

# Gesundheitliche Beschwerden und soziales Netzwerk bei Jugendlichen\*

B. Holler, K. Hurrelmann

## Zusammenfassung

Thematisiert wird der Zusammenhang zwischen der sozialen Einbindung Jugendlicher und dem Auftreten von Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form psychosomatischer Beschwerden. Die Beziehung zu Eltern und Gleichaltrigen als Teil des persönlichen Netzwerks Jugendlicher wird auf Belastungs- und Unterstützungspotentiale untersucht. Die empirischen Analysen zeigen, daß häufige Konflikte mit den Eltern die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Streßreaktionen erhöhen; die soziale Position in der Gleichaltrigengruppe spielt demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Weibliche Jugendliche reagieren stärker mit psychosomatischen Beschwerden als männliche. Trotz auftretender Konflikte werden die Eltern als wichtige Ansprechpartner von den Jugendlichen wahrgenommen. Die reale Situation des Nachfragens um Hilfe beinhaltet dagegen auch belastende Momente, bezogen auf das Auftreten psychosomatischer Beschwerden.

Der empirischen Analyse liegen Daten aus den ersten beiden Wellen einer Längsschnittstudie zugrunde, die ihren Ausgangspunkt in einer repräsentativen Stichprobe von 1717 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13–16 Jahren in Nordrhein-Westfalen nimmt. Die Arbeit entstand im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 227 „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ an der Universität Bielefeld.

## Summary

This study discusses the relation between the integration of adolescents and the occurrence of health disturbances, especially psychosomatic symptoms.

Social relations to parents and peers as part of the adolescent personal network have been studied to identify potential sources of tension and support for young people. The empirical results indicate that frequent conflicts with parents increase the probability of psychosomatic stress reactions occurring; in contrast, the social

---

\* Das Forschungsvorhaben wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 227 gefördert.

position in the peer group plays a less important role. On average, female adolescents reported psychosomatic symptoms to a greater extent than male adolescents. In spite of reported conflicts, young people accept their parents as a potential source of support. However, actually asking for support has a negative influence on the occurrence of psychosomatic symptoms.

The empirical analyses are based on data obtained from the first two waves of a longitudinal panel study, which started from a representative sample of 1717 students aged 13–16 in North Rhine-Westphalia, FRG. This report is part of the research program of the special research unit 227 „Prevention and Intervention in Childhood and Adolescence“ at the University of Bielefeld.

### **Bedeutung des sozialen Netzwerks für die Gesundheitsbalance**

In der interdisziplinären Forschung hat sich in den letzten 10 Jahren ein breites Konzept von „Gesundheit“ durchgesetzt, das im Gegensatz zum traditionellen körperbezogenen medizinischen Ansatz die Verankerung von „Wohlbefinden“ in allen Dimensionen des täglichen Lebens und Erlebens berücksichtigt. Gesundheit bezeichnet danach den Zustand des objektiven und subjektiven Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.

#### **Konzept „Gesundheit“**

Gesundheit in diesem Verständnis setzt sich demnach aus physischen, psychischen und sozialen Komponenten zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muß. Gesundheit wird hier als Teil der individuellen Entwicklung verstanden, als Prozeß, der nur möglich ist, wenn ein Individuum flexibel und zielgerichtet den jeweils optimal erreichbaren Stand der Abstimmung von inneren und äußeren Anforderungen und Erwartungen bewältigt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biologischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herzustellen vermag (Hurrelmann 1988).

Diese Definition gilt für Menschen in verschiedenen Lebensabschnitten. Sie ist für Jugendliche genauso gültig wie für Erwachsene und für alte Menschen. Allerdings stellen sich lebensphasenspezifisch verschiedenartige Entwicklungsaufgaben, die jeweils angemessene Bewältigungsstrategien erfordern. In jeder Lebensphase stellen sich soziale, psychische und körperliche Erwartungen, Anforderungen und Belastungen ein, die von einem Menschen verarbeitet und bewältigt werden müssen. Diese Belastungen schlagen sich nicht mechanisch und monokausal in Symptomen von Beschwerden oder Auffälligkeiten nieder. Die Ressourcen, die eine Person aus

eigener Kraft oder in Gestalt von Unterstützung aus der sozialen Umwelt zur Verfügung hat, entscheiden über die Wirksamkeit der Belastungsfaktoren. Es existieren soziale, psychische und körperliche Schutzfaktoren, die miteinander verbunden sind und als Immunsystem wirken können (Gerhard 1979).

In idealtypischer Weise läßt sich unterscheiden zwischen personalen Ressourcen, womit der persönliche Verarbeitungsstil von Lebensrealität und Lebensbelastung und die individuell zur Verfügung stehenden Handlungskapazitäten der Bewältigung von Lebenssituationen gemeint sind, und sozialen Ressourcen, womit die verschiedenen Unterstützungen aus der sozialen Umwelt und dem Netzwerk der Sozialbeziehungen angesprochen sind, die eine Person zur Verfügung hat oder in Belastungssituationen aktivieren kann (Hurrelmann 1988, S. 93). Personale und soziale Ressourcen bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Sie bilden zusammen die Kapazitäten der Lebensbewältigung, die einem Menschen zur Verfügung stehen.

Über die Bedeutung der personalen Ressourcen besteht in der Literatur weitgehende Übereinstimmung: Offenbar können solche Faktoren wie Vertrauen in die eigene emotionale Belastbarkeit, Fähigkeiten zu problemlösendem Verhalten, Fertigkeiten, sich bei anderen Unterstützung und Hilfe zu suchen, stabiles Selbstwertgefühl und stabile Ich-Identität als gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit internen und externen Belastungsfaktoren auf verhaltensmäßiger, kognitiver und auch erlebnismäßiger Ebene angesehen werden. Jedes Individuum verfügt über bestimmte Grundmuster der Realitätsverarbeitung und -bewältigung, über habituelle, in verschiedenen Situationen konsistente Verhaltensmuster, um Umwelt- und interne Anforderungen zu meistern und Konflikte zwischen diesen Anforderungen auszugleichen. Diese Verarbeitungsstile und Bewältigungskompetenzen haben erhebliche Wirksamkeit für das psychische und soziale Wohlbefinden und für die Gesundheit eines Menschen (Dohrenwend u. Dohrenwend 1974; Lazarus u. Launier 1981).

Die Grenzen der Wirksamkeit personaler Ressourcen als moderierende Faktoren liegen dort, wo soziale Strukturbedingungen für das Entstehen von Belastungen verantwortlich sind, die ein Individuum nicht beeinflussen kann. Ob es zu einer Überforderung der sozialen, psychischen und körperlichen Anpassungsfähigkeiten kommt und wie diese Überforderung sich auf die weitere Entwicklung der Person auswirkt, entscheidet sich auch nach den Unterstützungen aus der sozialen Umwelt, die eine Person erfährt, und der Beschaffenheit des Netzwerkes der Sozialbeziehungen, in das sie einbezogen ist.

### **Konzept „soziales Netzwerk“**

Die Kernidee der sozialen Ressourcenforschung als Teilgebiet der Netzwerkforschung läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Je stärker eine Person in ein soziales Beziehungsgefüge mit wichtigen Bezugspersonen eingebunden ist, desto besser kann diese Person mit ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und andauernden Lebensbelastungen umgehen und desto weniger treten Symptome der Belastung wie soziale, psychische oder somatische Auffälligkeiten auf. Dem sozialen Beziehungsnetzwerk einer Person werden hilfreiche Funktio-

nen im Blick auf die Bewältigung von Problembelastungen verschiedener Art zugesprochen.

In Analogie zu biologischen Schutzsystemen wird auch oft vom sozialen Netzwerk als „sozialem Immunsystem“ gesprochen. So versteht z. B. Cassel (1975) unter biologischen Schutzfaktoren Anpassungsprozesse des Organismus an veränderte Umweltbedingungen und unter psychosozialen Schutzfaktoren Art und Stärke der dem Individuum zur Verfügung stehenden Gruppenunterstützung. Die Gegenwart von Mitgliedern der eigenen Primärgruppe sorgt für die Befriedigung eben jener Integrationsbedürfnisse, die unter den gegebenen Umweltbedingungen in Industriegesellschaften einer wachsenden Bedrohung ausgesetzt sind und deren dauerhafte Mißachtung vermutlich auch zur Entstehung chronischer Krankheiten beiträgt. Biologischen und sozialen Schutzfaktoren gemeinsam ist demnach, daß sie Belastungen, denen der einzelne ausgesetzt ist, abpuffern und abfedern (Caplan 1974).

Unter sozialem Netzwerk kann das Gefüge von sozialen Beziehungen verstanden werden, in das eine Person einbezogen ist. Das Netzwerk bildet sich aus dem Gesamt der Kontakte, die eine Person zu anderen Personen besitzt. Es kann nach verschiedenen Kriterien beschrieben und analysiert werden. Es ist die gesamte strukturelle Beschaffenheit sowie die Qualität und Funktion der Beziehungen in einem Netzwerk, die über das mögliche Unterstützungspotential dieses Netzwerkes entscheiden. Es ist jeweils genau zu untersuchen, welche Teile des sozialen Kontakt- und Beziehungsnetzwerkes einer Person wirklich als „Unterstützungsnetzwerk“ bezeichnet werden können und welche anderen Teile eventuell nichtunterstützend oder sogar belastend sein können.

Aus der Perspektive der sozialen Ressourcenforschung wird die Unterstützungsleistung sozialer Netzwerke hervorgehoben, die hauptsächlich in der Verhinderung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und der Reduzierung anderer Problembelastungen gesehen wird. Die soziale Unterstützung geht, den vorliegenden Untersuchungen zufolge, von verschiedenen Bezugspersonen aus, die Mitglied dieses Netzwerkes sind. In der Regel wird nach relevanten Bezugspersonen unterschieden: Eltern, Geschwister, Freunde, Kollegen, Verwandte, Lehrer/Vorgesetzte, Beratungs- und Hilfspersonal.

### *Eltern und Freunde als Teil des persönlichen Netzwerks Jugendlicher*

Insofern Jugendliche ihr Handeln und Verhalten an den Normen und Wertvorstellungen der Eltern orientieren, muß die Herkunftsfamilie als die einflußreichste Bezugsgruppe Jugendlicher gelten (Schäfers 1984). Sie ist die primäre Sozialisationsinstanz bei der Herausbildung der personalen und sozialen Identität, bei der Vermittlung grundlegender sozialer und kultureller Handlungskompetenzen, Normen, Werthaltungen, Ziele und Ansprüche. Die Eltern stellen eine soziale Ressource hinsichtlich materieller und zeitlicher Mittel sowie immaterieller Hilfeleistungen dar, z. B. in Krankheitsfällen.

Während der Jugendphase, einer Übergangsphase zum sozialen Status als Erwachsener, findet aber auch der Ablösungsprozeß der Jugendlichen von der Herkunftsfamilie statt. Dieser Ablösungsprozeß geht mit einer zunehmenden Außenorientierung, Mitgliedschaft in anderen sozialen Gruppen und Verselbständi-

gung der Jugendlichen einher, die zu vielfältigen Konflikten mit den Eltern führen können.

Zu berücksichtigen ist ferner, daß Familien – zumindest in der Rekrutierung ihrer Mitglieder – eine Art „Zwangsgemeinschaft“ darstellen, der sich Jugendliche bei auftretenden Unstimmigkeiten aufgrund finanzieller und emotionaler Abhängigkeiten nicht ohne weiteres entziehen können (Schwonke 1980, S. 44). Allerdings kann hier die zunehmende Orientierung der Jugendlichen an Gleichaltrigen (z. B. Freunden/Freundinnen) nicht nur konfliktauslösende, sondern auch ausgleichende Wirkung haben. Diese Kompensationsfunktion wird u. a. dadurch erzielt, daß die einseitige Abhängigkeit von einer einzigen Gruppe – in diesem Falle der Familie – aufgehoben wird oder auch die Anforderungen der neuen Gruppe den Vorstellungen der Jugendlichen eher entsprechen (Schwonke 1980, S. 46).

Im Gegensatz zur Eltern-Kind/Jugendlichen-Beziehung zeichnen sich Freundschaftsbeziehungen dadurch aus, daß sie relativ freiwillig und selbstbestimmt gewählt werden können, daher auch wieder auflösbar sind (Machwirth 1980, S. 251). Gravierende Konflikte und Meinungsverschiedenheiten innerhalb von Freundschaftsbeziehungen können sich daher auch in der Auflösung dieser Beziehung niederschlagen oder aber in einer Neudefinition der Beziehung. Freundschaftsbeziehungen werden daher von den Beteiligten i. allg. positiv gewertet.

In der folgenden empirischen Analyse wollen wir der Frage nachgehen, inwieweit sich Konflikte mit den Eltern und die soziale Einbindung in die Gleichaltrigengruppe in psychosomatischen Beschwerden der befragten Jugendlichen niederschlagen. Anschließend wollen wir ermitteln, inwieweit Eltern und Freunde/Freundinnen als Ansprechpartner bei auftretenden Problemen und damit als Unterstützungspotential von den Jugendlichen wahrgenommen werden und inwieweit sie mit gesundheitlichen Streßreaktionen, die sich als psychosomatische Beschwerden äußern, im Zusammenhang stehen. Geschlechtsrollenspezifische Unterschiede sollen besondere Berücksichtigung finden.

### **Anlage der empirischen Untersuchung**

Durch die Anlage unserer Untersuchung wollen wir Informationen über die Verbreitung und die qualitative Ausprägung verschiedener Belastungsformen bei Jugendlichen in der Altersgruppe der etwa 13- bis 17jährigen erfassen.

### ***Stichprobe***

Die im folgenden präsentierten Ergebnisse einer Surveystudie beziehen sich auf die ersten beiden Wellen einer mehrjährigen Längsschnittuntersuchung, deren Ausgangspunkt 1986 in der Altersgruppe der etwa 13- bis 16jährigen Schülerinnen und Schüler in Nordrhein-Westfalen liegt.

Für die Stichprobe wurde ein mehrstufiger Auswahlplan realisiert, der Gebietsauswahlen mit Wahrscheinlichkeitsauswahlen innerhalb der Gebiete verbindet. Gestützt auf die Siedlungs- und Raumstruktur der amtlichen Statistik des Landes

Nordrhein-Westfalen wurden zunächst strukturtypische Regionen (ein Ballungsgebiet, ein sog. solitäres Verdichtungsgebiet und eine ländliche Region) ausgewählt. Innerhalb dieser strukturtypischen Regionen wurden anschließend nach dem Zufallsprinzip Schulen und innerhalb dieser Schulen Schulklassen zunächst des 7. und des 9. Jahrganges ausgewählt.

Die Befragung mit Hilfe eines weitgehend standardisierten Fragebogens erfolgte im Einjahresabstand innerhalb des Klassenverbandes unter Aufsicht eines Mitglieds des Forschungsteams. Von den ca. 1700 Schülerinnen und Schülern, die an der Erstbefragung 1986 teilnahmen, konnten 1987 ca. 85% erreicht werden. Das Ziel dieser Panelbefragung liegt darin, valide Aussagen über die Bedingungen und Erscheinungsformen unterschiedlicher Problembelastungen im Jugendalter zu erhalten.

### Meßinstrumente

- a) Die abhängige Variable gesundheitliche Beeinträchtigung/psychosomatische Beschwerden wurde anhand einer Symptomcheckliste erfaßt. Sie umfaßt insgesamt 24 Einzelitems und orientiert sich an einer von Gurn et al. (1960) verwendeten Skala zur Messung psychophysiologischer Symptome (Engel u. Hurrelmann 1989). Gefragt wurde: „Wie oft sind bei Dir in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?“ Die Antwortskala erfaßt über die Vorgaben „häufig“ (4), „manchmal“ (3), „selten“ (2) und „nie“ (1) die Beschwerdehäufigkeiten. Diese Art der Checkliste bietet bei schriftlichen Befragungen den Vorteil, daß sie von den Jugendlichen selbständig und vollständig beantwortet werden kann.  
Eine vergleichende Symptomstrukturanalyse (Hurrelmann et al. 1988) erbrachte eine Dreifaktorenstruktur, deren Einzelfaktoren unverändert blieben, unabhängig a) davon, welche Symptomblöcke Eingang in die Analyse fanden, b) welche Methode der Faktorenanalyse angewendet wurde, c) von der Stichprobe, wenn nach Geschlecht differenziert wurde (Hurrelmann et al. 1988). Die Einzelitems der ersten beiden resultierenden Faktoren weisen eine große Übereinstimmung zu den in der Literatur genannten „psychosomatischen Beschwerden“ auf (z. B. Bräutigam u. Christian 1986). Für die vorliegende Analyse wurden die verbleibenden 12 Items dieser ersten beiden Faktoren auf der Basis der Angabe zu „häufig“ oder „manchmal“ auftretenden Beschwerden zu einem Summenindex zusammengefaßt, da keine Extremgruppenanalyse vorgenommen werden soll. Für die tabellarischen Analysen wurde dieser Index schließlich am Median dichotomisiert.
- b) Die Variable „Gesundheitszustand“ wurde durch die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes über eine 5stufige Antwortskala von „sehr gut“ (5) über „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ bis „schlecht“ (1) vorgenommen. Gefragt wurde: „Wie würdest Du Deinen gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“
- c) Die Variable „soziale Konflikte im Elternhaus“ wurde auf der Basis von 6 Items operationalisiert. Die Frage lautete: „Wenn Du an die letzten 3 Monate denkst: Kam es da zu Hause manchmal oder auch öfter zu Meinungsverschiedenheiten ...“ bezogen auf folgende Anlässe: a) „... wegen Deiner Leistungen in der Schule“, b) „... wegen Deiner Unordentlichkeit“, c) „... weil Du zu Hause nicht helfen wolltest“, d) „... wegen Deiner Kleidung/Frisur“, e) „... weil Du rauchst“, f) „... weil Du abends ausgehen wolltest“. Die 4stufige Antwortskala reichte von „häufig“ (4) über „manchmal“ und „selten“ bis „nie“ (1). Die Faktorenanalyse über alle 6 Items erbrachte eine Zweifaktorenstruktur (Hurrelmann et al. 1988). Die Antworten zu „häufig“ oder „manchmal“ auftretenden Meinungsverschiedenheiten der 3 Einzelitems a), b) und c), die den 1. Faktor bildeten, wurden zu einem Summenindex zusammengefaßt. Die Einzelitems des 2. Faktors wurden nicht miteinbezogen, da sie relativ seltene Ereignisse darstellen.

- d) Eine Einschätzung des Unterstützungspotentials des persönlichen Netzwerkes der Jugendlichen wurde über die Vorgabe der hypothetischen Situation realisiert, um einen Handlungsbezug herzustellen: „Du bist in der Schule oft müde und unkonzentriert. Du hast schon länger Schwierigkeiten, im Unterricht mitzukommen. Du willst wissen, was mit Dir los ist. An wen wendest Du Dich? Wer kommt für Dich in Frage?“ Eine 5stufige Antwortskala umfaßte die Vorgabe von „völlig ausgeschlossen“ (-2) über „ziemlich unsicher“ (-1), „unklar, fraglich“ (0), „ziemlich sicher“ (+1) bis „ganz sicher“ (+2). Diese Frage war separat für insgesamt 16 Bezugspersonen bzw. -institutionen zu beantworten. Zusätzlich wurde ebenfalls separat für alle 16 Bezugspersonen bzw. -institutionen gefragt, an wen sich der Jugendliche tatsächlich wegen eines solchen Problems schon einmal gewandt hatte. Die vorliegende Analyse bezieht nur die Fragen bezogen auf die Bezugspersonen Mutter, Vater, Freundin, Freund ein.
- e) Die soziale Position innerhalb der Gleichaltrigengruppe wurde über die graphische Darstellung einer 5stufigen Skala von (1) „im Mittelpunkt“ bis (5) „randständig“ von den Jugendlichen selbst vorgenommen. Die Frage lautete: „Wer gibt den Anstoß für die Aktionen, die unter Euch Schülern laufen? Wer steht im Mittelpunkt des Geschehens?“ Separat wurde eine Bewertung bestehender Freundschaftsbeziehungen durch die Jugendlichen selbst vorgenommen. Freundinnen und Freunde stellen also eine Submenge der Gleichaltrigen dar. Die im folgenden beibehaltene Unterscheidung zwischen Gleichaltrigen und Freundschaften entspricht der von den Jugendlichen vorgenommenen Zuordnung.
- f) Die Variable „Versagensereignisse“ bezieht sich auf schulische Leistungen und erfaßt Angaben, nach denen ein oder mehrere Ereignisse einer Versetzungsgefährdung und/oder eine oder mehrere Klassenwiederholungen eingetreten sind. Sie hat die Ausprägungen Versagensereignisse „nein“ (1), kein Ereignis ist eingetreten, und „ja“ (2), mindestens ein Ereignis ist eingetreten.

## Untersuchungsergebnisse

### *Gesundheitliche Beschwerden*

Eine Dimension gesundheitlichen Wohlbefindens der befragten Jugendlichen wurde über selbstberichtete psychophysische Beschwerden erfaßt. Tabelle 1 weist die Beschwerdebhäufigkeiten der dem Summenindex zugrundeliegenden 12 Einzelsymptome aus, die entsprechend ihrer Faktorenzugehörigkeit gruppiert sind. Die beiden am häufigsten genannten Einzelbeschwerden sind Kopfschmerzen und Nervosität/Unruhe, die jeweils einen der beiden Faktoren repräsentieren. Der 1. Faktor „vegetatives Syndrom“ umfaßt allgemeine Erschöpfungs- und Nervositätssymptome: Hände zittern, Schweißausbrüche, Nervosität/Unruhe, starkes Herzklopfen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen. Der 2. Faktor „physiologisches Syndrom“ setzt sich aus den stärker organdiskriminierenden Beschwerden zusammen: Übelkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Appetitlosigkeit, Atembeschwerden.

Im Rahmen dieser 12 möglichen Beschwerden können lediglich 4% der Befragten im Herbst 1986 als beschwerdefrei gelten (2,4% der Mädchen, 4,6% der Jungen), d. h. im Jahr vor der 1. Befragung traten diese Beschwerden gar nicht, auch nicht selten auf. Gelegentliche Beschwerden (manchmal und selten auftretende) werden sehr oft berichtet (96%). Von den 12 möglichen Beschwerden geben 8 von 10 Jugendlichen mindestens eine manchmal oder häufig auftretende Beschwerde an

**Tabelle 1.** Häufigkeitsverteilung selbstberichteter Beschwerden (1. Welle 1986, n = 1717; Angaben in %)

Symptome	Häufigkeiten		
	häufig	manchmal	selten/nie
<i>Faktor 1 „vegetatives Syndrom“</i>			
Händezittern	8	16	77
Nervosität/Unruhe	16	25	59
Konzentrationsschwierigkeiten	9	27	65
Starkes Herzklopfen	8	16	76
Schweißausbrüche	4	11	85
Schlafstörungen	9	16	76
<i>Faktor 2 „physiologisches Syndrom“</i>			
Übelkeit	7	20	74
Magenbeschwerden	9	21	70
Schwindelgefühle	12	18	71
Kopfschmerzen	20	28	51
Appetitlosigkeit	6	16	78
Atembeschwerden	3	6	91

(87% der Mädchen, 73% der Jungen). 33% der Jungen und 55% der Mädchen nannten mindestens eine häufig auftretende Beschwerde. Alle aufgeführten Beschwerden wurden signifikant häufiger von weiblichen Jugendlichen angegeben als von männlichen. Die Variable „psychosomatische Beschwerdebhäufigkeiten“ enthält also starke geschlechtsspezifische Komponenten. Dieses Ergebnis entspricht den Befunden anderer Untersuchungen, sowohl denen, die an Erwachsenenpopulationen als auch denen, die an dieser Altersgruppe Jugendlicher durchgeführt wurden (Vogt 1985; Brähler 1986).

Da einerseits gelegentlich auftretende Einzelbeschwerden empirisch als „normale“ körperliche Empfindungen gewertet werden müssen, andererseits spezifische Einzelbeschwerden nicht als Symptome einer organischen Erkrankung ausgeschlossen werden können, basieren die folgenden Analysen auf einem Summenindex über alle 12 aufgeführten Beschwerden. Diese Vorgehensweise entspricht auch substantiell dem als wechselhaft beschriebenen Beschwerdebild psychosomatischer Streßreaktionen (Bräutigam u. Christian 1986).

Die Angaben zur Symptommhäufigkeit beziehen sich auf die letzten 12 Monate vor dem jeweiligen Befragungszeitpunkt. Tabellen 2a, b ermöglichen einen Vergleich der Beschwerdebhäufigkeiten zu beiden Zeitpunkten und umfassen somit insgesamt einen Zeitraum von 2 Jahren. Entsprechend der bereits berichteten geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Beschwerdebhäufigkeiten der Einzelsymptome sind die Angaben für männliche und weibliche Jugendliche in Tabelle 2 auf der Basis des Summenindexes getrennt ausgewiesen.

Viertel der Befragten ( $p = 0,247$ ) in die Gruppe mit wenigen Symptomen; hier sind es mehr Jungen ( $p = 0,326$ ) als Mädchen ( $p = 0,199$ ).

Eine ähnliche Veränderung zeigt sich in der Gruppe der Jugendlichen, die 1986 wenig Beschwerden angeben: Von diesen geben 1987 noch 72% wenige Beschwerden an (78% der Jungen und 63% der Mädchen). Von 28% der Befragten werden 1987 erstmalig viele Beschwerden genannt; für Jungen liegt die Wahrscheinlichkeit mit  $p = 0,225$  unterhalb der der Mädchen ( $p = 0,366$ ).

Vergleicht man einmal die Gruppe, die erstmalig 1987 unter vielen Beschwerden leiden ( $p = 0,282$ ), mit derjenigen, die 1986 viele Beschwerden nennen, aber 1987 nicht mehr ( $p = 0,247$ ), so zeigt sich, daß insgesamt mit einer leichten Zunahme psychosomatischer Beschwerden zu rechnen ist, da die Zugänge größer sind als die Abgänge. Der Vergleich der geschlechtsspezifischen Verteilungen zeigt, daß mit einer Zunahme nur in der Gruppe der weiblichen Jugendlichen zu rechnen ist, nicht aber in der Gruppe der männlichen. Dieser Befund entspricht auch einer Analyse der Verteilung der Beschwerdebhäufigkeiten in den einzelnen Altersgruppen: Bei Jungen zeigt sich im Durchschnitt ein leichter Rückgang der Symptombhäufigkeiten in den höheren Altersgruppen gegenüber den jüngeren; bei den Mädchen jedoch eine Zunahme.

Einerseits läßt sich aus Tabelle 2a zusammenfassen, daß Mädchen durchschnittlich häufiger unter psychosomatischen Beschwerden leiden als Jungen. Während etwas mehr als die Hälfte der Jungen ( $p = 0,545$ ) zu keinem Zeitpunkt viele Beschwerden nennen, ist es nur knapp ein Drittel der Mädchen ( $p = 0,314$ ). Andererseits weisen die Übergangswahrscheinlichkeiten der Tabelle 2b für beide Geschlechter deutlich auf eine Manifestierung psychosomatischer Reaktionsweisen hin. Im 2. Befragungszeitraum unter wenigen Beschwerden zu leiden ist entsprechend am wahrscheinlichsten ( $p = 0,718$ ), wenn bereits zum 1. Zeitpunkt keine (vielen) Beschwerden vorliegen. Die Wahrscheinlichkeit, unter vielen Beschwerden zu leiden, ist hingegen stark erhöht ( $p = 0,753$ ), wenn bereits zum vorgehenden Befragungszeitpunkt eine überdurchschnittliche Symptombhäufigkeit bestand. Nur bei etwa einem Viertel ( $p = 0,247$ ) der Jugendlichen vermindert sich die Symptombhäufigkeit von vielen Beschwerden im Jahr 1986 auf wenige im Jahr 1987. Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um vorübergehende Beschwerdebhäufigkeiten handelt, ist bei den Jungen mit  $p = 0,326$  um etwa zwei Drittel größer als bei den Mädchen ( $p = 0,199$ ).

### *Einschätzung des Gesundheitszustandes*

Eine weitere Dimension gesundheitlichen Wohlbefindens stellt die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes dar. Obwohl, wie vorne beschrieben, gelegentliche Beschwerden von 96% aller Jugendlichen angegeben werden, liegt die Selbstbeschreibung des Gesundheitszustandes bei den meisten Jugendlichen deutlich im Bereich „gut“, weniger im Bereich von „schlecht“: Insgesamt 25% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, 41% als „gut“ und weitere 26% als „zufriedenstellend“. Als ausgesprochen „schlecht“ oder auch nur „weniger gut“ bezeichnet ihn nur ein geringer Prozentsatz von 8%.

Die befragten Schülerinnen fühlen sich im Durchschnitt etwas weniger gesund als die Schüler: Zu den 25% der Gesamtgruppe, die mit „sehr gut“ antworteten, gehören

**Tabelle 3.** Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und überdurchschnittlich vielen psychosomatischen Beschwerden, getrennt nach Geschlecht (n = 1678)

Gesundheitszustand 1986	Überdurchschnittlich viele Symptome 1986		
	Jungen	Mädchen	Alle
Schlecht, weniger gut, zufriedenstellend	58% (205)	73% (364)	67% (569)
gut	27% (364)	43% (323)	34% (687)
Sehr gut	13% (291)	21% (131)	15% (422)

Die Differenz jeder einzelnen Zelle zu 100% ergibt den Anteil zu durchschnittlich wenigen Symptomen; die Prozentuierungsbasis ist in den Klammern angegeben.

34% der Jungen, aber nur 16% der Mädchen. Als „gut“ beschrieben ihn 42% der Jungen und 40% der Mädchen.

In Tabelle 3 ist der Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und den Angaben zu überdurchschnittlich vielen Beschwerden dargestellt, getrennt für Jungen und Mädchen: Von denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einstufen, gaben 15% zugleich überdurchschnittlich viele Beschwerden an. Von denen, die ihn als weniger gut beschrieben, litten 67% an überdurchschnittlich vielen Beschwerden.

Die Beschwerdeangaben korrespondieren mit der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen ( $\gamma = -0,64$ ,  $p = 0,00$ ). Je weniger Beschwerden genannt wurden, desto besser wurde auch der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt.

Ohne daß diese Wahrnehmung der Schülerinnen und Schüler mit einer ärztlichen Diagnose übereinstimmen muß (Lehr 1982), müssen wir manchmal und häufig auftretende Beschwerden zumindest als eine Dimension des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens werten. Die Beschwerdebhäufigkeit beeinträchtigt das gesundheitliche Wohlbefinden. Die höhere Beschwerdebhäufigkeit der Mädchen spiegelt sich in ihrem geringeren Wohlbefinden wider.

### ***Soziale Kontakte und Konflikte im Elternhaus***

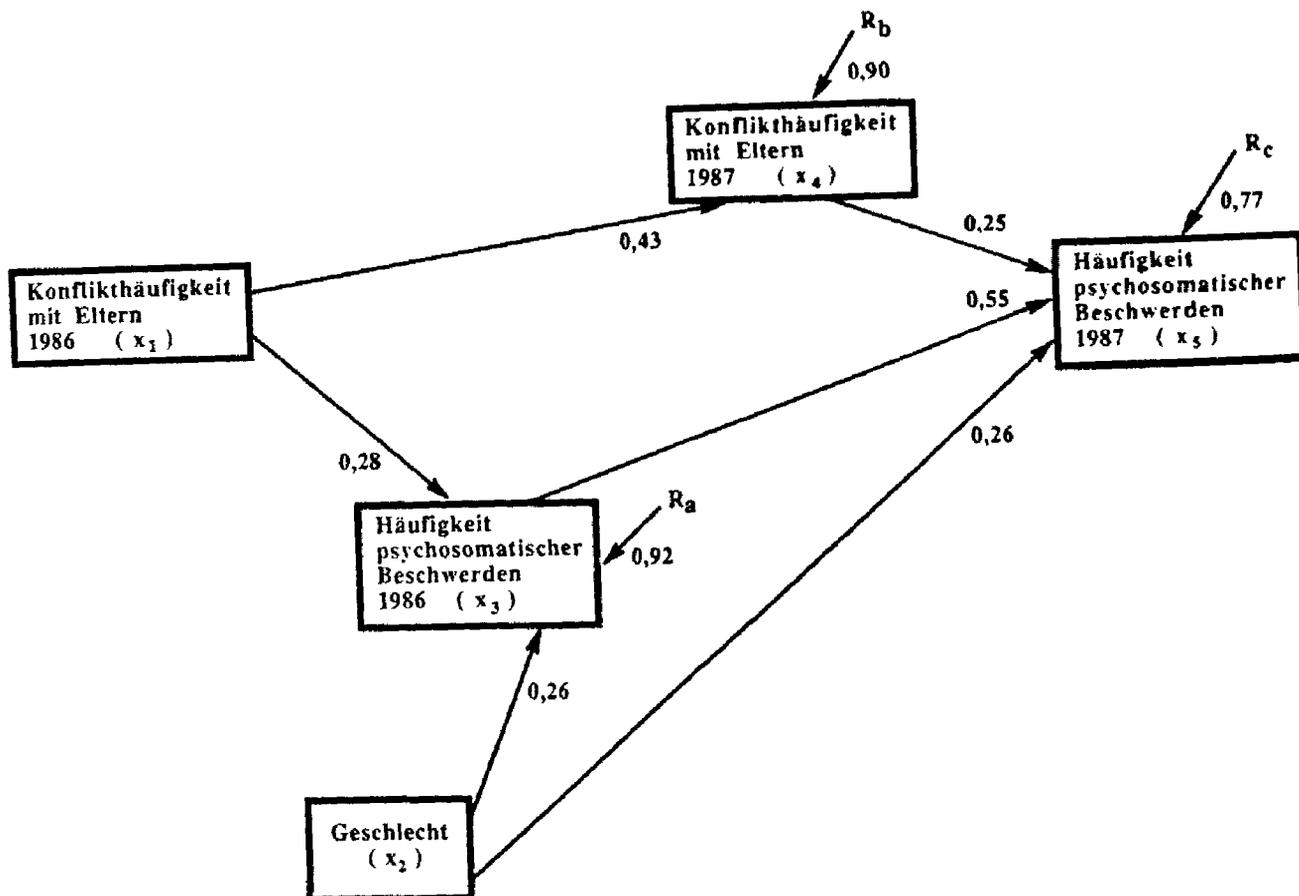
Sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche stellen die Kontakte zu ihren Eltern in unserer Untersuchung insgesamt als zufriedenstellend dar, geben aber ein spürbares Ausmaß von Konflikthäufigkeiten mit ihren Eltern an. Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen zwischen Eltern und ihren Kindern können sich auf unterschiedliche Themen beziehen und durch verschiedene Anlässe hervorgerufen werden. Erwähnt seien hier insbesondere Versagensereignisse bezogen auf schulische Leistungen, die gerade auch vermittelt über die Auseinandersetzungen mit

**Tabelle 2.** Psychosomatische Beschwerdehäufigkeit zum 1. und 2. Befragungszeitpunkt

Psychosomatische Beschwerden 1987	Psychosomatische Beschwerden 1986					
	Alle Befragten		Jungen		Mädchen	
	Wenige	Viele	Wenige	Viele	Wenige	Viele
	Beschwerden		Beschwerden		Beschwerden	
<i>a) Gesamtwahrscheinlichkeit (p) der Gruppenzugehörigkeit über 2 Meßzeitpunkte</i>						
Wenige Beschwerden	0,431	0,099	0,545	0,097	0,314	0,101
Viele Beschwerden	0,170	0,301	0,158	0,200	0,182	0,404
$p = 1,0 \cong 100\%$	1,0		1,0		1,0	
n	(1450)		(734)		(716)	
<i>b) Übergangswahrscheinlichkeit (p) des Gruppenwechsels über 2 Meßzeitpunkte</i>						
Wenige Beschwerden	0,718	0,247	0,775	0,326	0,634	0,199
Viele Beschwerden	0,282	0,753	0,225	0,674	0,366	0,801
$p = 1,0 \cong 100\%$	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
n	(871)	(579)	(516)	(218)	(355)	(361)

Tabelle 2a ist zu entnehmen, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, daß die befragten Jugendlichen einer der Gruppen angehören, die zu beiden Zeitpunkten viele bzw. wenige Beschwerden angaben oder zu je einem Zeitpunkt viele bzw. wenige Beschwerden nannten: 30% ( $p = 0,301$ ) aller befragten Jugendlichen gaben zu beiden Befragungszeitpunkten überdurchschnittlich viele (häufig und manchmal auftretende) Beschwerden an; die Symptommhäufigkeit bestand also (zunächst) über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit, zu dieser Gruppe zu gehören, ist für Mädchen ( $p = 0,404$ ) etwa doppelt so groß wie für Jungen ( $p = 0,200$ ). Betrachtet man die Gruppen, die entweder nur 1986 viele Beschwerden angaben ( $p = 0,099$ ) oder nur 1987 ( $p = 0,170$ ), ergibt sich, daß 27% ( $p = 0,099 + 0,170$ ) zu je einem der beiden Zeitpunkte überdurchschnittlich viele Symptome nannten. In allen Fällen ist die Wahrscheinlichkeit für Mädchen etwas größer als für Jungen, zu je einem oder auch beiden Zeitpunkten viele Beschwerden anzugeben.

Tabelle 2b weist die Übergangswahrscheinlichkeit aus, mit der sich die Beschwerdebhäufigkeit vom 1. zum 2. Befragungszeitpunkt verändert hat: 75% ( $p = 0,753$ ) derjenigen, die bereits bei der ersten Befragung 1986 überdurchschnittlich viele Symptome angaben, leiden auch nach einem Jahr (zum 2. Befragungszeitpunkt 1987) unter überdurchschnittlich vielen Beschwerden; dazu gehören etwa 67% der männlichen Jugendlichen und 80% der weiblichen. Entsprechend wechselt ein



$$\text{Strukturgleichung: } x_3 = b_{31}x_1 + b_{21}x_2 + b_{3a}R_a$$

$$x_4 = b_{41}x_1 + b_{4b}R_b$$

$$x_5 = b_{52}x_2 + b_{53}x_3 + b_{54}x_4 + b_{5c}R_c$$

(alle b sind standardisierte Pfadkoeffizienten; x<sub>2</sub> hat die Ausprägung (0) für Jungen, (1) für Mädchen)

Abb. 1. Zusammenhang zwischen Konflikthäufigkeit im Elternhaus und psychosomatischer Beschwerdehäufigkeit

den Eltern zu erhöhten psychosomatischen Streßreaktionen führen können (Hurrelmann et al. 1988).

In die folgende Analyse wurden neben Konflikten mit den Eltern aufgrund schulischer Leistungen 2 weitere Konfliktbereiche einbezogen, die in den hier untersuchten Jahrgangsguppen altersunabhängig vertreten sind. Von diesen 3 Konfliktbereichen wurde als häufigster Anlaß (48%) „Deine Unordentlichkeit“ genannt, gefolgt von „Schulleistungen“ mit 36% und „weil Du zuhause nicht helfen wolltest“ mit 35%. Die Konflikthanlässe differieren nur geringfügig mit dem Geschlecht; in der Summierung der Konflikthäufigkeiten über alle 3 Bereiche schließlich treten geschlechtsspezifische Unterschiede nicht mehr in Erscheinung.

Wir sind der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen der Konflikthäufigkeit im Elternhaus und der psychosomatischen Symptomenhäufigkeit bei Jugendlichen besteht. Methodisch wurde das pfadanalytische Modell (Abb. 1) gewählt, das den Längsschnittverlauf über 2 Wellen widerspiegelt. Die erklärte Varianz beträgt  $R^2 = 0,40$ . Aus dem Verlauf läßt sich ablesen, daß sich ein direkter

**Tabelle 4.** Position in der Gleichaltrigengruppe und psychosomatische Beschwerdebhäufigkeit, getrennt nach Geschlecht (n = 1689)

Position in der Gleichaltrigengruppe	% - Anteile überdurchschnittlich vieler Beschwerden		
	Jungen	Mädchen	Alle
Im oder nahe am Mittelpunkt	24% (226)	53% (191)	37% (417)
Im Mittelfeld	29% (414)	50% (435)	40% (849)
Eher randständig	35% (224)	56% (199)	45% (423)

Die Differenz jeder einzelnen Zelle zu 100% ergibt den Anteil zu durchschnittlich wenigen Symptomen; die Prozentuierungsbasis ist in den Klammern angegeben.

Die soziale Einbindung in die Gleichaltrigengruppe wurde ermittelt, indem die Jugendlichen eine Selbsteinschätzung der eigenen Position unter den Mitschülern vornahmen. 25% verorteten sich im „Mittelpunkt“ oder nahe dabei, 50% sahen sich auf der Mitte der Skala repräsentiert, und weitere 25% nahmen eine eher „randständige“ Position ein. Diese Selbstverortung ergab keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Allerdings besteht zwischen der sozialen Stellung in der Gleichaltrigengruppe und der psychosomatischen Beschwerdebhäufigkeit für weibliche und männliche Jugendliche nicht gleichermaßen ein Zusammenhang (Tabelle 4). Der signifikante Zusammenhang zwischen der Position in der Gleichaltrigengruppe und der Beschwerdebhäufigkeit in der Gesamtgruppe bleibt in der Subgruppe der Jungen bestehen, nicht aber in der der Mädchen.

Die Beschwerdebhäufigkeit bei den Jungen erhöht sich signifikant mit zunehmender „Randständigkeit“: Der Tendenz nach weisen männliche Jugendliche, die sich selbst im oder nahe des Mittelpunktes einstufen, den geringsten Anteil überdurchschnittlich vieler Beschwerden auf (24%). Der höchste Anteil (35%) ist in der Gruppe „eher randständig“ zu finden. In der Gruppe der weiblichen Jugendlichen ist der geringste Anteil psychosomatischer Beschwerden mit 50% in der Kategorie „im Mittelfeld“ zu finden, der größte Anteil mit 56% ebenfalls in der sich „eher randständig“ einstuft Gruppe. Der in der Gesamtgruppe signifikante Zusammenhang zwischen sozialer Position und Beschwerdebhäufigkeit wird in der Gruppe der Mädchen nicht aufrechterhalten.

Die weitere multivariate Analyse schließlich ermöglicht eine Einschätzung sich überlagernder Effekte, die aus der Position innerhalb der Gleichaltrigengruppe und der Konflikthäufigkeit mit den Eltern resultieren: Im erweiterten (hier nicht dokumentierten) Regressionsmodell verliert die Position in der Gleichaltrigengruppe auch hier ihren (auf bivariater Ebene) signifikanten Effekt auf psychosomatische Streßreaktionen und besitzt gegenüber der Konflikthäufigkeit mit den Eltern keine zusätzliche Erklärungskraft für die Beschwerdebhäufigkeiten. Die Eltern müssen

Zusammenhang zwischen der Konflikthäufigkeit mit den Eltern und der aktuellen Gesundheitsbeeinträchtigung durch psychosomatische Beschwerden nachweisen läßt. Direkte Pfade verlaufen von den sozialen Konflikten zu den jeweils aktuellen Symptommhäufigkeiten: Häufige Konflikte mit den Eltern 1986 ( $x_1$ ) führen zu einer erhöhten Beschwerdebhäufigkeit 1986 ( $x_3$ ); ebenso führen häufige Konflikte 1987 ( $x_4$ ) zu erhöhter Beschwerdebhäufigkeit im gleichen Jahr 1987 ( $x_5$ ). Kein direkter Pfad verläuft von den Konflikten 1986 zu der Symptommhäufigkeit 1987.

Indirekte Pfade von der Konflikthäufigkeit zum ersten Befragungszeitpunkt 1986 ( $x_1$ ) zur abhängigen Variablen Symptommhäufigkeit zum 2. Befragungszeitpunkt 1987 ( $x_5$ ) verlaufen aber sowohl über bereits aufgetretene Beschwerden als auch über erneut auftretende oder andauernde Konflikte. Die (hier nicht abgebildete) tabellarische Analyse bestätigt, daß die Symptommhäufigkeit zum 2. Befragungszeitpunkt erhöht ist, wenn

- a) aktuelle Konflikte 1987 aufgetreten sind,
- b) zu den Konflikten 1986 aktuelle Konflikte hinzugetreten sind und
- c) die Symptommhäufigkeit 1986 bereits erhöht war, z. T. als Reaktion auf die Konflikthäufigkeit im Jahr 1986.

Als Kontrollvariable wurde Geschlecht im Modell berücksichtigt, da – wie oben dargestellt – Mädchen häufiger als Jungen psychosomatische Reaktionsweisen zeigen. Es zeigt sich, daß keine Geschlechtsrollenunterschiede in der Konflikthäufigkeit im Elternhaus bestehen, die direkt auf die Beschwerdebhäufigkeit wirken. Allerdings reagieren weibliche Jugendliche stärker als männliche mit psychosomatischen Beschwerden auf die hier betrachteten Konflikte. Die Modellstruktur bleibt unverändert, wenn die Berechnungen für Jungen und Mädchen getrennt erfolgen.

Auseinandersetzungen mit den Eltern stellen im Jugendalter keine Ausnahme-situation dar. Dennoch erhöht sich bei männlichen und weiblichen Jugendlichen mit zunehmender Konflikthäufigkeit und Dauer der Konflikte auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Streßreaktionen. Mädchen reagieren stärker als Jungen mit psychosomatischen Beschwerden auf Konflikte mit den Eltern.

### *Soziale Einbindung Jugendlicher in die Gleichaltrigengruppe*

Die befragten Jugendlichen beschreiben ihre (gleichgeschlechtliche) Freundschaftsbeziehung zu ihrer besten Freundin/ihrem besten Freund als überwiegend positiv: 95% stimmen der Aussage zu, „Ihr würdet Euch jederzeit helfen“; 89% geben an, „über alles reden zu können“ und 87% lehnen die Aussage ab, daß es „oft Grund gibt, sich zu ärgern oder wütend zu sein“. Die Beantwortung dieser Items bestätigt, daß Beziehungen zu Gleichaltrigen entsprechend der konnotativen Bedeutung des Wortes als Freundschaftsbeziehungen bezeichnet werden, wenn sie von den Jugendlichen überwiegend positiv bewertet werden.

Eine Überprüfung der Größe des Freundeskreises ergab keinen direkten Zusammenhang zu psychosomatischen Reaktionsweisen, auch nicht bei der Angabe, keinen besten Freund/keine beste Freundin zu haben.

**Tabelle 4.** Position in der Gleichaltrigen-Gruppe und psychosomatische Beschwerdehäufigkeit, getrennt nach Geschlecht (n = 1689)

Position in der Gleichaltrigen-Gruppe	% - Anteile überdurchschnittlich vieler Beschwerden		
	Jungen	Mädchen	Alle
Im oder nahe am Mittelpunkt	24% (226)	53% (191)	37% (417)
Im Mittelfeld	29% (414)	50% (435)	40% (849)
Eher randständig	35% (224)	56% (199)	45% (423)

Die Differenz jeder einzelnen Zelle zu 100% ergibt den Anteil zu durchschnittlich wenigen Symptomen; die Prozentuierungsbasis ist in den Klammern angegeben.

Die soziale Einbindung in die Gleichaltrigen-Gruppe wurde ermittelt, indem die Jugendlichen eine Selbsteinschätzung der eigenen Position unter den Mitschülern vornahmen. 25% verorteten sich im „Mittelpunkt“ oder nahe dabei, 50% sahen sich auf der Mitte der Skala repräsentiert, und weitere 25% nahmen eine eher „randständige“ Position ein. Diese Selbstverortung ergab keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Allerdings besteht zwischen der sozialen Stellung in der Gleichaltrigen-Gruppe und der psychosomatischen Beschwerdehäufigkeit für weibliche und männliche Jugendliche nicht gleichermaßen ein Zusammenhang (Tabelle 4). Der signifikante Zusammenhang zwischen der Position in der Gleichaltrigen-Gruppe und der Beschwerdehäufigkeit in der Gesamtgruppe bleibt in der Subgruppe der Jungen bestehen, nicht aber in der der Mädchen.

Die Beschwerdehäufigkeit bei den Jungen erhöht sich signifikant mit zunehmender „Randständigkeit“: Der Tendenz nach weisen männliche Jugendliche, die sich selbst im oder nahe des Mittelpunktes einstufen, den geringsten Anteil überdurchschnittlich vieler Beschwerden auf (24%). Der höchste Anteil (35%) ist in der Gruppe „eher randständig“ zu finden. In der Gruppe der weiblichen Jugendlichen ist der geringste Anteil psychosomatischer Beschwerden mit 50% in der Kategorie „im Mittelfeld“ zu finden, der größte Anteil mit 56% ebenfalls in der sich „eher randständig“ einstuftenden Gruppe. Der in der Gesamtgruppe signifikante Zusammenhang zwischen sozialer Position und Beschwerdehäufigkeit wird in der Gruppe der Mädchen nicht aufrechterhalten.

Die weitere multivariate Analyse schließlich ermöglicht eine Einschätzung sich überlagernder Effekte, die aus der Position innerhalb der Gleichaltrigen-Gruppe und der Konflikthäufigkeit mit den Eltern resultieren: Im erweiterten (hier nicht dokumentierten) Regressionsmodell verliert die Position in der Gleichaltrigen-Gruppe auch hier ihren (auf bivariater Ebene) signifikanten Effekt auf psychosomatische Streßreaktionen und besitzt gegenüber der Konflikthäufigkeit mit den Eltern keine zusätzliche Erklärungskraft für die Beschwerdehäufigkeiten. Die Eltern müssen

**Tabelle 5.** Eltern und Freunde/Freundinnen als Ansprechpartner Jugendlicher

An wen würdest du dich wenden?	Völlig ausgeschlossen [%]	Fraglich, unklar [%]	Ziemlich oder ganz sicher [%]	n
Mutter	(6)	(19)	(75)	1666
Vater	(14)	(31)	(55)	1614
Freundin	(17)	(27)	(56)	1607
Freund	(20)	(35)	(45)	1595

hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden als die dominantere Bezugsgruppe gegenüber Gleichaltrigen bewertet werden.

### *Eltern und Freunde/innen als Bezugspersonen in der Netzwerkorientierung Jugendlicher*

Abschließend wollen wir der Frage nachgehen, inwieweit Eltern und Freunde als Ansprechpartner von Jugendlichen bei auftretenden Problemen wahrgenommen werden und schließlich als Unterstützungspotential fungieren können. Tabelle 5 weist die Häufigkeitsverteilung aus, nach denen Eltern und Freunde/innen als potentielle Ansprechpartner in Frage kommen.

Es zeigt sich, daß die Eltern – trotz der Konflikthaftigkeit der Beziehungen, die in Abb. 1 dokumentiert wurde – für die meisten Jugendlichen wichtige Ansprechpartner darstellen. An erster Stelle rangiert die Mutter: Von den 1986 befragten Jugendlichen würden sich 75% ziemlich oder ganz sicher an die Mutter wenden und 55% an den Vater. Jugendliche nehmen ihre Eltern, insbesondere die Mütter, also mehrheitlich als Unterstützungspotential wahr.

Unsere Daten zeigen, daß die Konflikthäufigkeit im Elternhaus aus der Sicht der Jugendlichen nicht ausschließt, die Eltern als Ansprechpartner wahrzunehmen. So hat für die Bezugsperson Mutter das Zusammenhangsmaß zwischen Konflikthäufigkeit und Ansprechneigung den als gering einzuschätzenden Wert von  $\gamma = -0,18$  ( $p \leq 0,001$ ).

Bemerkenswert ist auch, daß die Mütter gegenüber den Vätern und Freundinnen gegenüber Freunden häufiger gewählt werden. Dieses Datum entspricht der traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenerwartung, nach denen die „sozialen Verhaltensweisen“, zu denen auch Hilfsbereitschaft gehört, dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden.

Die Häufigkeitsverteilung überdurchschnittlich vieler psychosomatischer Symptome entspricht insoweit den Ergebnissen aus der sozialen Ressourcenforschung als mit zunehmender positiver Einschätzung, sich an die Eltern wenden zu können, auch der Anteil überdurchschnittlicher Beschwerdehäufigkeit abnimmt: Der Anteil beträgt 53% in der Gruppe, die es für völlig ausgeschlossen halten, sich an die Mutter zu wenden (52% Vater), gegenüber 39% derjenigen, für die die Mutter als Ansprechpartnerin in Frage kommt (33% Vater).

Die gleiche Tendenz ergibt sich für die Bezugsperson Vater, wengleich der Anteil der Jugendlichen, die sich an den Vater wenden würden, mit 55% deutlich geringer ist als bei der Bezugsperson Mutter.

Während die erwartete Ansprechbarkeit der Eltern tendentiell mit einer geringen psychosomatischen Belastung bei Jugendlichen einhergeht, zeigt sich in dieser Hinsicht ein eher gegenläufiges Bild in der Beziehung zu Gleichaltrigen.

Diejenigen Jugendlichen, die sich „ziemlich oder ganz sicher“ an eine Freundin (einen Freund) wenden würden, weisen mit 44% (43%) einen höheren Anteil psychosomatischer Belastung auf als diejenigen, die es für „ausgeschlossen“ halten (Bezugsperson Freundin: 36%, Freund 37%).

Diese Fragen der Netzwerkorientierung beziehen sich, wie bereits gesagt, auf die hypothetische Situation schulischer Leistungsschwierigkeiten. Es bleibt daher abschließend noch zu klären, inwieweit der Zusammenhang zwischen antizipierter Ansprechbarkeit und psychosomatischer Beschwerdebhäufigkeit auch dann zum Tragen kommt, a) wenn es sich um eine reale Situation erhöhter Problembelastung handelt und b) wenn die Hilfe anderer tatsächlich in Anspruch genommen wurde.

### ***Netzwerkorientierung bei erhöhter Problembelastung***

Eine erhöhte Problembelastung der Schülerinnen und Schüler liegt u. a. dann vor, wenn Versagensereignisse – bezogen auf schulische Leistungen – konkret erfahren wurden, d. h. wenn die Versetzung in die nächste Klassenstufe gefährdet war oder nicht erfolgte, so daß eine Klasse wiederholt werden mußte. Auf das erhöhte Risiko psychosomatischer Streßreaktionen in den auf diese Art belasteten Schülergruppen wurde bereits hingewiesen. Ein Vergleich belasteter mit nichtbelasteten Gruppen, bezogen auf diese Versagensereignisse, zeigt, daß die obigen Zusammenhänge im wesentlichen erhalten bleiben (vgl. Tabelle 6). Auch in den belasteten Gruppen, die gegenüber der nicht belasteten Gruppe eine im Durchschnitt erhöhte Beschwerdebhäufigkeit aufweisen, geht die erwartete Ansprechbarkeit der Eltern mit einem relativ geringeren Anteil der erhöhten Symptombhäufigkeit einher; nicht aber in bezug auf die Ansprechbarkeit von Freundinnen bzw. Freunden. Allerdings gilt dieser Zusammenhang nur mit Einschränkungen auch für die Bezugsperson Mutter: Während der größte Anteil psychosomatischer Symptombhäufigkeit mit 53% wie erwartet in der Gruppe auftritt, die es für „ausgeschlossen“ hält, ihre Mutter ansprechen zu können, liegt der relativ geringste Anteil (41%) in der Gruppe, für die die Ansprechbereitschaft „unklar“ ist. Eine signifikante Erhöhung der Beschwerdebhäufigkeit liegt bei den problembelasteten Schülern nur dann vor, wenn die Mutter als Ansprechpartnerin ausgeschlossen wird. Sie wird allerdings im Vergleich zu den anderen Ansprechpartnern (Vater, Freundin, Freund) nur von einem geringen Anteil (6% der Schülerinnen und Schüler) überhaupt ausgeschlossen (vgl. Tabelle 5).

### ***Soziale Unterstützung und psychosomatische Beschwerden***

Wahrgenommene Ansprechbarkeit zumindest der Eltern kann als streßreduzierend eingeschätzt werden. Tatsächlich in Anspruch genommene Hilfe – so effektiv sie

**Tabelle 6.** Psychosomatische Beschwerden und Ansprechbereitschaft problembelasteter und nicht belasteter Jugendlichen

Ansprechpartner	% - Anteile überdurchschnittlich vieler Symptome			
	Mutter		Vater	
	nein	ja	nein	ja
Versagensereignisse				
Daß du dich an ... wenden würdest, ist ...				
- völlig ausgeschlossen	54% ( 43)	53% ( 60)	54% ( 97)	51% (131)
- unklar	43% (131)	41% (180)	47% (268)	47% (238)
- ziemlich oder ganz sicher	35% (795)	45% (457)	29% (579)	39% (301)
- alle	37% (969)	45% (697)	37% (944)	44% (670)

Ansprechpartner	% - Anteile überdurchschnittlich vieler Symptome			
	Freundin		Freund	
	nein	ja	nein	ja
Versagensereignisse				
Daß du dich an ... wenden würdest, ist ...				
- völlig ausgeschlossen	34% (164)	39% (112)	35% (202)	41% (113)
- unklar	30% (253)	41% (177)	34% (324)	43% (235)
- ziemlich oder ganz sicher	40% (521)	50% (380)	39% (392)	49% (329)
- alle	37% (938)	46% (669)	36% (918)	45% (677)

Die Differenz jeder einzelnen Zelle zu 100% ergibt den Anteil zu durchschnittlich wenigen Symptomen; die Prozentuierungsbasis ist in den Klammern angegeben.

bezogen auf das Problem in jedem Einzelfall auch immer sein mag – kann dennoch zugleich negative Aspekte sozialer Unterstützung beinhalten. Tabelle 7 weist die Anteile überdurchschnittlicher Symptommhäufigkeit in den Gruppen von Jugendlichen aus, die sich „ganz oder ziemlich sicher“ an die Eltern oder Freundinnen/Freunde wenden würden, danach differenziert, ob die jeweilige Person bereits

Tabelle 7. Netzwerkorientierung Jugendlicher und psychosomatische Beschwerdebhäufigkeit

	% -Anteile überdurchschnittlich vieler Symptome bei Jugendlichen, die sich „ganz oder ziemlich sicher“ wenden würden an ...			
	Mutter	Vater	Freundin	Freund
Wenn sich der Jugendliche ...				
- bereits an die Person gewandt hat	44% (704)	38% (398)	54% (407)	53% (279)
- bisher nicht an die Person gewandt hat	32% (523)	28% (466)	36% (480)	38% (435)
- alle	39% (1227)	33% (864)	44% (887)	44% (714)

Die Differenz jeder einzelnen Zelle zu 100% ergibt den Anteil zu durchschnittlich wenigen Symptomen; die Prozentuierungsbasis ist in den Klammern angegeben.

angesprochen wurde oder nicht. Der Anteil überdurchschnittlicher Beschwerdebhäufigkeit ist in allen Gruppen größer, die bereits explizit um Hilfe nachgefragt haben, gegenüber denjenigen, die sich bisher nicht an die entsprechende Person gewandt haben.

Deutlicher noch als bei den Eltern als gewählte Ansprechpartner zeigt sich gegenüber Gleichaltrigen eine erhöhte psychosomatische Belastung in der Gruppe von Jugendlichen, die sich bereits explizit an eine Freundin/einen Freund gewandt haben. Die Prozentsatzdifferenz beträgt bei der gewählten Ansprechpartnerin Freundin 18% (Freund: 15%).

Psychosomatische Belastungen der Jugendlichen treten dann erhöht auf, wenn sie meinen, sich nicht an die Eltern wenden zu können, und wenn sie bereits auf die Eltern oder Freunde/innen als Ansprechpartner zurückgreifen mußten. Dieses Ergebnis entspricht insoweit dem Konzept sozialer Ressourcen, als eine positive Erwartung, Unterstützung von den Eltern erhalten zu können, mit einer geringeren psychosomatischen Belastung einhergeht und somit die Eltern als potentiell stärkste soziale Ressource fungieren.

### Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Aus den dargestellten Ergebnissen läßt sich zusammenfassen: Ein gutes persönliches Netzwerk im Sinne gesundheitlichen Wohlbefindens im Jugendalter zeichnet sich dadurch aus, daß die Eltern als Unterstützungspotential wahrgenommen werden. Die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfestellungen hingegen weist darauf hin, daß Belastungen der Jugendlichen vorhanden sind, wegen derer Hilfe benötigt wird.

Ein gutes Netzwerk, das gesundheitliche Beeinträchtigungen imstande ist zu verhindern, könnte sich also dadurch auszeichnen,

- 1) daß Eltern als potentielle Ansprechpartner wahrgenommen werden können,
- 2) daß Problembelastungen selbst verhindert werden, so daß ein ausdrückliches Hilfesuchen nicht notwendig wird und
- 3) daß das Netzwerk bei auftretenden Problemen unterstützend wirkt, ohne daß explizit um Hilfe nachgefragt werden muß.

Während die Jugendlichen ihre Freundschaftsbeziehungen derart beschreiben, daß „sie sich jederzeit helfen würden“, scheint das Einfordern von Hilfestellungen eine Handlung zu sein, die nicht auf der gleichen Ebene der Selbstverständlichkeit liegt. Der Akt des Hilfesuchens signalisiert immer auch, die Hilfe anderer zu benötigen, also abhängig zu sein von der Hilfe anderer. In formal gleichberechtigten (ranggleichen) Beziehungen, wie sie insbesondere Freundschaftsbeziehungen unter Gleichaltrigen unterstellt wird, riskiert der Hilfesuchende den Verlust seiner (gleichen) Position, riskiert eine Verschiebung der Machtverhältnisse zu seinen Ungunsten.

Die Bedeutung des sozialen Netzwerkes für die gesundheitliche Beeinträchtigung Jugendlicher ist auf 2 Ebenen angesiedelt:

- 1) Das soziale Netzwerk selbst, in das der Jugendliche eingebunden ist, produziert Problembelastungen, die zu psychosomatischen Reaktionsweisen führen.
- 2) Es wirkt potentiell unterstützend, wenn Bezugspersonen, insbesondere die Eltern, zur Verfügung stehen, die von den Jugendlichen als Ansprechpartner wahrgenommen werden.

Einerseits sind also Probleme und Konflikte durch die soziale Einbindung selbst strukturell angelegt; andererseits bietet das soziale Netzwerk zugleich aber auch Chancen zur Problemreduktion und Unterstützung.

Konsequenterweise muß es die Zielsetzung aller interventiven Maßnahmen sein, neben den individuellen auch die sozialen Ressourcen zu fördern und zu stärken, die für die jeweilige Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation oder einer andauernden Lebensbelastung herangezogen werden. Alle Maßnahmen der Verbesserung der Handlungskompetenz einer Person und alle Maßnahmen der Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen in materieller und immaterieller Hinsicht sind von grundlegender Bedeutung für den gesamten Prozeß gelingender oder mißlingender Sozialisation. Bildungs-, familien-, jugend-, gesundheits-, arbeits-, wirtschafts- und rechtspolitische Maßnahmen, die diese Ausgangslage berühren, sind die effektivsten Interventionsmaßnahmen.

Nach den Ergebnissen unserer Studie zu urteilen, müssen hierbei Geschlechtsunterschiede beachtet werden. Es konnte eine Reihe von Belegen für die unterschiedliche Bedeutsamkeit sozialer Ressourcen bei Jungen und Mädchen für Entstehung und Verbreitung von gesundheitlichen Beschwerden erbracht werden. Ganz offensichtlich neigen weibliche Jugendliche – aufgrund ihrer sozialen Lerngeschichte – weit mehr als männliche zu innerem, intrapsychischem Verarbeiten von Spannungen und Konflikten (Kessler u. McLeod 1984; Gove 1985; Dohrenwend u. Dohrenwend 1981).

Vermutlich haben beide Geschlechter spezifische und typische Stile des Ausdrucks für soziale und psychische Belastungen, die, persönlichkeitsdynamisch gesehen, funktional äquivalent sein könnten: Während der männliche Stil mehr auf ausagierende Verhaltensweisen gerichtet ist, ist der weibliche Stil stärker innengerichtet (Hagemann-White 1984).

Im Blick auf mögliche Hilfen und Unterstützungen muß sowohl die individuelle Kompetenzförderung als auch die soziale Netzwerkförderung diskutiert werden. Eine Intervention kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Spannung und das Mißverhältnis zwischen Verhaltenspotentialen und individuellen Handlungskompetenzen auf der einen Seite und Handlungsanforderungen der sozialen Umwelt auf der anderen Seite reduziert wird.

Individuelle Kompetenz- und soziale Ressourcenförderung gehören zusammen, weil Wohlbefinden, befriedigende Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit des Menschen von sozialen, physischen und psychischen Faktoren abhängen, von den sozialökonomischen und natürlichen Lebensbedingungen ebenso wie von genetischen Dispositionen. Als Gesundheitsförderung müssen sie in einen strukturellen Gesamtzusammenhang einbezogen werden. Gesundheitsförderung in diesem Verständnis ist die Gesamtheit der sozialökonomischen, kulturell-erzieherischen und medizinischen Interventionen, die auf die Steigerung und Stabilisierung von Wohlbefinden gerichtet sind.

Gesundheit muß zum Thema der gesamten Bildungs- und Entwicklungsbiographie eines Menschen gemacht und in umfassende Konzepte der Gesundheitsförderung einbezogen werden, die die Problemkomplexe Umwelt, Hygiene, Ernährung, soziale Sicherheit, Zukunftsorientierung, Lebensstil, Selbsterfahrung und Selbsterleben aufnimmt. Gesundheitsförderung ist in diesem Verständnis ein interdisziplinäres Gebiet von Medizin, Biologie, Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie und Pädagogik.

## Literatur

- Brähler E (Hrsg) (1986) *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Bräutigam W, Christian PC (1986) *Psychosomatische Medizin*. Thieme, Stuttgart
- Caplan G (1974) *Support systems and community mental health*. Academic Press, New York
- Cassel J (1975) Social science in epidemiology: Psychosocial process and 'stress' theoretical formulations. In: Struening EL, Guttentag M (eds) *Handbook of evaluation research*, vol 11. Sage, Beverly Hills, pp 537-549
- Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (1974) *Stressful life events: Their nature and effects*. Wiley, New York
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1981) Socio-environmental factors and psychopathology. *Am J Commun Psychol* 9:128-164
- Engel U, Hurrelmann K (1989) *Psychosoziale Belastung im Jugendalter*. W. de Gruyter, Berlin New York
- Gerhard U (1979) Coping and social action. *Sociol Health Illn* 1:195-225
- Gove WR (1985) The effect of age and gender on deviant behavior: A bio-psychological perspective. In: Rossi AS (ed) *Gender and life course*. A. de Gruyter, New York, pp 115-144
- Gurin G, Veroff J, Feld S (1960) *Americans view their mental health*. Basic, New York

- Hagemann-White C (1984) Sozialisation: männlich – weiblich? Leske, Opladen
- Hurrelmann K (1988) Sozialisation und Gesundheit. Juventa, Weinheim
- Hurrelmann K, Engel U, Holler B, Nordlohne E (1988a) Failure in school, family conflicts, and psychosomatic disorders in adolescence. In: J Adolesc 11:237-249
- Hurrelmann K, Holler B, Nordlohne E (1988b) Die psychosozialen „Kosten“ verunsicherter Staturerwartungen im Jugendalter. Z Päd 34/1:25-44
- Kessler RC, McLeod JD (1984) Sex differences in vulnerability to undesirable life events. Am Sociol Rev 49:620-631
- Lazarus RS, Launier R (1981) Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch J (Hrsg) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Huber, Bern, S 213-259
- Lehr U (1982) Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. MMG 7:242-248
- Machwirth E (1980) Die Gleichaltrigengruppe (peer-group) der Kinder und Jugendlichen. In: Schäfers B (Hrsg) (1980) Einführung in die Gruppensoziologie. Quelle & Meyer, Heidelberg, S 246-262
- Schäfers B (Hrsg) (1980) Einführung in die Gruppensoziologie. Quelle & Meyer, Heidelberg
- Schäfers B (1984) Soziologie des Jugendalters. Leske & Budrich, Opladen
- Schonke M (1980) Die Gruppe als Paradigma der Vergesellschaftung. In: Schäfers B (Hrsg) Einführung in die Gruppensoziologie. Quelle & Meyer, Heidelberg, S 35-50
- Vogt I (1985) Für alle Leiden gibt es eine Pille. Westdeutscher Verlag, Opladen

### Zum Ergebnis

Die Autoren setzen sich mit dem Konzept der Gesundheit auseinander und definieren es – in Abhebung von medizinischen Diagnosen, wo es negativ über das Fehlen von Krankheitssymptomen definiert wird – positiv als einen Zustand physischer, psychischer und sozialer Integrität, der immer wieder neu hergestellt wird. Die Bedeutung des sozialen Netzwerks für die Gesundheitsbalance liegt in einer Unterstützungsleistung, die hauptsächlich in der Verhinderung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und der Reduzierung anderer Problembelastungen gesehen wird. Eltern und Freunde sind Teil des persönlichen Netzwerks von Jugendlichen, haben jedoch unterschiedliche Funktionen. Wie die Ergebnisse der ersten beiden Wellen der Bielefelder Längsschnittstudie an 1700 repräsentativ ausgelesenen Jugendlichen im Alter von 13–16 Jahren zeigen, werden die Eltern trotz real vorliegender Konflikte als wichtige Ansprechpartner wahrgenommen. Häufige Konflikte mit den Eltern erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Beschwerden, die Beschwerden nehmen allerdings besonders zu, wenn die erwartete Ansprechbarkeit der Eltern enttäuscht wird und die Jugendlichen auf Peers ausweichen müssen. Obwohl sich die Jugendlichen insgesamt als eher gesund einschätzten, nannten lediglich 4% keinerlei Körperbeschwerden. Körperbeschwerden wurden von weiblichen Jugendlichen signifikant häufiger genannt als von ihren männlichen Altersgenossen. Wenn man bedenkt, daß 33% der Jungen und 55% der Mädchen mindestens eine häufig auftretende Beschwerde nannten, so läßt dies auf eine – trotz aller „Gesundheit“ – doch unerwartet große körperliche Beeinträchtigung in dieser Altersstufe schließen.

*Die Redaktion*