

Miksch, Antje / Ochs, Matthias / Franck, Gideon / Seemann, Hanne / Verres, Rolf und Schweitzer, Jochen

Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 4, S. 277-287

urn:nbn:de:bsz-psydok-44991

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlor, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizzen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Engelisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplugh, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen

Antje Miksch, Matthias Ochs, Gideon Franck, Hanne Seemann, Rolf Verres und Jochen Schweitzer

Summary

What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache

Over the last few years, the prevalence rate of primary headache in childhood has increased significantly. Children suffering from headache can find a way to live without or with as few headache as possible by taking advantage of their individual resources. Headache afflicting children can be a considerable burden for the children's families and their social environment. Vice versa, these social systems also have a decisive influence on the child's suffering. The study submitted deals with the question which resources – concerning the treatment of headache – children, adolescents and their families were able to discover and/or further develop in the context of a resource-oriented and solution-oriented outpatient group and family treatment program, and which coping strategies they found to be especially helpful. For this purpose, systematic family interviews of n=39 families were evaluated. Dealing with headache, the notion of independence plays a decisive role – both for children and their parents.

Keywords: primary headache in childhood and adolescence – qualitative content analysis – coping within the family – systemic family interviews

Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist die Prävalenzrate primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen deutlich angestiegen. Kinder, die unter Kopfschmerzen leiden, können unter Ausschöpfung ihrer individuellen Ressourcen einen Weg finden kopfschmerzfrei oder mit möglichst wenig Kopfschmerzen zu leben. Kopfschmerzen bei Kindern können auch für die Familie und das soziale Umfeld eine erhebliche Belastung darstellen. Umgekehrt haben diese sozialen Systeme auch einen entscheidenden Einfluss auf die Symptomatik des Kindes. Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, welche Ressourcen im Umgang mit Kopfschmerzen Kinder und

Jugendliche und ihre Familien im Rahmen eines ressourcen- und lösungsorientierten ambulanten Gruppen- und Familienbehandlungsprogramms für sich neu entdecken und/oder weiterentwickeln konnten und welche Bewältigungsstrategien sie als besonders hilfreich erfahren haben. Hierzu wurden systemische Familieninterviews von N = 39 Familien qualitativ (anhand induktiver Kategorienbildung) ausgewertet. Selbständigkeit im Umgang mit den Kopfschmerzen spielt dabei sowohl für die Kinder als auch für ihre Eltern eine entscheidende Rolle.

Schlagwörter: primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – qualitative Inhaltsanalyse – familiäre Bewältigung – systemisches Familieninterview

1 Einleitung

Fast 90 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von acht bis 16 Jahren haben Erfahrungen mit – meist primären – Kopfschmerzen (Frankenberg u. Pothmann 1999). Die häufigsten Formen sind Migräne und Kopfschmerzen vom Spannungstyp. In einer epidemiologischen Untersuchung aus Finnland (Metsähonkala et al. 1999) wird die Prävalenzrate für Kopfschmerzen vom Spannungstyp im Kindesalter mit zwölf Prozent angegeben, in einer aktuellen Erhebung aus dem Ruhrgebiet mit knapp 50 % (Frankenberg u. Pothmann 1999). Was Migräne im Kindesalter betrifft, so sind die Zahlen etwas einheitlicher. In den meisten Untersuchungen liegt die Prävalenzrate bei etwas über zehn Prozent (Überall et al. 2000).

Migräne gilt heute als die häufigste neurologische Erkrankung im Kindesalter. Kopfschmerzen stellen das häufigste Krankheitssymptom, bzw. die häufigste chronische Schmerzstörung bei Kindern im Schulalter dar (Luka-Krausgrill u. Reinhold 1996) und gehören zu den Symptomen, unter denen Kinder am häufigsten leiden (Aromaa et al. 2000). Bei ungefähr der Hälfte der Kinder bzw. Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen persistieren bzw. chronifizieren diese bis ins Erwachsenenalter (Bille 1997; Schmidt et al. 1992). Diese Zahlen machen deutlich, welche aktuelle Relevanz eine eingehende Beschäftigung mit der Ätiopathogenese, der Therapie und auch der Prävention primärer Kopfschmerzen im Kindesalter hat. Kinder, die häufig unter Kopfschmerzen leiden, erleben mehr Stress und empfinden diesen als belastender, sie fühlen sich sozial weniger unterstützt und sind depressiver (Luka-Krausgrill u. Reinhold 1996). Regelmäßiges Auftreten von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen verdoppelt das Risiko einer psychiatrischen Auffälligkeit (Schmidt et al. 1992).

Neben einer medikamentösen Therapie (s. hierzu Evers et al. 2002) sollten in der Behandlung pädiatrischer Kopfschmerzen eine Reihe anderer Faktoren berücksichtigt werden. So gibt es einige Verfahren zur nichtmedikamentösen Therapie, wie z.B. Biofeedback, verhaltenstherapeutische Maßnahmen, kognitiv oder hypnotherapeutisch orientierte Strategien sowie das Erlernen von Entspannungsverfahren, wie autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation (für gruppentherapeutische Konzepte siehe z.B. Luka-Krausgrill 1998; Denecke u. Kröner-Herwig 2000; Seemann 2002), die sich sowohl für die Bewältigung einer Kopfschmerzepisode als auch als Maßnahme zur Prophylaxe einer Chronifizierung als hilfreich erwiesen ha-

ben. Statistisch zeigen verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine vergleichbare Wirksamkeit wie medikamentöse Therapien, in der Langzeitwirkung scheinen sie diesen jedoch überlegen zu sein (Hermann et al. 1995).

Nicht nur das betroffene Kind leidet unter dem Symptom Kopfschmerzen, sondern auch für die Familie und das soziale Umfeld können die Beschwerden eine erhebliche Belastung darstellen. Diese sozialen Systeme haben umgekehrt auch einen bedeutenden Einfluss auf Entstehung, Chronifizierung und Linderung der Symptomatik des Kindes. (zur Rolle der Familie im Kontext von Krankheit/Gesundheit siehe McDaniel et al. 1997; Kröger et al. 2000; Cierpka et al. 2001). In Familien mit einem Kopfschmerzkind führen Konflikte häufiger zu offenen Streitigkeiten als in einer Kontrollgruppe; die Kinder mit Kopfschmerzen reagieren auf Stress eher mit körperlichen Symptomen als die Kinder der Kontrollgruppe (Aromaa et al. 2000). Die psychosozialen Variablen „being unhappy at school“ und „being unhappy at home“ sind neben Migräne in der Familie wichtige Prädiktoren für die Ausbildung einer kindlichen Migräne (Bener et al. 2000).

Eltern verhalten sich gegenüber einem Kopfschmerzkind häufig anders als gegenüber einem gesunden Geschwisterkind (Lykaitis 1985). Das Kopfschmerzkind befindet sich in einem „Spannungsbogen zwischen behütet sein und allein gelassen werden“. Die Familie eines Kopfschmerzkindes sollte stets versuchen ihren Beitrag dazu zu leisten, dem Kind einen Ausgleich zu schaffen, den Druck, der von außen oder innen auf es einwirkt, zu lindern. Jedoch sollte dabei stets die Autonomie des Kindes im Umgang mit seinen Kopfschmerzen im Vordergrund stehen, denn „das Kind muss in Erfahrung bringen, was ihm gut tut, und was es in seinem Leben brauchen kann“ (Seemann 2002).

2 Fragestellung, Stichprobe und Methodik

2.1 Fragestellung

Diese Studie ist Teil des Forschungsprojekts „Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen“ an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg (Leitung: Dipl. Psych. Hanne Seemann und Prof. Dr. Jochen Schweitzer).¹ In diesem Forschungsprojekt wird u.a. die Wirksamkeit eines theoriegeleiteten, ressourcen- und lösungsorientierten ambulanten Gruppen- und Familienbehandlungsprogramms untersucht.

Die vorliegende Teilstudie widmet sich der Frage, welche Ressourcen im Umgang mit Kopfschmerzen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien im Rahmen eines kind- und familienorientierten Behandlungsprogramms für sich neu entdecken und/oder weiterentwickeln konnten und welche Bewältigungsstrategien sie als besonders hilfreich erfahren haben. Hierzu wurden systemische Familieninterviews

¹ Gefördert durch FSP „Multidimensionalität des chronifizierenden Schmerzes“ des Klinikums der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Projekt-Nr. E3 (F 207042), genehmigt von der Ethikkommission. Alle Patienten haben eine Einverständniserklärungen unterschrieben, dass ihre Daten zu wissenschaftlichen Zwecken anonymisiert veröffentlicht werden dürfen.

ausgewertet, die neun Monate nach Beendigung des Behandlungsprogramms durchgeführt worden waren.

Das kind- und familienorientierte Behandlungsprogramm setzte sich aus drei Elementen zusammen:

- zehn 1 ½-stündige Kinderkopfschmerzgruppen/Gruppenhypnotherapie (Kinder allein),
- drei 1 ½-stündige Elternabende (Eltern allein),
- drei 1 ½-stündige systemische Familieninterviews (Kinder mit Eltern und Geschwistern).

Das Konzept der Kinderkopfschmerzgruppen basiert auf dem Ansatz „Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen“ zur Behandlung psychosomatischer Schmerzen (Seemann 1998) und wurde in einem Manual veröffentlicht und dort detailliert beschrieben (Seemann 2002).

Eine Auswertung der Frage, welchen Einfluss acht im Vorfeld theoriegeleitet formulierte familiäre Beziehungsmuster auf den Therapieerfolg haben, sowie ein Aufsatz über familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen und eine Arbeit zu elterlicher Paarunzufriedenheit bei kindlichen Kopfschmerzen kann in gesonderten Publikationen nachgelesen werden (Ochs et al. 2002a, b, 2004).

2.2 Stichprobe

Die hier untersuchte Stichprobe umfasst 39 Familien, in denen jeweils ein Kind an Migräne oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp leidet. Die Familien haben zwischen 1999 und 2001 an der Studie teilgenommen. Sie wurden durch Kinderärzte bzw. die Kinderklinik oder durch Medienaufrufe auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Einschlusskriterien für die Teilnahme waren ein Alter zwischen acht und 15 Jahren, die Diagnose Migräne mit oder ohne Aura (IHS-Code 1.1 und 1.2) und/oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp, (IHS-Code 2.1 episodisch oder 2.2 chronisch), das Bestehen der Symptomatik seit mindestens sechs Monaten und mindestens zwei Kopfschmerzattacken bzw. Episoden pro Monat im Durchschnitt der letzten sechs Monate. Ebenfalls Voraussetzung für die Teilnahme waren eine neurologische Untersuchung ohne positiven Befund sowie ein bestehender Behandlungswunsch seitens der Betroffenen und der Eltern.

Ausschlusskriterien waren symptomatische Kopfschmerzen (IHS-Code 5–11), organische Psychosyndrome und nicht ausreichende Deutschkenntnisse. Dauernde Medikamenteneinnahme inklusive einer medikamentösen Migräneprophylaxe galt nicht als Ausschlusskriterium.

Die 39 Kinder der hier berichteten Stichprobe (16 Mädchen und 23 Jungen) waren zwischen acht und 15 Jahre alt. Von den Mädchen hatten drei die Diagnose Migräne, acht Kopfschmerzen vom Spannungstyp und fünf eine Mischdiagnose. Von den Jungen hatten zwölf Migräne, einer Kopfschmerzen vom Spannungstyp und zehn eine Mischdiagnose. Von den 23 Jungen lebten fünf bei ihrer allein erziehenden Mutter und einer beim Vater, von den Mädchen lebte eines bei der Mutter, alle anderen lebten bei beiden Eltern. Die globale Symptombelastung durch die Kopf-

schmerzen gaben die Kinder auf einer numerischen Ratingskala von eins (sehr leichte Kopfschmerzen) bis zehn (sehr starke Kopfschmerzen) im Durchschnitt mit 6,7 an. Die Kopfschmerzsymptomatik bestand bei den Kinder im Durchschnitt seit 4,25 Jahren (s. Tab. 1).

Tab. 1: Stichprobe

	Jungen	Mädchen	Alter	Globale Symptombelastung NRS 0–10	Dauer der Beschwerden in Jahren
Migräne	12	3	11,3	7,6	4,2
Kopfschmerzen vom Spannungstyp	1	8	11,1	5,9	3,25
Mischdiagnose	10	5	11,6	6,4	5,3
Gesamt	23	16	11,4	6,7	4,25

2.3 Methodik

Die Grundlage für die Auswertung der Familiengespräche bildete die Methode der induktiven Kategorienbildung, die ein Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (1997) darstellt. Qualitative Forschung hat zum Ziel, das Verhalten und das Denken von Menschen in bestimmten Situationen, bzw. Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern aus der Perspektive des untersuchten Subjektes heraus zu betrachten. Sie gewinnt im Rahmen medizinischer Forschung – insbesondere im Bereich der Familienmedizin – immer mehr an Bedeutung (Verres 1986; Huston u. Rowan 1998; Cierpka et al. 2001).

Die Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien des Kopfschmerzkinde oder anderer Familienmitglieder im Umgang mit den Kopfschmerzen wurden in Form von Kategorien direkt aus den Familiengesprächen abgeleitet. Als Ausgangsmaterial dienten hierfür Protokolle der Interviews, bei deren Aufzeichnung wir uns an die von Flick formulierte „Sparsamkeitsregel“ gehalten haben („Nur soviel aufzeichnen, wie es zur Beantwortung der Fragestellung unbedingt notwendig erscheint“, Flick 1999).

Das Ausgangsmaterial wurde dabei Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wenn eine Aussage im Text eine Bewältigungsstrategie enthielt, also das Selektionskriterium erfüllte, wurde unter Beachtung des Abstraktionsniveaus die Aussage generalisiert und daraus eine Kategorie als Begriff oder Kurzsatz formuliert. Wenn nun in der weiteren Durcharbeitung des Materials Bewältigungsstrategien auftauchten, wurde jeweils entschieden, ob die Textstelle dieselbe Strategie beschrieb oder ob eine neue Kategorie gebildet werden musste. Nach der Durcharbeitung des gesamten Ausgangsmaterials wurden die gefundenen Kategorien zusammengetragen. In einem letzten Schritt schloss sich eine quantitative und qualitative Interpretation der gefundenen Kategorien an. Die Kategorien wurden ausgezählt, in Form einer Rangreihe dargestellt und zu größeren Einheiten zusammengefasst. Anhand der gefundenen Bewältigungsstrategien wurden Definitionen der einzelnen Kategorien formuliert. Bei der Durchsicht der Kategorien schien es jetzt sinnvoll zu sein, zwischen

individuellen und familiären Bewältigungsstrategien zu unterscheiden. Die Methode der induktiven Kategorienbildung, die hier zur Anwendung kam, wird detailliert bei Mayring (1997, S. 59–76) beschrieben.

3 Ergebnisse

Bei der Auswertung der Protokolle zeigt sich deutlich, dass die meisten Kinder im Zeitraum der Behandlung Ressourcen für ihren Umgang mit den Kopfschmerzen reaktiviert und/oder entdeckt haben. In Tabelle 2 ist das gesamte Kategoriensystem mit repräsentativen Beispielziten und in Abbildung 1 sind die Häufungen der einzelnen Bewältigungsstrategien dargestellt.

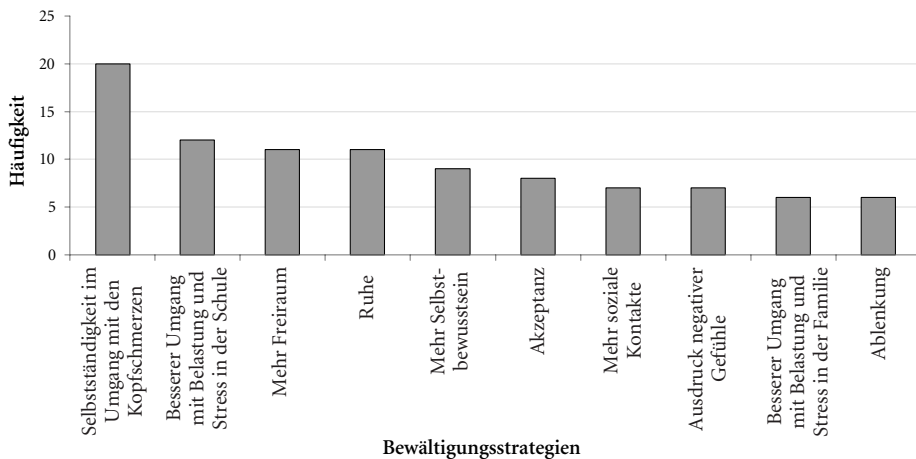


Abb. 1: Häufigkeiten der gefunden Kategorien

Aus der Fülle der Beispielzitate sind die folgenden Definitionen der einzelnen Bewältigungsstrategien entstanden. Die Unterscheidung in individuelle und familiäre Bewältigungsstrategien macht deutlich, dass es sowohl für die Kinder als auch die Eltern wichtige Veränderungen gab.

Individuelle Bewältigungsstrategien des Kindes:

- *Mehr Selbstständigkeit im Umgang mit den Kopfschmerzen* bedeutet, alleine am besten mit den Kopfschmerzen umgehen zu können, zu wissen was gut tut und was nicht, es den anderen nicht immer zu sagen, wenn die Kopfschmerzen kommen und die Anzeichen frühzeitig zu bemerken und selbständig etwas dagegen zu unternehmen.
- *Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Schule (Kind)* bedeutet, sich mit einer Schulsituation, die man nicht ändern kann, konstruktiv abzufinden und sich weniger darüber aufzuregen, dem Ärger in der Schule aus dem Weg zu gehen und sich selber wegen der Schule weniger unter Druck zu setzen. Es bedeutet auch, dass die Eltern weniger Druck machen und die Leistungen ihres Kindes akzeptieren.

Tab. 2: Ressourcen/Bewältigungsstrategien im Umgang mit kindlichem Kopfschmerz geordnet nach Häufigkeit (die Namen der Kinder wurden anonymisiert)

Bewältigungsstrategie/ Ressource	Anzahl der Kinder	Beispielzitat
Selbstständigkeit im Umgang mit den Kopfschmerzen	20	„Ich komme mit den Kopfschmerzen alleine zurecht.“ (Simon, 11)
Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Schule	12	„Ich setze mich selbst nicht mehr so unter Druck. Ich gehe dem Ärger in der Schule aus dem Weg, mische mich in Ärger, der mich nichts angeht, nicht ein.“ (Paula, 11)
Mehr Freiraum	11	„Ich gewähre ihm mehr Freiraum, habe nicht mehr so das Bedürfnis ihn zu kontrollieren.“ (Mutter von Sven, 14)
Ruhe	11	„Es ist wichtig, dass ich auch Zeit für mich habe, wenn ich sie brauche, nicht immer mit den Gedanken woanders bin.“ (Anne, 14)
Mehr Selbstbewusstsein	9	„Sie hat eine dickere Haut bekommen, sie weiß jetzt, was sie will, und sagt es auch.“ (Vater von Alexandra, 13)
Akzeptanz	8	„Sie lebt mit dem Gedanken, Kopfschmerzen bekommen zu können.“ (Mutter von Jennifer, 14)
Mehr soziale Kontakte	7	„Ich habe seit einiger Zeit einen besten Freund. Das habe ich mir immer gewünscht.“ (Björn, 10)
Ausdruck negativer Gefühle	7	„Wenn ich wütend bin, dann gehe ich mehr aus mir heraus, ich brülle es heraus, wenn mich etwas stört.“ (Jennifer, 14)
Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Familie	6	„Ich versuche, Stress in der Familie anders zu sehen, erwachsener: Ich finde eher Kompromisse. Ich reagiere nicht mehr so gestresst auf meine Umwelt.“ (Tatjana, 14)
Ablenkung	6	„Ich lenke mich ab, wenn ich Kopfschmerzen habe.“ (Frank, 11)

- *Mehr Ruhe* bedeutet, ruhiger, gelassener und konzentrierter zu sein, immer mal wieder eine Pause einzulegen und sich selbst dadurch einen Ausgleich zu schaffen, sich zurückziehen zu können und genügend Zeit für sich zu haben, genügend körperliche Ruhe und ausreichend Schlaf zu bekommen.
- *Mehr Selbstbewusstsein* bedeutet, eigene Ziele zu haben und diese auch deutlich zum Ausdruck zu bringen, eine dickere Haut zu haben und sich zu wehren, sich von anderen weniger ärgern oder einschüchtern zu lassen.
- *Akzeptanz der Kopfschmerzen* bedeutet, lockerer mit den Kopfschmerzen umgehen zu können und nicht dagegen anzukämpfen; mit dem Gedanken zu leben, Kopfschmerzen bekommen zu können und nicht mehr so darunter zu leiden.
- *Bessere soziale Kontakte* bedeuten, neue Freunde gefunden zu haben, nach einem Schulwechsel mit den neuen Klassenkameraden oder mit neuen Lehrern besser zurecht zu kommen.
- *Ein sozial verträglicher Ausdruck negativer Gefühle* bedeutet, Wut, Ärger oder Trauer weder in einem Wutanfall oder im Jähzorn herauszulassen, noch alles in

sich hinein zu fressen. Das bedeutet seinen Ärger loszuwerden, ohne anderen dabei wehzutun.

- *Ablenkung* bedeutet, sich bei Kopfschmerzen in etwas vertiefen zu können, und danach weniger Kopfschmerzen zu haben, in der Familie genügend Raum und Zeit zum Spielen und Albern zu haben.

Familiäre Bewältigungsstrategien:

- *Mehr Freiraum zu haben* bedeutet, dass die Eltern das Kind nicht mehr so an sich klammern und ihm mehr Raum lassen; sie mischen sich in seine Entscheidungen weniger ein und können es besser loslassen. Das Kind hat weniger starre Grenzen, an denen es ständig rütteln muss, und kann sich besser gegenüber anderen Familienmitgliedern abgrenzen.
- *Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Schule (Eltern)* bedeutet, dass die Eltern weniger Druck machen und die Leistungen ihres Kindes akzeptieren.
- *Besserer Umgang mit Belastungen in der Familie* bedeutet, dass in der Familie über Probleme offener geredet werden kann, jedem der Raum gegeben wird, um sagen zu können, was ihn stört, Kompromisse zu finden, mit denen jeder zufrieden ist und Reibungen aus dem Weg zu schaffen.

4 Diskussion

Wir betrachten die hier dargestellten Ergebnisse als qualitatives Komplement unserer quantitativ orientierten Forschung (Seemann et al. 2002; Ochs et al. 2002 a, b; Franck et al. im Druck). Die von uns identifizierten Bewältigungsstrategien decken sich zum größten Teil inhaltlich mit dem, was in unserem Therapiemanual (Seemann 2002), aber auch in anderen Manualen (z.B. Denecke u. Kröner-Herwig 2000) beschrieben wird. Ein wichtiges Ziel einer psychologischen Schmerzbehandlung ist der Abbau schmerzfördernden und der Aufbau gesundheitsfördernden Verhaltens. Das Kopfschmerzkind sollte in seiner Selbstkontrolle zur Schmerzbewältigung unterstützt werden (Plump et al. 1990). Bei den gefundenen Kategorien fällt auf, dass – sowohl für die Kinder als auch ihre Eltern – Autonomie im Umgang mit den Kopfschmerzen eine große Rolle spielt. Unsere Untersuchung zeigt, dass 20 der untersuchten 39 Kindern für sich erkannt haben, dass ihnen ein selbständiger Umgang mit den Kopfschmerzen hilft, und neun der Kinder ein gewachsenes Selbstbewusstsein als hilfreich im Umgang mit den Kopfschmerzen erleben. Dies entspricht in etwa den Bausteinen der Kinderkopfschmerzgruppe „Selbstwahrnehmung“ und „Selbstwertstärkung“ (Seemann et al. 2002) oder dem „Ich bin O.K.-Meister“ (Denecke u. Kröner-Herwig 2000). Und für elf Familien ist es wichtig, dem Kind mehr Freiraum zu gewähren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für eine Bewältigung der Beschwerden scheint ein funktionalerer Umgang mit Belastung und Stress zu sein. Für elf Kinder ist Ruhe ein wichtiges Thema, zwölf erleben einen besseren Umgang mit Stress in der Schule und sechs mit Belastungen innerhalb der Familie als hilfreich. Dies findet sich wieder in den Therapiebausteinen „Reizabschirmung“ oder manchen Entspannungsübungen wie z.B. der progressiven Muskelentspannung (Seemann 2002) oder auch

dem „Stress-Manager“ sowie dem „Entspannungs-Chef“ (Denecke u. Kröner-Herwig 2000). Der sozial verträgliche Ausdruck negativer Gefühle spielt für sieben Kinder eine wichtige Rolle. Auch hierzu gibt es in der Kinderkopfschmerzgruppe einen Therapiebaustein (Seemann 2002).

Unsere Ergebnisse zeigen, dass soziale und kontextuelle Aspekte eine große Rolle beim gelingenden Umgang mit kindlichen Kopfschmerzen spielen. So betreffen drei unserer Kategorien explizit soziale Aspekte. („Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Schule“; „Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Familie“; „Bessere soziale Kontakte“). Bei weiterer Datenauswertung ist aufgefallen, dass von einigen Familien Veränderungen in ihrem Familienleben oder im sozialen Umfeld des Kindes erwähnt werden, die mit einer Verbesserung der Kopfschmerzen in Verbindung gebracht werden. So erwähnen fünf Familien eine Trennung der Eltern im Zeitraum der Behandlung, vier Familien erwähnen einen Schulwechsel bzw. Klassenwechsel des Kindes und ebenso viele Familien erwähnen einen Umzug bzw. ein eigenes Zimmer des Kindes im Zeitraum der Behandlung. Diese Beobachtung stärkt die Vermutung, dass die Familie und das Umfeld des Kindes einen entscheidenden Einfluss auf das Kopfschmerzgeschehen haben. Eine genauere Untersuchung von kopfschmerzassoziierten „life events“ mit einer größeren Fallzahl scheint uns in diesem Zusammenhang sinnvoll zu sein. Im Rahmen der Diskussion darüber, ob „life events“ oder „daily hassles“ mehr zum Krankheitsgeschehen beim kindlichen Kopfschmerz beitragen, wurde zwar bereits empirisch gezeigt, dass die Anzahl der kritischen Lebensereignisse nur von geringer Bedeutung ist (Cooper et al. 1987; Überall et al. 2000). Unsere eigenen Familienberatungen zeigen aber, dass in einer Reihe von Fällen kritische Lebensereignisse beim kindlichen Kopfschmerz eine hohe klinische Relevanz besitzen können. Von therapeutischem Interesse wäre die Frage, in welche familiären Wirklichkeitskonstruktionen diese kritischen Lebensereignisse eingebettet sind.

In der bisherigen Forschung und Therapie spielen familiäre und soziale Aspekte in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Rolle. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass Kopfschmerzen eher als „private Angelegenheit“ betrachtet werden. Andere Erkrankungen oder Störungen bei Kindern und Jugendlichen wie z.B. das Hyperkinetische Syndrom lassen schon auf den ersten Blick einen wesentlich deutlicheren Bezug zum sozialen Umfeld erkennen. Kinder mit Kopfschmerzen neigen eher dazu sich zurückzuziehen, so dass keiner etwas von ihrem Leiden mitbekommt. Zum anderen scheint vielen Forschern der Zusammenhang zwischen Familie und Kopfschmerzen in erster Linie genetisch zu sein. „Die Bedeutung sozialer Einflüsse bei Kopfschmerz ... ist umstritten, da hereditäre Bedingungsfaktoren in betracht gezogen werden müssen“ (Überall et al. 2000).

Familiäre Häufung einer Symptomatik bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass diese vererbt wurde. „Eine Familie ist nicht nur der Ursprung von Genen, sondern auch eine Umweltbedingung von nicht abzuschätzendem Einfluss“ (Sacks 1998). Friedman et al. fanden sowohl bei 65 % der Patienten mit Migräne als auch bei 40 % der Patienten mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp ein positive Familienanamnese ihrer Beschwerden. „Die Hypothese einer genetischen Grundlage von Spannungskopfschmerzen hat es nie gegeben (und wird es wohl auch nie geben), aber es gibt eindeutig Familien, in denen sie als familialer ‚Stil‘ übernommen werden“

(Friedmann et al. 1961, zit. nach Sacks 1998). Über die genetische Veranlagung hinaus sollte der Familie und dem sozialen Umfeld eines Kindes beim Umgang mit seinen Kopfschmerzen ein weitaus größerer Platz eingeräumt werden – in diese Richtung weisen die hier vorgestellten Befunde.

Literatur

- Aromaa, M.; Sillanpää, M.; Rautava, P.; Helenius, H. (2000): Pain experience of children with headache and their families: a controlled study. *Pediatrics* 106: 270–275.
- Bener, A.; Uduman, S.A.; Qassimi, E.M.; Khalaily, G.; Sztriha, L.; Kilpelainen, H.; Obineche, E. (2000): Genetic and environmental factors associated with migraine in schoolchildren. *Headache* 40: 152–157.
- Bille, B. (1997): A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia* 17: 488–491.
- Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R. (2001): *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cooper, P.J.; Awden, H.N.; Camfield, P.R.; Camfield, C.S. (1987): Anxiety and life events in childhood migraine. *Pediatrics* 79: 999–1004.
- Denecke, H.; Kröner-Herwig, B. (2000). Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- Evers, S.; Pothmann, R.; Überall, M.; Naumann, E.; Gerber, W.D. (2002): Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindesalter, Empfehlungen der DMKG. *Der Schmerz* 16: 48–56.
- Flick, U. (1999): *Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Franck, G.; Ochs, M.; Schweitzer, J.; Verres, R.; Seemann, M. (im Druck): Resource oriented prevention of primary headache in childhood and adolescence: Treatment and responder evaluation of a group therapy concept. *Headache*.
- Frankenberg, S. von; Pothmann, R. (1999): Kopfschmerzen bei Schulkindern. In: Hoefert H.W.; Kröner-Herwig, B.(Hg): *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Intervention*. München: Reinhardt.
- Friedman, A.P.; Harter, D.H.; Merrit, H.H. (1961): Ophthalmoplegic Migraine. *Trans Amer Neur Ass* 86: 169.
- Hermann, C.; Kim, M.; Blanchard, E.B. (1995): Behavioral and prophylactic intervention studies of pediatric migraine: an exploratory meta-analysis. *Pain* 60: 239–256.
- Huston, P.; Rowan, M. (1998): Qualitative studies. Their role in medical research. *Canadian Family Physician* 44: 2453–2458.
- Kröger, F.; Hendrichke, A.; McDaniel, S. (Hg) (2000): *Familie, System und Gesundheit – systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*, 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Luka-Krausgrill, U. (1998): *Kopfschmerztraining für Kinder*. Weinheim: Beltz-PVU.
- Luka-Krausgrill, U., Reinhold, B. (1996): Kopfschmerzen bei Kindern: Auftretensrate und Zusammenhang mit Stress, Stressbewältigung, Depressivität und sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4: 137–151.
- Lykaiitis, M. (1985): *Migräne im Kindesalter*. Frankfurt: Lang.
- Mayring, P. (1997): *Qualitative Inhaltsanalyse*, 6. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McDaniel, S.; Hepworth, J., Doherty, W.J. (1997): *Familientherapie in der Medizin*. Heidelberg: Carl Auer.
- Metsahonkala, L.; Anttila, P.; Sillanpää, M. (1999): Tension-Type headache in children *Cephalalgia* (Norway) 19 Suppl. 25: 56.
- Ochs, M.; Seemann, H.; Bader, U.; Miksch, A.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J. (2002 a) Primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Die Veränderung familiärer Beziehungsmuster als Korrelat des Therapieerfolgs. *Der Schmerz* 16: 179–185.
- Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J. (2002 b): Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 209–223.

- Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J. (2004): Primäre Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Paarbeziehung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152 (5).
- Plump, U.; Lykaitis, M.; Pothmann, R.; Kröner-Herwig, B. (1990): Psychologische Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern mit chronischen Schmerzen. In: Basler, H.D.; Franz, G.; Kröner-Herwig, B.; Rehfish, H.P.; Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostic, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer, S. 539–559.
- Sacks, O. (1994): *Migräne*, 2. Aufl. Reinbeck: Rowohlt.
- Schmidt, H.M.; Blanz, B.; Esser, G. (1992): Häufigkeit und Bedeutung des Kopfschmerzes im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 1: 31–35.
- Seemann, H. (1998): Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen – Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Seemann, H. (2002): *Kopfschmerzkinder – Migräne und Spannungskopfschmerz verstehen und psychotherapeutisch behandeln*, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Seemann, H.; Franck, G.; Ochs, M.; Schweitzer, J.; Verres, R. (2002): Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Evaluation einer lösungsorientierten Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung. *Kindheit und Entwicklung* 11: 185–197.
- Überall, M.A.; Denecke, H.; Kröner-Herwig, B. (2000): Kopfschmerztherapie im Kindes- und Jugendalter. *Der Schmerz* 14: 351–361.
- Verres, R. (1986): *Krebs und Angst*. Berlin: Springer.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Matthias Ochs, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Medizinische Psychologie, Bergheimerstraße 20, 69115 Heidelberg;
E-Mail: matthias_ochs@med.uni-heidelberg.de