

12. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

Das kranke Kind/ der kranke Jugendliche und die
Familie
Merkmale des Familiengesprächs; Gruppentechniken

©: Pierre E. Frevert 2006

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

Kind/Jugendlicher

Bevor wir uns den Beziehungsmustern von Kindern und Jugendlichen in den Familien widmen, wie sie der Arzt und insbesondere der Hausarzt vorfinden und wie er sich darauf einstellen und damit umgehen kann, sind vorerst einige wichtige Anmerkungen und Unterscheidungen vorzunehmen. So ist das Alter des Kindes entscheidend. Die Beziehungen, die der Arzt zu den „Unter 18 Jährigen“ aufnimmt, sind unmittelbar vom Alter abhängig. Es ist nämlich ein Unterschied, ob der Arzt sich einem Neugeborenen, einem Kleinkind, einem Schulkind oder einem Adoleszenten zuwendet.

Im Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen gewinnt er einen Eindruck über den **Entwicklungsstand der Emotionen**. Ein Kind ist sehr auf seine Eltern angewiesen. Es äußert seinen Wunsch nach Veränderung unmittelbar und zuweilen aggressiv. Dies hat zur Folge, dass es sich vor Sanktionen fürchtet und insbesondere Angst entwickeln kann, fallen gelassen zu werden. Seine negativen Gefühle wird es auf andere projizieren, die es als böse empfinden wird. Ein/e Jugendliche/r dagegen kann unter heftigen sexuellen und aggressiven Triebkonflikten leiden, die er/ sie gegen die Eltern richten kann, was die gegenseitige Verständigung mit jenen trübt und zu einer sog. symmetrischen Eskalation führen kann. Wenn die Vulnerabilitätsgrenze des Jugendlichen/ der Jugendlichen überschritten wird, kommt es zur Dekompensation mit zahlreichen Manifestationen, wie depressiver Rückzug, aggressive Ausbrüche, psychosomatische Symptombildung u.v.m.

Indexpatient Kind

Im Rahmen der **lebenszyklischen Veränderungsprozesse** wie beispielsweise beim Abstillen, Aufnahme in den Kindergarten, Einschulung usw. gerät das Kind in eine **Anpassungskrise**. Der Konflikt besteht nun darin, dass es einerseits eine Veränderung anstrebt (nicht mehr der/die Kleine sein wollen), aber hierdurch den Liebesverlust der Eltern fürchtet, was eine regressive Bewegung auslöst. Die Konfliktlösung wird im psychosomatischen Symptom gesucht. Aggressive Impulse werden nach außen auf die Eltern und von diesen in der Therapie auf den Therapeuten verschoben. Indem ein Familientherapeut die Eltern schützt, entlastet er die Eltern. Indem er zwischen Eltern und Kind „übersetzt“, löst er die „Sprachverwirrung“ und Anpassungshemmnisse auf.

Indexpatient Kind Jugendliche/r

Mit der psychosexuellen Entwicklung in und nach der Pubertät gehen sexuelle und aggressive Impulse des/der Jugendlichen einher, die das Einfühlungsvermögen und Verständnis der Eltern oder der Erzieher empfindlich mindern können.

Es kommt zu einer symmetrischen Eskalation. Wird die Vulnerabilität überbeansprucht, kommt es zur psychosomatischen Dekompensation. Ein Familientherapeut versteht das Symptom interpersonell. Er deutet Problemkonstruktionen um und schafft durch das Setting eine Triangulierung. Er bewahrt die gleiche einfühlende Distanz zu allen Beteiligten und achtet auf alltagstaugliche Vermittlung. (Overbeck 2000)

Alterstypische Problemkonstellationen bei Kindern und Jugendlichen

Um den altersspezifischen typischen Problemkonstellationen gerecht zu werden, ist es sinnvoll eine Unterscheidung nach dem Alter vorzunehmen.

Für das **Säuglingsalter** lassen sich folgende neurophysiologischen Entwicklungsstörungen unterscheiden:

- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Fütter- Essstörungen
- Verdauungsstörungen
- Störung der Bindungsentwicklung
- Störung des Verhaltens (Schreien, Überängstlichkeit)

Im **Kleinkindalter** findet man:

- Schlafstörungen, Wutanfälle, Unaufmerksamkeit
- Rumination, Esssucht, Stereotypien, Autismus

Störungen im **Vorschulalter** sind :

- Schlafstörungen, Stereotypien, Hyperaktivität, Impulsivität
- Stottern, Tics, Enkoporesis, Mutismus, Autismus, psychosomatische Beschwerden

Im **Schulkindalter** imponieren folgende Störungsbilder:

- Emotionale Störungen (Schul- Prüfungsangst, Depression, Suizidalität)
- Hyperkinetische Syndrome
- Dissoziale Störungen

In der **Pubertät** und **Adoleszenz** finden sich folgende Auffälligkeiten:

- Emotionale Störungen
- Dissoziale Störungen
- Hyperkinetische Syndrome
- Bulimie
- Anorexia nervosa (Nach Ott 2004)

Wichtige Beziehungsmuster in Familien mit körperlich kranken Kindern und Jugendlichen

Beispiele von psychosomatischen Störungsbildern bei Kindern

Zu den psychogene Essstörung im Säuglingsalter gehört die **Rumination**, das Wiederkauen des Speisebreis. (ICD10: F98.2: Fütterungsstörung im frühen Kindesalter). Hierbei kann eine *überängstliche*, überbehütende und stark kontrollierende, weil sehr verunsicherte Mutter oder Bezugsperson (**overprotecting**) den Säugling zu tiefst beunruhigen. Im umgekehrten Fall ist die Mutter oder Bezugsperson *sehr depressiv* oder emotional abwesend das führt zu einer Vernachlässigung (**Deprivation**). Die Versorgung findet ohne affektive Mitschwingung, sondern eher mechanisch statt. Der Säugling wird extrem selbstgenügsam und zeigt kaum Interesse an seiner Umwelt und Ernährung. Schließlich kann die Mutter oder Bezugsperson Diskontinuität und *Affektlabilität* zeigen, indem sie zwischen Nähe und Desinteresse schwankt, was bis hin zu Aggressionen gegen das Baby führen kann (Ambivalenz). Der Säugling wird verwirrt, seine Orientierung an Signalen ist tief gestört.

Die **Enuresis** ICD10: F98.0 ("Bettnässen) ist ein weit verbreitetes Symptom einer somatisierten Reaktion auf eine psychische oder soziale Störung. Dabei ist besonders auf die Reaktionen aller Familienmitglieder auf das Symptom zu achten. Eine Ursache kann eine zu frühe und rigide Sauberkeitserziehung sein. Wenn die Enuresis erstmals jenseits des 5. Lebensjahres kann sie Ausdruck einer tiefen seelischen Störung sein (primäre Enuresis). Tritt die Enuresis nach ihrem natürlichen Abklingen plötzlich wieder auf, handelt es sich möglicherweise um eine Regression auf ein belastendes Ereignis (Sekundäre Enuresis). Geeignet erscheint eine Familientherapie und ein individuell angepasstes Vorgehen, das somatische Faktoren nicht außer Acht lässt, aber eine Fixierung darauf vermeidet.

Beispiele von psychosomatischen Störungsbildern bei Jugendlichen

Psychogene Körperstörungen bei Jugendlichen werden als Konversions- und Somatisierungsstörungen im ICD10: F44 und F45.0 klassifiziert. Als Risikofaktoren findet man ein schwerwiegendes konfliktreiches familiäre Milieu sowie Indikatoren für Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch. Auch können Jugendliche in der Pubertätskrise mit Abhängigkeit von Bezugspersonen mit einer Selbstwertkrise reagieren, die sich in somatischen Symptomen äußert. Psychisch weniger differenzierte junge Menschen gewinnen einen sekundären Krankheitsgewinn, wenn die Familie oder der behandelnde Arzt oder beide somatisch fixiert sind. Als Symptompräsentation kommen insbesondere Kopf- und Rückenschmerzen in Betracht (Schüßler2001).

Beispiel ADHS

Am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ICD 10: F90 Hyperkinetische Störungen) soll das Ineinandergreifen von psychischer und familiärer (Mit)Verursachung skizziert werden.

Das ADH-Syndrom besteht aus der Trias: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität (Ott 2004). Betroffen sind Kinder ab dem 6. Lebensjahr, d.h. Schulkinder. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt 3-9: 1. Es geht einher mit einer Komorbidität an dissozialem Verhalten, Angst, Depression und Tics. Die Genese ist multifaktoriell. Der Behandlungsansatz besteht aus Psychotherapie, Psychopharmaka, sowie psychosozialen Interventionen

Psychologisches Verständnis der Erkrankung

Nach Bergmann (2003) gehören die Betroffenen intellektuell zu den Jugendlichen, emotional entspricht ihr Verhalten das von Kleinkindern. Sie treten egozentrisch in der Gruppe auf und suchen beim Computerspiel ihre Omnipotenzphantasien zu leben. Er betrachtet die Störung als narzisstisch-frühkindlich. Die Mutter beherrscht das Zentrum flankiert von einem schwachen oder abwesenden Vater. Es fänden sich Zeichen einer Wahrnehmungsunordnung im sozialen Kontext einer stark harmonisierenden Familie. Diese Kinder zeigten eine verminderte Fähigkeit, regelhafte Vorgänge zu erfassen und zu wiederholen. So bildeten sie kein stabiles Zeitgefühl und keine sinnhafte Symbolbildung. Weil sie eine mangelnde Generalisierungsfähigkeit von Erlebnissen zu Erfahrungen aufwiesen, seien Strafen sinnlos. Die Betroffenen Kinder seien für Reflexion schwer zugänglich und folgten vielmehr Impulsen. Weil sie praktisch alle Umweltreize ohne Filter aufnahmen, bildeten sie ein aggressives Verhalten gegen andere aus Überreizung heraus. Hilfreich hingegen habe sich eine authentische, klare, die egozentrische Bedürftigkeit anerkennende Autorität erwiesen, eine psychopädagogische Persönlichkeit als Hoffnung vermittelnder „Fels in der Brandung“.

Fallbeispiel und Familienmuster (nach Bergmann 2003)

Jonas ist still und zurückgezogen. Er macht eigensinnige Vorschläge und hat Schwierigkeiten bei der Schrift. Er verbringt deswegen viel Zeit mit Üben mit Mama. Ja, er ist überhaupt viel mit Mama zusammen und hat wenig Kontakte zu Gleichaltrigen. Er zeigt seine Wut auf andere bei eigenen Verfehlungen. Hat er seine Straßenbahn verwechselt, so ist die Lehrerin schuld daran! Mama identifiziert sich mit Jonas und ist auf die Schule wütend und sieht ihr Kind als Opfer. Jonas bleibt verträumt und ängstlich. Sein älterer Bruder, der derb und heftiger

als Jonas ist muss als Sündenbock herhalten. In der Pubertät entwickelt er sich zum Eigenbrötler, der eine große Gemeinschaftssehnsucht in sich hegt. Computerspiele sind seine bevorzugte Welt. Sie sind realitätsarm und hochkomplex intelligent. Seine Schulleistungen sinken, Er fällt zunehmend als hypermotorisch unruhig auf. Mama ist völlig hilflos, Distanz wächst auch zu ihr, was den Rückzug auf das Selbst beschleunigt. Es gibt Therapieversuche, wobei er den Abbruch von Kontakten auch zu Psychologen aus Überlegenheitsgefühl bewirkt. Durch seine hellwache Intelligenz und seinem massiven Trotz ist er jedoch zum Scheitern verurteilt.

Familienbeziehungen

Vom Säugling zum Adoleszenten

Die Interaktion des Säuglings mit der Mutter bzw. Pflegeperson ist von hervorragender Bedeutung. Es fördert die Entwicklung i.S. einer Ko-Individuation (Overbeck 2000). Der Säugling ist aktiv und tritt in eine Wechselbeziehung mit der Mutter ein. Aus der Diade entwickelt sich mit Einführung des Dritten (z.B. des Vaters) ein erweitertes Beziehungsgeflecht i.S. einer Triade. Nun steht die Wahrnehmung der Familie als Übergangsraum zwischen Gesellschaft draußen und Geschlechts/Generationenbeziehungen drinnen im Vordergrund. Durch die entwicklungspsychologischen und auch -physiologischen Veränderungen kommt es zu notwendigen Konflikten für die/mit den Eltern. Eltern und heranwachsendes Kind durchlaufen Anpassungskrisen. In solchen Fällen wird meist das Kind dem Arzt als „krank“ vorgestellt (Indexpatient). Beim Kind ist es zur Symptombildung gekommen, die als Systemstabilisierungsversuch des Familiengefüges als ganzes zu verstehen ist.

Symptome beim Kind als Symptome der Familie

Das Kind wird dem Arzt oft als Symptomträger präsentiert. In Wirklichkeit geht es um Konflikte der Eltern, die per Rollenzuweisung dem Kind zugeschrieben werden (Richter 1962,1967,2003). Dies kann auf folgende Weise geschehen:

- Eltern können eigene Wünsche und Bedürfnisse auf das Kind projizieren (übertragen), das damit in seiner eigenständigen und bedürfnisgerechten Entwicklung behindert wird. .
- Eltern können durch die Entwicklung des braven ‚hilflosen‘ Säuglings zum trotzigem Kleinkind überfordert sein. Sowohl das übertriebene Behütewollen (Overprotection) als auch das Gegenteil, die Verwahrlosung,

können dramatische Folgen für die gesunde Entwicklung des Kindes haben.

- Überfordern können Eltern das Kind durch irrealer Wunschvorstellungen, widersprüchliche Aufträge
- oder wenn das Kind als Partnerersatz missbraucht wird oder Elternfunktion (Parentalisierung) übertragen bekommt oder das Kind als „Wiedergutmacher“ oder „Eheretter“ von einem oder beiden Elternteilen benötigt wird usw.
- oder wenn das Kind als Substitut für eine Geschwisternfigur erhalten muss
- oder das Kind als Substitut für einen Aspekt des eigenen Selbst/ des idealen Selbst oder als Substitut der negativen Identität (Sündenbock) benutzt wird.

Symptome beim Jugendlichen als Symptome der Familie

Konflikte bei der Ablösung

Die Ablösungsphase ist ein krisenbehafteter Moment sowohl für die Jugendlichen als auch für Ihre Eltern (Stierlin 1975) In der Pubertät und Adoleszenz werden ödipale Konflikte mit Sexualität und Aggressivität wiederbelebt. „Verhättscheln“ führt zur Entwicklungshemmung und Somatisierung.

- Der Jugendliche steht in einem besonderen Loyalitätskonflikt zu den Eltern. Einerseits will er die Aufträge der Eltern erfüllen, weil er ihrer Liebe und Zuneigung bedarf. Andererseits muss er sich dagegen wehren, um sich zu individualisieren und seine Persönlichkeit auszubilden. Er kann somit in eine tiefe Krise gestürzt werden, die bis zur Dekompensation führen kann.
- Wenn die Eltern selbst in einer Krise sind (Partnerschaft, eigene schwerwiegende Problematik) können sie unbewusst ihre Konflikte auf den Jugendlichen projizieren und dies auf folgende Weisen:
 - Nach dem Ausstoßungsmodus. Wenn die Eltern extrem negativ und intolerant auf dessen Autonomiewünsche reagieren und seine beginnende Eigenständigkeit als Gefahr für ihre Autorität wahrnehmen, kommt es zu einer Entfremdung zwischen ihnen und der Jugendliche wird zu einer forcierten Autonomie gezwungen.
 - Eltern, die den Jugendlichen affektiv stark an sich binden verhindern dessen Suche und Entwicklung in altersüblichen Peergroups
 - Jugendliche, die sich an den Delegationsauftrag im Namen eines Elternteils gebunden fühlen gehen nur etwas in die Welt hinaus,

kehren aber stets zurück zum Elternteil, von dem sie nicht mehr loskommen.

Familiendynamik

Für den Arzt, der einem Kind mit psychosomatisch verstehbaren Symptomen gerecht werden will, muss weitaus mehr als bei Erwachsenen versuchen, die Familiendynamik zum Verständnis der intrapsychischen und interpersonalen Rückkoppelungsprozesse zu erfassen. Denn ein Kind entwickelt sich in emotionaler Interaktion und in Abhängigkeit der psychischen Struktur seiner Eltern (Rügin 1998)

Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung beim Kind/Jugendlichen, die sich aus der Familiendynamik ableiten lassen, sind:

- Parentifizierung (z.B. Tochter als bessere Mutter für die Mutter),
- Sündenbockrolle. Hierbei bildet sich ein falsches Selbst aus.
- Keine klaren Grenzen nach Außen (fehlende Kohäsion), fehlende nach innen (keine Individuation)
- Symptomträger. Das kranke Kind wird für den Zusammenhalt der Familie/der Eltern gebraucht

Rigide Regeln in einer Familie gepaart mit der Verschmelzungsneigung mindestens eines Elternteils bei Vorliegen von familiären Tabuzonen kompromittieren jegliche Veränderungsbewegung durch andere Jugendliche. Die rigide Abwehr und harmonisierende Konfliktvermeidung dieser Familie, die durch verschmelzende Bindung in unüberwindbaren Loyalitätskonflikte gebunden sind, bewirken, dass schon bei geringen Konflikten die Vulnerabilitätschranke überschritten wird und der Jugendliche in die körperliche Erkrankung dekompenziert. Da die Symptome des erkrankten Kindes oder Jugendlichen als Kompromissbildung vom familiären System besser vertragen werden, als die Aufdeckung der pathogenen Strukturen, geht von den vielen Ärzten, die diese Familien ernsthaft besorgt aufsuchen, solange keine „Gefahr“ aus, als diese an den somatischen Symptomen „herumdoktern“ und die Familiendynamik nicht beachten oder sogar in den Mittelpunkt ihres ärztlichen Diagnostizierens stellen.

Modellhaft und nicht zwangsläufig lassen sich psychosomatisch ein enges Familienklima mit *gastroenterologische Erkrankungen* oder in zwei Lager gesplittete Familien mit *Atopien* in Verbindung setzen. Die Vernachlässigungsfolgen weisen auf sich auflösende Familien hin.

Psychodynamische Untersuchungen an Asthma- und Colitisfamilien (Familiensysteme in welchem ein Mitglied, also das Kind oder die/der Jugendliche, eine

Colitis ulcerosa oder Asthmaproblematik zeigte) ergaben das Überwiegen bestimmter Abwehrmechanismen. So fanden sich in Colitisfamilien häufig die Abwehrmechanismen Verleugnung, Spaltung, Projektion, während in den Asthmafamilien Verdrängung, Verschiebung und Vermeidung überwogen (Günther 1985).

Familientherapie

Die Familie bestehend aus dem Elternpaar und den Kindern bildet eine Übergangsraum zwischen der Außenwelt und der subjektiven Innenwelt (Overbeck 2000). Für die moderne Familienforschung greift die Definition dieser idealtypisierten Familie allerdings zu kurz, da der Anteil der Kinder, die in Ein-Eltern-Kind-Familien (Alleinerziehende) oder Patchwork-families (leiblicher Elternteil + Stiefelerteil + leibliche Geschwister und/oder Stiefgeschwister) oder anderen sozialen Strukturen aufwächst, keine Berücksichtigung findet.

Definition

Die Familientherapie richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Interaktion zweier oder mehrerer Personen. Die Interaktionsprozesse zwischen den Familienmitgliedern werden zur diagnostischen und therapeutischen Einheit. (Kröger 2000)

Aufgabe der Familientherapie ist es, die Eltern oder das Kind zu entlasten. Nachdem die Indikation unter Beachtung von Kontraindikationskriterien geprüft worden sind, versucht der Familientherapeut zwischen Kind und Eltern zu übersetzen und mit allen Betroffenen ein Arbeitsbündnis herzustellen. Im Laufe der Familientherapie kommt es zur Umdeutung des Familienproblems und zum Aufbau eines therapeutischen Systems. Ein Ziel ist die Triangulierung zwischen Eltern, Kind und Therapeuten, die nur gelingen kann, wenn der Familientherapeut Allparteilichkeit wahrt. Der Meisterung von Angst in der Familie und durch die Familientherapie selbst kommt große Bedeutung zu. Durch Besprechung der Interaktionen im Familiären System kommt es zur Unterbrechung von automatisierten Interaktionszyklen.

Die 3 wichtigste familientherapeutischen Schulen sind :

- die psychoanalytische Familientherapie (Richter)
Empathische Allparteilichkeit, Familiengeschichte
- die strukturelle Familientherapie (Minuchin)
Starke positive Bindung an alle Familienmitglieder, Lern- Kommunikationstheorie
- die systemische Familientherapie (Selvini Palazzoli), Stierlin)
Strikte Neutralität, zirkuläre Befragung, paradoxe Interventionen (Wirsching 1998)

Einschub: Anmerkungen zur Systemischen Familientherapie (Kröger 2000)

Die Systemischen Familientherapie basiert auf einer Theorie sozialer Systeme. Statt monokausal wird die Verursachung der Symptombildung systemisch, das heißt in einem interagierenden sozialem Ganzen gesehen. Dabei ist das System mehr als seine Subsysteme. In der Anfangszeit (50-70er Jahre des 20. Jhd.) galt es für den Familientherapeuten die Homöostase der Familie zu beobachten und seine Schlüsse daraus zu ziehen. In den darauf folgenden 80-90er Jahre rückte der Beobachter mehr in den Mittelpunkt als einer, der das Familiensystem beeinflusst. Neben der Pathologie wurde das Augenmerk mehr auf das Selbstorganisationspotential und die Ressourcen des Systems gelegt, um zur Rekonstruktion der familiären Realität und zur Förderung der Toleranz widersprüchlicher Perspektiven beizutragen. Nach dem systemischen Verständnis kommt es zur Veränderung des *wie* über ein Problem kommuniziert wird, das somit einen Perspektivwechsel ermöglicht. Es gilt das Sinnhafte des Symptoms zu verstehen, denn das Symptom gilt als Vorbote des Wandels, das zur Veränderung des Lebenszusammenhanges beiträgt. Im familientherapeutischen Setting ist der Familientherapeut Behandler und Beobachter des Familiengesprächs zugleich. Die Kernfamilie und die Subsysteme werden analysiert. Dazu bedarf es eines Behandlungsauftrages und -vertrages. Die Arbeitsweise ist Ressourcenorientiert und setzt auf Kooperation. Am bietet der Therapeut der Familie sein Resümee. Die Behandlungen finden im Intervall von 4-6 Wochen statt und umfassen etwa 10-15 Sitzungen. Die Indikation zur systemischen Familientherapie wird gestellt, wenn Interaktionsstörungen in der Familie erkennbar sind und der Indexpatient sich als Manifestation eines Familienproblems erweisen sollte. Mangelnde Therapeutenkompetenz ist eine Kontraindikation für das Verfahren.

Procedere für den niedergelassenen Haus-/Facharzt

Der Grundansatz ist eine Selbstverständlichkeit: Ein Kind kommt selten allein! Noch bevor der Arzt mit der medizinischen Anamnese und Untersuchung des Kindes beginnt, stellt er sich folgende Fragen: Wer begleitet es? Wer sagt was und wie? Es gilt,

1. das präsentierte Symptom im Kontext zu verstehen. *Wann* taucht das Symptom *wo* und *wie* auf? (Essstörung zuhause, aber nicht im Kindergarten, Enuresis nach Trennung vom Vater usw.). Ist das Symptom Ausdruck einer Erkrankung oder einer Familienbeziehung?

2. Die biographische Anamnese ist unabdingbar für das Verständnis der Familienverhältnisse, der Position in der Geschwisterreihe sowie zum Erfassen einschneidender life events.
3. Übertragung/ Gegenübertragung/ Widerstand. Hierbei fragt sich der Arzt: Wie reagiert das Kind, wie seine Mutter auf mich, was lösen sie beide jeweils in mir aus? Was macht meine Therapieangebote so vergeblich?
4. Wenn ein psychosomatischer Hintergrund für die Symptomatik des Kindes oder des Jugendlichen erkennbar werden, stellt sich für den Arzt die Therapieindikation: Genügt ein Beratungsgespräch oder ist die Indikation zur Psychosomatischen Grundversorgung in einem Familiengespräch zu stellen? Besteht die Indikation zur Familientherapie oder zu einer stationären Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik? Sollte eine Einzeltherapie vorgeschlagen werden? Ist die Einschaltung sozialpsychologischer/-pädagogischer Behörden zu erwägen?
5. Um der Komplexität des psychosozialen Kontextes, das das Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen beeinflusst, gerecht zu werden, wird der erfahrene und verantwortungsvolle Arzt bei der Behandlung eines Kindes/Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Kinderpsychosomatisch-psychotherapeutisch ausgewiesenen Kollegen oder Erziehungseinrichtungen, der Schule, Drogenberatungsstellen usw. suchen.

Literaturangaben:

- **Dieter Bürgin und Barbara Rost:** Krankheiten in Kindheit und Jugend. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998, S.1131-1161
- **Wolfgang Bergmann:** Das Drama des modernen Kindes. Hyperaktivität, Mager-sucht,, Selbstverletzung. Patmos Verlag, Düsseldorf und Zürich, 2003
- **Charlotte Günther, Karin Perinelli:** Familien mit einem colitis- oder asthmakranken Kind im psychoanalytischen Erstgespräch und im Familien-Rorschach. In: G. Overbeck Familien mit psychosomatisch kranken Kindern. Familiendynamische Unters-uchungen zum Asthma bronchiale und zur Colitis Ulcerosa. Vandenojoek und Ruprecht, Göttingen, 1985. S.303-320
- **F. Kröger, A. Hendrichke, E.R. Petzold:** Familientherapie. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.) Psychotherapeutische Medizin, de Gruyter, Berlin New York, 2000 S. 328-331
- **Gudrun Ott:** Kindes und Jugendalter. In: W. Tress, J. Kruse und G. Ott (Hg.) Psycho-somatische Grundversorgung, Schattauer, Stuttgart, 2004, S.222-233
- **Annegret Overbeck:** Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.) Psychotherapeutische Medizin, de Gruyter, Berlin New York, 2000, S.332-334
- **Horst Eberhard Richter:** Eltern, Kind Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. (31.Aufl. 2003), 2. Aufl. 1967, 1. Aufl. 1962. Klett Verlag, Stuttgart, Frankfurt, 1975
- **Gerhard Schüßler:** Psychosomatik/ Psychotherapie systematisch. 2. Aufl. Unimed Verlag Bremen 2001, S.155-164
- **Helm Stierlin:** Eltern und Kinder im Prozess der Ablösung. Familienprobleme in der Pubertät. Literatur der Psychoanalyse. Herausgegeben von Alexander Mitscherlich. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1975
- **Michael Wirsching:** Familiendynamik und Familientherapie. In: Uexküll, Psychoso-matische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998, S. 441-449