

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

Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 3, S. 209-223

urn:nbn:de:bsz-psydok-43618

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

| | |
|---|-----|
| Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents) | 39 |
| Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI)) | 118 |
| Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer) | 49 |
| Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry) | 533 |
| Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (‘‘There isn’t room for anything more’’ – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution) | 559 |
| Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse) | 653 |
| Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder) | 494 |
| Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths) | 385 |
| Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment) | 546 |
| Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience) | 373 |
| Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . . | 31 |

Originalarbeiten / Original Articles

| | |
|--|-----|
| Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents) | 165 |
| Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement | |

| | |
|---|-----|
| of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre) | 341 |
| Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility) | 523 |
| Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence) | 697 |
| Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control) | 92 |
| Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . . | 711 |
| Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool) | 77 |
| Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD) | 476 |
| Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study) | 675 |
| Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study) | 239 |
| Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults) | 254 |
| Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence) | 209 |
| Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent's body image and their relevance for general selfesteem) | 150 |
| Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer) | 329 |
| Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children) | 466 |

| | |
|--|-----|
| Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts) | 721 |
| Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care) | 747 |
| Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine) | 194 |
| Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population) | 178 |
| Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence) | 281 |

Übersichtsarbeiten / Review Articles

| | |
|---|-----|
| Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?) | 598 |
| Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) | 419 |
| Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions) | 626 |
| Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective) | 298 |
| Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view) | 454 |
| Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry) | 103 |
| Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders) | 441 |
| Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy) | 792 |

| | |
|--|-----|
| Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children) | 357 |
| Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy) | 12 |
| Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results) | 766 |
| Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process) | 636 |
| Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities) | 587 |
| Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions) | 610 |

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (<i>O. Bilke</i>) | 317 |
| Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>) | 408 |
| Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (<i>R. Ebner</i>) | 741 |
| Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>) | 406 |
| Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (<i>L. Goldbeck</i>) | 318 |
| Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (<i>D. Gröschke</i>) | 67 |
| Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (<i>M. Hirsch</i>) | 315 |
| Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (<i>J. Wilken</i>) | 411 |
| Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (<i>L. Unzner</i>) | 740 |
| Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (<i>B. Gussone</i>) | 410 |
| Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (<i>K. Brüggemann</i>) | 132 |
| Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (<i>L. Unzner</i>) | 514 |
| Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (<i>L. Unzner</i>) | 138 |
| Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (<i>D. Irlich</i>) | 516 |
| Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (<i>J. Koch</i>) | 230 |
| Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (<i>D. Irlich</i>) | 669 |

| | |
|--|-----|
| Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>) | 66 |
| Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>) | 226 |
| Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrer</i>) | 225 |
| Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>) | 130 |
| Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>) | 131 |
| Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>) | 135 |
| Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>) | 228 |
| Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>) | 811 |
| Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>) | 407 |
| Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>) | 671 |
| Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>) | 668 |
| Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>) | 136 |
| Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>) | 229 |
| Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>) | 667 |
| Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>) | 814 |
| Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>) | 667 |
| Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>) | 319 |
| Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>) | 69 |
| Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>) | 512 |
| Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>) | 575 |
| Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>) | 127 |
| Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>) | 572 |
| Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>) | 576 |
| Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>) | 128 |
| Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>) | 739 |
| Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>) | 738 |
| Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>) | 578 |
| von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>) | 509 |

| | |
|--|-----|
| von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>) | 68 |
| Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>) | 815 |
| Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>) | 572 |
| Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>) | 510 |
| Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>) | 574 |

Neuere Testverfahren

| | |
|---|-----|
| Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>) | 580 |
| Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>) | 321 |
| Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>) | 817 |
| Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>) | 71 |

| | |
|---|---|
| Editorial / Editorial | 1, 147, 417, 585 |
| Autoren und Autorinnen / Authors | 59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811 |
| Zeitschriftenübersicht / Current Articles | 59, 400 |
| Tagungskalender / Congress Dates | 74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819 |
| Mitteilungen / Announcements | 144, 328, 521, 745, 821 |

Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter

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

Summary

Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence

Empirical evidence of the important role of the family in primary pediatric headache has grown significantly in the last few years. The connections between the process of dysfunction and family interaction are, however, still partly unclear. From a constructivistic point of view, a suitable approach is to focus on social-cognitive factors. In this study, we tested on the basis of exploratory results gained from family questionnaires (n=39 families with a child or an adolescent suffering from tension-type headache and/or migraine) whether family body concepts and family headache attributions are relevant in this connection. In relation to a comparison sample, index patients and their mothers and fathers evaluated their own body less positively and displayed a lower level of inner body consciousness. In addition, index patients and their fathers and mothers tend to have similar attribution preferences with regard to headache. These results are illustrated with the aid of case reports and are discussed as an indication that the exploration of family body concepts and attribution preferences may be clinically useful in the treatment of pediatric headache.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren haben sich die empirischen Hinweise für die maßgebliche Rolle der Familie bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter gemehrt. Teilweise unklar sind allerdings noch die konkreten Zusammenhänge zwischen Krankheitsgeschehen und Familieninteraktion. Aus konstruktivistischer Perspektive erscheint hierbei eine Fokussierung auf soziokognitive Faktoren sinnvoll. In dieser Studie wird anhand explorativer Ergebnisse auf der Basis von Fragebögen an n=39 Familien mit einem Kind bzw. Jugendlichen mit Spannungskopfschmerzen und/oder Migräne geprüft, ob familiäre Körperkonzepte und Kopfschmerzattributionen hierbei von Bedeutung sein können. In Relation zu einer Vergleichsstichprobe geben Indexpatienten sowie Väter und Mütter der Kopfschmerz-Stichprobe ein geringeres Ausmaß an positiver Bewertung des eigenen Körpers und innerer Körperaufmerksamkeit an. Außerdem neigen Indexpatienten und deren Väter und

Mütter zu ähnlichen Attributionspräferenzen im Bezug auf die Kopfschmerzen. Diese Ergebnisse werden am Beispiel von Kasuistiken illustriert und als Hinweis dafür diskutiert, daß die Exploration familiärer Körperkonzepte und Attributionspräferenzen in der Behandlung pädiatrischer Kopfschmerzen hilfreich sein kann.

1 Einführung

(1) „Ich bekomme Kopfschmerzen als Rache des Körpers dafür, daß ich Schokolade gegessen habe“ erklärt die zehnjährige Kia¹ im Familiengespräch. Sie leidet seit ihrem fünften Lebensjahr an einer Migräne ohne Aura. (2) Die Mutter des vierzehnjährigen Thorsten, bei ihm wurden episodische Spannungskopfschmerzen diagnostiziert, erzählt: „Die Kopfschmerzen von Thorsten werden so schnell nicht besser. Das wird genau so sein, wie bei mir. Da ist auch erst vor einigen Jahren Besserung eingetreten.“ Die Mutter von Thorsten ist 49 Jahre alt. (3) Die Mutter des zehnjährigen Moritz, der seit eineinhalb Jahren sowohl episodische Spannungskopfschmerzen als auch Migräne ohne Aura, also eine Mischform hat, vergleicht im Familiengespräch ständig die Kopfschmerzen ihres Sohnes mit schweren Migräneanfällen aus dem Bekanntenkreis. Der Effekt davon ist, wie sich im weiteren Verlauf des Gesprächs herausstellt, daß Moritz seine Migräne verschweigt, aus Angst davor genauso wie die Bekannten der Mutter in die Klinik zu müssen. (4) Eine andere Mutter erzählt im Familiengespräch auf recht dramatische Weise die Geschichte einer hirnentzündlichen Erkrankung im vierten Lebensjahr ihrer Tochter, einer jetzt sechzehnjährigen Jugendlichen mit schwerer Migräne ohne Aura. Sie glaube, daß damals, sozusagen wie bei einem elektrischen Generator, der sich überhitzt, bestimmte Nervenbahnen im Kopf verschmolzen seien. Diese Verschmelzungen seien nun für die Migräne verantwortlich.

Kinder neigen jedoch dazu, nicht einfach nur Kopfschmerzen zu haben oder krank zu sein. (Das gilt natürlich auch für Erwachsene.) Sie erzählen sich zudem ständig selbst etwas über ihre Krankheiten, z. B. wie sie zu bewerten, zu behandeln und zu erklären sind. Sie bilden also Vorstellungen, Einstellungen und Konstruktionen über ihren Körper, über Krankheit und Gesundheit, die reziprok mit dem Krankheitsgeschehen interagieren. Doch nicht nur sie selbst, vor allem ihre nahe soziale Umwelt (z. B. die Familie) erzählt ihnen, verbal und nonverbal, ebenfalls etwas zu diesem Thema. Die systemische Familienmedizin geht davon aus, daß sich solche Erzählungen, Konstruktionen und Kognitionen über Krankheit/Gesundheit um den eigenen Körper einerseits und das Krankheitsgeschehen andererseits sich zirkulär wechselseitig beeinflussen (z. B. Simon 1995; Wälte et al. 2000). Dies illustrieren die genannten Beispiele aus unserer klinischen Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen und deren Familien. Einen besonders deutlichen Einfluß haben familiäre Erzählungen über Krankheit und Gesundheit auf Kinder (Theiling et al. 2000). Denn ihre Welt wird noch unmittelbarer und unreflektierter geprägt von ihrer familiären (narrativ-kognitiven) Umgebung.

¹ Alle Patientennamen sind anonymisiert.

Als wesentlich im Zusammenhang mit der Bewertung von Phänomenen als Krankheit oder Symptom und dem Sprechen und Denken über Krankheit/Gesundheit und dem eigenen Körper kann speziell bei Kindern das Körperkonzept angesehen werden (z.B. Schmidt et al. 1994). Das Körperkonzept läßt sich definieren als die Summe der Vorstellungen und Einstellungen, die den eigenen Körper betreffen (Mrazek 1984). Es existieren eine ganze Reihe verwandter Konstrukte, wie Körperschema, Körper-Ich oder Body-Image, die jeweils etwas unterschiedliche Aspekte der Vorstellungen zum eigenen Körper thematisieren. Eine eindeutige Abgrenzung der verschiedenen Konstrukte bleibt dennoch häufig schwierig (vgl. hierzu Städtler 1998, S. 541). Eine besondere Bedeutung kommt nun dem Körperkonzept bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu. Seiffge-Krenke (1996) konnte etwa in einer entwicklungspsychologischen Longitudinalstudie beim juvenilen Diabetes zeigen, daß die Variable „Körperkonzept“ einen bedeutsameren Beitrag zur Varianzaufklärung bezüglich Krankheitsbewältigung beiträgt als etwa die Variablen „Selbstkonzept“ und „krankheitsbezogenes Wissen“. Was Spannungskopfschmerzen und Migräne im Kindes- und Jugendalter betrifft, so liegt unseres Wissens bisher noch kein empirischer Beitrag zum Körperkonzept vor. Dabei ist davon auszugehen, daß gerade bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung primärer Kopfschmerzen der Kommunikationsstil mit dem eigenen Körper als ein wesentlicher Aspekt des Körperkonzeptes einen maßgeblichen Faktor darstellt (Seemann 2002). Seemann (2000) stellt primäre Kopfschmerzen als Kommunikationsstörung zwischen den willkürlichen und unwillkürlichen Funktionssystemen des Patienten dar, die metaphorisch als „Ich“ und „mein Körper“ konzipiert werden können. Differenziert man diese Metapher weiter aus, dann lassen sich diese beiden Funktionssysteme als zwei einander weitgehend fremde Personen verstehen, von denen die eine sich mit dem Schmerzsymptom beklagt und um Hilfe ruft, während die andere die Aufgabe hat herauszufinden, was sich der Körper bzw. das Unwillkürliche wünscht, womit es zufrieden wäre. Solche intraindividuellen Kommunikationspräferenzen können nach dem systemwissenschaftlichen Prinzip der Selbstähnlichkeit von Mustern in komplexen Mehrebenensystemen rückgekoppelt sein mit Kommunikationspräferenzen höhere hierarchischer Systemebenen (etwa intrafamiliäre Kommunikationspräferenzen).

Aus Perspektive der systemischen Familienmedizin erscheinen Zuschreibungsprozesse von „Ursachen“ für Krankheit/Gesundheit und Symptome soziokognitiv als besonders wesentlich. Denn „... die potenzielle Multikausalität und synergetische Struktur von Einflussgrößen bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung ... (psycho)somatischer Krankheitsbilder erzeugt beim Betroffenen und dessen Angehörigen eine kognitive Dissonanz, die einen Prozess der Kausalattribution in Gang setzt“ (Wälte et al. 2000, S. 286). Unter Attribution wird die Zuschreibung von Ursachen zu Ereignissen, besonders die Zuschreibung von Ursachen bzw. Gründen zu menschlichen Handlungen, verstanden. Der Forschungsstrang der sich mit der Attribution von Krankheiten speziell im familiären Kontext beschäftigt, ist allerdings, mit Ausnahme vereinzelter Vorläufer, noch recht jung. Wichtige Ergebnisse dieser Forschung sind: (1) Familienmitglieder neigen zu ähnlichen Krankheitsattributionen, und (2) familiäre Krankheitsattributionen lassen Rückschlüsse auf die

Freiheitsgrade und damit Bewältigungskompetenzen zu, welche Familien im Umgang mit Krankheiten zur Verfügung stehen (Wälte et al. 2000, 2001).

Aktuellere empirische Befunde zeigen, daß allgemein bei chronischen Schmerzen (Kröner-Herwig et al. 1993) und speziell bei Kopfschmerzen (z. B. Scharff et al. 1995a) Attributionsvorgänge von besonderer Bedeutung sind. So wurde etwa eine „Headache-Specific Locus of Control Scale“, also ein Meßinstrument, welches die Attribution von Kontrolle über das Krankheitsgeschehen auf internale oder externale Faktoren erfaßt, entwickelt (Martin et al. 1990). Kremer et al. (1999) weisen in einer Übersichtsarbeit zum Kopfschmerz darauf hin, daß als entscheidende Variable beim Erfolg von Kopfschmerztherapie per Biofeedback sich Attributionsprozesse bezogen auf Kontrollüberzeugung herausgestellt haben. Patienten, die internal attribuieren, profitieren bedeutsam mehr von der Therapie als Patienten, die external attribuieren.

Attributionsprozesse scheinen also eine wichtige Rolle zu spielen bei primären Kopfschmerzen. Es bietet sich somit an, bei der Beschäftigung mit soziokognitiven Momenten des pädiatrischen Kopfschmerzes auf solche Prozesse zu fokussieren. Familiäre Attributionsprozesse wurden bisher allerdings noch nicht bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter untersucht. Dabei weisen sowohl ältere (z. B. Lykaitis 1985; Wolf-Braun 1985) als auch aktuellere (z. B. Osterhaus et al. 1997; Anttila et al. 2000; Bener et al. 2000; Ochs et al. 2002) empirische Befunde darauf hin, daß der Familie bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung primärer Kopfschmerzen eine maßgebliche Bedeutung zukommt. Unklar sind teilweise allerdings noch die konkreten Links zwischen der Familie und dem Kopfschmerzgeschehen. Es gibt jedoch erste Hinweise auf spezifische familiäre Beziehungsmuster,² etwa bezüglich elterlichem Dominanzverhalten und Leistungsorientierung (Siniatchkin et al. 2001) oder der elterlichen Paarzufriedenheit (Madanes 1982), die bei einigen Familien mit den Kopfschmerzen des Kindes bzw. Jugendlichen assoziiert erscheinen. Familiäre Kognitionen und Konstruktionen zum Umgang mit dem eigenen Körper und zur Attribution des Krankheitsgeschehens stellen möglicherweise weitere Aspekte dar, welche die Assoziationen zwischen sozialer und biologischer Ebene beim pädiatrischen Kopfschmerz zu klären helfen.

2 Fragestellung

Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojekts³ zur hypno- und familientherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit primären Kopf-

² Wir verstehen unter Spezifität nicht im strengen Sinne das notwendige Vorhandensein eines familiären Beziehungsmusters bei der Pathogenese primärer Kopfschmerzen. Wir gehen vielmehr davon aus, dass einige dieser „spezifischen“ familiären Beziehungsmuster bei einigen Familien mit einem Kind bzw. Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen kopfschmerzassoziiert sein können (siehe auch Ochs et al. 2001).

³ Gefördert durch den FSP „Multidimensionalität des chronifizierenden Schmerzes“ des Universitätsklinikums 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.

schmerzen, das in der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg durchgeführt wird und zur Zeit noch nicht abgeschlossen ist. Die hier vorgestellten Befunde stellen deshalb lediglich erste, explorative Ergebnisse dar.

Folgende Fragestellungen haben uns geleitet:

- Ist das Körperkonzept für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung primäre Kopfschmerzen bedeutsam und lassen sich empirische Hinweise für sozialkognitive Momente des Körperkonzeptes finden?
- Wie gestalten sich familiäre Attributionspräferenzen in Familien mit einem Kind oder Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen aus?

3 Stichprobe, Methode und klinischer Kontext

3.1 Stichprobenbeschreibung

Wir berichten hier von einer Stichprobe von $n=39$ Familien mit einem Kind oder Jugendlichen mit Spannungskopfschmerzen und/oder Migräne (Beschreibung s. Tab. 1). Diese Stichprobe setzt sich aus denjenigen Familien zusammen, die in drei Halbjahren an unserem Behandlungsprogramm (s. u.) teilnahmen und deren Daten zur Zeit ausgewertet werden. Die Fragebögen wurden vor Therapiebeginn ausgefüllt. Der Rücklauf beträgt aktuell 75%. Die Fragebögen wurden jeweils sowohl vom Vater als auch von der Mutter ausgefüllt. Was die Index-Patienten betrifft, so wurden die Fragebögen lediglich an Kinder oder Jugendliche mit einem Alter über 11 Jahren verteilt. Denn ein kognitives Entwicklungsniveau auf der Stufe der formallogischen Operationen (im Sinne des kognitiven Entwicklungsmodells von Piaget) ist Voraussetzung, um die Items angemessen beantworten zu können. 19 Kinder der 39 Familien erfüllten diese Voraussetzungen. Der primäre Kopfschmerztyp der Kinder und Jugendlichen wurde nach der Klassifikation der International Headache Society (IHS 1988) diagnostiziert. (Eine Kontrollgruppe von Familien mit gesunden Kindern ist im Untersuchungsdesign unseres Forschungsprojekts nicht vorgesehen, da es Hauptziel war, innerhalb der Behandlungsgruppen Kriterien zu ermitteln, welche die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs beeinflussen. Für die hier vorgelegte Studie wäre eine solche Kontrollgruppe allerdings von Vorteil gewesen.)

Tab. 1: Zusammensetzung und Symptombelastung der Stichprobe

| | Alle Kopfschmerzpatienten (8-15 Jahre) unserer Stichprobe ($n=39$) | Kopfschmerzpatienten älter 11 Jahre, die Fragebögen ausfüllten ($n=19$) |
|--|--|---|
| Migräne (Anzahl IPs) | 9 | 6 |
| Spannungskopfschmerzen (SKS) (Anzahl IPs) | 6 | 5 |
| Migräne und SKS (Anzahl IPs) | 12 | 8 |
| Männlich (Anzahl IPs) | 18 | 8 |
| Weiblich (Anzahl IPs) | 1 | 11 |
| Alter (Mittelwert Lebensalter) | 11,3 | 13,3 |
| Chronifizierungsgrad (Mittelwert Jahre) | 4,3 | 4,4 |

Einschlusskriterien für Teilnahme an der Studie für die Kinder und Jugendlichen waren ein Alter zwischen 8 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 und 2.2, chronisch), das Bestehen der Kopfschmerzen seit mindestens 6 Monaten und mindestens 2 Attacken bzw. Episoden pro Monat im Durchschnitt der letzten 6 Monate. Eine neurologische Untersuchung ohne positiven Befund sowie Behandlungswunsch der Betroffenen bzw. der Eltern waren ebenfalls Voraussetzung.

Ausschlusskriterien waren symptomatische Kopfschmerzen (IHS Code 5-11), organische Psychosyndrome und nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse. Dauernde Medikamenteneinnahme einschließlich prophylaktischer Migränemedikation galt nicht als Ausschlusskriterium. Da wir in unserem Behandlungsprogramm die Familie integrierten, war Voraussetzung, daß die Familie partizipieren wollte: Bei der telefonischen Anmeldung wurde auf diesen Aspekt unseres Settings aufmerksam gemacht. In unserem seit zwei Jahren laufenden Forschungsprojekt (mit 148 Anmeldungen) kam es aber erst einmal vor, daß eine Familie aufgrund der Familienorientierung des Settings nicht teilnehmen wollte.

3.2 Meßinstrumente

Körperkonzept: Zwei Aspekte des Körperkonzepts (1) „Positive Bewertung des eigenen Körpers“ und (2) „Innere Körperaufmerksamkeit“ haben wir mit Hilfe der gleichnamigen Skalen zum Körperkonzept von Mrazek (1983) erfaßt. Mrazek (1983) bezieht sich hierbei für die Skala „Positive Bewertung des eigenen Körpers“ auf Paulus (1982) und für die Skala „Innere Körperaufmerksamkeit“ auf Miller et al. (1981). Die Skalen besitzen befriedigende Kennwerte, was die interne Konsistenz der Skalen betrifft („Positive Bewertung des eigenen Körpers“ Cronbachs $\alpha = 0.78$; „Innere Körperaufmerksamkeit“ Cronbachs $\alpha = 0.64$) (Mrazek, persönl. Mitteilung).

Familiäre Krankheitsattribution wurden mit dem Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution (AFKA) gemessen (Wälte u. Kröger 1998). Er liegt in zwei Formen vor: Einmal für den Index-Patienten (AFKA_I) und zum anderen für die Familienmitglieder (AFKA_F). Der AFKA erfaßt Krankheitsattribution auf acht verschiedenen Faktoren: Familie, Selbst, Partnerschaft, Streß, Finanzen, Schicksal, Körper, Sucht. Die Retest-Reliabilitäten liegen für die verschiedenen Faktoren zwischen 0.62 und 0.85, Cronbachs α zwischen 0.62 und 0.96 (siehe ausführlicher Wälte u. Kröger 1998). Der Fragebogen wurde für das Erwachsenenalter konzipiert. Eine Ausgabe für das Kindes- und Jugendalter liegt nicht vor. Es steht jedoch nach Auskunft des Erstautors (Dieter Wälte) dem Einsatz des Instruments auch in dieser Altersspanne grundsätzlich nichts entgegen. Es mußten allerdings hierfür einige Modifikationen vorgenommen werden. Die Items der Faktoren „Finanzen“ und „Sucht“ wurden aus dem Itempool entfernt, da sie im Kindes- und Jugendalter im nichtpsychiatrischen Bereich noch keine größere Relevanz besitzen. Der Faktor „Partnerschaft“ wurde in den Faktor „Geschwister“ umgewandelt, indem in den jeweiligen Items der Begriff „Partner“ durch den Begriff „Geschwister“ ersetzt wurde. Somit haben wir in dieser Studie familiäre Attributionspräferenzen auf folgende Faktoren erfaßt: Familie; Selbst, Streß, Geschwister, Schicksal, Körper.

3.3 Klinischer Kontext der Erhebung

Den klinischen Kontext unserer Erhebung bildet ein familienorientiertes Behandlungsprogramm, das sich aus zehn eineinhalbstündigen Sitzungen Gruppenthypnotherapie, drei eineinhalbstündigen Elternabenden und drei eineinhalbstündigen systemischen Familieninterviews zusammen-

setzt Das gruppenhypnotherapeutische Konzept, basierend auf dem Ansatz zur Behandlung psychosomatischer Schmerzen von Seemann (2000), ist in einem Manual dokumentiert (Seemann 2002). Das Konzept der Elternabende wird ebenfalls bei Seemann (2002) beschrieben. Die systemischen Familieninterviews besaßen einen evaluativ-diagnostischen und beratenden Anteil. Die Beratung und Diagnostik richtete sich an systemischen Interviewtechniken aus (v. Schlippe u. Schweitzer 1996; Schweitzer u. Ochs 2002; Ochs et al. 2000).

Wir behandelten Spannungskopfschmerzen und Migräne im Rahmen unseres Behandlungsprogramms nicht in getrennten symptomspezifischen Gruppen, da wir davon ausgehen, daß sie keine distinkten nosologischen Entitäten, sondern unterschiedliche pathologische Ausprägungen einer basalen neurovegetativen Dimension darstellen (Scharff et al. 1995b). Diese Auffassung steht im Einklang mit dem Befund, daß im Kindes- und Jugendalter sehr viel häufiger als im Erwachsenenalter „Symptomshifts“ von (Spannungskopfschmerzen) (SKS) zu Migräne und umgekehrt stattfinden (Guidetti u. Galli 1998). Auch stehen im Kindes- und Jugendalter oft beide Kopfschmerzformen nebeneinander (Pothmann u. Lobisch 2000).

4 Ergebnisse

Die hier dargestellten Befunde haben den Stellenwert erster, explorativer Ergebnisse. Der nomothetische Vergleich der Index-Patienten mit den Eltern ist aufgrund des unterschiedlich großen Stichprobe statistisch nicht unproblematisch, jedoch u.E. für explorative Zwecke zulässig.

4.1 Gruppenmittelwerte Eltern und Indexpatienten

(a) Körperkonzeptskalen: Positive Bewertung des eigenen Körpers

Ein Vergleich der Gruppenmittelwerte zwischen der „Kopfschmerz-Stichprobe“ und einer Vergleichsstichprobe zeigt, daß alle Mitglieder der von Kopfschmerz betroffenen Familien deutlich weniger ihren Körper positiv evaluieren als dies in der Vergleichsstichprobe⁴ der Fall ist (s. Abb. 1). Die statistische Testung der ungerichteten Unterschiedshypothese (Bortz 1993, S. 129) ergab, daß sich sowohl die Mütter als auch die Väter von der Vergleichsstichprobe hochsignifikant ($p=0,001$) unterscheiden. Für die Index-Patienten haben wir keine Unterschiede zur Vergleichsstichprobe berechnet, da für das Jugendalter eine solche nicht vorliegt; bei ihnen ist jedenfalls der Unterschied zur erwachsenen Vergleichsstichprobe deskriptiv noch größer.

Der Zweistichproben-t-Test ermittelte jeweils für den Vergleich zwischen den Müttern und den Indexpatienten und den Vätern und den Indexpatienten statistisch bedeutsame Unterschiede bei einem Prozentwert von $p<0,01$ ($t=-2,89$ und $t=-3,44$). Der t-Test-Vergleich zwischen den Müttern und den Vätern erbrachte keine signifikanten Differenzen. Auch die Korrelationen zwischen Väter-Mütter,

⁴ Die einzige Vergleichsstichprobe, die für die Körperkonzept-Skalen zur Verfügung steht, entstammt einer Umfrage aus der Zeitschrift „Psychologie heute“ (Mrazek 1983, 1984). Es ist aber davon auszugehen, daß „Psychologie heute“-Leser/innen eine nicht-repräsentative Population darstellen. Dies mindert die externe Validität der Ergebnisse.

Indexpatienten-Väter und Indexpatienten-Mütter blieben alle ohne statistische Bedeutsamkeit.⁵

„Innere Körperaufmerksamkeit“: Bei der Skala „Innere Körperaufmerksamkeit“ ergab sich wieder ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen der Vergleichsstichprobe und den Vätern und Müttern unserer „Kopfschmerz-Stichprobe“. Die „Kopfschmerz-Stichprobe“ zeigt eine geringere innere Körperaufmerksamkeit als die Vergleichsstichprobe. Allerdings erwies sich der signifikante Unterschied ($p=0,01$) hier als nicht so deutlich ausgeprägt wie bei der Skala „Positive Bewertung des eigenen Körpers“ (s. Abb. 1).

Auch der Zweistichproben-t-Test resultierte in statistisch bedeutsamen Unterschieden für den Vergleich zwischen Müttern und Indexpatienten einerseits und Vätern und Indexpatienten andererseits ($t=-1,92$ und $t=-2,13$; für beide t-Werte $p<0,05$). Wiederum, wie bei der Skala „Positive Bewertung des eigenen Körpers“, erbrachte der t-Test für den Vergleich Mütter-Väter keine signifikanten Unterschiede. Ein erstaunlicher Befund ergab sich bei den korrelativen Berechnungen: Dort fand sich eine marginal signifikante positive Korrelation zwischen den Indexpatienten und den Vätern ($r=.43$). Die Korrelationen für Mütter-Indexpatienten und Väter-Mütter blieb allerdings inferenzstatistisch unbedeutsam.

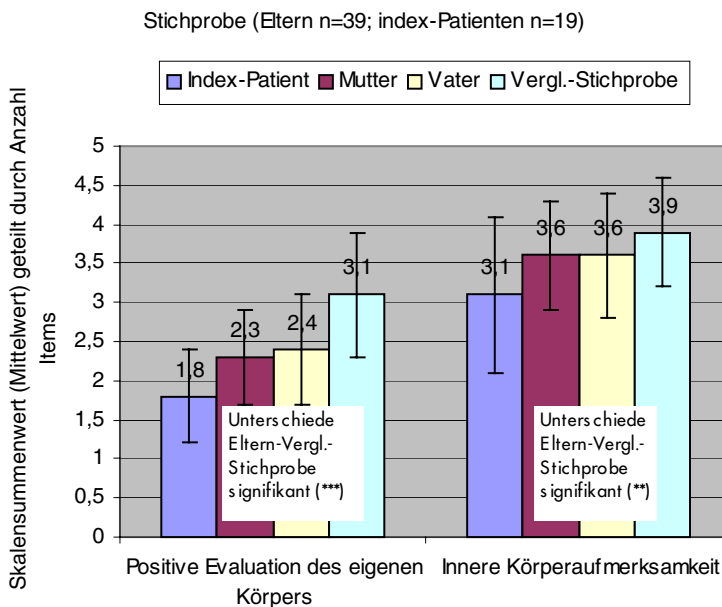


Abb. 1: Die gemittelten Skalensummenwerte der Kopfschmerz-Stichprobe auf den beiden Körperkonzept-Skalen in Relation zu einer Vergleichsstichprobe

⁵ Aus Platzgründen können die statistischen Werte hier nicht im einzelnen aufgeführt werden. Sie können aber gern beim Erstautor angefordert werden.

(b) *Familiäre Krankheitsattribution*: Es zeigte sich, daß Index-Patienten und ihre Väter und Mütter zu ähnlichen Krankheitsattributionen neigen (Abb. 2). An erster Stelle attribuieren Indexpatienten, Väter und Mütter auf „Stress“, an zweiter Position auf das „Selbst“ des Indexpatienten und den dritten Rangplatz nimmt der Faktor „Familie“ ein. Dies ist im Säulendiagramm in Abbildung 2 gut zu erkennen und wird durch das Ausbleiben statistisch bedeutsamer Unterschiede im t-Test zwischen Indexpatienten, Vätern und Müttern auf den sechs AFKA-Skalen statistisch bestätigt. Lediglich ergaben sich marginal bedeutsame t-Test-Unterschiede auf der Skala „Selbst“ zwischen Indexpatienten und Vätern einerseits und Indexpatienten und Müttern andererseits. Die Korrelationsberechnungen zwischen Indexpatienten, Vätern und Müttern erbrachte differenzierte Befunde: In unterschiedlich starker statistischer Signifikanz hängen die Attributionspräferenzen von Müttern und Vätern auf den Faktoren „Körper“, „Schicksal“, „Familie“ und „Stress“ zusammen. Auch zwischen Vätern und Indexpatienten ergaben sich signifikante Korrelationen, allerdings nicht so viele und nicht so ausgeprägte wie zwischen Vätern und Müttern: „Schicksal“, „Selbst“ und marginal bedeutsam „Stress“. Ein ähnliches Muster konnte für die Korrelationen zwischen Indexpatienten und Müttern gefunden werden: Auf den Faktoren „Stress“, „Selbst“ und „Schicksal“ ergaben sich signifikante Korrelationen. (Genaue statistische Werte können beim Erstautor anfordert werden.)

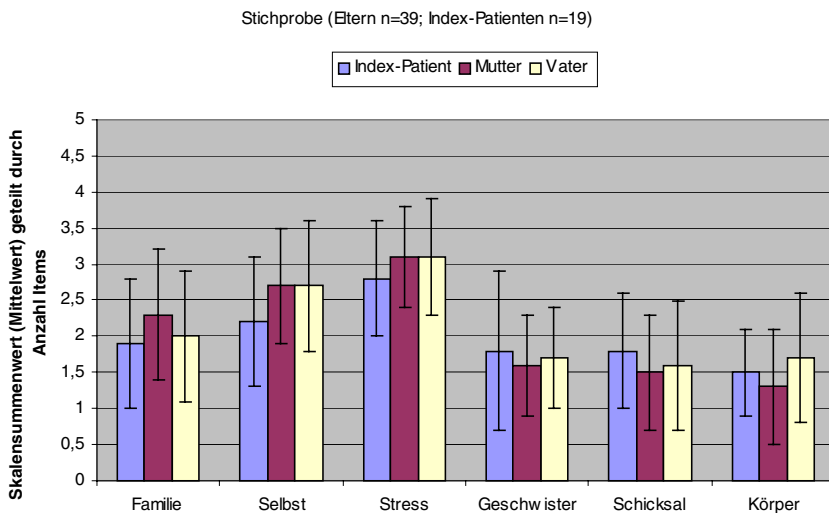


Abb. 2: Ausmaß der Attribution der Kopfschmerzen durch Indexpatienten, Väter und Mütter der Kopfschmerz-Stichprobe auf den sechs AFKA-Skalen als Säulendiagramm

4.2 Kasuistiken

Um die nomothetischen Befunde zu veranschaulichen, folgen einige Kasuistiken aus der Kopfschmerz-Stichprobe, in denen das Körperkonzept und der Umgang mit dem eigenen Körper von Familienmitglieder von Bedeutung ist.

4.2.1 Alexandra

Die Eltern der 13jährigen Alexandra mit der Diagnose „chronische Spannungskopfschmerzen“ (IHS-Code 2.2; ICD-10-NA-Code G 44.22/23) berichteten im ersten Familiengespräch beide von chronischen Rückenproblemen. Auf die Frage, wie sie damit umgehen, antwortete die Mutter, daß sie selbst bei Schmerzen oft „zu lange durchhält“ und Angst habe. Sie möchte diese Haltung aber nicht an Alexandra weitergeben. In einem katamnestischen Familiengespräch neun Monate nach Beendigung der Behandlung waren die chronischen Spannungskopfschmerzen des Mädchens verschwunden. Auf die Frage, wie es den Eltern inzwischen gesundheitliche ginge, antworteten diese, es würde ihnen ebenfalls besser gehen. Die Mutter erzählte, es ginge ihr inzwischen mit ihrem Rücken besser und sie „passe mit ihrem Rücken halt auf“. Der Vater sagte, er könne inzwischen bei Rückenschmerzen „dagegen steuern“ mit Sport oder Feldenkrais. Außerdem wisse er inzwischen besser, was seine Schmerzen auslösen oder verstärken kann.

4.2.2 Lutz

Die Mutter des zwölfjährigen Lutz mit der Diagnose Migräne ohne Aura (IHS-Code 1.1; ICD-10-NA-Code G 43.0) beschreibt im Familienerstgespräch den Familienalltag folgendermaßen: In der Familie sei immer viel los, da man selbständig ein Geschäft, einen großen Gärtnereibetrieb, führe und auch privat sehr engagiert sei, etwa in der Jugendarbeit in der Kirchengemeinde. Sie und ihr Mann würden ihre körperliche Befindlichkeit deshalb häufig ignorieren. Im Katamnesegespräch neun Monate nach Behandlungsende gab Lutz für seine globale Belastung durch die Migräne auf einer Skala von 0-10 einen Wert von 3 an. Den Wert für die globale Symptombelastung vor der Therapie hatte er bei 8,5 benannt. Auf die Frage, was sich neben der Verbesserung der Migräne von Lutz in der Familie noch alles verändert habe, erzählte seine vier Jahre jüngere Schwester Veronika, daß die Mutter jetzt mehr Zeit habe, weil sie nicht mehr den ganzen Tag im Betrieb sei. Dies bestätigte die Mutter und erläuterte, sie nehme sich jetzt nachmittags eine Stunde Zeit für sich selbst, wo sie sich entspanne, was ihr sehr gut tun würde. Die Schwester ergänzte, daß dafür die Kinder jetzt ein bißchen mehr im Geschäft mithelfen würden.

4.2.3 Andreas

Andreas, ein 12 jähriger Junge mit Migräne ohne Aura (IHS-Code 1.1; ICD-10-NA-Code G 43.0) und episodischen Spannungskopfschmerzen (IHS-Code 2.1; ICD-10-NA-Code G.4420/21), berichtete im Familienerstgespräch, an dem sowohl seine beiden Eltern als auch seine beiden älteren Brüder teilnahmen, daß er eine ganze Reihe verschiedener Freizeitaktivitäten in der Woche habe. Seine Eltern und Brüder ergänzten, daß es bei ihnen genauso sei. Der Vater erzählte, er etwa arbeite gern im Garten, mache „Breitensport“ und sei eher ein „Mann fürs Grobe“. Insgesamt präsentierte sich die gesamte Familie als eher grob und robust; als typisch robuste Pfälzer Familie, in der halt kein Platz für sensible Naturen sei. Im zweiten Familiengespräch bestätigte sich dieser Eindruck, daß im Milieu seiner Familie Andreas nur schwer herausfinden kann, was ihm und seinem Körper gut tut. Symbolisch verdeutlichte sich dies durch die Wahl der Tiere, welche die Familienmitglieder für sich gegenseitig als Entsprechungen, getroffen haben: beispielsweise Sturbock, Pitbull, Esel oder Schwein. Außerdem stellte sich heraus, daß Andreas sich sehr an seinem mittleren Bruder orientiert, der Kick-Boxer ist. Insgesamt war das Gespräch recht laut und bewegt. Von Andreas wurde seitens des Teams in dem Gespräch der Eindruck gewonnen, daß er erschöpft ist und körperlich durchhängt. Er kuschelte sich während des Gesprächs in seinen Stuhl, mit der Tendenz eine Embryohaltung einzunehmen. Im katamnestischen Gespräch zeigte Andreas das klinische Erscheinungsbild einer depressiven Störung. Die Mutter bestätigte dies, Andreas sei zu Hause depressiv und wünschte sich bei Kopfschmerzen tot zu sein. Andreas klagte, seine Kopfschmerzen seien nicht besser geworden und jeden Tag müsse er irgendetwas machen. Zu Hause habe er zudem keine Mög-

lichkeit sich zurückzuziehen. Es wurde außerdem deutlich, daß es Andreas immer dann besser ging, wenn seine Mutter ihn „lassen konnte“, also nicht ständig Aktivitäten mit ihm unternahm (z.B. Experten konsultieren wegen der Kopfschmerzen). Dieses „Lassen“ gelang der Mutter aber immer weniger. Nach Beendigung des Gesprächs wurde deshalb der Familie nochmals therapeutische Unterstützung in Form von Einzeltherapie für Andreas oder ein Familiengespräch angeboten. Diese Angebote wurden von Andreas und der Familie allerdings nicht wahrgenommen.

Im AFKA-Profil (Abb. 3) lassen sich Hinweise für möglicherweise ungünstigere Attributionspräferenzen beim Indexpatienten im Vergleich zu seinen Eltern finden: Er neigt in Relation zu seinen Eltern zu Attributionen, die eher der externalen Kontrollüberzeugung zugeordnet werden können (mehr auf „Schicksal“, weniger auf „Streß“ und „Selbst“).

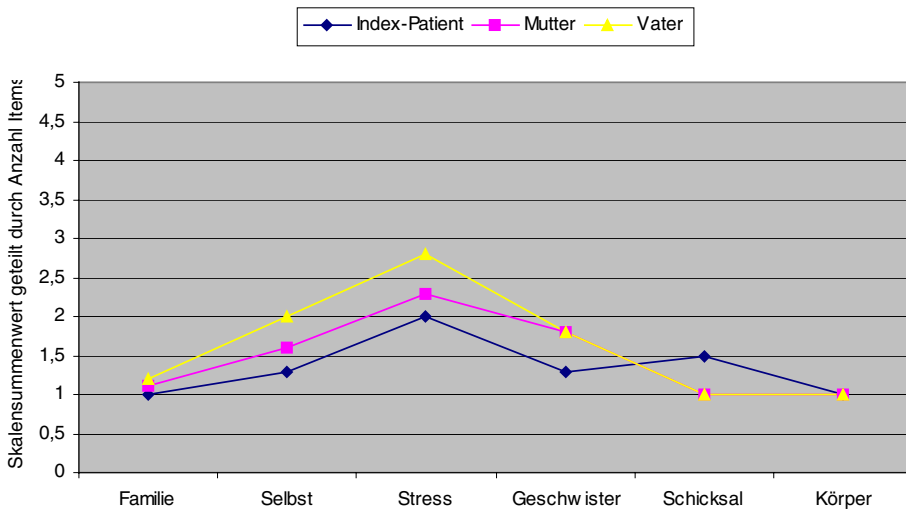


Abb. 3: AFKA-Einzelprofil zur Kasuistik III (Erläuterung siehe Text)

5 Diskussion

Die Ergebnisse weisen zunächst einmal darauf hin, daß in der psychologischen Behandlung pädiatrischer Kopfschmerzen die Exploration des Umgangs mit dem eigenen Körper der Familienmitglieder therapeutisch sinnvoll sein kann. Eltern von Kopfschmerzkindern berichteten in unserer Stichprobe in Relation zu einer Vergleichsstichprobe ein niedrigeres Maß an positiver Bewertung des eigenen Körpers und an innerer Körperaufmerksamkeit. Die Indexpatienten gaben darüber hinaus im Vergleich zu Müttern und Vätern statistisch bedeutsam noch geringere Werte an.

Die Ergebnisse der Kinder und Jugendlichen auf den Körperkonzept-Skalen lassen sich allerdings nur im Zusammenhang mit Befunden gesunder Kinder und Ju-

gendlicher auf diesen Skalen sinnvoll einordnen. Im Rahmen unseres Forschungsprojekts, bei dem das Körperkonzept vor allem hinsichtlich prädiktiver Funktion beim Therapieerfolg von Bedeutung ist, wurden leider keine Erhebungen bei gesunden Probanden durchgeführt. Denn wir wissen aus der Körperkonzept-Forschung, daß Kinder und Jugendliche ohnehin zu einem recht negativen Körperkonzept neigen (Seiffge-Krenke 1996; Seiffge-Krenke et al. 1996).

Die Korrelationen auf den Körperkonzept-Skalen zwischen den Vätern, Müttern und Indexpatienten bleiben fast alle im statistisch unbedeutsamen Bereich. Dies bedeutet, daß die Kopfschmerz-Strichprobe insgesamt gesehen zwar ein nicht so „positives“ Körperkonzept angibt wie die Vergleich-Stichprobe, jedoch intrafamiliär mit Unterschieden zu rechnen ist. Diese Unterschiede können therapeutisch als familiäre Ressourcen genutzt werden. So können im Beratungsgespräch die Familienmitglieder ihre unterschiedlichen Einstellungen und Vorstellungen zum eigenen Körper thematisieren, sich gegenseitig anregen und unterstützen.

Unsere klinische Erfahrung, exemplarisch veranschaulicht in den Kasuistiken, legt uns nahe, daß eine Veränderung familiärer Beziehungsmuster im Umgang mit dem eigenen Körper, die als kopfschmerzassoziiert erscheinen, mit dem Therapieerfolg einhergeht. Eine erste empirische Überprüfung dieser Hypothese in einer Pilotstudie bestätigt dies (Ochs et al. 2002). Theoretisch lassen sich diese parallel stattfindenden Veränderungsprozesse auf unterschiedlichen Systemebenen – das Kopfschmerzgeschehen auf der eher biologischen Ebene einerseits und die familiären Beziehungsmuster im Umgang mit dem eigenen Körper auf der eher sozialen Ebene andererseits – sinnvoll mittels der Theorie dynamischer Systeme, die Krankheiten als in zirkuläre und nicht in lineare Wirkzusammenhänge eingeflochtene dynamical diseases (Belair et al. 1995) versteht, konzeptualisieren. In offenen, lebenden Systemen können Veränderungen auf einer Systemebene selbstorganisierte Veränderungen auf parallelen Systemebenen initiieren oder anregen, ohne daß diese Veränderungsprozesse ausdrücklich instruiert und trainiert werden. So läßt sich verstehen, daß in der ersten Kasuistik die Eltern und in der zweiten die Mutter ihren Umgang mit dem eigenen Körper verändert haben, ohne daß dies explizit im Verlauf des Behandlungsprogramms vorgeschlagen und mit ihnen geübt wurde. Diese Veränderung läßt sich verstehen als Produkt verschiedener Anregungen, die der Indexpatient und die Familie im Verlauf der Behandlung in den Kinderkopfschmerzgruppen, den Elternabenden oder den Familiengesprächen erfahren haben. In der zweiten Kasuistik wird zudem deutlich wie im Verlauf solcher selbstorganisierter Veränderungsprozesse Familien kreativ vorhandene Systemressourcen nutzen: Die Kinder helfen freiwillig nachmittags im Betrieb ein wenig, damit die Mutter für eine Stunde Entspannung findet.

Was familiäre Attributionspräferenzen betrifft, so fallen diese beim Indexpatienten, den Vätern und Müttern ähnlich aus. Der t-Test erbrachte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede und eine ganze Reihe von Korrelationen auf den AFKA-Skalen zwischen den Familienmitgliedern liegen im signifikanten bis hochsignifikanten Bereich. Dies bedeutet, daß tatsächlich intrafamiliär die Attributionspräferenzen sich ähneln. Die große Ähnlichkeit in den Krankheitsattributionsmustern zwischen den Familienmitgliedern kann als Beleg dafür betrachtet werden, daß

Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen u.a. ein familiär-kognitives Geschehen mit hoher Tendenz zu konsensueller Geschlossenheit darstellt.

Die große Ähnlichkeit der Attributionspräferenzen zwischen den Familienmitgliedern zeigt, daß Einstellungen und Vorstellungen über die Ursachen der Kopfschmerzen keine private Angelegenheit des Kindes oder Jugendlichen darstellen. Für die Praxis bedeutet dies: Möchte man therapeutisch Einstellungen zu Kopfschmerzen und zum Umgang mit ihnen beim Kind verändern (etwa beim Erlernen von Selbstmanagement-Möglichkeiten), dann erscheint es ratsam, sich darüber ein Bild zu machen, ob diese Veränderungen kompatibel sind mit dem soziokognitiven familiären Umfeld (z.B. den familiären Kopfschmerzattributionen). Wenn dies nämlich nicht der Fall ist, dann besteht statistisch betrachtet eine hohe Wahrscheinlichkeit, daß die Einstellungsveränderungen keine Nachhaltigkeit erfahren (Ochs et al. 2002). Die dritte Kasuistik mag als Beispiel hierfür dienen. Wenn man davon ausgeht, daß diejenigen AFKA-Faktoren, auf die am ausgeprägtesten attribuiert wurde, nämlich „Streß“ und „Selbst“, der internalen Kontrollüberzeugung obliegen, dann neigt insgesamt gesehen die „Kopfschmerz-Stichprobe“ jedoch zu „veränderungsfreudigen“ und psychosomatisch aufgeschlossenen Krankheitsattributionen bzw. -theorien.

Eine differenzierte Betrachtung der korrelativen Befunde auf den AFKA-Faktoren ergibt, daß neben allem „Gleichklang“ auch intrafamiliäre Unterschiede in den Attributionsmustern vorhanden sind. Mütter und Väter attribuieren auf einzelnen Skalen noch gleichgerichteter als Väter und Indexpatienten oder Mütter und Indexpatienten. Sie sind sich ausgesprochen einig darüber, was die Attribution auf „Familie“, „Schicksal“ und „Körper“ betrifft; Väter und Indexpatienten vor allem, was die Zuschreibung auf das „Selbst“ und Schicksal“ angeht; Mütter und Indexpatienten hauptsächlich auf den Faktoren „Selbst“, „Streß“ und „Schicksal“. Diese Unterschiede sind jedoch schwierig zu interpretieren. Eine einzelfallbezogene Betrachtung einzelner AFKA-Profile kann jedoch sehr lohnend sein (siehe etwa Kasuistik drei). Familientypische Abweichungen vom durchschnittlichen Attributionsmuster können wichtige therapeutische Hinweise enthalten und zur Hypothesengenerierung im therapeutischen Diskurs genutzt werden.

Für die Körperkonzeptforschung ist von Bedeutung, daß es bei der Attribuierung der Kopfschmerzen auf den eigenen Körper bei der Kopfschmerz-Stichprobe Indexpatienten, Väter und Mütter keine statistisch bedeutsamen Unterschiede gibt und daß Väter und Mütter bei Kindern und Jugendlichen mit Kopfschmerzen sich ausgesprochen einig darüber sind, in welchem Ausmaß die Beschwerden des Indexpatienten auf seinen Körper zu attribuieren sind: Auch dies ein empirischer Anhaltspunkt dafür, daß eine therapeutische Exploration familiärer Körperkonzepte beim pädiatrischen Kopfschmerz hilfreich sein kann. Denn das Körperkonzept bzw. der Körper gewinnt für Krankheitsgeschehen und -bewältigung eine therapeutische Relevanz auch im Zusammenhang mit dem Attributionsausmaß auf diesen.

Ein Schwachpunkt der vorliegenden Befunde besteht in der geringen Stichprobengröße der Indexpatienten von $n=19$. Eine Replikation oder Präzisierung der Befunde an einer größeren Stichprobengröße wäre wünschenswert. Dennoch können die empirischen Hinweise als stichhaltig genug dafür bewertet werden, daß die Einbeziehung der Familie in die Behandlung des pädiatrischen Kopfschmerzen vor al-

lem hinsichtlich der Exploration des Umgangs mit dem eigenen Körper und der Präferenzen zur Krankheitsattribution sinnvoll und zu fordern ist. Die systemische Familienmedizin als klinische Anwendungswissenschaft der sozialen Kognitionsforschung (McDaniel et al. 1997) stellt systematisches Interventionswissen hierfür für sämtliche psychosoziale Berufsgruppen bereit.

Literatur

- Anttila, P.; Metsahonkala, L.; Helenius, H.; Sillanpää, M. (2000): Predisposing and provoking factors in childhood migraine. *Headache* 40: 351-356.
- 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.
- Bélair, J.; Glass, L.; an der Heiden, U.; Milton, J. (1995)(Hg.): *Dynamical Disease*. Woodbury.
- 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.
- Bortz, J. (1993): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Frankenberg, S. v.; Pothmann, R. (1999): Kopfschmerzen bei Schulkindern. In: Hoefert, H.W.; Kröner-Herwig, B. (Hg.): *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Intervention*. München: Reinhardt.
- Guidetti, V.; Galli, F. (1998): Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia* 18: 449-454.
- International Headache Society, Headache classification committee (1988): Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 8: 1-96.
- Krausgrill-Luka, U.; Reinhold, B. (1996): Kopfschmerzen bei Kindern: Auftretensrate und Zusammenhang mit Streß, Streßbewältigung, Depressivität und sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4: 137-151.
- Kremer, E.F.; Hudson, J.; Schreiffer, T. (1999): Headache. In: Block, A.R.; Kremer, E.F. (Hg.): *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives*. Mahwah, NJ, US.
- Kröner-Herwig, B.; Greis, R.; Schilkowsky, G. (1993): KAU KON. Inventar zur Erhebung von Kausal- und Kontrollattribution bei chronischen Schmerzpatienten. *Diagnostica* 39: 120-137.
- Lykaitis, M. (1985): *Migräne im Kindesalter*. Frankfurt: Lang.
- Madanes, C. (1981): *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Martin, N.J.; Holroyd, K.A.; Penzien, D.B. (1990): The headache-specific locus of control scale: adaptation to recurrent headaches. *Headache* 30: 729-734.
- McDaniel, M.; Hepworth, J.; Doherty, W.J. (1997): *Familientherapie in der Medizin*. Heidelberg: Auer.
- Miller, L.C.; Murphy, R.; Buss, A.H. (1981): Consciousness of body: private and public. *Journal of Personality and Social Psychology* 41: 397-406.
- Mrazek, J. (1983): Mit Leib und Seele. Eine Psychologie heute-Umfrage. *Psychologie heute* 10: 41-46.
- Mrazek, J. (1984): Die Verkörperung des Selbst. Ergebnisse der Psychologie heute-Umfrage. *Psychologie heute* 11: 50-58.
- Ochs, M. (2000): Kopfschmerz im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 97: 538-539.
- Ochs, M.; Schweitzer, J.; Seemann, H.; Bader, U.; Verres, R. (2000): Systemische Familienberatung bei Spannungskopfschmerzen und Migräne im Kindes- und Jugendalter. In: Heuser, J.; deBruin, J. (Hg.): *Übergänge: Verbindungen und Trennungen als Fokus der Medizinischen Psychologie*. Lengerich, S. 83-84.
- Ochs, M.; Schweitzer, J.; Seemann, H.; Bader, U.; Voss, A.; Verres, R. (2002): Primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Die Veränderung familiärer Beziehungsmuster als Korrelat des Therapieerfolgs. *Der Schmerz* 16 (im Druck).

- Osterhaus, S.O.L; Lange, A.; Linssen, W.H.J.P.; Passchier, J. (1997): A behavioral treatment of young migrainous and nonmigrainous patients: prediction of treatment success. *International Journal of Behavioral Medicine* 4: 378-396.
- Paulus, P. (1982): *Zur Erfahrung des eigenen Körpers*. Weinheim: PVU.
- Pothmann, R.; Lobisch, M. (2000): Akutbehandlung des episodischen kindlichen Spannungskopfschmerzes mit Flupirtin und Paracetamol. Gekreuzte Doppelblindstudie. *Schmerz* 14: 1-4.
- Scharff, L.; Turk, D.C.; Marcus, D.A. (1995a): Psychosocial and behavioral characteristics in chronic headache patients: support for a continuum and dual-diagnostic approach. *Cephalalgia* 15: 216-223.
- Scharff, L.; Turk, D.C.; Marcus, D.A. (1995b): The relationship of locus of control and psychosocial-behavioral response in chronic headache. *Headache* 35: 527-533.
- Schmidt, H.M.; Blanz, B.; Esser, G. (1992): Häufigkeit und Bedeutung des Kopfschmerzes im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 1: 31-35.
- Schmidt, L.R.; Benz-Thiele, S.; Gökbas-Balzer, A.; Poida, E.; Weishaupt, I. (1994): Krankheitskonzepte bei Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2: 292-308.
- Schweitzer, J.; Ochs, M. (2002): Das Erkennen des Möglichen – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: Cierpka, M.: *Handbuch der Familiendiagnostik*, 3. Auflage. Berlin: Springer (im Druck).
- Seemann, H. (2000): Psychosomatische Schmerzen. In: Revenstorf, D.; Peter, B. (Hg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer, S. 537-555.
- Seemann, H.; (2002): Kopfschmerzkinder. Migräne und Spannungskopfschmerzen verstehen und psychotherapeutisch behandeln. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (1996): Selbstkonzept und Körperkonzept bei chronisch kranken und gesunden Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4: 247-269.
- Seiffge-Krenke, I.; Böger, A.; Schmidt, C. (1996): Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simon, F.B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Auer.
- Siniatchkin, M.; Kirsch, E.; Arslan, S.; Stegemann, S.; Gerber, W.D.; Stephani, U. (2001): Migraine and asthma in childhood: Evidence for specific asymmetric parent-child interactions in migraine and asthma families. Unveröff. Manuskript. Universität Kiel.
- Städtler, T. (1998): *Lexikon der Psychologie*. Stuttgart: Kröner.
- Theiling, S.; v. Schlippe, A.; Lob-Corzilius, T. (2000): Systemische Familienmedizin in der Pädiatrie. In: Kröger, F.; Hendrichke, A.; McDaniel, S. (Hg.): *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Auer, S. 130-164.
- v. Schlippe, A.; Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wälte, D.; Hendrichke, A.; Kröger, F. (2000): Familiäre Krankheitskonzepte: Ein neuer Ansatz in der empirischen Familienforschung. In: Kröger, F.; Hendrichke, A.; McDaniel, S. (Hg.): *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Auer, S. 257-294.
- Wälte, D.; Hendrichke, A.; Kröger, F. (2001): Krankheitskonzepte im Paar- und Familiensystem. *Kontext* 32: 20-32.
- Wälte, D.; Kröger, F. (1998): AFKA (Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution). Unveröff. Handbuch. RWTH Aachen.
- Wolf-Braun, B. (1987): Kopfschmerz bei Schulkindern. Eine empirische Untersuchung der psychologischen und sozialen Dimensionen rezidivierender Kopfschmerzen bei 9- bis 12jährigen Schulkindern. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien.

Anschrift der Verfasser/-in: Dipl.-Psych. Matthias Ochs, Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische Klinik, Abteilung für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg; E-Mail: Matthias_Ochs@med.uni-heidelberg.de