

Braun-Scharm, Hellmuth

Coping bei schizophrenen Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 2, S. 104-118

urn:nbn:de:bsz-psydok-42815

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

Bränik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinary cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents (“Autyn-groups”))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Silbing relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of silbing relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controvercies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Silbing relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Silbling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ (“The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klaub, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimsierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Coping bei schizophrenen Jugendlichen

Hellmuth Braun-Scharm

Summary

Schizophrenia in adolescence and coping

The present study examines for the first time specific forms of coping in adolescents with schizophrenia during the initial phase of their illness. It was found that schizophrenic adolescents develop considerably less active coping compared to adolescents with other disorders. Active coping is least prominent for positive symptoms (delusions, hallucinations, thought disorders); the youngest first-manifestation adolescents are also impaired in other domains (irritability, psychosocial stability). The results have exploratory character as they are based on a small and thus not representative number of cases, but should prompt further investigations.

Zusammenfassung

Die Studie untersucht erstmals die störungsspezifischen Formen der Krankheitsbearbeitung (coping) von schizophrenen Jugendlichen am Beginn ihrer Erkrankung. Dabei zeigt sich, daß schizophrene Jugendliche deutlich weniger aktives Coping entwickeln als Jugendliche mit anderen psychischen Störungen. Am wenigsten aktives Coping wird gegenüber den produktiven Symptomen (Wahn, Halluzination, Denkstörungen) gezeigt. Die jungen ersterkrankten Jugendlichen sind auch in anderen Bereichen (Irritierbarkeit, psychosoziale Belastungen) reduziert. Die Ergebnisse haben explorativen Charakter, sind aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht repräsentativ und sollten zu weiteren Untersuchungen Anlaß geben.

1 Einleitung

Der von Kahlbaum (1863, 1874) und Mitarbeitern (Hecker 1871) skizzierte, von Kraepelin definierte (1896, 1913), von Bleuler benannte (1911) und von den modernen Klassifikationssystemen als eigenständige psychiatrische Krankheitsgruppe übernommene Formenkreis der Schizophrenien (Dilling et al. 1993, APA 1994) schließt deren Frühmanifestation im Jugendalter ein. Es besteht Einigkeit darüber, daß das Manifestationsmaximum der Schizophrenien zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr liegt, daß die Erkrankung aber schon früher beginnen kann und die Inzidenz ab dem 12. Lebensjahr kontinuierlich zunimmt.

Diese grundsätzliche Einigkeit schließt aber das Wissen ein, daß die im Jugendalter beginnenden Schizophrenien – etwa vergleichbar den Spätschizophrenien – gewisse dimensionale Eigenheiten aufweisen, deren Art und Ausmaß noch nicht vollständig aufgeklärt sind (Braun-Scharm 2000; Friedrich 1983; Martin 1991; Resch 1992; Schulz 1998; Spiel 1961). So sollen schizophrene Jugendlichen z.B. Abweichungen in der Geschlechterverteilung aufweisen (Blanz et al. 1994; Braun-Scharm 1992). Solche alters-typischen Besonderheiten sind bei den seltenen kindlichen Schizophrenien noch ausgeprägter. Obgleich keine eigene Klassifikation infantiler Schizophrenien vorliegt, besteht kein Zweifel, daß sich diese frühesten Manifestationen am meisten von den klassischen Formen des Erwachsenenalters unterscheiden können. Halluzinationen und paranoide Störungen sind oft weniger erkennbar, affektive und körperbezogene Symptome sind dagegen häufiger. Die Diagnostik der im Kindesalter beginnenden Schizophrenien stellt daher nach wie vor bei vielen Patienten eine große Herausforderung dar (Eggers u. Bunk 1997; Werry et al. 1991).

2 Problemstellung

Schizophrene Störungen führen auch dann, wenn keine Krankheitseinsicht besteht, zu schwerwiegenden, über alltägliche Belastungen hinausgehenden subjektiven Problemen, denen durch Verleugnung nicht ausgewichen werden kann. Sie wirken deshalb als Auslöser für spezifische Verarbeitungsprozesse, wie auch andere außergewöhnliche Lebenssituationen, die mit dem üblichen Repertoire von Bewältigungsstrategien nicht beherrscht werden können (Beutel 1988; Muthny 1990; Perrez u. Reicherts 1992; Schüßler 1993). Für das Erwachsenenalter liegt eine Vielzahl von Studien vor, die der Bedeutung von Copingstrategien bei schizophrenen Menschen nachgehen. Die ersten ausführlicheren Betrachtungen zu Selbstheilungsversuchen Schizophrener stammen von Bertschinger (1911). Von den älteren Autoren hat Mayer-Gross ein besonders komplexes Konzept von Coping-Reaktionen entwickelt („Formen der Nachwirkung“, 1920, 1922, 1929). Aktuellere Ergebnisse stammen aus den Arbeitsgruppen von Böker und Brenner (Andres u. Brenner 1989; Andres et al. 2000; Böker 1986; Böker u. Brenner 1983; Böker et al. 1984, 1989a, b; Brenner et al. 1987), Häfner und Rey (Bailer et al. 1994; Thurm u. Häfner 1987; Rey et al. 1992), Wiedl (Rau 1996; Schöttner et al. 1988; Wiedl 1994; Wiedl u. Schöttner 1991), van den Bosch (van den Bosch et al. 1992; van den Bosch u. Rombouts 1997), Dittmann und Schüttler (1989, 1990a, b, 1991) sowie anderen Mitarbeitern und Schülern von G. Huber (Gross 1986; Gross et al. 1987). Neben einer Vielzahl von Einzelstudien liegen auch etliche Übersichtsarbeiten vor (Allen u. Bass 1992; Bechter 1993; Bellack et al. 1989, 1992; Derissen 1989; Lange 1981; Pflug 1984; Takai et al. 1990, Yagi et al. 1992).

Für das Jugendalter ist ausschließlich die Untersuchung von Reinhard (1988) bekannt, die allerdings recht allgemein bleibt. Eine Untersuchung des Copingverhaltens schizophrener Jugendlicher mit einem für diese psychopathologische Problematik spezifischen Untersuchungsinstrumentarium liegt bislang nicht vor. Ziel der dieser Arbeit ist es daher, die störungsspezifischen Formen der Krankheitsverarbeitung bei jugend-

lichen Schizophrenien im Frühverlauf der Erkrankung zu erfassen. Da die im Jugendalter beginnenden Schizophrenien in aller Regel Erstmanifestationen sind und in den ersten Jahren des Verlaufs erhebliche Befund- und Einstellungsänderungen zu erwarten sind, sollen gerade diese initialen Veränderungen untersucht werden. Aus langfristiger Sicht mögen diese unter Umständen kurzlebigen Befunde unerheblich sein; aus unmittelbarer Sicht der Patienten, der Familien und der Therapeuten sind es jedoch vor allem diese frühen Veränderungen, die über diagnostische und therapeutische Weichenstellungen entscheiden und über die bislang nur wenig bekannt ist.

3 Stichprobenbeschreibung

Da die Inzidenz der Schizophrenie im Jugendalter geringer ist als im Erwachsenenalter, ist die Gewinnung einer möglichst großen Stichprobe besonders wichtig und aufwendig. Unser Vorgehen bestand darin, retrospektive, katamnestiche und prospektive Ansätze zu vereinen, indem zwei unterschiedliche Ausgangsstichproben nachuntersucht wurden. Die erste Ausgangsstichprobe (R1) besteht aus 60 konsekutiv aufgenommenen ehemaligen Patienten mit der Entlassungsdiagnose einer schizophrenen Psychose (Erstmanifestationen), deren Akten ausgewertet wurden; bei dieser Stichprobe konnte die Krankheitsverarbeitung während der Erstbehandlung nicht erfragt werden. Nach einem Intervall von 7;1 Jahren konnten 36 ehemaligen Patienten (60%) erreicht werden. Bei 2 Probanden mußte eine Diagnosenkorrektur vorgenommen werden, da es sich offensichtlich nicht um Schizophrenien, sondern um schizophrene Einzelisoden gehandelt hatte; innerhalb von 7 Jahren war es weder zu einem Rezidiv noch zu einem blanden Verlauf gekommen, der psychische Befund bei Nachuntersuchung bot keinen Hinweis auf ein psychotisches Geschehen. 2 weitere Patienten hatten eine manisch-depressive Störung entwickelt, 2 hatten sich suizidiert, so daß schließlich 30 Probanden als Stichprobe zur Nachuntersuchung zur Verfügung standen (R2). Gleichzeitig wurde prospektiv ein Jahrgang schizophrener Jugendlicher erfaßt (P1, n=24). 13 davon (54,2%) konnten nach einem durchschnittlichen Intervall von 1;1 Jahren mit den identischen Instrumenten nachuntersucht werden (P2, s. Tab. 1).

Tab. 1: Anzahl und durchschnittliches Alter der Untersuchungsgruppen (R1, R2, P1, P2) und der Kontrollgruppe (K)

R1	R2
N=60, Alter 16.5 Jahre	N=30, Alter 22.8 Jahre
P1	P2
N=24, Alter 17.1 Jahre	N=13, Alter 18.2 Jahre
K	
N=60, Alter 15.5 Jahre	

3.1 Kontrollgruppe

Für die Untersuchung von schweren psychischen Störungen sind Kontrollgruppen aus der Normalbevölkerung nur von begrenztem Wert und führen zur einer klinisch irrelevant hohen Zahl

von signifikanten Ergebnissen (Buckley et al. 1992). Es wurde daher eine Kontrollgruppe aus 60 Jugendlichen gebildet, die sich zu derselben Zeit in derselben Klinik befanden, aber keine psychotischen oder nahe verwandten Störungen (schizotype, schizoide, paranoide Persönlichkeitsstörungen) aufwiesen. Sie wurden nach Alter und Geschlecht parallelisiert, wobei aufgrund der Altersschwerpunkte der jugendpsychiatrischen Störungen die Kontrollgruppe jünger war (Tab. 1).

3.2 Untersuchungsinstrumente

Die Klassifikation aller 5 Stichproben erfolgte nach ICD-10. Von allen Patienten lag die klinikinterne Basisdokumentation vor, wie sie in ähnlicher Form in anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken angewendet wird. Die Basisdokumentation enthält neben den Diagnosen und den personengebundenen Daten Angaben zu Schwangerschaft, Geburt, frühkindlicher Entwicklung, Familie, genetischer Belastung, Schullaufbahn, Ausbildung, Sozialstatus, psychosozialer Belastungen und körperlichen Befunden. Außer bei der retrospektiven Stichprobe (R1) wurden folgende zusätzliche Instrumente eingesetzt:

Interview zur Krankheitsbewältigung (IKB):

Das IKB ist ein halbstandardisiertes Interview zur spezifischen Erfassung der Coping-Reaktionen schizophrener Patienten und damit das zentrale Untersuchungsinstrument. Es wurde von der Arbeitsgruppe Rey am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim ausgehend von der ausführlichen Befragung schizophrener Patienten entwickelt (Thurm-Mussgay u. Häfner 1990; Thurm-Mussgay et al. 1991). Entsprechend den modernen Schizophreniekonzeptionen ist es in 10 unterschiedliche Bereiche gegliedert: produktive Symptomatik mit Wahn, Halluzinationen und Denkstörungen, subjektive Beschwerden, Familie, Partnerschaft/heterosexuelles Rollenverhalten (alternativ), Sozialverhalten, Arbeit, subjektiv erlebte Irritierbarkeit und Rückfall. Aus jedem Bereich wird von den Probanden jeweils eine Frage ausgewählt, die die höchste Priorität aufweist und zu jeder dieser Fragen wird eine Liste von 13 Coping-Reaktionen vorgelegt, aus der die zutreffenden Antworten ausgewählt werden. Die Liste der 13 Coping-Reaktionen war das Ergebnis ausführlicher Interviews mit schizophrenen Patienten, deren Antworten nach statistischem Ausschluß redundanter oder unklarer Items komprimiert worden waren (Thurm-Mussgay 1988). Für jeden Probanden steht daher eine maximale Datenmatrix von 10x13 Coping-Reaktionen zur Verfügung (Abb.1, Tab. 2).

Scale for the Assessment of Negativ Symptoms (SANS):

Die SANS-Skala (Andreasen 1989) ist die gebräuchlichste Skala zur Erfassung der Negativ-Symptomatik bei schizophrenen Patienten in den zurückliegenden Jahren. Hier wurde die zweite, leicht modifizierte und verbesserte Version eingesetzt. Die SANS-Skala ist eine Fremdrating-Skala mit folgenden Unterpunkten: Affektverflachung, Denkstörungen, Antriebslosigkeit/Apathie, Anhedonie/Kontaktvermeidung und Aufmerksamkeit. Die Negativ- oder Minus-Symptomatik ist insbesondere in Hinblick auf vermeidende Coping-Strategien interessant.

Soziale Unterstützung (SU):

Coping als intrapsychische Regulation und soziale Unterstützung als externe, in den familialen und psychosozialen Kontext gerichtete Kompetenz zur Schaffung hilfreicher Lebenssituationen sind als komplementäre Konstrukte, möglicherweise sogar als Epiphänomene einer generellen Coping-Kompetenz verstehbar. Wir verwendeten den Fragebogen zur sozialen Unter-

Schematische Darstellung zum Ablauf des IKB

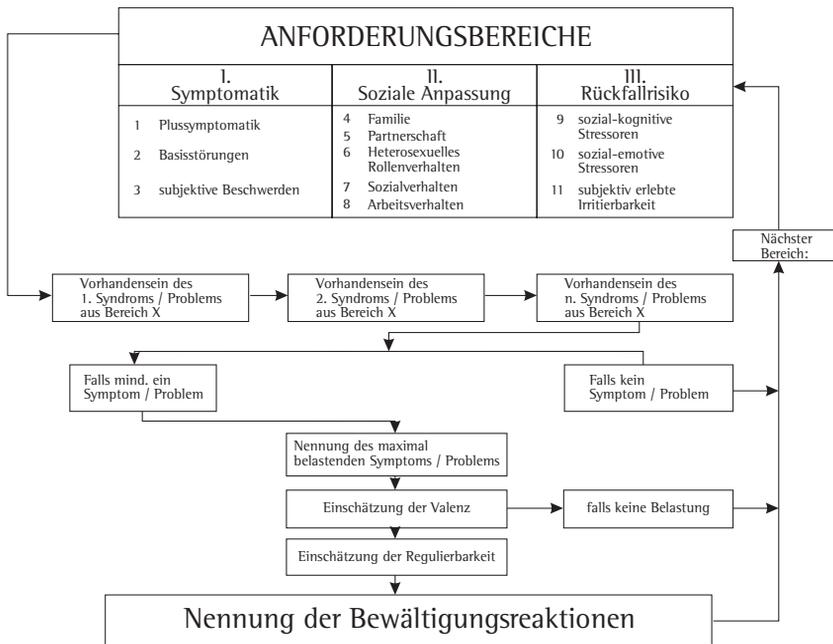


Abb. 1: Ablauf des Interviews zur Krankheitsbewältigung (IKB)

Tab. 2: Liste der Coping-Reaktionen

Liste der Bewältigungsreaktionen

1. Ich gehe bestimmten Personen und Situationen aus dem Weg.
2. Ich spreche mich bei jemand aus.
3. Ich lenke mich ab (z.B. durch Sport, Lesen, Musik hören (machen), Veranstaltungen, Arbeiten, Malen, Schreiben, Autofahren).
4. Ich warte ab, bis sich die Situation von alleine ändert.
5. Ich versuche, die Situation aktiv zu verbessern.
6. Ich betrachte das Problem von allen Seiten und überprüfe meine Einschätzung der Situation.
7. Ich gönne mir etwas Gutes.
8. Ich spreche mir Mut zu.
9. Ich sage mir, daß es im Leben wichtigere Dinge gibt als dieses Problem.
10. Ich gehe zum Arzt oder nehme (verordnete) Medikamente.
11. Ich überlege mir, was ich gegen das Problem tun könnte.
12. Ich suche innere Ruhe, indem ich bete, meditiere, Entspannungsübungen mache.
13. Ich versuche, das Beste aus der Situation zu machen.

stützung der Arbeitsgruppe Jäger, der speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt wurde (Schulze et al. 1985).

Premorbid Assessment Scale (PAS):

Das Ausmaß der prämorbidem Einschränkung als entscheidender Verlaufsprädiktor vor allem für den Frühverlauf der Schizophrenien ist unumstritten (Schulz 1998). Die PAS-Skala (Cannon-Spohr et al. 1982) ist erprobt und vielfach eingesetzt. Sie differenziert nach alterstypischen Störungen und allgemeinen Aspekten.

Offener Selbstbild Fragebogen (OSBF):

Zahlreiche Befunde sprechen für eine enge Korrelation von Selbstbild, Selbstwert und Coping-Kompetenz. Der OSBF-Fragebogen ist an einer großen Stichprobe von Jugendlichen validiert und von Steinhausen (1989) ins Deutsche transponiert worden.

3.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS for Windows, Version 6.2. Neben den deskriptiven Verfahren (Häufigkeiten, Signifikanz für Mittelwertvergleiche auf Rang- und Intervallskalenniveau) wurden Faktorenanalysen, univariate Varianzanalysen (ANOVA) und Varianzanalysen für Meßwiederholungen (MANOVA) berechnet.

4 Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte im wesentlichen in zwei Schritten. Zuerst wurden die Häufigkeiten der Coping-Reaktionen anhand der vorgelegten Liste der 13 Antwortmöglichkeiten in den verschiedenen Teilstichproben ermittelt. Dann wurde eine Faktorenanalyse der Antworthäufigkeiten gerechnet und diese mit den einzelnen Bereichen des Coping-Interviews (IKB) in Beziehung gesetzt. Die Ergebnisse werden im einzelnen vorgestellt:

Nach Zusammenfassung der Teilstichproben schizophrener Patienten (R2, P1, P2) ergaben sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe (K) auf dem 5%-Niveau signifikante Unterschiede in 7 Coping-Reaktionen (3, 4, 5, 6, 7, 10, 11). Damit ist belegt, daß signifikante Unterschiede im Coping-Verhalten zwischen schizophrenen und nicht-schizophrenen Jugendlichen bestehen, die in diesem Ausmaß nicht erwartet worden waren. Die Unterschiede sind jedoch nicht gleichsinnig, d.h. schizophrene Jugendliche antworten manchmal häufiger (4, 7, 10) und manchmal seltener (3, 5, 6, 11) als nicht-schizophrene Jugendliche (Abb. 2).

Die anschließende Faktorenanalyse sollte zur Klärung der Frage beitragen, ob sich bei schizophrenen Jugendlichen eine Unterscheidung von aktiven und passiven Coping-Strategien replizieren läßt, wie sie bei zahlreichen anderen Untersuchungen beschrieben wurden. Die ermittelte Vier-Faktorenlösung wird in den Tabellen 3 und 4 vorgestellt.

Faktor 1 (F1) entspricht weitgehend dem Konstrukt des aktiven Coping. Die Faktoren 2 bis 4 (F2, F3, F4) sind dagegen als Spielarten des passiven Coping zu verstehen.

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß (KMO) der Angemessenheit der Stichprobe beträgt 0.66. Das KMO ist ein Index, der die Größen der beobachteten Korrelationskoeffizien-

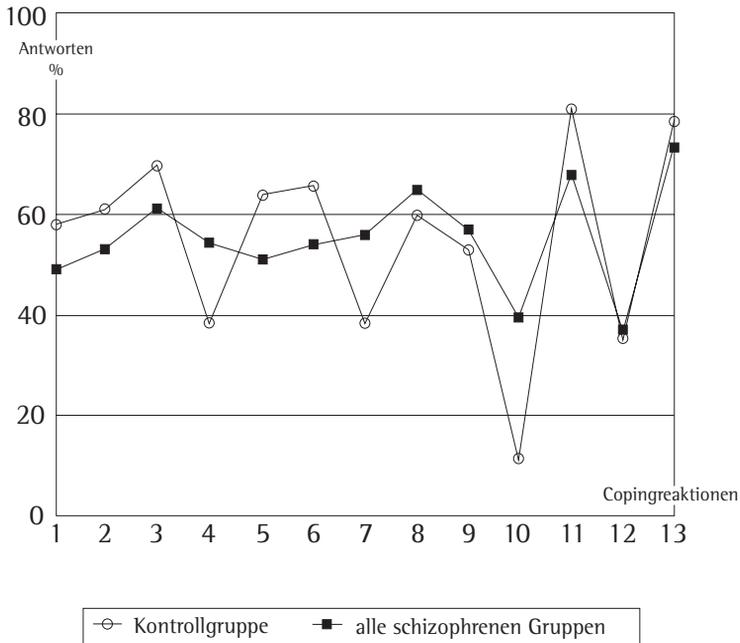


Abb. 2: Häufigkeiten der 13 Coping-Reaktionen in den zusammengefaßten Untersuchungsgruppen schizophrener Jugendlicher und der Kontrollgruppe

Tab. 3: Vier-Faktoren-Lösung des Interviews zur Krankheitsbewältigung (IKB)(48/96)

IKB-Faktoren

Faktor 1 Problemlösen/Aktives Coping

Ich versuche, die Situation aktiv zu verbessern.

Ich betrachte das Problem von allen Seiten und überprüfe meine Einschätzung der Situation.

Ich überlege mir, was ich gegen das Problem tun könnte.

Ich versuche, das Beste aus der Situation zu machen.

Faktor 2 Abwarten/Vermeiden

Ich gehe bestimmten Personen und Situationen aus dem Weg.

Ich spreche mich bei jemand aus.

Ich warte ab, bis sich die Situation von alleine ändert.

Tab. 3: Vier-Faktoren-Lösung des Interviews zur Krankheitsbewältigung (IKB)(48/96) (Forts.)

IKB-Faktoren	
Faktor 3	Ablenken Ich gönne mir etwas Gutes. Ich spreche mir Mut zu. Ich sage mir, daß es im Leben wichtigere Dinge gibt als dieses Problem. Ich lenke mich ab.
Faktor 4	Passivität/Hilfesuche Ich gehe zum Arzt oder nehme (verordnete) Medikamente. Ich suche innere Ruhe, indem ich bete, meditiere, Entspannungsübungen mache.

Tab. 4: Rotierte Faktoren-Matrix IKB (49/97)

Coping-Reaktionen	F1	F2	F3	F4
C05	0,68081	0,37798	0,02377	0,07516
C06	0,67145	0,05628	0,10758	0,07194
C11	0,61434	0,19404	0,00548	0,07694
C13	0,62119	0,12507	0,23504	0,15856
C01	0,04485	0,66972	0,05394	0,06285
C02	0,12200	0,62576	0,17731	0,13176
C04	0,36354	0,49473	0,21308	0,10000
C03	0,08082	0,07866	0,55547	0,02042
C07	0,05173	0,22370	0,62773	0,31299
C08	0,44802	0,00150	0,58115	0,06346
C09	0,05021	0,31188	0,57982	0,36272
C12	0,08518	0,17402	0,00168	0,70918
C10	0,02283	0,25377	0,05887	0,68938

ten mit den partiellen Korrelationskoeffizienten vergleicht. Ist die Summe der quadrierten Korrelationskoeffizienten zwischen allen Paaren von Variablen im Vergleich zur Summe der quadrierten Korrelationskoeffizienten groß, liegt der Index nahe 1. Werte unter 0.5 gelten als nicht akzeptabel. Unser Ergebnis von 0.66 kann als zufriedenstellend beurteilt werden.

Die erklärte Varianz beträgt 49,2%. Dieser Wert ist aus abstrakter Sicht niedrig, kann aber angesichts der vielschichtigen Materie als zufriedenstellend eingestuft werden. Klinische und diagnostische Unschärfen (Phänotypus vs. Phänokopie) und die Kom-

plexität des Coping-Modells führen vermutlich dazu, daß mit den 4 IKB-Faktoren nur etwa die Hälfte der Varianz abgebildet werden kann.

Werden nun die Häufigkeiten der Coping-Reaktionen nach den vier Faktoren geordnet, ist eine zusätzliche Information über die unterschiedlichen Arten von Coping bei schizophrenen und nicht-schizophrenen Jugendlichen zu gewinnen (Abb. 3): Die wesentlichen Unterschiede bestehen im Bereich des Faktors 1, also dem aktiven Coping (Coping-Reaktionen 5, 6, 11). Schizophrene Jugendliche und die Kontrollgruppe unterscheiden sich demnach am deutlichsten im aktiven Coping, und zwar derart, daß die Kontrollgruppe häufiger aktives Coping einsetzt.

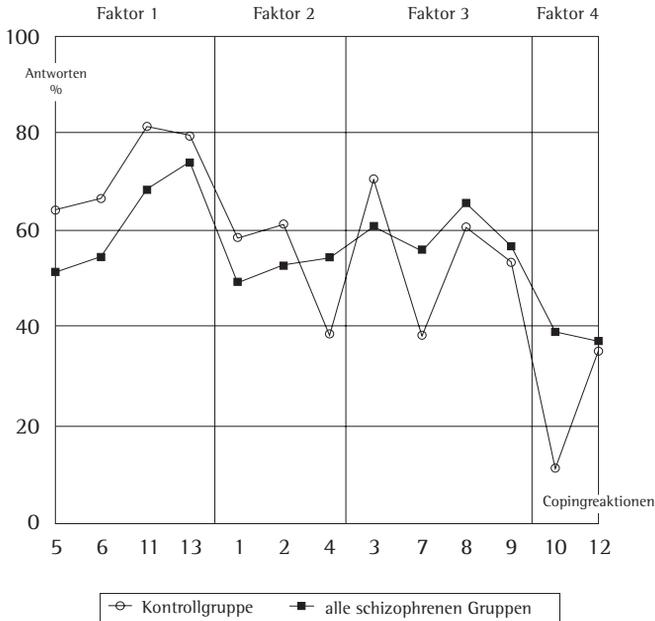


Abb. 3: Häufigkeit der 13 Coping-Reaktionen in den zusammengefaßten Untersuchungsgruppen schizophrener Jugendlicher (R2, P2, P1) und der Kontrollgruppe, geordnet nach den vier IKB-Faktoren (9/100)

Die bisher angegebenen Häufigkeiten haben sich immer auf das gesamte Coping-Interview (IKB) bezogen. Da die bisherigen Ergebnisse der Schizophrenieforschung eindeutig belegt haben, daß schizophrene Menschen in verschiedenen Bereichen unterschiedliche Leistungen aufweisen können, ist das IKB in die Bereiche Psychopathologie, Irritierbarkeit und Psychosoziale Faktoren gegliedert:

- Bereich 1/Psychopathologie: Denkstörungen, Halluzinationen, Wahn;
- Bereich 2/Irritierbarkeit: subjektive Beschwerden, subjektiv erlebte Irritierbarkeit;
- Bereich 3/Psychosoziale Faktoren: Familie, Partnerschaft, heterosexuelles Rollenverhalten, Sozialverhalten, Arbeit/Schule, Rückfall.

Ausgehend von den vier Stichproben, den vier Coping-Faktoren und den drei IKB-Bereichen lassen sich bereichsspezifische Coping-Profile errechnen (Abb. 4).

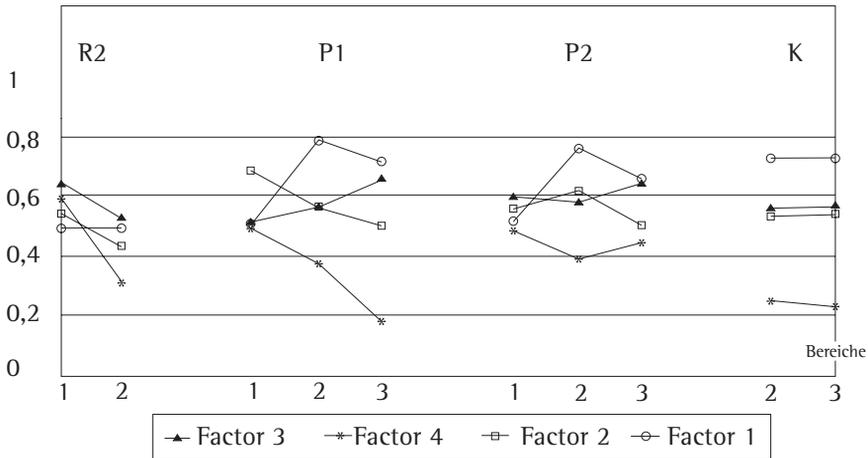


Abb. 4: Copingwerte der Untersuchungsgruppen P1, P2, R2 und der Kontrollgruppe in den drei IKB-Bereichen

Die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefaßt:

- Die Kontrollgruppe unterscheidet sich in allen Aspekten deutlich von den Stichproben schizophrener Patienten.
- Aktives Coping ist in allen Stichproben schizophrener Patienten im Bereich Psychopathologie etwa gleich ausgeprägt und gleich niedrig; es wird also durch Alter und Verlauf kaum beeinflusst (F1B1-Werte). Dies spricht dafür, daß sich schizophrene Jugendliche der produktiven schizophrenen Symptomatik gegenüber langfristig hilflos empfinden. Die jüngste Stichprobe schizophrener Jugendlicher (P1) zeigt besonders wenig aktives Coping ($p=0.01$). Dies ergibt sich vor allem auch nach Alpha-Adjustierung im Bereich F1B2 (Aktives Coping im Bereich Irritierbarkeit, $p<=0.01$).
- Des weiteren gingen die Instrumente SANS, OFFER, PAS und SU sowie die Variablen Rückfallhäufigkeit, Rehospitalisierung, Verlaufseinschätzung, genetische Belastung, perinatale Risikofaktoren und neurologische soft signs in die Auswertung ein. Für die Patienten wurden individuelle Summenfaktoren gebildet, die mit jedem belastendem Befund um 1 hochgezählt wurden. Zur Schweregradeinschätzung wurden entweder publizierte Grenzwerte berücksichtigt oder Medianhalbierungen vorgenommen, um weniger und mehr belastete Probanden unterscheiden zu können. Sodann wurden Korrelationen zwischen den Belastungshäufigkeiten und dem Coping-Stil in allen Gruppen berechnet. Der Coping-Stil wurde dichotomisiert in aktives Coping (F1) und passives Coping (F2-4). Sodann wurden Spearman Rang-Korrelationskoeffizienten als Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten für ordinale Daten berechnet; es wurde Pearson r angewendet auf die Ränge zweier Variablen. Dabei gab es allein für die Kontrollgruppe ein signifikantes Ergebnis (Tab. 5).

Demnach findet sich aktives Coping in signifikanter Ausprägung nur bei der Kontrollgruppe, nicht aber bei den schizophrenen Jugendlichen. Dabei zeigen die jungen, erkrankten Jugendlichen am meisten passives Coping.

Tab. 5: Spearman-Korrelationen von Belastungsfaktoren und Coping über alle Gruppen

Gruppen	n	spearman	p
alle	102	-0,0350	0,767
R2	22	-0,1579	0,483
P2	5	-0,0513	0,935
P1	18	0,2703	0,278
K	57	-0,2323	0,028*

Geschlecht: Das Coping-Verhalten und alle damit zusammenhängenden Variablen wurden getrennt nach Geschlechtern gerechnet. Dabei konnten allerdings keine signifikante Geschlechterunterschiede gefunden werden. Dies kann teilweise an der geringen Stichprobengröße liegen. Aus der allgemeinen Coping-Forschung ist allerdings bekannt, daß im Kindes- und Jugendalter die Altersunterschiede meist stärker ausgeprägt sind als die Geschlechterunterschiede (Seiffge-Krenke 1988, 1990).

Limitierungen: Das wesentliche Problem der Studie liegt in der geringen Stichprobengröße, die durch verschiedene äußere Umstände bedingt ist. Entsprechend sind die statistischen Berechnungen nicht repräsentativ und die Studie hat somit einen explorativen Charakter. Die geringe Zahl von Schizophrenie-Verlaufsstudien des Jugendalters in den letzten Jahren läßt allerdings erahnen, wie groß die Probleme sind, größere Stichproben zu rekrutieren.

Ein anderes Problem liegt im Hauptuntersuchungsinstrument. Das angewandte Interview zur Krankheitsverarbeitung (IKB) ist zum einen ein reines Selbstbeurteilungsinstrument, zum anderen liegt zwangsläufig ein relativ großer Abstand zwischen der realen Coping-Situation und dem Interviewzeitpunkt. Das Ausmaß der dadurch entstehenden Verzerrung ist nicht abschätzbar, das allgemeine Wissen über diese methodische Problematik spricht aber dafür, daß mit wachsendem zeitlichen Abstand die Tendenz zur Selbstüberschätzung zunimmt. Aus diesem Grund sollten in Zukunft nach Möglichkeit eher solche Verfahren entwickelt und angewendet werden, die nach Art eines Tagebuches das Coping-Verhalten in möglichst geringen Abstand zur realen Coping-Reaktion erfassen (Wiedl 1994; Wiedl u. Schöttner 1991).

5 Diskussion

Schizophrene Jugendliche unterscheiden sich insofern sehr deutlich in ihrem Coping-Verhalten von nicht-schizophrenen Jugendlichen als sie wesentlich weniger aktives Coping zeigen; die jüngsten und erkrankten Jugendlichen schneiden dabei am schlechtesten ab. Sonstige Alters- und Verlaufseffekte treten nicht in systematischer Weise auf. Da ein direkter Vergleich mit einer Gruppe von im Erwachsenenalter erkrankten schizophrenen Patienten nicht inbegriffen war, ist die Frage nicht sicher zu beantworten, ob Jugendliche überhaupt weniger aktives Coping-Verhalten zeigen. Die Coping-Studien bei schizophrenen Erwachsenen haben zudem – auch aus methodo-

logischer Sicht – ein etwas heterogenes Bild gezeigt; es gibt sowohl Studien, die für gut ausgeprägtes aktives Coping sprechen als auch solche, die genau das gegenteilige Ergebnis ermittelten.

Aus Studien mit Erwachsenen ist andererseits bekannt, daß ein hoher Anteil von aktivem Coping bei schizophrenen Patienten eher mit ungünstigen Verlaufsparemtern korreliert. Dies steht im Gegensatz zu zahlreichen Coping-Studien bei anderen, vor allem somatischen Erkrankungen. Eine Erklärung dieses Befundes kann nicht aufgrund der beschriebenen Daten geleistet werden. Andere Untersuchungen haben allerdings belegt, daß schizophrene Menschen bei zu hohem Streß schneller dekomensieren. Ein hoher Anteil von aktiver Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist eine zwar selbst-induzierte, aber möglicherweise eben auch sehr wirksame Überforderung der eigenen Ressourcen, durch die häufigere Rezidiven provoziert werden. Es ist andererseits aus der gesamten Schizophrenie-Literatur bekannt, daß sich schizophrenen Menschen vorzugsweise durch Rückzug, also durch passive Coping-Strategien vor Überlastung schützen, auch wenn dieses Rückzugsverhalten zu zusätzlichen Schwierigkeiten führt.

Es kann aufgrund der vorgelegten Befunde auf jeden Fall nicht dafür plädiert werden, aktives Coping bei schizophrenen Menschen um jeden Preis zu fördern. Vorbedingung für solche Interventionen müßte auf jeden Fall sein, daß auch die Belastbarkeit gestiegen oder gefördert worden ist. Hier kommen der Medikation und der störungsspezifischen Psychotherapie große Bedeutung zu. Grundsätzlich hat aber das Coping-Paradigma belebend auf die Entwicklung störungsspezifischer Psychotherapiekonzepte gewirkt und zu innovativen Ansätzen geführt (Bradshaw 1993; Carr 1988; Carter et al. 1996; Cohen u. Berk 1985; Farhall u. Gehrke 1997; Jenner et al. 1998; Kienzle u. Braun-Scharm 1999; Saupe et al. 1991; Schaub et al. 1998; Tarrier et al. 1990).

Literatur

- Allen, H.; Bass, C. (1992): Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients. *Behav. Psychother.* 20: 61-72.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: APA.
- Andreasen, N.C. (1989): The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Brit. J. Psychiatry* 158 (suppl. 7): 49-52.
- Andres, K.; Brenner, H.D. (1989): Coping with attentional disorders as a systemic process in schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiatry* 155 (suppl. 5): 57-62.
- Andres, K.; Pfammatter, M.; Garst, F.; Teschner, C.; Brenner, H.D. (2000): Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. *Acta Psychiat Scand* 101: 318-322.
- Bailer, J.; Bräuer, W.; Laubenstein, D.; Rey, E.R. (1994): Coping bei ersthospitalisierten Schizophrenen. In: Schübler, G.; Leibing, E. (Hg.) *Coping*. Göttingen: Hogrefe.
- Bechter, K. (1993): Gestörte Krankheitsverarbeitung durch eigene Vorurteile bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. *Psychiat. Prax.* 20: 148-151.
- Bellack, A.S.; Morrison, R.L.; Mueser, K.T. (1989): Social problem solving in schizophrenia. *Schizophr Bull* 15: 101-116.

- Bellack, A.S.; Mueser, K.T.; Wade, J.; Sayers, S.; Morrison, R.L. (1992): The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. *Brit. J. Psychiatry* 160: 473-480.
- Bertschinger, H. (1911): Heilungsvorgänge bei Schizophrenen. *All. Zschr. Psychiatrie* 68: 209-222.
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH.
- Blanz, B.; Schmidt, M.H.; Detzner, U.; Lay, B. (1994): Is there a sex-specific difference in onset age of schizophrenia that started before age 18? *Europ. Child Adolesc. Psychiatry* 3: 267-276.
- Bleuler, E. (1911): *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972): *Die schizophrenen Geistesstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Bloom, F.E. (1993): Advancing a neurodevelopmental origin for schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 50: 224-227.
- Böker, W. (1986): Zur Selbsthilfe Schizophrener: Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen. In: Böker, W.; Brenner, H.D. (Hg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber, S. 176-187.
- Böker, W.; Brenner, H.D. (1983): Selbstheilungsversuche Schizophrener. *Nervenarzt* 54: 578-589.
- Böker, W.; Brenner, H.D.; Gerstner, G.; Keller, F.; Müller, J.; Spichtig, L. (1984): Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. *Acta Psychiat. Scand.* 69: 373-378.
- Böker, W.; Brenner, H.D.; Würigler, S. (1989a): Vulnerabilitätsverbundene Defizienzen, Psychopathologie und Bewältigungsverhalten bei Schizophrenen und deren Angehörigen. In: Böker, W.; Brenner, H.D. (Hg.): *Schizophrenie als systemische Störung*. Bern: Huber, S. 283-299.
- Böker, W.; Brenner, H.D.; Würigler, S. (1989b): Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *Brit. J. Psychiatry* 155 (suppl. 5): 128-135.
- Bosch, R.J. van den; van Asma, M.J.O; Rombouts, R.; Louwerens, J.W. (1992): Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiatry* 161 (suppl. 18): 123-128.
- Bosch, R.J. van den; Rombouts, R.P. (1997): Coping and cognition in schizophrenia and Depression. *Comprehens Psychiatry* 38: 341-344.
- Bradshaw, W.H. (1993): Coping-skills training versus a problem-solving approach with schizophrenic patients. *Hosp. Comm. Psychiatry* 44: 1102-1104.
- Braun-Scharm, H. (1992): Verlauf schizophrener Psychosen im Jugendalter. In: Freisleder, F.J.; Linder, M. (Hg.): *Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: MMV, S. 116-136.
- Braun-Scharm, H.; Eiden, S.; Kienzle, N.; Lindermüller, A.; Schmid, S. (1993): Psychotherapeutische Möglichkeiten bei schizophrenen Jugendlichen. *Psycho* 19: 20-25.
- Braun-Scharm, H. (2000): Initialverlauf und Krankheitsverarbeitung der im Jugendalter beginnenden Schizophrenien. Frankfurt a.M.: Lang.
- Brenner, H.D.; Böker, W.; Müller, J.; Spichtig, L.; Würigler, S. (1987): On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiat. Scand.* 75: 405-414.
- Buckley, P. et al. (1992): Schizophrenia research: the problem of controls. *Biol. Psychiatry* 32: 215-217.
- Cannon-Spoor, H.E.; Potkin, S.G.; Wyatt, R.J. (1982): Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 8: 470-484.
- Carr, V. (1988): Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *Brit. J. Med. Psychol.* 61: 339-352.
- Carter, D.M.; MacKinnon, A.; Copolov, D.L. (1996): Patients strategies for coping with auditory hallucinations. *J. Nerv. Ment. Dis.* 184: 159-164.
- Cohen, C.I.; Berk, L.A. (1985): Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hosp. Comm. Psychiatry* 36: 407-410.
- Derissen, W. (1989): Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiatrie* 57: 434-439.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*, 2. Aufl. Bern: Huber.
- Dittmann, J.; Schüttler, R. (1989): Bewältigungs- und Kompensationspsychismen bei Patienten mit endogenen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Psychiat. Prax.* 16: 126-130.
- Dittmann, J.; Schüttler, R. (1990a): Autoprotektive Mechanismen bei Patienten mit schizophrenen Psychosen – Kompensation und Bewältigung. *Fortschr. Neurol. Psychiatrie* 58: 473-483.
- Dittmann, J.; Schüttler, R. (1990b): Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiat. Scand.* 82: 318-322.

- Dittmann, J.; Schüttler, R. (1991): Passiver Rückzug oder aktiver Widerstand? *Psycho* 17: 472-483.
- Eggers, C.; Bunk, D. (1997): The long-term course of childhood-onset schizophrenia: a 42-year follow up. *Schizophr. Bull.* 23: 105-117.
- Farhall, J.; Gehrke, M. (1997): Coping with hallucinations: exploring stress and coping framework. *Brit. J. Clin. Psychiatry* 36: 259-261.
- Friedrich, M.H. (1983): *Adoleszentenpsychosen*. Basel: Karger.
- Gross, G. (1986): Basissymptome und Coping Behavior bei Schizophrenen. In: Böker, W.; Brenner, H.D. (Hg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber, S. 132-141.
- Gross, G.; Huber, G.; Klosterkötter, J.; Linz, M. (1987): *BSABS – Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer.
- Hecker, E. (1871): Die Hebefrenie. *Virchows Arch. Anat. (path Anat)* 52: 394-429.
- Jenner, J.A.; van de Willige, G.; Wiersma, D. (1998): Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: a retrospective study of attenders of a psychiatric out-patient department. *Acta Psychiat. Scand.* 98: 384-389.
- Kahlbaum, K. (1863) *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen*. Danzig: Kafemann.
- Kahlbaum, K. (1874): Die Katatonie oder das Spannungsirresein. In: Kahlbaum, K. (Hg.): *Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten*. Berlin: Hirschwald.
- Kienzle, N.; Braun-Scharm, H. (1999): Schizophrene Psychosen. In: Steinhausen, H.C.; von Aster, M. (Hg.): *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz/ Psychologie Verlags Union, S. 359-389.
- Krapelin, E. (1896, 1913): *Psychiatrie*. 5. Auflage 1896, 8. Auflage 1913. Leipzig: Barth.
- Lange, H.U. (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilversuche bei Schizophrenen. *Fortschr. Neurol. Psychiatrie* 49: 275-285.
- Martin, M. (1991): *Verlauf der Schizophrenie im Jugendalter unter Rehabilitationsbedingungen*. Stuttgart: Enke.
- Mayer-Gross, W. (1920): Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Z. G. Neurol. Psychiatrie* 60: 160-212.
- Mayer-Gross, W. (1922): Über das Problem der typischen Verläufe. *Z. G. Neurol. Psychiatrie* 78: 429-441.
- Mayer-Gross, W. (1929) Primäre und sekundäre Symptome in der Schizophrenie. *Z. G. Neurol. Psychiatrie* 124: 647-672.
- Muthny, F.A. (Hg.) (1990): *Krankheitsverarbeitung, Hintergrundtheorien, klinische Erfahrung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer.
- Perrez, M.; Reicherts, M. (1992): *Stress, coping, and health*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Pflug, B. (1984): Selbstheilungsversuche Schizophrener. *Nervenarzt* 55: 162.
- Rau, D.A. (1996): *Personale Ressourcen und Belastungsbewältigung schizophrener Erkrankter*. Selbstverlag der Universität Osnabrück.
- Reinhard, H.G. (1988): *Entwicklung und psychische Störung im Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Resch, F. (1992): *Therapie der Adoleszentenpsychosen*. Stuttgart: Thieme.
- Rey, E.R.; Bailer, J.; Laubenstein, D.; Graßhoff, U. (1992): Einfluß von präorbider Anpassung, sozialen Netzwerkparametern und sozialer Unterstützung auf die Negativsymptomatik ersterkrankter Schizophrener. *Verhaltensther.* 2: 300-308.
- Saupe, R.; Englert, J.S.; Gebhardt, R.; Stieglitz, R.D. (1991): Schizophrenie und Coping: Bisherige Befunde und verhaltenstherapeutische Überlegungen. *Verhaltensther* 1: 130-138.
- Schaub, A.; Behrendt, B.; Brenner, H.D.; Mueser, K.T.; Liberman, R.B. (1998): Training schizophrenic patients to manage their symptoms: predictors of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. *Schizophr. Res.* 31: 121-130.
- Schöttner, B.; Wiedl, K.H.; Schramer, K.H. (1988): *Vorläufiges Manual zum Osnabrücker Belastungs- und Bewältigungsinventar (OBBI)*. Universität, Osnabrück.
- Schulz, E. (1998): *Verlaufsprädiktoren schizophrener Psychosen in der Adoleszenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulze, C.; Flörchinger, E.; Rees, U.; Jäger, R.S. (1985): *SU-Fragebogen*. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt.
- Seiffge-Krenke, I. (1988): Problembewältigung im Jugendalter: Ergebnisse von Studien an normalen und besonders belasteten Jugendlichen. In: Kächele, H.; Steffens, W. (Hg.): *Bewältigung und Abwehr*. Berlin: Springer, S. 175-187; 223-253

- Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (1990): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 4.
- Spiel, W. (1961): Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. In: Klaesi, J. (Hg.): *Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica*, vol Fasc. 113. Basel: Karger.
- Steinhausen, H.C. (1989): Der Offer-Selbstbild-Fragebogen für Jugendliche. nach Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. Zürich.
- Takai, A.; Uematsu, M.; Kaiya, H.; Inuoue, M.; Ueki, H. (1990): Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiat. Scand.* 82: 289-294.
- Tarrier, N.; Harwood, S.; Yusopoff, L.; Beckett, R., Baker, A. (1990): Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behav. Psychother.* 18: 283-293.
- Thurm, I.; Haefner, H. (1987) Perceived vulnerability, relapse and coping in schizophrenia. *Europ. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 237: 46-53.
- Thurm-Mussgay, I. (1988): Krankheitsverarbeitung Schizophrener. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Thurm-Mussgay, I.; Häfner, H. (1990): Bewältigung der Krankheit Schizophrenie und ihrer Folgen. In: Olbrich, R. (Hg.): *Therapie der Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 151-165.
- Thurm-Mussgay, I.; Galle, K.; Häfner, H. (1991): Krankheitsbewältigung Schizophrener: Ein theoretisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Erfahrungen mit einem neuen MeBinstrument. *Verhaltensther.* 1: 293-300.
- Werry, J.S.; McClellan, J.M.; Chard, L. (1991): Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 457-465.
- Wiedl, K.H. (1994): Bewältigungsorientierte Therapie bei Schizophrenen. *Z. Klein. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 42: 89-117.
- Wiedl, K.H.; Schöttner, B. (1991): Coping with symptoms related to schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 17: 525-538.
- Yagi, G.; Kinoshita, F.; Kanba, S. (1992): Coping style of schizophrenic patients in the recovery from acute psychotic state. *Schizophr. Res.* 6: 87-88.

Anschrift des Verfassers: Priv.-Doz. Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich, Neumünsterallee 3, CH-8032 Zürich; E-Mail: hbs@kjpd.unizh.ch