Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Thomas Becker

Offenlegung versus Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen – Ansichten des professionellen sozialen Umfeldes

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der

Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von:

Philipp Bayha

Nürtingen

2016

Amtierender Dekan:	Prof. Dr. T. Wirth
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. N. Rüsch
2. Berichterstatter:	PD Dr. I. Böge

Tag der Promotion: 15.06.2018

Meiner Familie.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS II

1 Einleitung 1

1.1 Die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Jugendalter 1

1.2 Offenlegung und Geheimhaltung psychischer Erkrankungen 2

1.3 Das Umfeld Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen 8

1.4 Fragestellungen der Arbeit 10

2 Material und Methoden 12

2.1 Datenerhebung 12

2.2 Stichprobenbeschreibungen 16

2.3 Datenauswertung 18

2.4 Gütekriterien qualitativer Forschung 27

3 Ergebnisse 30

3.1 Inhaltliche Entwicklung: vom Leitfaden zum Codebaum 30

3.2 Darstellung einzelner Hauptkategorien 34

3.3 Zusammenhang zwischen der Entscheidungsfindung und den Hauptkategorien 62

3.4 Hypothesenbildung 65

4 Diskussion 68

4.1 Diskussion der Methodik 68

4.2 Diskussion des Inhalts 72

5 Zusammenfassung 84

6 Literaturverzeichnis 86

Anhang 97

Danksagung 106

Lebenslauf 107

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

COP	**C**oming **O**ut **P**roud
CORAL	**Co**nceal or **r**eve**al**
GH	**G**eheim**h**altung
h	Stunde
HK	**H**aupt**k**ategorie
HOP	**H**onest, **O**pen, **P**roud
Jgdl.	**J**u**g**en**dl**iche/r
KH	**K**rank**h**eit
KHen	**K**rank**h**eit**en**
MAX-QDA	Computerprogramm zur Text- und Inhaltsanalyse, benannt nach **Max** Weber und **Q**ualitative **D**ata **A**nalysis
min	**Min**uten
OL	**O**ffen**l**egung
TN	**T**eil**n**ehmer
WISE	**W**isconsin **I**nitiative for **S**tigma **E**limination

1 Einleitung

Forscher beschäftigt schon seit langem die Frage, wie sich Stigmatisierung auf den Menschen auswirkt. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind eine stigmatisierte Gruppe und werden immer wieder vor das Problem gestellt, ob sie anderen Menschen ihre Erkrankung offenlegen sollen oder nicht. Die vorliegende Arbeit rückt speziell Jugendliche mit psychischen Erkrankungen mit dieser Problematik in den Vordergrund, wobei die Problematik nicht aus der Perspektive der erkrankten Jugendlichen selbst, sondern aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes beleuchtet werden soll. Dabei wird die Frage verfolgt, welche Aspekte bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der psychischen Erkrankung Jugendlicher wichtig sind.

1.1 Die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Jugendalter

Psychische Erkrankungen bei Jugendlichen sind weltweit häufig verbreitet (Merikangas et al. 2009; WHO 2005). Gut konzipierte Studien liefern Punktprävalenzangaben, welche je nach verwendeter Erhebungsmethode zwischen 10-20% schwanken (Petermann 2005). In Deutschland liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Altersklasse von 14 bis 17 Jahre bei 17,8% (Hölling et al. 2014). Zudem beginnen psychische Erkrankungen häufig im Kindes- und Jugendalter (Kessler et al. 2007). Bis zum 14. Lebensjahr haben sich die Hälfte aller psychischen Erkrankungen bereits manifestiert (Kessler et al. 2005). Dabei können die Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter chronifizieren (Lambert et al. 2013). Außerdem gehen psychische Auffälligkeiten aus dem Jugendalter mit weiteren Langzeitfolgen im Erwachsenenalter einher (Haller et al. 2016).

Verschiedene Studien verdeutlichen, dass durch psychische Erkrankungen die Lebensqualität der Jugendlichen deutlich eingeschränkt wird. Beispielsweise schränken sie Jugendliche in sozialen Beziehungen ein (Klassen et al. 2004), insbesondere im Bereich der Schule (Wille et al. 2008). Neben dem Erkrankten selbst ist das Umfeld Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen mitbetroffen. Das psychische Wohlempfinden nahestehender Personen – insbesondere von Familienmitgliedern – kann beeinträchtigt sein (Höwler 2016, S. 80f; Schilling et al. 2006).

1.2 Offenlegung und Geheimhaltung psychischer Erkrankungen

Jugendliche mit psychischen Erkrankungen werden vor die Frage gestellt, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen sollen. Dabei ist nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ein Problem, so dass die Erkrankung für den Jugendlichen zur doppelten Belastung wird (Rüsch et al. 2005). Hierbei können Jugendliche mit psychischen Erkrankungen mit Geheimhaltung reagieren (Kranke et al. 2010). Kurzfristig können Jugendliche durch Geheimhaltung Stigmatisierung vermeiden, aber langfristig zieht Geheimhaltung Nachteile mit sich (Pachankis 2007; Link et al. 1991). Die Inanspruchnahme von Therapiemaßnahmen wird eingeschränkt (Clement et al. 2015; Lasalvia et al. 2013), Angst oder Depression können sich verschlechtern (Wahl 1999) und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen leiden vor allem unter der Veränderung ihrer sozialen Beziehungen (Kranke et al. 2010). Die Offenlegung der psychischen Erkrankung ist eine Möglichkeit, die Nachteile der Geheimhaltung zu überwinden. Die folgenden Ausführungen beschreiben Chancen und Risiken, die sich durch Offenlegung ergeben können, und welche Rolle die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung spielt. Einflüsse auf die Offenlegung und das Ausmaß der Offenlegung werden ebenfalls näher betrachtet.

1.2.1 Stigmatisierung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen

Der Begriff der Stigmatisierung steht in der Tradition von Goffman (1963), in welcher der stigmatisierende Prozess als ein Weg von der normalen, gewöhnlichen Person zum abgestempelten Menschen beschrieben wird. Ausgehend von Goffman werden in der heutigen Literatur verschiedene Formen von Stigmatisierung untersucht. Insbesondere ist die Unterscheidung zwischen öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung wichtig (Rüsch u. Berger 2014; Mukolo et al. 2010; Rüsch et al. 2005). Die öffentliche Stigmatisierung beschreibt die gesellschaftliche Stigmatisierung einer erkrankten Person. Hierbei sind weitere Formen Gegenstand von Untersuchungen. So beschreibt antizipierte Stigmatisierung die Annahme der stigmatisierten Person, in Zukunft unter öffentlicher Stigmatisierung zu leiden. Diese Form ist von der tatsächlich erfahrenen öffentlichen Stigmatisierung und von der wahrgenommenen Stigmatisierung, welche die Einschätzung öffentlicher Stigmatisierung aus Sicht der stigmatisierten Person beschreibt, abzugrenzen

(Clement et al. 2015). Die Forschung zu öffentlicher Stigmatisierung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen ist im Vergleich zu Erwachsenen deutlich geringer (Mukolo et al. 2010). Vorhandene Studien beschreiben das Phänomen beispielsweise bei Jugendlichen mit ADHS (Mueller et al. 2012) und Persönlichkeitsstörungen (Catthoor et al. 2015). Auch das Vorhandensein antizipierter Stigmatisierung unter erkrankten Jugendlichen wurde nachgewiesen (Moses 2011). Bei Jugendlichen sind besondere Aspekte im Zusammenhang mit der öffentlichen Stigmatisierung zu beachten. So findet Stigmatisierung sehr häufig durch andere Jugendliche statt (O'Driscoll et al. 2012; Moses 2010b; Deater-Deckard 2001). Als Grund dafür wird die Unwissenheit speziell im jugendlichen Alter angesehen (Byrne et al. 2015; Hinshaw 2005). Eine andere Studie beschreibt das Gegenteil, dass im Vergleich zu Erwachsenen Jugendliche ohne psychische Erkrankungen positivere Haltungen zu Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen einnehmen (Kaushik et al. 2016). Darüber hinaus wird bei Jugendlichen häufig das Umfeld mitstigmatisiert (Mukolo et al. 2010; Hinshaw 2005), was in der Tradition von Goffmans „courtesy stigma" steht (Goffman 1963). Zudem kann öffentliche Stigmatisierung das Aufsuchen von Therapie einschränken (Chandra u. Minkovitz 2007). Bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen scheint dies ein besonderes Problem zu sein, da sie seltener Behandlung in Anspruch nehmen als es Erwachsene tun (Lambert et al. 2013). Um öffentliche Stigmatisierung gegenüber Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verringern, werden Kontakt und Edukation als Anti-Stigma-Ansätze eingesetzt (Kosyluk et al. 2016; Sakellari et al. 2015; Hartman et al. 2013). Jedoch ist der Effekt von Kontakt bei Jugendlichen umstritten. Während bei Erwachsenen Kontakt sich als vielversprechendste Methode erwiesen hat (Corrigan et al. 2012), scheint dies bei Jugendlichen nicht unbedingt der Fall zu sein (Chisholm et al. 2016; Eisenberg et al. 2012; Corrigan et al. 2012).

Selbststigmatisierung ist der Internalisierungsprozess von öffentlicher Stigmatisierung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dieser Prozess ist ein häufiges Phänomen (Drapalski et al. 2013). Das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl werden eingeschränkt (Livingston u. Boyd 2010). Als Konsequenz resultiert der „why-try"-Effekt (Corrigan et al. 2016a; Corrigan u. Rao 2012; Corrigan et al. 2009a). Durch den fehlenden Selbstwert geben Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Ziele auf, was beispielsweise in einer verringerten Inanspruchnahme von Therapie resultiert (Clement et al. 2015; Corrigan 2004). Soziale Beziehungen werden erschwert (Segalovich et al. 2013)

und die psychische Erkrankung verschlimmert sich in ihrer Symptomatik (Livingston u. Boyd 2010).

1.2.2 Stigmatisierung als Problem der Offenlegung

Sowohl Selbststigmatisierung als auch öffentliche Stigmatisierung können die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung beeinflussen. Einerseits kann Stigmatisierung Offenlegung verhindern. So resultiert Selbststigmatisierung eher in Geheimhaltung und sozialem Rückzug (Link et al. 1991; Link et al. 1989), was Link im Rahmen seiner „modified labeling theory“ beschreibt. Je weiter Selbststigmatisierung fortgeschritten ist, desto wahrscheinlicher wird Geheimhaltung (Corrigan et al. 2016c). Auch antizipierte Stigmatisierung kann Offenlegung verhindern (Rüsch et al. 2014b). Andererseits kann bereits stattgefundene Offenlegung Stigmatisierung und Diskriminierung hervorrufen (Brohan et al. 2014; Brohan et al. 2012; Rüsch et al. 2005), bei erkrankten Jugendlichen insbesondere durch andere Jugendliche (Buchholz et al. 2015). Auch ist es möglich, dass Offenlegung ein Schamgefühl und damit Selbststigmatisierung beim Betroffenen auslöst (Corrigan et al. 2009b).

1.2.3 Offenlegung als Mittel gegen Stigmatisierung

Neben den Problemen für Offenlegung durch Stigmatisierung kann sich die öffentliche Stigmatisierung durch Offenlegung der psychischen Erkrankung auch verändern und verbessern (Rüsch et al. 2005). Offenlegung wirkt als Anti-Stigma-Ansatz im Sinne des Kontaktes und kann unter Umständen zusätzlich als Krankheitsinformation im Sinne der Edukation wirken (Rüsch et al. 2005). Neben der öffentlichen Stigmatisierung existieren auch bei der Selbststigmatisierung Hinweise in der Literatur auf eine positive Beeinflussung durch Offenlegung. Menschen, welche ihre Erkrankung offengelegt haben, berichten von mehr Empowerment und einer verbesserten Lebensqualität (Corrigan et al. 2010). Empowerment wird dabei als das Gegenteil von Selbststigmatisierung gesehen (Rüsch et al. 2005). In einem nächsten Gedankenschritt sehen es Forscher als sinnvoll an, Offenlegung als Mittel einzusetzen, um Selbststigmatisierung durch stärkende Haltungen wie Empowerment zu überwinden (Corrigan et al. 2013). Auch bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen existieren erste Hinweise, dass bei Offenlegung mehr Empowerment und weniger Selbststigmatisierung auftreten könnte (Buchholz et al. 2015).

1.2.4 Programme zur Entscheidungsfindung

Aus den Erkenntnissen über die Beziehungen zwischen Offenlegung und Stigmatisierung haben sich Programme entwickelt, Menschen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Ein Beispiel ist die Intervention COP (Coming Out Proud), die der Person mit psychischer Erkrankung mehr Copingstrategien vermitteln soll (Rüsch et al. 2014a) und Wirkungen auf Selbststigmatisierung und Empowerment aufzeigt (Corrigan et al. 2015). Mittlerweile ist COP zu HOP (Honest, Open, Proud) umbenannt (Corrigan u. Wilson 2016), wobei HOP auf verschiedene Altersgruppen abzielt, unter anderem auch auf das Jugendalter. In den USA wird das Programm in einigen Bundesstaaten angeboten, beispielsweise in Wisconsin, ausgehend von WISE (Wisconsin Initiative for Stigma Elimination) (WISE 2016). Auch in der Arbeitswelt gibt es solche Programme. So unterstützt beispielsweise CORAL (conceal or reveal) Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Entscheidungsfindung (Henderson et al. 2013). Außer HOP sind für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen solche Programme bislang nicht bekannt.

1.2.5 Weitere Konsequenzen der Offenlegung

Neben den beschriebenen Konsequenzen der Stigmatisierung nach Offenlegung können weitere positive und negative Konsequenzen auftreten. In der Literatur liegt der Schwerpunkt auf der Erforschung von Konsequenzen unter Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen. Es existieren aber auch Forschungsergebnisse speziell zu Jugendlichen (Buchholz et al. 2015).

Doch was sind weitere Konsequenzen der Offenlegung? Als negative Konsequenzen stehen bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen insbesondere die Auswirkungen auf die Familie und das Umfeld im Vordergrund. Beispielsweise ist es möglich, dass nach der Offenlegung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in der Schule Mitschüler die psychische Erkrankung nachahmen, um ebenfalls den Status des Erkrankten zu erlangen (Buchholz et al. 2015). Hinsichtlich positiver Konsequenzen ist die Ermöglichung verständnisvoller Reaktionen und Hilfe durch andere Personen wichtig (Brohan et al. 2012; Buchholz et al. 2015). So konnte beispielsweise bei arbeitssuchenden jungen Menschen, die ihre psychische Erkrankung bei ihrer Bewerbung offenlegten, festgestellt werden, dass ihnen mehr Arbeitsstellen angeboten wurden (McGahey et al. 2016). Die Offenbarung kam

einer ehrlichen Reaktion gleich, was bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und speziell auch bei Jugendlichen mit einem guten Gefühl der Erleichterung verbunden ist (Buchholz et al. 2015; Brohan et al. 2012; Corrigan et al. 2009b). In der Arbeitswelt können nach der Offenlegung Menschen mit psychischen Erkrankungen notwendige Sonderrechte zugestanden werden (Brohan et al. 2012). Auch führt Offenlegung zu einer höheren Inanspruchnahme von Therapie (Clement et al. 2015; Buchholz et al. 2015). Ferner hat die eigene Offenlegung auf andere Erkrankte die Wirkung, dass diese zur Offenlegung ermutigt werden (Buchholz et al. 2015; Brohan et al. 2012).

1.2.6 Weitere Einflussfaktoren auf Offenlegung

Neben den Einflüssen von Stigmatisierung auf Offenlegung oder Geheimhaltung werden in der Forschung weitere Faktoren untersucht. Auch hier liegt der Fokus in der Literatur eher auf Erwachsene.

Die Einschränkung der Offenlegung durch antizipierte Stigmatisierung zeigt, dass gesellschaftliche Haltungen Einfluss auf die Entscheidung über Offenlegung nehmen. Im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Haltungen wird explizit der mediale Einfluss genannt, welcher damit indirekt Einfluss auf die Entscheidung über Offenlegung und Geheimhaltung nimmt (Brohan et al. 2014). Zudem variiert Offenlegung je nach kulturellem Hintergrund der gesellschaftlichen Ansichten zu psychischen Erkrankungen (Chen et al. 2013), was auch speziell bei jungen Menschen nachgewiesen wurde (Corrigan et al. 2016b). Darüber hinaus ist die Entscheidung über Offenlegung der psychischen Erkrankung von der Diagnose an sich (Bos et al. 2009; Banks et al. 2007) sowie von der aktuellen gesundheitlichen Lage des Patienten (Pandya et al. 2011) abhängig. Banks et al. (2007) fanden bei der Untersuchung der Offenlegung am Arbeitsplatz heraus, dass bei affektiven Störungen seltener Offenlegung erfolgt als beispielsweise bei Schizophrenie. Im Zusammenhang mit der Diagnose steht auch die Sichtbarkeit der Erkrankung, beispielsweise durch offensichtliche Symptomatik. Ferner spielt nicht nur die Diagnose, sondern auch die Variation je nach Geschlecht eine Rolle. So zeigt sich in der Forschung, dass männlichen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitskontext die Offenlegung ihrer Erkrankung leichter zu fallen scheint (Banks et al. 2007). Andere Forschungsergebnisse zeigen eine Tendenz zu mehr Offenlegung weiblicher Personen mit psychischen Erkrankungen (Reavley u. Jorm 2014). Bei jungen Menschen legen nach

Corrigan et al. (2016b) häufiger männliche Betroffene ihre Erkrankung offen, wohingegen in der Studie von Hunter et al. (2011) kein Unterschied bei Jugendlichen hinsichtlich des Geschlechtes festzustellen war. Jedoch ist zu bemerken, dass sich Hunter et al. (2011) nicht speziell auf psychische Erkrankungen, sondern allgemein auf verbergbare Stigmata beziehen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Offenlegung psychischer Erkrankungen ist das soziale Umfeld. Nach Rollins et al. (2002) variiert Offenlegung je nach der emotionalen Unterstützung des Umfeldes, speziell bezogen auf den Arbeitsplatz. Auch unterscheidet sich Offenlegung je nach Setting und der damit verbundenen Rolle der Person (Rüsch et al. 2012), wobei in der Forschung insbesondere Untersuchungen zum Arbeitssetting existieren (Brohan et al. 2014; Peterson et al. 2011; Wheat et al. 2010). Eine wichtige Bedingung für Personen mit psychischen Erkrankungen, offen mit ihrer Erkrankung umzugehen, ist das Vertrauen gegenüber ihrem Umfeld, wodurch ein Vertrauensraum geschaffen werden kann, in welchem sich die erkrankte Person wohl fühlt (Brohan et al. 2014). Zudem scheint Offenlegung zeitlich determiniert zu sein. Laut Brohan et al. (2012) sollte spätestens dann offengelegt werden, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund der Erkrankung vorhandene Verhaltensweisen rechtfertigen müssen, wobei sich dieses Ergebnis erneut auf das Arbeitssetting bezieht.

1.2.7 Ausmaß der Offenlegung

Ob Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Erkrankung offenlegen oder geheim halten ist keine Frage, die sich nur mit „ja“ oder „nein“ beantworten lässt. Nach aktueller Ansicht lassen sich fünf verschiedene Stufen der Offenlegung unterscheiden: sozialer Rückzug, Geheimhaltung, selektive Offenlegung, willkürliche Offenlegung und totale Offenlegung (Corrigan 2016; Corrigan et al. 2013; Herman 1993), wobei letztere die freie Übersetzung von „Broadcasting“ aus der englischsprachigen Literatur ist. Sozialer Rückzug beschreibt das Vermeiden von Personen und Plätzen, um nicht der Gefahr der Stigmatisierung ausgesetzt zu sein. Bei der Geheimhaltung ziehen sich Personen mit psychischen Erkrankungen zwar nicht aus ihrem sozialen Umfeld zurück, äußern sich diesem gegenüber trotzdem nicht offen über ihre psychische Erkrankung. Bei der selektiven Offenlegung werden bestimmte Personen über die Erkrankung informiert, die der Person mit psychischer Erkrankung Unterstützung anbieten können. Dabei wird insbesondere nahestehenden Personen wie z. B. dem Partner oder nahestehenden

Familienmitgliedern die Erkrankung offengelegt (Bos et al. 2009). Legt ein Erkrankter willkürlich offen, so schränkt er die Offenlegung seiner Erkrankung gegenüber seinem Umfeld im Gegensatz zur selektiven Offenlegung nicht ein. Die fünfte Form, die totale Offenlegung, ist wie die willkürliche Offenlegung nicht selektiv. Hierbei wird zusätzlich die eigene Erkrankung verwendet, um andere Menschen über die psychische Erkrankung aufzuklären und der Stigmatisierung entgegenzuwirken, was zu mehr Empowerment des Erkrankten verhelfen kann. Auch die Nutzung von Medien in Form sozialer Netzwerke und Online-Plattformen ist in diesem Zusammenhang typisch (Naslund et al. 2014).
Für Jugendliche und junge Erwachsene scheint selektive Offenlegung oftmals der richtige Weg zu sein (Buchholz et al. 2015; McKeague et al. 2015). Neben der selektiven Auswahl von Personen und Personengruppen unterscheiden sich erkrankte Jugendliche auch darin, was sie von ihrer Erkrankung preisgeben. Insbesondere die Benutzung von psychiatrischen Begriffen zur Beschreibung ihrer Erkrankung variiert bei Jugendlichen stark (Moses 2009).

1.3 Das Umfeld Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen

Die Offenlegung der psychischen Erkrankung beruht auf der sozialen Interaktion zwischen der Person mit psychischer Erkrankung und seinem Umfeld. Für Jugendliche hat das soziale Umfeld eine andere Bedeutung als bei Erwachsenen. Insbesondere Gleichaltrige sind für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, aber auch für Jugendliche generell wichtig (Hay et al. 2004; Deater-Deckard 2001). Dies ist unter anderem auf das besondere jugendliche Alter zurückzuführen (Erikson 1968). Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in die Beziehungen und Probleme Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen mit Menschen aus drei wichtigen Settings: Familie, Psychiatrie und Schule, wobei Gleichaltrige im Schulsetting berücksichtigt werden. Die Ausführungen sind auf die für die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung relevanten Aspekte beschränkt.

1.3.1 Familiäres Umfeld

Die Beziehung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu ihrem familiären Umfeld ist vor allem durch die Mitbetroffenheit der Familienmitglieder geprägt (Höwler 2016, S. 80f; Mendenhall u. Mount 2011). Die Stigmatisierung der Jugendlichen und ihre Erkrankung kann Auswirkungen auf Familienmitglieder haben (s. auch Kapitel 1.1 und 1.2.1). Eltern

können in ihren eigenen Bedürfnissen eingeschränkt sein (Klassen et al. 2004), beispielsweise hinsichtlich ihrer sozialen Beziehungen (Höwler 2016 S. 80). Auch können Eltern und Geschwister in ihrem eigenen psychischen Wohlempfinden beeinträchtigt werden (Schilling et al. 2006). Aus dieser Belastung resultieren verschiedene Verhaltensweisen der Familienmitglieder: Nicht-Wahrhaben-Wollen der Erkrankung (Buchholz et al. 2015), Scham- und Schuldgefühle (Höwler 2016, S. 80; Moses 2010a), Vermeidung der Kommunikation über die Erkrankung mit dem erkrankten Jugendlichen (Buchholz et al. 2015) und Geheimhaltung gegenüber anderen Menschen (Moses 2010a; Phelan et al. 1998). Moses (2010a) hat die Auswirkung der elterlichen Reaktion „Scham" auf die Selbststigmatisierung der erkrankten Jugendlichen untersucht und festgestellt, dass ein höheres Schamempfinden der Eltern mehr Selbststigmatisierung bei Jugendlichen hervorruft. Die beschriebenen Reaktionen des familiären Umfeldes können von den Jugendlichen antizipiert werden und als Folge die Geheimhaltung ihrer Erkrankung vor ihrer Familie bedingen, um diese vor der Belastung zu bewahren (Buchholz et al. 2015).

1.3.2 Therapieumfeld

Die Inanspruchnahme von Therapie bietet Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eine große Chance, besser mit ihrer Erkrankung leben zu können. Dabei haben Therapeuten einerseits die Aufgabe, Symptome der Erkrankung zu lindern, andererseits die soziale Reintegration Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen zu fördern, was auch die Thematisierung einer möglichen Offenlegung der Erkrankung einschließt (Hanrahan 2008, S. 34ff). Demnach sollen Therapeuten die Jugendlichen über Stigma aufklären, Stufen der Offenlegung besprechen, den gewählten Weg mit Rollenspielen üben und Konsequenzen der Entscheidung abwägen. Zusätzlich kann die Beziehung zwischen Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und Therapeuten dadurch geprägt sein, dass Therapeuten selbst nicht immer frei von stigmatisierenden Haltungen sind (Hansson et al. 2013).

1.3.3 Schulumfeld

Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die ihre Erkrankung in der Schule offenlegen möchten, finden hierfür einschränkende Gegebenheiten vor. Die Schule ist der Ort, an dem häufig Stigmatisierung und Diskriminierung durch die für Jugendliche so wichtigen Gleichaltrigen und in Form von Mobbing stattfindet (Juvonen u. Graham 2014; Humphrey

et al. 2007). Der Schulalltag hat seine Strukturen und Grenzen, wobei durch den Nachteilsausgleich versucht wird, Schülern mit psychischen Erkrankungen entgegen zu kommen (Kindernetzwerk e. V. 2015). Durch den Nachteilsausgleich soll die Chancengleichheit zwischen den Schülern, beispielsweise durch Sonderregeln bei Klassenarbeiten für Schüler mit psychischer Erkrankung, gewahrt werden. Auch wegen Sonderrechte nehmen Schüler mit psychischen Erkrankungen in der Schule eine Sonderrolle ein, was nicht unbedingt den Vorstellungen des Erkrankten entspricht (Buchholz et al. 2015). Häufig werden psychische Erkrankungen im Fachunterricht nicht thematisiert, auch aus dem Grund, da sie in der Regel nicht als Themen in den Lehrplänen enthalten sind (Deutscher Bildungsserver 2016). Dadurch wird die Sensibilisierung der Klassenkameraden für das Thema erschwert (Buchholz et al. 2015). Dennoch könnte Offenlegung in der Schule positive Folgen für die Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen haben, was an einer Studie zu einer anderen stigmatisierten Gruppe zu erkennen ist. Die Offenlegung von homosexuellen Schülern wirkte sich positiv auf psychosoziale Faktoren bis ins Erwachsenenalter aus (Russell et al. 2014).

Lehrer sind besonders wichtig für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen (Hamre u. Pianta 2006). Lehrer-Schüler-Beziehungen können einen positiven oder negativen Einfluss auf Schüler mit psychischen Erkrankungen nehmen, wie beispielsweise eine Untersuchung an ADHS-Kindern zeigt (Sherman et al. 2008). Zudem spielen Lehrer eine Schlüsselrolle bei der Bekämpfung der Diskriminierung gegenüber Schüler mit psychischen Erkrankungen in der Schule (Humphrey et al. 2007).

1.4 Fragestellungen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Entscheidung Jugendlicher über Offenlegung oder Geheimhaltung ihrer psychischen Erkrankung. Das Ziel ist es, Aspekte zu finden, die für Jugendliche in ihrer Situation der Entscheidung wichtig sind und die sie berücksichtigen sollten. Die Situation der Entscheidung bezieht sich dabei auf Jugendliche mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung und nicht auf Jugendliche, welche durch bestimmte Symptome vermuten, unter einer psychischen Erkrankung zu leiden. Hierfür wurde eine qualitative Studie mit ihrem professionellen sozialen Umfeld (Lehrer, Therapeuten) durchgeführt.

Es gab verschiedene Gründe die Studie durchzuführen. Erstens, die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung ist ein wichtiger und komplexer Vorgang. Daher ist es notwendig, zur bereits vorhandenen Literatur weitere Erkenntnisse zu gewinnen. Zweitens, die bisherige Literatur konzentriert sich vor allem auf die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Erwachsener mit psychischen Erkrankungen. Hierbei ist es durchaus möglich, dass bei Jugendlichen aufgrund ihres Alters, der besonderen Bedeutung des sozialen Umfeldes und der Stigmatisierung vorwiegend durch andere Jugendliche weitere Aspekte bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung bedeutend sind. Drittens, bei bisherigen Studien bezüglich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung wurde nur in Ansätzen die Außenposition des sozialen Umfeldes berücksichtigt. Durch die Außenperspektive des professionellen sozialen Umfeldes lassen sich weitere Erkenntnisse zur Entscheidung bei Jugendlichen erschließen. Viertens, die Befragung von Lehrern und Therapeuten ermöglicht die Betrachtung der jeweiligen eigenen Rolle im Zusammenhang mit der Entscheidung über Offenlegung sowie die Bedeutung der Schule für die Offenlegung Jugendlicher. Auf das Setting der Psychiatrie wird nicht näher eingegangen, da sich die Situation durch die bereits stattgefundene Offenlegung gegenüber den Therapeuten grundlegend unterscheidet. In der bisherigen Literatur haben nur Buchholz et al. (2015) die beschriebene Forschungsrelevanz aufgegriffen und im angloamerikanischen Sprachraum eine qualitative Studie mit erkrankten und gesunden Jugendlichen, Eltern und Lehrern durchgeführt. Daher ist es notwendig, auch im deutschsprachigen Raum eine Untersuchung durchzuführen und durch die Gruppe der Therapeuten zu ergänzen. Aufgrund der dünnen Studienlage und dem Ziel, Erkenntnisse aus der Außenperspektive zu gewinnen, bietet sich als methodisches Mittel ein qualitativer Ansatz im Sinne einer explorativen Vorgehensweise an. Zusammenfassend werden folgende Fragestellungen in dieser Arbeit verfolgt:

1) Welche Aspekte sind bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen für die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung ihrer psychischen Erkrankung aus der Perspektive des professionellen sozialen Umfeldes wichtig?

2) Welche Rolle spielt das professionelle soziale Umfeld bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der psychischen Erkrankung? Welche Aspekte sind speziell in der Schule für die Entscheidungsfindung wichtig?

2 Material und Methoden

Im Zeitraum von März bis Oktober 2015 wurden im Rahmen der qualitativen Studie vier Fokusgruppen mit Lehrern und drei Fokusgruppen mit Therapeuten durchgeführt. Die folgenden Ausführungen erläutern zunächst die Prozesse der Datenerhebung. Anschließend werden die Stichprobe sowie die Beschreibung der Vorgänge der Datenauswertung vorgestellt.

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Vorbereitung der Studie

Die Studie wurde innerhalb einer Forschungsgruppe geplant und vorbereitet. Die Forschungsgruppe setzte sich zusammen aus: Prof. Dr. Nicolas Rüsch (Psychiater, Oberarzt im BKH Günzburg), Dr. phil. Silvia Krumm (Soziologin, M.A.Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Expertise qualitative Forschung), Nadine Koslowski (Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II) und dem Autor dieser Arbeit.

Die Studie erhielt ein positives Ethikvotum am 10.11.2014 durch die Ethikkommission der Universität Ulm (Aktenzeichen 260/14). Die Rekrutierung der Teilnehmergruppen fand durch Nadine Koslowski statt. Über die Vorstellung der Studie bei psychiatrischen Kliniken, Schulen, stadteigenen Verbänden und Elterngruppen konnten die Teilnehmer der verschiedenen Perspektiven gewonnen werden. Der Kontakt wurde sowohl telefonisch als auch per E-Mail hergestellt. Als Ein- bzw. Ausschlusskriterium galt, dass sowohl teilnehmende Lehrer als auch Therapeuten Erfahrungen mit Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in ihrem jeweiligen beruflichen Umfeld gemacht haben mussten. Die Erfahrungen sollten sich dabei auf Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren beziehen. Eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen psychischen Erkrankungen wurde nicht vorgenommen.

Der Leitfaden (s. Tabelle 2) für die Fokusgruppen wurde sowohl für Lehrer als auch für Therapeuten in der Forschungsgruppe erstellt und lieferte eine hilfreiche Struktur für die Diskussionen in den Fokusgruppen. Bei der Erstellung des Leitfadens wurden zuvor

eruierte, inhaltliche Anregungen von Lehrern und Therapeuten berücksichtigt. Wichtig war eine weitgehende Analogie der Fragen zwischen Lehrern und Therapeuten, damit sowohl einzelne Fokusgruppen als auch die beiden Perspektiven miteinander vergleichbar waren. Die Auswahl der Fragen war theoriegeleitet. Insgesamt wurden acht Themen im Sinne deduktiver Kategorien festgelegt. An dieser Stelle wird auf die inhaltliche Vorstellung der Themen verzichtet und stattdessen auf die Ergebnisse verwiesen (s. Tabelle 2). Zu einer inhaltlichen Modifizierung kam es bei den befragten Lehrern, welche in der Auswertung entsprechend berücksichtigt wurde und in den Ergebnissen erläutert wird (s. Kapitel 3.1).

2.1.2 Fokusgruppen als Methode der qualitativen Datengewinnung

Fokusgruppen stellen ein etabliertes Instrument in der qualitativen Datenerhebung dar. Die Erhebungsmethode hat sich im angloamerikanischen Raum zeitgleich und unabhängig von den im deutschen Sprachraum verbreiteten Gruppendiskussionen entwickelt (Bohnsack 2013; Przyborski u. Wohlrab-Sahr 2008, S. 101f). Ursprünglich entstanden sie für die Marktforschung, jedoch finden sie in heutiger Zeit auch in der Gesundheitsforschung immer mehr Anwendung (Gerlach et al. 2008; Othman et al. 2008; Richter u. Fleer 2004). Der Unterschied zwischen Fokusgruppen und Gruppendiskussionen liegt darin, dass in Fokusgruppen der inhaltliche Fokus stärker ausgeprägt ist (Misoch 2015, S. 169). Kennzeichnend für Fokusgruppen sind der Fokus der Gruppe, welcher die Gruppe homogen gestaltet, sowie die Benutzung eines Fragenkataloges, was einer leitfadenorientierten, teilstandardisierten Vorgehensweise entspricht (Krueger u. Casey 2014, S. 16ff). Durch den Leitfaden sind Forscher in der Lage, den Diskussionsteilnehmern Impulse zu geben, ohne die notwendige Flexibilität in den Fragen einzuschränken (Przyborski u. Wohlrab-Sahr 2008, S. 144). Informationen der homogenen Gruppe können zu einer Thematik neue Erkenntnisse liefern und weitere Möglichkeiten zur bereits bestehenden Theorie aufzeigen. Diskussionen innerhalb einer Gruppe haben gegenüber Einzelinterviews verschiedene Vorteile (Lamnek 2010, S. 382ff). So kann in Diskussionen zwischen Personen die Authentizität der Aussagen verbessert werden. Gründe hierfür sind sowohl die geringere Verzerrung durch die möglicherweise unangenehme Situation im Einzelinterview als auch die Akzeptanz der Gesprächspartner in Diskussionsrunden als Subjekt. Zudem sind Diskussionen innerhalb einer Gruppe die alltagsnähere Gesprächssituation. Aus diesen Gründen erschien die Datenerhebung mittels Fokusgruppen in dieser Studie gut geeignet.

Gerade das Thema der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung kann den Wahrheitsgehalt der Aussagen der Gesprächsteilnehmer einschränken, da es über die individuelle Ebene hinausgeht und ein schwieriges, soziales Thema ist. Darüber hinaus fördert die Diskussion untereinander die Meinungsbildung der Diskussionsteilnehmer, denn die Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung weist viele Facetten auf, was den Diskussionsteilnehmern oft erst in der Diskussion bewusst wird.
In Fokusgruppen kann durch die Teilstandardisierung und Nutzung eines Leitfadens realisiert werden, dass neben der bereits erwähnten Struktur und besseren Vergleichbarkeit Vorwissen über die Thematik in die Diskussion mit hineingetragen wird. Eine Offenheit für neue Aspekte wird dennoch nicht eingeschränkt (Witzel 2000).

2.1.3 Durchführung der Fokusgruppen

Die Fokusgruppen wurden durch die geschulte Mitarbeiterin Nadine Koslowski durchgeführt. Neben dem Gesprächsleiter selbst ist es bei Diskussionen wichtig, einen Assistenten zu haben, der Beobachtungen und nonverbale Auffälligkeiten, insbesondere zur Berücksichtigung der Gruppendynamik, skizziert (Lamnek 2010, S. 418), technische Angelegenheiten organisiert und durch die Skizze die Zuordnung der Diskussionsteilnehmer in der darauffolgenden Analyse ermöglicht. Diese Rolle nahm der Autor dieser Arbeit ein.
Der Ablauf der Fokusgruppen wurde einheitlich durchgeführt. Nach der Begrüßung wurden die Teilnehmer der Fokusgruppe mit einer Einleitung von der Gesprächsleiterin in die Thematik und den Ablauf eingeführt. Auch wurden die Diskussionsteilnehmer dazu ermuntert, miteinander über die Thematik zu sprechen und nicht einen Dialog mit der Gesprächsleiterin zu führen. Anschießend fand die Diskussion zwischen den Teilnehmern statt. Die acht Fragen des Leitfadens folgten in der Regel einer vorher festgelegten Reihenfolge (s. Tabelle 2). Um den Teilnehmern den Einstieg in die Diskussion zu erleichtern, wurde die erste Frage bewusst niederschwellig und offen gestellt (Krueger u. Casey 2014, S. 43). Die weiteren Frageimpulse wurden eingesetzt, wenn das vorige Thema aus Sicht der Diskussionsleiterin erschöpfend diskutiert worden war. Das Ende der Diskussion wurde durch die Gesprächsleiterin festgelegt.
Die Fokusgruppen fanden in einem separaten Raum der entsprechenden Klinik oder Schule statt. Bei den Schulen handelte es sich um drei Gymnasien und eine Mittelschule im

Einzugsgebiet Ulm und Augsburg. Die Fokusgruppen der Therapeuten fanden an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Augsburg, Ravensburg-Weissenau und Ulm statt.

Die Dauer einzelner Diskussionsrunden lag bei durchschnittlich etwa einer Stunde (für die genaue Dauer jeder einzelnen Fokusgruppe s. Tabelle 1). In der Regel fanden die Diskussionen in einem Stuhlkreis statt. Am Ende der Diskussion füllten die Teilnehmer einen Fragebogen aus, welcher die soziodemografischen Daten erfasste.

2.1.4 Ethische Aspekte

Voraussetzung für die Teilnahme an der Fokusgruppe war das schriftliche Einverständnis der Teilnehmer. Informationen zu Freiwilligkeit sowie zu Inhalt, Zielen und Vorgehen der Studie wurden im Vorfeld des Gesprächstermins den Teilnehmern zugesandt. Die Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von zehn Euro in bar oder in Form eines Wertgutscheines. Ihnen wurden Möglichkeiten zu Pausen und zum Abbruch während der Diskussion gegeben. Vor Beginn der Diskussion wurden die Teilnehmer über die genannten ethischen Aspekte informiert und auf die Verschwiegenheit der an den Diskussionsrunden anwesenden Forscher hingewiesen.

2.1.5 Transkription der Diskussionsinhalte

Um eine systematische Auswertung der Daten zu gewährleisten, ist es notwendig, sich nicht nur auf Gesprächsprotokolle zu verlassen, sondern die Äußerungen der Teilnehmenden in den Fokusgruppen auf Tonband aufzunehmen und zu transkribieren (Kruse 2014, S. 342ff). In den Diskussionen wurde jedes Gespräch mit zwei digitalen Aufnahmegeräten aufgenommen. Anschließend wurden die Gesprächsaufnahmen mit dem Computerprogramm F4-Analyse wörtlich transkribiert. Eine Anonymisierung der Diskussionsteilnehmer erfolgte im Zuge der Transkription. Die Transkriptionsregeln wurden nach dem Vorschlag von Dresing und Pehl (2013, S. 21ff) mit entsprechenden Modifikationen an die vorhandenen Gegebenheiten festgelegt (s. Anhang Transkriptionsregeln). Um Transkriptionsfehler zu vermeiden, wurde jedes Transkript durch ein Mitglied der Forschungsgruppe kontrolliert.

2.2 Stichprobenbeschreibungen

Die Gesamtzahl der befragten Lehrer und Therapeuten in der Studie betrug N=48, entsprechend N=26 für Lehrer und N=22 für Therapeuten. Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die einzelnen Fokusgruppen. Die Fokusgruppen sind nach zeitlichem Verlauf in der Durchführung durchnummeriert.

Tabelle 1: Übersicht der einzelnen Fokusgruppen der Lehrer und Therapeuten mit Teilnehmeranzahl und Diskussionsdauer. *Qualitative Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Die Diskussionsdauer ist auf Minuten gerundet. h=Stunde, min=Minuten.*

Fokusgruppe	Teilnehmeranzahl N	Diskussionsdauer
Lehrer-1	6	1h 02min
Lehrer-2	8	1h 08min
Lehrer-3	8	1h 06min
Lehrer-4	4	0h 57min
Therapeuten-1	7	1h 08min
Therapeuten-2	8	1h 00min
Therapeuten-3	7	1h 00min

Die Auswertung der Fragebögen zur soziodemografischen Erfassung der Teilnehmer wird im Folgenden dargestellt.

2.2.1 Lehrer

Die Stichprobe der Lehrer umfasst 16 weibliche und zehn männliche Teilnehmer. Das Altersspektrum erstreckt sich von 27 bis 65 Jahre. Durchschnittlich liegt es bei 46 Jahren.

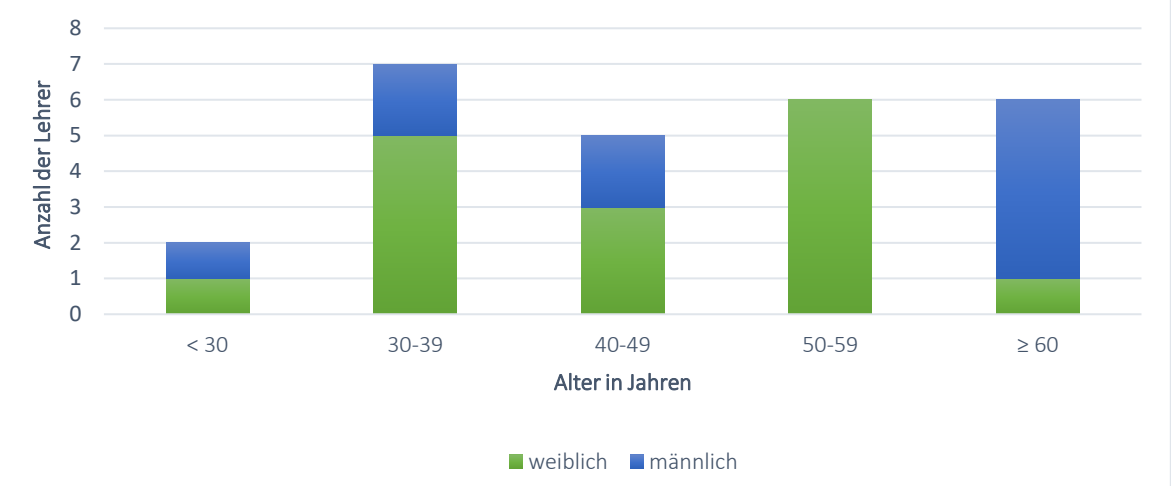

Abbildung 1: Altersstruktur und Geschlechtsverhältnis der teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer (N=26). *Qualitative Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

Insgesamt ist das Alter der befragten Lehrer sehr ausgeglichen. Es fällt auf, dass fünf der befragten zehn männlichen Lehrer 60 Jahre oder älter sind. Als Nationalität wurde von allen 26 teilnehmenden Lehrern Deutsch angegeben. Rund 70% der Lehrer sind verheiratet, die anderen ledig oder geschieden. 58% der Lehrer gaben an, Kinder zu haben. Das Spektrum der Berufserfahrung erstreckt sich von zwei bis 37 Jahre, im Durchschnitt 18,8 Jahre.

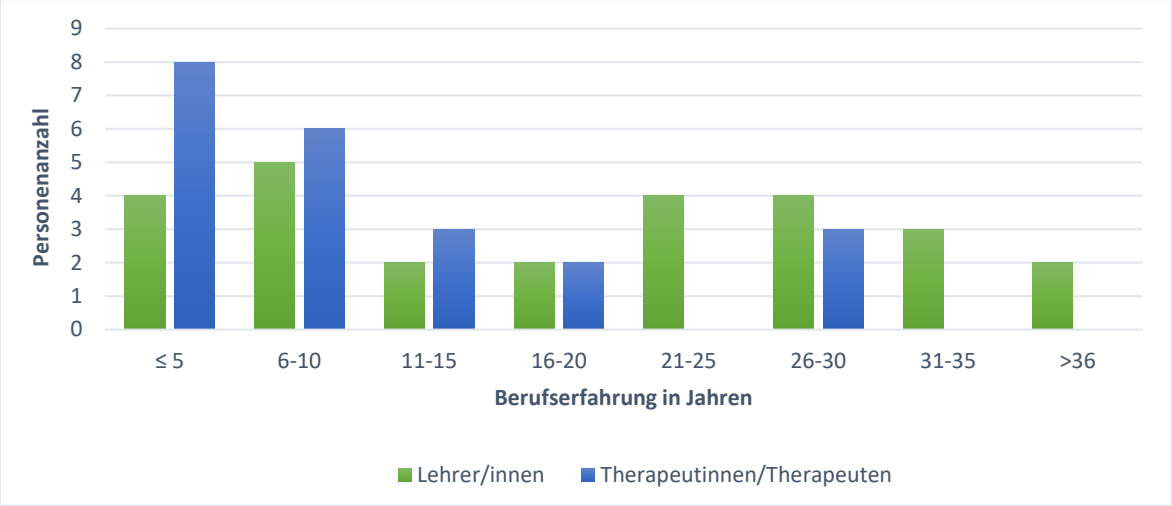

Abbildung 2: Darstellung der Berufserfahrung in Jahren von den Lehrerinnen und Lehrern (N=26) sowie den Therapeutinnen und Therapeuten (N=22). *Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

2.2.2 Therapeuten

Insgesamt nahmen sieben Männer und 15 Frauen an den drei Fokusgruppen der Therapeuten teil. Das Alter der Teilnehmenden liegt zwischen 25 und 56 Jahren (s. Abbildung 3). Das Durchschnittsalter ist mit 40,4 Jahren deutlich unter dem der befragten Lehrer. Wie auch schon die Lehrer sind alle Therapeuten deutscher Abstammung. Rund 55% sind verheiratet, die verbleibenden Befragten ledig und ein Teilnehmer gab an, geschieden zu sein. 50% der Therapeuten haben Kinder. Die Berufserfahrung ist, anders als bei den Lehrern, geringer. Im Durchschnitt liegt sie bei 12,1 Jahre. Sie erstreckt sich von drei bis hin zu 30 Jahren und hat ihr Maximum bei der Erfahrung geringer als fünf Jahre (s. Abbildung 2). Neben der Berufserfahrung ist bei der Gruppe der Therapeuten auch die Berufsbezeichnung bedeutsam (s. Abbildung 4), da im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch multimodale Therapie das Spektrum der Therapeuten breit ist. In dieser Studie machen Psychologinnen und Psychologen den größten Anteil aus, gefolgt von Ärztinnen und Ärzten.

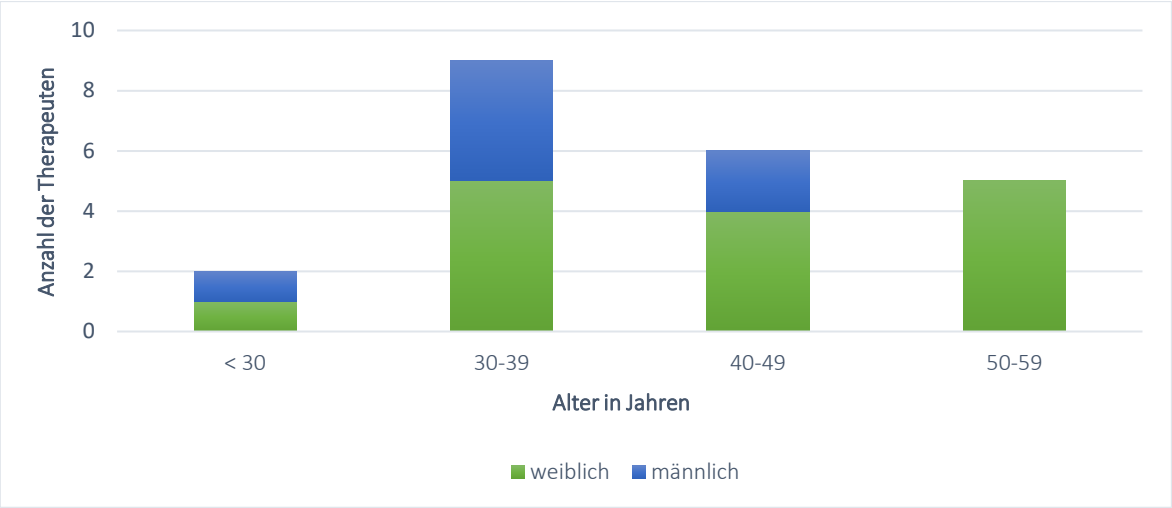

Abbildung 3: Altersstruktur und Geschlechtsverhältnis der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten (N=22). *Qualitative Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

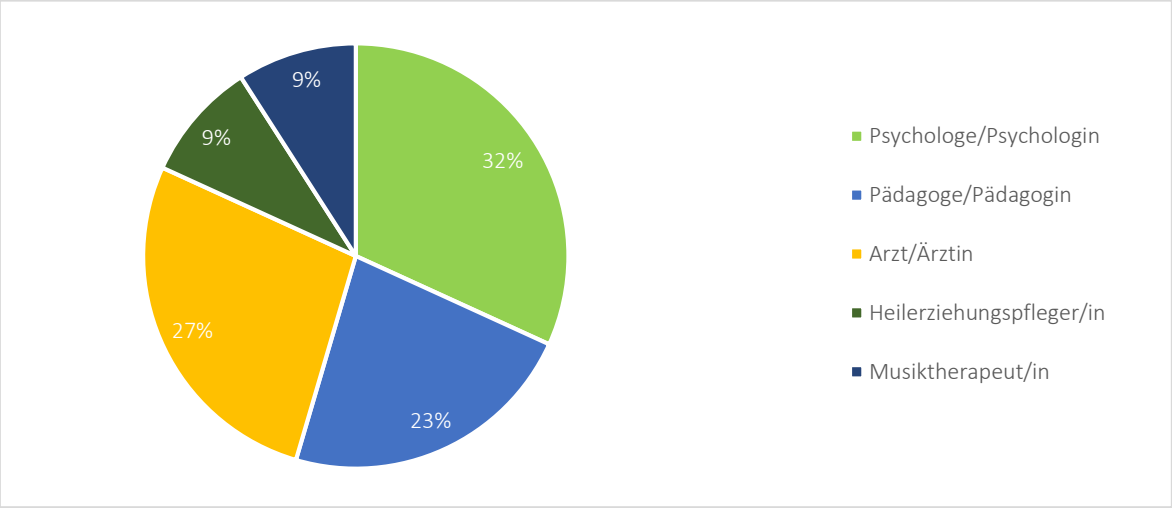

Abbildung 4: Darstellung der Berufsbezeichnung der Therapeutinnen und Therapeuten (N=22) in Prozent. *Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

2.3 Datenauswertung

2.3.1 Qualitative Datenanalyse

2.3.1.1 Qualitative Analysetechniken von Textmaterial

Die Analyse transkribierter mündlicher qualitativer Daten kann auf vielfältige Weise erfolgen und ist immer abhängig von der Fragestellung sowie dem grundsätzlichen methodischen Ansatz (Schmidt 2013). In qualitativer Tradition stehen die „Grounded

Theory“, hermeneutische Analysen, die im englischen Sprachraum weit verbreitete „thematic analysis“ sowie die Inhaltsanalyse, die nicht ausschließlich auf qualitativer Basis erfolgen muss, sondern auch quantitativ auswertbar ist.

Als geeignete Analysetechnik dieser Studie wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. Diese Methode weist ein breites Spektrum an Durchführungsmöglichkeiten auf und es finden „sich in der Literatur zum Teil inkonsistente Ausführungen dazu […], was eigentlich das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausmacht“ (Schreier 2014, S. 2). Philipp Mayring begründete in Deutschland die qualitative Inhaltsanalyse und unterscheidet drei Formen qualitativer Analysetechniken: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung (Mayring 2015, S. 67). Die Zusammenfassung soll dabei das Material auf die Grundbasis reduzieren. Die Explikation soll durch Herantragen von zusätzlichem Material das Verständnis entsprechender Textstellen verdeutlichen. Die Strukturierung filtert direkt aus dem Material verschiedene Aspekte heraus, wobei der Hauptfokus auf der inhaltlichen Strukturierung liegt. Das Ziel ist es, bestimmte Themen aus dem Material durch Bildung von Kategorien und dem Zuordnen von Textstellen zu den Kategorien zu erfassen. Neben Mayring existieren zahlreiche weitere Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse. Kuckartz (2014) beispielsweise führt wie Mayring drei verschiedene Typen qualitativer Inhaltsanalyse aus: die evaluative, die typenbildende und die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse.

Kern der Analysearbeit ist das Codieren, das den Prozess beschreibt, Textinhalte Kategorien zuzuordnen. Ziel ist die Erstellung eines Codebaumes, welcher aus Hauptkategorien besteht und in weitere Äste des Baumes, den Subkategorien, übergeht. Diese wiederum können weiter durch Kategorien spezifiziert werden. Dadurch kann der Codebaum in sich sehr differenziert sein. Auch die differenzierteste Kategorie im Codebaum führt immer auf die ursprüngliche Hauptkategorie zurück. Somit wird eine strukturierte Gliederung erstellt. Dieses Vorgehen ist in der Praxis in der Regel deduktiv-induktiv kombiniert (Kuckartz 2014, S. 77). Deduktiv bezieht sich auf Kategorien, die aus Vorannahmen vor Beginn des Codierprozesses bereits festgelegt wurden. In diesem Zusammenhang können Themen des Leitfadens als Kategorien etabliert werden. Induktiv beschreibt dagegen die Neuentwicklung von Kategorien am Material.

2.3.1.2 Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014)

Die Analyse der Fokusgruppen der Lehrer und Therapeuten wurde im Ablauf des Codierprozesses inhaltlich-strukturierend nach Kuckartz (2014) mit entsprechenden Modifikationen des Ablaufs anhand der vorhandenen Möglichkeiten durchgeführt.

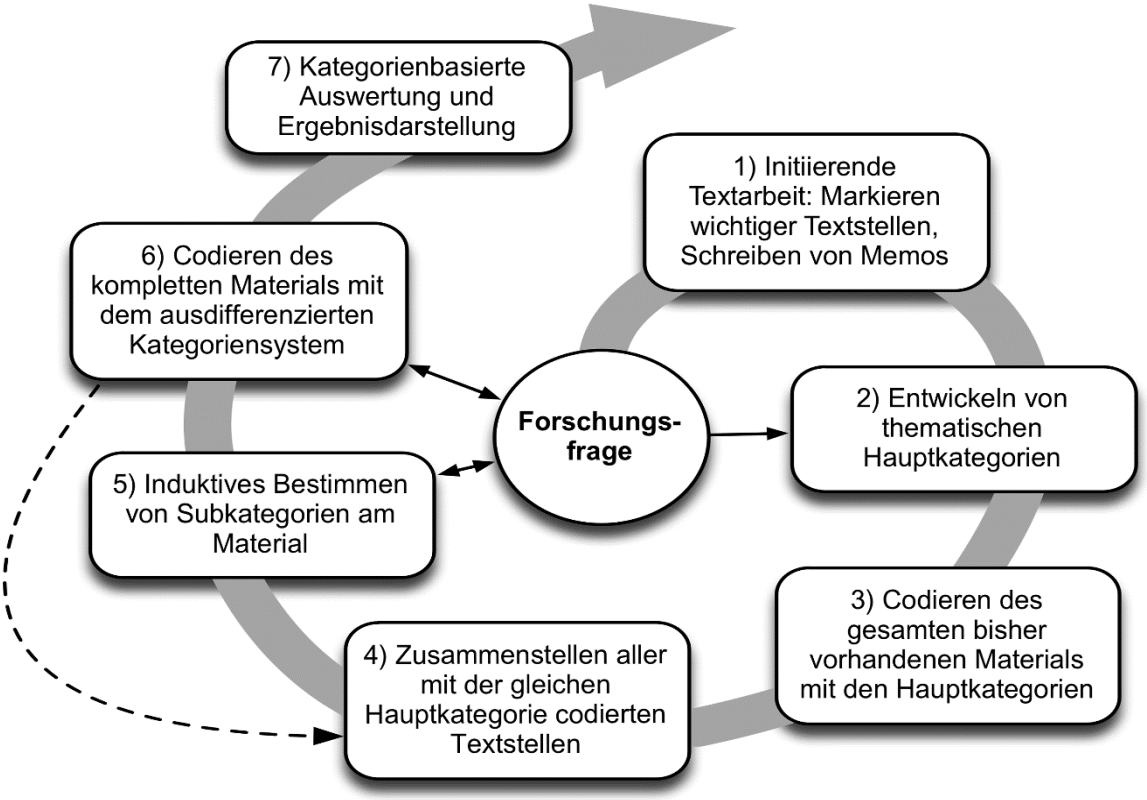

Abbildung 5: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse *(Kuckartz 2014, S. 78).*

Die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse beginnt mit der initiierenden Textarbeit, um erste Einblicke in das Material zu bekommen und erste Ideen festzuhalten. Anschließend sollen die Forscher vorwiegend deduktiv aus der Forschungsfrage heraus thematische Hauptkategorien entwickeln und das gesamte Material den Hauptkategorien zuordnen. Im Anschluss werden die Zuordnungen strukturiert und induktiv Subkategorien gebildet. Das gesamte Textmaterial wird im nächsten Schritt dem entwickelten Kategoriensystem zugeordnet. Werden dabei Subkategorien voneinander aufgetrennt und damit neue induktive Subkategorien gebildet, muss der Forscher das bis dahin durchlaufene Material erneut codieren und gegebenenfalls anpassen.

Kuckartz trennt damit die Zuordnung von Textstellen zu den Hauptkategorien und den Subkategorien. Für Kuckartz ist es aber möglich, „die ersten Phasen des

Forschungsprozesses auch ab[zu]kürzen, indem den Textstellen direkt eine Subkategorie zugewiesen und keine gesonderte Codierung der Hauptkategorien vorgenommen wird“ (Kuckartz 2014, S. 88). Nach dem Durcharbeiten von 10-25% des Materials empfiehlt Kuckartz das bisher erstellte Kategoriensystem zu überprüfen, unabhängig davon, ob die Kategorien deduktiv schon feststanden oder induktiv am Material entwickelt wurden (Kuckartz 2014, S. 80). Durch diesen Probedurchlauf kann getestet werden, ob die Kategorien für das Material überhaupt anwendbar sind.

Um die Qualität des Codierprozesses zu sichern, ist es wichtig, das Material mindestens mit zwei Codierenden zu bearbeiten (Kuckartz 2014, S. 82). Dieses konsensuelle Codieren beschreibt Kuckartz als Idealfall für einen Codierprozess, der allerdings aufgrund forschungspraktischer Beschränkungen modifiziert werden kann. Dabei soll das Material von mehreren Forschern unabhängig voneinander bearbeitet werden. Im Anschluss werden die einzelnen Bearbeitungen miteinander verglichen und Unterschiede der Codierungen diskutiert.

Schließlich folgt die kategorienbasierte Auswertung (Kuckartz 2014, S. 93ff). Dabei sollen die Kategorien strukturiert, zusammengefasst dargestellt, Bezüge zwischen den verschiedenen Kategorien hergestellt und Zusammenhänge verdeutlicht werden.

2.3.2 Die einzelnen Arbeitsschritte

In diesem Kapitel werden die konkreten Arbeitsschritte der Analyse des aus den sieben Fokusgruppen mit Lehrer und Therapeuten gewonnenen Datenmaterials beschrieben. Anhand des Datenmaterials wurde ein Verfahren entwickelt, welches sich insbesondere auf Kuckartz (2014), aber auch auf Steigleder (2008) bezieht.

2.3.2.1 Sich-Vertraut-Machen mit dem Textmaterial

Vor dem Erstellen und dem Zuordnen wurden die Texte mehrmals intensiv gelesen, spontane Gedanken notiert und erste Lesarten entwickelt. Dadurch konnten erste Bezüge zum Textmaterial aufgebaut werden. Das Material wurde in diesem Anfangsstadium auf Papier mit Textmarkern bearbeitet. Wie bereits erwähnt, waren die Hauptkategorien zur ersten, gedanklichen Strukturierung des erhobenen Textmaterials durch den erstellten Leitfaden bereits vorgegeben.

Im Vorfeld der Datenanalyse fand zudem eine Schulung der inhaltlich-strukturierenden

Vorgehensweise durch Dr. Silvia Krumm statt. Dabei wurde ein Teil des Textmaterials durch initiale Textarbeit auf Papier bearbeitet und im Rahmen einer konsensuellen Auswertung erste Subkategorien sowie Ideen für weitere induktive Hauptkategorien entwickelt.

2.3.2.2 Codierprozess

Dieser Arbeitsschritt des exakten Zuordnens einzelner Textstellen zu Kategorien stellte die eigentliche Herausforderung dar und brachte den größten zeitlichen Aufwand mit sich. Vor Beginn des Codierprozesses wurden Codierregeln in Anlehnung an die Vorschläge von Kuckartz (2014, S. 82) festgelegt, um klare Richtlinien in der Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien zu haben (s. Anhang Codierregeln). Die Codierregeln wurden auf Basis des Textmaterials der Lehrer und Therapeuten erstellt.

Die Fokusgruppen der Therapeuten und Lehrer wurden in zwei voneinander getrennten Codebäumen ausgewertet. Die Zuordnung der Textstellen erfolgte direkt in die durch den Leitfaden vorgegebenen, deduktiven Hauptkategorien sowie in die induktiv entwickelten Subkategorien. Während des Codierprozesses wurde der jeweilige Codebaum kontinuierlich angepasst, was Steigleder (2008, S. 188ff) in Abgrenzung zu Kuckartz und Mayring beschreibt. Statt der Entwicklung von induktiven Subkategorien nach dem Materialdurchlauf wird der Codebaum kontinuierlich während des Analyseprozesses mit neuen induktiven Subkategorien weiterentwickelt und modifiziert. Neue thematische Aspekte aus dem Textmaterial werden damit direkt zu neuen Kategorien entwickelt. Dies ermöglicht den Forschenden stets auf neue Gedanken und Äußerungen im Textmaterial einzugehen.

Das bereits beschriebene konsensuelle Codieren wurde bei der Bearbeitung der ersten Fokusgruppe, sowohl der Lehrer als auch der Therapeuten, realisiert. Die weiteren Codierungen der Fokusgruppen wurden durch Nadine Koslowski als Codierüberprüferin kontrolliert. Nach der Überprüfung konnten in einer Rücksprache fehlende Nachvollziehbarkeit und Übereinstimmung diskutiert und gegebenenfalls Veränderungen vorgenommen werden.

Bei inhaltlich deckungsgleichen, induktiv gebildeten Kategorien zwischen den Codebäumen der Lehrer und Therapeuten wurde darauf geachtet, die Bezeichnung äquivalent zu halten, um eine Vergleichbarkeit zwischen den beiden Gruppen zu erleichtern und zu verdeutlichen.

Um eine klare Zuordnung zu den Kategorien zu gewährleisten, wurden in Anlehnung an Mayring für die Kategorien Definitionen aufgestellt (Mayring 2015, S. 97). Dies hilft insbesondere bei Kategorien weiter, welche schwer voneinander zu differenzieren sind. Die Definitionen wurden zur Generierung der Trennschärfe zu Beginn der Auswertung für schwer zu unterscheidende Kategorien geschaffen, jedoch im Verlauf der Auswertung angepasst. Bei solchen Anpassungen kann notwendig sein, neue Subsumptionen von Subkategorien vorzunehmen, was den Codebaum in sich sehr differenziert. Um Fehler im Codebaum vorzubeugen, wurde folgendes Verfahren entwickelt: Die Codebäume wurden nach der Bearbeitung aller Fokusgruppen in Absprache mit dem Zweitcodierer überarbeitet und auf inhaltliche Stimmigkeit und Fehler überprüft. Gegebenenfalls wurden bei diesem Schritt Änderungen durchgeführt, was das Verschieben von Textcodierungen, zusätzliche Codierungen, neue Subsumptionen einzelner Kategorien, Zusammenfassen von Kategorien sowie Trennen von Kategorien beinhaltet. Die Kontrolle der Codebäume nach dem Materialdurchlauf stellt eine Modifikation der Probecodierung nach Kuckartz (s. Kapitel 2.3.1.2) dar. Da durch die Anzahl der Fokusgruppen (vier bei Lehrern und drei bei Therapeuten) und dem jeweiligen Ziel, einen Codebaum sowohl für Lehrer als auch für Therapeuten zu erstellen, zu viel Textmaterial für die Probecodierung benötigt worden wäre, wurde auf die eigentliche Probecodierung mit 10-25% des Materials verzichtet.

Die beschriebene kontinuierliche Modifikation sowie die nachträgliche Überprüfung des Codebaumes haben Vor- und Nachteile. Die Offenheit für die Bildung induktiver Haupt- und Subkategorien bleibt bis zum Ende der Materialauswertung gewährleistet, jedoch mit dem Risiko, bestimmte Aspekte neu gegründeter Kategorien in vorher ausgewerteten Fokusgruppen übersehen zu haben. Um dieser Problematik entgegenzuwirken wurde nach der Überprüfung der beiden Codebäume ein erneuter gesamter Materialdurchlauf durchgeführt und entsprechende Codierungen und Unstimmigkeiten beseitigt.

Zum Abschluss des Codierprozesses wurden die beiden erstellten Codebäume zusammengefügt. Bei der Zusammenfassung der Codebäume war jedoch sorgfältig darauf zu achten, die Unterschiede der einzelnen Gruppen nicht zu vernachlässigen. Durch den Zusammenschluss konnten die Ergebnisse insgesamt übersichtlicher dargestellt sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Gruppen besser eruiert werden. Aufgrund der hohen Anzahl an Subkategorien im Gesamtbaum wurden für die Ergebnisdarstellung als letzter Arbeitsschritt Kategorien ausgewählt. Die Auswahlkriterien waren einerseits die

Nennungshäufigkeit von Kategorien, andererseits das subjektive Empfinden der Bedeutung einzelner angesprochener Themen für die Fragestellungen.

Die folgende Darstellung illustriert beispielhaft den Codierprozess anhand der Bearbeitung der drei Fokusgruppen der Therapeuten.

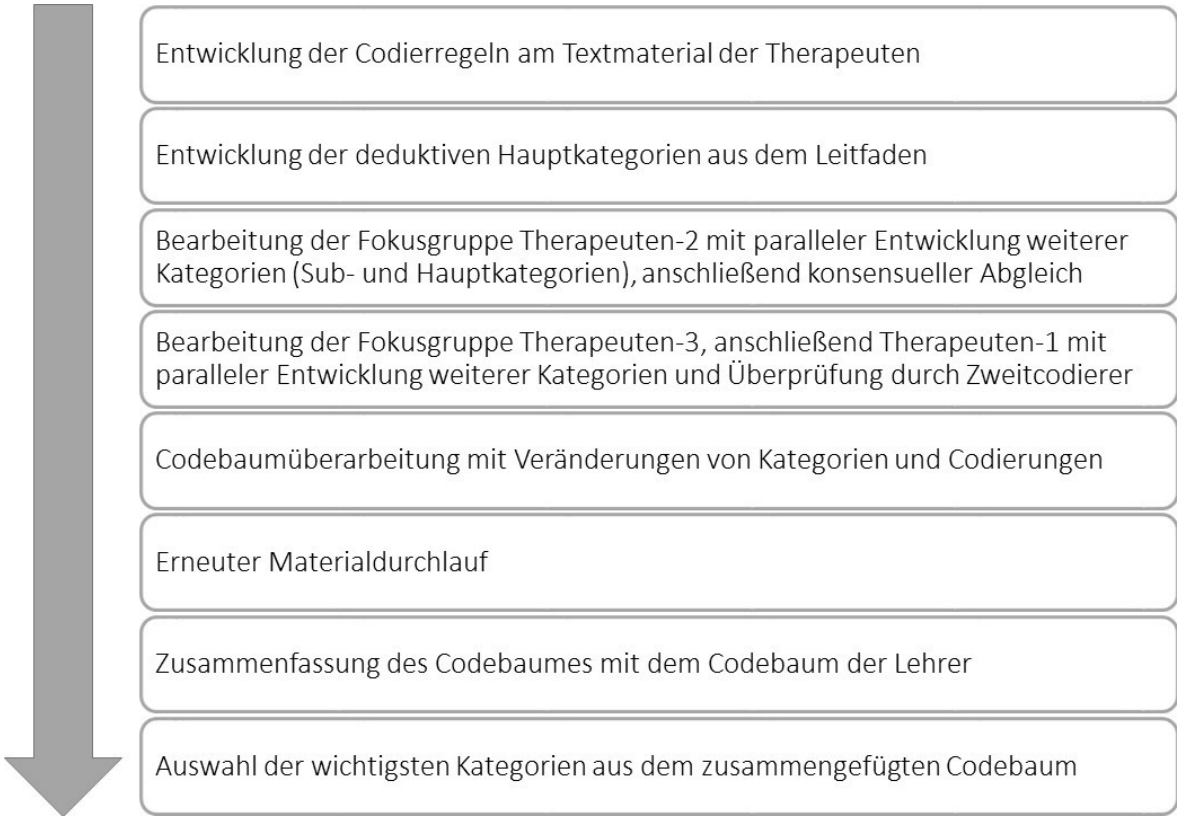

Abbildung 6: Übersicht des Codierprozesses am Beispiel der Therapeuten mit zeitlicher Abfolge der einzelnen Schritte. *Qualitative Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

2.3.2.3 Kommentare und Memos

Die Arbeit mit Memos und Kommentaren während des Codiervorgangs ist für die spätere Ergebnisdarstellung und das Erkennen einzelner Zusammenhänge auf der Ebene von Haupt- und Subkategorien bedeutsam. Memos wurden sowohl am Text, als auch direkt an den Kategorien erstellt. Mit Beginn der initialen Textarbeit wurden Gedankengänge und Verbindungen zu einzelnen Kategorien in Memos erfasst. Auch zur genaueren Beschreibung und Ausführung einzelner Aspekte von Kategorien sowie der Ausführung exakter Kategoriendefinitionen waren Memos sinnvoll.

2.3.2.4 Fallzusammenfassung und Analyse des Diskursverlaufs

Zentrale Inhalte und der Diskursverlauf wurden für jede Fokusgruppe zusammenfassend dargestellt, um im weiteren Verlauf der Auswertung die Bedeutung bestimmter Kategorien zu erfassen. Um eine Einheitlichkeit dieser Zusammenfassungen zu gewährleisten, wurden exakte Regeln für den Aufbau festgelegt.

2.3.2.5 Projekttagebuch

Für die Transparenz des Projektes wurde während der Auswertung ein Tagebuch in einer Excel-Tabelle geführt. Es gehört bei qualitativen Projekten dazu, „die Schritte des Auswertungsprozesses darzustellen, die Art der Kategorienbildung darzulegen und zu beschreiben, inwieweit die Kategorien und Subkategorien am Material gebildet wurden“ (Kuckartz 2014, S. 97f). Es werden einzelne Schritte zur Entwicklung des gesamten Codebaumes deutlich. Gedankenschritte einzelner Haupt- und Subkategorien, wie auch Anpassungen von Kategoriendefinitionen bleiben im Nachhinein transparent und nachvollziehbar. Auch wurden methodische Abmachungen, Ergebnisse in Forschungswerkstätten sowie Absprachen mit weiteren Forschungsmitgliedern im Projekttagebuch erfasst.

2.3.3 Computergestützte Analyse mit MAX-QDA

Die Analyse wurde computergestützt mit dem Programm MAX-QDA durchgeführt. MAX-QDA ist eine von vielen QDA-Softwares, welche methodisch bei qualitativen Auswertungen, aber auch bei der Anwendung von Mixed-Methods oder Triangulation im Einsatz sein können (Kuckartz 2010, S. 19). Die computergestützte Vorgehensweise kann den Forschenden die kognitive Interpretationsleistung zwar nicht abnehmen, erleichtert aber die Forschungsarbeit durch eine erhöhte Übersichtlichkeit der Texte und schnelleres Zuordnen der einzelnen Textbausteine zu den Kategorien.

Die schrittweise erfolgte Auswertung der Fokusgruppen wurde stets durch Generierung neuer Dateien durchgeführt, so dass keine Arbeitsprozesse überschrieben, sondern nur neu erstellt wurden. Dies schafft eine bessere Nachvollziehbarkeit und erhöhte Transparenz einzelner Arbeitsschritte zusätzlich zum beschriebenen Projekttagebuch. Zur besseren Visualisierung wurden Farben für neu gegründete oder veränderte Kategorien

eingeführt (s. Anhang Regeln zur Überarbeitung). Welche Veränderungen wann stattgefunden haben und welche Ausgangsgedanken vorhanden waren, war dadurch jederzeit erkennbar. Um einzelne Fokusgruppen besser voneinander unterscheiden zu können, wurde für jede Fokusgruppe eine eigene Farbe verwendet. Die Tonaufnahmen der Gespräche konnten mit den Texten in MAX-QDA verknüpft werden, so dass direkt einzelne Textpassagen bei Unklarheiten nachgehört werden konnten.

Eine qualitative Auswertungssoftware wie MAX-QDA hat den Vorteil, dass mehrere Forscher an einem Dokument arbeiten können, wobei immer gekennzeichnet wird, welcher Forscher welche Änderungen vorgenommen hat. Hier konnte die oben beschriebene Vorgehensweise der Überarbeitungsmethode mit Anpassungen, Anmerkungen und Korrekturen optimal im Team durchgeführt werden.

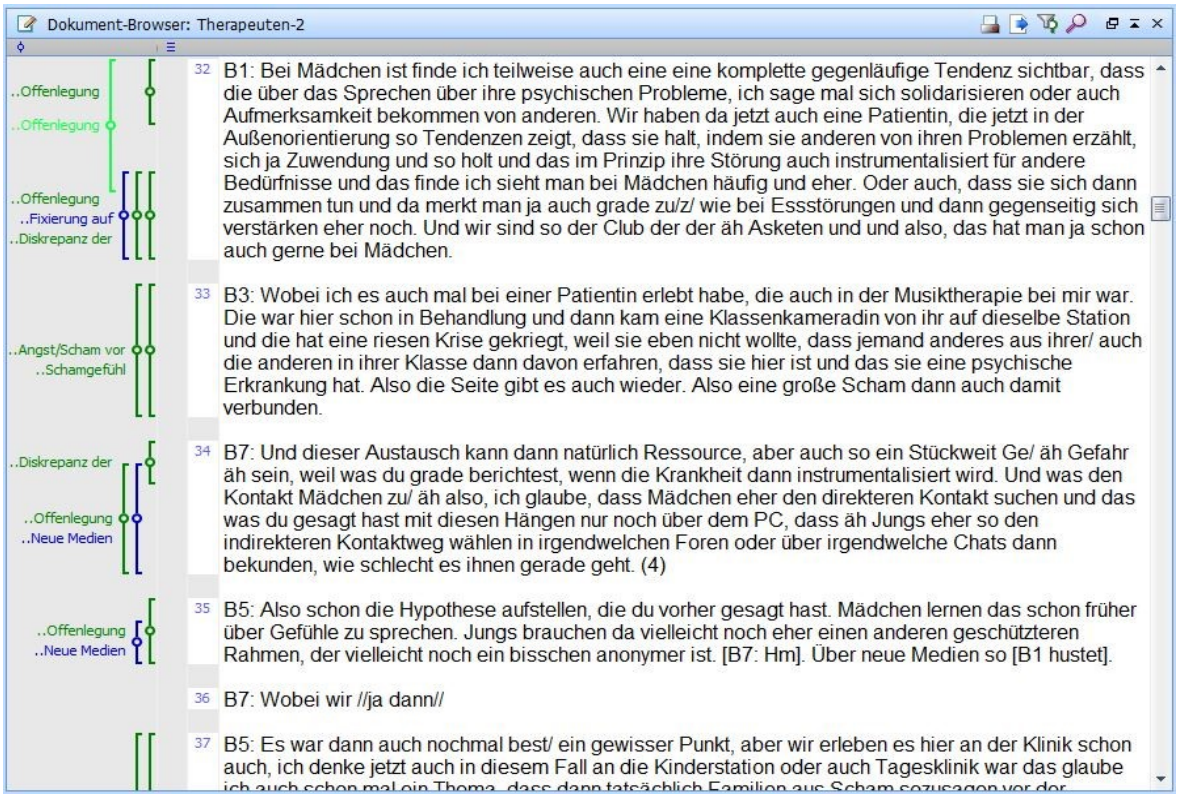

Abbildung 7: Beispielhafter Ausschnitt aus dem Dokumentenbrowser von MAX-QDA. *Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Die hier in Bearbeitung stehende Diskussion Therapeuten-2 war der erste ausgewertete Text aus der Gruppe der Therapeuten. In der linken Spalte neben dem Text sind die Codierungen zu erkennen. Oftmals werden mehrere Codierungen pro Textstelle durchgeführt. Die zwei verschiedenen Farben geben an, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine weitere Fokusgruppe der Therapeuten codiert gewesen sein muss. Die grün markierten Codierungen beziehen sich auf die erste, hier abgebildete Fokusgruppe der Therapeuten. Die blauen Zuordnungen sind bei der Auswertung der zweiten Diskussion verändert worden. MAX-QDA=Computerprogramm zur Text- und Inhaltsanalyse, benannt nach Max Weber und Qualitative Data Analysis.*

2.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Bis heute wird in der qualitativen Forschung darüber diskutiert, nach welchen Gütekriterien qualitative Verfahren zu bewerten sind. Dabei kann die Frage nach Standards und klaren Regeln in der qualitativen Forschung von dieser Diskussion nicht getrennt werden (Kuckartz 2014, S. 165). Häufig werden diese kritisch betrachtet, um die Individualität und Einzigartigkeit der Aussagen nicht einzuschränken. Aus der Diskussion heraus ergeben sich verschiedene Überlegungen, welche Flick (2014) folgendermaßen skizziert: Erstens besteht die Möglichkeit, die klassischen quantitativen Gütekriterien auf die qualitative Forschung zu übertragen oder anzupassen. Insbesondere wichtig sind dabei die Validität und Reliabilität. Zweitens käme eine Neuformulierung von Gütekriterien infrage, unabhängig von den quantitativen Kriterien. Drittens wird die Position dargelegt, ob aus dieser Diskussion heraus qualitative Ergebnisse überhaupt noch als wissenschaftlich gelten können. Jedoch wird diese Meinung „sicherlich weder der weiteren Etablierung qualitativer Forschung dienlich sein, noch dazu beitragen, dass ihre Ergebnisse als relevant betrachtet werden“ (Flick 2014, S. 389). Zu diesen Überlegungen von Flick kann noch die absolute Ablehnung von Kriterien für qualitative Forschung ergänzt werden, wobei diese Position, aufgrund „der Gefahr der Beliebigkeit und Willkürlichkeit qualitativer Forschung“ (Steinke 2013, S. 321f), als sehr kritisch zu betrachten ist.

Aus diesen verschiedenen Wegen heraus hat Steinke „Kernkriterien qualitativer Forschung“ formuliert (Steinke 2013). Sie vermeidet die Begriffe der Reliabilität, Validität und Objektivität, da diese für quantitative Verfahren geschaffen wurden und in der Literatur verschiedene Definitionen existieren. Die Methodik dieser Arbeit orientiert sich an Steinkes formulierten Kriterien. Daraus folgt, dass die Erfüllung der klassischen quantitativen Gütekriterien im übertragenen Sinn als qualitative Merkmale in dieser Arbeit keine Rolle spielt.

Die Kernkriterien von Steinke (2013) bei qualitativer Forschung werden im Kontext dieser Arbeit im Folgenden dargestellt:

1. *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit*:

   Um das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit in der qualitativen Forschung zu berücksichtigen, ist es wichtig, mehrere Aspekte im Blick zu behalten. Einerseits steht die Dokumentation genauer Prozesse der Datenerhebung und Datenauswertung im

Vordergrund. In dieser Studie wurde darauf geachtet, stets Regeln zu formulieren, die klare Strukturen in der Vorgehensweise generieren. Dies umfasst die Formulierung eines Leitfadens für die Fokusgruppen, von Codierregeln, von Richtlinien zur entwickelten Überarbeitungsmethode sowie Transkriptionsregeln mit entsprechender Transkription der Audioaufzeichnungen und Kontrolle der durchgeführten Arbeit durch einen weiteren Forscher. Alle Regeln wurden in Dokumenten festgehalten. Andererseits erfolgte das kontinuierliche Führen des Projekttagebuchs mit der Dokumentation von methodischen Vorgängen sowie inhaltlichen Auswertungsprozessen, in welchen zusätzliche Probleme und Herausforderungen mit dem Inhalt des Materials dokumentiert sind. Auch die Nutzung einer computergestützten Analyse und die Speicherung ohne Überschreibung einzelner Auswertungsschritte tragen zur Nachvollziehbarkeit der inhaltlichen Prozesse im Nachhinein bei.

Neben der Dokumentation ist die Interpretation gemeinsam im Team und mit weiteren, nicht zur Forschungsgruppe gehörenden Personen für die Nachvollziehbarkeit essentiell. Durch das konsensuelle Verfahren und die Überarbeitungsmethode wurde dies realisiert. Darüber hinaus fand eine Vorstellung der methodischen Vorgänge und inhaltlichen Ergebnisse in einer qualitativen Forschungswerkstatt statt.

Als dritten Punkt ist die „Anwendung kodifizierter Verfahren“ (Steinke 2013, S. 326) wichtig, um einheitliche Methodik zu generieren und damit nachvollziehen zu können, was mit dem Leitfaden und dem analytischen Verfahren der Inhaltsanalyse nach Kuckartz durchgeführt wurde.

2. *Indikation des Forschungsprozesses*: Das qualitative Verfahren, die methodischen Prozesse, die Auswahl von Teilnehmern sowie die aufgestellten Transkriptionsregeln gegenstandsangemessen durchzuführen, sind als Qualitätsmerkmale essentiell. Aus den fehlenden Daten in der bisherigen Literatur von der Außenposition des professionellen Umfeldes Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen ergab sich der qualitative Ansatz dieser Studie. Die inhaltsanalytische Vorgehensweise wurde entsprechend dem Ziel, den Inhalt strukturierend zur Fragestellung herauszuarbeiten, ausgewählt. Das Sampling der Teilnehmer wurde nach dem Grundsatz ausgerichtet, diejenigen professionellen Perspektiven miteinzubeziehen, welche am wichtigsten für die Jugendlichen sind. Zudem war die Auswahl der einzelnen Teilnehmer an Erfahrungen mit psychischen

Erkrankungen Jugendlicher gebunden. Die Transkriptionsregeln wurden mit dem Ziel aufgestellt, möglichst einfache und vollständige Transkripte zu schaffen, damit eine strukturierende Inhaltsanalyse problemlos durchgeführt werde konnte.

3. *Empirische Verankerung*: Die Basis der Diskussionen bildete der Leitfaden, welcher anhand der Literatur und mithilfe von Anmerkungen durch Lehrer und Therapeuten entwickelt wurde. Die daraus abgeleiteten deduktiven Hauptkategorien lieferte die Strukturbasis für den Codebaum. Erneut ist für Steinke die Anwendung codifizierter Methoden wichtig, damit die Daten als empirisch gelten können.

4. *Limitation*: Ziel ist es, den eigenen Rahmen der gefundenen Ergebnisse zu erkennen und festzustellen, auf welche Situationen die Ergebnisse zutreffen und wo die Grenzen liegen. In der Beurteilung der Aussagen ist es demnach wichtig, zwischen hypothetischen Aussagen und eigenen Erfahrungen zu differenzieren, was in den Kategoriendefinitionen mit berücksichtigt wurde. Der methodische Vorschlag Steinkes, ähnliche Fälle aus den Diskussionen miteinander zu vergleichen, um so die Grenzen deutlicher zu machen, wurde in der Analyse mitaufgegriffen.

5. *Kohärenz*: Durch die Vielfältigkeit in qualitativen Daten selbst kann es zu Widersprüchen, manchmal unlösbaren Problemen kommen. Dabei gilt es, diese angemessen zu reflektieren. Solche Aspekte wurden dokumentiert und versucht, durch das Hinzuziehen weiterer Forscher zu lösen.

6. *Relevanz*: Die inhaltliche Relevanz der Fragestellungen wurde bereits in der Einleitung beschrieben. Darüber hinaus sollen Forschende den Ertrag durch ihre Ergebnisse beurteilen können, worauf in der inhaltlichen Diskussion eingegangen wird.

7. *Reflektierte Subjektivität:* Es ist wichtig, dass Forscher sich selbst mit ihren eigenen Voraussetzungen reflektieren, um Subjektivität zu berücksichtigen. Hierbei ist der medizinische Hintergrund des Autors dieser Arbeit zu berücksichtigen, was die Analyse subjektiv beeinflussen kann. Jedoch wurde versucht, das Textmaterial bestmöglich zu analysieren. Die Diskussionen konnten mit guter Vertrauensbasis zwischen Forschern und Teilnehmern durchgeführt werden. Im Anschluss der einzelnen Fokusgruppen reflektierten die Forscher subjektive Eindrücke, Diskursdynamik und ihr erstes Verständnis.

3 Ergebnisse

3.1 Inhaltliche Entwicklung: vom Leitfaden zum Codebaum

Die Basis für die Erstellung des Codebaumes bildete der vor Durchführung der Fokusgruppen entwickelte Leitfaden. Im Leitfaden werden wichtige Themen angesprochen, welche als deduktive Hauptkategorien im Codebaum aufgegriffen werden. Tabelle 2 zeigt die angesprochenen Themen der Leitfäden von Therapeuten und Lehrern.

Tabelle 2: Leitfaden mit Fragestellungen/Impulsen als Ausgangsbasis für den Codebaum. *Der Leitfaden soll durch Fragestellungen bzw. Impulse ermöglichen, dass bestimmte Themen in den Fokusgruppen angesprochen werden. Er wurde im Rahmen der Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015 erstellt. OL=Offenlegung.*

Themen	Fragestellung/Impuls
Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen psychischer Erkrankungen (öffentliche Stigmatisierung)	Was meinen Sie, was andere Menschen über Jugendliche mit psychischen Erkrankungen denken?
Kommunikation über psychische Erkrankung	Was denken Sie, mit wem Jugendliche über ihre psychische Erkrankung sprechen?
Handlungsempfehlungen für OL (Einflussfaktoren und Konsequenzen der OL)	Sollten Jugendliche eher offen mit ihrer Erkrankung umgehen oder sollten sie sie eher geheim halten?
Konsequenzen einer Etikettierung als psychisch krank	Was glauben Sie, was es für einen Jugendlichen bedeutet, wenn das Umfeld oder andere Personen wissen, dass er oder sie eine psychische Erkrankung hat?
Selbstetikettierung	Was glauben Sie, wie es für Jugendliche ist, sich selbst als psychisch krank zu sehen oder zu bezeichnen?
Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen	Glauben Sie, dass Jugendliche aufgrund ihrer Erkrankung anders oder unfair behandelt werden?
Bewältigungsstrategien bei Stigmatisierung	Wie sollten Jugendliche Ihrer Meinung nach damit umgehen, wenn sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung anders/unfair behandelt werden?
Möglichkeiten zur Unterstützung	Was könnte Jugendlichen bei der Entscheidung darüber helfen, ob sie die psychische Erkrankung eher offenlegen oder sie eher für sich behalten?

Der Leitfaden wurde zur besseren Vergleichbarkeit identisch bei Therapeuten und Lehrern eingesetzt. Nach der ersten Diskussionsrunde mit Lehrern war eine Anpassung des Leitfadens aufgrund der geringen Resonanz auf die Frage nach gesellschaftlichen Haltungen und Handlungen psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung notwendig. Als

Ersatz wurden Erfahrungen der Lehrer mit psychischen Erkrankungen in der Schule thematisiert, um die Diskussion besser in Gang zu bringen. Die Anpassung fand im Auswertungsprozess Berücksichtigung. Auch auf die Frage nach Handlungsempfehlungen für Offenlegung fiel in einigen Fokusgruppen die Resonanz gering aus, so dass direkte Nachfragen zu Vor- und Nachteilen von Offenlegung und Geheimhaltung gestellt wurden. Ausgangspunkt für die Auswahl der Themen des Leitfadens bildete deren grundsätzlicher Zusammenhang mit der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung.

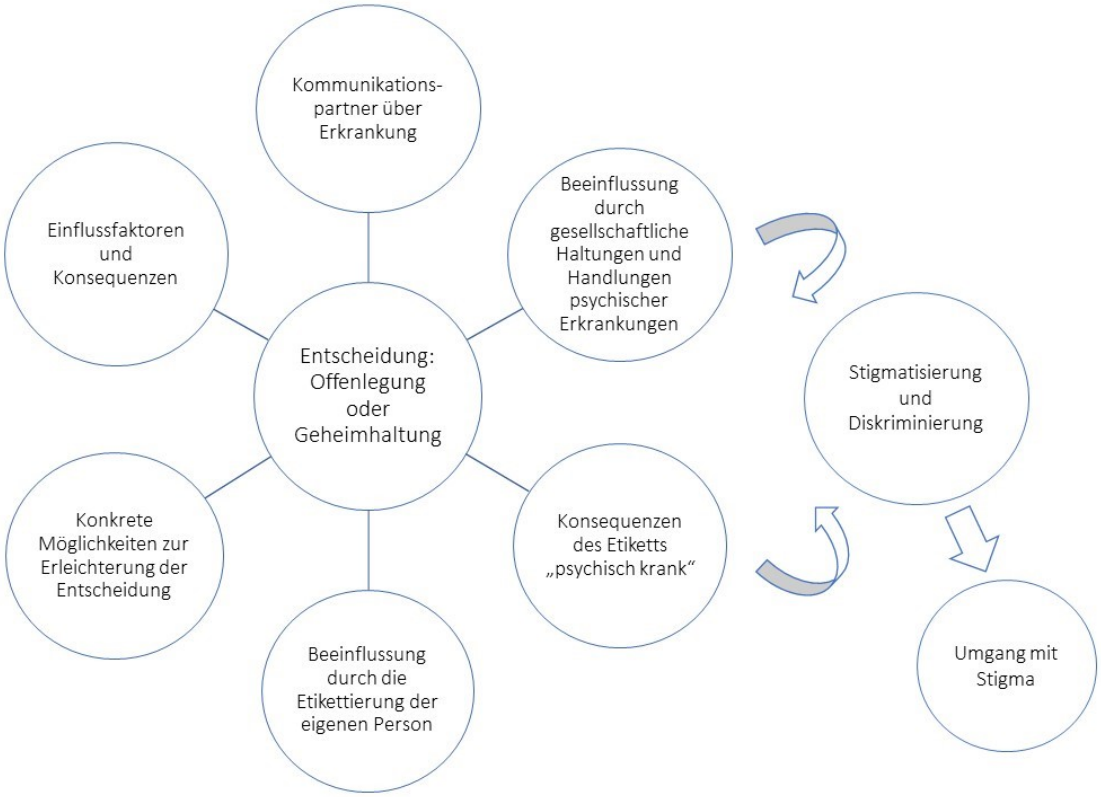

Abbildung 8: Zusammenhang der Leitfadenthemen mit der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der psychischen Erkrankung. *Die Leitfadenthemen bildeten die Struktur für die Fokusgruppen im Rahmen der Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

Aus den genannten Themen ergab sich die Vorstruktur des Codebaumes. In Tabelle 3 sind in übersichtlicher Darstellung alle Kategorien aufgeführt.

Tabelle 3: Darstellung aller Hauptkategorien aus dem entwickelten Kategoriensystem. *Die Anzahl der Subkategorien bezieht sich auf die erste Ebene nach einer bestimmten HK. Die Anzahl der Zitate gibt die Häufigkeit der Zuordnung von Textstellen zur entsprechenden Hauptkategorie an. Das Kategoriensystem wurde bei der Analyse der qualitativen Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015 erstellt. HK=Hauptkategorie.*

Hauptkategorien	Subkategorien (erste Ebene)	Zitate
1- Kommunikation und Konsequenzen	12	465
2- Selbstverständnis als psychisch krank	11	83
3- Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen	17	210
4- Ratschläge zur Entscheidungsfindung Offenlegung ja/nein	11	62
5- Rolle der Eltern	16	71
6- Rolle der Therapeuten	6	74
7- Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer	2	165
8- Psychische Krankheiten in der Schule	6	145
9- Umgang erkrankter Jugendlicher mit Stigmatisierung	7	19
10- Diskursdynamik	5	162

Die Anzahl der Zitate macht deutlich, auf welchen Kategorien in den Diskussionsrunden der Fokus lag. Die Subkategorien der ersten Ebene sind hierfür nicht immer geeignet, da insbesondere in der Hauptkategorie 7 viele weitere differenzierte Untergliederungen vorhanden sind.

Die Hauptkategorien 1 bis 4, sowie 6 bis 9 sind deduktiv, während Hauptkategorie 5 eine induktiv entwickelte Kategorie ist. Die Hauptkategorien 6 und 7 sind zwar nicht als Themen im Leitfaden verankert, jedoch führt die Befragung der Lehrer und Therapeuten dazu, dass diese Kategorien antizipiert werden können. Daher sind die beiden Hauptkategorien deduktiv. Hauptkategorie 10 beschreibt die Dynamik der Fokusgruppen.

In der ersten Hauptkategorie „Kommunikation und Konsequenzen“ werden die Themen aus dem Leitfaden Kommunikation über psychische Erkrankung, Handlungsempfehlungen für Offenlegung (Einflussfaktoren und Konsequenzen) sowie Konsequenzen einer Etikettierung als psychisch krank aufgegriffen. Die zweite Hauptkategorie „Selbstverständnis als psychisch krank“ besteht primär aus Aussagen zur Leitfadenthematik Selbstetikettierung. Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen psychischer Erkrankungen sowie Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen bilden die dritte Hauptkategorie „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“. Die vierte Hauptkategorie

„Ratschläge zur Entscheidungsfindung“ findet durch die Frage nach Möglichkeiten zur Unterstützung ihren Ursprung. Die erwähnte Anpassung des Leitfadens bei den Lehrerdiskussionen mit der Frage nach Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen in der Schule bildet die Hauptkategorie „Psychische Krankheiten in der Schule“. Zudem konnten teilweise Aussagen zur Hauptkategorie 7 („Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer“) zugeordnet werden. Die Frage nach Bewältigungsmöglichkeiten bei Stigmatisierung bildet die Hauptkategorie 9 („Umgang erkrankter Jugendlicher mit Stigmatisierung“).

Um die Fragestellung zu beantworten, welche Aspekte für Jugendliche bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung ihrer psychischen Erkrankung wichtig sind, eignen sich die Hauptkategorien 1 bis 5. Hauptkategorie 6 und 7 liefern Aspekte zur Beantwortung der Frage nach den Rollen von Lehrern und Therapeuten bei der Entscheidungsfindung der Jugendlichen sowie spezielle Aspekte im Bereich der Schule, welche für die Entscheidungsfindung relevant sind. Die Hauptkategorie 8 enthält Aussagen, die zwar zu psychischen Erkrankungen in der Schule gemacht werden, jedoch nicht für die Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung relevant sind. Die Aussagen beziehen sich eher auf die Situation, in welcher Jugendliche noch keine diagnostizierte psychische Erkrankung haben und welche Probleme sich hierdurch für Lehrer ergeben (z. B. die Herausforderung, Jugendliche mit psychischer Symptomatik zu erkennen). Daher wird diese Hauptkategorie bei der Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Hauptkategorie 9 beinhaltet Aussagen zum Umgang der Jugendlichen mit Stigmatisierung nach erfolgter Offenlegung. Um nicht den roten Faden zu verlieren, werden Aussagen zu diesem Thema ebenfalls nicht in den Ergebnissen berücksichtigt. Die Diskursdynamik (HK 10) beschreibt Zustimmungen und Widersprüche in den Diskussionen der Teilnehmer. Als einzelne Kategorie wird sie wie Hauptkategorie 8 und 9 nicht dargestellt.

Wie aus der Bezeichnung der einzelnen Hauptkategorien deutlich wird, befinden sich diese auf einer inhaltlichen Ebene, welche deskriptiv und noch nicht analytisch ist. Aus den verschiedenen Kategorientypen (Kuckartz 2014, S. 43f) ist die inhaltliche, deskriptive Ebene bewusst gewählt, um die Zuordnung der zahlreichen Subkategorien und dadurch der angesprochenen Themen zu ermöglichen. Durch die Fülle an Informationen aus dem Datenmaterial ist es nicht möglich, bereits einen analytischen Kategorientyp auf der Ebene der Hauptkategorien zu verwenden.

3.2 Darstellung einzelner Hauptkategorien

Im folgenden Abschnitt soll genauer auf die relevanten Kategorien dieser Arbeit eingegangen werden. Die Hauptkategorien werden nacheinander dargestellt. Um die Darstellung so anschaulich wie möglich zu gestalten, werden Subkategorien in Form von Tabellen erläutert und mit Textbeispielen illustriert. Dabei sind die Kategorien in den Tabellen nach Quantität der codierten Aussagen geordnet. Die Aussagen der Diskussionsteilnehmer sind zur besseren Lesbarkeit bereinigt, indem Verzögerungssignale wie beispielsweise „Ähm“ entfernt und mehrfach hintereinander genannte gleiche Wörter auf eine Einfachnennung gekürzt wurden. Die Sinnhaftigkeit der Aussagen wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Auffallend ist, dass die Diskussionsteilnehmer eher über Offenlegung als über Geheimhaltung diskutierten. Dementsprechend lag der Fokus der Analyse auf Offenlegung, was auch an den Kategorienbezeichnungen zu erkennen ist. Hierbei ist zu bemerken, dass die Entscheidung für oder gegen Offenlegung der Entscheidung für Offenlegung oder für Geheimhaltung und damit der Forschungsfrage entspricht.

Aufgrund der hohen Anzahl verschiedener Subkategorien wird nur ein Extrakt aus dem Codebaum als Ergebnis der Arbeit dargestellt. Daher stimmt die Anzahl der Subkategorien aus Tabelle 3 nicht mit der Anzahl der einzeln dargestellten Subkategorien überein.

3.2.1 Kommunikation und Konsequenzen

Der Fokus der Auswertung liegt auf dieser Hauptkategorie. Die Diskussionsteilnehmer nennen verschiedene Aspekte zur Kommunikation der Jugendlichen über ihre psychische Erkrankung, aber auch zur nicht stattfindenden Kommunikation über die Krankheit entsprechend der Geheimhaltung. Die Darstellung in Tabelle 4 beschreibt, welche Subkategorien der Hauptkategorie in dieser Arbeit dargestellt werden.

Tabelle 4: Übersicht der HK Kommunikation und Konsequenzen. *Es sind die Kategorien aus dem Codebaum dargestellt, welche für die Arbeit relevant sind. Die rechte Spalte gibt in Prozent an, wie viele Teilnehmer sich im Verhältnis zu allen Teilnehmern zu der entsprechenden Kategorie geäußert haben. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Die Anzahl der Subkategorien eine Ebene tiefer (entsprechend zwei Ebenen unterhalb der HK) ist dargestellt. Die HK Kommunikation und Konsequenzen ist Teil des Codebaumes der qualitativen Studie zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, TN=Teilnehmer.*

Ordnung der Kategorien innerhalb der HK	Subkategorien (zwei Ebenen unter HK)	Zitate	Anzahl TN
Abhängigkeiten	14	162	93,8%
Äußere Bedingungen für Offenlegung	5	20	31,3%
Innere Bedingungen für Offenlegung	4	18	27,1%
Vorteile der Offenlegung	12	50	60,4%
Nachteile der Offenlegung	8	60	70,8%
Nachteile der Geheimhaltung	9	21	35,4%
Ausmaß der Offenlegung	3	54	56,3%

Um den Fokus der Arbeit nicht zu verlieren, werden unter anderem die im Leitfaden erfragten Kommunikationspartner der erkrankten Jugendlichen nicht berücksichtigt. Auf die Kommunikation mit Therapeuten und Lehrern wird in den Hauptkategorien 6 und 7 eingegangen. Die Aussagen der Diskussionsteilnehmer können entweder auf Erfahrungen basieren oder als Hypothesen formuliert sein. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Subkategorien näher dargestellt.

3.2.1.1 Abhängigkeiten

Bestimmte Faktoren können dazu führen, dass Jugendliche mit psychischen Erkrankungen eher offenlegen oder sich eher für Geheimhaltung entscheiden. Entscheidet sich der Jugendliche für Offenlegung, kann durch die Faktoren auch das Ausmaß der Offenlegung variieren. Beispielsweise werden Abhängigkeiten von gesellschaftlichen Ansichten, vom Umfeld sowie vom eigenen Selbstverständnis der Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen genannt. Die Offenlegung als eigene, individuelle Entscheidung ist ebenfalls ein wichtiges Thema dieser Kategorie, welches in allen Diskussionsrunden erwähnt wird. Die Geschlechtsabhängigkeit wird insbesondere in der Diskussion Therapeuten-2 thematisiert, wobei hauptsächlich genannt wird, dass Jungen sich schwerer mit Offenlegung tun als Mädchen. Jedoch werden auch gegensätzliche Meinungen hierzu geäußert. Je nach psychischer Erkrankung kann Offenlegung unterschiedlich stattfinden,

wobei die Symptomatik der Erkrankung entscheidend für die Variation ist. Antizipiertes Stigma schränkt Offenlegung ein.

Übergeordnet werden drei verschiedene Ebenen deutlich, welche die Offenlegung beeinflussen können: die persönliche, die gesellschaftlich-soziale und die zeitliche Ebene. Welche Kategorie zu welcher Ebene gehört, wird bei der Erläuterung der Kategorien in der Tabelle beschrieben.

Tabelle 5: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Abhängigkeiten". *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, GH=Geheimhaltung, KH=Krankheit, KHen=Krankheiten.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Abhängig vom Umfeld: *–Gesellschaftlich-soziale Ebene–* Aspekte des Umfeldes werden genannt, von welchen OL abhängt, z. B. das Interesse des Umfeldes an der kranken Person, wie die Schulklasse psychische Erkrankungen stigmatisiert und diskriminiert sowie der generelle offene Umgang mit Problemen im familiären Umfeld. Jgdl. entwickeln Angst und Scham vor der OL gegenüber ihrem Umfeld. Zudem haben sie Schwierigkeiten, die Reaktionen ihres Umfeldes einzuschätzen. Auch der vorherige soziale Status innerhalb des Umfeldes spielt eine Rolle. Die partielle OL ist, aufgrund dieser Abhängigkeit, die Konsequenz. Je nach Erkrankung kann auch das Umfeld variieren. Beispielsweise nimmt das Suchtumfeld bei Suchterkrankten eine besondere Stellung ein.	„Ich glaube auch, dass es da eben/ es gibt so unterschiedliche Klassen. Also es kann Klassen geben, denen traut man das sofort zu, dass sie so jemand ganz toll auffangen könnten, es gibt aber auch Klassen, da denkt man, um Gottes Willen." [Lehrer-3] „Es hängt vielleicht vom Stellenwert in der Rangordnung ab, den der Jugendliche vor seiner Erkrankung hatte. In wieweit da Nachteile oder Vorteile draus entstehen, wenn man sich öffnet oder nicht." [Lehrer-1]	24
Individualität: *–Persönliche Ebene–* OL ist die individuelle, eigene Entscheidung jedes Erkrankten. Die Individualität bezieht sich darauf, wie und wem Jgdl. sich offenbaren. Die Entscheidung über OL oder GH ist von Jgdl. zu Jgdl. unterschiedlich und kommt auf jeden einzelnen selbst an. Diese Kategorie ist kein eigener Abhängigkeitsfaktor an sich, unterstreicht aber die Bedeutung der persönlichen Ebene.	„Ja, genau ich finde, dass man keine Pauschalaussage machen kann, das ist von Mensch zu Mensch verschieden." [Lehrer-2] „Das kommt auf den Einzelfall an, würde ich sagen. (..) Da gibt es keine Patentantwort da drauf." [Therapeuten-3]	23

Fortsetzung Tabelle 5 auf S. 37

Fortsetzung von Tabelle 5

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Abhängig von Situation: –*Zeitliche Ebene*– OL findet erst ab einem bestimmten Punkt statt. Spätestens in Situationen, in denen der Jgdl. sich rechtfertigen muss (z. B. aufgrund zeitlicher Abwesenheit oder wegen seines Sonderstatus), ist OL wichtig. Zudem ist OL besonders in Übergangssituationen, z. B. von der Psychiatrie in die Schule, ein Thema.	„Meistens ist es ja tatsächlich aktuell in so Übergangssituationen: Von hier in die Schule, von hier ins Praktikum, von hier in Beruf. Da ist es aktuell." [Therapeuten-2] „Also ich denke, wenn sie zum Beispiel in der Klasse waren und dann ein Weilchen weg sind, weil sie zum Beispiel in Therapie sind und dann wiederkommen, dann (.) ist es glaube ich schon angebracht, weil dann fragen ja alle: Wo warst du denn jetzt? Und Urlaub oder sowas. Und dann und dann sich irgendwie/" [Lehrer-4]	23
Abhängig von Art der psychischen KH: –*Persönliche Ebene*– Je nachdem, welche psychische Erkrankung ein Jgdl. hat, variiert die Entscheidung über OL oder GH. Eine Besonderheit stellen Suchterkrankungen mit sehr offenem Umgang dar. Die Symptomatik der KH spielt die übergeordnete Rolle bei dieser Abhängigkeit. In der Regel gehen KH und Symptomatik miteinander einher, jedoch kann die Symptomatik innerhalb einer psychischen Diagnose stark variieren. Bei offensichtlichen Symptomen werden die erkrankten Jgdl. Richtung OL gedrängt. Die OL unterscheidet sich damit auch je nach Schweregrad der KH und damit Ausprägungsgrad der Symptome.	„Ja gut, wenn jetzt zum Beispiel, es kommt halt immer darauf an, was ist, wenn ich sage: Legastheniker, gut, das ist wunderbar, oder ADHSler, ich muss Tabletten nehmen. Ja, okay. Aber alles andere, das verschweigen wir lieber." [Lehrer-1] „Die Symptomatik spielt da natürlich doch auch noch eine Rolle. Was ist es für eine Symptomatik und wie wird die dann kommuniziert?" [Therapeuten-2] „Gut, bei den Mädchen mit Anorexie da ist es dann irgendwann augenscheinlich, wenn das so stark ist. Aber - dann können sie das nicht mehr - verheimlichen - und dann werden sie auch darauf angesprochen." [Therapeuten-3]	19
Abhängig vom Geschlecht: –*Persönliche Ebene*– OL variiert je nach Geschlecht. Insgesamt haben Jungen mit dem offenen Umgang oft mehr Schwierigkeiten als Mädchen. Auch die Nutzung neuer Medien ist je nach Geschlecht unterschiedlich.	„Also die meisten Jungs, die kommen so im jugendlichen Alter, die sind ja eher so zurückgezogen. Vollkommen abgekapselt von ihrer Umwelt. Haben verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus, spielen nur noch Computer. Das erleben wir ja sehr oft. Und das ist bei Mädchen immer so ein bisschen anders." [Therapeuten-2]	13
Sichtbarkeit psychischer KHen: –*Persönliche Ebene*– Je nachdem, ob die psychische KH für das Umfeld sichtbar ist oder nicht, variiert die Entscheidung über OL oder GH. Durch z. B. offensichtliche Symptomatik ist dem Umfeld klar, dass etwas mit dem Jgdl. mit psychischer Erkrankung nicht stimmt. Dadurch wird OL erzwungen, GH ist nicht möglich.	B4: „Aber beim Ritzen zum Beispiel, das wissen doch //eigentlich alle//" B7: „//Das ist halt so// auffällig." [Lehrer-2] „Wobei, das muss ja nicht mal auffallen, also ich hatte so einen Fall in meiner Klasse, eine Schülerin, (.) ich bin aus allen Wolken gefallen, wo ich es erfahren habe. Ich hätte nichts gesehen, also ich gucke nach meiner Klasse, aber ich habe es einfach nicht gesehen." [Lehrer-2]	12

Fortsetzung Tabelle 5 auf S. 38

Fortsetzung von Tabelle 5

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Abhängig vom Setting/eigener Rolle: *–Gesellschaftlich-soziale Ebene–* Je nachdem, um welche Personengruppe bei welchem Setting es sich handelt, ist die Entscheidung über OL oder GH verschieden. Die partielle OL ist die Konsequenz. Eine hervorgehobene Rolle spielt in diesem Zusammenhang der berufliche Kontext, welcher vermehrt von Diskriminierung geprägt ist. Auch die Schule ist als besonderes Setting zu beachten.	„Aber das ist mein/ empfinde ich als wichtiger Aspekt, bezüglich Beruf, dass man da eher raten sollte, vorsichtig zu sein. Also da habe auch ich mitbekommen von Patienten oder ehemaligen Patienten, dass es denen eher beruflich im Nachteil war, wenn sie zu ihrer psychischen Erkrankung gestanden sind." [Therapeuten-2] „Aber bis zu welchem Grad man sozusagen dann auch offen ist, hängt natürlich erstmal von dem Kontext ab, wo offenbart man sich." [Therapeuten-2]	12
Abhängig vom Selbstverständnis: *–Persönliche Ebene–* Je nachdem, wie sich Jgdl. selbst als krank empfinden, wird offengelegt oder nicht. Die Akzeptanz und das Verständnis der eigenen KH scheinen wichtig für die OL zu sein. Das Nicht-Wahrhaben-Wollen scheint eher GH zu erleichtern.	„Und die Schüler reden da auch nicht drüber miteinander. Die gehen jetzt nicht her und sagen: ‚Du, ich sitz seit zehn Jahren jetzt vor dem Bildschirm und kann nicht mehr reden, kann nicht mehr sprechen, ich bin psychisch krank.' Die finden das ganz normal." [Lehrer-1]	11
Abhängig vom Alter: *–Zeitliche Ebene–* Umso jünger, desto weniger Interesse für KH und OL existiert. Hierbei werden Jgdl. in Abgrenzung zu Kinder im Grundschulalter betrachtet. Im Jugendalter ist die Selbstfindungsphase übergeordnet wichtig und kann OL erschweren. Je nach Ausprägungsgrad der Selbstfindungsphase wird die Entscheidung über OL oder GH beeinflusst.	„Und halt der entwicklungspsychologische Aspekt, haben wir ja auch angesprochen. Man muss halt mit einem fünfjährigen Kind ganz anders das Thema aufarbeiten, als jetzt mit einer Siebzehnjährigen." [Therapeuten-2] „Und ich denke beim Jugend/ also, (.) denke nochmal, beim Jugendlichen ist es nochmal (.) komplizierter (..). Der ist ja schließlich in der Selbstfindungsphase überhaupt mal, ja? Und fühlt sich (.) oft schwach, was, was seine Individualität ja auch betrifft. Und wenn diese Individualität auch noch psychisch belastet ist, das ist ja (..) ist/ ja." [Lehrer-2]	8
Sorge vor Eigendynamik durch neue Medien: *–Persönliche Ebene–* Neue Medien bergen als Gefahr den Kontrollverlust der Situation. Es kann sich eine Eigendynamik entwickeln, welche vom Jgdl. nicht mehr zu stoppen ist. Zudem werden soziale Kontakte oberflächlicher, was zu einer verringerten Vertrauensbasis führen kann. Die Sorge vor diesen Folgen ist individuell und beeinflusst die Entscheidung über OL oder GH.	„Und ich glaube das Feingefühl im Kindes- und Jugendalter ist halt auch deswegen besonders wichtig, weil neue Medien, Schule letztendlich sind halt auch sozusagen schnelle Informationswege, wo sowas dann halt auch schnell an Fahrt aufnehmen kann, als jetzt im Unterschied jetzt dann zum Erwachsenen, der da ein eigenbrödlerisches Leben dann sozusagen führt." [Therapeuten-2]	6

Fortsetzung Tabelle 5 auf S. 39

Fortsetzung von Tabelle 5

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Abhängig von gesellschaftlichen Haltungen und Handlungen: –*Gesellschaftlich-soziale Ebene*– OL ist davon abhängig, wie die Gesellschaft Jgdl. mit psychischen Erkrankungen sieht und ob sie diese stigmatisiert. Antizipiertes Stigma schränkt die OL ein. Der aktuelle gesellschaftliche Zugang wiederum wird durch die Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit und bestimmten Ereignissen beeinflusst. Die Entscheidung über OL oder GH hängt auch davon ab, ob die Gesellschaft über psychische Erkrankungen aufgeklärt ist oder nicht.	„Ja ich denke, auch im jugendlichen Alter hängt das schon auch ganz viel von dem, das haben wir ja auch schon kurz angerissen, gesellschaftlicher Zugang, Normen letztlich, wie nach dem Suizid von Robert Enke war es ja auch mehr und mehr so, da war es auch so eine Art Modethema in Anführungszeichen: Ich bekenne mich zu meinem Burnout, zu meiner psychischen Störung. Jetzt nach *Germanwings* wird es wahrscheinlich eher erstmal nochmal in eine andere Richtung gehen.“ [Therapeuten-2] „Ja, aber das jetzt sehr (..) präsent so machen so großartig (.) würde ich ihm abraten, weil ich glaube, die Gesellschaft allgemein ist noch nicht bereit dafür.“ [Therapeuten-1]	6
Kulturelle Abhängigkeit: –*Gesellschaftlich-soziale Ebene*– Gesellschaftliche Ansichten sind kulturell geprägt, auch in ihrer Sichtweise von psychischen Erkrankungen.	„Ja, ich denk, so Einstellungen, dass man sich da wirklich öffnet und sagt: ‚Ich nehme Hilfe an‘, ist natürlich abhängig von vielen Faktoren. Also kulturell/ es gibt einfach Gesellschaften, die tolerieren ja psychische Erkrankungen eher und bei den anderen ist es halt: ‚jetzt sei halt nicht so weich, das gibt es ja nicht. Sei männlich!‘ Zum Beispiel.“ [Lehrer-1]	3
Abhängig vom Ausmaß der bisherigen Auswirkungen auf das soziale Umfeld: –*Gesellschaftlich-soziale Ebene*– Die Entscheidung über OL oder GH unterscheidet sich je nach bereits vorhandenen Auswirkungen auf das soziale Umfeld.	„Es kommt auch drauf an, wie lang das schon ist oder (.) wie schlimm es ist. Ja, meistens hat das ja auch noch andere (.) Bed/ oder (.) auf die Umstände ja, ob das schulisch schon sich irgendwie auswirkt oder privat irgendwie Freundeskreis.“ [Lehrer-3]	2

3.2.1.2 Bedingungen

Offenlegung wird durch verschiedene Faktoren bedingt, welche auf der einen Seite in Bezug zu Mitmenschen stehen (äußere Bedingungen) und welche andererseits erkrankte Jugendliche selbst mitbringen (innere Bedingungen). Bedingungen sind schwer von Abhängigkeiten (s. Kapitel 3.2.1.1) zu trennen, da sie durch ihr Vorhandensein eher zu Offenlegung bzw. durch ihr Fehlen eher zu Geheimhaltung führen und damit auch in die Definition der Kategorie „Abhängigkeiten“ passen. Äußere Bedingungen sind Einflussfaktoren auf die Offenlegung, welche sich auf die gesellschaftlich-soziale Ebene beziehen. Innere Bedingungen befinden sich dagegen als Einflussfaktoren auf der persönlichen Ebene.

Vertrauen gegenüber seinen Mitmenschen spielt bei den äußeren Bedingungen eine übergeordnete Rolle. Ähnliche eigene Erfahrungen werden nur durch Therapeuten und das

Interesse an Person und Erkrankung nur in der Diskussion Lehrer-2 erwähnt. Im Zusammenhang mit der Erfüllung von äußeren Bedingungen sind neue Medien eine Chance, welche selbst im Falle eines sozialen Rückzuges verwendet werden können. Die innere Bedingung Selbstbewusstsein wird übergeordnet in der Diskussion Lehrer-2 thematisiert.

Tabelle 6: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Bedingungen“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Äußere Bedingungen –*gesellschaftlich-soziale Ebene*–		
Vertrauen: Vertrauen bildet die Grundlage für die Kommunikation mit anderen Personen über die eigene KH.	„Also ich denke, es ist davon abhängig, wie die Vertrauensbasis da ist. Und Sie sagen zurecht, das machen die nicht bei allen Lehrern. Deshalb ist die Rolle des Klassenlehrers auch wichtig.“ [Lehrer-4]	12
Interesse an Person und KH: Interesse wird gezeigt, Personen erkundigen sich nach dem Jgdl. mit psychischer Erkrankung.	„Wo sich jemand um sie sorgt und was wissen möchte und so und was ist los mit dir? Und dann ist es ja oft schon so, dass sie sich dann öffnen.“ [Lehrer-2]	4
Ähnliche eigene Erfahrungen: Personen mit ähnlichen Erfahrungen bieten eine gute Basis für OL. Oftmals kommen diese Personen aus einer ähnlichen Lebenswelt (Gleichaltrige). Auch in diesem Zusammenhang wird die Nutzung von Foren und Chats beschrieben.	„Ja, und da eben auch eben diese Gruppe (.) zu nutzen. Ja? Stationär. Auch (.) vielleicht andere, die einfach vielleicht schon die Erfahrung oder verschiedenste Erfahrungen gemacht haben, ja? So.“ [Therapeuten-1]	2
Unbefangenheit: Je weniger nahe Personen dem Jgdl. mit psychischer Erkrankung stehen, desto mehr Neutralität gegenüber dem Jgdl. weisen sie auf. Dies erleichtert die OL. Neue Medien werden in diesem Zusammenhang als Chance für Jgdl. erläutert, wodurch die Erkrankten in Foren und Chats nach Hilfe suchen können.	„Also manchmal habe ich das Gefühl, je neutraler die Person ist, umso besser. Also, Eltern sind manchmal sehr betroffen, also da habe ich das Gefühl, das funktioniert nicht bei vielen/ Also bei manchen sicher, dass das Elternhaus da (.) eine gute Rolle mitspielen kann, aber wie gesagt, die Eltern sind halt sehr betroffen. Dann Lehrer, die in der Klasse selber unterrichten, sind natürlich schwierig, weil so wie Sie gesagt haben, man ist immer in der bewertenden Situation, was denkt der jetzt von mir, wie sieht der mich zukünftig? Also da möchte man sich auch nicht öffnen.“ [Lehrer-3]	1
Verschwiegenheit: Andere Personen sollen nichts davon weitererzählen. Darauf sollte der Jgdl. sich verlassen können.	„Aber dann erfahre ich eigentlich meistens, dass die Kinder sofort loslegen und so richtig erleichtert sind, dass sie es endlich mal sagen können, weil sie bei uns wissen: Es wird nicht weitererzählt. Ja, das, ja, da können sie das irgendwo loswerden.“ [Lehrer-4]	1

Fortsetzung Tabelle 6 auf S. 41

Fortsetzung von Tabelle 6

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Innere Bedingungen –*persönliche Ebene*–		
Sich wohl fühlen: Bei der OL sollte das Gefühl des Jgdl. passen. Das Wohlgefühl, ähnlich dem Vertrauensgefühl, variiert individuell.	„Ja, jemand, der sich zuhause wohl fühlt, der sagt es halt zuhause, vielleicht oder sagt es der Mutter oder dem Vater oder der Oma oder wer weiß. Schwester." [Lehrer-3]	6
Selbstbewusstsein: Ohne Selbstbewusstsein werden die Jgdl. nicht zu sich stehen können. Die OL wird schwierig. Diskrepanz: Das Selbstbewusstsein an sich kann bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eingeschränkt sein.	„Bin ich selbstbewusst genug, habe ich die Kraft, mich auch hier wirklich zu outen und hinzustellen und auch wirklich vielleicht hinzugehen und zu sagen: Hallo, ja ich bin der und habe eine Psychose. Ja, im Sinne fast schon von so einem (.) Schockeffekt, ja?" [Therapeuten-1]	6
Nicht selbst ansprechen müssen: Von anderen Menschen angesprochen zu werden erleichtert die OL. Manche warten regelrecht darauf, angesprochen zu werden.	„Die Schülerin mit Magersucht, die immer vor dem Lehrerzimmer stand. (.) Viele Jahre her, da war irgendwie dann schon klar, dass die irgendwie auch angesprochen werden will. Wahrgenommen." [Lehrer-2]	4

3.2.1.3 Vor- und Nachteile

Verschiedene Vor- und Nachteile werden in den Diskussionsrunden angesprochen. Diese entsprechen den Konsequenzen nach erfolgter Offenlegung oder Geheimhaltung und sollten vom Jugendlichen mit psychischer Erkrankung bei seiner Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung berücksichtigt werden.

Vor- und Nachteile der Offenlegung werden annähernd im selben Ausmaß thematisiert (60 Zitate Nachteile, 50 Vorteile). Das Verständnis des Umfeldes ist ein wichtiger positiver Faktor, welcher durch Offenlegung erreicht werden kann. Auch das Gefühl der Erleichterung, die Hilfe durch das Umfeld und die parallele Aufklärung der Mitmenschen durch Offenlegung sind als Vorteile entscheidend. Dem Umfeld durch Offenlegung Sorgen zu nehmen, wird nur bei der Diskussion Lehrer-2 erwähnt. Als Nachteile spielen Stigmatisierung, Diskriminierung und Etikettierung eine übergeordnete Rolle, was die Codierung von insgesamt 31 Zitaten aus allen Diskussionsrunden deutlich macht. Weitere häufig genannte Nachteile sind der Nachahmereffekt sowie die Belastung des Umfeldes. Der Nachteil Kontrollverlust ist eng mit der Gefahr der Eigendynamik neuer Medien verbunden.

Tabelle 7: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Vor- und Nachteile“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, GH=Geheimhaltung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Vorteile		
Verständnis des Umfeldes: Das Umfeld kann Handlungen und Sonderbehandlungen des Jgdl. verstehen. Aus dem Verständnis heraus resultieren normale Behandlung und bessere Integration in das Umfeld.	„Das Ziel, auch Verständnis zu haben für bestimmte Dinge. Und ich kann ja nur für Sachen Verständnis haben, wo ich gewisse Informationen dazu bekomme und nicht nur die Auffälligkeiten, die jetzt in dem Moment (.) negativ sind.“ [Lehrer-2]	13
Hilfe/Unterstützung: Durch die OL kann Hilfe durch das Umfeld geleistet werden. Auch Schulkameraden reagieren häufig verständnisvoll und können eigene Erfahrungen miteinbringen. Probleme können gemeinsam angegangen und gelöst werden.	„Ja manchmal ist es überraschend, wie (.) also vor allem in den unteren Stufen (..) also wie die Kids das quasi auch akzeptieren, dass derjenige oder diejenige so anders ist. Also da denke ich immer: Boah, der hat es da jetzt sicher super schwer da jetzt. Oder man ist mit dem im Schullandheim und sieht dann: Okay, der hat da schon auch seine Leute und die können damit umgehen. Und die sehen dann andere Qualitäten. Der ist dann so bisschen so ein Sonderling. Aber das ist schon okay. Und die vertreten das dann auch vor den Lehrern und sagen: jaja, der braucht immer länger, aber der kommt dann schon oder so.“ [Lehrer-4]	11
Erleichterung/weniger Druck: Gefühl der Erleichterung bei OL. Der Druck der GH fällt weg.	„Und ich habe das eigentlich schon meistens auch so empfunden, dass die dann sehr erleichtert waren, dass es jetzt irgendwie auf den Tisch kam.“ [Lehrer-4]	8
Durch Offenlegung Aufklärung: Der fehlenden Aufklärung in der Gesellschaft kann durch OL mit dem Ziel der Psychoedukation begegnet werden. Der Stellenwert psychischer Erkrankungen kann dadurch verändert werden.	„Zum einen, wenn das wirklich (.) eine machen würde, denke ich mal, dass sich eben dieser Unterschied vielleicht, dass man das wirklich dann auch als Erkrankung ansehen würde und nicht irgendwie als Störung und als (.) du bis abnormal/ Schwäche, genau, als Schwäche, dass sich eben dieser Stellenwert auch in der Gesellschaft vielleicht ändert.“ [Lehrer-2]	4
Sicherheitsraum schaffen: Der erkrankte Jgdl. schafft sich einen Wohlfühl-Raum, in dem er so sein kann, wie er ist, und die Erkrankung bekannt ist. Die Basis hierfür bildet das Vertrauen des Umfeldes.	„Okay, jetzt wissen es alle. Und irgendwie klappt es ja. Es ist auch so/ das hängt sicher auch davon ab, wie wird das begleitet. Guckt da auch der Klassenlehrer oder so, dass die den nicht dauernd hänseln deswegen oder so. Dann ist es glaube ich für ihn eine große oder für sie eine große Sicherheit. Wow, ich kann da hin. Das ist mein Raum, meine Schule, das ist meine Klassengemeinschaft. Da ist es bekannt.“ [Lehrer-4]	3
Stärke zeigen: Durch OL wird Mut bewiesen. Dies wird durch Mitmenschen anerkannt. Ein Gewinn an Lebensreife durch das Beweisen der eigenen Stärke für weitere ähnliche Lebenssituationen ist ebenfalls von Vorteil.	„Aber ich glaube, wenn du das in der Klasse thematisierst, du hättest echt alle Achtung. Von den anderen. Also wer so offen (..) also/ phantasiere ich gerade, also wer so mutig ist und sich so (..) offenbart, (.) finde ich glaub/ also da gibt es doch wenige, die da mit einem Messer reinrennen, oder?“ [Lehrer-2]	2
Dem Umfeld Sorgen nehmen: Das Umfeld weiß bei GH nicht, was los ist. Es macht sich Sorgen.	„Und das wäre ja ein Vorteil von Offenheit. Sich in der Sicherheit wissen, sowohl der Lehrer als auch die Schüler, Betreuung ist da. Die Ursache ist erkannt, es wird begleitet, betreut, versucht zu heilen.“ [Lehrer-2]	2

Fortsetzung Tabelle 7 auf S. 43

Fortsetzung von Tabelle 7

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Erster Schritt zur Heilung: Akzeptanz und OL werden als richtungsweisend für Therapie und Heilung gesehen.	„Andererseits überlege ich mir gerade, ob es nicht auch ein Schritt schon zur/ ein erster Schritt zu einer Heilung sein kann. Also wenn jemand die Krankheit quasi (.) akzeptiert oder realisiert, akzeptiert und relativ offen damit umgeht.“ [Lehrer-3]	2
Keine Sensationsplattform mehr: OL kann dazu führen, dass bestimmte Probleme vom Umfeld nicht mehr dramatisiert werden.	„Also meine Erfahrung ist offen klar zu machen und dann ist es damit erledigt und dann kann es auch nicht mehr so gehypt werden, so ein großes Geheimnis oder so, ja.“ [Lehrer-4]	1
Weniger Nachfragen: Durch weniger Nachfragen hat der Erkrankte seine Ruhe vor der KH.	„Und ich glaube, wenn es da klar formuliert wird, dann verflüchtigt sich das glaube ich auch. Dieses Nachfragen. Es wird einmal nachgefragt, aber es wird niemand nachhaken.“ [Therapeuten-2]	1
Ketteneffekt: OL kann dazu führen, dass andere Jgdl. mit psychischen Erkrankungen auch dazu motiviert werden, offen zu ihren Problemen zu stehen.	„Also, ich kann mich sogar noch eine Klassendiskussion da eben dran erinnern, als das dann im ZDF gekommen ist/ haben dann natürlich einige gesehen/ und da haben wir das Thema angesprochen und dann haben natürlich automatisch zwei, drei andere auch gesagt, dass das Problem bei ihnen zu Hause vorhanden ist, und dass das im Prinzip jeden treffen kann. Da ist eine gewisse Offenheit vorhanden gewesen.“ [Lehrer-1]	1
Freundschaften stärken: Ein Teilnehmer erzählt die Beobachtung, dass Freundschaften sich durch OL vertiefen können, wenn auch selten.	„Aber was mir so eingefallen ist bei einer Schülerin, wenn die mit so psychischen Störungen sich praktisch jetzt ihren Mitschülern dann outet, wenn das rauskommt, ich denke, wir haben das jetzt auch sehr negativ gesehen, aber ich glaube, es könnten auch ganz tiefe Freundschaften entstehen, dass da jemand dann mich so annimmt, wie ich bin. […] Aber das wird wahrscheinlich eher in der Minderheit sein.“ [Lehrer-3]	1
Nachteile		
Stigmatisierung/Etikettierung: Nach OL können Jgdl. Stigmatisierung und Diskriminierung (Ausgrenzung, Mobbing, etc.) erfahren. Das Etikett kann über die Erkrankung hinaus bleiben. Auch Überfürsorge wird als Diskriminierung beschrieben.	„Wobei das, der den Stempel dann hat, für immer, ja, wenn der in einem Dorf lebt, dann ist das immer der, der das gehabt hat und der das hat. Den kriegt er nicht mehr los (..) glaube ich, auch wenn er therapiert ist und wenn es ihm eigentlich gut geht, dann ist das immer noch der, der damals gesponnen hat.“ [Lehrer-1]	31
Belastung des Umfeldes: Es ist möglich, dass durch die OL das Umfeld belastet wird. Insbesondere wird diese bei der Gruppe der Mitschüler beschrieben.	„Manchmal sogar soweit, dass Mitschüler eigentlich Verantwortung übernehmen, die sie gar nicht übernehmen können. Gerade bei den Kleineren, dass eigentlich das/ ja, dass die sich kümmern, wo man als Erwachsener eher sagen muss: Es ist ganz arg nett von dir, aber (.) da ist irgendein Stopp, so.“ [Lehrer-4]	9
Nachahmereffekt: Nach OL wird dem Jgdl. mit psychischer Erkrankung nachgeeifert. Vor allem Essstörungen werden hierbei genannt.	„Da könnte es auch sein, wie da/ also, dass da wieder zu viel Offenheit schadet, weil (.) das so einen Werther-Effekt hervorruft.“ [Lehrer-2]	5
Druck/Belastung: Wenn andere Bescheid wissen, wird Druck ausgelöst. Man fühlt sich vermehrt beobachtet und die Therapie sollte anschlagen.	„Das glaube ich auch. Aber ich kann mir auch vorstellen, dass es ein bisschen Druck auslöst. Also dass es auch sowas auslöst wie (.), also ich muss mich jetzt behandeln lassen. Die Behandlung muss auch wirklich irgendwie Früchte zeigen.“ [Lehrer-4]	4

Fortsetzung Tabelle 7 auf S. 44

Fortsetzung von Tabelle 7

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Sensationsplattform: Die offengelegte KH bietet eine Plattform an, welche weitererzählt und als Sensation wahrgenommen wird. Grundlage hierfür bildet das Etikett, welches Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Etikettierung und Stigmatisierung anhaftet.	„Oder, wenn dann (.) eben eine aus der Klasse einer anderen Freundin sagt: Du heute bei uns in der Klasse, da hat die eine erzählt, die hat das und das. (.) voll krass, echt?“ [Lehrer-2]	4
Kontrollverlust: Durch OL hat man nicht mehr alle Fäden in der Hand. Andere könnten es gegen den eigenen Willen weitererzählen. Insbesondere neue Medien stehen mit dieser Kategorie in Verbindung.	„Das ist ein Schneeballeffekt. Das weiß am einen Tag die Klasse und die dreißig halten nicht komplett dicht, die erzählen das natürlich weiter.“ [Lehrer-2]	3
Schwachpunkt zeigen: Der Erkrankte bietet durch die OL seiner KH eine Angriffsfläche an, welche ausgenutzt werden kann.	„Das und man muss sehen, wenn die Jugendlichen von ihrer psychischen Erkrankung sprechen, egal was es ist, Depression, Suizidalität oder vielleicht sogar Schizophrenie, die sind dadurch immer in einer Außenseiterrolle und angreifbar. Sind natürlich da immer wieder gefährdet durch andere, aufgrund dieser Krankheit auch gemobbt zu werden.“ [Therapeuten-2]	2
Andere Behandlung: Die Jgdl. verändern durch ihre KH die Grundstimmung in ihrem Umfeld und sind in der Gefahr, anders behandelt zu werden als vor der OL. Diskriminierung ist in diesem Zusammenhang nicht gemeint.	„Und das macht die anderen unfreier zum Teil. Also sich normal verhalten, wenn das Gesamtsetting nicht mehr normal ist, ist schwieriger.“ [Lehrer-3]	1

Aus der Tabelle lässt sich erschließen, dass bestimmte Vor- und Nachteile im Kontrast zueinander stehen. Die folgende Darstellung stellt diese Gegensätze dar.

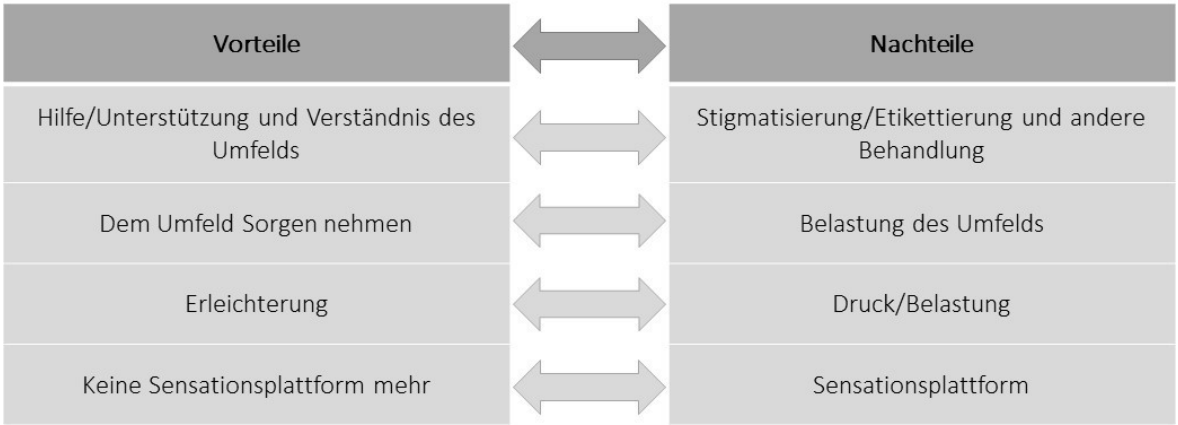

Abbildung 9: Gegensätzliche Vor- und Nachteile von Offenlegung aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes. *Ergebnis im Rahmen der Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015.*

Konsequenzen der Geheimhaltung werden von den Diskussionsteilnehmern deutlich seltener diskutiert. Vorteile von Geheimhaltung spielen in den Diskussionsrunden keine

Rolle. Eher werden sie als Nachteile von Offenlegung formuliert. Dafür werden mehr Nachteile der Geheimhaltung wie beispielsweise der soziale Rückzug diskutiert. Die meisten Nachteile der Geheimhaltung werden jedoch gleichzeitig als Vorteile der Offenlegung genannt. Drei wichtige Nachteile der Geheimhaltung sind in Tabelle 8 ausgeführt.

Tabelle 8: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Zusätzliche Nachteile der Geheimhaltung". *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Jgdl.=Jugendliche, GH=Geheimhaltung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Sozialer Rückzug: GH kann dazu führen, dass sich die Jgdl. mit psychischen KH aus ihrem Umfeld zurückziehen und soziale Aktivitäten nicht mehr wahrnehmen. Für das Umfeld bedeutet dies, dass die Chance genommen wird, auf die Erkrankten einzugehen.	„Ich wollte es auch gerade sagen, die einen/ da kommt das, wenn die also sage ich mal auf Station kommen, (.) da gibt es welche, bei denen ist ganz klar, (.) ich gehe in die Kur (..). Ja, also/ ja, niemand darf das mitkriegen und ich gehe mit euch nicht in die Stadt, weil da könnte ich jemanden begegnen und es kommt für mich nicht in Frage, dass ich das jemandem mitteile, weil dann eben (.) werde ich stigmatisiert." [Therapeuten-1]	3
Gerüchte: Mitmenschen machen sich darüber Gedanken, was los sein könnte. Es entstehen Gerüchte.	„Aber ich denke auch, so gar nichts dazu sagen, das macht eher/ das birgt eher die Gefahr, dass da so Sachen passieren, wie das man dann hinten rum lästert oder (.) den in die Pfanne haut oder sonst irgendwas." [Lehrer-4]	3
Therapie wird nicht angegangen: GH führt eher dazu, dass Therapiemöglichkeiten nicht in Anspruch genommen werden. Eine mögliche Weiterentwicklung bleibt aus.	„Ich fürchte (.) ein wesentlicher Teil des Problems ist, dass eben keine Kommunikation stattfindet, sondern die Angst davor, sich irgendwo falsch zu zeigen. Die Kinder ebenso davon abhält wie auch Erwachsene jetzt eine Hilfestelle anzusteuern. Zum Arzt zu gehen oder irgendwas." [Lehrer-3]	2

3.2.1.4 Ausmaß

Bei der Entscheidung für oder gegen Offenlegung ist auch das Ausmaß der Offenlegung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen. Dieser Aspekt wird von Lehrern und Therapeuten ausführlich diskutiert. Der Mittelweg, entsprechend der partiellen Offenlegung, wird mit 28 Zitaten sowie zusätzlichen Zustimmungen in den Diskussionen am häufigsten angesprochen. Die partielle Offenlegung beschreibt, dass Jugendliche ihre Erkrankung nur ausgewählten Personen und/oder bestimmte Sachverhalte davon preisgeben. Dadurch, dass erkrankte Jugendliche nur bestimmten Personen ihre Erkrankung berichten, ist eine Verbindung zur Abhängigkeit der Offenlegung je nach Setting herzustellen. Die entsprechenden Personengruppen können dementsprechend je nach Setting variieren. Zudem geht die partielle Offenlegung mit

Individualität einher. Innerhalb des breiten Kontinuums der partiellen Offenlegung soll jeder Jugendliche mit psychischer Erkrankung selbst entscheiden, welchen Weg er wählt. Auch die übermäßige Offenlegung zum Krankheitsgewinn ist wichtig, welche mit entsprechenden Konsequenzen in allen Diskussionen der Lehrer und Therapeuten diskutiert wird. Lehrer und Therapeuten bewerten ein bestimmtes Ausmaß der Offenlegung unter bestimmten Umständen als überzogen. Diese Kategorie stellt damit eine Bewertung des Ausmaßes der Offenlegung durch die befragte professionelle Außenperspektive dar. In Abgrenzung zur überzogenen Offenlegung wird der ganz offene Umgang vom Umfeld nicht als überzogen wahrgenommen, obwohl Offenlegung hierbei ebenfalls in einem sehr starken Ausmaß vollzogen wird. Der Unterschied liegt demnach nicht in der Quantität, sondern der Qualität der Offenlegung. Prahlen oder das eigene Inszenieren der Erkrankung werden der übermäßigen Offenlegung zugeordnet. Als mögliches Mittel zum übermäßig offenen sowie ganz offenen Umgang mit der psychischen Erkrankung werden neue Medien erwähnt. Verschiedene Konsequenzen der übermäßigen Offenlegung wie der Nachahmereffekt, die Belastung des Umfeldes sowie Diskriminierung der Person mit psychischer Erkrankung in Form von Ausgrenzung werden ausgeführt.

Tabelle 9: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Ausmaß“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Mittelweg=partielle Offenlegung: Beim Mittelweg, entsprechend der partiellen OL, legen Jgdl. mit psychischen Erkrankungen nur bestimmten Personen (Personenebene) und/oder nur bestimmte Informationen (Informationsebene) ihrer Erkrankung offen. Die Informationen sind im Gegensatz zur Lüge immer richtig, jedoch unvollständig. Offensichtliche Symptome sollten als Information gegeben werden. Wichtig ist es, diejenigen Personen des Umfeldes miteinzuweihen, welche durch die Erkrankung mitbetroffen sind. Als Grund wird der Schutzgedanke genannt, ein wichtiges Setting ist der berufliche Kontext.	„Aber so eine sachliche Information zum Beispiel nach einer längeren Abwesenheit, dass man sagt: Ich war drei Wochen in einer Klinik, weil mir ging es nicht gut. Und ohne größere weitere Ausbreitung, kann schon Sinn machen.“ [Therapeuten-2] „Und muss ja nicht immer alles kommentieren. Es kann ja auch/ es können ja auch Teilaspekte besprochen werden. Also die vielleicht auch wichtig sind im alltäglichen Umgang. Die auch dem Lehrpersonal eine gewisse Sicherheit geben oder die den Eltern eine gewisse Sicherheit geben, aber die Eltern müssen bei Jugendlichen jetzt nicht unbedingt alles wissen. Aber die Teile, wo es dann wichtig wird, wie geh ich mit dem um, mit der Symptomatik, sind glaube ich schon auch wichtig, das entsprechend zu kommunizieren.“ [Therapeuten-2]	28
Übermäßige Offenlegung zum Krankheitsgewinn: OL kann übertrieben, über das Maß vollzogen werden. Dies ist die Wahrnehmung des professionellen sozialen Umfeldes. Dabei wird sie von den Jgdl. ausgenutzt, um spezielle Ziele zu erreichen (z. B. Aufmerksamkeit erlangen, etc.). Auch das Prahlen mit der eigenen KH wird in diesem Zusammenhang beschrieben. Insbesondere in der Schule kann dies zum Problem werden. Krankheitsgewinn verhindert auch, gegen die eigene KH zu arbeiten. Therapeuten gehen sogar soweit, die übermäßige OL als eigenes Störungsbild zu bezeichnen.	„Das einzige, was ich manchmal glaube erlebt zu haben, ist, dass Schüler so ein bisschen mit der (.) mit der Krankheit (.) hausieren gehen. Also im Stil von (.) ich habe aber ein psychisches Problem, ich kann keine Hausaufgaben machen.“ [Lehrer-3] „Das ist das eine und das andere sind die Kinder, die sich produzieren. Also, die sich vielleicht nicht mehr zurückhalten, sondern die zum Nächstbesten rennen und dem brühwarm erzählen, wie es ihnen geht, was sie beschäftigt und was eventuell zu ihrem Leid beitragen könnte.“ [Lehrer-1] „Ausnahmen bestätigen die Regel, ich meine, es gibt auch Leute, die inszenieren das, ja, ich habe über *Instagram* schon viele Schnittbilder und solche Sachen gesehen.“ [Therapeuten-1]	24
Ganz offener Umgang: Der ganz offene Umgang wird in Abgrenzung zur übermäßigen OL vom Umfeld nicht als überzogen empfunden. Dieser unterscheidet sich von der übermäßigen OL auf qualitativer Ebene (z. B. ganz offener Umgang ohne prahlende Vorgehensweise).	„Auch da habe ich eigentlich eher ein positives Beispiel. Ich hatte in meiner letzten 9. Klasse eine Schülerin drin, die hat mehr oder weniger für die ganze Familie Mutterersatz gespielt, weil die Mutter eine massive Depression hatte und die hatten sich als Familie dem ZDF geöffnet. Da sind die dann also über einen längeren Zeitraum begleitet worden und das kam dann im ZDF mal. Und ich finde, das ist eigentlich schon ein positives Zeichen, ja. Also (..) da ging die Öffnung eigentlich eher von der Familie aus, aber wiederum die Tochter hat da drunter psychische Probleme gehabt, also das weiß ich auch.“ [Lehrer-1]	2

3.2.2 Selbstverständnis als psychisch krank

In dieser Kategorie wird beschrieben, ob und wie sich Jugendliche mit psychischen Erkrankungen aus Sicht der Lehrer und Therapeuten als krank wahrnehmen und verstehen. Hierbei besteht eine Verbindung zur „Abhängigkeit vom Selbstverständnis“ (s. Tabelle 5): Die eigene Wahrnehmung als psychisch krank beeinflusst die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung. Die Subkategorien dieser Hauptkategorie beschreiben insbesondere die Reaktionen auf das Verständnis der eigenen Erkrankung, welche entsprechend Einfluss auf die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung nehmen. Die am häufigsten codierte Subkategorie mit 21 Zitaten ist „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ als eine Reaktion der Jugendlichen auf die Diagnose der psychischen Erkrankung. Sie entspricht der ausbleibenden Krankheitsakzeptanz. Nicht-Wahrhaben-Wollen kann der Grund für Geheimhaltung sein. Im Gegensatz dazu steht die Krankheitsakzeptanz, welche für Veränderungen im Krankheitsprozess als relevant angesehen wird und eher mit Offenlegung einhergeht als mit Geheimhaltung. Jedoch ist diese keine Garantie für Offenlegung, auch aufgrund der parallel dazu möglichen Selbststigmatisierung. Sowohl Krankheitsakzeptanz als auch Nicht-Wahrhaben-Wollen erfahren in den Diskussionen breite Zustimmung. Damit es überhaupt zur Auseinandersetzung mit der Krankheitsakzeptanz kommen kann, ist die Krankheitseinsicht als grundlegendes Krankheitsverständnis notwendige Voraussetzung, die bei Jugendlichen durch z. B. fehlende Reife eingeschränkt sein kann.

Darüber hinaus werden u. a. Selbststigmatisierung, Hoffnung bzw. Erleichterung durch die Diagnose, Relativierung und Normalisierung der Erkrankung sowie sozialer Rückzug als Konsequenz aus dem eigenen negativen Selbstbild angesprochen und diskutiert. Zudem wird von der Fixierung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen auf ihre eigene Krankheit berichtet, was zur bereits beschriebenen übermäßigen Offenlegung führen kann. Die Fixierung wird ausschließlich in Therapeutendiskussionen, der soziale Rückzug nur in der Diskussion Lehrer-2 thematisiert.

Tabelle 10: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Selbstverständnis als psychisch krank“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Nicht-Wahrhaben-Wollen: Speziell Jgdl. können Schwierigkeiten haben, ihre Erkrankung zu akzeptieren. Die Voraussetzung, dass es überhaupt zum Nicht-Wahrhaben-Wollen kommen kann, ist die Krankheitseinsicht (grundlegendes Krankheitsverständnis), welches bei Jgdl. z. B. durch die fehlende Reife eingeschränkt sein kann. OL kann durch das Nicht-Wahrhaben-Wollen verhindert werden.	„Ich glaube, dass der Jugendliche das selber/ sich selber als krank sieht (..). Ich glaube, das kann er nicht wahrnehmen. Ich glaube, dazu ist er nicht in der Lage. (..) Ich glaube, das ist das, was Sie auch gesagt haben. Er hat einfach noch nicht diese Lebenserfahrung, dass er sagt, ja, ich muss jetzt da professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, ich bin psychisch krank.“ [Lehrer-1]	21
Krankheitsakzeptanz: Bedeutet, zu sich und seiner KH zu stehen. Steht im Gegensatz zu Nicht-Wahrhaben-Wollen der KH. Durch die Akzeptanz werden nächste Schritte wie z. B. OL erleichtert. Krankheitseinsicht ist die Voraussetzung für die Akzeptanz. Krankheitsakzeptanz ist jedoch keine Garantie für OL, da parallele Selbststigmatisierung OL einschränken kann.	„Na ja, also (..) soweit ich weiß ist das ja ein Therapieansatz, dass ich quasi meine Krankheit (.) akzeptiere. Oder wahrnehme, dass es eine gibt (.). Und der nächste Schritt ist (.), ich möchte da dran was ändern oder eben halt nicht. Ich möchte daran arbeiten und ich glaube so funktioniert das ja auch nur, wenn ich jetzt für mich sage, ja, ich gehe das jetzt an (..), ich erkenne, dass ich das habe, dann habe ich den ersten Weg gefunden, um/ dass es besser wird.“ [Lehrer-4]	15
Selbststigmatisierung: Die vorhandenen Stigmata werden internalisiert. Jgdl. sehen sich selbst als verrückt, schämen sich, sind schockiert und haben Selbstzweifel. Das Selbstbewusstsein, eine innere Bedingung, wird eingeschränkt.	„Ich entdecke es schon immer wieder, dass Jugendliche sagen: ‚Oh Gott jetzt bin ich irre. Jetzt habe ich eine Diagnose. Und jetzt werde ich auch wie ein Irrer behandelt.‘ Also solche Bemerkungen fallen schon öfter mal.“ [Therapeuten-2]	13
Hoffnung/Erleichterung durch Diagnose: Die KH hat einen Namen. Der Jgdl. weiß endlich, was los ist und kann seine KH besser verstehen und akzeptieren.	„Dann kann es sehr erleichternd sein, so nach dem Motto: Boah, es ist ja gar nicht normal und mein Grundgefühl war richtig. Gerade bei depressiven Erkrankungen ist das ja häufig so.“ [Therapeuten-1]	11
Relativierung/Normalisierung: Es wird beschrieben, dass erkrankte Jgdl. ihre KH relativieren. Zum einen kann dies im Rahmen des Nicht-Wahrhaben-Wollens stattfinden. Zum anderen ist es möglich, dass Relativierung zur Destigmatisierung verwendet wird, sowohl für die erkrankten Jgdl. selbst, als auch für das Umfeld und die Gesellschaft. Die eigene Krankheitsakzeptanz kann dadurch gefördert werden.	„Aber es kann vielleicht schon auch sein, nein, ich will das gar nicht, ich bin doch eigentlich total normal so (...).“ [Therapeuten-2]	4

Fortsetzung Tabelle 10 auf S. 50

Fortsetzung von Tabelle 10

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Sozialer Rückzug: Dieser kann als Konsequenz aus dem eigenen Selbstverständnis der psychischen Erkrankung folgen, insbesondere beim Nicht-Wahrhaben-Wollen der eigenen KH sowie bei Selbststigmatisierung.	„Ja, aber gerade also wenn man jetzt die Diagnose kriegt (.), dann kann ich mir auch vorstellen, dass die Schülerin sich vielleicht überlegt und sich (.) eben zurückzieht und mit dem Gedanken (..) bin ich jetzt (.) nicht normal (.) und dann eben sich da vielleicht noch mehr hereinsteigert und denkt so: Ich bin jetzt irgendwie (.) anders als die anderen und abnormal, ich bin kein normales Kind, und (.) dann eben dieser Rückzug verstärkt wird.“ [Lehrer-2]	4
Fixierung auf KH: Die eigene KH wird als identitätsstiftend wahrgenommen. Jgdl. mit psychischer KH grenzen sich von anderen ab. Es besteht die Gefahr der übermäßigen OL und es kann zum Nachahmereffekt anderer kommen.	„Oder auch, dass sie sich dann zusammentun und da merkt man ja auch grade zu/ wie bei Essstörungen und dann gegenseitig sich verstärken eher noch. Und wir sind so der Club der Asketen und also, das hat man ja schon auch gerne bei Mädchen.“ [Therapeuten-2]	3

3.2.3 Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen

Diese Hauptkategorie beschreibt Haltungen und Handlungen der Gesellschaft gegenüber Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Die Haltungen und Handlungen beeinflussen dabei auf der gesellschaftlich-sozialen Ebene die Entscheidung des Jugendlichen über Offenlegung oder Geheimhaltung und können in Form von öffentlicher Stigmatisierung und Diskriminierung negative Folgen einer Offenlegung beinhalten. In diesem Zusammenhang werden Unwissenheit, Diskriminierung, negative emotionale Reaktionen, hilfloser Umgang und negative Konnotationen zu Begriffen, die mit psychischen Erkrankungen in Verbindung stehen, erläutert. Die dazu im Kontrast stehenden Subkategorien Verständnis und Hilfsbereitschaft sind wesentlich seltener codiert. Die Unwissenheit über psychische Erkrankungen kann zu Unverständnis und Überforderung führen, welche wiederum Stigmatisierung und Diskriminierung hervorrufen können. Dagegen resultiert aus dem Verständnis psychischer Erkrankungen häufig Hilfsbereitschaft.

Diskriminierung entsteht aus den vorherrschenden negativen Haltungen in der Gesellschaft. Verschiedene Formen der Diskriminierung werden sowohl hypothetisch, jedoch mehrheitlich erfahrungsbasiert wiedergegeben. Zwischen den gesellschaftlichen Ansichten und den Diskriminierungsformen werden Verbindungen hergestellt. So kann Angst Ausgrenzung hervorrufen, Überforderung ebenfalls im Zusammenhang mit Krankheitsignoranz stehen und Mitleid zu einer unangemessenen Schonung führen. Eine Besonderheit stellen die subjektiv negativen Erfahrungen dar, welchen Jugendliche

mit psychischen Erkrankungen durch ihre „selektive Wahrnehmung“ (Lehrer-3) ausgesetzt sind. Durch sie wird die Überforderung des Umfeldes mit Menschen mit psychischen Erkrankungen verstärkt. Stigmatisierung und Diskriminierung sind als Nachteile von Offenlegung formuliert. Daher wird von Therapeuten der Wunsch nach Aufklärung der Gesellschaft genannt.

Nach Meinung der Lehrer und Therapeuten sieht die Gesellschaft als Ursache der psychischen Erkrankungen Jugendlicher insbesondere Eltern und deren Erziehung. Die Subkategorie Ursachenzuschreibung enthält mehrheitlich Codierungen aus der Diskussion Lehrer-1. Alle weiteren Subkategorien dieser Hauptkategorie bestehen überwiegend aus Codierungen von Therapeutendiskussionen. Die beschriebenen negativen Konnotationen hängen stark mit der partiellen Offenlegung zusammen. Durch die Vermeidung von Begriffen, die mit negativen Konnotationen verbunden sind, erzählen Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nur einen Teil ihrer Erkrankung weiter.

Tabelle 11: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, KH=Krankheit, KHen=Krankheiten.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Diskriminierung: Diskriminierung ergibt sich aus negativen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Verschiedene Arten an Diskriminierung werden beschrieben: Unterstellungen wie z. B. Faulheit, Ausgrenzung und Ignoranz, Mobbing, unangemessene Schonung sowie das Schubladendenken, jegliche Handlungen mit der psychischen Erkrankung kurzzuschließen. Auch subjektiv negative Erfahrungen von Personen mit psychischen Erkrankungen werden beschrieben.	„Oder er ist krank und kann einen Tag nicht in die Schule kommen und dann sagen die, der ist ja eh depressiv oder sie reagieren und sagen: Oh, hast du grade wieder eine Krise und der sagt: Ne, ich habe einfach nur Kopfschmerzen.“ [Therapeuten-2] „Es kann ja auch sein, für den Jugendlichen, also für den Betroffenen, dass er (.) Anzeichen wahrnimmt, die gar keine sind, aber weil er denkt, (.) die anderen reagieren so, ist es für ihn schlimm. Also die verhalten sich ganz normal, aber es ist halt irgendwie eine Äußerung dabei, die man so auslegen könnte und genau die nimmt er wahr, weil er weiß, die anderen wissen ja, ich habe irgendein Problem. Dass er sich darauf konzentriert und es dann zu einer //erhöhten//“ B1: „//diese selektive Wahrnehmung//“ B8: „Ja, dass es zu einer erhöhten Belastung führt, weil er nur noch diese Sachen eben hört.“ [Lehrer-3]	36
Keine Aufklärung/Unwissenheit: Die Gesellschaft ist bei psychischen Erkrankungen nicht aufgeklärt. Aus der Unwissenheit folgt die Stigmatisierung.	„Aber da muss man ja dann tatsächlich bei der Gesellschaft ansetzen, weil es einfach ganz viel Unwissenheit ist. Wenn man sich überlegt in der Schule, wenn man sich nicht speziell dafür interessiert (.) hat, geht jeder, egal nach welchem Abschluss, raus und hat überhaupt keine Ahnung.“ [Therapeuten-3]	17

Fortsetzung Tabelle 11 auf S. 52

Fortsetzung von Tabelle 11

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Gesellschaftliche Aufklärungsarbeit gegen Unwissen/Stigma notwendig: Der Wunsch einer aufgeklärteren Gesellschaft wird im Rahmen der Diskussion über Unwissenheit formuliert. Welche Aspekte aufgeklärt werden sollten, werden genauer ausgeführt. Der Nutzen daraus wird beschrieben. Die gesellschaftliche Aufklärungsarbeit hat aber durch das mangelnde „Problembewusstsein" (Therapeuten-1) ihre Grenzen. Speziell Lehrer haben Bedarf an Aufklärung (s. Therapeuten-3).	„Ich glaube, also das ist, hattest du ja auch schon angesprochen, ich denke da ist noch ganz viel Bedarf, auch gesellschaftlicher Aufklärungsarbeit, dass auch so eine psychische Störung vorübergeht. Ich kenne es jetzt von mir selber auch, wenn ich jetzt weiß, der Fußballtrainer, der hatte schon einen Burnout, dann ist das bei mir der Burnout-Fußballtrainer. Ist natürlich die menschliche Natur, dass man so diese Schubladen hat. Das vereinfacht das Denken ja auch. Aber ich glaube, du hattest auch schon die somatischen Erkrankungen im Unterschied dazu angesprochen, letztlich das ist ganz klar: Der Beinbruch ist irgendwann verheilt, mit der Depression letztlich hat das dann halt immer noch so einen Makel." [Therapeuten-2]	16
Negative Konnotation zu Psychiatrie/ Therapie: Beschreibt, dass in der Gesellschaft allein beim Hören von bestimmten psychischen Begriffen Assoziationen bzw. Vorurteile auftreten, welche zur Stigmatisierung führen. Auch betroffene Jgdl. selbst haben solche negativen Konnotationen. Durch neue Medien können sich negative Konnotationen verstärken, z. B. durch die Suche von Begriffen im Internet.	„Genau, da ist ganz viel Nichtwissen oder Teilwissen zum Teil bei den Erkrankungen, aber auch zum Teil Psychiatrie, das wird noch als Irrenhaus erlebt bei Jugendlichen oder bei den Erwachsenen, wo ein ganz anderes Bild ist, mit Zwangsjacke und gefängnismäßig ja. Also kriegt man oftmals so Bilder mit irgendwie." [Therapeuten-1]	15
Ursachenzuschreibung: Ursachen für die psychische KH eines Jgdl. werden häufig nicht im Jgdl. mit psychischer KH selbst gesehen. Insbesondere Eltern werden als Ursache genannt. Zudem sei der gesellschaftliche Druck ein Grund für psychische KHen bei Jgdl.	„Das denke ich auch, dass das oft auf die Eltern vielleicht dann verlagert wird. Die haben etwas falsch gemacht in der Erziehung oder eine/ wie kann man das Kind so (..) ja." [Therapeuten-1]	15
Unverständnis für KH: Es wird berichtet, dass Teile der Gesellschaft die psychischen KHen nicht verstehen und akzeptieren. Stigmatisierung bis hin zur Diskriminierung kann hieraus resultieren.	„Aber ich denke es/ da gibt es auch noch die große (.)/ das große Feld dieser überhaupt der Krankheitsakzeptanz, weil vieles wird ja gar nicht als Krankheit akzeptiert. Weil der benimmt sich nur nicht, der braucht nur mal Respektschelle, der braucht nur mal einen Klaps irgendwohin, der/sie muss sich nur mal anstrengen." [Therapeuten-1]	14
Negative emotionale Reaktionen: Emotionen in der Gesellschaft als Reaktion auf die existenten Vorurteile werden beschrieben. Hervorzuheben sind die Angst und das Mitleid, aber auch Scham spielt eine Rolle.	„Ja, das Thema Angst hatte ich auch vorhin/ war mein erster Gedanke, so im Sinne von (.): Oh, das Kind ist anders von dem und dem oder da ist einer in der Schule und was hat das für Auswirkungen vielleicht auf meine Kinder, muss ich die jetzt davon fernhalten? Solche Dinge." [Therapeuten-1]	11
Hilflosigkeit/Überforderung: Menschen reagieren hilflos und überfordert, wenn sie mit psychischen Erkrankungen in Kontakt kommen.	„Also ich finde, es ist sehr individuell, wie damit umgegangen wird und ich finde, dass bei vielen Menschen eine unglaubliche Hilflosigkeit deutlich wird. Und jeder kompensiert es dann auf seine Weise." [Therapeuten-2]	11

Fortsetzung Tabelle 11 auf S. 53

Fortsetzung von Tabelle 11

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Hilfsbereitschaft: Generelle Hilfsbereitschaft von Menschen gegenüber Jgdl. mit psychischen KHen wird berichtet. Diese kann auch übermäßig stattfinden.	„Manche allerdings haben es auch wieder, ich fand es ein bisschen hobbytherapeutisch, überbewertet und haben dann eigene Erklärungsversuche gestartet und sich da dann sehr engagiert." [Therapeuten-2]	7
Verständnis für KH: Im Gegensatz zum Unverständnis wird erläutert, dass speziell im Jugendalter mehr Verständnis für psychische Erkrankungen vorhanden ist.	„Also ich glaube, dass bei Jugendlichen, die eine psychische Erkrankung haben, dass man da (.)/ dass andere Menschen da ein bisschen mehr Verständnis für die haben, wie zum Vergleich zu Erwachsenen." [Therapeuten-2]	4

3.2.4 Ratschläge zur Entscheidungsfindung

Für den Umgang mit der Situation der Entscheidungsfindung, ob Jugendliche ihre psychische Erkrankung offenbaren sollen oder nicht, werden von Lehrern und Therapeuten konkrete Ratschläge gegeben. Diese sind in dieser Hauptkategorie codiert. Im Vordergrund steht die Kontaktaufnahme mit anderen Personen. Dies kann sowohl mit Vertrauenspersonen als auch mit weiteren Personen mit psychischen Erkrankungen stattfinden. Mit 18 Zitaten die am häufigsten genannte und die durch verbale Zustimmung geprägte Subkategorie ist das Abwägen von Konsequenzen mit Vertrauenspersonen. Als zweithäufigste Kategorie ist der Austausch mit weiteren Menschen mit psychischen Erkrankungen codiert, damit Jugendliche von deren Erfahrungswerten profitieren können. Beispielhaft werden in diesem Zusammenhang moderierte Gruppendiskussionen genannt. Die Konzentration auf die eigenen Stärken und Ressourcen besteht dagegen ausschließlich aus Codierungen von Fokusgruppen der Therapeuten. Unter anderem ist das Selbstbewusstsein eine Ressource, welches parallel als innere Bedingung für Offenlegung formuliert wird. Die Offenlegung dosiert anzugehen, wird nur von Lehrern angesprochen.

Tabelle 12: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Ratschläge zur Entscheidungsfindung“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Besprechung der Konsequenzen mit Vertrauenspersonen: Es wird der Ratschlag geäußert, Konsequenzen der OL genau zu erörtern, vor allem durch Unterstützung weiterer Personen.	„Ich denke/ also wenn ein Schüler sich das selbst fragt, dann fragt er vielleicht eben noch einen Vertrauten, (..) und die können […] das gemeinsam dann vielleicht, ja, also abwägen. Diese Argumente, die wir hier jetzt zusammengetragen haben, was für Vorteile hat das, was für Nachteile hat das?“ [Lehrer-3]	18
Austausch mit anderen Betroffenen: Andere Betroffene sollen zur Entscheidungsfindung miteinbezogen werden, welche ähnliche Erfahrungen machen oder gemacht haben. Es wird erwähnt, moderierte Gruppentreffen mit Betroffenen durchzuführen.	„Und es hätte halt so diese *Credibility* sozusagen, wo eben Leute dann was dazu sagen, die halt auch mit einer gewissen Autorität da sprechen können, weil sie es halt selber erlebt haben. Ich meine, wenn die Mutter oder die Lehrerin oder wer auch immer da/ theoretisch ist das ja auch/ also ich glaube, das erhöht schon nochmal so die Bedeutsamkeit, wenn jemand spricht (.), der sich auskennt.“ [Lehrer-3]	11
Konzentration auf die Ressourcen: Wichtig ist, dass der Jgdl., auch durch Unterstützung anderer Personen, vor seiner Entscheidung sich seiner Ressourcen bewusst wird, um das eigene Selbstbewusstsein zu stärken. Die KH ist nur „ein Miniteil in einem Selbstkonzept“ (Therapeuten-2).	„Ja oder hm. Oder auch, dass man eben auch sieht: es ist vielleicht ein Teil der Person die erkrankt ist. Aber es gibt eben auch noch gesunde Anteile. Und die noch weiter zu sehen, damit kann auch noch eine gewisse Integrität noch bleiben.“ [Therapeuten-2]	10
Vorbereiten der eigenen Geschichte: Bevor die Entscheidung zugunsten von OL fällt, sollte die eigene Geschichte vorbereitet werden. Auch wird die Unterstützung durch Üben mit den Therapeuten hierzu genannt.	„Und da hat diese Angst vor der Angst in dem Moment/ war dann so groß, dass es alles wie ein riesiger Berg aussah und ich habe dann mit ihr in Rollenspielen viele Varianten durchgespielt und dass sie selber so ein Gefühl dafür kriegt, wie will ich es formulieren, wie will ich es sagen, so dass es für mich stimmig ist.“ [Therapeuten-2]	7
Offenlegung dosiert angehen: Dosiertes Ausprobieren der OL wird empfohlen. Das Ausprobieren findet in der Regel mit Vertrauenspersonen statt. Auch durch neue Medien kann die dosierte OL realisiert werden.	„Ich will das so (.) ein bisschen dosiert vorfinden. Vielleicht gibt es ja eine Selbsthilfegruppe oder so eine Gruppe von anderen psychisch Kranken, wo die drin sind, wo man es dann/ also ich würde/ so phasenweise vorgehen, bevor ich die ganze Klasse informiere, würde ich das ‚antesten‘ in anderen Gruppen.“ [Lehrer-2]	6

3.2.5 Rolle der Eltern

Lehrer und Therapeuten gehen intensiv auf die Rolle der Eltern in der Frage nach Offenlegung oder Geheimhaltung ein. Daher wurde diese Hauptkategorie induktiv gebildet. Die Subkategorien beschreiben elternbezogene Aspekte, die Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in ihrer Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung berücksichtigen sollen.

Übergeordnet sind Eltern für Jugendliche, welche Offenlegung favorisieren, eher Hindernis

als Hilfe. In der Regel wissen Eltern über die psychische Diagnose ihrer Kinder Bescheid, was die Rolle an sich bei der Frage nach Offenlegung oder Geheimhaltung besonders macht. „Diskrepanzen zwischen Eltern und ihren Kindern“ ist die am häufigsten genannte Subkategorie mit 15 Zitaten und zusätzlichen verbalen Zustimmungen in den Diskussionen. Zudem wird in den Diskussionsrunden erläutert, dass Eltern – auch gegen den Willen ihrer Kinder – die psychische Erkrankung ihrer Kinder geheim halten. Die unterschiedlichen Meinungen zwischen Eltern und ihren Kindern mit psychischen Erkrankungen schränken die Autonomie der Jugendlichen in ihrer Entscheidung über Offenlegung ein. Im Gegensatz dazu können Jugendliche mit psychischen Erkrankungen von eigenen Erfahrungen ihrer Eltern profitieren. Die Schuldzuschreibung auf die Eltern, der familiäre Einfluss auf die Jugendlichen sowie das Nicht-Wahrhaben-Wollen ausgehend von den Eltern sind darüber hinaus wichtige Themen dieser Hauptkategorie.

Tabelle 13: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Rolle der Eltern“. *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, GH=Geheimhaltung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Diskrepanzen zwischen Eltern und ihren Kindern: Eltern und ihre Kinder können in der Frage nach OL oder GH Meinungsverschiedenheiten aufweisen. Es ist möglich, dass Eltern offenlegen, obwohl Kinder das Gegenteil bevorzugen.	„Ja, das erlebt man auch häufig, dass Eltern da übergriffig sind und da die ganze Verwandtschaft informieren. Dabei will der Jugendliche das gar nicht und da ist tatsächlich unter den Beratern unser Ziel auch immer, dass es um den Jugendlichen geht, dass er bestimmt, welche Informationen wer bekommt. Also ja, finde ich auch wichtig. Ist nochmal was Besonderes jetzt im jugendlichen Bereich.“ [Therapeuten-2]	15
Geheimhaltung von Eltern ausgehend: Jgdl. können diese GH auch als stigmatisierend erleben (vgl. Therapeuten-1). Gründe für die GH werden genannt (Scham, Nicht-Wahrhaben-Wollen).	„Einige Eltern legen ganz großen Wert, dass in der Überschrift dieses Papiers, dieses ganzen Bestätigungspapiers nicht Kinder- und Jugendpsychiatrie steht, sondern einfach Kinderklinik, ja? Damit das (.) ja niemand in Erfahrung bringt, dass das Kind sich tatsächlich in psychiatrischer Behandlung befindet und so weiter.“ [Therapeuten-3]	12
Psychische KH familiär beeinflusst: Psychische Erkrankungen können familiär mitbedingt sein. Es ist möglich, dass das Elternhaus nicht existiert bzw. sich nicht kümmert. Die Unterstützung und Hilfe von den Eltern fehlt bei der Entscheidung des Jgdl. über OL und GH. Zudem wird berichtet, dass Kinder häufig unter den eigenen Problemen der Eltern leiden.	„Weil/ also ich glaube doch ganz ehrlich, ich würde das auch erstmal nicht in meine Familie reintragen wollen.“ B8: „Ja gut. Wenn das Problem aus der Familie kommt.“ [Lehrer-2] „Aber die Hauptprobleme sehe ich schon oftmals, dass die Mutter gar nicht da ist und der Vater sich nicht kümmert oder ähnlich oder anders rum. (..) Wobei man ja dann schon bei den Ursachen der ganzen Erkrankung sein könnte.“ [Lehrer-4]	8

Fortsetzung Tabelle 13 auf S. 56

Fortsetzung von Tabelle 13

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Eltern wollen die psychische KH ihres Kindes nicht wahrhaben	„Darum glaube ich, dass viele Eltern sagen: ‚Nein, da gehen wir lieber nicht hin. Das wollen wir lieber gar nicht wissen. Das passt schon alles.' Lieber wird ein bisschen/ macht man sich ein bisschen Gedanken, ist halt Pubertät, aber sonst nichts." [Lehrer-1]	7
Eltern tragen Schuld an psychischer KH ihres Kindes: Die Ursache der psychischen Erkrankung kann von der Gesellschaft in den Eltern gesehen werden. Es besteht die Möglichkeit, dass dies ohne ersichtlichen Grund erfolgt und zu einer Belastung für Eltern wird.	„Das denke ich auch, dass das oft auf die Eltern vielleicht dann verlagert wird. Die haben etwas falsch gemacht in der Erziehung oder eine/ wie kann man das Kind so/"	4
Beeinflussung der Entscheidung durch eigene Erfahrungen: Die freie Entscheidung der Jgdl. wird durch eigene Erfahrungen der Eltern eingeschränkt, kann aber auch positiv beeinflusst werden.	„Die Frage ist, welche Biografie oder welche Dynamik haben die Eltern mit ihrer Erkrankung erlebt? Wie stehen die dazu? Welche Haltung haben die? Also wie kann ein Kind in Würde zu sich stehen, wenn die Eltern aber eine Tradition haben, ganz anders mit ihrer Erkrankung umzugehen?" [Therapeuten-3]	4
Eltern haben Hauptverantwortung und Entscheidungsgewalt: Lehrer berichten, dass Eltern die Hauptverantwortung für ihre Kinder mit psychischen Erkrankungen haben. Auf der einen Seite ziehen sie mit diesem Argument für sich selbst eine Grenze, wie weit sie bei Jgdl. mit psychischen Erkrankungen gehen können. Auf der anderen Seite beklagen sie eine Machtlosigkeit bei verantwortungslosen Eltern.	„Und dann (.) müssen wir auch so weit sein und sagen: ok. Wir haben das unsere getan, aber wir können jetzt nicht das Kind an der Hand nehmen und mit dem zum Arzt gehen. (..) Denn die erzieherische Verantwortung haben immer noch die Eltern. Wir können (.) Hilfestellung geben, aber ich meine von daher muss man auch/ das, was Schule leisten kann, glaube ich in einem (.) realistischen Rahmen sehen." [Lehrer-3]	4
Scham über psychische Krankheit: Eltern bzw. die Familie schämen sich für die Erkrankung. Die Scham kann zur GH führen.	„Aber wir erleben es hier an der Klinik schon auch, ich denke jetzt auch in diesem Fall an die Kinderstation oder auch Tagesklinik, dass dann tatsächlich Familien aus Scham sozusagen vor der psychischen Erkrankung des Kindes eine quasi auch Wohnort entfernte Behandlungsstätte, sprich jetzt in [Stadtname], aufsuchen, nur damit Gleichaltrige oder die Schule das sozusagen auch nicht mitbekommen." [Therapeuten-2]	2
Eltern sehen Krankheitsgewinn für Kinder: Lehrer berichten, dass Eltern bewusst Vorteile aus der psychischen KH ihres Kindes ziehen wollen (vor allem in der Schule).	„Wenn sie dann wollen, dass ihr Kind irgendwelche Nachteilsausgleiche bekommt oder irgendwelche Noten ausgespart werden, dann rennen die sofort zum Arzt und dann haben die sofort eine Diagnose in der Hand." [Lehrer-1]	2

3.2.6 Rolle der Therapeuten

Therapeuten äußern sich in den Fokusgruppen über ihre eigene Rolle in der Situation der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher. Damit bezieht sich diese Hauptkategorie auf die zweite Fragestellung dieser Arbeit. Sie besteht ausschließlich aus

Aussagen von Therapeutendiskussionen.

Die folgende Tabelle zeigt genauer die verschiedenen Aspekte der Rolle und damit der Bedeutung von Therapeuten auf. Überwiegend werden Aufgaben genannt, die ein Therapeut bei der Entscheidung des Jugendlichen über Offenlegung oder Geheimhaltung hat. Insgesamt nehmen Therapeuten eine beratende Funktion für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen bei der Entscheidungsfindung ein. Nach der Entscheidung bereiten sie den Jugendlichen auf die mögliche Offenlegung vor und befinden sich an der Schnittstelle von der Therapie in die „Außenwelt zurück", was die Position der Therapeuten besonders und wichtig für Jugendliche macht. Auch Therapeuten-Eltern-Konflikte werden thematisiert.

Tabelle 14: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Rolle der Therapeuten". *Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, GH=Geheimhaltung, KH=Krankheit.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Umfeld einbinden: Therapeuten sollen das Umfeld in die Therapie miteinbeziehen.	„Also wir haben manchmal tatsächlich auch die Arbeitgeber eingeladen zum Gespräch, um das zu unterstützen oder den Lehrer dazu eingeladen, um zu schauen." [Therapeuten-3]	13
Besprechung der Konsequenzen von OL: Analog zur HK „Ratschläge zur Entscheidungsfindung" sehen Therapeuten es als ihre Aufgabe, den Jugendlichen bei der Entscheidung über OL oder GH zu beraten.	„Also es gehört ganz klar zur Therapie dazu. Zumindest zum letzten Drittel der Therapie. Wie gehst du damit um? Aber eigentlich im Prinzip auch schon am Anfang, was sagst du deinen Großeltern, wo du jetzt bist oder lässt du dich von Freunden hier auf der Station besuchen? Das ist tatsächlich was, was zur Therapie gehört und wo die Unterstützung brauchen und man kann das in unterschiedlicher Form machen. Man kann sagen, stell dir vor, du würdest das sagen, wie würde der und der darauf reagieren? Stell dir vor, du würdest es nicht sagen, welche Probleme könnten kommen, welche Fragen könnten kommen? Was sagst du? Und was möchtest du nicht sagen?" [Therapeuten-2]	12
Konzentration auf die Ressourcen: Die Ressourcen des Erkrankten sollen gestärkt werden mithilfe von Therapeuten. Gleichnamige Kategorie unter HK „Ratschläge zur Entscheidungsfindung".	„Aber ich denke, aber ganz wichtig ist eben die Unterstützung/ also die Arbeit am Selbstwert. Und am Selbstbewusstsein. Also ich denke, dass das eben, was wir hier auch immer unterstützen und ressourcenorientiert." [Therapeuten-1]	10
Vorbereiten der eigenen Geschichte: Die eigene Geschichte wird mithilfe der Therapeuten vorbereitet und geübt. Gleichnamige Kategorie unter HK „Ratschläge zur Entscheidungsfindung" vorhanden.	„Wir haben geübt, weil das jetzt als einziges möglich war, mit ihm jeden Schritt üben, damit er überhaupt morgen, heute, hoffe ich, dass er zu seinem Arbeitsplatz gegangen ist." [Therapeuten-3]	5

Fortsetzung Tabelle 14 auf S. 58

Fortsetzung von Tabelle 14

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Psychoedukation: Jgdl. sollten über ihre Diagnose informiert und aufgeklärt sein. Dies unterstützt das Krankheitsverständnis und die Krankheitsakzeptanz bei Jgdl. mit psychischer KH, was wiederum OL zu erleichtern scheint.	„Und da erlebe ich die Jugendlichen schon auch aufgeschlossen. Also im Hinblick auf: ‚Jetzt diskutieren wir mal, was hast denn du überhaupt? Wie nennen wir das jetzt? Was für eine Diagnose ist denn das und würdest du das/ würdest du dir die Diagnose auch geben oder würdest du dir was ganz anderes geben oder/.' Also da erlebe ich die offen." [Therapeuten-3]	5
Stigmatisierung durch Therapeuten: Auch Therapeuten haben Vorurteile.	„Also ich meine, wenn ich mal bei uns selber schaue, ja, da kommt ein Jugendlicher angemeldet mit einer bestimmten Diagnose (.). Da entstehen ja sofort Ideen, Bilder (.)." [Therapeuten-1]	4
Von Sicht des Jgdl. ausgehen: Der Jgdl. weiß selbst am besten darüber Bescheid, welche Konsequenzen sich aus der OL ergeben könnten. Therapeuten sollten immer in der Frage, wie man mit seiner KH umgeht, vom Jgdl. ausgehen.	„Und dass man das/ dass man den Jugendlichen wirklich ernst nimmt, einfach in das Boot holt, also tatsächlich von ihm ausgeht und ihm dann nicht irgendeine (.) Meinung, die ich vielleicht über den Jugendlichen habe, oder die wir im Team über den Jugendlichen haben (.) versuchen, ihm (.) angedeihen zu lassen, sondern ihn tatsächlich da ernst zu nehmen und abzuholen, wo er wirklich steht (.) und das, was dann möglich erscheint, (.) versuchen mit ihm/ also ihn in den Mittelpunkt tatsächlich zu stellen (..)." [Therapeuten-8]	3
Ansprechpartner für Jgdl. sein: Therapeuten sollen für Jgdl. Ansprechpartner sein und sind möglicherweise sogar die ersten Ansprechpartner.	„Dann ist das auf jeden Fall leichter und vielleicht sind wir da in dem Beispiel die ersten, ich sag mal so, die einfach Jugendliche unterstützen ihn einfach, ihn vorbereiten für das da, damit, dass die nächsten Hürden und so weiter, zu sich stehen, sich akzeptieren und mit den ganzen Schwächen und Stärken besser funktioniert. Deswegen dann (..)." [Therapeuten-3]	3
Jgdl. den Druck nehmen: Eine Aufgabe als Therapeut ist es, bei der OL den Druck, welcher auf den Jgdl. lastet, zu minimieren.	„Und vor allen Dingen auch immer so dieses Versuchen, den Druck raus zu nehmen, dass man sich immer die Zeit lassen darf immer wieder neu zu entscheiden in verschiedenen Situationen, wie gehe ich jetzt damit um." [Therapeuten-3]	2
Diskrepanzen zwischen Therapeuten und Eltern: Es werden Konflikte zwischen Therapeuten und Eltern beschrieben, welche sich auf die Entscheidung über OL oder GH beziehen.	„Weil die Eltern überhaupt kein Verständnis für das Ganze haben und die haben jetzt das ganze initiiert, dass es jetzt/ wir sind nur die Folgeeinrichtung, dass gerade wir jetzt ihre Tochter jetzt so überzeugen, dass sie das jetzt kapiert endlich mal, das ist alles falsch, was sie denkt." [Therapeuten-3]	2

3.2.7 Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer

Lehrer berichten ebenfalls über Aspekte zu ihrer eigenen Rolle bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen. Zudem wird von Besonderheiten des Schulsettings im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung berichtet. Im Unterschied zur Rolle der Therapeuten (HK6) werden mehr Aussagen zur eigenen Position und zur Bedeutung der Schule gemacht, was die Anzahl der Zitate unterstreicht (165 bei HK7, 74 bei HK6).

Verschiedene besondere Probleme in der Schule bezüglich Offenlegung und Geheimhaltung werden in den Fokusgruppen der Lehrer aufgeworfen. Die speziellen Aspekte in der Schule, nach welchen in der zweiten Fragestellung dieser Arbeit gefragt ist, entsprechen damit überwiegend speziellen Problemen, welche in Tabelle 15 näher beschrieben werden. Für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen ist es wichtig, diese speziellen Aspekte bei ihrer Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung in der Schule zu berücksichtigen. Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nehmen in der Schule eine Sonderrolle ein, wobei für Mitschüler und Lehrer durch bestimmte Rahmenbedingungen im Schulalltag es nicht einfach ist, dieser Sonderrolle gerecht zu werden. Die Sonderrolle kann von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen auch als Krankheitsgewinn gesehen werden, so dass es in der Schule zur übermäßigen Offenlegung kommen kann. Insgesamt werden Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in der Schule zur Offenlegung im Sinne einer Rechtfertigung gedrängt, wenn sie die Sonderrolle einnehmen. Auch die Gefahr eines Nachahmereffektes der Mitschüler aufgrund der Sonderbehandlung von Schülern mit psychischen Erkrankungen existiert. Durch die Thematisierung innerhalb der Klasse kann diesem Effekt entgegengewirkt werden, was jedoch nur selten gemacht wird. Zudem wird beklagt, dass zu wenig professionelle Unterstützung in Schulen vorherrscht und dass die angeforderte Hilfe von außen nicht rechtzeitig kommt.

Tabelle 15: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Probleme im Schulsetting“. *Die Kategorie „Probleme im Schulsetting“ ist eine Subkategorie der HK „Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer“. Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Sonderrolle in der Schule: Personen mit psychischen Erkrankungen benötigen in der Schule Sonderregeln und nehmen dadurch eine Sonderrolle ein. Es besteht die Gefahr, dass es dadurch in der Klasse Nachahmer gibt. Mitschüler können mit oder ohne Verständnis reagieren. Lehrer und die Schule als Institution werden zur Rücksichtnahme gedrängt. Durch die Sonderrolle werden Jgdl. eher zur OL gedrängt.	„Oder, dass man auch angepasster reagieren kann. Gerade weil es zum Beispiel oft Fehlzeiten sind, oder zu spät kommen, oder (.) irgendeine Sonderrolle einnehmen.“ [Lehrer-4]	31

Fortsetzung Tabelle 15 auf S. 60

Fortsetzung von Tabelle 15

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Grenzen des Schulalltags: Der Schulalltag hat einen bestimmten Rahmen. Beispielsweise ist der Ablauf durch feste Zeiten geregelt. Der Leistungsgedanke ist sehr wichtig in der Schule. Diesen Grenzen sind Erkrankte mit ihrer OL ausgesetzt. Die durch die Sonderrolle benötigte Rücksicht von Lehrern, Mitschülern und Schule wird durch die Grenzen des Schulalltags eingeschränkt.	„Es ist auch, glaube ich, allein die/ eine Gesprächssituation herbeizuführen, ist halt bei unseren Unterrichtstakten ganz schwierig. Du bist ja nie allein. Wie soll jetzt ein Kind auf dich zugehen und sagen: ‚Ich habe da (.) ein Problem'. Also die Situation, wo sie mit uns sprechen können unter vier Augen (.), die müssen sie erst selber herbeiführen (.) im Grunde." [Lehrer-2]	26
Gefahren für Mitschüler: Häufig kommen Mitschüler nach erfolgter OL an ihre Grenzen und sind überfordert, was negative Konsequenzen haben kann. Jedoch wird auch berichtet, dass Mitschüler nach OL mit Rücksicht reagieren und Unterstützung leisten können.	„Wir haben auch einen Fall, wo eben ein Mädchen sich wirklich dann an eine andere immer (.) angehängt hat und immer Trost und Vertrauen und so weiter gesucht hat und diejenige Person hat dann nach einem Jahr gesagt: Nein bitte nicht mehr, möglichst jetzt Trennung, weil ich (.) ertrage das nicht/ mir wird/ das frisst mich dann wieder auf (.), ja?" [Lehrer-2]	13
Zu wenige professionelle Unterstützung durch Spezialisten: Lehrer beklagen zu wenig professionelle Unterstützung in den Schulen. Die Fürsorge mit Spezialisten für Jgdl. mit psychischen Erkrankungen sollte in der Schule intensiviert werden. Auch die Koordination zwischen Psychiatrie und Schule sollte verbessert werden.	„Und wir hätten lieber noch mehr Fachpersonal hier. Wir haben einen tollen Sozialpädagogen hier, der ist aber viel zu wenig. Der ist überfordert, der ist überlastet, der rennt von der Grundschule da rüber. Der freut sich jetzt schon auf die 150 Asylanten, die kommen und dann lassen sie ihn vollkommen allein." [Lehrer-1]	12
Nur selten Thematisierung psychischer Erkrankungen: Es wird berichtet, dass psychische Erkrankungen im Unterricht selten thematisiert werden. Die Thematisierung beschreibt die Aufklärung der Schüler über psychische Erkrankungen. Oft findet die Thematisierung erst dann statt, wenn konkrete Fälle vorhanden sind. Inwiefern die Thematisierung stattfindet, ist stark von der Schule abhängig. Durch die Thematisierung könnten Schüler auf das Thema sensibilisiert werden.	„Also, wir haben hier bei uns an der Schule auch schon Projekte gemacht mit Menschen mit Behinderung. Also, man kann sie schon sensibilisieren dafür. Ein Kollege hat das gemacht im Bereich Körperbehinderte. Die waren unheimlich schnell sensibilisiert dafür. Und das könnte ich mir auch vorstellen, wenn man wirklich mit der Klasse drüber spricht. Ihnen das bewusst macht: ‚Der kann ja nichts dafür'. Dass sie dann auch sensibel dafür werden." [Lehrer-1]	8
Hilfe von außen dauert zu lange: Dadurch kann sich Krankheit verschlimmern und Vorfälle in der Schule können auftreten. Durch Etikettierung existiert bereits die Abstempelung der Person mit psychischer Erkrankung durch die Mitschüler. Das Etikett lässt sich sogar nach der Hilfe von außen nicht mehr vollständig entfernen.	„Aber das sind ja wirklich die Ausnahmefälle oder das dauert sehr, sehr lange in unserem System, bis dann jemand von außen kommt. Also bis wir auch Kontakt kriegen nach außen (.), die Erlaubnis, mit jemand anders zu sprechen. Dann ist schon ganz, ganz viel damals ist ja auch wieder ganz viel passiert." [Lehrer-2]	3

Die Rolle der Lehrer bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher unterscheidet sich grundlegend von der Rolle der Therapeuten. Zwar ist der Wille, Jugendliche bei ihrer Entscheidung zu unterstützen, da. Jedoch wird die Unterstützung durch verschiedene Konflikte eingeschränkt. So fühlen sich Lehrer im Umgang mit Schülern mit psychischen Erkrankungen überfordert, auch bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung in der Schule. Das Problem der seltenen Thematisierung von psychischen Erkrankungen im Unterricht (s. Tabelle 15) wird dadurch zusätzlich erschwert, da Lehrer nur dann das Thema unterrichten können, wenn sie sich selbst in der Thematik sicher fühlen. Als ein weiterer Konflikt wissen Mitschüler oftmals vor den Lehrern Bescheid, so dass Lehrer Schüler bei der Entscheidungsfindung – im Gegensatz zu den Therapeuten – seltener beraten und damit unterstützen können. Zudem berichten Lehrer, dass sie über die psychische Erkrankung ihres Schülers nur selten direkt durch die erkrankten Jugendlichen informiert werden, was die Unsicherheit im Umgang verstärkt. Es sind eher die Mitschüler, Kollegen oder Eltern, welche die Informationen weitergeben. Darüber hinaus wird eine mögliche Hilfe der Lehrer für Jugendliche in ihrer Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung durch die Eltern und ihrer eigenen Stigmatisierung eingeschränkt.

Auch Vorteile der Lehrer durch die Offenlegung sind ein wichtiger Teil ihrer Rolle. Legt ein Schüler nur dem Lehrer in der Schule offen, da er vor der Klasse die psychische Erkrankung geheim halten möchte, kommt nicht nur der Schüler, sondern auch der Lehrer selbst in die Position, in der er die Sonderbehandlung rechtfertigen muss. Hierfür wird die Offenlegung des psychischen Problems durch den Schüler als Lösung formuliert. Ansonsten droht dem Lehrer, seine eigene Stellung vor der Klasse zu verlieren. Somit hat der Lehrer bei der Entscheidung des Schülers mit psychischer Erkrankung eher das Interesse der Offenlegung, um diesen Konflikt zu vermeiden.

Tabelle 16: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Rolle der Lehrer“. *Die Kategorie „Rolle der Lehrer“ ist eine Subkategorie der HK „Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer.“ Illustrierende Beispiele aus dem Textmaterial verdeutlichen die Kategorien. Die Zitate geben die Anzahl der codierten Textstellen an. Untersuchung zu Offenlegung vs. Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. HK=Hauptkategorie, Jgdl.=Jugendliche, OL=Offenlegung, KH=Krankheit, KHen=Krankheiten.*

Kategorie und Erläuterung	Illustrierende Beispiele	Zitate
Informationsvermittlung an Lehrer: Informationen über psychische KHen direkt von den betroffenen Jgdl. sind selten. Eher werden sie durch Eltern, Mitschülern oder Kollegen informiert.	„Dass da was ist, und dann sagt man, das wusste ich ja gar nicht, habe die ein Jahr unterrichtet und habe nichts (.) gewusst, nichts bemerkt. Aber so direkt, dass Schüler auf (.) uns zukommen und drüber sprechen, das ist eher die Ausnahme glaube ich.“ [Lehrer-2]	18
Unwissenheit und Unsicherheit der Lehrer im Umgang: Lehrer wissen häufig nicht, wie sie auf Schüler mit psychischen Erkrankungen reagieren sollen. Sie fühlen sich überfordert.	„Ja, du kannst wahrnehmen, wir können helfen, aber wir können wirklich auch in Gottes Namen in die falsche Richtung lenken. Das heißt, wir sind halt professionell dazu ja auch da nicht ausgebildet. Nicht, dass wir nicht wollen. Wir können einfach nicht.“ [Lehrer-2]	14
Vorteile Offenlegung für Lehrer: Nach OL sind Rechtfertigung vor anderen (insbesondere den Mitschülern), rücksichtsvoller Umgang und angepasste Reaktionen des Lehrers selbst möglich.	„Und natürlich auch Lehrer, die danach entsprechend bestimmt vielleicht dann auch ja, durchaus rücksichtsvoller sind.“ [Lehrer-4]	12
Späte Information: Lehrer werden tendenziell erst spät informiert.	„Und das passiert einfach und dann werden die Schüler irgendwie aufmerksam und sagen etwas (..). Aber die kommen dann auch erst später zum Lehrer eigentlich. Die gehen auch nicht gleich zum Lehrer, sondern die gucken erstmal selber, was da los ist (.), ja.“ [Lehrer-3]	6
Rolle Lehrer vs. Eltern: Lehrer beschreiben sich zum Teil als wichtiger für die Jgdl. als die Eltern. Jedoch liegt trotzdem die Hauptverantwortung bei den Eltern.	„Ich denke halt nur, dass der Lehrer/ also dass viele Eltern einfach nicht mehr zuhause sind, so wie es früher mal war und dass der Lehrer oder der Klassenlehrer oder auch der Kurslehrer die Schüler zum Teil am öftesten sieht überhaupt von allen.“ [Lehrer-3]	4
Stigmatisierung durch Lehrer: Erfahrungen werden berichtet, dass Lehrer Schüler mit psychischen Erkrankungen stigmatisieren und beispielsweise als „faul“ diskriminieren. Dies geschieht jedoch oft, bevor die Lehrer über die KH des Jgdl. informiert sind.	„Wobei, wie wir beide wissen, es manchmal nicht ganz einfach ist, das richtige Verhalten von dem Kollegen dann, das man erwartet, dann auch zu bekommen. Weil die Abstempelung ist schon leider manchmal auch recht unpädagogisch.“ [Lehrer-4]	3

3.3 Zusammenhang zwischen der Entscheidungsfindung und den Hauptkategorien

In der Darstellung der einzelnen Kategorien werden die Verbindungen zwischen Offenlegung und Geheimhaltung der psychischen Erkrankung mit den Hauptkategorien deutlich. Im folgenden Schaubild werden die Zusammenhänge konzeptualisiert und übersichtlich zusammengefasst.

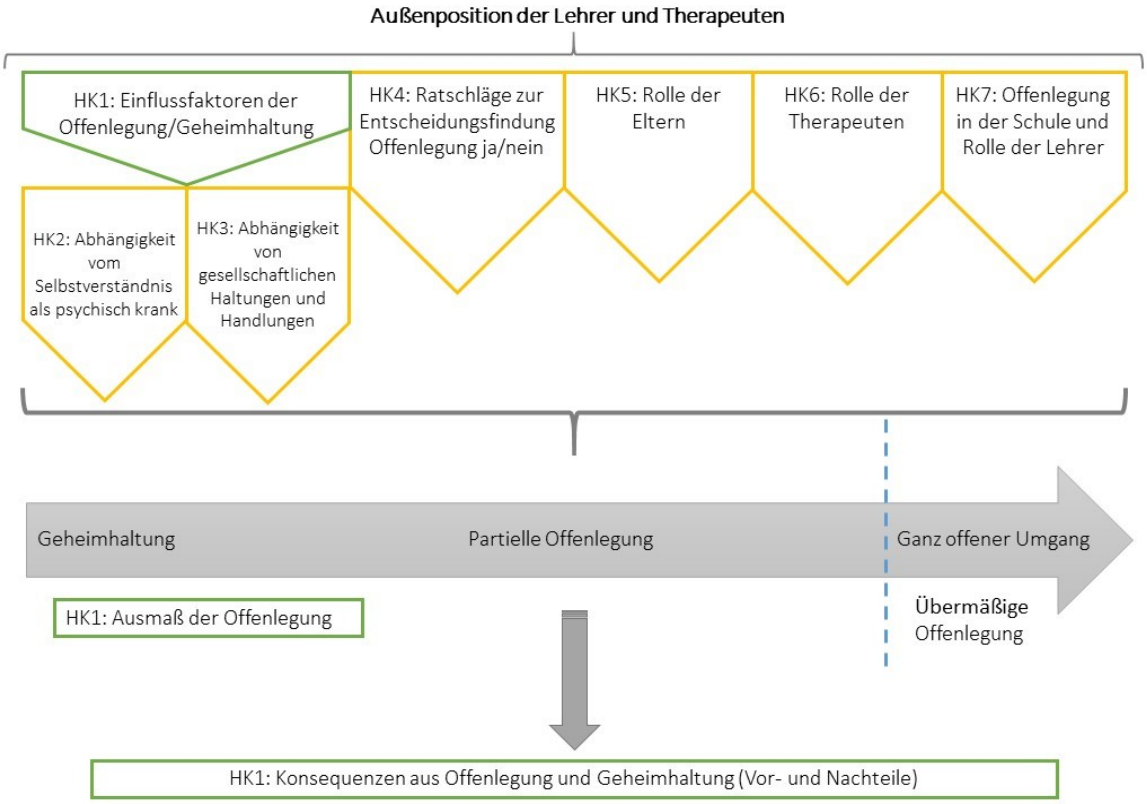

Abbildung 10: Konzeptualisierung des Zusammenhangs von der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung und den Hauptkategorien. *Die Entscheidungsfindung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen wurde in einer qualitativen Studie im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015 untersucht. Hierzu wurden Lehrer und Therapeuten befragt. Die Farbe Grün weist auf HK1 hin, während die Farbe Gelb alle weiteren Hauptkategorien kennzeichnet. HK=Hauptkategorie.*

Offenlegung wird als Kontinuum dargestellt. Dabei macht die partielle Offenlegung das Kontinuum aus, da sie aus vielen verschiedenen Varianten der Offenlegung besteht. Am Beginn des Pfeils steht die Geheimhaltung. Am Ende wird die partielle Offenlegung zum ganz offenen Umgang, die Extremvariante der Offenlegung. Die gestrichelte Linie ist als Grenze dargestellt, ab welcher aus subjektiver Sicht von außen die Offenlegung als überzogen wahrgenommen werden kann. Im Gegensatz dazu wird der ganz offene Umgang nicht als überzogen wahrgenommen, obwohl dieser sich in der Quantität von der übermäßigen Offenlegung nicht unterscheidet. Der Grund liegt demnach vielmehr darin, wie Jugendliche offenlegen, entsprechend der Qualität der Offenlegung.

Abbildung 10 visualisiert den Einfluss der sieben Hauptkategorien auf Offenlegung. Dabei lassen sich die in den Ergebnissen dargestellten Subkategorien der ersten Hauptkategorie in drei verschiedene Oberthemen klassifizieren. Zum einen in das „Ausmaß“, welche die Kategorie „Ausmaß der Offenlegung“ enthält. Darüber hinaus bildet die Kategorie „Vor- und Nachteile“ das Oberthema „Konsequenzen“. Das dritte Oberthema „Einflussfaktoren“ enthält die Kategorien „Abhängigkeiten“ und „Bedingungen“. Bedingungen sind den

Abhängigkeiten sehr ähnlich. Sie können in ihrem Vorhandensein variieren, so dass sie dadurch Offenlegung beeinflussen, was auch zur Definition der Kategorie „Abhängigkeiten“ passt. Aus diesem Grund werden die Kategorien „Abhängigkeiten“ und „Bedingungen“ als „Einflussfaktoren“ zusammengefasst.

Wie bereits ausgeführt, können die Subkategorien der Kategorien „Abhängigkeiten“ und „Bedingungen“ weiter in folgende drei Ebenen klassifiziert werden: die persönliche, die gesellschaftlich-soziale und die zeitliche Ebene. Diese Ebenen befinden sich damit als Stufe zwischen dem Oberthema „Einflussfaktoren“ und den einzelnen Subkategorien der Kategorien. Darüber hinaus werden – ausgehend von der persönlichen und gesellschaftlich-sozialen Ebene – Verbindungen zu zwei Hauptkategorien des Codebaumes deutlich. Zum einen entspricht die Hauptkategorie „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“ (HK3) der Abhängigkeit von Offenlegung von gesellschaftlichen Haltungen und Handlungen, welche sich wiederum der gesellschaftlich-sozialen Ebene zuordnen lässt. Zum anderen ist die persönliche Ebene mit der Hauptkategorie „Selbstverständnis als psychisch krank“ verbunden und beschreibt damit die Abhängigkeit der Offenlegung vom eigenen Krankheitsselbstverständnis.

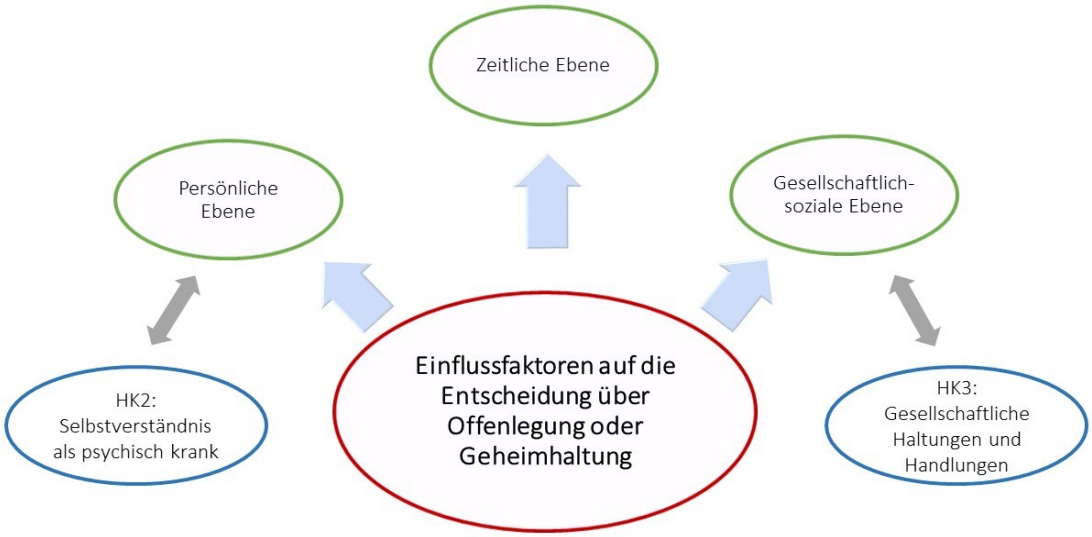

Abbildung 11: Darstellung des Oberthemas „Einflussfaktoren“. *Die Abbildung ist Teil des Ergebnisses der Untersuchung zur Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet Ulm, Ravensburg-Weissenau und Augsburg im Jahr 2015. Insgesamt werden drei Ebenen deutlich, in die sich alle Subkategorien der unter dem Oberthema klassifizierten Kategorien (Abhängigkeiten, Bedingungen) einordnen lassen. Die Verbindung zwischen HK3 und der gesellschaftlich-sozialen Ebene sowie zwischen HK2 und der persönlichen Ebene werden durch Pfeile verdeutlicht. Die Farbe Grün steht für die drei Ebenen, während Blau auf HK2 und HK3 verweist. Die rote Umrandung der „Einflussfaktoren“ dient zur Abgrenzung von den anderen Farben. HK=Hauptkategorie.*

3.4 Hypothesenbildung

Aus den Ergebnissen und dem dargestellten Zusammenhang der Hauptkategorien mit Offenlegung und Geheimhaltung werden Hypothesen generiert. Dabei soll die Frage nach wichtigen Aspekten für die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen beantwortet werden, wobei die Außenperspektive des professionellen sozialen Umfeldes zu beachten ist. Die meisten Hypothesen sind auf Grundlage der Hauptkategorien formuliert. Die inhaltliche Überschneidung mancher Kategorien führt dazu, dass Hypothesen auch kategorienübergreifend sein können. Welchen Inhalt jede einzelne der insgesamt neun Hypothesen aufgreift, wird im Folgenden erläutert. Hypothese 1 bis 7 beantworten die erste Fragestellung dieser Arbeit, während Hypothese 8 und 9 sich auf die zweite Fragestellung beziehen.

1. *Relevante Einflussfaktoren auf die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher lassen sich in die persönliche, gesellschaftlich-soziale und zeitliche Ebene einordnen:*

   Die Hypothese umfasst die Subkategorien „Abhängigkeiten“ und „Bedingungen“, welche unter der ersten Hauptkategorie „Kommunikation und Konsequenzen“ subsumiert sind und als „Einflussfaktoren“ zusammengefasst werden. Die gesellschaftlich-soziale Ebene greift den Inhalt der dritten Hauptkategorie „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“ auf, welche damit ebenfalls den Inhalt dieser Hypothese bildet. Die persönliche Ebene ist mit der zweiten Hauptkategorie „Selbstverständnis als psychisch krank“ verbunden, wobei der Inhalt dieser Hauptkategorie in eigenen Hypothesen wiederzufinden ist (s. Hypothese 4 und 5). Der Inhalt der zeitlichen Ebene ist primär in der Kategorie „Abhängigkeiten“ wiederzufinden. Weitere Verbindungen mit anderen Kategorien aus dem Codebaum werden in der Diskussion beschrieben.

2. *Konsequenzen aus erfolgter Offenlegung sind für Jugendliche aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes ambivalent, während Folgen der Geheimhaltung überwiegend negativ gesehen werden:*

   Im Rahmen dieser Hypothese werden Vor- und Nachteile von Offenlegung und

Geheimhaltung aus der ersten Hauptkategorie „Kommunikation und Konsequenzen“ thematisiert. Sowohl positive als auch negative Konsequenzen werden zur Offenlegung genannt. Auch Gegensätze in den Vor- und Nachteilen hierzu werden deutlich. Zur Geheimhaltung werden überwiegend negative Konsequenzen erläutert.

3. *Für Jugendliche ist häufig ein Mittelweg in Bezug auf Offenlegung sinnvoll:*
   Die Kategorie „Mittelweg=partielle Offenlegung“, die unter dem „Ausmaß“ (Subkategorie von HK1) der Offenlegung subsumiert ist, bildet den Inhalt dieser Hypothese. Das professionelle soziale Umfeld erachtet häufig einen Mittelweg als sinnvoll für Jugendliche im offenen Umgang mit ihrer Erkrankung.

4. *Krankheitsakzeptanz kann Offenlegung erleichtern, während Nicht-Wahrhaben-Wollen der Erkrankung und Selbststigmatisierung Offenlegung erschweren können:*
   Die Subkategorien der zweiten Hauptkategorie „Selbstverständnis als psychisch krank“ bilden das Gerüst dieser Hypothese. Der Gegensatz zwischen Krankheitsakzeptanz und Nicht-Wahrhaben-Wollen der eigenen Erkrankung mit ihrer Wirkung auf Offenlegung und Geheimhaltung ist das übergeordnete Thema. Auch die Wirkung von Selbststigmatisierung auf Offenlegung wird deutlich.

5. *Jugendliche können aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes übermäßig offenlegen, was aufgrund einer Fixierung auf ihre Erkrankung entstehen kann:*
   Übermäßige Offenlegung wird im Rahmen des Ausmaßes der Offenlegung thematisiert. Das Phänomen der Fixierung wird innerhalb der zweiten Hauptkategorie „Selbstverständnis als psychisch krank“ beschrieben. Diese beiden Inhalte bilden die Basis der Hypothese.

6. *Soziale Kontaktaufnahme wird als häufigster Ratschlag zur Entscheidungsfindung gegeben:*
   Aus der Hauptkategorie 4 („Ratschläge zur Entscheidungsfindung“) wird dieser Aspekt deutlich. Aus Sicht der professionellen Außenposition ist die soziale Kontaktaufnahme und die Inanspruchnahme von Beratung durch Mitmenschen der am häufigsten genannte Ratschlag zur Entscheidungsfindung.

7. *Eltern werden überwiegend als Hindernis für Jugendliche, welche sich für Offenlegung entschieden haben, wahrgenommen:*

   Das professionelle soziale Umfeld nimmt Eltern als Hindernis für die Offenlegung der Jugendlichen wahr. Die Kategorien der Hauptkategorie 5 („Rolle der Eltern“) spiegeln sich in dieser Hypothese wider.

8. *Therapeuten nehmen eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher ein und unterstützen Jugendliche bei der Vorbereitung einer möglichen Offenlegung:*

   In dieser Hypothese wird die Hauptkategorie 6 („Rolle der Therapeuten“) aufgegriffen. Die Rolle und die damit verbundenen Aufgaben von Therapeuten werden thematisiert.

9. *Schule scheint ein Ort mit besonderen Problemen hinsichtlich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher zu sein, und Lehrer befinden sich in Konfliktsituationen:*

   Die Hauptkategorie 7 („Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer“) führt zu dieser Hypothese. Die Rolle der Lehrer und ihre eigenen Konflikte bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen werden thematisiert. Die Schule ist dabei eine Institution, die ganz eigene Probleme für die Jugendlichen mit sich bringt.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

4.1.1 Der qualitative Ansatz

Für bestimmte Fragestellungen werden in der medizinischen Forschung qualitative Verfahren benötigt und eingesetzt (Britten 2005). Der Einsatz dieser Forschungsart ist notwendig, um explorativ noch offene Fragestellungen zu untersuchen. Dadurch können Einblicke in die Patientensicht und die Sicht des Umfeldes der Patienten zur Verbesserung der sozialen Reintegration und zur Förderung des Verständnisses gewonnen werden (Padgett 2012, S. 16ff). In dieser Studie wurde der explorative Ansatz gewählt, da die Fragestellungen bislang nur geringfügig wissenschaftlich untersucht wurden. Die Anzahl an Kategorien zeigt, wie sehr der explorative Ansatz mittels qualitativer Forschung notwendig gewesen ist. Durch Erkenntnisse über die Rollen von Lehrer und Therapeuten wird das Verständnis in der Frage nach Offenlegung oder Geheimhaltung gefördert. Jedoch werden auch Grenzen des qualitativen Ansatzes in den Ergebnissen deutlich. Die Anzahl an Kategorien war so groß, dass für die Ergebnisdarstellung dieser Arbeit Kategorien ausgewählt werden mussten. Hierfür war die Nennungshäufigkeit von Kategorien ein Auswahlkriterium.

4.1.2 Fokusgruppen als Mittel zur Datenerhebung

Die vor der Studie erhoffte verstärkte Meinungsbildung durch Fokusgruppen muss in retrospektiver Betrachtung etwas relativiert werden. Zwar diskutierten die Teilnehmer einer Fokusgruppe untereinander, jedoch meist im Einklang. Selten kamen Widersprüche auf, welche in höherem Ausmaß die Meinungsbildung verbessert hätten. Die Gefahr, dass sich unter den Teilnehmern „Schweiger“ (Lamnek 2010, S. 429) befinden, die sich innerhalb der Gruppe nicht äußern, konnte in den Fokusgruppen nicht bestätigt werden. Jedoch waren in den Diskussionsrunden manche Teilnehmer dominant, wodurch die Gefahr der Verzerrung der Ergebnisse besteht, indem andere Fokusgruppenteilnehmer an der Äußerung ihrer Meinungen gehindert werden (Lamnek 2010, S. 429).

In den deduktiven Hauptkategorien sind insbesondere die vorausgewählten Diskussionsthemen des Leitfadens verankert. Durch diese Vorauswahl besteht die Möglichkeit, dass Gesprächsthemen von Fokusgruppen stark antizipiert werden. Im Hinblick auf den Codebaum wurden jedoch die Subkategorien sowie Hauptkategorie 5 („Rolle der Eltern“) anhand des Materials induktiv entwickelt, was gegen eine zu starke Antizipation spricht.

4.1.3 Kritische Reflexion der inhaltsanalytischen Arbeitsmethoden

Quantitative Verfahren sind nicht in der Lage, Textmaterial vollständig auswerten zu können. Dagegen ist die qualitative Inhaltsanalyse ein Verfahren, das systematisch Kommunikationsmaterial auswertet, „ohne vorschnelle Quantifizierungen vorzunehmen“ (Mayring 2013, S. 469). Das Ziel dieser Studie, die Daten inhaltlich auszuwerten, wird durch die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse erfüllt, indem sie primär inhaltlich klassifiziert. Im Rückblick auf das ausgewertete Material ist zu erkennen, wie arbeitsintensiv die Differenzierung der Kategorien war. Ob eine exakte Durchführung nach Kuckartz (2014) mit Trennung der Zuordnung nach Haupt- und Subkategorien einen besseren Überblick über das Textmaterial gegeben hätte, lässt sich im Rückblick schwer beurteilen. Aus forschungspragmatischer Sicht wurde aufgrund der Fülle des Materials ein paralleles Zuordnen zu Haupt- und Subkategorien favorisiert. Die Codebaumüberarbeitung und der zweite Materialdurchlauf wurden als Verfahren entwickelt, um Fehler durch die kontinuierliche Anpassung im Codiervorgang vorzubeugen. Da in diesen Verfahren zahlreiche Änderungen durchgeführt werden mussten, ist es nicht auszuschließen, dass weitere notwendige Änderungen bei den beiden Kontrollverfahren übersehen wurden. Auch lässt sich vermuten, dass mithilfe eines durchgängigen, konsensuellen Verfahrens in der Bearbeitung des Textmaterials die Gefahr der Subjektivität in der Auswertung weiter verringert worden wäre. Das entwickelte Verfahren mit der Überarbeitungsmethode ist zwar nicht deckungsgleich mit dem konsensuellen Verfahren, kommt aber sehr nahe an dieses heran. Zudem war aufgrund forschungstechnischer Grenzen dieses Verfahren das Bestmögliche, um der Problematik der Subjektivität zu begegnen.

4.1.4 Kritische Betrachtung der Stichprobe

Die Stichprobengröße in der qualitativen Forschung ist anders als in der quantitativen Forschung, da bei der qualitativen Datenanalyse „nicht die Repräsentativität und die Standardisierung, sondern die Reichhaltigkeit, die Offenheit, die Breite, die Detaillierung, die Ernsthaftigkeit, die Betroffenheit, die Expertise, die sprachliche Präzision“ (Witt 2001, S. 4) im Vordergrund stehen. Qualitative Studien haben eher kleine Stichproben, auch aufgrund komplexer Auswertungsstrategien (Kuckartz 2014, S. 168). Diese Sachlage rechtfertigt die Stichprobe mit N=48 der Lehrer und Therapeuten. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wurde durch die Vorstellung in einer qualitativen Forschungswerkstatt mit von dieser Studie unabhängigen Forschern optimiert (Kuckartz 2014, S. 169). Zudem weisen die erhobenen soziodemografischen Daten ein breites Spektrum hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der Berufserfahrung und der exakten Berufsbezeichnung der Therapeuten auf, was ebenfalls die Generalisierbarkeit fördert. Die Tatsache, dass bei den Lehrern vier und den Therapeuten drei Fokusgruppen stattfanden, spiegelt sich in HK7 „Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer“ wider, die im Vergleich zu HK6 „Rolle der Therapeuten“ mehr Zitate enthält. Zudem ist zu bemerken, dass drei der vier Fokusgruppen der Lehrer am Gymnasium unterrichteten. Die Untersuchung weiterer Schulformen ist demnach unerlässlich.

4.1.5 Verwendete qualitative Gütekriterien

Steinkes Kernkriterien qualitativer Forschung haben die Vorteile, dass sie speziell für qualitative Methoden entwickelt wurden und die Güte der Erhebung und Auswertung aus vielen verschiedenen Sichtweisen betrachtet wird (Steinke 2013). Zur besseren intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurden methodische Prozesse zuverlässig dokumentiert und codifizierende Verfahren pflichtgetreu angewandt. Jedoch stellen zahlreiche Veränderungen des Codebaumes während der Auswertung das Nachvollziehen im Nachhinein vor eine Herausforderung. Die Grenzen der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit durch die konsensuelle Strategie und die Überarbeitungsmethode wurden bereits ausgeführt (s. Kapitel 4.1.3). Im Rahmen des Kernkriteriums der Rechtfertigung der Indikation des Forschungsprozesses sind insbesondere die Transkriptionsregeln zu diskutieren, welche mit dem Ziel, primär inhaltlich das Textmaterial

auszuwerten, aufgestellt wurden. Daher wurde der Vorschlag von einfachen Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl aufgenommen und nicht die komplexe Alternative verwendet (Dresing u. Pehl 2013, S. 20ff). Einschränkungen in der Analysetiefe durch das Sekundärmaterial müssen deshalb erwähnt werden (Kruse 2014, S. 341).

Durch die deduktiven Hauptkategorien, abgeleitet aus den Leitfadenthemen und der Position der Lehrer und Therapeuten, wurde zwar das Kriterium der empirischen Verankerung verwirklicht, jedoch ist diese am endgültigen Codebaum nicht einfach nachzuvollziehen. Die induktive Entwicklung des Codebaumes mit Kategorien über die empirisch verankerten Leitfadenthemen hinaus ist ausgeprägt vorhanden. Grundsätzlich ist jedoch die deduktive, empirische Grundstruktur des Codebaumes unbestritten.

Um das Kriterium der Limitation zu diskutieren, muss die Außenposition der befragten Lehrer und Therapeuten beurteilt werden. Durch die Außenposition sind Phänomene wie die „übermäßige Offenlegung“ (HK1, „Ausmaß der Offenlegung“) möglicherweise besser zu beobachten. Trotzdem kann die Außenposition die Befragung der erkrankten Jugendlichen selbst nicht ersetzen. Kategorien wie das „Selbstverständnis als psychisch krank“ (HK2) sind primär durch Aussagen der erkrankten Jugendlichen selbst zu bewerten, ohne dabei die Aussagen der Lehrer und Therapeuten abzuwerten.

Hinsichtlich des Kriteriums der Kohärenz war die Entwicklung des Codebaumes gelegentlich eine Herausforderung. Die Trennschärfe zwischen den Kategorien wurde im Verlauf durch angepasste Kategoriendefinitionen erhöht, jedoch blieb Perfektion unerreichbar. Kategorien wie „Bedingungen“ und „Abhängigkeiten“ aus HK1 sind nur schwer voneinander zu unterscheiden. Bei Lehrern war es gelegentlich nicht eindeutig, ob sie wirklich die Situation der Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher mit Diagnose meinten oder sich stattdessen auf Jugendliche mit Symptomen, aber keiner Diagnose bezogen. Zwar stellt sich für Jugendliche hierbei ebenfalls die Frage des offenen oder geheimen Umgangs mit den Symptomen, jedoch ist dies nicht Teil dieser Arbeit.

Hinsichtlich der Bewertung der inhaltlichen Relevanz ist auf die inhaltliche Diskussion zu verweisen. Eigene Reflexionen der Forscher wurden nach der Durchführung der Fokusgruppen im Rahmen der reflektierten Subjektivität nicht dokumentiert, was die Berücksichtigung der Reflexionen bei der Bewertung der Ergebnisse erschwert.

4.2 Diskussion des Inhalts

4.2.1 Diskussion der Hypothesen

4.2.1.1 Hypothese 1

Relevante Einflussfaktoren auf die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher lassen sich in die persönliche, gesellschaftlich-soziale und zeitliche Ebene einordnen:

In der bisherigen Literatur wurden zwar einzelne Einflussfaktoren bei Erwachsenen und Jugendlichen untersucht, jedoch nicht in verschiedene Ebenen eingeteilt. Faktoren, welche auf der persönlichen Ebene die individuelle Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung beeinflussen, sind ein wichtiges Forschungsgebiet in der Literatur. Die Variation der Entscheidung je nach Art der psychischen Erkrankung wurde bereits bei Erwachsenen festgestellt (Pandya et al. 2011; Bos et al. 2009; Banks et al. 2007). Speziell das jugendliche Alter sollte hierauf nachuntersucht werden. Die Uneinigkeit in den Ergebnissen bezüglich der Abhängigkeit vom Geschlecht entspricht aktuellen, sich widersprechenden Forschungsergebnissen zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Corrigan et al. 2016b; Hunter et al. 2011). Dagegen scheint die Sorge vor der Eigendynamik neuer Medien bei Jugendlichen besonders wichtig zu sein. Bislang wurde nur indirekt die Beziehung zur Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung durch den medialen Einfluss auf die gesellschaftlichen Haltungen zu psychischen Erkrankungen festgestellt (Brohan et al. 2014).

Auf der gesellschaftlich-sozialen Ebene wird die Abhängigkeit der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung von antizipierter Stigmatisierung (Rüsch et al. 2014b) bei Jugendlichen bestätigt. Je nachdem, wie die Gesellschaft und insbesondere das eigene Umfeld der Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen psychische Erkrankungen sieht, variiert die Entscheidung. Das in Hauptkategorie 3 deutliche Überwiegen negativer Haltungen ist im Einklang mit aktueller Forschung zu Stigmatisierung und Diskriminierung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen (Catthoor et al. 2015; Mueller et al. 2012). Vertrauen als äußere Bedingung wurde bereits als Ergebnis in der Literatur bei Erwachsenen eruiert (Brohan et al. 2014). Die Unsicherheit der Therapeuten und Lehrer bezüglich des Nutzens von Offenlegung gegen öffentliche Stigmatisierung bei Jugendlichen

ist gleichermaßen in aktueller Literatur zu finden (Chisholm et al. 2016; Corrigan et al. 2012; Eisenberg et al. 2012). Auch Unterschiede zwischen Kulturen wurden bereits bei jungen Menschen festgestellt (Corrigan et al. 2016b).

Die zeitliche Ebene wurde im Vergleich zu den beiden anderen Ebenen bislang nur geringfügig untersucht. Brohan et al. (2012) meinen, dass Erwachsene im Arbeitssetting spätestens dann ihre psychischen Erkrankungen offenlegen sollten, wenn sie sich in einer Rechtfertigungsposition befinden. Dieser Aspekt ist auch in dieser Arbeit ein zentrales Ergebnis auf der zeitlichen Ebene. Zudem scheint Offenlegung vom Alter abhängig zu sein, wobei zu bemerken ist, dass die Lehrer und Therapeuten Jugendliche auch in Abgrenzung zum Grundschulalter betrachten. Die jugendliche Selbstfindungsphase macht dabei das Besondere des jugendlichen Alters aus, was vom professionellen sozialen Umfeld überraschenderweise nur einmal genannt wurde.

Die Einordnung der Einflussfaktoren auf die drei Ebenen sollte nachuntersucht werden. Es ist schwer vorstellbar, dass sich diese Einordnung ausschließlich auf das jugendliche Alter bezieht. Daher sollte die Einteilung auch an Erwachsenen überprüft werden.

4.2.1.2 Hypothese 2

Konsequenzen aus erfolgter Offenlegung sind für Jugendliche aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes ambivalent, während Folgen der Geheimhaltung überwiegend negativ gesehen werden:

Vor- und Nachteile der Offenlegung wurden quantitativ nahezu im selben Ausmaß codiert. Einige der Vor- und Nachteile stehen gegensätzlich zueinander (s. Abbildung 9), was die Ambivalenz verdeutlicht. Analog zur Literatur von Erwachsenen und Jugendlichen (Buchholz et al. 2015; Brohan et al. 2014; Brohan et al. 2012; Corrigan et al. 2009b) ist auch in dieser Studie der vorwiegende Nachteil von Offenlegung Stigmatisierung und Diskriminierung (31 Zitate). Die im Vergleich zu Erwachsenen positiveren Haltungen von Jugendlichen ohne psychische Erkrankung zu Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (Kaushik et al. 2016) werden in dieser Studie kaum angesprochen. Im Kontrast dazu scheint der Vorteil, Verständnis und Hilfe durch das Umfeld zu erfahren, Jugendlichen sehr wichtig zu sein. Dies könnte an der besonderen Bedeutung des sozialen Umfeldes für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen liegen (s. Kapitel 1.3). Der Vorteil der Empathie ist gleichermaßen in den Ergebnissen von Buchholz et al. (2015) zu finden. Das Gefühl der

Erleichterung durch die Offenlegung ist ebenfalls im Einklang mit dem Ergebnis von Buchholz et al. (2015). In Ergänzung dazu kann beim Jugendlichen nach Offenlegung auch Druck und Belastung ausgelöst werden, um Ansprüchen von außen gerecht zu werden. Im Zusammenhang mit der Schule könnte diese Konsequenz bei Jugendlichen besonders wichtig sein. Durch Offenlegung wird einerseits das Umfeld belastet, andererseits können dem Umfeld Sorgen genommen werden, indem die Beteiligten wissen, was den Erkrankten bedrückt. Die Belastungen des sozialen Umfeldes sowie der Nachahmereffekt sind zu den Ergebnissen von Buchholz et al. (2015) kongruent. Jedoch berichten bei Buchholz et al. (2015) vor allem Eltern vom Nachahmereffekt, so dass dieser möglicherweise eher von den außenstehenden Personengruppen wahrgenommen wird. Der Vorteil des Schrittes in Richtung Heilung durch die Offenlegung ist im Sinne der vermehrten Inanspruchnahme von Therapie nach Offenlegung im Einklang mit der Literatur (Clement et al. 2015; Buchholz et al. 2015). Auch der Ketteneffekt durch die Offenlegung wird in den Ergebnissen und der Literatur ausgeführt (Buchholz et al. 2015; Brohan et al. 2012).

Insgesamt lassen sich die zahlreichen, ambivalenten Vor- und Nachteile von Offenlegung gut in die Literatur einordnen, insbesondere in die Ergebnisse von Buchholz et al. (2015). Gegenüber der Literatur zu Vor- und Nachteilen von Erwachsenen sind keine Besonderheiten bei Jugendlichen feststellbar. Die wohl entscheidende Ambivalenz für Jugendliche ist die stigmatisierende oder verständnisvolle Reaktion des Umfeldes.

Nach den Ergebnissen werden Geheimhaltung negative Folgen zugerechnet. Langfristige Nachteile der Geheimhaltung, wie beispielsweise der soziale Rückzug, sind wichtige Forschungsgegenstände (Pachankis 2007; Link et al. 1991). Auch die Gefahr der verminderten Therapiewahrnehmung wird von Lehrern als Ergebnis genannt und ist vor allem bei Jugendlichen als Problem erkannt worden (Lambert et al. 2013). Jedoch ist anzumerken, dass sich die Literatur insbesondere auf die Situation der Offenlegungsfrage vor Diagnosestellung bezieht, was nicht Teil dieser Arbeit ist. Wie bei den Vorteilen von Offenlegung ausgeführt, kann Offenlegung vermehrte Inanspruchnahme von Therapie bewirken. Damit wird an dieser Stelle die allgemeine Haltung bestätigt, dass Offenlegung die Nachteile von Geheimhaltung überwinden kann.

4.2.1.3 Hypothese 3

Für Jugendliche ist häufig ein Mittelweg in Bezug auf Offenlegung sinnvoll:

Die Ansicht des professionellen sozialen Umfeldes, dass partielle Offenlegung (28 Zitate) für Jugendliche ein richtiger und sinnvoller Weg sein kann, steht im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen. Für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen scheint selektive Offenlegung oftmals der richtige Weg zu sein (McKeague et al. 2015; Buchholz et al. 2015). Die selektive Offenlegung beschreibt dabei die Offenlegung gegenüber einzelnen, ausgewählten Personen (Corrigan 2016; Corrigan et al. 2013; Herman 1993), wobei hauptsächlich gegenüber nahestehenden Personen offengelegt wird (Bos et al. 2009). Die partielle Offenlegung fasst die selektive Offenlegung auf, geht aber noch einen Schritt weiter, indem auch Krankheitsinhalte umschrieben werden, bis hin zum reinen Beschreiben von Symptomen, ohne die Diagnose zu nennen. Bislang ist Moses (2009) auf diese zusätzliche Möglichkeit für Jugendliche eingegangen. Ob diese Kombination der partiellen Offenlegung eine Besonderheit bei Jugendlichen ist, darf bezweifelt werden. Zudem ist wahrscheinlich, dass die Kombination in der Literatur zwar bislang nicht dargestellt, aber trotzdem in der Praxis als solche angewandt wurde.

Im Gegensatz zur partiellen Offenlegung scheint der ganz offene Umgang mit der psychischen Erkrankung nur in Ausnahmefällen der richtige Weg zu sein (zwei Zitate). Diese Umgangsform entspricht der totalen und der willkürlichen Offenlegung (Corrigan 2016; Corrigan et al. 2013; Herman 1993). Auch bei der Nutzung neuer Medien spielt der ganz offene Umgang eine besondere Rolle. In Forschungsergebnissen zu Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen wird die Nutzung neuer Medien als positiv empfunden (Naslund et al. 2014). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen jedoch, dass Offenlegung durch neue Medien bei Jugendlichen die Gefahr des Kontrollverlustes mit sich bringt. Die ursprüngliche partielle Offenlegung kann sich ungewollt in einen ganz offenen Umgang verändern. Durch die Bedeutung neuer Medien im jugendlichen Alter (O'Keeffe u. Clarke-Pearson 2011) ist diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

4.2.1.4 Hypothese 4

Krankheitsakzeptanz kann Offenlegung erleichtern, während Nicht-Wahrhaben-Wollen der Erkrankung und Selbststigmatisierung Offenlegung erschweren können:

Das eigene Selbstverständnis der Jugendlichen als psychisch krank beeinflusst die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung auf der persönlichen Ebene. Hierbei steht sowohl bei Therapeuten als auch bei Lehrern im Vordergrund, dass Akzeptanz Offenlegung eher erleichtert, während das Nicht-Wahrhaben-Wollen der Erkrankung Offenlegung eher erschwert. Die Arbeit mit dem Jugendlichen mit psychischer Erkrankung an der Krankheitsakzeptanz kann demnach Einfluss auf die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der psychischen Erkrankung nehmen. Vor der Krankheitsakzeptanz erfolgt für den Jugendlichen der Schritt der Krankheitseinsicht, wobei es sich hierbei um das grundsätzliche Verständnis der Erkrankung handelt. Die Krankheitseinsicht kann bei psychischen Erkrankungen beispielsweise im akuten psychotischen Zustand eingeschränkt sein (Rüsch u. Berger 2014). Nach Meinung der befragten Lehrer und Therapeuten weisen Jugendliche häufiger als Erwachsene fehlende Krankheitseinsicht auf. Als Grund hierfür wird das jugendliche Alter genannt. Bei Jugendlichen mit fehlender Krankheitseinsicht stellt sich durch das fehlende grundsätzliche Verständnis der Erkrankung die Frage der Offenlegung oder Geheimhaltung kaum.

Neben Krankheitsakzeptanz und Nicht-Wahrhaben-Wollen ist Selbststigmatisierung bei Jugendlichen ein wichtiges Thema, auf das auch andere Studien eingehen (McKeague et al. 2015; Rüsch et al. 2014c). Selbststigmatisierung kann sowohl mit als auch ohne Krankheitsakzeptanz auftreten. Damit führt eine Krankheitsakzeptanz, aufgrund der parallel dazu möglichen Selbststigmatisierung, nicht zwingend zur Offenlegung. Zudem ist bei einem Jugendlichen mit fehlender Krankheitseinsicht das Risiko von Selbststigmatisierung geringer. Das Resultat der Geheimhaltung aus der Selbststigmatisierung ist im Einklang mit der Literatur. Selbststigmatisierung führt nach der „modified labeling theory“ (Link et al. 1991; Link et al. 1989) zu Geheimhaltung und sozialem Rückzug. Es entsteht der „why-try“-Effekt (Corrigan et al. 2016a; Corrigan u. Rao 2012; Corrigan et al. 2009a). Sozialer Rückzug aufgrund von Geheimhaltung und Selbststigmatisierung wird als Ergebnis beschrieben, wenn auch nur durch die Fokusgruppe Lehrer-2. Das vermehrte Auftreten von „Empowerment“ bei Offenlegung (McKeague et al. 2015; Rüsch et al. 2006; Corrigan u. Watson 2002) ist in der Forschung ein wichtiger Ansatz. Jedoch spielt dieser in den Ergebnissen der durchgeführten Studie kaum eine Rolle. Lediglich der Vorteil, durch Offenlegung Stärke zu zeigen, gibt einen Hinweis darauf.

4.2.1.5 Hypothese 5

Jugendliche können aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes übermäßig offenlegen, was aufgrund einer Fixierung auf ihre Erkrankung entstehen kann:

Das Ergebnis zeigt, dass Offenlegung aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes eine Grenze aufweist, die vom Jugendlichen überschritten werden kann. Es handelt sich um eine Bewertung der Offenlegung aus der Außenperspektive. Die Grenze ist dabei nicht nur hinsichtlich des quantitativen Ausmaßes von Offenlegung zu beurteilen. Der als nicht negativ empfundene, ganz offene Umgang weist im quantitativen Ausmaß keine Unterschiede auf. Vielmehr liegt der Unterschied in der Qualität der Offenlegung, wie beispielsweise im Rahmen der übermäßigen Offenlegung anderen Menschen prahlend von der eigenen Erkrankung zu berichten. Auch entscheidend ist, dass Menschen aus dem Umfeld die Qualität der Offenlegung unterschiedlich bewerten. Der Wert der Kategorie wird dadurch deutlich, dass übermäßige Offenlegung in allen Fokusgruppen thematisiert wurde. In bisherigen Forschungen spielte dieser Aspekt keine Rolle, auch nicht in der vergleichbaren Studie von Buchholz et al. (2015). Das Problem der übermäßigen Offenlegung ist, dass dadurch die Vorteile von Offenlegung verloren gehen können. Die übermäßige Offenlegung kommt in ihrem Ausmaß – analog zum ganz offenen Umgang – der willkürlichen und totalen Offenlegung sehr nahe (Corrigan 2016; Corrigan et al. 2013; Herman 1993). Die Fixierung auf die Erkrankung kann sich für den Jugendlichen als Problem erweisen. Durch die Fixierung kann der Jugendliche seine Erkrankung übermäßig offenlegen. Dabei wird es vermutlich sehr schwer, diesen übermäßigen Offenlegungsprozess aufzuhalten. Zudem kann daraus ein Nachahmereffekt anderer Personen resultieren, möglicherweise aufgrund der Bewunderung gegenüber dem Jugendlichen mit psychischer Erkrankung und um dieselben Vorteile zu erlangen.

Die Hypothese zeigt deutlich den Wert der Befragung der Außenposition auf. Es bleibt fraglich, ob Jugendliche mit psychischen Erkrankungen selbst die übermäßige Offenlegung gleichermaßen dominant thematisiert hätten. Umso interessanter wäre in zukünftiger Forschung, das Thema genauer zu untersuchen, auch durch konkrete Befragung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen selbst. Zudem sollte die übermäßige Offenlegung auch bei Erwachsenen in Erwägung gezogen werden, da durchaus vorstellbar ist, dass Erwachsene aus Sicht ihres Umfeldes überzogen offenlegen können.

4.2.1.6 Hypothese 6

Soziale Kontaktaufnahme wird als häufigster Ratschlag zur Entscheidungsfindung gegeben:
Für die Kontaktaufnahme nehmen Vertrauenspersonen eine beratende Funktion für Jugendliche ein. In dieser Rolle sehen Lehrer insbesondere andere Betroffene. Therapeuten heben dagegen sich selbst als Vertrauenspersonen hervor. Nach Hanrahan (2008, S. 34) sollen Therapeuten Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung beraten und auf die mögliche Offenlegung vorbereiten, beispielsweise durch das gemeinsame Abwägen von Konsequenzen oder Rollenspiele. Dies entspricht den Ergebnissen dieser Arbeit. Darüber hinaus hilft das Programm COP bzw. HOP Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung, indem eine ehemals von einer psychischen Erkrankung betroffene Person eine Gruppendiskussion zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen moderiert (Corrigan u. Wilson 2016; Corrigan et al. 2015; Rüsch et al. 2014a). Auch Gruppendiskussionen als solches sind Teil der Ergebnisse dieser Arbeit, was die Notwendigkeit eines solchen Programmes für Jugendliche auch im deutschen Sprachraum unterstreicht. Zudem wird durch die ehemals betroffene Person die äußere Bedingung „ähnliche eigene Erfahrungen“ erfüllt. Bezüglich der dosierten Vorgehensweise in der Offenlegung sprechen Lehrer von einer Chance, durch neue Medien diese Vorgehensweise zu realisieren. Hier zeigen sich Chancen neuer Medien, entsprechend aktueller Literatur (Naslund et al. 2014).
Im engeren Sinn führt die soziale Kontaktaufnahme zur Offenlegung des psychischen Problems gegenüber einer Person. Daher ist einschränkend die Grenze des Ratschlags zu erkennen: Für die erste Offenlegung nach Diagnosestellung hilft die Empfehlung nicht weiter. Nur Therapeuten stellen hier die Ausnahme dar, da sich ihnen Jugendliche mit einer psychischen Diagnose bereits offengelegt haben müssen. Dies könnte ein Grund sein, warum sich Therapeuten in diesem Zusammenhang als so wichtig erachten.

4.2.1.7 Hypothese 7

Eltern werden überwiegend als Hindernis für Jugendliche, welche sich für Offenlegung entschieden haben, wahrgenommen:
Diese Hypothese ist eine spezielle Problematik bei der Entscheidung über Offenlegung oder

Geheimhaltung im Jugendalter. Eltern wissen in der Regel über die psychische Diagnose ihres Kindes Bescheid. Die Literatur konzentriert sich insbesondere auf die Mitbetroffenheit der Eltern und des erweiterten Familienkreises durch die Erkrankung und Stigmatisierung des Jugendlichen mit psychischer Erkrankung (Höwler 2016, S. 80f; Mendenhall u. Mount 2011; Schilling et al. 2006; Klassen et al. 2004). Die Reaktionen der Eltern auf die Erkrankung und das Stigma können Geheimhaltung, Nicht-Wahrhaben-Wollen und Scham umfassen, die sowohl in den Ergebnissen, als auch in der Literatur (Höwler 2016, S. 80; Buchholz et al. 2015; Moses 2010a; Phelan et al. 1998) wiederzufinden sind. Weniger erforscht sind die aus den Verhaltensweisen der Eltern resultierenden Konsequenzen für die erkrankten Jugendlichen. Moses (2010a) beschreibt die Erhöhung von Selbststigmatisierung unter Jugendlichen bei Reaktionen wie Scham vonseiten der Eltern. Die Scham nimmt dabei indirekt Einfluss auf Offenlegung: Durch mehr Geheimhaltung aufgrund von Scham wird die Selbststigmatisierung der Betroffenen erhöht, was sich auf Offenlegung auswirkt (Link et al. 1991; Link et al. 1989). Die Ergebnisse dieser Arbeit gehen einen Schritt weiter, indem das befragte professionelle soziale Umfeld direkte Zusammenhänge zwischen Eltern und der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung herstellt. Beispielsweise möchten Jugendliche offenlegen, jedoch halten die Eltern die Erkrankung geheim und verbieten ihren Kindern die Offenlegung. Der Grund scheint vor allem in den eigenen Konsequenzen für die Eltern zu liegen. Die Autonomie für die Entscheidung der Jugendlichen ist in solchen Situationen eingeschränkt. Auch Buchholz et al. (2015) nennen die Einschränkung der Autonomie durch Eltern, jedoch nicht durch die in diesen Ergebnissen ausgeführten Reaktionen wie Geheimhaltung oder Scham, sondern durch übermäßige Fürsorge, was in den Ergebnissen dieser Arbeit keine große Bedeutung eingenommen hat.

4.2.1.8 Hypothese 8

Therapeuten nehmen eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher ein und unterstützen Jugendliche bei der Vorbereitung einer möglichen Offenlegung:

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Therapeuten in der Aufgabe sehen, die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen beratend zu unterstützen und bei der Vorbereitung der möglichen Offenlegung dem Jugendlichen zu

helfen. Verschiedene Aufgaben werden ausgeführt. Ihre Rolle ist für Jugendliche entscheidend, da sie sich beispielsweise für Jugendliche mit stationärem Aufenthalt an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und „Außenwelt“ befinden. Jedoch sollte nicht vernachlässigt werden, dass die wichtige Rolle sich Therapeuten in dieser Studie selbst zuschreiben. Da bisher keine Therapeuten hierzu befragt wurden, ist kein exakter Literaturvergleich möglich. Dennoch sind die Ergebnisse mit den therapeutischen Empfehlungen von Hanrahan (2008, S. 34) kongruent.

Eine klare Grenze zwischen Subkategorien der HK4 („Ratschläge zur Entscheidungsfindung Offenlegung ja/nein“) und HK6 („Rolle der Therapeuten“) zu ziehen, ist kaum möglich, so dass im Auswertungsprozess Doppelcodierungen vorgenommen werden mussten. Die wichtige Position der Therapeuten kann jedoch durch eigene stigmatisierende Gedanken eingeschränkt sein. Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Therapeuten ist in der Literatur nachgewiesen (Hansson et al. 2013). Eltern-Therapeuten-Konflikte als Ergebnis dieser Studie zeigen, dass nicht nur Jugendliche selbst, sondern auch Therapeuten durch Eltern in ihrer Beratung über Offenlegung oder Geheimhaltung behindert werden.

4.2.1.9 Hypothese 9

Schule scheint ein Ort mit besonderen Problemen hinsichtlich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher zu sein, und Lehrer befinden sich in Konfliktsituationen:

Die Tatsache, dass durch die befragten Lehrer spezielle Aspekte in der Schule bezüglich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung mit speziellen Problemen gleichgesetzt werden, zeigt die schwierige und bedeutende Stellung der Schule, ähnlich dem Arbeitssetting bei Erwachsenen (Brohan et al. 2012; Peterson et al. 2011; Wheat et al. 2010). Die Schule als der Ort mit ganz speziellen Problemen für Offenlegung ist eine wichtige Erkenntnis für das jugendliche Alter. Die seltene Thematisierung psychischer Erkrankungen für die Sensibilisierung der Schüler im Unterricht ist im Einklang mit den Ergebnissen von Buchholz et al. (2015). Auch das Problem der Sonderrolle ist kongruent mit den Ausführungen von Buchholz et al. (2015). Durch diese Sonderrolle wird das Stigma des Schülers mit psychischer Erkrankung den Mitschülern deutlich, was in der Schule immer die Gefahr des Mobbings mit sich bringt (Juvonen u. Graham 2014; Humphrey et al. 2007).

Die Grenze der Rücksicht, an welche die Schule mit Schülern mit psychischen Erkrankungen kommt, ist ebenfalls Teil bisheriger Literatur (Hamre u. Pianta 2006). Im Schulalltag wird versucht, diesen besonderen Anforderungen durch den Nachteilsausgleich entgegenzuwirken (Kindernetzwerk e. V. 2015). Darüber hinaus beklagen Lehrer zu wenig professionelle Unterstützung im Umgang mit Schülern mit psychischen Erkrankungen und Hilfe von außen benötigt zu viel Zeit, was ebenfalls bei Buchholz et al. (2015) als Ergebnis vorhanden ist. Aktuell werden zwar Anstrengungen zur Unterstützung unternommen (Corrieri et al. 2015), nach den Teilnehmern zufolge scheint dies jedoch noch nicht ausreichend zu sein. Darüber hinaus sind Mitschüler im Zusammenhang mit der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung zu betrachten. Überwiegend werden Gefahren genannt, nur selten Chancen aufgeführt. Buchholz et al. (2015) führen ebenfalls Gefahren wie die Verschlechterung der Symptomatik nach Offenlegung aus, jedoch werden in der im angloamerikanischen Raum durchgeführten Studie die Chancen für Mitschüler wesentlich deutlicher hervorgehoben. Die zahlreichen Probleme, welche die Entscheidungsfindung für Jugendliche in der Schule erschweren, sollten in weiteren Studien genauer untersucht werden, auch hinsichtlich Problemlösungen.

Lehrer nehmen eine schwierige Position bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher ein. Auf der einen Seite sehen sie sich in der Position, Jugendliche in ihrer Entscheidung in der Schule zu unterstützen, auch weil sie generell wichtig für Schüler im jugendlichen Alter sind (Sherman et al. 2008; Humphrey et al. 2007; Hamre u. Pianta 2006). Auf der anderen Seite werden sie durch Konfliktsituationen stark eingeschränkt, so dass sie ihrer Unterstützerrolle nicht gerecht werden können. So fühlen sich Lehrer unwissend und überfordert, werden oftmals spät und nur indirekt informiert und die Eltern oder ihre eigene Stigmatisierung stehen ihnen im Weg. Die eigene Unwissenheit der Lehrer über psychische Erkrankungen erschwert das Ansprechen der Thematik im Unterricht, wodurch eine Sensibilisierung der Mitschüler von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ausbleibt. Zudem werden Lehrer in ihrer Unvoreingenommenheit in der Beratung des Schülers mit psychischer Erkrankung über Offenlegung oder Geheimhaltung in der Schule beeinflusst. Durch Offenlegung des Schülers mit psychischer Erkrankung vermeiden sie die sonst notwendige Rechtfertigung der Sonderbehandlung des betroffenen Schülers vor der Klasse. Die ausgeführten Konflikte sind in der Literatur nicht als solche zu eruieren. Auch Buchholz et al. (2015) haben der

Position der Lehrer wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Daher sollte die Rolle der Lehrer bei der Entscheidungsfindung in weiteren Studien beachtet werden.

4.2.2 Klinische Schlussfolgerungen

Für den klinischen Alltag kann keine Tendenz abgegeben werden, ob die Entscheidung zur Offenlegung oder zur Geheimhaltung bevorzugt werden sollte. Die Konsequenzen der Offenlegung sind sehr ausgewogen und zahlreiche Faktoren auf allen drei Ebenen (persönliche, gesellschaftlich-soziale und zeitliche Ebene) beeinflussen die Entscheidung. Letztendlich ist die Entscheidung vom Jugendlichen selbst zu treffen. Allein die Auseinandersetzung mit der Entscheidung ist für den Jugendlichen wichtig. Jedoch ist festzuhalten, dass Offenlegung die Chance bietet, Nachteile der Geheimhaltung, wie die geringere Inanspruchnahme von Therapie, zu überwinden.

Der Gewinn in dieser Studie beruht vor allem darauf, dass Jugendliche mit psychischen Erkrankungen erkennen können, welche Aspekte nach Meinung ihres professionellen sozialen Umfeldes bei ihrer Entscheidung wichtig sind. Dies entspricht der Beantwortung der ersten Fragestellung dieser Arbeit. Zudem können Lehrer und Therapeuten ihre eigene Rolle bei der Entscheidungsfindung besser verstehen, was Antworten auf die zweite Fragestellung liefert. Viele Aspekte stimmen mit anderen Forschungsergebnissen bezüglich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Erwachsener und Jugendlicher überein. Gerade die Stigmatisierung ist und bleibt der entscheidende Nachteil von Offenlegung und Grund der Geheimhaltung. Jedoch können einige Besonderheiten in dieser Studie herausgestellt werden. Die übermäßige Offenlegung aus Sicht der Außenperspektive, die schwierige Rolle der Eltern und die besondere Stellung der Schule sind bedeutende Aspekte. In der Klinik sind Therapeuten in der Verantwortung, Jugendlichen beratend bei der Entscheidung zur Seite zu stehen. Auch Gruppendiskussionen können in Erwägung gezogen werden. Lehrer haben dagegen in der Schule mit unterschiedlichen Konflikten zu kämpfen.

4.2.3 Wissenschaftlicher Ausblick

In der Arbeit wurden immer wieder Hinweise auf weitere Forschungsmöglichkeiten gegeben. Dieses Kapitel fasst die wichtigsten Bereiche zusammen, in welchen Forschungsrelevanz vorhanden ist. Die Fokusgruppen des professionellen sozialen

Umfeldes können die Sicht der Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen sowie die Position des familiären Umfeldes nicht ersetzen. Weitere Studien sind nötig, um Ansichten aus diesen Perspektiven zu eruieren. Insbesondere Kategorien wie HK2 (Selbstverständnis als psychisch krank) sollten primär durch eigene Aussagen Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen bewertet werden. Auch sollten Lehrer anderer Schulformen und nicht primär am Gymnasium tätige Lehrer zum Thema befragt werden. Die Einteilung der Einflussfaktoren auf die drei Ebenen sollte – auch bei Erwachsenen – nachuntersucht werden. Auch welche Erkrankungen eher zur Offenlegung bzw. Geheimhaltung führen, ist für das jugendliche Alter kaum erforscht. Die Rolle der neuen Medien bei der Offenlegung von Jugendlichen ist durch ihre positiven und negativen Auswirkungen nicht eindeutig geklärt. Die übermäßige Offenlegung sollte weiteruntersucht werden, auch bei Erwachsenen und durch die Befragung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen. Die Rollen der Lehrer und Eltern mit dem Ziel, die dargestellten Probleme zu lösen, sollten in zukünftigen Forschungen beachtet werden. Die Etablierung von Programmen wie HOP (Corrigan u. Wilson 2016; Corrigan et al. 2015; Rüsch et al. 2014a) für Jugendliche im deutschen Sprachraum und die Intensivierung der Unterstützung Schüler mit psychischen Erkrankungen in der Schule sind nach den Ergebnissen dieser Studie wichtig. Um die Entscheidung zur Offenlegung Jugendlichen überhaupt zu ermöglichen, sind Forschungen zur Verbesserung der Anti-Stigma-Arbeit bei Jugendlichen unerlässlich.

5 Zusammenfassung

Jugendliche mit psychischen Erkrankungen stehen vor der Entscheidung, ob sie ihre Erkrankung offenlegen oder geheim halten sollen. Experten und ehemals Betroffene sehen in der Offenlegung eine Möglichkeit, langfristige Nachteile der Geheimhaltung und des sozialen Rückzuges zu überwinden. Daneben zeigen Untersuchungen, dass Erwachsene mit psychischen Erkrankungen bei Offenlegung sich seltener selbststigmatisieren. Bei betroffenen Jugendlichen existieren ebenfalls Hinweise für diesen Zusammenhang.

Offenlegung ist aber kein einfaches Konstrukt. Viele Einflüsse und Aspekte, welche die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung prägen, wurden bereits in vergangenen Forschungsarbeiten untersucht. Hierbei dominieren jedoch häufig Untersuchungen zu Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit setzt an diesem Punkt an und erforscht, welche Aspekte im Zusammenhang mit der Offenlegung betroffener Jugendlicher stehen. Dafür wurde eine qualitative Studie nicht mit den Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen selbst, sondern mit dem professionellen sozialen Umfeld durchgeführt. Mit 26 Lehrern und 22 Therapeuten (N=48) fanden sieben Fokusgruppen statt. Mithilfe eines Leitfadens konnten bestimmte Themen angesprochen werden. Die Fokusgruppen wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Durch die Betrachtung der Außenperspektive können die Rollen der Lehrer und Therapeuten bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der Jugendlichen ebenfalls bewertet werden.

Insgesamt konnten sieben für die Arbeit relevante inhaltliche Hauptkategorien abgeleitet werden. Sechs der sieben Hauptkategorien sind deduktiv, die Subkategorien dagegen in der Regel induktiv. Aus den Kategorien lassen sich neun Hypothesen als zentrale Ergebnisse ableiten: (1) Relevante Einflussfaktoren auf die Entscheidung sind in die persönliche, gesellschaftlich-soziale und zeitliche Ebene einzuteilen; (2) die Konsequenzen von Offenlegung sind ambivalent, während Geheimhaltung überwiegend negativ gesehen wird; (3) für Jugendliche ist häufig ein Mittelweg in Bezug auf Offenlegung sinnvoll; (4) Krankheitsakzeptanz erleichtert Offenlegung, während Nicht-Wahrhaben-Wollen und Selbststigmatisierung Offenlegung erschweren können; (5) Jugendliche können übermäßig offenlegen, was durch eine Fixierung auf die Erkrankung entstehen kann; (6) soziale

Kontaktaufnahme wird als häufigster Ratschlag zur Entscheidungsfindung gegeben; (7) Eltern werden als Hindernis für Jugendliche, welche ihre psychische Erkrankung gerne offenlegen würden, wahrgenommen; (8) Therapeuten nehmen eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher ein und unterstützen Jugendliche bei der Vorbereitung einer möglichen Offenlegung; (9) Schule scheint ein Ort mit besonderen Problemen hinsichtlich der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung Jugendlicher zu sein, und Lehrer befinden sich in Konfliktsituationen. Oftmals sind Parallelen zwischen den bereits erforschten Themenfeldern und den Ergebnissen dieser Arbeit erkennbar, wobei bisher erforschte Aspekte meistens bei Erwachsenen untersucht wurden. Einige neue, für Jugendliche besonders wichtige Aspekte konnten ergänzend zu den bereits bekannten Erkenntnissen eruiert werden. So sind die Bewertung der Schule als besonderes Setting für die Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung sowie die Rolle der Eltern als Hindernis für die Offenlegung eines Jugendlichen hervorzuheben. Auch die Betrachtung aus der Außenperspektive lässt neue Beobachtungen zu. Die übermäßige Offenlegung ist ein Phänomen, das anscheinend von außen besser wahrgenommen werden kann.

In künftigen Studien ist es wichtig, Aspekte der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung weiter zu erforschen. Die Position des professionellen sozialen Umfeldes ist hierbei ein wichtiger Aspekt, jedoch steht die eigene Perspektive des erkrankten Jugendlichen zentral im Fokus und ist daher nicht zu vernachlässigen. Themen einzelner Subkategorien wie die Abhängigkeit der Offenlegung von verschiedenen Erkrankungen sollten bei Jugendlichen in weiteren Studien untersucht werden.

6 Literaturverzeichnis

1. Banks B.R., Novak J., Mank D.M. u. Grossi T.: Disclosure of a psychiatric disability in supported employment: an exploratory study. Intl J Psychosocial Rehabil 11: 69–84 (2007)

2. Bohnsack R.: Gruppendiskussion. In: Flick U., Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek: S. 369–384 (2013)

3. Bos A.E., Kanner D., Muris P., Janssen B. u. Mayer B.: Mental illness stigma and disclosure: consequences of coming out of the closet. Issues Ment Health Nurs 30: 509–513 (2009)

4. Britten N.: Making sense of qualitative research: a new series. Med Educ 39: 5–6 (2005)

5. Brohan E., Henderson C., Wheat K., Malcolm E., Clement S., Barley E.A., Slade M. u. Thornicroft G.: Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. BMC Psychiatry 12: 11 (2012)

6. Brohan E., Evans-Lacko S., Henderson C., Murray J., Slade M. u. Thornicroft G.: Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study of beliefs and experiences. Epidemiol Psychiatr Sci 23: 289–300 (2014)

7. Buchholz B., Aylward S., McKenzie S. u. Corrigan P.W.: Should youth disclose their mental health challenges? Perspectives from students, parents, and school professionals. J Public Ment Health 14: 159–168 (2015)

8. Byrne S., Swords L. u. Nixon E.: Mental health literacy and help-giving responses in Irish adolescents. J Adolesc Res 30: 477–500 (2015)

9. Catthoor K., Feenstra D.J., Hutsebaut J., Schrijvers D. u. Sabbe B.: Adolescents with personality disorders suffer from severe psychiatric stigma: evidence from a sample of 131 patients. Adolesc Health Med Ther 6: 81–89 (2015)

10. Chandra A. u. Minkovitz C.S.: Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. J Youth Adolescence 36: 763–774 (2007)

11. Chen F.P., Lai G.Y. u. Yang L.: Mental illness disclosure in Chinese immigrant communities. J Couns Psychol 60: 379–391 (2013)

12. Chisholm K., Patterson P., Torgerson C., Turner E., Jenkinson D. u. Birchwood M.: Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. BMJ Open 6: e009435 (2016)

13. Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Morgan C., Rüsch N., Brown J.S. u. Thornicroft G.: What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med 45: 11–27 (2015)

14. Corrieri S., Conrad I. u. Riedel-Heller S.: Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches. Psychiat Prax 42: 82–89 (2015)

15. Corrigan P.W. u. Watson A.C.: The paradox of self-stigma and mental Illness. Clin Psychol Sci-Pr 9: 35–53 (2002)

16. Corrigan P.W.: How stigma interferes with mental health care. Am Psychol 59: 614–625 (2004)

17. Corrigan P.W., Larson J.E. u. Rüsch N.: Self-stigma and the „why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry 8: 75–81 (2009a)

18. Corrigan P.W., Larson J.E., Hautamaki J., Matthews A., Kuwabara S., Rafacz J.D., Walton J., Wassel A. u. O'Shaughnessy J.: What lessons do coming out as gay men or lesbians have for people stigmatized by mental illness? Community Ment Health J 45: 366–374 (2009b)

19. Corrigan P.W., Morris S.B., Larson J.E., Rafacz J.D., Wassel A., Michaels P., Wilkniss S., Batia K. u. Rüsch N.: Self-stigma and coming out about one's mental illness. J Community Psychol 38: 259–275 (2010)

20. Corrigan P.W., Morris S.B., Michaels P.J., Rafacz J.D. u. Rüsch N.: Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv 63: 963–973 (2012)

21. Corrigan P.W. u. Rao D.: On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure and strategies for change. Can J Psychiatry 57: 464–469 (2012)

22. Corrigan P.W., Kosyluk K.A. u. Rüsch N.: Reducing self-stigma by Coming Out Proud. Am J Public Health 103: 794–800 (2013)

23. Corrigan P.W., Larson J.E., Michaels P.J., Buchholz B., Rossi R.D., Fontecchio M.J., Castro D., Gause M., Krzyżanowski R. u. Rüsch N.: Diminishing the self-stigma of mental illness by Coming Out Proud. Psychiatry Res 229: 148–154 (2015)

24. Corrigan P.W.: Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. 2. Aufl., Guilford Press, New York (2016)

25. Corrigan P.W. u. Wilson K.: http://comingoutproudprogram.org/ (05.10.2016)

26. Corrigan P.W., Bink A.B., Schmidt A., Jones N. u. Rüsch N.: What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the „why try" effect. J Ment Health 25: 10–15 (2016a)

27. Corrigan P.W., Kosyluk K.A., Markowitz F., Brown R.L., Conlon B., Rees J., Rosenberg J., Ellefson S. u. Al-Khouja M.: Mental illness stigma and disclosure in college students. J Ment Health 25: 224–230 (2016b)

28. Corrigan P.W., Michaels P.J., Powell K., Bink A., Sheehan L., Schmidt A., Apa B. u. Al-Khouja M.: Who comes out with their mental illness and how does it help? J Nerv Ment Dis 204: 163–168 (2016c)

29. Deater-Deckard K.: Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 42: 565–579 (2001)

30. Deutscher Bildungsserver: www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-Lehrplaene-Richtlinien-4157.html (05.10.2016)

31. Drapalski A.L., Lucksted A., Perrin P.B., Aakre J.M., Brown C.H., DeForge B.R. u. Boyd J.E.: A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. Psychiatr Serv 64: 264–269 (2013)

32. Dresing T. u. Pehl T.: Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl., Selbstverlag, Marburg (2013)

33. Eisenberg D., Downs M.F. u. Golberstein E.: Effects of contact with treatment users on mental illness stigma. Soc Sci Med 75: 1122–1127 (2012)

34. Erikson E.H.: Identity: youth and crisis. W.W. Norton & Company, New York (1968)

35. Flick U.: Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 6. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek (2014)

36. Gerlach H., Becker N. u. Abholz H.H.: Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendiskussion mit Hausärzten. Z Allg Med 84: 428–435 (2008)

37. Goffman E.: Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon & Schuster, New York (1963)

38. Haller A.C., Klasen F., Petermann F., Barkmann C., Otto C., Schlack R. u. Ravens-Sieberer U.: Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Kindh Entwickl 25: 31–40 (2016)

39. Hamre B.K. u. Pianta R.C.: Student-teacher relationships. In: Bear G.G., Minke K.M. (Hrsg.) Children's needs III: development, prevention, and intervention, National Association of School Psychologists, Washington DC: S. 59–71 (2006)

40. Hanrahan E.K.: The stigma of mental illness among youth: a practical guide for child and adolescent therapists. Psy.D. Dissertation, University of Hartford (2008)

41. Hansson L., Jormfeldt H., Svedberg P. u. Svensson B.: Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? Int J Soc Psychiatry 59: 48–54 (2013)

42. Hartman L.I., Michel N.M., Winter A., Young R.E., Flett G.L. u. Goldberg J.O.: Self-stigma of mental illness in high school youth. Can J Sch Psychol 28: 28–42 (2013)

43. Hay D.F., Payne A. u. Chadwick A.: Peer relations in childhood. J Child Psychol Psychiatry 45: 84–108 (2004)

44. Henderson C., Brohan E., Clement S., Williams P., Lassman F., Schauman O., Dockery L., Farrelly S., Murray J., Murphy C., Slade M. u. Thornicroft G.: Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 203: 350–357 (2013)

45. Herman N.J.: Return to sender: reintegrative stigma-management strategies of ex-psychiatric patients. J Contemp Ethnogr 22: 295–330 (1993)

46. Hinshaw S.P.: The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. J Child Psychol Psychiatry 46: 714–734 (2005)

47. Hölling H., Schlack R., Petermann F., Ravens-Sieberer U., Mauz E. u. KiGGS Study Group: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57: 807–819 (2014)

48. Höwler E.: Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Springer, Berlin Heidelberg (2016)

49. Humphrey J.L., Storch E.A. u. Geffken G.R.: Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Child Health Care 11: 248–260 (2007)

50. Hunter S.B., Barber B.K., Olsen J.A., McNeely C.A. u. Bose K.: Adolescents' self-disclosure to parents across cultures: who discloses and why. J Adolesc Res 26: 447–478 (2011)

51. Juvonen J. u. Graham S.: Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. Annu Rev Psychol 65: 159–185 (2014)

52. Kaushik A., Kostaki E. u. Kyriakopoulos M.: The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. Psychiatry Res 243: 469–494 (2016)

53. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R. u. Walters E.E.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62: 593–602 (2005)

54. Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S. u. Ustün T.B.: Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 20: 359–364 (2007)

55. Kindernetzwerk e. V.: http://www.kindernetzwerk.de/download/Nachteilsausgleich.pdf (11.5.2016)

56. Klassen A.F., Miller A. u. Fine S.: Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 114: e541-e547 (2004)

57. Kosyluk K.A., Al-Khouja M., Bink A., Buchholz B., Ellefson S., Fokuo K., Goldberg D., Kraus D., Leon A., Michaels P., Powell K., Schmidt A. u. Corrigan P.W.: Challenging the stigma of mental illness among college students. J Adolesc Health 59: 325–331 (2016)

58. Kranke D., Floersch J., Townsend L. u. Munson M.: Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. Child Youth Serv Rev 32: 496–505 (2010)

59. Krueger R.A. u. Casey M.A.: Focus groups: a practical guide for applied research. 5. Aufl., Sage Publications, Thousand Oaks (2014)

60. Kruse J.: Qualitative Interviewforschung: ein integrativer Ansatz. Beltz Juventa, Weinheim Basel (2014)

61. Kuckartz U.: Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2010)

62. Kuckartz U.: Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim Basel (2014)

63. Lambert M., Bock T., Naber D., Löwe B., Schulte-Markwort M., Schäfer I., Gumz A., Degkwitz P., Schulte B., König H.H., Konnopka A., Bauer M., Bechdolf A., Correll C., Juckel G., Klosterkötter J., Leopold K., Pfennig A. u. Karow A.: Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. Fortschr Neurol Psychiatr 81: 614–627 (2013)

64. Lamnek S.: Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 5. Aufl., Beltz, Weinheim Basel (2010)

65. Lasalvia A., Zoppei S., van Bortel T., Bonetto C., Cristofalo D., Wahlbeck K., Bacle S.V., van Audenhove C., van Weeghel J., Reneses B., Germanavicius A., Economou M.,

Lanfredi M., Ando S., Sartorius N., Lopez-Ibor J.J. u. Thornicroft G.: Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. Lancet 381: 55–62 (2013)

66. Link B.G., Cullen F.T., Struening E.L., Shrout P.E. u. Dohrenwend B.P.: A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. Am Sociol Rev 54: 400–423 (1989)

67. Link B.G., Mirotznik J. u. Cullen F.T.: The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? J Health Soc Behav 32: 302–320 (1991)

68. Livingston J.D. u. Boyd J.E.: Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 71: 2150–2161 (2010)

69. Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U., Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek: S. 468–475 (2013)

70. Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl., Beltz, Weinheim Basel (2015)

71. McGahey E., Waghorn G., Lloyd C., Morrissey S. u. Williams P.L.: Formal plan for self-disclosure enhances supported employment outcomes among young people with severe mental illness. Early Interv Psychiatry 10: 178–185 (2016)

72. McKeague L., Hennessy E., O'Driscoll C. u. Heary C.: Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. Psychiatr Rehabil J 38: 158–163 (2015)

73. Mendenhall A. u. Mount K.: Parents of children with mental illness: exploring the caregiver experience and caregiver-focused interventions. Fam Soc 92: 183–190 (2011)

74. Merikangas K.R., Nakamura E.F. u. Kessler R.C.: Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci 11: 7–20 (2009)

75. Misoch S.: Qualitative Interviews. De Gruyter Oldenbourg, Berlin (2015)

76. Moses T.: Self-labeling and its effects among adolescents diagnosed with mental disorders. Soc Sci Med 68: 570–578 (2009)

77. Moses T.: Adolescent mental health consumers' self-stigma: associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. J Community Psychol 38: 781–798 (2010a)

78. Moses T.: Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. Soc Sci Med 70: 985–993 (2010b)

79. Moses T.: Stigma apprehension among adolescents discharged from brief psychiatric hospitalization. J Nerv Ment Dis 199: 778–789 (2011)

80. Mueller A.K., Fuermaier A.B., Koerts J. u. Tucha L.: Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord 4: 101–114 (2012)

81. Mukolo A., Heflinger C.A. u. Wallston K.A.: The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 49: 92–103 (2010)

82. Naslund J.A., Grande S.W., Aschbrenner K.A. u. Elwyn G.: Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. PLoS ONE 9: e110171 (2014)

83. O'Driscoll C., Heary C., Hennessy E. u. McKeague L.: Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. J Child Psychol Psychiatry 53: 1054–1062 (2012)

84. O'Keeffe G.S. u. Clarke-Pearson K.: The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. Pediatrics 127: 800–804 (2011)

85. Othman C., Wollny A., Abholz H.H. u. Altiner A.: Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. Z Allg Med 84: 280–285 (2008)

86. Pachankis J.E.: The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. Psychol Bull 133: 328–345 (2007)

87. Padgett D.: Qualitative and mixed methods in public health. Sage Publications, Thousand Oaks (2012)

88. Pandya A., Bresee C., Duckworth K., Gay K. u. Fitzpatrick M.: Perceived impact of the disclosure of a schizophrenia diagnosis. Community Ment Health J 47: 613–621 (2011)

89. Petermann F.: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. Kindh Entwickl 14: 48–57 (2005)

90. Peterson D., Currey N. u. Collings S.: „You don't look like one of them": disclosure of mental illness in the workplace as an ongoing dilemma. Psychiatr Rehabil J 35: 145–147 (2011)

91. Phelan J.C., Bromet E.J. u. Link B.G.: Psychiatric illness and family stigma. Schizophr Bull 24: 115–126 (1998)

92. Przyborski A. u. Wohlrab-Sahr M.: Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg, München (2008)

93. Reavley N.J. u. Jorm A.F.: Willingness to disclose a mental disorder and knowledge of disorders in others: changes in Australia over 16 years. Aust N Z J Psychiatry 48: 162–168 (2014)

94. Richter D. u. Fleer B.: Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. Gesundh ökon Qual manag 9: 236–240 (2004)

95. Rollins A.L., Mueser K.T., Bond G.R. u. Becker D.R.: Social relationships at work: does the employment model make a difference? Psychiatr Rehabil J 26: 51–61 (2002)

96. Rüsch N., Angermeyer M.C. u. Corrigan P.W.: Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry 20: 529–539 (2005)

97. Rüsch N., Lieb K., Bohus M. u. Corrigan P.W.: Self-Stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. Psychiatr Serv 57: 399–402 (2006)

98. Rüsch N., Evans-Lacko S. u. Thornicroft G.: What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure. Aust N Z J Psychiatry 46: 641–650 (2012)

99. Rüsch N. u. Berger M.: Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger M. (Hrsg.) Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, 5. Aufl., Urban & Fischer, München: S. 807–812 (2014)

100. Rüsch N., Abbruzzese E., Hagedorn E., Hartenhauer D., Kaufmann I., Curschellas J., Ventling S., Zuaboni G., Bridler R., Olschewski M., Kawohl W., Rössler W., Kleim B. u. Corrigan P.W.: Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. Br J Psychiatry 204: 391–397 (2014a)

101. Rüsch N., Brohan E., Gabbidon J., Clement S. u. Thornicroft G.: Stigma and disclosing one's mental illness to family and friends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49: 1157–1160 (2014b)

102. Rüsch N., Müller M., Heekeren K., Theodoridou A., Metzler S., Dvorsky D., Corrigan P.W., Walitza S. u. Rössler W.: Longitudinal course of self-labeling, stigma stress and well-being among young people at risk of psychosis. Schizophr Res 158: 82–84 (2014c)

103. Russell S.T., Toomey R.B., Ryan C. u. Diaz R.M.: Being out at school: the implications for school victimization and young adult adjustment. Am J Orthopsychiatry 84: 635–643 (2014)

104. Sakellari E., Sourander A., Kalokerinou-Anagnostopoulou A. u. Leino-Kilpi H.: Opinions about mental illness among adolescents: the impact of a mental health educational intervention. School Ment Health 8: 268–277 (2015)

105. Schilling V., Petermann F. u. Hampel P.: Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. Z Psychiatr Psych Ps 54: 293–301 (2006)

106. Schmidt C.: Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U., Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek: S. 447–456 (2013)

107. Schreier M.: Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qual Soc Res 15, Art. 18: 1-27 (2014)

108. Segalovich J., Doron A., Behrbalk P., Kurs R. u. Romem P.: Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 27: 231–234 (2013)

109. Sherman J., Rasmussen C. u. Baydala L.: The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a review of the literature. Educ Res 50: 347–360 (2008)

110. Steigleder S.: Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest: Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Tectum, Marburg (2008)

111. Steinke I.: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U., Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch, Reinbek: S. 319–331 (2013)

112. Wahl O.F.: Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull 25: 467–478 (1999)

113. Wheat K., Brohan E., Henderson C. u. Thornicroft G.: Mental illness and the workplace: conceal or reveal? J R Soc Med 103: 83–86 (2010)

114. Wille N., Bettge S., Wittchen H.U. u. Ravens-Sieberer U.: How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 17: 42–51 (2008)

115. WISE: https://wisewisconsin.org/resources/honest-open-proud/ (28.09.2016)

116. Witt H.: Strategies in Qualitative and Quantitative Research. Forum Qual Soc Res 2, Art. 8: 1–11 (2001)

117. Witzel A.: The problem-centered interview. Forum Qual Soc Res 1, Art. 22: 1-9 (2000)

118. WHO (World Health Organization): Child and adolescent mental health policies and plans: mental health policy and services guidance package. World Health Organization, Geneva Herndon (2005)

Anhang

Anhang A **Abbildungsverzeichnis**

Anhang B **Tabellenverzeichnis**

Anhang C **Transkriptionsregeln**

Anhang D **Codierregeln**

Anhang E **Regeln zur Überarbeitung**

Anhang F **Kategoriendefinitionen der Hauptkategorien**

Anhang A: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur und Geschlechtsverhältnis der teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer 16
Abbildung 2: Darstellung der Berufserfahrung in Jahren von den Lehrerinnen und Lehrern sowie den Therapeutinnen und Therapeuten 17
Abbildung 3: Altersstruktur und Geschlechtsverhältnis der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten 18
Abbildung 4: Darstellung der Berufsbezeichnung der Therapeutinnen und Therapeuten in Prozent 18
Abbildung 5: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse 20
Abbildung 6: Übersicht des Codierprozesses am Beispiel der Therapeuten mit zeitlicher Abfolge der einzelnen Schritte 24
Abbildung 7: Beispielhafter Ausschnitt aus dem Dokumentenbrowser von MAX-QDA 26
Abbildung 8: Zusammenhang der Leitfadenthemen mit der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der psychischen Erkrankung 31
Abbildung 9: Gegensätzliche Vor- und Nachteile von Offenlegung aus Sicht des professionellen sozialen Umfeldes 44
Abbildung 10: Konzeptualisierung des Zusammenhangs von der Entscheidungsfindung über Offenlegung oder Geheimhaltung und den Hauptkategorien 63
Abbildung 11: Darstellung des Oberthemas „Einflussfaktoren“ 64

Anhang B: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der einzelnen Fokusgruppen der Lehrer und Therapeuten mit Teilnehmeranzahl und Diskussionsdauer 16
Tabelle 2: Leitfaden mit Fragestellungen/Impulsen als Ausgangsbasis für den Codebaum 30
Tabelle 3: Darstellung aller Hauptkategorien aus dem entwickelten Kategoriensystem ... 32
Tabelle 4: Übersicht der HK Kommunikation und Konsequenzen 35
Tabelle 5: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Abhängigkeiten“ 36
Tabelle 6: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Bedingungen“ 40
Tabelle 7: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Vor- und Nachteile“ 42
Tabelle 8: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Zusätzliche Nachteile der Geheimhaltung“ 45
Tabelle 9: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Ausmaß“ 47
Tabelle 10: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Selbstverständnis als psychisch krank“ 49
Tabelle 11: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“ 51
Tabelle 12: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Ratschläge zur Entscheidungsfindung“ 54
Tabelle 13: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Rolle der Eltern“ 55
Tabelle 14: Darstellung der Subkategorien aus der HK „Rolle der Therapeuten“ 57
Tabelle 15: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Probleme im Schulsetting“ 59
Tabelle 16: Darstellung der Subkategorien aus der Kategorie „Rolle der Lehrer“ 62

Anhang C: Transkriptionsregeln

Vor Beginn der Transkription der Audioaufzeichnungen wurden insgesamt 18 Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2013) aufgestellt:

1. Die Transkription wird nach den Regeln der deutschen Rechtschreibung, auch der Groß- und Kleinschreibung, durchgeführt.
2. Füllworte wie „ähm“ oder „ja“ von der primär sprechenden Person werden transkribiert.
3. Bestätigungen wie „mhm“ vom Interviewer werden nicht transkribiert, es sei denn, es stellt eine eigenständige Antwort dar (bejahend oder verneinend).
4. Es wird wörtlich transkribiert. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt („Isch“ wird Ist, „Des“ wird Das, etc.). Auch Wortverschleifungen werden ins Hochdeutsche übersetzt.
5. Wort- und Satzabbrüche werden durch „/“ gekennzeichnet. Wortdoppelungen werden erfasst und mit Komma getrennt.
6. Interpunktionen mit Komma und Punkte der einzelnen Sätze werden dem Sinn nach gemacht, so dass das Transkript verständlich zu lesen ist.
7. Pausen von einer Sekunde werden mit einem Punkt in Klammern (.) gekennzeichnet, zwei Sekunden (..), drei Sekunden (…). Ab vier Sekunden werden Zahlen in Klammern (4), (5), etc. verwendet.
8. Besonders betonte Wörter oder Wortteile werden großgeschrieben.
9. Nach jedem Absatz wird eine Zeitmarke gesetzt.
10. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen (z. B. lachen) werden in Klammer notiert. Stammt diese nicht von der primär sprechenden Person, so wird vor der Äußerung die entsprechende Person in die Klammer geschrieben (zum Beispiel: (B1 lachen)).
11. Die Teilnehmer werden von B1 bis B? durchnummeriert und der Interviewer wird mit „I“ gekennzeichnet. Die Nummerierung soll mit der Skizze übereinstimmen (Sitzaufteilung).
12. Unverständliche Wörter werden in Klammer gesetzt und mit Fragezeichen versehen. Unverständliche Passagen werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet und es wird der Grund, sofern vorhanden, angegeben. Zum Beispiel: (unv., Sprechüberlagerung).

13. Sprechüberlagerungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Dabei wird von dem entsprechenden Einwurf der Person eine neue Zeile verwendet.
14. Bei kurzen Gedankenpausen im Satz kleiner als eine Sekunde werden Gedankenstriche verwendet „-“.
15. Sprechen die Teilnehmer über nicht zur Forschungsfrage gehörende Themen, können Passagen mit Themen- und Zeitangabe ausgelassen werden. Die Angaben werden in eckige Klammern gesetzt „{}“.
16. Jeder Beitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel werden durch eine Leerzeile zwischen den Sprechern verdeutlicht, um die Lesbarkeit zu verbessern.
17. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert. Zum Beispiel: (Handy klingelt).
18. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Anhang D: Codierregeln

Vor Beginn des Codierprozesses wurden acht Codierregeln in Anlehnung an Kuckartz (2014, S. 82) aufgestellt:

1. Es werden Sinneinheiten codiert.
2. In der Regel sollte jede Codierung einen Satz umfassen. In Ausnahmefällen können auch Satzteile codiert werden. Voraussetzung: Der codierte Satzteil muss eine Sinneinheit ergeben.
3. Wenn die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze umfasst, werden diese codiert.
4. Sofern Interviewer-Fragen zum Verständnis der entsprechenden Sinneinheit erforderlich sind, werden diese mitcodiert.
5. Sind in einer Sinneinheit mehrere Themen vorhanden, kann diese zu den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden. Mehrfachcodierungen einer Sinneinheit sind demnach erlaubt.
6. Es gilt, ein gutes Maß zu finden, wie viel Text codiert wird. Dabei steht im Vordergrund, dass die Textstelle alleine verständlich ist und andere Personen nachvollziehen können, warum sie zur entsprechenden Kategorie codiert wurde.
7. Bei Zustimmungen einzelner Teilnehmer zu Aussagen anderer Teilnehmer wird die Zustimmung in die Diskursanalyse codiert. Wenn die Person eine gleiche inhaltliche Aussage macht, wird die Zustimmung nicht ergänzt, um die Quantität der Codierungen nicht zu verfälschen.
8. Textabschnitte, welche keine Relevanz für das Thema haben und nicht in die Diskursdynamik codiert werden können, werden nicht codiert.

Anhang E: Regeln zur Überarbeitung

Der Ablauf der Auswertung zwischen Erstcodierer und Codierüberprüfer wurde durch Regeln strukturiert. Insgesamt wurden fünf Regeln aufgestellt:

1. Vor der Auswertung wird ein Codierüberprüfer festgelegt, welcher die Codierungen vom Erstcodierer überprüft.
2. Der Erstcodierer codiert in MAX-QDA das Transkript. Bei Festlegung neuer Kategorien oder Änderungen der Kategorien gegenüber dem Ursprungs-Codebaum des ersten ausgewerteten Transkriptes werden diese beim zweiten Transkript blau, bei den weiteren Transkripten grün gefärbt. Nach dem Kontrollvorgang wird wieder grün zu blau umgefärbt.
3. Der Codierüberprüfer kontrolliert die Arbeit des Erstcodierers. Bei Abweichungen arbeitet er durch Einfärben der Kategorien und durch Notizen, die er sich selbst macht.
4. Änderungen durch den Codierüberprüfer finden erst durch Rücksprache mit dem Erstcodierer statt. Die Rücksprache erfolgt durch ein persönliches Treffen oder telefonisch.
5. Verwendete Farben des Codierüberprüfers: Violett für doppelte Codierungen oder Verschieben in eine andere Kategorie/Neubildung Kategorie. Rot für Änderungen innerhalb der Kategorie (z. B. Anpassung des Namens, Löschen der Codierung).

Anhang F: Kategoriendefinitionen der Hauptkategorien

HK1 „Kommunikation und Konsequenzen“:

Es werden Kommunikationspartner der Jgdl. mit psychischen Erkrankungen sowie Aspekte (u. a. Konsequenzen) der Offenlegung und Geheimhaltung in dieser Kategorie beschrieben. Dabei können die Aussagen der Teilnehmer entweder hypothetisch formuliert sein oder auf eigene Erfahrungen der Lehrer und Therapeuten basieren.

HK2 „Selbstverständnis als psychisch krank“:

Das Selbstverständnis als psychisch krank beschreibt, wie Jgdl. mit psychischen Erkrankungen ihre eigene Krankheit verstehen und sich selbst wahrnehmen. Dabei wird die Wahrnehmung der Jgdl. von außen durch Lehrer und Therapeuten beschrieben.

HK3 „Gesellschaftliche Haltungen und Handlungen“:

Diese Kategorie umfasst alle Aussagen dazu, wie Jgdl. mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft gesehen werden. Gedanken und Handlungen der Gesellschaft werden beschrieben. Die Gedanken und Handlungen sind nicht voneinander in Subkategorien trennbar, da diese stark miteinander verbunden sind und ineinander übergehen. Auch diese Kategorie enthält sowohl hypothetische Vorstellungen, als auch Aussagen basierend auf eigene Erfahrungen. Damit werden auch eigene Meinungen von Therapeuten bzw. Lehrer codiert (sie sind auch ein Teil der Gesellschaft). Eine Differenzierung im Codebaum ist aufgrund der starken Verbindungen zwischen hypothetischen Aussagen und Erfahrungsberichten nicht möglich.

HK4 „Ratschläge zur Entscheidungsfindung“:

Ratschläge, wie Jgdl. mit psychischen Erkrankungen zur Entscheidungsfindung gelangen können, werden von Lehrern und Therapeuten formuliert.

HK5 „Rolle der Eltern“:

Induktive Kategorienbildung aufgrund der Bedeutung, welchen Eltern bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der Jgdl. mit psychischen Erkrankungen beigemessen wird. Es werden Textstellen codiert, welche die Rolle der Eltern bei der Entscheidung ihrer Kinder mit psychischen Erkrankungen beschreiben. Ansichten von und Konsequenzen für Eltern bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung des Jgdl. mit psychischer Erkrankung werden thematisiert. Die Aspekte haben entweder direkt

mit der Entscheidung der Jgdl. zu tun oder indirekten Einfluss über andere Hauptkategorien (z. B. Haltungen der Eltern wie „Scham“).

HK6 „Rolle der Therapeuten“:

Diese Kategorie beschreibt die Rolle von Therapeuten bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der Jgdl. mit psychischen Erkrankungen.

HK7 „Offenlegung in der Schule und Rolle der Lehrer“:

Sowohl die Rolle der Lehrer bei der Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung der Jgdl. mit psychischen Erkrankungen als auch spezielle Aspekte zur Entscheidung im Schulsetting sind in der Kategorie enthalten. Dabei werden diejenigen Aspekte codiert, welche ausschließlich auf das Schulsetting zutreffen und konkret zu Schule und Lehrer gemacht werden (Abgrenzung zur 1. Hauptkategorie Kommunikation und Konsequenzen). Die Aspekte stehen direkt oder indirekt mit Offenlegung in Verbindung (z. B. Sonderstatus, Grenzen durch den Schulalltag). Die Zuordnung, ob ein Aspekt mit Offenlegung indirekt in Verbindung steht, liegt im Ermessen des Codierenden.

HK8 „Psychische Krankheiten in der Schule“:

Es werden Aussagen zu psychischen Krankheiten in der Schule gemacht, welche in keiner Verbindung zur Entscheidung über Offenlegung oder Geheimhaltung einer psychischen Erkrankung im Schulsetting stehen.

HK9 „Umgang erkrankter Jugendlicher mit Stigmatisierung“:

Beim Umgang mit Stigmatisierung werden die Bewältigungsmöglichkeiten von Jgdl. beschrieben, wie sie mit Stigmatisierung und Diskriminierung umgehen. Diese Kategorie enthält ausschließlich Aussagen von Therapeuten. In den Fokusgruppen der Lehrer wurde die Frage nach dem Umgang mit Stigmatisierung nicht gestellt.

HK10 „Diskursdynamik“:

Die Diskursdynamik umfasst die Kommunikation der Teilnehmer untereinander über Themen, welche nicht zur Forschungsfrage passen. Darüber hinaus werden Zustimmungen und Widersprüche der Diskussionsteilnehmer sowie die Kommunikation mit dem Interviewer codiert.

Danksagung

Bei meinem Doktorvater Herrn Professor Nicolas Rüsch möchte ich mich für seine unterstützende Betreuung und sein konstruktives Feedback bei der Entwicklung meiner Doktorarbeit bedanken. Seine Denkanstöße halfen mir, die Aussagen der Lehrer und Therapeuten besser zu verstehen.

Auch gilt es, Nadine Koslowski zu danken, welche die Teilnehmer der Studie rekrutierte und die Fokusgruppen als Gesprächsleiterin durchführte. Hervorzuheben ist ihre Rolle als Codierüberprüferin in der Auswertung der Fokusgruppen. Durch ihre kritischen Anmerkungen und unseren inhaltlichen Diskussionen unterstützte sie mich bei der Entwicklung der Kategorien.

Ein herzliches Dankeschön gilt Frau Dr. Silvia Krumm, welche mir mit ihrer Erfahrung in qualitativer Forschung in allen Phasen meiner Doktorarbeit eine große Hilfe war. Stets hatte sie ein offenes Ohr für meine Fragen und nahm sich Zeit für die Korrekturlesung meiner methodischen Ausführungen.

Zudem möchte ich allen Forschenden der qualitativen Forschungswerkstatt aus Günzburg danken, welche mir durch ihr inhaltliches Feedback einige Denkanstöße gegeben haben.

Danken möchte ich auch Frau PD Dr. Isabel Böge für die Begutachtung meiner Doktorarbeit als Zweitkorrektorin.

Allen weiteren Personen, insbesondere meinem Vater Michael Bayha, möchte ich ein großes Dankeschön aussprechen. Durch Korrekturlesen meiner Arbeit und durch jegliche andere Hilfe waren sie für mich eine große Unterstützung.

Ohne die Bereitschaft der Lehrer und Therapeuten zur Teilnahme an den Fokusgruppen und ihre Offenheit in den Diskussionen, hätte es diese Studie nicht geben können. Ich hoffe sehr, dass durch ihren Beitrag Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und ihr Umfeld die Entscheidungsfindung über Offenlegung und Geheimhaltung besser verstehen können.

Lebenslauf

Aus Gründen des Datenschutzes entfernt.