

Soziodynamik der Familie als medizinisches Problem¹

B. Luban-Plozza

Zusammenfassung

Forschung und Erfahrung haben in der Familie gesundheitsgefährdende Risikofaktoren erkennen lassen, deren Zahl und Kraft wesentlich durch die Familienstruktur beeinflusst werden. Die Kommunikationsnöte der Kleinfamilie entstammen dem Bedürfnis nach charakterlichen, seelischen und geistigen Wechselbeziehungen im Eltern-Kind-Verhältnis. Bereits in unterschwelliger Form können sie sich als Bereitschaft zur Neurose und als Quellen psychosomatischer Leiden auswirken. Deshalb sollten diese psychisch und sozial bedingten Erkrankungen vermehrt in den Aktionsbereich präventivmedizinischer Maßnahmen einbezogen werden. In der Vielfalt der durch Herkunft, Schulbildung, Beruf und soziale Stellung geprägten Erziehungsstile haben sich bestimmte intrafamiliäre Konflikte mit stereotypen Reaktionen gezeigt.

Das entscheidend durch das Rollenverhalten der Eltern geprägte Kind wird auch später in anderen Gruppen nur scheinbar das finden, was die Familie ihm vorenthielt. Meist wird das schwächste Glied zum Austräger familiärer Konflikte gemacht und dann als «Kranker» unter lauter «Gesunden» zum Arzt gebracht. Die wachsende Zahl von sogenannten «Risikopersonlichkeiten» mit ihren erziehungsbedingten Verhaltensfehlern und den schicksalhaften diesbezüglichen Auswirkungen auf kommende Familien ruft nach gezielter Erziehungs- und Familientherapie und vermehrten präventivmedizinischen Bemühungen.

Die heutige Familie scheint eine neue Dynamik aufzuweisen. Die Rolle des Vaters wird in Frage gestellt (*Mitscherlich, Mendel*), und der Mutter fallen zusätzliche Verantwortungen zu (*Schottlaender*). Die Konsequenzen dieser Entwicklung sind unklar, beginnen sich aber langsam abzuzeichnen.

«Hat die Familie noch eine Zukunft?» heißt die Frage, die im Buch von *R. Jungk* und *H. J. Mundt* («25 Wissenschaftler diskutieren die Krise der Familie in der westlichen Welt») besprochen wird.

«Wir leben in einer Zeit der zunehmenden Verunsicherung. Freie Entfaltung der Persönlichkeit heißt das Schlagwort. Unerwünschte Bindungen durch Tradition und Konvention sollen gesprengt

werden. Es erscheint daher zunächst als geradezu unzeitgemäß, wenn die Familie in den Mittelpunkt der Beobachtungen unserer Ausführungen tritt und wenn vom medizinischen Standpunkt aus auf ihre Lebensnotwendigkeit hingewiesen wird.» (Cermak.)

Man sollte sich bemühen, der Familie neuen Inhalt, neue Bewußtheit, vertiefte Menschlichkeit zu geben. Nur die Familie kann Heimat in der technischen Umwelt sein. Mit anderen Worten: Dem Kind die Familie nehmen heißt nichts anderes, als dem Intellektualismus und der technischen Welt eine neue Form von Menschenopfer darzubringen. Dabei steht in den ersten Lebensjahren unbedingt die Mutter (oder eine funktional gleichwertige Mutter-Person) im Mittelpunkt. Diese Beziehung kann nicht von einer Personengruppe ersetzt werden. Zugleich ist natürlich längst bekannt, daß infantile, neurotische, überlastete Mütter dieser Aufgabe genausowenig gerecht werden.

1. Familie als Risikofaktor

Die Kleinfamilie mit Kommunikationsnöten wird es immer schwerer haben, sich zu stabilisieren, besonders mit ihrer Beschränkung (nach *Strotzka*) auf «Arbeit, Fernsehen und Bett».

Es hat zwar ein bekannter Autor in den letzten Jahren heftig gegen die Familie geschrieben, aber zum Schluß seines Buches doch einen warmen Dank an die eigene Familie ausgesprochen . . .

Entscheidend geprägt werden die Kinder von der Rollenerfüllung der Eltern. — Besonders Erfahrungen der Wiener Psychotherapeuten (*Strotzka* und Mitarbeiter) zeigen schichtspezifische Familienstrukturen auf. Dabei bedeuten Beruf, Herkunft, Schulbildung und Einkommen der Eltern die vier wichtigsten Faktoren. Man findet Eltern-zentrierte und Kinder-zentrierte Erziehungsstile. Diese entsprechen einem schichtspezifischen Sprachverhalten («Code»). Aber auch «extraverbale Kanäle» sind in der Kommunikation wichtig.

Zu den häufigen Störungen der Familienstruktur gehören unter anderem:

- fehlende mütterliche Zuwendung, d. h. bewußte oder unbewußte Ablehnung des Kindes;
- dominierende Mutterfigur;

¹ Referat des abtretenden Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialmedizin anlässlich der Gründungsversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, 23. September 1972.

- herrschsüchtiger Vater;
- infantile Elternfiguren;
- allgemeingestörte Familien angstneurotischer, hysterischer oder paranoider Prägung;
- Fehlhaltungen und schwerere Krankheiten einzelner Familienmitglieder.

Als Beispiele daraus folgender Fehlentwicklungen seien genannt:

- die verschiedensten psychosomatischen Krankheitssymptome;
- Verwahrlosung und Sucht, d. h. ständige unersättliche Suche nach der nie erlebten Geborgenheit («innere Leere»);
- Zwangsscharaktere, Zwangsneurotiker; ungenügende innere Kontaktfähigkeit und andere infantilretardierte Reifungsmängel.

Wir erwähnen auch mit *Benedetti* jene «schweren, sowohl charakterlichen wie auch intellektuellen Entwicklungsstörungen, welche sich bei Kleinkindern infolge Trennung von der Mutter und durch das Fehlen eines adäquaten Mutterersatzes entwickeln. Spitz, Engel, Reichsman, Richmond, Lourie, Ribble und viele andere haben auf diesem Gebiet eingehend geforscht, wobei sie sich auf bereits ältere Erfahrungen stützen: Fälle von totaler Mutterkarenz, die noch in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts bei hospitalisierten Kindern, ohne Mutter und Mutterersatz, oder bei schweren Störungen des Mutter-Kind-Verhältnisses vorkamen, sind heute in den damals beobachteten Ausmaßen eher eine Seltenheit geworden.» Hingegen gibt es aktuelle Statistiken über *Teilhospitalismus*, z. B. von *M. H. Klaus* (USA) und *G. Nissen* (Berlin), wie auch andere Untersuchungen dieses komplexen Themas von *E. SchmidtKolmer* (DDR), *Th. Hellbrügge*, *J. Pechstein* (BRD), *L. Knaak* (Schweiz) und *Ch. Meves*, die aufzeigen, daß der Umfang des *Teilhospitalismus* zugenommen hat und daß er als ein allgemeines, zeitgemäßes Problem bezeichnet werden muß.

Es steht fest, daß solche Störungen ursprünglich emotioneller Natur zu komplexen psychosomatischen Syndromen, zur unvollkommenen und retardierten Entwicklung von wichtigen Körperfunktionen, wie Stehen und Gehen, zu einer Herabsetzung der Widerstandskraft gegenüber infektiösen Krankheiten, zu charakterlichen Fehlentwicklungen und zu Pseudooligophrenien führen können. Sicher ist jedoch auch, daß eine

Behandlung im Sinne der Wiederherstellung einer adäquaten Mutter-Kind-Beziehung noch im zweiten Lebensjahr von einer vollkommenen Rückbildung der Symptome gefolgt sein kann. Findet aber diese Prophylaxe nicht statt, so erweisen sich spätere therapeutische Maßnahmen als unzureichend.

Eine weitere Kategorie von psychiatrischen Störungen umfaßt solche, deren Anfänge im Kindesalter mit unterschiedlichem oder widerspruchsvollem Erfolg bekämpft werden können. Die genauen Fragen lauten hier (*Benedetti*): Wie groß sind die Aussichten, daß Kinder mit psychopathologischen Störungen von einem noch nicht psychotischen Ausmaß später im erwachsenen Alter zu psychiatrischen Fällen werden, und wie verändern sich diese Aussichten bei frühzeitiger psychotherapeutischer Behandlung? Sehr wichtig sind hier die bereits zwölf Jahre zurückliegenden Befunde von zwei amerikanischen Forschern, *O'Neal* und *Robin*. Sie haben in einer Serie von katamnestischen Arbeiten, die eine Zeitspanne von dreißig Jahren umfassen, bei einer sehr großen Anzahl von Kindern den Befund erhoben, daß erwachsene psychiatrische Syndrome nach einer psychiatrisch problematischen Kindheit in einem statistisch signifikanten Ausmaß häufiger vorkommen als bei psychisch unauffälligen Kindern. Wichtiger noch als diese allgemeine, uns fast selbstverständlich erscheinende Feststellung war aber die differenzierte Behandlung der Frage, welche Arten von kinderpsychiatrischen Störungen mit erwachsenen Störungen am stärksten korreliert sind. So stellte sich heraus, daß neurotische Kinder zwar häufiger als normale zu neurotischen Erwachsenen werden; daß aber die Neurose kaum dieselbe infaste Prognose hat wie Kinderkriminalität einerseits und allgemein aggressives Verhalten andererseits. Kriminelle Kinder produzieren die größte Anzahl von erwachsenen Soziopathen, währenddem allgemein aggressive Verhaltensweisen sehr häufig psychotischen Entwicklungen vorausgehen.

In bestimmten *Entwicklungsstadien* führen Fehlhaltungen der Eltern, mit Unterbrechung der Dialoge als wichtigster Kommunikationsbrücke, zu bestimmten intrafamiliären Konflikten mit ziemlich stereotypen Reaktionen.

Junge Menschen in der Pubertät und Adoleszenz

finden dann *neue Gruppen*. Da diese aber die familiäre Lücke nur scheinbar ausfüllen, gilt es, den Kommunikationsnöten *vorzubeugen!*

Vorbild und Gegensatz, Antrieb und Depression liegen gleichermaßen in den Möglichkeiten der Gruppeneffekte, ganz besonders in der Familie. Menschen, die nicht mehr alleine einen Ausweg aus einer Lebenssituation finden, suchen ihn vielleicht in der Wechselwirkung mit einer Gruppe. In dieser finden sie sich wieder bestätigt und können eine neue Form des Sozialprestiges entwickeln. *«Die sozialen Reaktionen der Menschen sind noch wenig erforscht, die physiologischen Mechanismen noch fast unbekannt. Es ist jedoch eine alte Erfahrung, daß der Mensch in der Gesellschaft neue Eigenschaften und Fähigkeiten entwickelt, und sei es auch nur über Rückkoppelungen, die Antriebe freisetzen, welche ohne die gruppenspezifischen Wirkungseinflüsse niemals entstanden wären.»* (Schaefer und Blohmke.)

Drei Hauptkriterien charakterisieren unsere psychische Gesundheit:

— Anpassung an die Umgebung sowie Herstellung eines Gleichgewichtes zwischen Anspruch und Erfüllung;

— Integration als innere, intrapsychische Ordnung;

— intellektuelle Einsicht des Individuums in die Realität.

Die Kreativität ist ein gegebenes Potential des Menschen. Die Familie muß aber *das Kind ermutigen, seine eigene Identität* zu finden, was sicher die wichtigste schöpferische Leistung jedes Menschen ist. Wenn ein Kind von der Mutter in einer Symbiose gefesselt wird, wenn es in einer «verbogenen» Familie heranwächst, dann gelingt es ihm nicht, diese Identität zu finden (*Lidz und Fleck*).

Gewisse psychotische, vor allem aber die neurotischen Entwicklungen erscheinen als Folge pathologischer Gruppensituationen in der Familie. Statt «pathogener» Kleinfamilien werden als *Alternativen* bereits die Kommunen, Großfamilien und Wohngemeinschaften angepriesen!

Die Familie ist also *«als wesentlicher pathogener Faktor zu bezeichnen, der für die Ätiologie verschiedener Leiden unterschiedliches Gewicht hat»*. (Häfner.)

Mit anderen Worten: Familie als «Risikofaktor».

Und Eltern-«Beruf» als schwerster Beruf... das merken wir alle.

Die Familiensituation besitzt erhebliche *praktische Relevanz*. Sie sollte deshalb stets in die ätiologischen und therapeutischen Erwägungen einbezogen werden. Das Kind leidet stets mit. Es gesundet mit.

Bei der psychosomatischen *Morbidität des Erwachsenen* kann die Familie ebenfalls eine erhebliche Rolle spielen. Dabei wird ein Familienmitglied – notabene das schwächste – zum «Austräger» der familiären Konflikte. In der Praxis erscheint der Patient dann mit sogenannten Präsentier- oder Projektionssymptomen. Die Familienmitglieder wehren ihre Schuldgefühle ab. Sie stellen sich dem Arzt betont als ganz gesund vor. Es tönt etwa so: «Ich bringe dir den Kranken, mich darfst Du aber nicht behandeln.»

Wir zitieren noch die Überlegungen von *Schaefer* und *Blohmke*: Insbesondere scheint sich die Frau wechselnden Umweltbedingungen besser anpassen zu können, da bei ihr die Einflüsse des Familienstandes nicht so stark sind wie beim Mann (*Freudenberg*). Zum Studium solcher komplizierter Problematik bedarf es der gezielten statistischen Datenerhebung, der *Epidemiologie*. Eine äußerst interessante epidemiologische Beobachtung beweist, zu welcher neuartigen Einsichten gerade auch in die *Bedeutung sozialer Umweltfaktoren* uns die Epidemiologie verhelfen kann. Vergleicht man die Todesrate von Witwern in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Todes ihrer Frau mit den Todesraten gleichaltriger verheirateter Männer, so findet sich eine erheblich höhere Sterbewahrscheinlichkeit im ersten Jahr der Witwenschaft (*Parkes, Benjamin und Fitzgerald*). Vom fünften Jahr der Witwenschaft an sinkt dann die Sterbewahrscheinlichkeit unter die Norm der Verheirateten. Auch hier bleibt natürlich offen, ob die Witwer an «gebrochenem Herzen» (wie *Parkes* und seine Mitarbeiter meinen) oder einfach als Folge mangelhafter häuslicher Pflege gestorben sind. Die Tatsache, daß die Todeschance durch das Witwertum in den oberen sozialen Klassen höher ist, läßt in der Tat das «gebrochene Herz», oder besser: einen emotionalen Faktor, als Ursache erscheinen. Dies insbesondere, weil fast die Hälfte dieser Witwer an einer Kreislauferkrankung stirbt. Ein wesentlicher Faktor, der Krankheit und Tod der

Menschen in nicht unbeträchtlichem Ausmaß mitbestimmt, ist endlich die Persönlichkeitsstruktur, oder besser: das persönliche Verhalten. Dies ist natürlich weitgehend die Folge einer sozialen Prägung, die mit ererbten Faktoren interferiert. Es ist z. B. ausschlaggebend, wie der Mensch eine soziale Streßsituation erträgt, wie er an seine Umwelt emotional angepaßt ist. Daß dabei alle Einflüsse dominieren, welche den Charakter des Menschen bilden, ist selbstverständlich. Hier spielen alle die Dinge hinein, welche mit der «Bereitschaft zur Neurose» zu tun haben. Die Neigung zu «psychosomatischen» Blutdruckanstiegen steht einerseits mit dem Gefühl der Geborgenheit, andererseits mit der Intensität aggressiver Tendenzen in Beziehung. Was alles an pathologischen Möglichkeiten derzeit schon aufgewiesen werden kann, ist in der Literatur über psychosomatische Krankheiten niedergelegt. An diesem Punkt wird deutlich, daß viele epidemiologische und sozialmedizinische Tatbestände überhaupt auf Faktoren psychosomatischer Natur zurückzuführen sind. Insofern wird die Struktur einer Persönlichkeit ein Risikofaktor für gewisse Krankheiten. Die Persönlichkeit wird also zur «Risikopersonlichkeit».

II. Psychische Anfälligkeit und Geschwisterkonstellation

Der Arzt ist gewohnt, sich auf den einzelnen Patienten zu konzentrieren. Er übersieht leicht, daß dieser nur das «Präsentiersymptom» einer Familienverhaltensstörung verkörpern könnte. Werden wir Ärzte und Wissenschaftler, in der Folge unserer Ausbildung, in der Lage sein, diese Möglichkeit zu sehen, oder wird solch eine Denkweise innerhalb der Medizin lediglich einem Sonderfach — z. B. der medizinischen Soziologie — überlassen bleiben?

Die therapeutische Begegnung Arzt—Patient ist nicht ein vorausberechenbares, geplantes Aufeinandertreffen. Es handelt sich nicht um ein handelndes Subjekt und ein zu behandelndes Objekt. Es geht vielmehr um die Herstellung einer produktiven Wechselbeziehung zwischen zwei Menschen als sozialen Wesen. Diese handeln und leben keineswegs ausschließlich als Individuen, sondern sie sind eingeflochten in leben-

dige Bezogenheiten im menschlichen Bereich (*Battegay*). Für den praktisch tätigen Arzt aller Fachrichtungen — hier im Gegensatz zum Kliniker verstanden — treten wichtige Besonderheiten in der Beziehung zu seinen Patienten auf.

In bestimmten Fällen versucht der Arzt den Kranken *nicht isoliert* zu behandeln, sondern im Rahmen seiner ganzen Familie.

Gerade der Praktiker erfährt dabei wichtige Einblicke in die Familienverhältnisse, die Wechselwirkungen zwischen sozialer Umwelt und ökonomischen Verhältnissen, nicht zuletzt in die religiösen Vorstellungen seiner Patienten.

In der Kinderstube, die nach *Alice Balint* den «Treffpunkt der Urzeit und Zivilisation» bedeutet, innerhalb einer Familie also, gibt es besonders gefährdete Mitglieder.

So erscheinen Erstgeborene und Einzelgeborene hinsichtlich ihrer sozialen Anpassungsfähigkeit und ihrer psychischen Gesundheit eher begünstigt, während Erstgeborene im Einzelfall auch zu Risikokindern werden können. Außerdem erscheinen die Positionsunterschiede der Kinder erheblich von der Sozialschicht abhängig.

Einige Überlegungen zu den *Erstgeborenen*:

- a) Die Entthronung durch ein nachgeborenes Kind kann für das Erstgeborene ein schweres seelisches Trauma bedeuten. Dieses wird allerdings oft durch die unwandelbare Liebe der Großeltern, die diese dem ersten Enkelkind bewahren, ausgeglichen.
- b) Erstgeborene können öfters unerwünschte Kinder sein, die eine noch wenig stabile Muß-Ehe begründeten.
- c) Der Mann kann im erstgeborenen Sohn einen Konkurrenten sehen (Ödipus-Situation).
- d) Erstgeborene sind oft Spätentwickler. Sie bleiben lange allein unter lauter Erwachsenen und bleiben deshalb in ihrer Kindlichkeit isoliert.
- e) Erstgeborene sind manchmal Zielscheibe unerprobter Erziehungsprinzipien der Eltern. Was sie erkämpfen müssen, fällt späteren Kindern in den Schoß. Ältere Kinder, vor allem Mädchen, werden unter Umständen früh durch die Sorge für jüngere Geschwister überlastet.

Je eindringlicher die Eltern spüren, mit welcher Unterbilanz gleichsam ihr Ältestes, verglichen mit seinen Geschwistern, antreten mußte, um so eher werden sie eine neue Haltung für dieses Kind suchen und finden können. Für das älteste Kind müßte — sehr vereinfacht gesprochen — immer ein besonderes Sensorium in den Eltern bereit bleiben. Eine solche Allgemeinregel will aber für das Einzelkind immer wieder neu durchdacht und seinen persönlichen Problemen und Umständen angepaßt werden. Nur dann hilft diese Anweisung weiter. Sie soll aber auch auf die allen ältesten Kindern gemeinsame Lage hinlenken, welche eben unsere besondere Rücksicht verlangt.

Dagegen sind die *jüngsten* Kinder meist Frühentwickler. Wenn sie erwünscht sind, erhalten sie viel mehr die ihrem Entwicklungsstand gemäße Anregung. Sie haben gewissermaßen nicht die Höhendifferenz eines ganzen Stockwerkes vor sich, sondern eine Treppe in bequemen, einzelnen Stufen. Jüngste Kinder wirken oft unbekümmerter und freier. Sie können sich meist besser sozial entwickeln. Gelegentlich werden sie aber übermäßig verwöhnt und als Nesthäkchen in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingegengt.

Mittlere Geschwister haben es nicht selten schwerer. Ohne den Vorteil der Erstgeburt oder den des Jüngsten müssen sie sich nach zwei Fronten verteidigen. Sie werden öfters auch als Sandwich-Kinder bezeichnet (zwischen älteren und jüngeren Geschwistern eingequetscht).

III. Familienkonflikte organisch formuliert

Oft sind Patienten mit psychosomatischen Störungen von Angehörigen geradezu gesteuert. Wird dieser Zusammenhang erkannt, bieten sich Ansatzpunkte für eine wirksame Therapie. So kann die hypochondrische Krankheitsfurcht eines Mädchens dadurch bedingt sein, daß die Mutter sich vor der Loslösung ihrer Tochter schützen will. Es kommt zur massiven «Überpflege». Durch dauernde Schilderungen von Gefahren, durch erschreckende Beschreibungen verschiedener Krankheiten, schürt die Mutter die Hypochondrie der Tochter. Je inniger die Symbiose zwischen Mutter und Kind, desto stärker auch der neurotische Draht.

Öfters beruhen die Symptome auf einer Wech-

selwirkung. Man sollte an und für sich immer annehmen, daß es so ist, denn auch ein überbeschütztes Kind kann durch weichliche Hilflosigkeit seinerseits immer wieder den Schutz der Mutter anfordern.

Wir beschränken uns auf ein Beispiel: die wechselseitige Bestrafung in einer Ehe, die *Richter* besonders schildert. Der bedrückte Ehemann redet immer weniger mit seiner Frau. Die verletzte Frau verliert ihre erotische Reagibilität, sie schweigt mit ihrem Körper im sexuellen Bereich. Beide enthalten sich dem Partner vor. Beide leiden darunter, wobei der Ehemann allerdings nach außen vielleicht robust und unnachtsichtig wirkt. Er kann solchen seelisch bedingten Störungen «nicht mit der gleichen vorurteilslosen Distanz begegnen» wie einer Organkrankheit.

Die frigid gewordene Frau leidet augenfällig. Sie formuliert ihren Protest vorwiegend organisch. Endlich geht sie als Patientin zum Arzt, und zwar mit mannigfaltigen Symptomen. Erst zum Schluß, auf betonte Bitte des Arztes, kommt vielleicht auch der ganz im Hintergrund gebliebene Ehemann in die Sprechstunde. Jetzt kann es gelingen, sein verdrossenes Schweigen ebenso wie die Frigidität seiner Frau als Symptom zum Gegenstand einer therapeutischen Besprechung zu machen.

Die psychisch und sozial bedingten Erkrankungen sind der Gesellschaft ohnehin unbehaglich. «Man mag sie nicht», eben weil sie, zumindest unbewußt, mit Schuldgefühlen und Aggressionen verbunden sind.

Den Identitätsansprüchen und der eventuellen Überforderung der Intimsphäre entspricht der Grad von Geborgenheit, den jeder Einzelne seinem Partner zu bieten fähig ist. Diese Geborgenheit besteht im festen Glauben, «daß mein Ehepartner es gut mit mir meint, daß er den gesicherten Raum schaffen will, in dem ich ‚ich selbst‘ und wir ‚wir selbst‘ werden können».

Eine der hauptsächlichsten Beschwerden, die die Ehefrauen gegen ihren Gatten vorbringen, ist, daß er keine Zeit mehr für die Familie aufwende. Die Stabilität des Familienlebens scheint jeweils eine Funktion der Freizeit zu sein, die im eigenen Heim verbracht wird.

Nach der Unesco-Information 1972 wird bestätigt, daß der Prozentsatz der Ehescheidungen im umgekehrten Verhältnis zum Prozentsatz der zu

Hause verbrachten Freizeit steht! Auch die Wechselbeziehung zwischen dem Prozentsatz der Ehescheidungen und der Konversation im Rahmen der Familie sei auffallend. 1970 wurden in der Bundesrepublik bereits 14 von jeweils 100 Eheschließungen durch Gerichtsurteil getrennt. In den USA beträgt diese Ziffer 28 Scheidungen pro 100 Eheschließungen.

Es scheint aber immer mehr *Don Juane der Leistung und des Erfolges* zu geben, die jede Geborgenheit gefährden.

E. Mahler hat einige interessante Gedanken über die gesellschaftliche Funktion der «multiplen Ehekrise» publiziert. Er meint, der Ehe würden Probleme zur Lösung zugeschoben, die außerhalb der Zweierbeziehung lägen.

Nach *E. Sperling* sind es neuerdings die Dreiecksverhältnisse, die man in dieser Haufung und Stereotypie zuvor nicht gesehen hat. In der Tagespresse werden sie als ein Wohlstandsphänomen diskutiert.

Auffallend ist die Stereotypie der Äußerungen der Ehepartner. Gelegentlich kann man bei den Argumentationen angefangene Sätze von Partnern nahezu wörtlich in deren Sinne zu Ende führen.

IV. Konfrontation als Therapiehilfe

Ist nicht der praktische Arzt Spezialist für die persönliche Lebensgeschichte seiner Patienten? Für ihn kann noch eine Mehr-Personen-Beziehung zu den Patientenfamilien bestehen.

Aber verschiedenen Statistiken zufolge nimmt die Anzahl der praktischen Ärzte ständig, relativ zur Gesamtzahl aller Fachärzte, ab. Man spricht sogar von «gewöhnlichen» Medizinern im Gegensatz zu den spezialärztlichen Bezeichnungen. Ja, manche glauben allen Ernstes, der Beruf des Allgemeinpraktikers werde aussterben. Trifft das zu? Unserer Ansicht nach findet nur ein *Funktionswandel* statt. Der schon oft totgesagte Hausarzt kann, sozialmedizinisch und psychologisch gesehen, als sehr modern gelten, sofern er sich in die Rolle des Familienarztes begibt. Seine Dienstleistung ist am einzelnen Fall evident. Der Arzt scheint heute häufig der einzige Berater zu sein, zu dem man Vertrauen hat. Früher lag diese Aufgabe weitgehend in den Händen der Pastoren.

Sozialpsychologische Faktoren haben aber mitt-

lerweile auch zu einer weitgehenden Umstellung der Behandlungsmethoden geführt. In Vikersund (Norwegen) gehen z. B. ganze Familien zusammen mit den Patienten ins psychiatrische Krankenhaus. Das dortige Sanatorium besteht aus einzelnen Bungalows, in denen die Familien wie zu Hause leben. Der Arzt hat während 24 Stunden des Tages stets Zugang zu ihnen; die norwegische Sozialversicherung übernimmt die Finanzierung. *Johnson*, der das Sanatorium leitet, schreibt zu diesem Experiment: «*Es ist nämlich nicht immer der Patient, der sich am meisten ändern muß, auch die Angehörigen sollten in die Behandlung einbezogen werden.*»

Die wichtigsten zwei Fragen lauten jedenfalls für uns alle:

Welche Rolle spielt die Krankheit des Einzelnen im Gesamtbild seiner Familie? Soll die Familie gesamthaft als Patient behandelt werden?

Durch die Diskussionen mit den Patienten haben wir immer wieder lernen können. Wie der praktische Arzt konnten wir miterleben, welche Bedeutung Umwelteinflüsse für das Auftreten und den Verlauf der Krankheit haben. Für die psychosomatischen Kranken haben wir danach die *therapeutische Methode der «Konfrontation»* einzuführen versucht.

Diese Patienten werden öfters entweder als schwer organisch krank oder als Bagatellfälle dargestellt. Auch wegen dieser Fehleinschätzung kommt es zur Vertiefung der Symptomatik und zum Gefühl des Allein- und Verlassenseins. Zuerst muß ein solcher Patient mit seinen Bedürfnissen vom Arzt verstanden werden. In der Behandlung sollten wenigstens einige «Vorwärtsschritte» ersichtlich sein: d. h. dem Patienten soll es zuerst besser gehen. Die «anderen» sollen ruhig etwas warten. Dann können einmal die Familienangehörigen sehr vorsichtig mit den Symptomen des Patienten, vielleicht sogar mit der fokalisierten Konfliktsituation des Patienten «konfrontiert» werden.

Der Therapeut wird dabei nicht etwa die Rolle eines Richters übernehmen und manipulieren. Er wird nur vor dem vorbereiteten, orientierten Patienten versuchen, die konkreten Zusammenhänge zwischen der körperlichen Symptomatik und den zentrierten psychologischen Ursachen einigermaßen zu erfüllen.

Die Konfrontation von außen in der Familie ent-

spricht dem, was «die Gruppe sagt». Es gibt auch hier «ein Geheimnis der Oberfläche, nicht nur ein Geheimnis der Tiefe» (*Bräutigam*). Während dieser Konfrontation, die nicht psychodramatisch enden sollte, fällt nicht selten ein Familienmitglied, vielleicht sogar ein Kind, als Schlüsselperson auf. Die Familie sollte «umdenken» — wie eine Patientin sagte — und aufgeklärt werden, nicht nur der Patient. Diese Schlüsselperson vermag vielleicht die Zusammenhänge besser zu verstehen und kann als positive Hilfe in der «Neuentwicklung» der Familie eingesetzt werden.

So wird gleichzeitig der Ruckzug des Patienten gedeckt, der als «psychosomatisch krank» exponiert war und jetzt als besser verstandener Kranker von der Familie aufgenommen werden kann. Bei Eheleuten kann es zum wichtigen «Relationecho» mit dem Arzt kommen, welches einen schwierigen, aber wertvollen Weg des therapeutischen Dreiecksverhältnisses darstellt.

Für die Ärzte, gewissermaßen als «Intronauten», ist eine Konfrontation von innen erforderlich, die sie auch überfordern kann. Die «psychosomatische Konfrontation» bedeutet nicht, daß sie als Therapeuten mehr Zeit in den Fall investieren müssen, sondern daß sie vielleicht sogar einen Zeitgewinn erzielen können. Es mag zur Verkürzung der Behandlungsspanne kommen, die durch die Dynamisierung der emotionalen Kräfte des Patienten und seiner Angehörigen und das Erkennen der Zusammenhänge eingebracht wird. Der Leerlauf wird bei besser ausgetragener Arzt-Patienten-Beziehung eingeschränkt.

Die Verantwortung des Therapeuten wird gegenüber derjenigen der Familienmitglieder klarer abgegrenzt. Wenn diese die Not des Patienten gezielter erkennen, kann der «Druck» auf ihn abnehmen und damit gerade seine Not.

Bei der entscheidenden Sitzung werden gruppeneigene Interaktionen unter den Beteiligten zur Geltung kommen, die erkannt, aber nicht unbedingt aufgedeckt werden sollen.

Auch hier erscheinen präventivmedizinische Momente mit den psychosomatischen verflochten. Ob ein einmaliges Gespräch «genugt» oder ob sich eine Weiterentwicklung bis zur eventuellen Therapie eines Angehörigen oder zur Familientherapie aufdrängt, wird erst später ersichtlich.

Traditionsgemäß «spricht» der Arzt in der Klinik und im Spital mit den Angehörigen... Wir aber sehen Angehörige allein nur bei ausdrücklichem Wunsch des Patienten. Bei stationärer Behandlung, wo sich die Patienten häufig auch mit dem Hilfspersonal besprechen, kann dieses unter Umständen einer «psychosomatischen Konfrontation» beiwohnen.

Eine Reihe der pathologischen Interaktionen oder Beziehungsstrukturen haben Abwehrcharakter. Das Abgewehrte, Angst, Triebwünsche oder dergleichen, kann aber nach *Haefner* ein solch hohes pathologisches Ausmaß erreichen oder mit einer solch schweren Ich-Beeinträchtigung verbunden sein, daß man sein erstes therapeutisches Ziel auf einen Wechsel von ungünstigen in günstigere Abwehrformen ausrichten sollte. Der so geschaffene neue Raum für ein rollenadäquates Verhalten in der Familie ermöglicht Beziehungen, die besser zu befriedigen vermögen.

V. Zur Familientherapie

Bei der Familientherapie wird die Familieneinheit als Patient behandelt, wobei man sich meistens auf ein Kernproblem konzentriert. Man treibt *Fokaltherapie* in der Familiengruppe.

Als Fokus können z. B. Pubertätskrisen gelten, in denen es oft ebenso wichtig ist, mit den Beziehungspersonen zu arbeiten als mit dem auf den ersten Blick allein gestörten Jugendlichen.

Eine effektive Beurteilung und Behandlung des kindlichen psychosomatischen Syndroms ist nur unter Berücksichtigung aller beteiligter Faktoren möglich. Wo Sensibilisierung und Chronifizierung bereits eingesetzt haben, ist Milieuthherapie der «entarteten Familie» unerlässlich. Durch Analyse kritischer Ereignisse werden die aktuellen Faktoren festgestellt, wobei *zwei Niveauekonflikte immer wieder hervortreten*: Arbeitsplatz und — eben — Familie, mit einseitiger Kompensation. Dabei lassen sich bei psychosomatischen Störungen innerhalb der Familie Belohnung und Bestrafung als Hauptstrategien erkennen.

Die Radikalforderung amerikanischer Autoren lautet hier «Parentektomie»; doch ist diese laut *Biermann* nur sinnvoll, wenn sie mit einer Parentotherapie Hand in Hand geht.

Vor allem in den letzten 15 Jahren hat sich, von den Vereinigten Staaten ausgehend, die Fami-

lientherapie zu einer völlig neuartigen Methode der Psychotherapie entwickelt. Der Therapeut arbeitet unmittelbar am Ort des Geschehens, in der Familie selbst. Er muß aber psychologisches Einfühlungsvermögen und Vorbildung mitbringen und sich unbedingt Zeit lassen.

Die Familie muß als organische Einheit aufgefaßt werden. Das neurotische Leiden eines Familienmitgliedes kann zeigen, daß der ganze «Organismus Familie» krank ist.

Solche Arten der Kommunikation kann der Therapeut ausbauen, indem er sich «engagiert» und im Zweifelsfall wiederholt nachfragt. Er wirkt gewissermaßen als Katalysator, nimmt immer wieder Vorwürfe oder angeblich objektive Feststellungen auf und gibt sie an den eigentlichen Adressaten weiter. Auf diese Weise führt er vielleicht zum erstenmal in der Familiengeschichte eine echte Aussprache über bisher immer nur als Waffen mißbrauchte Argumente herbei.

«Der Therapeut fühlt sich in die spezifische Sprache der Familie ein — wie die Mitglieder sprechen, worüber sie sprechen wollen, und vor allem, was sie stillschweigend übergehen. Er bemerkt schnell, was unter der verbalen Ebene gefühlt und in Körperhaltung, Gesichtsausdruck, unkontrollierten Gesten und Haltungshemmungen ausgedrückt wird. Eine Art ‚Mikro-Psychodrama‘. Der Therapeut schätzt das äußere Gesicht der Familie, ihre Schutzmaske („Persona“), ein. Er durchschaut und begreift die tieferen emotionalen Ströme, die die Eltern fürchten und unterdrücken; die Furcht, das Mißtrauen, die Verzweiflung, die Rachewünsche. Er identifiziert diese Angstquellen, die es den Mitgliedern unmöglich machen, aus sich herauszugehen. Sie können ihr Verlangen nach Vertrautheit und Verständnis untereinander und mit dem Therapeuten blockieren. Er definiert für sich die Ebene, auf der der für die Familie charakteristische Kampf ausgetragen wird. Er prüft das Wechselspiel zwischen den gewohnten Abwehrmechanismen der Familie und der individuellen Angstabwehr.» Dieses Programm Ackermanns mag dem Praktiker, der eine neurotische Familie behandelt, unrealisierbar scheinen. Dennoch kann es sich ergeben, daß er einmal Zeit hat, sich für eine halbe Stunde mit allen Angehörigen zusammensetzen. Es kommt ja nicht darauf an, alle familiären Konflikte zu erkennen und

womöglich zu interpretieren. Oft hilft es, eine verfahrenere Situation zu lockern und dann bei einem einzelnen Familienmitglied ein wenig nachzufassen. Wenn alle Familienmitglieder einsehen, daß angebliche «Charakterfehler» erlernt und auch korrigierbar sind, ist schon viel gewonnen.

Eine neurotische Rollenverteilung in der Familie wirkt sich nicht nur auf die Kinder, sondern damit auch auf spätere Ehepartner und Eltern aus. Zu denken ist nur daran, daß viele Ehen auf einer Verliebtheit basieren, die teilweise auf einem Übertragungsvorgang beruht. Schließlich beeinflussen eingeschlifene Verhaltensweisen und emotionale Reaktionen, die eine Mutter selbst in ihrer Kindheit erworben hat, teilweise wiederum die Art und Weise, in der sie ihre Kinder erzieht und ihren Mann beurteilt.

Schätzungsweise leidet jedes dritte Kind, das ärztlich behandelt werden muß, an einer psychisch mitverursachten Symptomatik (Biermann). Daß hier die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausreichen und den prophylaktischen Aufgaben in der Familienarbeit besondere Wichtigkeit zukommt, ist klar. Sie verlangen weitgehend Teamarbeit. Aber innerhalb des Teams bietet sich dem praktischen Arzt, der besonderes Ansehen genießt, der häufiger in familiäre Probleme eindringt als andere Berufe und der oft aufgefordert wird, zu Lebensproblemen Stellung zu nehmen, eine außerordentliche Gelegenheit, wirkungsvolle Neurosenprohylaxe zu betreiben und in Familien verhaltens- oder psychosomatisch gestörter Kinder durch Behandlung der gesamten Gruppe Konflikte zu sanieren: Empirisch ist über dieses Arbeitsgebiet noch wenig bekannt. Gerade dem praktischen Arzt bietet sich hier aber Gelegenheit, durch einheitliche Benützung von Frage-schemen im Zusammenhang mit der Familienarbeit zu dringend benötigten wissenschaftlichen Feldstudien beizutragen.

Die seelische Betreuung, besonders in der Familie, kann eine der vordringlichen Zukunftsaufgaben erfüllen, «nicht zuletzt, um aggressiven Durchbrüchen großen Stils zuvorzukommen» (Mitscherlich). Die primäre Prophylaxe in der Psychohygiene ist in diesem Sinne sowohl ein medizinisches als auch ein soziologisches Problem. Auf die Wiedergabe der zwei kasuistischen Beiträge wurde aus Platzmangel verzichtet.

Literatur

- Ackermann N. W.: *Comprehensive Psychiatry* 7, 375 (1966).
- Altevilla E.: *Processo alla famiglia*. Rizzoli, Milano 1971.
- Aron R.: *Treating the Troubled Family*. Basic Books, New York 1966. — *La révolution introuvable*. Foyard, Paris 1918.
- Astrup C. und Noveik K.: *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 219, 18 (1970).
- Balint A.: zit. nach Balint M.
- Balint E.: *Comprehensive Psychiatry* 7, 403 (1966).
- Balint M.: *Angst, Lust und Regression*. Klett, Stuttgart 1960.
- The possibilities of patient-centered medicine. *J. Roy Coll. Gen. Practit.* 17, 269 (1970).
- Battegay R.: *Der Mensch in der Gruppe*, Bd. III, Huber, Bern 1970.
- Beck S. und Lempp R.: Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe für Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 15, 4 (1965).
- Benedetti G.: *Der psychisch Leidende und seine Welt*. Hippokrates, Stuttgart 1964.
- Biermann G.: Psychotherapeutische Probleme bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Tägl. Praxis* 10, 451 (1969).
- Birley J. L. T.: Social precipitance of severe psychiatric disorders. In Hare E. H. and Wing J. K. (eds.): *Psychiatric epidemiology*. London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Bowen M.: *Comprehensive Psychiatry* 7, 345 (1966).
- Bräutigam W.: *Psychotherapie in anthropologischer Sicht*. Enke, Stuttgart 1961.
- Brown G. W.: *Brit. med. J.* 2, 1300 (1960). — *Acta psychiat. scand.* 35, 414 (1960).
- Burner M.: Famille et adolescence: Socio-psychologie et aspects préventifs. *Z. Präv. med.* 16, 211 (1971).
- Cermak I.: *Praxis der Psychotherapie* 41, 104 (1972).
- Chin-Shong E. T., Cooper B., Egri G., Mendelsohn F. R. and Stokes I.: Measures of psychiatric disorder in contrasting class and ethnic groups. In Hare E. H. and Wing J. K. (eds.): *Psychiatric epidemiology*. London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Cooper David: *The death of the Family*. 157 S. London 1971, The Penguin Press (deutsche Ausgabe 1972 Rowohlt).
- Cytrin L. et al.: The effectiveness of tranquilizing drugs plus supportive psychotherapy in treating behavior disorders of children. *Amer. J. Orthopsychiat.* 30, 113 (1960).
- Dohrenwend B. S.: Social class and stressful events. In Hare E. H. and Wing J. K. (eds.): *Psychiatric epidemiology*. London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Dohrenwend B. P.: *J. abnorm. soc. Psychol.* 70, 52 (1965).
- Duss-von Werdt J.: Überlegungen zur Familie von morgen. *Schweiz. Zeitschrift f. Gemeinnützigkeit* 11/12, 277 (1972).
- Eisenberg L. and Gruenberg E. M.: The Current Status of secondary Prevention in Child Psychiatry. In: *Perspectives in community mental health*. Aldine Publishing, Chicago 1969.
- Engel G. L. et al.: A study of an infant with a gastric fistula. *Psychosom. Med.* 18, 374 (1956).
- Fornari F.: *La vita affettiva originaria del bambino*. Feltrinelli, Mailand 1969.
- Freudenberg K.: *Grundsätzliches und Kritisches zur Medizinalstatistik*. Bertelsmann, Bielefeld 1951.
- Freud S.: *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Ges. Werke Bd. VIII. London 1952.
- Haefner H. and Reimann H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim, 1965. In Hare E. H. and Wing J. K. (eds.): *Psychiatric epidemiology*. London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Häfner H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 42, 557 (1971).
- Hare E. H.: *J. ment. Sci.* 102, 349 (1956).
- Heilbrügge Th.: Sind mehr Kinderkrippen wünschenswert?
- Hoffmann Sven Olof: *Antiautoritäre Erziehung, Autonomie und Emotion*. *Selecta* 22, 2114 (1972).
- Jaco E. G.: *Amer. Sociol. Rev.* 19, 567 (1954).
- The social epidemiology of mental disorders. New York, Russell Sage Foundation 1960.
- Johnson A. N.: *Who is Teaching the Art of Doctoring?* Medical Economics, January 11, 1965.
- Jungk R. und Mundt H. J.: *Hat die Familie noch eine Zukunft?* Kurt Desch, München 1971.
- Kellner R.: *Family Ill Health. An Investigation in General Practice*. Tavistock Publication, Vol. 4. Charles Thomas, London 1963.
- Klaus M. H. et al.: *New Engl. J. Med.* 286, 460 (1972).
- Knaak L.: *Nestverlust und Kompensationshandlung*. In *Knaak: Urform und Bedeutung des Nestzerstörungstriebes*. Sturm, Zürich 1970.
- Krüsi G.: *Familienmedizin*. *Schweiz. Ärztezeitung* 48, 121 (1967).
- Laing R. D.: *The politics of the Family*. London 1969, Tavistock Publications (franz. Übersetzung: *La politique de la famille*, Paris 1971, Stock).
- *Knots*. London 1970, Penguin Books (franz. Übersetzung *Nœuds*, Paris 1971, Stock).
- Langner T. S. and Michael S. T.: *Life stress and mental health*. New York, The Free Press of Glencoe 1963.
- Leighton A. H.: *My name is legion: Foundations for a theory of man in relation to culture*. New York, Basic Books 1959.

- Levi-Strauss C.*: Les structures élémentaires de la parenté. P.M.F., Paris 1949.
- Lidz T.*: The family, language and the transmission of schizophrenia. In *Rosenthal D.* and *Kety S. S.* (eds.): The transmission of schizophrenia. London-New York-Toronto, Pergamon 1968.
- Lidz T., Fleck S.* and *Cornelison A.*: Schizophrenia and the family. New York, International Univ. Press 1965.
- Lourie R. S.*: Experience with therapy of psychosomatic problems in infants. In *Hoch P. H.* and *Zubin J.*: Psychopathology of children. Gruen & Stratton, New York-London 1961.
- Luban-Plozza B.*: Medicina preventiva in seno alla famiglia. Min. Med. sociale 6, 197 (1966).
- Ein neuer Patient: die Familie. *Ärztl. Praxis*, 85, 4551 (1969).
- Aspects psychosomatiques de la médecine de famille. *Méd. et Hyg.* 28, 154 (1970).
- Luban-Plozza B.* und *Pöldinger W.*: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Lehmanns, München 1972.
- Mahler E.*: Probleme und Vorteile der Gruppenpsychotherapie bei Ehekrise. *Gruppenpsych. u. Gruppendyn.* 4, 172 (1970).
- McWhinney I.*: General Practice as an Academic discipline. *Lancet* 1, 419 (1966).
- Mead Margaret*: Der Konflikt der Generationen. Walter, Olten-Freiburg i. Br 1971.
- Mechanic D.*: Medical sociology: A selective view. New York, Free Press 1968.
- Problems and prospects in psychiatric epidemiology. In *Hare E. H.* and *Wing J. K.* (eds.): Psychiatric epidemiology, London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Mendel G.*: La révolte contre le père. Payot, Paris 1968.
- La crise des générations. Payot, Paris 1969.
- Meves Ch.*: Die Schulnote unserer Kinder. Stundenbücher 101, Furche, Hamburg 1971.
- Mut zum Erziehen. Erfahrungen aus der psychagogischen Praxis, Stundenbücher 96, Furche, Hamburg 1970.
- Mitscherlich A.*: Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. Piper, München 1972.
- Morris H. H.* et al.: Aggressive behavior disorders of childhood. A follow-up study. *Am. J. Psychiat.* 112, 991 (1956).
- Murphy H. B. M.*: Social change and mental health. In: Causes of mental disorders: A review of epidemiological knowledge. New York, Milbank Memorial Fund 1961.
- O'Neal P.* and *Robins L. N.*: The relation of childhood behavior problems to adult psychiatric status. *Amer. J. Psychiat.* 114, 961 (1958).
- Childhood patterns predictive of adult schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 115, 385 (1958).
- Parkes C. M., Fitzgerald R. S.* and *Benjamin B.*: A study of increased mortality among widowers. *Brit. med. J.* 1, 740 (1969).
- Pasamanick B.*: Diskussionsbemerkung zu *Stein Z. H.* and *Suser M.*: Mild mental subnormality: Social and epidemiological studies (1969) a.a.O.
- Epidemiologic Investigations of some Prenatal Factors in the Production of Neuropsychiatric Disorder. In *Hoch P. H.* and *Zubin J.*: Comparative Epidemiology of the Mental Disorders, Grune & Stratton, New York-London 1961.
- Pechstein J.*: Die kinderärztliche Verantwortung in Säuglingsheimen. *Münchener Med. Wschr.* 111, 1537 (1969).
- Kinderärztliche Aufgaben bei der Frühadoption. *Fortschr. Med.* 88, 746 (1970).
- Pellegrino E. D.*: The Generalist Function in Medicine. Annual AAGP Lecture. *JAMA* 198, 127 (1966).
- Pinter E.*: Über Familienpsychotherapie. *Praxis* 29, 1066 (1970).
- Reid D. D.*: Precipitating proximal factors in the occurrence of mental disorder: Epidemiological evidence. In: Causes of mental disorder: A review of epidemiological knowledge. New York, Milbank Memorial Fund 1961.
- Renner W. F.*: The Obsolescence of the Practitioner-Teacher. *JAMA* 193, 93 (1965).
- Revel J.-F.*: La cabale des dévots. Julliard, Paris 1962.
- Richmond J. B.*: The role of the pediatrician in early mother-child relationship. *Clin. Proc. Children's Hosp.* 15, 101 (1959).
- Richter H. E.*: Probleme der Familientherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* 17, 41 (1967). — *Jahrb. der Psychoanalyse* 5 (1968).
- Eltern, Kind und Neurose. Klett, Stuttgart 1963.
- Patient Familie. Rowohlt, Hamburg 1972.
- Robins L. N.*: Social correlates of psychiatric illness: Can we tell causes from consequences? In *Redlich F.* (ed.): *Social psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore 1969.
- Sartorius N., Brooke E. M.* and *Lin T.*: Reliability of psychiatric assessment in international research. In *Hare E. H.* and *Wing J. K.* (eds.): Psychiatric epidemiology. London-New York-Toronto, Oxford University Press 1970.
- Schaefer H.* und *Blohmke M.*: Sozialmedizin. Thieme, Stuttgart 1972.
- Schmidbauer W.*: Jäger und Sammler. Selecta-Verlag, München 1972.
- Schmidt-Kolmer Eva, Hellbrügge Th.* und *Pechstein J.*: Sind mehr Kinderkrippen wünschenswert? Gesellschaftliche Gefahr durch Erwerbstätigkeit junger Mütter. *Fortschr. Med.* 89, 756 (1971).
- Schottländer Felix*: Die Mutter als Schicksal. Furche-Verlag, Hamburg 1967.
- Schröder K. J.*: Hausarzt und Wissenschaft. Eindrücke vom neuen Nederlands Huisartsen Institut in Utrecht. *Der niedergelassene Arzt* 19, 22 (1966).
- Snell-Dohrenwend B.*: Social status and psychologi-

cal disorder: a causal inquiry. Wiley, New York 1969.

Sperling E.: Zeitschr. für Psych. Med. u. Psychoanal. 17, 335 (1971).

Spitz R.: Hospitalism. Psychoanal. Stud. Child 1, 53 (1945)

Srofe L., Langner T. S., Michael S. T., Opler M. K. and Rennie T. A. C.: Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. McGraw Hill, New York 1962

Stark S.: Symptom und Geschwisterposition im Spiegel einer Verhaltensbeobachtung. Prax. Kinderpsych. 11, 5 (1962).

— Geschwisterposition und Charakterentwicklung. Psychol. u. Prax. 13, 3 (1964)

Strotzka H., Simon M., Sivy P., Kunze E. and Stadler H.: Socialpsychiatrie 6, 96 (1971).

Svalastaga K.: Social differentiation David McKay, New York, 1965

Szasz T.: Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. Arch. Int Med 34, 228 (1963)

Titchener J. L.: Comprehensive Psychiatry 7, 321 (1966).

Ueberla K. und Enke H.: Erfahrungsbericht: Drei Jahre klinische Psychotherapie innerer Krankheiten Münch. Med. Wschr. 104, 11 (1962)

Zuk G. and Boszormenyi-Nagy H.: Family Therapie for Disturbed Families, Palo Alto 1966. Selecta 9, 763 (1967).

Weitere Literatur:

The Cure Content of Family Medicine:

A report of the Committee on Requirements for Certification. The American Academy of General Practice, Volker Boulevard at Brookside. Kansas City, Missouri, 1966.

Bericht der zweiten Weltkonferenz der Kollegien, Akademien und gleichwertigen Organisationen für Allgemeinmedizin, Salzburg 1966: Die Renaissance des praktischen Arztes.

The Field of Work of the Family Doctor (sogenannter «Gillie Report»). Report of the Sub-Committee. Her Majesty's Stationary Office, London 1963.

Informationen für die Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin Nr. 4, 1966.

Résumé

La recherche et l'expérience ont amené à reconnaître dans la famille des facteurs nocifs à la santé, dont le nombre et la force sont influencés essentiellement par la structure familiale. Les graves difficultés de communication dans la famille peu nombreuse correspondent aux relations mutuelles, tant caractérielles que psychiques et spirituelles entre parents et enfant. Même sous une forme non encore franchement apparente, ces difficultés peuvent pourtant se manifester par une tendance à la névrose et comme source de

souffrances psychosomatiques. C'est pourquoi ces affections, dues à l'environnement psychique et social, devraient relever davantage de la médecine préventive. Dans la multitude des styles d'éducation, fortement influencée par la classe et la position sociales, les études scolaires et la profession, se sont relevés des conflits intrafamiliaux typiques, aux réactions stéréotypées.

L'enfant, marqué d'une manière décisive par le rôle adopté par les parents, ne trouvera plus tard, dans d'autres groupes, qu'en apparence ce que la famille lui a refusé. En général, le membre le plus faible sera la victime des conflits familiaux et sera envoyé chez le médecin en tant que «malade» parmi tous les autres «en bonne santé». Le nombre croissant des soi-disant «personnalités de risque» avec des fautes de comportement dues à l'éducation, et leurs effets prédestinant les familles futures, demande une thérapie éducative et familiale bien dirigée, et des efforts accrus de la part de la médecine préventive.

Summary

Research and experience have pointed to new risks to health within the family, the magnitude and direction of which are to an essential degree influenced by family structure. The difficulties of communication within the small family unit are related to the need for parent-child interaction on the levels of character, affect and intellect. They may manifest themselves in the form of a readiness to neurosis, and act as sources for psychosomatic sufferings. As these illnesses are caused by psychological and social conditions, they should attract increased attention of preventive medicine. In the multitude of styles of education marked by different origins, levels of education and social positions, certain distinct types of intrafamily conflicts marked by stereotypical reactions have been noticed.

Later in life, in other groups the child that was decisively formed by the behaviour of his parents, will not find more than an appearance of what he was deprived of in his own family. Most frequently, the weakest member will be made responsible for family conflicts. He will be sent to the doctor as "a sick person" among others who are thought to be full of health. Directed educational and family therapy and increased efforts at prevention are called for in view of the increasing number of persons at high risk who will show educationally caused behavioral problems and who will be a menace to future families.

Adresse des Auteurs:

Prof. Dr. med. B. Luban-Plozza, Piazza fontana Pedrazzini, 6600 Locarno