

Mangold, B.

Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 7, S. 262-266

urn:nbn:de:bsz-psydok-32397

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

Erziehungsberatung

<i>Gerlicher, K.</i> : Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance)	198
<i>Heekerens, H.-P.</i> : Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance)	126
<i>Hemling, H.</i> : Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey)	215
<i>Höger, C.</i> : Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance)	204
<i>Presting, G.</i> : Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation)	210
<i>Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results)	220

Familienrecht

<i>Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.</i> : Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects)	22
--	----

Familientherapie

<i>Reich, G.</i> : Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families)	16
---	----

Forschungsergebnisse

<i>v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Konversions syndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles)	240
<i>Berger, M.</i> : Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence)	107

<i>Bunk, D., Eggers, C.</i> : Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia)	8
<i>Döcker, A., Knöbl, H.</i> : Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education)	62
<i>Eberle, U., Castell, R.</i> : Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles)	284
<i>Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients)	277
<i>Jehle, P., Schröder, E.</i> : Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis)	49
<i>Langenmayr, A.</i> : Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour)	36
<i>Sarimski, K.</i> : Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children)	2
<i>Schneider, W.</i> : Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence)	56
<i>Steinhausen, H.-C.</i> : Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?)	39

Praxisberichte

<i>Bemens, F., Krohn, G.</i> : Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department)	71
<i>Klosinski, G.</i> : Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents)	66
<i>Knapp, T.W.</i> : Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl)	308
<i>Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.</i> : Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents)	139

Otto, B.: Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy)	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg	226
Schemus, R.: Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences)	176	Editorial	
Student, J. C.: Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging)	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung	196
Psychosomatik		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“	276
Habermas, T.: Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset)	88	Ehrungen	
Mangold, B.: Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence)	262	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag	311
Zimmermann, F.: Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis)	92	Buchbesprechungen	
Psychotherapie		Aissen-Crewett, M.: Kunsttherapie	187
Buchholz, M. B.: Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View)	98	Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A. (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	234
Herzka, H. S.: System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents)	134	Backe, C. et al. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien	232
Voss-Coxhead, D.: Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery)	257	Balint, M.: Regression.	317
Übersichten		Bauer, A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter	156
Fegert, J. M.: Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse)	164	Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.: Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder	118
Heckerens, H.-P.: Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences)	295	Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19	153
Huppmann, G., Werner, A.: Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children)	301	Biebl, W.: Anorexia nervosa	189
Langenmayr, A.: Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children)	249	Biermann, G. (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche	29
Yamamoto, A.: Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools)	171	Brack, U. B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	31
Tagungsberichte		Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: Psychiatrie lernen	78
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg		Brezinka, W.: Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft	29
		Charlton, M., Neumann, K.: Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie	270
		Clemenz, M.: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie	231
		DeMyer, K.: Familien mit autistischen Kindern	189
		Dietrich, G.: Spezielle Beratungspsychologie	233
		Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie	28
		Drewermann, E.: Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	190
		Engfer, A.: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen	30
		Fichtner, M. M.: Magersucht und Bulimie	188
		Flehmig, I., Stern, L. (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten	269
		Franke, U.: Artikulationstherapie bei Vorschulkindern	314
		Frankenburg, K. et al.: Entwicklungsdiagnostik bei Kindern	152
		Fromm, E.: Über die Liebe zum Leben	30
		Griseemann, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens	267

<i>Grissemann, H.</i> : Hyperaktive Kinder	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren	151	<i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assesment and Intervention	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns	230	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa	119	<i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus	30	<i>Szagan, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind	152
<i>Klussmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis - Anfragen an Sondererziehung und Therapie	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen	191
<i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele	82	<i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	231	Autoren der Hefte: 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter	320	Tagungskalender: 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	151	Mitteilungen: 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute	312		
<i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion	235		
<i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen	78		

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung (Leiter: Doz. Dr. B. Mangold) der Univ.-Kinderklinik Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. H. Berger)

Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz

Von B. Mangold

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird der Einfluß sozialer und psychodynamischer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychosomatischer Erkrankungen im Jugendalter dargestellt. Der Schwerpunkt zentriert sich auf die Bedeutung der Familiendiagnostik und der Familientherapie, die zweifellos in der derzeitigen Entwicklung den effizientesten Zugang bei psychosomatisch kranken Jugendlichen darstellt. Die Darstellung des therapeutischen Konzepts der Psychosomatischen Abteilung der Univ.-Kinderklinik Innsbruck sowie eine katamnestische Untersuchung unterstreichen die praktische Relevanz des Therapiemodells.

1 Einleitung

Der Einfluß sozialer und psychodynamischer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychosomatischer Erkrankungen im Jugendalter wird durch die Familiendiagnostik und die Erfahrungen aus der Familientherapie immer deutlicher. Die Notwendigkeit einer Adoleszenzmedizin, d. h. einer intensiveren, gezielten Beschäftigung mit dieser Entwicklungsphase im somatischen, psychologischen und psychosozialen Bereich, wird durch Häufigkeit, Schweregrad und auch die therapeutische Unsicherheit bei psychosomatischen Erkrankungen in der Pubertät unterstrichen.

Unklare Abgrenzungen zwischen Kinderheilkunde und Erwachsenenmedizin – bzw. Kinderpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie – haben dazu beigetragen, daß auf diese Entwicklungsphase abgestimmte Konzepte für Diagnostik und Therapie nur in beschränktem Umfang vorliegen.

2 Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz

Jedem Kinderarzt ist geläufig, daß die Präpubertät und Pubertät ein typisches Manifestationsalter für psychosomatische aber auch psychosoziale Störungen ist. Weniger erkennbar ist der innere Zusammenhang mit der indivi-

duellen und familiären Krise bei psychosomatischen Erkrankungen, da ja gerade durch die körperliche Symptomatik die eigentlichen Probleme verdeckt und die familiäre Beziehungskrise stabilisiert wird. Die Quote an psychischen Störungen in der Adoleszenz in einer auslesefreien Stichprobe in der Bundesrepublik Deutschland liegt zwischen 13 und 16% (Remschmidt, 1984). In unserer eigenen katamnestischen Untersuchung von insgesamt 332 stationär betreuten Kindern entfielen 29% auf die Gruppe der 10–12jährigen und 15% auf die der 13–16jährigen; d. h. 44% der Patienten befanden sich in der Präpubertät und Pubertät. 37% der Buben und 54% der Mädchen zeigten psychosomatische Störungen (Fischer, 1985). Der allgemeine Trend, daß Mädchen eher psychosomatisch reagieren, gilt für die Pubertät verstärkt. Bei den Mädchen steht die Anorexie (ca. 50%), bei den Knaben funktionelle Störungen im respiratorischen System (75%) an erster Stelle. Bei 20% der Eltern und 25% der Geschwister wurden ebenfalls psychosomatische Beschwerden festgestellt.

In verschiedenen Studien konnte dargelegt werden, daß die Pubertät ein charakteristisches Manifestationsalter für verschiedene psychosomatische Erkrankungen ist:

- Anorexia nervosa (Häufigkeitsgipfel bei 14 bis 18 Jahren);
- Adipositas (Häufigkeitsgipfel bei 11 Jahren);
- psychogene Anfälle (mittlerer Häufigkeitsgipfel bei 11 Jahren; Mangold, 1984);
- funktionelle Störungen im muskuloskeletären System: Arthralgien, Myalgie-Syndrom und vertebrale Schmerzen (mittlerer Häufigkeitsgipfel bei 12 Jahren; Mangold, 1982).
- funktionelle psychovegetative Atemnotanfälle (mittlerer Häufigkeitsgipfel bei 12 Jahren; Mangold, 1981);
- der Häufigkeitsgipfel bei psychogenen Sehstörungen (psychogene Blindheit) liegt ebenfalls in der Pubertät.

Das Häufigkeitsmaximum in der präpubertären und pubertären Entwicklungsphase zeigt eine deutliche Korrelation zwischen Entwicklungs- und Loslösungsprozessen bei einer gestörten (blockierten) Autonomieentwicklung und der Erstmanifestation psychosomatischer Symptome.

3 Entwicklungs- und Verlaufsbedingungen psychosomatischer Erkrankungen in der Pubertät aus der Perspektive der Familiendynamik

Das Auftreten psychosomatischer Erkrankungen gerade in der Entwicklungsphase der Pubertät, und auch anderer wichtiger Entwicklungsphasen im Lebenszyklus einer Familie, weist darauf hin, daß Krankheit und Symptome Signal für eine gestörte oder blockierte Autonomieentwicklung des Jugendlichen sein können. Autonomie, die sich nicht altersadäquat entwickeln kann, bzw. Autonomiebestrebungen, die nicht zugelassen werden, können ohne adäquate Lösung der Konflikte auf der familiären Beziehungsebene zu Symptomen führen. Körperliche Erkrankung in diesem weitgefaßten Sinne ist damit kein absurdes Geschehen, sondern eine kreative Leistung im Dienste der Selbstheilungskräfte des Menschen, ein möglicher Initiator neuer und besserer Problemlösungsfähigkeiten, ein oft schmerzhaftes aber vielleicht notwendiges Stimulans zu einer Neuorientierung oder Weiterentwicklung eigener, partnerschaftlicher und familiärer Ressourcen.

Psychosomatische Symptome sind so gesehen viel weniger Hinweise auf eine gestörte Entwicklung des Jugendlichen, als vielmehr ein Signal für notwendige Änderungen im ganzen familiären Beziehungsnetz. Eine Überwindung der Krise des Jugendlichen ist oft erst möglich, wenn Probleme der Eltern und der Partnerschaft erkannt und gelöst werden können. Wird ein Kind zum Erwachsenen und beginnt ein unabhängiges Leben anzustreben, müssen in der Familie wichtige Veränderungen stattfinden, müssen sich die Eltern von ihrem Kind und die Kinder von den Eltern lösen können. Problembehaftet erscheint also nicht nur der Jugendliche, sondern die Phase, in der sich die Familie dann befindet. Es ist dadurch unumgänglich, die Familie in die Diagnostik und die Behandlung einzubeziehen.

Diagnostisch ist sowohl die bisherige Autonomieentwicklung des Kindes wie auch der Eltern und der Familie wichtig. Die Familiendiagnostik ist hierbei für die richtige Einschätzung notwendig.

Die Symptomatik selbst gibt wenige Anhaltspunkte, wenn sie nicht in den Kontext der Lebens- und Beziehungssituationen des Jugendlichen gestellt wird, wobei neben dem familiären Bereich auch das außerfamiliäre Beziehungsnetz in Schule und Peergroup eine wesentliche Rolle spielt, da eine Ablösung von der Familie nur gelingen kann, wenn außerfamiliäre Beziehungen aufgebaut werden.

Ein charakteristisches Merkmal von Familien mit psychosomatisch kranken Kindern ist die starke innerfamiliäre Verschmelzung, die in der Regel gegen die Außenwelt stark abgegrenzt. Entwicklungsphasen, die mit Individuation oder gar Trennung einhergehen, gefährden diese Familiensysteme in hohem Ausmaß. Das psychosomatische Symptom – an Stelle einer adäquaten Auseinandersetzung – bestätigt und verfestigt somit den Status quo. Das Bedürfnis der Eltern, sich um ihr Kind zu sorgen, und die Angst des Jugendlichen, ohne seine Eltern

hilflos zu sein, wird durch die Symptomatik bestätigt und aufrechterhalten (Familienhomöostase). Häufig ist zu beobachten, daß frühere Trennungsprobleme und Verlustängste einzelner Familienmitglieder reaktiviert werden, was die Angst und Rigidität im Umgang mit Ablösungsprozessen erhöht.

Wenn ein Pubertierender im bisherigen Beziehungsgefüge einer Familie delegiert war, eine bestimmte Rolle auszuführen (z. B. Koalitionspartner eines Elternteiles oder Stabilisator bei Partnerkonflikten), kann er nicht selbstständig werden, ohne daß die Familie, die Partnerschaft oder ein Elternteil in eine Krise gerät. Widerstand gegen die Therapie, Therapieabbruch ist die logische Folge, wenn ohne Wissen um diese Familiendynamik eine Einzeltherapie geplant wird, oder es kommt durch die Gesundung des Jugendlichen zum Zusammenbruch des familiären Gleichgewichtes. Die Loyalität gerade der psychosomatisch Kranken ihrer Familie gegenüber ist so stark, daß sie eher auf ihre persönliche Individuation verzichten und weiterhin ihren Beitrag zur Stabilität der Familie leisten. Wenn sie es vorher um den Preis des Verzichtes auf die Autonomie getan haben, dann jetzt um den Preis des körperlich Krank- und Abhängigseins. Die Erfahrung, daß die Symptomatik oft ganz plötzlich ohne erkennbare Zusammenhänge auftritt und ein Großteil der Jugendlichen bis zu diesem Zeitpunkt ausgesprochen angepaßt und problemlos waren, bestätigt diese Beobachtung. Ein Jugendlicher, der sich nicht lösen kann, hat in der Regel eine wichtige Funktion in der Partnerschaft seiner Eltern. Deshalb kann eine Bewältigung seiner Krankheit nur möglich werden, wenn die Eltern ihre Beziehung zu ändern imstande sind.

Wird der Ablösungsprozeß als wechselseitiger Vorgang begriffen, wird offensichtlich, daß sich nicht nur Eltern an ihren Kindern festklammern, sondern auch das Kind sich an die Eltern klammert. Das System funktioniert, als ob eine Trennung katastrophale Auswirkungen haben würde. In der praktischen Erfahrung der stationären Psychotherapie bei Jugendlichen rechnen wir mit extremen Trennungsreaktionen bei der stationären Aufnahme, die ohne vorhergehende Bewußtmachung und Vorbereitung während einer ambulanten Familientherapie oft zum frühzeitigen Abbruch der Therapie führen würden. Nach der Trennung erleben wir regelmäßig, daß der Jugendliche diese ohne große Probleme bewältigt, aber die Eltern – meistens die Mutter – mit extremen Störungen (Schlaflosigkeit – Appetitlosigkeit – Angstzustände bis zu psychotischen Krisen) reagieren. Das Gelingen dieser Trennung ist der entscheidende therapeutische Schritt. Die bewußte Hilfestellung für die Eltern ist oft wichtiger als die Unterstützung des Jugendlichen. Werden die Trennung und die Reaktionen darauf bewältigt, steht einer weiteren positiven Entwicklung meist nichts mehr im Wege.

Aus familiendynamischer Sicht hat der Therapeut die optimale Chance, wenn er sich selbst als Brücke zwischen den Bedürfnissen der Generationen versteht, wenn er den Eltern helfen kann, das unvermeidliche Erwachsenwerden des Jugendlichen zu akzeptieren und dem Jugendli-

chen hilft, eine engere Beziehung mit Gleichaltrigen außerhalb der Familie aufzubauen. Je mehr stabile außerfamiliäre Beziehungen dem Jugendlichen möglich werden, je mehr die Eltern wieder eigene Lebensbereiche aktivieren können, um so größer ist die Chance einer gesunden Loslösung und Individuation aller Familienmitglieder. Erfolg oder Mißerfolg einer Therapie bei einem Jugendlichen sind unlösbar mit der Reorganisation seiner Familie verbunden, während neue Kommunikations- und hierarchische Strukturen entwickelt werden können.

Dieselben Voraussetzungen, die zur Entwicklungsblockade bzw. zur Krankheit führen, können andererseits zu einem oft erstaunlichen und beglückenden Erlebnis kreativer Entfaltung und Gesundung des Jugendlichen beitragen, wenn durch das beschriebene Vorgehen es der Familie ermöglicht wird, eine Krise in einen gemeinsamen Wachstumsprozeß umzuformen. Das Risiko einer mißlingenden Therapie liegt darin, diese Situation mittels Hospitalisierung (Reduktion des Problems auf ein Symptom) oder Verabreichung von Medikamenten lösen zu wollen (vgl. *Haley*, 1981). Die größten Erfolgchancen hat der Therapeut, der den Focus seiner Aufmerksamkeit auf die ganze Familie und die notwendigen Änderungen in den Beziehungsstrukturen richtet.

Die in der Pubertät auftretende psychosomatische Erkrankung ist ein Versuch des Jugendlichen, das bedrohte Gleichgewicht der Familien dadurch zu stabilisieren, daß er durch seine Krankheit die Eltern zwingt, weiter für ihn zu sorgen. Die für Eltern und Jugendliche angstausslösende aber notwendige Neuorganisation der Familie muß dann nicht stattfinden. Die zentrale Frage ist nicht mehr, Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und der Symptombildung zu suchen, sondern die, welchen Sinn die Symptomatik im Kontext der Beziehungen und der notwendigen Veränderung im familiären Lebenszyklus hat. Eine kurze Fallkonstruktion soll die Bedeutung eines Symptoms im familiären Gesamtkontext verdeutlichen:

Bei einem Kind treten nach dem Tod des Großvaters funktionelle psychosomatische Beschwerden auf. Die Großmutter entwickelt durch den Verlust ihres Mannes eine Depression und erwartet von ihrem Sohn (Vater des Kindes), daß er für sie da ist. Der Vater reagiert mit Zuwendung für seine Mutter, dies löst bei seiner Frau Einsamkeit und das Gefühl des Verlassenseins aus. Diese kompensiert ihre Vereinsamung, indem sie ihr Kind stärker an sich bindet. Das Kind kommt dem Bedürfnis der Mutter entgegen, verzichtet auf Loyalität ihr gegenüber auf den Kontakt zu Freunden und außerfamiliäre Beziehungen, d. h. auf altersadäquate Loslösungsbestrebungen. Die immer stärker werdende Symptomatik des Kindes bestätigt die Notwendigkeit der engen Bindung an die Mutter und die Familie und hemmt die Autonomieentwicklung des Kindes. Die Problematik der Partnerschaft wird durch die Krankheit des Kindes überdeckt.

Soll das Symptom des Jugendlichen richtig erfaßt und gelöst werden, müssen die vielschichtigen Zusammenhänge der gesamten Familie erkannt werden. Nur eine adäquate Hilfe für die Großmutter (Trauerarbeit), ein direktes Erkennen der Partnerprobleme der Eltern schaffen die Voraussetzung, daß die enge Bindung zwischen

Mutter und Sohn nicht mehr notwendig ist und dieser seine Symptomatik verlieren kann. Familientherapie bei psychosomatischen Erkrankungen ist in der Regel eine Mehrgenerationentherapie.

4 Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten in der Pubertät

Wenn bisher von vorwiegend psychosozial bedingten Störungen in der Pubertät die Rede war, die primär in den Kompetenzbereich des psychosomatisch geschulten Therapeuten gehören, stellt dies nur einen Aufgabenbereich der Psychosomatik dar. Auch der Jugendliche mit vorwiegend organisch bedingten Erkrankungen, z. B. bei Entwicklungsretardierungen, Störungen der Sexualentwicklung, Mißbildungssyndromen und chronischen Erkrankungen wie dem juvenilen Diabetes, wird mit Problemen konfrontiert, die über eine normative Pubertätskrise hinausgehen. Hier ist manchmal eine spezifische Betreuung angezeigt, um eine Verschlechterung der Grundkrankheit zu verhindern. Am Beispiel der juvenilen Diabetes mell. soll dieses kurz dargestellt werden.

Ein Teil der juvenilen Diabetiker reagiert oft mit medizinisch nicht erklärbarer Verschlechterung, gekennzeichnet durch häufige Stoffwechsellentgleisungen mit ketoazetotischen Krisen, die dann notwendige Klinikaufenthalte bedingen. Rasche Normalisierung bei stationärer Therapie und häufige Entgleisungen im familiären Milieu lassen hier familiendynamische Faktoren vermuten. *Minuchin* und *Barcai* (1973) haben bei 13 Patienten eine Familientherapie durchgeführt. Vor der Therapie waren durchschnittlich 12 Hospitalisationen pro Jahr notwendig. Eine Follow-up-Studie nach einer Familientherapie von 2–12 Monaten ergab eine verblüffende Verbesserung in der Diabeteskontrolle (durchschnittlich eine Hospitalisation in vier Jahren). Die Autoren postulieren, daß die Familienstruktur in sehr enger Beziehung zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychosomatischen Symptomen steht und die Symptome des Kindes eine wesentliche Rolle für das Gleichgewicht der Familie spielen. Eine gleichzeitige Registrierung der physiologischen Veränderung während eines strukturierten Familieninterviews anhand der freien Fettsäuren machte es möglich, die physiologischen Prozesse mit den entsprechenden Interaktionsmustern in einen Zusammenhang zu bringen, und scheint die oben angegebene Hypothese zu unterstreichen (*Minuchin*, 1981).

In einer anderen Arbeit über den juvenilen Diabetiker wird deutlich, daß, von der Familiensituation abhängig, unterschiedliche Krankheitsverarbeitungen vorliegen, die eine differenzierte Klassifikation möglich machen (*Cierpka*, 1982). Beim sogenannten superlabilen jugendlichen Diabetiker ist u. a. zu beachten, daß eine adäquate individuelle und familiendynamische Bewältigungsstrategie zur Verfügung steht. Es handelt sich oft um Familien, die typische Charakteristika von Psychosomatiker-Familien aufweisen.

5 Eigenes therapeutisches Konzept

Basierend auf 15jähriger Erfahrung in der Therapie psychosomatisch kranker Kinder, versuchen wir einen multidimensionalen Therapieansatz zu verwirklichen, wobei die systemische Familientherapie sich für uns als die wichtigste, effektivste, aber auch am meisten ökonomische Therapieform erwiesen hat. Dabei haben sich zwei Grundtherapieformen als effizient erwiesen: (a) ambulante Familientherapie, (b) stationäre Psychotherapie mit gleichzeitiger Familientherapie. Einem Großteil der psychosomatisch kranken Kinder kann in einer ambulanten Familientherapie effizient geholfen werden, wenn nicht (a) eine akute klinische Symptomatik vorliegt, (b) die Problematik nicht allzulange besteht und chronifiziert ist und (c) die familiären Dysfunktionen nicht durch schwere neurotische oder psychotische Grundstörungen der Kinder oder der Eltern bedingt sind. In unserer klinischen Praxis können wir ca. 90% der Patienten ambulant betreuen, bei etwa 10% ist eine Kombination von Familientherapie und stationärer Psychotherapie notwendig.

Gründe zur stationären Aufnahme bei Jugendlichen waren:

- vitale Bedrohung (klinische Indikation) bei 33%,
- Symptompersistenz über viele Jahre (Chronifizierung) bei 19%,
- unhaltbare häusliche Situation (Notwendigkeit einer Trennung zwischen Eltern und Jugendlichen) bei 38%,
- geographische Entfernung bei 10%.

Während der stationären Therapie, die nach dem Konzept einer Therapeutischen Gemeinschaft organisiert ist, ist eine Behandlung auf allen Prozeßebenen möglich. Gerade durch das psychodynamische Kräftefeld einer Therapeutischen Gemeinschaft ist eine optimale Situation gegeben, die einerseits die Psychodynamik gestörten Verhaltens sichtbar werden läßt, andererseits gleichzeitig therapeutische Interventionen im Sinne von Lösen und Umstrukturieren pathogener Verhaltensweisen sowie Aufbauen und Integrieren neuer und adäquater Beziehungsmuster ermöglicht.

5.1 Therapieergebnisse

Das medizinische Ziel der Therapie ist das Erreichen der Symptomfreiheit, im weiteren familien- und psychotherapeutischen Sinne jedoch das Erkennen und Modifizieren der individuell und familiendynamisch wirksamen pathogenen Faktoren, die zur Somatisierung geführt haben.

Aus unseren Katamnesen geht deutlich hervor, daß eine bleibende Symptomfreiheit im wesentlichen davon abhängt, inwieweit problematische Verhaltensweisen des Jugendlichen und v. a. ausgeprägte familiäre Beziehungsstörungen im Laufe der Therapie vermindert bzw. gelöst werden konnten, bzw. inwieweit durch die Therapie folgende Ziele erreicht wurden:

- a) Die Wiedererreichung einer angemessenen Autonomieentwicklung sowie gesunder Individuationsprozesse durch Erreichen einer größeren Selbstständigkeit, vermehrtem Selbstwertgefühl, Abbau von Verhaltensstörungen und altersadäquaten Beziehungen.
- b) Der Aufbau einer neuen, tragfähigen und konstruktiven Beziehung innerhalb der Familie, zu erkennen an der wiedergewonnenen Dialogfähigkeit. Der Jugendliche und seine Familie haben mehr individuelle Freiheit und psychosoziale Kompetenzen erreicht. Die Eltern können die Bedürfnisse des Jugendlichen besser verstehen und akzeptieren, diese wiederum können unter Wahrung der Loyalität eine neue altersadäquate, tragfähige Beziehung zu den Eltern aufbauen.

6 Diskussion

Das Symptom als Signal einer Beziehungs- oder Entwicklungsstörung betrachtet, kann als positiv gedeutet werden, indem es, wie z. B. das Fieber bei verschiedenen organischen Erkrankungen, als Sicherheitsfaktor, als Warnzeichen erkannt und als Freund und Helfer psychischer und körperlicher Integrität positiv bewertet werden. Dies führt zu einem völlig anderen Umgang mit Symptomen und verhindert die Entwicklung einer, durch das Symptom aufgelösten, pathologischen Eigendynamik. Wesentlicher als das völlige Verschwinden eines Symptomes erscheint das Ziel, dem Patienten und seiner Familie den Zusammenhang zwischen Symptom und psychischem Streß und Lebenssituation wieder deutlich spürbar und nachvollziehbar werden zu lassen, um damit auch die Möglichkeit adäquater Problemlösungen wesentlich zu erhöhen. Das Symptom wird dann zur Leitschiene für kompetente Selbsthilfe.

Die Entwicklung der letzten 20 Jahre, vor allem ausgelöst durch die Erforschung von Kommunikationsprozessen, hat einen immer weiteren und klareren Überblick über die Funktion von Symptomen ermöglicht. Ausgehend von einer rein individuellen Sichtweise, in welcher Krankheit und Symptome unabhängig von der sozialen Situation des Patienten verstanden und behandelt wurden, stieg die Einsicht, daß Symptome auch Ausdruck einer gestörten zwischenmenschlichen Beziehung sein können.

In der Darstellung familiendynamischer Prozesse bei der Entwicklung psychosomatisch kranker Jugendlicher wird nun eine weitere Facette deutlich. Symptome können auch Signale einer sich verändernden Lebenssituation, einer notwendigen aber fehlenden Neuorientierung in Lebenszyklen der Familie oder anderer Bezugsgruppe darstellen. Das Hauptziel der Therapie aus dieser Sichtweise ist das Erkennen und das Lösen familiärer Entwicklungsblockaden, um den Lebenszyklus wieder in Bewegung zu setzen.

Die Arbeit mit Jugendlichen läßt deutlich werden, wie stark die Kräfte der Entwicklungsprozesse, das Streben nach Autonomie jedem Menschen innewohnen. Sich die-

sen Kräften zu widersetzen, wird den Strom über die Ufer treten und um das Hindernis herumfließen lassen. Der Arzt und Therapeut hat die Aufgabe, mit dem Jugendlichen und seiner Familie den ganz individuellen Weg zu finden, dann wird sich der Fluß den eigenen, der persönlichen Situation angepaßten Weg graben.

Summary

Psychosomatic Diseases in Adolescence

In this paper the influences of social and psychodynamic factors on development and course of psychosomatic diseases in adolescence are outlined. Emphasis is put on importance of diagnostic evaluation of the family and on family therapy, both being the most efficient approach to psychosomatic disorders in adolescence. By presentation of the therapeutic concept that we have been employing at the Department for Psychodynamic Diseases, Childrens Hospital, University of Innsbruck, as well as catamnestic studies emphasize the practicability of this therapeutic model.

Literatur

- Cierpka, M.* (1982): Der juvenile Diabetiker und seine Familie. *Zschr.psychosom.Med.* 28,363-384. - *Fischer, H. et al.* (1985): Psychische und psychosomatische Krankheiten in der Pubertät. *Pädiatrie und Pädologie* 20, 177-184. - *Haley, J.* (1981): Ablösungsprobleme Jugendlicher. München: Pfeiffer. - *Mangold, B.* (1985): Psychodynamische und familiendynamische Aspekte der Pubertätskrisen. *Pädiatrie und Pädologie* 20, 165-172. - *Mangold, B.* (1984): Psychosomatik nicht-epileptischer Anfälle. *Pädiatrie und Pädologie, Suppl.* 7, Wien: Springer-Verlag. - *Mangold, B.* (1981): Psychosomatik der akuten Atemnotanfälle aus der Perspektive der Familientherapie. *Pädiatrie und Pädologie* 16,243-255. - *Mangold, B.* (1982): Diagnostik und Therapie psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 4 N.718, 384-386. - *Minuchin, S. & Barcai* (1973): Therapeutisch induzierte Familienkrise. In: *Sager und Kaplan: Handbuch der Gruppen, Ehe- und Familientherapie*, 389-397. - *Minuchin, S. et al.* (1981): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta. - *Zauner, J.* (1984): Probleme der Psychotherapie Jugendlicher. In: *H. Remschmidt* (Hrsg.): *Psychotherapie mit Jugendlichen, Kindern und Familien*. Stuttgart: Enke.

Anshr.d.Verf.: Univ.-Doz.Dr. B.Mangold, Univ.-Klinik für Kinderheilkunde, Psychotherapeutische Abteilung, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.