

---

Klaus Hurrelmann, Uwe Engel, Birgit Holler und  
Elisabeth Nordlohne

## **Statusunsicherheit und psychosomatische Beschwerden im Jugendalter\***

Status Insecurity and Psychosocial Complaints in Adolescence

---

*Die Jugendphase wird als Phase der Mobilität auf verschiedenen Dimensionen aufgefaßt. Die empirische Analyse stellt auf strukturell verankerte Lebensbedingungen ab, die den Bildungs- und den Familienkontext in der Statuspassage vom Jugendlichen zum Erwachsenen ansprechen. Es werden vier Hypothesen geprüft, die mit der Variable „psychosomatische Beschwerden“ als abhängiger Variable arbeiten. Die Ergebnisse basieren auf einer Fragebogenerhebung bei 201 Jugendlichen zwischen 13 und 16 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, daß psychosomatische Symptommhäufigkeit verstärkt auftritt, wenn Jugendliche bildungsbezogene Abwärtsmobilität erleben und wenn sie in ambivalenten Beziehungen zu ihren Eltern stehen. Die multivariate Analyse zeigt kumulierende Effekte in dilemmatischen sozialen Situationen, für deren Veränderung Jugendliche keine unmittelbaren Einflußmöglichkeiten besitzen.*

*Adolescence is conceptualized as a phase of life in which both psychic and social transitions must be mastered. The empirical analysis is focussing on structural conditions dealing with educational and familial contexts of the passage from adolescence to adulthood. Four hypotheses are tested with psychosomatic symptoms as dependent variable. The results presented are based on a questionnaire survey carried out on 201 students aged 13–16. The results show that psychosomatic symptom frequency in adolescence is reinforced, when adolescents experience educational downward mobility and when ambivalence exists in the relationship to their parents. Multivariate analysis shows that these effects are cumulating in dilemma situations, in which social conditions cannot be influenced by adolescents once they have occurred.*

### **1. Theoretische Orientierung und Hypothesen**

Der Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen und der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten verschiedenster Art (körperliche Krankheiten, psychosomatische Beschwerden, psychische Störungen, depressive Stimmungslagen, Drogenkonsum, Delinquenz usw.) rückt zunehmend in den Blickpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen in verschiedenen Disziplinen. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten solcher Symptome von Fehlanpassung und (Über-)Beanspruchung wird nach übereinstimmender Auffassung aller beteiligten Forschungsgruppen um so größer, je belastender die sozialen, materiellen und ökologischen

\* Forschungsbericht aus dem Teilprojekt „Problembelastung Jugendlicher“ des Sonderforschungsbereiches „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“, Universität Bielefeld.

Lebensbedingungen einer Person oder einer Personengruppe sind. Die genaue Analyse und die Erklärung dieser Zusammenhänge bereitet aber erhebliche Schwierigkeiten.

Während die soziologische Forschung vor allem der Frage nachgegangen ist, wie sich ungünstige soziale, materielle und ökologische Bedingungen auf die Interaktionsstruktur der Familie und des übrigen sozialen Umfeldes einer Person auswirken, also nach strukturell verankerten und dauerhaften belastenden *Lebenssituationen* fragt, hat sich die psychologische Forschung stark auf die Analyse von belastenden *Lebensereignissen* konzentriert. In beiden Untersuchungsfeldern konnten Zusammenhänge nachgewiesen werden (Jackson/Burke 1965; Pearlin/Schooler 1978; Gerhardt 1979, Katschnig 1981).

Eine Schwierigkeit der bisherigen Forschung liegt in der unzureichenden Klärung der Mechanismen und Prozesse, die zwischen Lebenssituationen/Lebensereignisse und Indikatoren der Auffälligkeit treten. Es fehlen insbesondere zuverlässige Informationen darüber, über welche Mechanismen sich belastende Lebensbedingungen in (Über-)Beanspruchungen umsetzen, die wiederum Auffälligkeiten zur Folge haben können. In den letzten Jahren wurden verschiedene Forschungsstrategien eingeschlagen, um diese Variablenzusammenhänge zu klären. Folgende Wege wurden u.a. gewählt:

- a) Bestimmte Symptomausprägungen und -strukturen wurden systematisch mit Faktoren und Faktorenkonstellationen von Belastung in Beziehung gesetzt (Beispiel: Jessor/Jessor 1977).
- b) Es wurden detaillierte Studien durchgeführt, die sich auf solche Personen konzentrierten, die trotz objektiv hoher Belastung keine Symptome für Beanspruchung und keine Indikatoren für Auffälligkeit zeigen („Invulnerabilitätsphänomen“) (Beispiel: Werner/Smith 1982).
- c) Die Wirkungsweise verschiedener intervenierender Variablen wurde genau erforscht, wobei in letzter Zeit die Variablen „individueller Verarbeitungsstil“ (Coping) und „Unterstützungspotential der sozialen Umwelt“ (social support/social resources) besondere Beachtung gefunden haben (Beispiel: Seiffge-Krenke 1984).

Diese Forschungsstrategien versprechen, den erwähnten Variablenzusammenhängen genauer als bisher auf die Spur zu kommen. Effektiv werden sie in dem Maß, wie Längsschnittdesigns verwendet werden, die eine Rekonstruktion von Zusammenhängen im Zeitverlauf ermöglichen (Dragastin/Elder 1975; Nesselroade/Von Eye 1985).

In den letzten Jahren sind verstärkt Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter durchgeführt worden. Untersuchungen in diesem Bereich bieten außer der unmittelbaren praktischen Relevanz den theoretischen und methodischen Vorteil, einen Zeitabschnitt im Lebenslauf heranzuziehen, der durch schnelle und tiefgreifende Wandlungsprozesse gekennzeichnet ist. Außerdem kann die Forschung ihre Analyse auf die ersten Entwicklungsschritte der Bildung von Bean-

sprachungssymptomen und Indikatoren für Auffälligkeit konzentrieren, da Kinder und Jugendliche sich im Aufbau ihrer Persönlichkeit befinden. Die Erforschung der körperlichen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter erweist sich deshalb als aussagekräftig auch für andere Lebensphasen (vgl. Clausen 1975, Moriarty/Toussieng 1976, Murphy/Moriarty 1976, Newcomb/Huba/Bentler 1981; Olbrich/Todt 1984, Johnson 1986).

Wie die bisherigen Untersuchungen belegen, sind im Kindes- und Jugendalter bestimmte Erscheinungsformen von Auffälligkeiten besonders stark verbreitet, wobei teilweise erhebliche geschlechtsspezifische Ausprägungen eintreten (Rutter 1976, 1980). Im Jugendalter, vor allem in der Altersspanne von 14–18 Jahren, liegen die Häufigkeitswerte für Depression und Suicid(-versuch) so hoch wie in sonst keinem Altersabschnitt im Lebenslauf (Frederking 1975; Hotaling/Atwell/Linsky 1978; Fend/Helmke 1981; Remschmidt 1984; Siddique/D'Arcy 1984; Lippert/Semmer 1985; Petersen/Craighead 1986). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind nach den vorliegenden Untersuchungen sowohl nach Häufigkeit als auch nach Schweregrad bei psychischen und somatischen Störungen besonders stark vertreten (Petri 1979).

Die Jugendphase muß demnach als ein Lebensabschnitt gesehen werden, der durch spezifische strukturelle Belastungen gekennzeichnet ist: Jugend ist ein Lebensabschnitt, in dem zugleich physisch-psychische Umbrüche und soziale Übergänge bewältigt werden müssen. Jugendliche müssen eine schnelle Veränderung der Struktur ihrer Motive, Gefühle und Denkweisen und einen Aufbau ihrer personalen Identität in einer Zeitspanne bewältigen, in der von ihnen zugleich mit massivem Druck soziale Integrationsleistungen – insbesondere sozialkulturelle Anpassungs- und sozialökonomisch relevante Qualifizierungsanforderungen – verlangt werden (Coleman 1980; Hamburg 1980; Haan 1981; Bohle 1983; Hurrelmann/Rosewitz/Wolf 1985, S. 20).

Wir werden in der folgenden Analyse vor allem die Probleme herausarbeiten, die sich auf den bildungs- und den familienbezogenen Kontext der Passage vom relativ unselbständigen Status „Jugendlicher“ in den relativ selbständigen Status „Erwachsener“ ergeben.

Charakteristisch für die heutige Lebenssituation Jugendlicher in allen Industriegesellschaften ist die Tatsache, daß die Zeitspanne der leistungsmäßigen Qualifikation in Schule, Berufsschule und beruflichen Vollzeit-einrichtungen inzwischen so weit ausgedehnt ist, daß sie fast für alle Jugendlichen das ganze zweite Lebensjahrzehnt mit einschließt. Zugleich ist der Erwartungsdruck der sozialen Umwelt gestiegen, ein hochwertiges Abschlußzertifikat zu erwerben, welches in der Regel einen Besuch von Vollzeitbildungseinrichtungen von etwa 12 bis 14 Jahren voraussetzt. Wegen der angespannten Arbeitsmarktsituation und des harten Verdrängungswettbewerbs von Schulabsolventen hat die schulische „Leistungsbio-graphie“ objektiv und subjektiv eine hohe lebensgeschichtliche Bedeutung. Jeder Rückschlag in der Schullaufbahn und jede dadurch

notwendig werdende Korrektur von Berufsaspirationen stellt aus diesem Grund eine nachhaltig wirkende Irritation der Statuspassage im bildungsbezogenen Bereich dar (Hurrelmann 1984).

Ähnliches gilt für einen zweiten, den familienbezogenen Übergangsbereich. Die Ablösung von der Herkunftsfamilie ist durch die Strukturwandlungen des Jugendalters heute ein äußerst komplexer Vorgang. Einerseits hat sich wegen der lang andauernden Schul- und Ausbildungszeiten (inclusive Wartezeiten bis zum Berufseintritt) die ökonomische Abhängigkeit von den Eltern erhöht, andererseits ist durch die frühe Einräumung von selbständigen Handlungschancen in den Gleichaltrigenbeziehungen und im Freizeit- und Konsumbereich die soziale und die emotionale Bindung an die Eltern gelockert (Coleman et al. 1974).

In diesem Beitrag wollen wir die strukturellen Bedingungen, die typisch für die Lebensphase Jugend und die Statuspassage zum Erwachsenen sind, und ihre Zusammenhänge mit Häufigkeitsausprägungen von Auffälligkeiten genauer analysieren. Dabei konzentrieren wir unsere Analyse auf Verhaltensauffälligkeiten im *psychosomatischen* Spektrum. Mit dem Begriff „psychosomatisch“ verwenden wir das gängige und interdisziplinär verbreitete Konzept für diejenigen körperlich und organisch in Erscheinung tretenden Symptome, bei denen eine überwiegend psychische und soziale Bedingtheit angenommen werden kann (Zauner/Biermann 1986). Auf die Operationalisierung dieses Konzeptes und auf die methodische Anlage der Untersuchung gehen wir im nächsten Abschnitt ein.

### *Hypothesen*

Die Statuspassage „Jugend“ ist eine transitorische Phase, in der mit vertikaler Mobilität in verschiedenen Hinsichten zu rechnen ist. Der Vergleich des Status der Herkunftsfamilie mit dem Status, den der Jugendliche nach „Abschluß“ dieser Interimsphase sehr wahrscheinlich erreichen wird, ist im Hinblick auf die grundlegenden Statusmerkmale Bildung und Beruf von besonderer Bedeutung. Denn Bildung ist ein zentraler Investitionsstatus, und die erreichte Berufsposition ist sehr entscheidend für die mit dieser Position assoziierten Gratifikationen. Die Möglichkeit des sozialen Aufstiegs sowie die Gefahr langfristiger Deklassierung prägen die Jugendphase in ganz entscheidender Weise.

Es wird daher angenommen, daß „Statusunsicherheit“ ein grundlegendes Kennzeichen der Jugendphase ist (Kreutz, 1974). Statusunsicherheit wird sich aber, wenn sie ein gewisses „normales“ Maß übersteigt, belastend auswirken, und wir nehmen an, daß vor allem mit langfristiger sozialer Deklassierung psychosomatische Beschwerden verbunden sind. Um diese Annahme zu testen, werden wir zwei Wege einschlagen, die sich beide auf die erwähnte Bildungsdimension beziehen:

- a) Wir werden die Wahrscheinlichkeit überdurchschnittlicher Symptommhäufigkeit als Funktion von tatsächlich besuchter Schulform und dem erreichten Bildungsstatus der Herkunftsfamilie überprüfen.

Empirisches Prüfkriterium ist eine besondere Form von statistischer Interaktion; die Hypothese lautet:

*H1: Psychosomatische Symptommhäufigkeit ist (ceteris paribus) dann verstärkt, wenn der Jugendliche eine Schulform besucht, die auf einen Bildungsabschluß hinführt, der nicht dem der Eltern entspricht.*

Damit wird nichts anderes formuliert, als daß potentieller sozialer Auf- oder Abstieg „kostspielig“ ist und diese Kosten auch psychosomatisch bzw. gesundheitlicher Art sein können. Mit entsprechenden Effekten ist in dem Maße zu rechnen, in dem der Bildungsstatus zugleich ein guter Prädiktor des Berufsstatus im Erwachsenenalter ist.

- b) Wir werden uns der Wirkung von abwärtsgerichteter Mobilität in der Statuspassage „Jugend“ zuwenden. Dieses Risiko ist *latent* stets vorhanden. Der diesbezügliche Effekt dürfte sich aber in besonders klarer Weise dann zeigen, wenn sich der aktuelle Status des Jugendlichen in der betrachteten Dimension gerade rapide verschlechtert hat, also bereits *reale* Abwärtsmobilität stattgefunden hat. Das Risiko wird so zu einem auch subjektiv spürbaren Risiko, und es ist daher zu erwarten, daß sich auf diese Erfahrung entsprechende Reaktionen einstellen werden. Folglich lautet die Hypothese:

*H2: Psychosomatische Symptommhäufigkeit ist ceteris paribus dann verstärkt, wenn Abwärtsmobilität eingetreten ist.*

Die Hypothesen H1 und H2 beziehen sich auf einen zentralen Bereich der Statuspassage „Jugend“. Im Sinne des oben skizzierten Bezugsrahmens sind weitere Statusdimensionen in die Betrachtung einzubeziehen, auch solche aus dem familienbezogenen Kontext. Einige von diesen sind über das direkte Verhältnis zu den Eltern vermittelt, haben eine starke emotionale Komponente, beziehen sich zugleich aber in sehr deutlicher Weise auf die Ebene gesellschaftlicher Rollenerwartungen. Wir werden wiederum zwei Wege der Untersuchung einschlagen:

- a) Problematische Wirkungen sind zum einen zu vermuten, wenn bestimmte Rollenerwartungen aus Sicht des Jugendlichen abgelehnt werden, jedoch zugleich eine positive Beziehung zum Träger der Rollenerwartung existiert. Denn was dadurch entsteht, ist eine Situation mit hohem Grad an Ambivalenz; und *ambivalente* soziale Beziehungen von (jugendlichen) Kindern zu ihren Eltern teilen mit den oben skizzierten Ereignissen das Merkmal, aus der Sicht des Jugendlichen nur schwer veränderbar zu sein, wenn das Ereignis einmal eingetreten ist. Genau in diesem impliziten Merkmal der geringen Veränderungs-chance kann eine zentrale Bedingung dafür gesehen werden, daß Ereignisse dieser Art zu Symptomen, also Reaktionsbildungen im psychosomatischen Sinne, führen.

Wir wollen dies empirisch überprüfen und haben dazu ein Ambivalenzmaß entwickelt. Uns interessiert hier also nicht die *Intensität* einer Beziehung oder Haltung, sondern ein anderes Charakteristikum dieser Relation, nämlich deren *Ambivalenz*. Die Hypothese lautet:

*H3: Psychosomatische Symptommhäufigkeit ist ceteris paribus dann verstärkt, wenn Ambivalenz in der Beziehung zu den Eltern gegeben ist.*

b) Zum zweiten ist zu erwarten, daß sozialer Konflikt im Bereich des familiären Lebens für den Jugendlichen belastend sein kann. Entsprechend beziehen wir eine Konfliktvariable mit in die Analyse ein. Dabei interessiert uns vor allem der Vergleich des Effekts auf Symptommhäufigkeit, der sozialem Konflikt zuzuschreiben ist, mit dem Effekt, der auf Ambivalenz zurückgeführt werden kann. Denn in letzterer ist das implizite Element ungünstiger Veränderungschancen enthalten, im Falle sozialen Konflikts im allgemeinen nicht. Die Hypothese ist daher:

*H4: Psychosomatische Symptommhäufigkeit ist ceteris paribus dann verstärkt, wenn sozialer Konflikt im Elternhaus gegeben ist.*

## 2. Methode

### *Stichprobe*

Die im folgenden präsentierten Ergebnisse basieren auf einer Survey-Erhebung, die wir im Rahmen des umfangreicheren Forschungsprogramms des Sonderforschungsbereiches zur Vorbereitung der Haupterhebung bei 201 Schülerinnen und Schülern im Frühjahr 1986 durchgeführt haben. Die Befragung wurde in 7. und 9. Klassen durchgeführt. Die Stichprobe ist keine Zufallsauswahl, jedoch ein weitgehend strukturtreues Abbild der Population der Schüler in 7. und 9. Klassen an Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen der Stadt Bielefeld, wenn als Kriterien Schulform und Jahrgangsstufe herangezogen werden. Dabei sind 7. Klasse/Hauptschule leicht überrepräsentiert und 9. Klasse/Gymnasium sowie 9. Klasse/Gesamtschule leicht unterrepräsentiert. Der Auswahlumfang liegt bei 3,1 %.

### *Datenerhebungsverfahren*

Den Schülerinnen und Schülern wurde ein Fragebogen mit insgesamt 112 Fragen (370 Variablen) vorgelegt. Die Bearbeitung fand im Klassenverband statt und wurde durch ein Mitglied der Forschungsgruppe geleitet. Die Beantwortung dauerte in der Regel 60–70 Minuten. Der Fragebogen enthielt Fragen zu den Variablenbereichen soziale Lebensbedingungen, Personenmerkmale, belastende Lebenssituationen, Belastungs- und Unterstützungspotentiale des sozialen Netzwerks, individuelle Verarbeitungsstile sowie – als abhängige Variable – psychosomatische Verhaltensauffälligkeiten, darunter psychosomatische Beschwerden. Die abhängige Variable „gesundheitliche Beeinträchtigung/psychosomatische Beschwerden“ ist im Anschluß an ähnliche Untersuchungen durch die Vorlage einer allgemeinen Befindlichkeitsskala (symptoms checklist) operationalisiert worden. Skalen dieser Art haben den Vorteil, im Rahmen der Survey-Technik von den Befragten auch ohne spezifische Vorkenntnisse beantwortet werden zu können.

Grundlage der von uns eingesetzten Checkliste von Symptomen ist die Skala zu einer Reihe von Symptomvorgaben, die in dieser Form im Hannoverschen Teilprojekt (Wuggenig/Engel 1986), des interuniversitären Forschungsverbundes „Vergleichende Theorientestung“ eingesetzt und evaluiert wurde (Tarnai/Fünders 1986). Um ein breiteres Spektrum von Beschwerden zu erfassen, wurde die Checkliste durch die Vorgabe von Symptomen ergänzt, auf die in der einschlägigen Fachdiskussion Bezug genommen wird (z.B. Bräutigam/Christian 1981: 29–31; Vogt 1985: 137f.; Luban-Plozza/Pöldinger, 1980: 28; Klußmann 1979: 36).

Dazu wurde den Jugendlichen folgende Frage gestellt: „Wie oft treten bei dir folgende Beschwerden auf?“ Für jede der folgenden Vorgaben war gefragt, ob diese Beschwerde „häufig“, „manchmal“, „selten“ oder „nie“ auftritt. Vorgaben:

Atembeschwerden, Magenbeschwerden, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Nervosität/Unruhe, Schlaflosigkeit/Schlafstörungen, Alpträume, Konzentrationsschwierigkeiten, Übelkeit, Gewichtsverlust wegen Beunruhigung, starkes Herzklopfen, Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, Verdauungsbeschwerden, Schweißausbrüche, Hände zittern, Herzschmerzen.

Außerdem wurde gefragt:

„Hast du schon einmal folgende Beschwerden gehabt?

Wenn ja, bitte ankreuzen:

Heuschnupfen, Allergie, Asthma, starkes Untergewicht, Kreislaufstörungen“

Auf dieser operationalen Grundlage war es möglich, eine Symptomstrukturanalyse der Beschwerden durchzuführen. Dazu konzentrierten wir uns auf die erste der beiden beschriebenen Listen und unterzogen diese einer Faktorenanalyse. Einerseits war dies eine Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse und zum anderen eine Hauptkomponentenanalyse. Es resultierte eine 8-Faktorenlösung mit einer im Vergleich beider Varianten nicht-invarianten Faktorenstruktur. Diese „instabilen“ Items wurden in die folgenden Analysen nicht weiter einbezogen, und es wurden auch solche Beschwerden ausgeklammert, deren semantischer Gehalt keine eindeutige Interpretation zuläßt. Schließlich resultierte ein etwas reduziertes Set von insgesamt 12 Symptomen, für das eine Maximum-Likelihood (ML-) Analyse die in Tabelle 1 ausgewiesene, dreidimensionale Faktorenstruktur erbrachte. Zum Vergleich des Invarianzgrades berechneten wir wieder eine Hauptkomponentenanalyse (PC).

*Tabelle 1: Faktorenstruktur des reduzierten Sets (psycho-)somatischer Beschwerden (N=201)*

F1 (34 %)	ML	PC
Konzentrationsschwierigkeiten	.69	.67
Nervosität, Unruhe	.65	.62
Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	.53	.59
Alpträume	.44	.76
Appetitlosigkeit	.32	.47
F2 (10 %)		
Kopfschmerzen	.62	.74
Magenbeschwerden	.55	.70
Übelkeit	.48	.52
Schwindelgefühle	.46	.50
Gewichtsverlust wegen Beunruhigung	.34	.50
F3 (9 %)		
Starkes Herzklopfen	.96	.75
Atembeschwerden	.36	.72

Auf der Grundlage der ML-Faktorenanalyse berechneten wir anschließend individuelle Faktorenwerte für jeden der einbezogenen Jugendlichen. Diese Werte konstituieren in der sich anschließenden multivariaten Analyse die Werte von Variablen, deren Variation durch Rekurs auf soziale Determinanten erklärt werden soll. Auch das Gesamtmaß „Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden“ stützt sich auf dieses reduzierte Set.

*Abwärtsmobilität* wird über einen Index erfaßt, der für jede Person prüft, ob folgende Bedingung erfüllt ist: ([Ein- oder zweimal eine Schulklasse wiederholt] oder [Schule wegen schlechter Noten gewechselt]). Die Verknüpfung der beiden Teilbedingungen erfolgt über ein logisches „Oder“. Der Index hat den Wert 1, wenn die Bedingung erfüllt ist, 0 ansonsten. Über die Antwortvorgaben wurde sichergestellt, daß Schulwechsel „abwärts“ erfolgte.

*Ambivalenz* wurde über einen Index erfaßt, der aus zwei Komponenten besteht. Diese beiden Einzelfragen waren im Erhebungsinstrument weit separiert, um

Ausstrahlungseffekte auszuschließen. Die Frage lautete: „Möchtest du später als Erwachsener so leben wie dein Vater bzw. deine Mutter?“ Vorgesehen waren drei inhaltliche Antwortkategorien:

- (1) ja, genauso
- (2) ja, ungefähr so
- (3) nein

Die zweite Frage lautete: „Wie gut verstehst du dich mit deinen Eltern?“ Getrennt für Vater und Mutter war die Skala vorgegeben:

- (1) sehr gut
- (2) gut
- (3) weniger gut: es gibt gelegentlich Streit
- (4) schlecht: es gibt oft Streit

Als ambivalent wurde eingestuft, wer auf die erste Frage „nein“ *und* zugleich bei der zweiten Frage ein sehr gutes bzw. gutes Verhältnis angab. Das Vorliegen der Bedingung wurde zunächst getrennt für Vater und Mutter ermittelt; schließlich wurden diese beiden Indexwerte im Sinne eines logischen „Oder“ verknüpft.

*Konflikt* im Elternhaus ermitteln wir über eine Frage, in der zu sechs möglichen Punkten (Schulleistungen, Unordentlichkeit, Mithilfe im elterlichen Haushalt, Kleidung/Frisur, Rauchen, abends Ausgehen) auf einer 4stufigen Skala (häufig/manchmal/selten/nie) gefragt wurde, wie häufig es wegen dieser Dinge zu „Meinungsverschiedenheiten“ kommt. Es wurde auf dieser Grundlage ein Index gebildet, der der oben beschriebenen Zähllogik folgt: Für jeden Befragten wird ermittelt, wie oft es zu Hause „häufig“ zu Meinungsverschiedenheiten kommt. Für die tabellarische Analyse wird dieses Maß zwischen (0) und (1,2, . . .) dichotomisiert. 0 bedeutet dann „nicht häufig“ Konflikt, 1 „häufig“ Konflikt.

### 3. Ergebnisse

#### *Verbreitungsdaten*

Wir beginnen den Ergebnisbericht mit einer Darstellung der Häufigkeit der Nennungen der einzelnen Symptome von der Checkliste (Tabelle 2). An der Spitze der Nennungen liegt das Symptom „Konzentrationsschwierigkeiten“. Obwohl es – zusammen mit dem zweitgenannten Symptom, Kopfschmerzen – zu den organunspezifischen Symptomen der Liste gehört und viele subjektive Bedeutungsvariationen zuläßt, können wir dies als einen Hinweis auf die herausgehobene Position schulleistungsbezogener Symptome in der Wahrnehmung der befragten Schüler werten. Die übrigen besonders häufig genannten Symptome (Nervosität/Unruhe, Schwindelgefühle, Schlaflosigkeit/Schlafstörungen) und Krankheitsbilder (Allergie, Kreislaufstörung) weisen auf den hohen Stellenwert von psychisch-vegetativen und kreislaufmäßigen Beanspruchungen hin, die auch in anderen vergleichbaren Untersuchungen dokumentiert wurden (Laaser 1980).

#### *Symptomstruktur*

In Tabelle 1 wurde bereits die Faktorenstruktur dokumentiert, die sich bei Extraktionen von drei Faktoren ergibt. Wie sich zeigt, vereinigt Faktor 1 schwerpunktmäßig psycho-vegetative Symptome. Vom „thematischen“ Gehalt her können wir eine große Nähe zur schulischen Beanspruchung annehmen. Faktor 2 umfaßt im Vergleich stärker organspezifische Beschwerden und enthält die kreislaufbezogenen Symptome der



**Tabelle 2** Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden in %: (N = 201)

Symptom	häufig	manchmal	selten	nie
Konzentrations-schwierigkeiten	9	31	39	19
Kopfschmerzen	13	25	49	13
Nervosität, Unruhe	13	23	34	29
Schwindelgefühle	6	21	31	41
Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	6	17	31	45
Magenbeschwerden	6	18	40	35
Übelkeit	3	19	41	36
starkes Herzklopfen	3	19	26	52
Appetitlosigkeit	4	16	31	49
Alpträume	1	6	32	60
Atembeschwerden	2	6	21	71
Gewichtsverlust wegen Beunruhigung	0	2	18	80

  

	ja	nein
Allergie	29 %	70 %
Kreislaufstörungen	23 %	76 %
Heuschnupfen	19 %	81 %
starkes Untergewicht	4 %	95 %
Asthma	2 %	97 %

**Tabelle 3:** Interkorrelationen psychosomatischer Beschwerden (N = 201)

	Kreislauf- störungen	Allergie	Asthma	starkes Unter- gewicht	Heu- schnup- fen
F1					
Konzentrations-schwierigkeiten	.11	.17*	.05	.11*	.02
Nervosität, Unruhe	.10	.05	.06	.10	.00
Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	.18*	.21*	.03	.03	-.02
Alpträume	.15*	.09	.02	.12*	.00
Appetitlosigkeit	.17*	.11	-.03	.12*	.08
F2					
Kopfschmerzen	.23*	.08	.00	.07	.08
Magenbeschwerden	.18*	.20*	.01	.06	-.01
Übelkeit	.24*	.17*	.18*	.03	.01
Schwindelgefühle	.52*	.08	.08	.04	-.06
Gewichtsverlust wegen Beunruhigung	.16*	.06	-.00	.11*	.06
F3					
starkes Herzklopfen	.17*	.19*	.01	.12*	.05
Atembeschwerden	.22*	.17*	.14*	.12*	.22*

\*  $p(\text{sign}) \leq .05$   
 Erwartetes Vorzeichen: +

reduzierten Liste. Faktor 3 nimmt die Symptome Herzklopfen und Atembeschwerden auf.

Tabelle 3 zeigt die Interkorrelationen der 12 Symptome mit den fünf ausgewählten psychosomatischen Krankheitsbildern, die in die Erhebung einbezogen waren. Die höchsten und mit zwei Ausnahmen auch durchgehend signifikanten Korrelationen ergeben sich dabei mit „Kreislaufstörungen“. Kreislaufstörungen hängen nach dieser internen Strukturanalyse intensiv mit den übrigen verschiedenen psychosomatischen Beschwerdesymptomen zusammen, am stärksten erwartungsgemäß mit den Symptomen vom Faktor 2 (Kopfschmerzen u.a.). Mit großem Abstand folgen Allergien, die mit einigen der Symptome auf signifikantem Niveau korrelieren.

Eine Überprüfung der Zusammenhänge nach Geschlecht und nach Schulformangehörigkeit ergab keine signifikanten Unterschiede.

### *Ergebnisse zu Hypothese 1*

Zum Test der Hypothese 1 nehmen wir eine Analyse des Vergleiches Schulabschluß Eltern/wahrscheinlicher Schulabschluß der Befragten vor (Tabelle 4): Die Werte für psychosomatische Beschwerden liegen in den Subgruppen besonders hoch, in denen zumindest ein Elternteil den Schulabschluß Abitur besitzt, die befragte Schülerin oder der Schüler aber nicht das Gymnasium besucht. Besonders hohe Werte für psychosomatische Beschwerden zeigt unsere Analyse für Schülerinnen und Schüler an Hauptschulen, bei denen ein Elternteil oder beide den Schulabschluß Abitur erreicht haben. Dieser Trend ist bei den Werten aller Faktoren beobachtbar. Wir haben es hier im Sinne der Hypothese 1 offenbar deshalb mit einer sehr belastenden Konstellation zu tun, weil die bisherige Schullaufbahn der Befragten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht zu einem Abschluß führen wird, der dem der Eltern entspricht. Hieraus resultiert offensichtlich eine spürbare Beanspruchung der Schülerinnen und Schüler, die sich in psychosomatischen Beschwerden niederschlägt. Im übrigen sind die angegebenen Werte für psychosomatische Beschwerden auch in den Subgruppen überdurchschnittlich hoch, in denen die Befragten das Gymnasium besuchen, keine der Eltern aber den Schulab-

*Tabelle 4:* Bildungsstand der Eltern, Schulformzugehörigkeit und psychosomatische Beschwerden (N = 201)

% Anteile mit überdurchschnittlich vielen Symptomen	Schulformzugehörigkeit			
	Haupt-Schule	Real-Schule	Gymnasium	Gesamt-Schule
Elternbildung unter Abitur	39%* (72)	56%* (43)	70%* (23)	31% (13)
Elternbildung Abitur	67%* (9)	42%* (12)	46%* (26)	- (3)

\* p (sign.)  $\leq$  .05

schluß Abitur erworben hatte. Auch in dieser Konstellation liegen – wahrscheinlich wegen des hohen Erwartungsdrucks, der auf den Jugendlichen im Blick auf die weitere Statuspassage liegt – erhebliche Belastungspotentiale.

### *Ergebnisse zu Hypothese 2*

Aufschluß über die Haltbarkeit von Hypothese 2 gibt Tabelle 5.

*Tabelle 5: Psychosomatische Symptome und bildungsbezogene Abwärtsmobilität*

	Abwärtsmobilität	
	nein (N = 125)	ja (N = 74)
% Anteile mit überdurchschnittlicher Symptomstärke		
... bei Faktor 1 (Konzentrationsschwierigkeiten u.a.)	44 %	60 % *
... bei Faktor 2 (Kopfschmerzen u.a.)	43 %	61 % *
... bei Faktor 3 (Herzklopfen u.a.)	43 %	55 % *
% Anteil mit überdurchschnittlich vielen Symptomen	(N = 127)	(N = 74)
	42 %	61 % *

\* p (sign)  $\leq$  .05

Die Tabelle zeigt: In der befragten Gruppe mit leistungsbezogener Abwärtsmobilität liegen die Werte für das Auftreten psychosomatischer Beschwerden durchgehend und auf signifikantem Niveau höher als in der befragten Gruppe, in der dieses Kriterium nicht gegeben ist. Dieser Zusammenhang gilt sowohl für die Symptomgruppen, die in den drei Faktoren zusammengefaßt sind, als auch für die gesamte Symptomliste, wenn die relative Zahl der Nennungen herangezogen wird.

### *Ergebnisse zu den Hypothesen 3 und 4*

Die wichtigsten Untersuchungsergebnisse zum Test der Hypothesen 3 und 4 sind in Tabelle 6 zusammengefaßt.

*Tabelle 6: Psychosomatische Symptome, Ambivalenz und Konflikt im Elternhaus*

	Ambivalenz		häufig Konflikt mit Eltern	
	nein	ja	nein	ja
% Anteile mit überdurchschnittlicher Symptomstärke	(N = 149)	(N = 50)	(N = 143)	(N = 56)
... bei Faktor 1	45 %	64 % *	42 %	70 % *
... bei Faktor 2	44 %	68 % *	50 %	48 %
... bei Faktor 3	44 %	58 % *	47 %	50 %
% Anteil mit überdurchschnittlich vielen Symptomen	(N = 150)	(N = 51)	(N = 145)	(N = 56)
	39 %	77 % *	45 %	59 % *

\* p (sign)  $\leq$  .05

In der befragten Gruppe mit ambivalenter Beziehung zu den Eltern und auch in der befragten Gruppe mit häufigem Konflikt im Elternhaus sind die Werte für psychosomatische Symptommhäufigkeit durchgehend höher als in den jeweiligen Kontrastgruppen.

### *Multivariate Analysen*

Der bislang dargestellte empirische Befund spricht zunächst für die Haltbarkeit der oben formulierten Hypothesen. Jedoch ist die Grenze der Aussagekraft noch dadurch relativ eng gezogen, daß sie sich bislang nur auf bivariate empirische Evidenz stützen. Entsprechend ist mit der Möglichkeit von Scheinkorrelationen und konkomitanter Variation der einbezogenen unabhängigen Variablen zu rechnen. Es ist insbesondere nicht auszuschließen, daß sich – bedingt durch die Interkorrelation der einzelnen unabhängigen Variablen – ein Teil des Effekts der Ambivalenzvariable im beobachteten Effekt der Konfliktvariable widerspiegelt, also der „reine“ Konflikteffekt geringer ist, als es zunächst im Spiegel des bivariaten Befundes erscheint. *Mutatis mutandis* gilt dies für die übrigen Effekte.

Folglich ist nicht zu umgehen, diese beteiligten makro- und mikrosozialen Determinanten psychosomatischer Beschwerden auf der Ebene der beobachteten Realität im Zusammenhang zu betrachten, mithin die oben getroffenen Aussagen im Lichte der *gemeinsamen multivariaten Häufigkeitsverteilung* zu beurteilen. Da sich die Hypothesen auf dieselbe abhängige Variable (psychosomatische Beschwerden), jedoch auf drei unterschiedliche „unabhängige“ Variable beziehen, ist das Ziel die Analyse der 4variablen Häufigkeitsverteilung, die zwischen diesen Variablen in der untersuchten Population existiert.

Dazu stützen wir uns auf das logistische Modell. Abhängige Variable des Modells ist das (logarithmierte) Verhältnis stark zu schwach Symptombelasteter. Dieses wird für jede Subpopulation bestimmt, die durch systematische Kombinerung aller übrigen Merkmalsausprägungen entstehen. Tabelle 7 gibt in gekürzter Form den empirischen Befund. Design 1 reflektiert ein saturiertes Modell, mit dem geprüft werden kann, welche der potentiell möglichen Effekte sich als statistisch signifikant erweisen. Im vorliegenden Fall sind dies die *direkten* Effekte von Abwärtsmobilität und Ambivalenz auf Symptommhäufigkeit. Wie erwartet, *verstärken* beide sozialen Determinanten die Symptommhäufigkeit, und zwar beide in beachtlichem Ausmaß. Hervorzuheben ist, daß die im makrostrukturellen Kontext zu sehende Abwärtsmobilität einen eigenständigen Effekt hat. Bemerkenswert ist auch, daß der Effekt der Konfliktvariable fast gleich Null und damit vernachlässigbar ist. Schließlich ermitteln wir einen starken Wechselwirkungseffekt von Abwärtsmobilität und Ambivalenz auf Symptommhäufigkeit. Alle Effekte sind in der erwarteten Richtung. Design 2 besteht aus genau diesen signifikanten Effekten, läßt also alle übrigen aus. Bei passabler Modellanpassung ergeben sich die Effektschätzungen als solche sowie an ihrem Standardfehler standardisiert wie ausgewiesen. Ziehen wir als Maß für die erklärte Variation das Entropie-

Kriterium heran, so liegt der Anteil erklärter Variationen bei 10,9 % für das reduzierte und bei 11,5 % für das saturierte Modell. Die Reduktion der Erklärungskraft ist mithin minimal. Auch dieser Sachverhalt rechtfertigt die Ausklammerung der nichtsignifikanten Effekte aus dem Modell.

*Tabelle 7: Soziale Determinanten psychosomatischer Symptome: Abwärtsmobilität, Konflikt und Ambivalenz der Beziehung zu den Eltern*

Parameterschätzungen

		Design 1		Design 2	
		$\lambda_i$	$\lambda_i/s.e.$	$\lambda_i$	$\lambda_i/s.e.$
Symptommhäufigkeit (S)	$\lambda_1$	.286	2.34	.265	2.32
S x Abwärtsmobilität (M)	$\lambda_2$	.286	2.34	.294	2.57
S x Ambivalenz (A)	$\lambda_3$	.435	3.56	.458	4.01
S x Konflikt (K)	$\lambda_4$	.052	0.43		
S x M x A	$\lambda_5$	.233	1.91	.226	1.98
S x M x K	$\lambda_6$	.002	0.01		
S x A x K	$\lambda_7$	-.073	-0.60		
S x M x A x K	$\lambda_8$	-.023	-0.19		
Entropie		.115		.109	

$p = .80$

## 5. Diskussion

Unsere Analyse spricht für die empirische Haltbarkeit der *Hypothesen 1 und 2*: Psychosomatische Symptommhäufigkeit bei Jugendlichen ist dann verstärkt, wenn Jugendliche eine Schulform besuchen, die auf einen Bildungsabschluß hinführt, der nicht dem der Eltern entspricht. Psychosomatische Symptommhäufigkeit ist auch dann verstärkt, wenn bildungsbezogene Abwärtsmobilität bei Jugendlichen vorliegt.

Auch *Hypothese 3* erfährt substantielle Bestätigung. Der Effekt von Ambivalenz in der Beziehung zu den Eltern ist der vergleichsweise stärkste im Modell berücksichtigte Effekt.

*Hypothese 4* wird empirisch nicht bestätigt. Konflikt im Elternhaus hat, wie die multivariate Analyse zeigt, keinen direkten Effekt auf die Häufigkeit psychosomatischer Symptome.

Unsere Ergebnisse stützen die oben getroffene Vermutung über das gemeinsame Kennzeichen von „Abwärtsmobilität“ und „Ambivalenz“ als Variable, die eine spezifische Situation charakterisieren. Dieses Kennzeichen ist die geringe Chance, die Situation aus der individuellen Lage heraus zu verändern, wenn sie einmal eingetreten ist. Anders als sozialer Konflikt impliziert Ambivalenz ein „strukturelles Dilemma“, da die Beziehung weder eindeutig positiv noch eindeutig negativ ist. Entsprechend ist auch mit Effekten zu rechnen, die im Prinzip auf „paradoxe“ (Kommunikations-)Strukturen zu erwarten sind. So gesehen ist nachvollziehbar, daß sich *psychosomatische Reaktionsbildungen* einstellen, also Reaktionen, die der subjektiven Kontrolle im allgemeinen entzogen sind. Mit der Abwärtsmobilität – Ambivalenz – Interaktion können wir eine

Wechselwirkung zwischen sozialem Makro- und Mikrokontext registrieren. Aufgrund dieses Befundes können wir davon ausgehen, daß mit psychosomatischen Beschwerden verstärkt zu rechnen ist, wenn ungünstige soziale Bedingungen aus *verschiedenen* Kontexten, in die Jugendliche während ihrer Statuspassage einbezogen sind, zusammentreffen. Unsere weitere Analyse im Forschungsprojekt wird sich auf die Frage konzentrieren, welcher moderierende Effekt dem individuellen Verarbeitungstil eines Jugendlichen und dem Unterstützungspotential der sozialen Umwelt (dem „sozialen Netzwerk“) zukommt, in das Jugendliche einbezogen sind. Wir vermuten, daß offene und aktive Formen der Auseinandersetzung eines Jugendlichen mit Konstellationen der Statusunsicherheit bis zu einem gewissen Grade davor bewahren können, mit psychosomatischen Symptomen zu „reagieren“. Zu untersuchen bleibt, ob in solchen Fällen andere Reaktionsformen auftreten, die eventuell zu ebenfalls problematischen Effekten für die Persönlichkeitsentwicklung führen. Wir vermuten weiterhin, daß soziale Netzwerke mit flexiblen und vielfältigen Formen der sozialen Unterstützung günstige Impulse für einen aktiven und offenen Stil der Auseinandersetzung mit Konstellationen der Statusunsicherheit bieten oder sogar dazu führen, daß solche Konstellationen nur in geringem Maß auftreten. Zu prüfen bleibt, welche spezifischen Strukturen und Qualitäten des sozialen Netzwerkes im Jugendalter die Risiken für dilemmatische soziale Situationen der beschriebenen oder auch anderer Art erhöhen und welche sie mindern. Die Klärung dieser Fragen wird wichtige Hinweise für wirksame Maßnahmen der Prävention und Intervention in diesem Bereich ermöglichen.

## Literatur

- Bohle, H., 1983, Jugend und Lebenschancen: Bedingungen und Verarbeitungsmuster strukturell erschwerter Integration. *Neue Praxis* 13, 235–255
- Bräutigam, W./ Christian P., 1981, *Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Enke
- Clausen, J.A., 1975, The Social Meaning of Different Physical and Sexual Maturation In: S.E. Dragastin/ G.H. Elder (Eds.), *Adolescence in the Life Cycle*, Washington: Hemisphere, 25–46
- Coleman, J.S., et al., (Eds.) 1974, *Transition to Adulthood*. Chicago: University Press
- Coleman, J.C., 1980, *The nature of adolescence*. New York: Basic Books.
- Dragastin, S.E./ Elder, G.H. (Eds.), 1975, *Adolescence in the Life Cycle*. Washington: Hemisphere
- Engel, Uwe, 1986, *Statusinkonsistenzforschung – Probleme und Strategien der multivariaten Datenanalyse*, Diss. phil., Hannover
- Fend, H./ Helmke, A., 1981, Die Konstanzer Untersuchungen über Verbreitung und Bedingungen psychischer Risikofaktoren. In: Zimmer, G. (Ed.), *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter*. Frankfurt: Campus, 82–99
- Frederking, U., 1975, Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder, *Praxis der Kinderpsychologie* 24, 204–213
- Gerhardt, U., 1979, Coping and social action, In: *Sociology of Health and Illness*, 195–225
- Haan, N., 1981, Adolescents and Young Adults as Producers of Their Development. In: Lerner, R.M./ Busch-Rossnagel, N.A. (Eds.), *Individuals as*

- Producers of Their Development. A Life Span Perspective. New York: Academic Press, 155–182
- Hamburg, B. A., 1980, Early Adolescence as a Life Stress. In: Levine, S./Ursin, H. (Eds.), Coping and Health. New York: Plenum Press, 121–143
- Hotaling, G.T./ Atwell, S.G./ Linsky, A.S., 1978, Adolescent Life Changes and Illness, *Journal of Youth and Adolescence* 7, 393–402
- Hurrelmann, K., 1984, Adjusting to an erosion of opportunities, *Policy Studies* Vol. 5, 43–65
- Hurrelmann, K./ Rosewitz, B./ Wolf, H.: *Lebensphase Jugend*. Weinheim: Juventa 1985
- Hurrelmann, K./ Ulich, D. (Eds.), 1980, *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim, Basel: Beltz
- Jackson, E.F./ Burke, P.J., 1965, Status and Symptoms of Stress. *American Social Review* 30, 556–564
- Jessor, R./ Jessor, S.L., 1977, *Problem Behavior and Psychosocial Development, A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press
- Johnson, J.H., 1986, *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. London: Sage
- Katschnig, H. (Ed.), 1981, *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. München: Urban und Schwarzenberg
- Klußmann, B., 1979, *Psychosomatische Medizin – Eine Übersicht*. New York: Springer
- Kreutz, H., 1974, *Soziologie der Jugend*, München
- Laaser, U. et al., 1980, *Kölner Studie zum kardiovaskulären Risikoprofil bei Jugendlichen*. Heidelberg (mim.)
- Lippert, P./ Semmer, N., 1985, *Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Bundesgesundheitsamt (mim.)
- Luban-Plozza, B./ Pöldinger, W., 1980, *Der psychosomatisch Kranke in der Praxis*. New York: Springer
- Moriarty, A.E./ Toussieng, M.D., 1976, *Adolescent Coping*. New York: Grune & Stratton
- Murphy, L.B./ Moriarty, A.E., 1976, *Vulnerability, Coping and Growth from Infancy to Adolescence*. New Haven: Yale University Press
- Nesselroade, J.R./ von Eye, A. (Eds.), 1985, *Individual Development and Social Change*. Orlando: Academic Press
- Newcomb, N.D./ Huba, G.J./ Bentler, P.M., 1981, A Multidimensional Assessment of Stressful Life Events Among Adolescents. *Journal of Health and social Behavior* 22, 400–415
- Olbrich, E./ Todt, E. (Eds.), 1984, *Probleme des Jugendalters*. Berlin: Springer
- Pearlin, L.I./ Schooler, C., 1978, The Structure of Coping, *Journal of Health and social Behavior* 19, 19–36
- Petersen, A.C./ Craighead, W.E., 1986, Emotional and Personality Development in Normal Adolescents and Young Adults. In: G.L. Kleiman (Ed.), *Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults*. Washington: APP Press, 19–52
- Petri, H., 1979, *Soziale Schicht und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Remschmidt, G., 1984, *Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Rudolf, G./ Tölle, R. (Ed.), *Prävention in der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 16–29
- Rutter, M. et al., 1976, Adolescent Turmoil: Fact or Fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 17, 35–56
- Rutter, M., 1980, *Changing Youth in a Changing Society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Seiffge-Krenke, I., 1984, Formen der Problembewältigung bei besonders belasteten Jugendlichen. In: Olbrich, E./ Todt, E. (Ed.), *Probleme des Jugendalters*. Berlin: Springer, 353–386

- Siddique, C.M./D'Arcy, C., 1984, Adolescence, Stress, and Psychological Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence* 13, 459–473
- Tarnai/ Fünders, B., 1985 Anwendung des Klassisch-Latent-Additiven Testmodells zur Konstruktion von Indices in verschiedenen Einstellungsbereichen (mim.)
- Vogt, I., 1985, Für jedes Leiden gibt es eine Pille. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Werner, E.E./ Smith, R.S., 1982, *Vulnerable but not invincible*. New York: McGraw Hill
- Wuggenig, U./ Engel, U., 1986, Statusinkonsistenz, mentale Inkongruenz und Streß. Ergebnisse der vergleichenden Theorientestung. Hannover (mim.)
- Zauner, J./ Biermann, G. (Ed.), 1986, *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt

Anschrift der Autoren:  
Universität Bielefeld, SFB 227,  
Postfach 8640,  
4800 Bielefeld 1