

Jugendspezifische Belastungen und psychosomatische Beschwerden. Ergebnisse einer Schülerbefragung zu auffälligem Verhalten

K. Hurrelmann, U. Engel, B. Holler, E. Nordlohne

Einleitung

Charakteristisch für die Lebenssituation Jugendlicher in Industriegesellschaften ist heute die Tatsache, daß sich die Zeitspanne der Qualifikation in Schule, Berufsschule und beruflichen Vollzeiteinrichtungen inzwischen so weit ausgedehnt hat, daß sie fast für alle Jugendlichen das ganze 2. Lebensjahrzehnt mit einschließt. Zugleich ist der Erwartungsdruck der sozialen Umwelt gestiegen, ein hochwertiges schulisches Abschlußzertifikat zu erwerben. Wegen der angespannten Arbeitsmarktsituation und des harten Verdrängungswettbewerbs von Schulabsolventen hat die schulische Leistungsbilanz objektiv und subjektiv eine hohe lebensgeschichtliche Bedeutung. Zu prüfen ist daher, ob Probleme, der Leistungserwartung zu entsprechen, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf seiten der Schüler verbunden sind.

In leistungsorientierten Gesellschaften ist die Jugendphase jedoch nicht nur durch leistungsbezogene Erwartungen allein gekennzeichnet. Vielmehr sind gesellschaftliche Rollenerwartungen auch in anderer Hinsicht maßgebend. Wir nehmen an, daß v. a. auch die Übernahme der elterlichen Lebensweise ein wichtiges Thema im Jugendalter werden kann. Gesundheitsrelevant wird dieses Thema jedoch v. a. dann werden, so unsere Annahme, wenn die entsprechenden Rollenerwartungen aus der 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, also eine Situation, in der handlungsbezogene „Problemlösungen“ strukturell erschwert sind. Ob sich diese Situation in ihrer Wirkung auf psychosomatische Belastungen von derjenigen unterscheidet, die durch häufige familieninterne Konflikte gekennzeichnet ist, ist eine weitere Frage, die wir in diesem Beitrag untersuchen möchten. Der zur Verfügung stehende Raum erlaubt dabei nur eine gegenüber der Originalfassung stark gekürzte Darstellung.

Stichprobe und Methode

Wir berichten hier aus einer Teiluntersuchung im Rahmen des umfangreicheren Forschungsprogramms des Sonderforschungsbereichs 227 in Bielefeld.

Die im folgenden präsentierten Ergebnisse basieren auf einer Surveyerhebung, die wir zur Vorbereitung der Haupterhebung unserer Studie bei 201 Schülerinnen und Schülern im Frühjahr 1986 in Bielefeld 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 ist die 7. Klasse der Hauptschule leicht überrepräsentiert und die 9. Klasse des Gymnasiums sowie die 9. Klasse der Gesamtschule leicht unterrepräsentiert. Der Auswahlumfang liegt bei 3 %.

Den Schülerinnen und Schülern wurde ein Fragebogen vorgelegt. Die Bearbeitung fand im Klassenverband statt und wurde durch ein Mitglied der Forschungsgruppe geleitet. Die Beantwortung dauerte in der Regel 60–70 min. Der Fragebogen enthielt u. a. Fragen zu den Variablenbereichen soziale Lebensbedingungen, Personenmerkmale, belastende Lebenssituationen und Unterstützung durch das soziale Umfeld. Die abhängige Variable „gesundheitliche Beeinträchtigung/psychosomatische Beschwerden“ ist im Anschluß an ähnliche Untersuchungen durch die Vorlage einer allgemeinen Befindlichkeitsskala („symptom checklist“) operationalisiert worden.

Die folgende Analyse stützt sich auf die Angaben zur Häufigkeit (häufig/manchmal/selten/nie) folgender Symptome: Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen, Nervosität/Unruhe, Schwindelgefühle, Schlaflosigkeit/Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Übelkeit, starkes Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Alpträume, Atembeschwerden, Gewichtsverlust wegen Beunruhigung. Die psychosomatische Symptombelastung erfaßten wir dabei für jede Person über einen (globalen) Indexwert, und zwar als Anzahl der Symptome, die die betroffene Person „manchmal“ bzw. „häufig“ hat. Diese Verteilung wurde am Median dichotomisiert; die Datenanalysen dieses Beitrags beziehen sich auf dieses Maß. Außerdem führten wir eine faktorenanalytische Symptomstrukturanalyse durch und berechneten auf dieser Grundlage spezifische Belastungswerte. Die Ergebnisse dieser Analyse können hier aus Raumgründen nicht vorgestellt werden.

Hypothesen und Ergebnisse

Die Statuspassage „Jugend“ ist eine transitorische Phase, in der mit vertikaler Mobilität in verschiedenen Hinsichten zu rechnen ist. Die Möglichkeit sozialen Aufstiegs sowie die Gefahr langfristiger Deklassierung prägen die Jugendphase in ganz entscheidender Weise. Es wird daher angenommen, daß die „Statusunsicherheit“ ein grundlegendes Kennzeichen der Jugendphase ist (Kreutz 1974). Die Statusunsicherheit wird sich aber, wenn sie ein gewisses „normales“ Maß übersteigt, belastend auswirken, und wir nehmen an, daß v. a. mit einer langfristigen sozialen Deklassierung eine psychosomatische Belastung verbunden ist. Um diese Annahme zu testen, konzentrierten wir uns auf die Bildungsdimension. Der empirische Befund in Tabelle 1 spricht dabei für die Haltbarkeit der folgenden Aussage:

Tabelle 1. Bildungsstand der Eltern, Schulformzugehörigkeit und psychosomatische Beschwerden (in Klammern Prozentuierungsbasis)

Überdurchschnittliche Symptommhäufigkeit (%)	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Elternbildung unter Abitur	39 (72)	56 (43)	70 (23)	31 (13)
Elternbildung Abitur oder höher	67 (9)	42 (12)	46 (26)	- (3)

Psychosomatische Symptome treten dann verstärkt auf, wenn der Jugendliche eine Schulform besucht, die auf einen Bildungsabschluß hinführt, der nicht dem der Eltern entspricht. Es zeigt sich - mit anderen Worten -, daß v. a. der erwartete soziale Abstieg „kostspielig“ ist und diese Kosten auch psychosomatischer bzw. gesundheitlicher Art sein können.

Wie Tabelle 1 zeigt, liegen die Werte für psychosomatische Beschwerden 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. Wir haben es hier 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, keiner der Eltern aber den Schulabschluß Abitur erworben hatte. Auch in dieser Konstellation liegen - wahrscheinlich wegen des hohen Erwartungsdrucks, der auf den Jugendlichen im Hinblick auf die weitere Statuspassage liegt - erhebliche Belastungspotentiale (Tabelle 2).

Das Risiko abwärtsgerichteter Mobilität in der Statuspassage „Jugend“ 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

Tabelle 2. Psychosomatische Symptome und bildungsbezogene Abwärtsmobilität in der Statuspassage (in Klammern Prozentuierungsbasis)

	Abwärtsmobilität	
	nein	ja
Anteil mit überdurchschnittlich vielen Symptomen (%)	42 (127)	61 ^a (74)

^a Signifikant, $p < 0,5$

betrachteten Dimension gerade rapide verschlechtert hat, also bereits eine Phase *realer* Abwärtsmobilität stattgefunden hat. Das Risiko wird so zu einem auch subjektiv sehr spürbaren Risiko, und es ist daher zu erwarten, daß sich auf diese Erfahrung entsprechende Reaktionen einstellen werden. Wir betrachten wieder die Bildungsdimension. Tabelle 2 stützt die Annahme, daß psychosomatische Symptome dann verstärkt auftreten, wenn eine „Abwärtsmobilität“ in der Schullaufbahn eingetreten ist. Jugendliche, die eine oder mehrere Schulklassen wiederholt oder die Schule wegen schlechter Leistungen gewechselt haben, klagen in weitaus stärkerem Maße über Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Kreislaufstörungen usw.

Der bislang vorgestellte Befund bezieht sich auf einen zentralen Bereich der Statuspassage „Jugend“. Jedoch ist dieses keineswegs der einzige relevante Bereich. Vielmehr sind eine Reihe weiterer Dimensionen in die Betrachtung einzubeziehen, so auch solche aus dem familienbezogenen Kontext. Wir konzentrieren uns hier auf ein ausgewähltes relationales Merkmal. Tabelle 3 zeigt, daß psychosomatische Beschwerden dann verstärkt auftreten, wenn eine Ambivalenz in der Beziehung zu den Eltern gegeben ist. Von „Ambivalenz“ sprechen wir, wenn die Jugendlichen zwar gute emotionale Beziehungen zu Mutter oder Vater angeben, aber den Lebensstil der Eltern ablehnen. Solche mehrdeutigen sozialen Beziehungen sind offenbar aus der Sicht des Jugendlichen nur schwer veränderbar, wenn das Ereignis einmal eingetreten ist. Und genau in diesem impliziten Merkmal der geringen Veränderungschance kann eine zentrale Bedingung dafür gesehen werden, daß Ereignisse dieser Art zu Symptomen, also Reaktionsbildungen im psychosomatischen Sinne, führen.

Tabelle 3. Belastende Konstellationen in der Statuspassage „Jugend“: psychosomatische Symptome, Ambivalenz und Konflikt im Elternhaus (in Klammern Prozentuierungsbasis)

	Ambivalenz		Häufig Konflikt mit den Eltern	
	nein	ja	nein	ja
Anteil mit überdurchschnittlich vielen Symptomen (%)	39 (150)	77 (51)	45 (145)	59 ^a (56)

^a Signifikant, $p < 0,5$

Schließlich ist zu erwarten, daß ein 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 v. a. der Vergleich des Effekts auf die Symptombelastung, der einem sozialen Konflikt als solchem zuzuschreiben ist, mit dem Effekt, der auf die Ambivalenz zurückgeführt werden kann. Denn in letzterer ist das implizite Element ungünstiger Veränderungschancen enthalten, im Falle eines sozialen Konflikts im allgemeinen nicht. Tabelle 3 zeigt den entsprechenden Befund. Psychosomatische Symptome treten demnach dann verstärkt auf, wenn ein sozialer Konflikt im Elternhaus gegeben ist.

Tabelle 4. Soziale Determinanten psychosomatischer Belastung in der Statuspassage „Jugend“: Abwärtsmobilität, Konflikt und Ambivalenz der Beziehung zu den Eltern (Parameterschätzungen)

		λ_i	$\lambda_i/s.e.^a$
Symptombfähigkeit (S)	λ_1	0,286	2,34
S · Abwärtsmobilität (M)	λ_2	0,286	2,34
S · Ambivalenz (A)	λ_3	0,435	3,56
S · Konflikt (K)	λ_4	0,052	0,43
S · M · A	λ_5	0,233	1,91
S · M · K	λ_6	0,002	0,01
S · A · K	λ_7	-0,073	-0,60
S · M · A · K	λ_8	-0,023	-0,19

^a Parameterschätzung, dividiert durch ihren Standardfehler

Zusammenfassend wäre danach mit erhöhter Symptombelastung, verstärkt im Falle von bildungsbezogener Abwärtsmobilität, im Falle ambivalenter Beziehungen zu den Eltern oder im Falle häufigen sozialen Konflikts im Elternhaus zu rechnen. Jedoch ist die Grenze der Aussagekraft dieser Behauptungen 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. Folglich ist eine *multivariate* empirische Analyse nicht zu umgehen. Dazu stützten wir uns u. a. auf das logistische Modell. Tabelle 4 gibt den empirischen Befund. Das Design 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 die Symptombelastung. Wie erwartet, *verstärken* beide sozialen Determinanten die Symptombelastung, und zwar beide in beachtlichem Ausmaß. Bemerkenswert ist, daß der Effekt der Konfliktvariable praktisch gleich Null und damit vernachlässigbar ist. Anders als im Spiegel der bivariaten Analyse spielt der Konflikt (bei entsprechender statistischen Kontrolle der übrigen Effekte) keine Rolle für die Häufigkeit psychosomatischer Symptome. Dies stützt unsere 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 soziale Konfliktsituationen im allgemeinen impliziert Ambivalenz ein „strukturelles Dilemma“, da die Beziehung weder eindeutig positiv noch eindeutig negativ ist. Schließlich ermitteln wir einen starken Wechselwirkungseffekt von Abwärtsmobilität und Ambivalenz auf die Symptombelastung.

Die Effekte sind in der erwartenden Richtung. Durch die einbezogenen Variablen kann 11,5% der Variation erklärt werden, wenn als Maß das Entropiekriterium herangezogen wird.

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*. Enke, Stuttgart
- Colemann JS et al. (eds) (1974) *Transition to adulthood*. University Press, Chicago
- Coleman JC (1980) *The nature of adolescence*. Basic Books, New York
- Engel U (1986) *Statusinkonsistenzforschung - Probleme und Strategien der multivariaten Datenanalyse*. Diss. phil., Hannover
- Hamburg BA (1980) Early adolescence as a life stress. In: Levine S, Ursin H (eds) *Coping and health*. Plenum Press, New York, pp 121-143
- Hotaling GT, Atwell SG, Linsky AS (1978) Adolescent life changes and illness. *J Youth Adolescence* 7:393-402
- Hurrelmann K (1984) Adjusting to an erosion of opportunities, *Policy Studies*, vol 5, pp 43-65
- Hurrelmann K, Rosewitz B, Wolf H (1985) *Lebensphase Jugend*. Juventa, Weinheim
- Klußmann B (1979) *Psychosomatische Medizin - Eine Übersicht*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kreutz H (1974) *Soziologie der Jugend*. Juventa, München
- Laaser U et al. (1980) *Kölner Studie zum kardiovaskulären Risikoprofil bei Jugendlichen*. Heidelberg (mim.)
- Remschmidt G (1984) *Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Rudolf G, Tölle R (Hrsg) *Prävention in der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 16-29
- Siddique CM, D'Arcy C (1984) Adolescence, stress, and psychological wellbeing. *J Youth Adolescence* 13:459-473
- Wuggenig U, Engel U (1986) *Statusinkonsistenz, mentale Inkongruenz und Streß. Ergebnisse der vergleichenden Theorientestung*. Hannover (mim.)
- Zauner J, Biermann G (Hrsg) (1986) *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt, München