet der persönliche Experte aus seinem Leben, mit allen Krisen und Bewältigungsstrategien. Zudem werden Fragen beantwortet. Zum Abschluss bekommen alle Beteiligten die Möglichkeit ihr Feedback zu geben. Eine Nachbesprechung mit der Lehrkraft sieht das Programm ebenfalls vor. Leider findet diese nur selten statt, aufgrund des hohen Leistungspensums und der mangelnden Zeit (URL5).

4.1. Auswirkungen auf Schüler*innen

Die Schüler*innen lernen an diesem Präventionsschultag Warnsignale von psychischen Erkrankungen und Krisen zu erkennen und diese altersgerecht zu bewältigen. Sie können Erfahrungen über Eltern mit psychischen Erkrankungen austauschen und bekommen vermittelt, dass Kinder keine Schuld an deren Erkrankung tragen. Ängste und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen werden diskutiert und hinterfragt. Zudem bekommen Schüler*innen Informationen über Hilfeangebote und lernen auch zu helfen. Über ausgehändigten Broschüren erfahren sie, wie ihre seelische Gesundheit gestärkt und geschützt werden kann. Klassenverbände lernen einen achtsamen Umgang miteinander und könne Vertrauen untereinander aufbauen. Es werden gemeinsame Lösungsstrategien zur Bewältigung von Problemen erarbeitet. Dies führt zu einem besseren Klassenklima und mehr Verständnis untereinander. Ein positiver Schulerfolg wird unterstützt. Ca. 10 % der Schüler suchen im Anschluss des Projektes fachliche Hilfe auf. Zudem treffen sie auf Menschen, die krankheitserfahren sind und psychische Krisen schon meistern konnten (URL6).

4.2. Auswirkungen auf Lehrkräfte

Lehrer*innen lernen ihre Klasse an diesem Schultag besser kennen. Sie bekommen einen Eindruck was ihre Schüler*innen bedrückt, bewegt und glücklich macht. Es werden neue Sichtweisen auf bestehende Konflikte vermittelt. Lehrkräfte können nach Ablauf des Programms ebenfalls Warnsignale besser erkennen und sind sensibilisierter. Sie

können Stigmatisierung entgegenwirken, da Ängste und Vorurteile abgebaut wurden. Zudem sind sie befähigt, mit psychischen Krisen bewusster umzugehen und können Betroffenen ratend zur Seite stehen. Lehrer*innen werden sicherer im Umgang mit psychischen Krisen und werden Vertrauensperson und Ansprechpartner. Zudem wird ihnen vermittelt, wie wichtig ein wertschätzender, freundlicher und achtsamer Umgang mit Schüler*innen ist. Lehrkräfte sind Mutmacher (URL 5).

4.3. Wirksamkeit von „Verrückt? Na und!“

Es stellt sich die Frage, wie wirksam ist dieses Präventionsprogramm? Hier wird speziell Bezug auf den Jahres- und Wirkungsbericht 2021 genommen. Wie in allen Bereichen des Lebens hat sich die Coronapandemie auch auf den Einsatz des Programms an Schulen ausgewirkt, wie die beiden nachfolgenden Diagramme belegen.

Reichweite Deutschland	2017	2018	2019	2020	2021
Schultage	663	842	998	491	593
Schüler*innen	18.000	23.000	26.000	13.000	13.800
Standorte	64	67	78	86	94
Schultage pro Standort	10	12,5	12,8	5,7	6,3
Fortbildungen für Lehrkräfte, Eltern, Multiplikator*innen	63	39	56	34	68

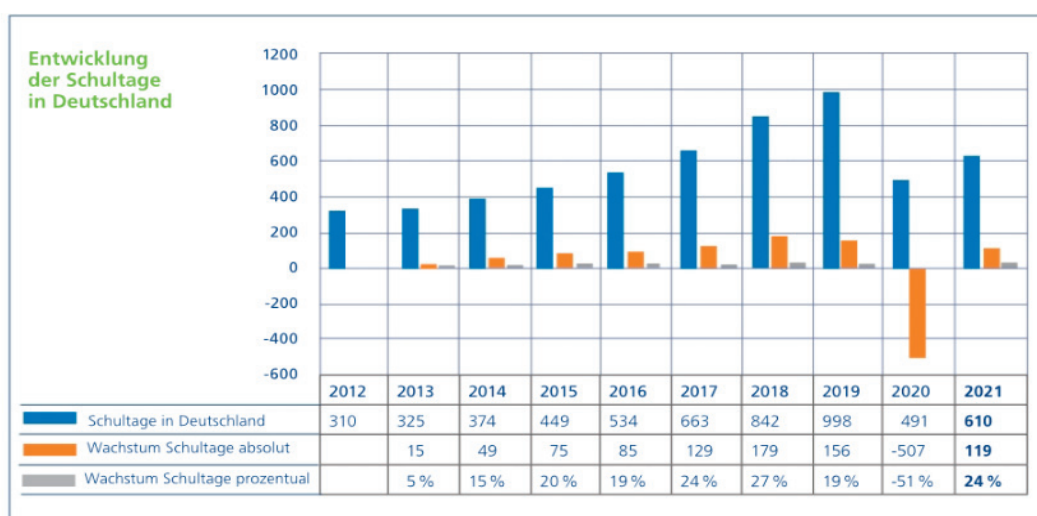


Abb. 3 Leistungen "Verrückt? Na und!" (URL6)

Die Leistungen des Projektes zeigt sich deutlich in der steigenden Anzahl gebuchter Schultage. Hier ist ein jährlicher Zuwachs von 20 % zu verzeichnen (Coronapandemie ausgeschlossen). Sowohl Schüler*innen als auch Lehrkräfte bewerten die Inhalte als sehr nützlich im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Viele Schulen (ca. 85%) nehmen das Schulprojekt dauerhaft in ihr Schulprogramm mit auf. Gesamtgesellschaftlich betrachtet, wirkt sich das Programm an erster Stelle positiv durch Aufklärung und Abbau von Stigmatisierung aus. Eine Gleichstellung wird gefördert und die Teilhabe am Leben unterstützt (URL6).

Das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ ist zudem eins von vier sozialinnovativen Programmen, die 2019 auf ihre Ökonomie geprüft wurden. Das Ergebnis hat gezeigt, dass ca. 80 Mio. Euro an Folgekosten für jeden Prozentpunkt an erkrankten Schüler*innen gespart werden konnten, die sich aufgrund der Teilnahme an diesem Programm in frühzeitige Behandlung begeben haben. Aus meiner Sicht kritisch zu betrachten sind die langen Wartezeiten von mehr als bis zu drei Monaten, um einen Termin bei einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten zu bekommen. Die Evaluation dieses Schulprojekts deutet darauf hin, dass durch den Ansatz der Aufklärung und den Kontakt die soziale Distanz von Schüler*innen gegenüber psychisch Kranken reduziert werden kann. Angst gegenüber psychischen Krisen und Stigmatisierung können gemindert werden. Leider halten diese Effekte nicht dauerhaft an, sodass längerfristige Präventionsmaßnahmen empfohlen werden (Conrad, 2010, S. 257-264).

Fazit

Ziel der Arbeit war es herauszufinden, ob Stigmatisierung psychischer Erkrankungen im Kindes und Jugendalter durch Prävention reduziert werden kann. Zudem sollte das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ als Präventionsmaßnahme im Setting Schule vorgestellt werden.

Es erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankten im Kindes- und Jugendalter allgemein, sowie im Speziellen mit drei der häufigsten Krankheitsbilder. Dabei stellte sich heraus, dass nicht jedes seelische Leid oder jede Krise gleich zu einer Erkrankung führt. Dennoch durchlaufen Kinder und Jugendliche in diesen sensiblen Lebensabschnitten Prozesse auf verschiedenen Ebenen. Gerade bei Jugendlichen steigen die Herausforderungen und die Ansprüche. Eine eigene Identität muss entwickelt werden. Neue Handlungsfelder und –möglichkeiten ergeben sich. Nicht jeder kann diese Anforderungen eigenständig bewältigen und droht zu scheitern. Durch verschiedenste Ursachen können sich aus diesen Krisen Psychische Störungen entwickeln. Diese wiederum beeinträchtigen dann eine gesunde Weiterentwicklung und können sich bei Nichtbehandlung bis ins Erwachsenenalter manifestieren. Hinzu kommen die Vorurteile der

Gesellschaft gegenüber psychisch erkrankten. Begriffe wie „Kloppi“ oder „Psycho“ sind leider heute noch immer selbstverständlich. Durch Stigmatisierung ist der Betroffene zusätzlich belastet. Oftmals sind sozialer Rückzug und Vermeidung einer schnellen Behandlung Folgen. Um Stigmatisierung vorzubeugen bedarf es eine Aufklärung Aller. Durch Studien wurde festgestellt, dass sich ein möglichst früher Ansatz von Prävention positiv auswirkt, auf den dann weiterführend aufgebaut werden kann. Gesellschaftlich betrachtet, ist eine Investition in Prävention von psychischen Krankheiten aus zweierlei Hinsicht ratsam. Einerseits ist es eine moralische Verpflichtung Leid zu verhindern und andererseits ist es ein ökonomischer Faktor. Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter werden als besonders geeignet bewertet, da Früherkennung und -behandlung von psychischen Erkrankungen eine Manifestation im Erwachsenen vorbeugen können und eine zukunftsorientierte gesunde Entwicklung fördern. Schulen sind ein idealer Ort, um Präventionsarbeit zu leisten. Schüler*innen verbringen hier täglich den größten Teil ihrer aktiven Zeit. Den Lehrkräften muss bewusstwerden, dass eine seelische Gesundheit und eine positive Schulstimmung förderlich beim Erwachsenwerden ist. „Verrückt? Na und!“ kann Veränderungen bei den Teilnehmern (Schüler*innen, Lehrkräfte) im Lebensumfeld und in der Gesellschaft bewirken. Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen wird reduziert und gleichzeitig wird Wissen vermittelt. Es wird über die seelische Gesundheit gesprochen und wie diese gefördert werden kann. Kernstück des Programms ist die Mitwirkung Betroffener, die selbst einer stigmatisierten Gruppe zugeordnet werden. Das Programm lebt von Authentizität.

Abschließend kann man sagen, dass Präventionsarbeit der Stigmatisierung entgegenwirkt. Am erfolgreichsten ist sie, wenn es sich um Aufbauprogramme handelt oder eine Wiederholung erfolgt. Um Stigmatisierung psychischer Erkrankungen als gesellschaftliches Problem entgegenzuwirken bedarf es Wissen über die Erkrankungen und deren Folgeerscheinungen. Menschen müssen sensibilisiert werden. Und vielleicht stellt sich die Frage, ob nicht jede Gesellschaft einen gewissen Anteil von psychisch Erkrankten braucht, damit sich die „Normalen“ normal fühlen können?!

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Der Selbststigmatisierungsprozess (Corrigan et al., 2006)	26
Abb. 2 Paradoxon von Selbststigmatisierung und psych. Krankheit (Corrigan et al., 2006).....	27
Abb. 3 Leistungen "Verrückt? Na und!" (URL6)	38

Literaturverzeichnis

- Andresen, S. (2018). Kindheit. In K. Böllert, *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 365-381). Wiesbaden.
- Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* (30), S. 358-366.
- Baierl, M. (2017). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen.
- Bauer, U. (2004). *Das Präventionsdilemma - Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden.
- Bröckling, U. (2008). Vorbeugen ist besser. Zur Soziologie der Prävention. *Journal on civilisation* (1), S. 38-48.
- Conrad, I. (2010). Präventiv und stigmareduzierend? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (58), 257-264.
- Corrigan, P., Watson, A.C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* (25), 875-884.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit - Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln.
- Giertz, K., Werner, A., & Kölch, M. (2023). *Adoleszenzpsychiatrie : Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde*. Köln.
- Goffman, E. (1999). *Stigma - über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Grossmann, R., & Scala, K. (1999). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (2. Ausg.). Schwabenheim.
- Grossmann, R., & Scala, K. (2003). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim.
- Höwler, E. (2020). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen* (2., überarb. Ausg.). Heidelberg.
- Kamper, A. (2015). Psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* (163), S. 900-910.
- Klicpera, C., & Gastiger-Klicpera, B. (2019). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart.
- Klipker, K. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* (3), 37-45.
- Niekrenz, Y., & Witte, M. D. (2018). Jugend. In K. Böllert, *Kompodium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 381-402).
- Oerter, R. (1987). Kindheit. In R. O. Montada, *Entwicklungspsychologie - ein Lehrbuch* (S. 204-255). München-Weinheim.
- Psota, G. (2020). *Psyche und Stigma*. Wien.
- Raithel, J. (2011). Was ist Jugend? In KKH-Allianz, *Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (S. 11-13). Berlin.
- Rüsch, N. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankung - Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. München.
- Schulte-Körne, G. (2018). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bayrisches Ärzteblatt* (4), S. 190-193.
- Schülz, B., & Möller, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg, & P. Hammelstein, *Gesundheitspsychologie* (S. 143-153). Heidelberg.
- Slesina, W. (132 2007). Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, S. 2196-2198.
- Speck, A. (2018). Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko? In L. S. e.V., A. Sepck, & I. Steinhart, *Abgehängt und chancenlos? - Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (S. 103-111). Köln.
- Steidle, S. (01.12. Dezember 2022). *Der Stigmabegriff Ervin Goffmans. Verwendung und Möglichkeiten zur Beschreibung von Devianz und Sozialer Kontrolle*. Augsburg.
- URL1. (08. 02 2023). *BfArM - ICD-GM*. Von https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html abgerufen
- URL2. (08. 02 2023). *Netz-und-Boden*. Von <https://www.netz-und-boden.de/2022/01/27/neues-diagnosehandbuch-icd-11> abgerufen

URL3. (11. 02 2023). *Gesetz im Internet - Jugendschutzgesetz*. Von <https://www.gesetze-im-internet.de/juschg/BJNR273000002.html> abgerufen

URL4. (10. 02 2023). *Sozialgesetzbuch - SGB V-§20*. Von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20.html> abgerufen

URL5. (25. Februar 2023). *Irrsinnig Menschlich*. Von <https://www.irsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/> abgerufen

URL6. (25. Februar 2023). *Irrsinnig Menschlich Jahresbericht 2021*. Von <https://www.irsinnig-menschlich.de/service/jahresbericht/> abgerufen

Wohlgemut, K. (2009). *Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe - Annäherung an eine Zauberformel*. Wiesbaden.