

Familie als Gegenstand kinderpsychiatrischer Forschung

Martinius, Joest

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Martinius, J. (1989). Familie als Gegenstand kinderpsychiatrischer Forschung. *Zeitschrift für Familienforschung*, 1(1), 40-50. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-294454>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

FAMILIE ALS GEGENSTAND VON FORSCHUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Joest Martinus

Das Thema "Familie" läßt sich aus sehr verschiedenen Richtungen betrachten, wobei einander ergänzende und einander widersprechende Meinungen zu erwarten sind. Wer in der praktischen Arbeit mit Familien zu tun hat, wird sich mit anderen zusammenfinden, die gleiche oder ähnliche Zielvorstellungen zur Familie haben. So auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in enger Verbindung zu anderen ärztlichen Gebieten (Pädiatrie, Psychiatrie, Neurologie), dem Erziehungs- und Bildungsbereich und der Jugendhilfe steht.

Hinter diesem professionellen, mehr oder weniger gemeinsamen Ganzen steht aber noch jedes Einzelnen Beziehung zur Familie, vor allem zu seiner Herkunftsfamilie, die nun mal das Bild von Selbst und Familie prägt und auch das professionelle Bild von Familie bestimmt. Und da anzunehmen ist, daß immer noch die Mehrzahl der Menschen in unserer Gesellschaft in ihrer eigenen Kindheit eine vollständige Familie erlebt hat, ist ebenso anzunehmen, daß die Mehrzahl an der vollständigen Familie als der für das Kind besten Familie festhält. Diese Annahme impliziert allerdings ein Idealbild, das den Einzelnen von uns in die berufliche und persönliche Schwierigkeit bringt, im alltäglichen Erleben mit ganz anderen Bildern konfrontiert zu sein: mit zwar noch vollständigen, aber heillos zerstrittenen, mit kranken und in zunehmender Zahl mit unvollständigen Familien. In dieser Hinsicht haben Kinder- und Jugendpsychiater ständig eine besonders große Kluft zwischen Überzeugungen, Wünschen und Hoffnungen auf der einen und nur mit Kompromißbereitschaft annehmbaren Realitäten auf der anderen Seite zu überbrücken. Denn zum Kinderpsychiater bringt man ein Kind in der Regel erst dann, wenn pädagogische und psychologische Mittel ausgeschöpft sind, wenn ein Problem schwer ist. Und in diesem Stadium sind entweder Kind oder Familie oder alle gemeinsam meistens schon stark gestört, bisweilen auch regelrecht krank.

Damit ist ein Stichwort gefallen, das für ärztliches Denken und Handeln den Ausgangspunkt bildet und das für die klinisch-wissenschaftliche Psychiatrie grundsätzlich wie für andere Gebiete der Medizin gilt. Es ist das Stichwort "Krankheit", das jedermann praktisch und beiläufig benutzt, das aber in der Psychiatrie eine theoretische und definitorische Begriffsbildung durchlaufen hat, die in einen psychiatriebezogenen Krankheitsbegriff einmündet. Um unser Denken, unser praktisches Handeln und unsere wissenschaftlichen Ziele zu verstehen, sind einige Bemerkungen zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zum Krankheitsbegriff notwendig.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Rehabilitation und Prävention bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Störungen und Erkrankungen sowie bei Auffälligkeiten der Sozialentwicklung im Kindes- und Jugendalter.

Aus dieser knappen Gebietsbeschreibung läßt sich entnehmen, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht einfach nur von Krankheiten, sondern gleichwertig von Störungen und Auffälligkeiten spricht, letzteres vor allem dort, wo die Sozialentwicklung betroffen ist. Es läßt sich weiterhin entnehmen, daß die Kinderpsychiatrie Arbeitsfelder beinhaltet, die mit der klassischen medizinischen Modellvorstellung von körperlicher Krankheit nicht erfaßbar sind. Die Arbeitsfelder sind offengehalten, weil man gelernt hat, daß Gesundheit nicht einfach "komplettes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden" (WHO-Definition) und Krankheiten nicht einfach an Körpersymptomen meßbare Leiden sind. An die Stelle dieser simplistischen, der Realität nicht entsprechenden Definition, ist ein Begriff getreten, der neben körperlichen auch seelische und soziale Einflüsse kennt, die individuell in unterschiedlicher Weise krankmachend wirksam werden können, innerhalb eines Prozesses, der alle genannten Dimensionen mehr oder weniger erfaßt. Dies ist ein auf krankmachende Faktoren gestütztes Modell des Krankheitsbegriffes, das den handlungsorientierten Umgang mit sich bietenden Problemen auf mehreren Ebenen eröffnet (Remschmidt 1980):

- 1) Der Suche nach potentiell krankmachenden Einflüssen aller Art, bei Kind und Umwelt,
- 2) der Analyse ihrer Wechselwirkungen,
- 3) der Aufstellung und Anwendung eines therapeutischen Konzeptes.

Das Faktorenmodell erlaubt es, einzelnen beteiligten Einflüssen mehr oder weniger große Bedeutung beizumessen, zu gewichten. Voraussetzung ist, daß der nach diesem Modell arbeitende Arzt mit somatisch, seelisch und soziogen krankmachenden Einflüssen gleich gut vertraut ist, um gewichten zu können. Und wenn die Kinderpsychiatrie einen spezifischen Beitrag zu leisten hat, dann sollte es dieser sein.

Selbstverständlich kennt die Kinderpsychiatrie die krankmachende Familie, die das kranke Kind als Symptomträger präsentiert, tatsächlich aber selber krank ist. Aus gutem Grund gab und gibt es Vertreter unseres Faches, die sich ganz der familiendiagnostischen und -therapeutischen Richtung verschrieben haben. Es ist allseits bekannt, daß ein in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend häufig zu behandelndes schweres Krankheitsbild, die Pubertätsmagersucht, fast ausschließlich bei Mädchen auftritt, die aus Familien mit sehr auffälligen Beziehungsstrukturen kommen. Familientherapeutische Denk- und Arbeitsformen wurden bereitwillig in unser Fach aufgenommen, nicht zuletzt in der Hoffnung, man werde wissenschaftlich belegen können, daß **spezifische** Beziehungen zwischen Familienstruktur und -dynamik auf der einen und psychischer Erkrankung des Kindes auf der anderen Seite bestehen. Diese Annahme wurde nicht nur für die Magersucht, sondern ebenso für andere psychosomatische (Asthma, Colitis ulcerosa) und psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie) gemacht. Sie fanden ihren verkürzten Ausdruck in der Aussage, bestimmte Kommunikationsprobleme zwischen Eltern und Kind verursachten Schizophrenie und bestimmte andere verursachten andere psychische Erkrankungen.

Solche als naiv zu qualifizierende Vorstellungen haben sich nicht bestätigen lassen. Kommunikationsprobleme in der Familie machen krank, soviel ist sicher. Sie entfalten ihre Wirkung jedoch kaum in spezifischer Weise und auch nicht bei jedem Kind. Die gleiche Beziehungsstörung in der Familie kann einmal eine Magersucht, ein anderes Mal ein Asthma und beim dritten Kind gar nichts erzeugen. Stattdessen ist deutlich geworden, daß es immer falsch und der Therapie abträglich ist, einzelne Aspekte der familiären Kommunikation isoliert als Ursache der Störung des Kindes zu sehen. Die Forschung auf diesem Gebiet hat sich deshalb einem Modell zugewendet, das emotionale Differenzierungen innerhalb eines Entwicklungsraumes der Familie auf zwei Ebenen vornimmt (Mattejat 1985). Der Entwicklungsraum

enthält auf der ersten Ebene für das Kind entweder zu wenig Angebote (Defizit) oder zu enge Grenzen (Blockierung). Auf der zweiten Ebene wird der Entwicklungsraum von vier, aus empirischen Befunden abgeleiteten Mustern emotionaler Familienpathologie bestimmt (chaotisch, fusioniert, isoliert, rigide). Die gewählten Bezeichnungen "chaotisch", "fusioniert" usw. resultieren aus Faktoren und sind rein deskriptiv. Sie sind nicht im Sinne ursächlicher Diagnosen oder gar abwertend zu verstehen. Diese Familienmuster haben aber, wie sich gezeigt hat, einen operationalen Wert, indem sie eine quantitative Zuordnung von Mustern der Familienpathologie und Art der Störung beim Kind haben herstellen lassen, wohlgerne nicht spezifisch in Form ursächlicher Diagnosen, sondern in Form deskriptiver Zuordnungen, die überzufällig häufig zusammentreffen.

Tabelle 1: Pathogene Familientypen und psychische Störungen beim Kind (nach Mattejat 1985)

Familientyp	Psychische Störungen beim Kind
Chaotisch	aggressiv-ausagierende Syndrome, "reine" Verhaltensstörungen
Fusioniert	ängstlich-gehemmte Syndrome, "reine" emotionale Störungen
Desintegriert	dissozial-ausagierende Syndrome (dissozial-aggressiv-depressiv) "gemischte" Verhaltens- und emotionale Störungen
Rigide	emotionale Störungen mit Beziehungsproblemen in der Familie (Kontaktschwierigkeiten, depressive Verstimmungen)

Für das Verständnis der Störung eines Kindes und seiner Familie kann eine solche Beschreibung wertvoll und interventionsrelevant sein. Man erkennt aus diesem Ansatz aber deutlich, wie zurückhaltend sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie gegen zu früh festlegende Interpretationen verhält, indem sie zunächst einmal sorgfältig beschreibt und damit einen festen Bezugsrahmen für die Analyse der Ursachen gewinnt. Denn bis dahin läßt das dargestellte Modell offen, welche Primärstörung bei einem oder beiden

Elternteilen und anderen Familienmitgliedern vorliegen. Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Alkoholkrankheit, Depression, Psychosen zählen zu den in Frage kommenden psychiatrischen Erkrankungen, neben sozioökonomischen Belastungen oder in Kombination mit letzteren. Offen ist bis dahin aber auch, welche primäre Störung beim Kind vorliegt. Behinderungen unterschiedlicher Art, z.B. Folgezustände frühkindlicher Cerebralschäden, Geisteschwäche, konstitutionell bedingte Auffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen und schließlich auch Psychosen, können vom Kind her ein funktionell intaktes familiäres Beziehungssystem belasten und stören. Es gehört zu den verhängnisvollen Folgen vereinfachender Slogans wie "die Familie macht ihre Kinder krank", daß Eltern unbegründet von schweren Schuldgefühlen gequält und zur Verzweiflung getrieben werden. Man denke in diesem Zusammenhang an das Krankheitsbild des frühkindlichen Autismus, für dessen Entstehung bis in die jüngste Vergangenheit immer wieder die Eltern solcher Kinder verantwortlich gemacht wurden - wider bessere wissenschaftliche Erkenntnis.

Es bleibt deshalb Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiaters, angesichts eines als gestört erkannten Familiensystems nach den Ursachen weiterzusehen, und zwar auf beiden Seiten, beim Kind, das als krank präsentiert wird (und durchaus der auslösende Teil sein kann) wie bei den Eltern und der übrigen Familie.

Und in diesem Bereich gibt es noch gute Ansätze für kinderpsychiatrische Forschung, oder anders ausgedrückt, hier gibt es noch Forschungsdefizite. Entscheidend für einen Zugewinn an Erkenntnis ist die Forschungsmethodik. Der traditionelle Ansatz war die Untersuchung ausgewählter Gruppen von Patienten und ihrer Familien nach dem Querschnittsprinzip, d.h. zu einem einmaligen Untersuchungszeitpunkt. Daraus ist eine reichhaltige Literatur entstanden, die Erkrankungswahrscheinlichkeiten dokumentiert, z.B. ob und in welcher Weise chronische Erkrankungen der Eltern von Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder begleitet werden. In einer umfangreichen empirischen Untersuchung stellte Rutter (1966) fest, daß ein Fünftel der in der Kinderpsychiatrie behandelten Kinder einen **psychiatrisch** kranken Elternteil hatten. Diese Quote lag dreimal höher als bei einer vergleichbaren Gruppe von Kindern, die in einer Kinderklinik behandelt worden waren. Rutter folgerte, daß jede ernste Erkrankung von Eltern zu

einer Beeinträchtigung des Familienmilieus führt und die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern begünstigt, wobei sich psychiatrische Erkrankungen naturgemäß gravierender auswirken.

Theoretisch lassen sich innerfamiliär krankmachende Wirkungen in ein Mehrebenenmodell einfügen, indem soziale Einflüsse (intrafamiliäre Kommunikation, Erziehungsstil, sozioökonomischer Status) neben erbgenetischen Einflüssen stehen und beide in Wechselwirkung treten.

Intensive Forschungsarbeiten haben, bezogen auf spezielle psychiatrische Erkrankungen, diese Annahmen bestätigt und das Wirkungsgefüge als kompliziert erkennen lassen. Kinder schizophrener Eltern erleben eine mehr oder weniger stark gestörte Kommunikation in der Familie, erkranken aber nicht deshalb selbst an einer Schizophrenie und müssen nicht einmal psychisch auffällig werden, jedenfalls nicht kurzfristig. Sie tragen andererseits ein erhöhtes erbgenetisch bedingtes Erkrankungsrisiko (10 - 15 % gegenüber 1 % in der Allgemeinbevölkerung), das auch dann zum Tragen kommen kann, wenn sie durch frühe Adoption den krankmachenden Familieneinflüssen entzogen werden. Es wurden Risikofaktoren herausgearbeitet (Mednik und Schulsinger 1980), die eine Erkrankung des Kindes vorhersagbar machen sollten, darunter die Schwere der elterlichen Erkrankung, frühe Trennungen (Heimaufenthalte) und Geburtsbelastungen, die sich jedoch als zuverlässige Vorhersagekriterien nicht haben bestätigen lassen. Hier sind weitere Forschungsarbeiten notwendig.

Das Gleiche gilt für Kinder eines an einer phasisch verlaufenden affektiven Psychose erkrankten Elternteils. Auch hier gibt es ein statistisch eindeutig festliegendes Erkrankungsrisiko für das Kind (10 - 15 % gegenüber 1 - 2 % der Allgemeinbevölkerung) und auch hier gibt es psychosoziale Risiken, die eine depressive Entwicklung des Kindes begünstigen, darunter frühe Trennungen/Verluste, deren psychisch traumatisierende Wirkung eine erhöhte Anfälligkeit für die spätere Entwicklung einer Depression bedeutet. Auch hier sind die Interaktionsmechanismen zwischen den erkannten Risiken noch nicht ausreichend erforscht.

Aus den skizzierten Forschungsbereichen hat sich etwas Wichtiges herausentwickelt. Ausgehend von der Erkenntnis, daß manifest gewordene kin-

derpsychiatrische Erkrankungen nicht auf einer Ursache, sondern auf das Zusammenwirken einer Mehrzahl bedingender Einflüsse (Faktorenmodell) zurückzuführen sind, wurde die Vorstellung eines Erkrankungsrisikos entwickelt, das sich auf eben diese erkennbaren Belastungsfaktoren gründet und Vorhersagen auf eine Erkrankung erlaubt, bevor sie manifest wird. Das Erkrankungsrisiko als Summe vorhandener potentiell krankmachender Einflüsse wird auch als Vulnerabilität bezeichnet. Sie bestimmt jedoch nicht allein das Krankheitsrisiko, da es meistens ja auch Einflüsse gibt, die dem Krankwerden entgegenwirken oder gar eine Immunität erzeugen. Den potentiell krankmachenden Einflüssen werden deshalb, um nicht einem ungerechtfertigten Fatalismus zu erliegen, schützende Einflüsse, sogenannte protektive Faktoren gegenübergestellt.

Um Erkrankungsrisiko bzw. Vulnerabilität und protektive Einflüsse zu erfassen, sind Querschnittsbetrachtungen keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage. Hier ist eine Methodik gefordert, die die Entwicklung als zeitbezogene dynamische Dimension berücksichtigt und entwicklungsbegleitend interaktional untersucht. Eine sehr aufwendige Art von Forschung, die sich auf prospektiv angelegte Untersuchungen stützt. Von dieser Art kinderpsychiatrischer Forschung soll im folgenden die Rede sein. Hervorzuheben sind Studien, die an unausgelesenen Populationen mit einer Laufzeit von mehreren Jahrzehnten durchgeführt wurden (Kolvin et al. 1983, Werner 1985). Die Untersuchung von Werner erfolgte an 700 seit der Pränatalperiode sorgfältig untersuchten Kindern, die bis in ihr 20. Lebensjahr begleitet wurden. 13 % hatten Geburtskomplikationen erlitten. Bei diesen sogenannten Risikokindern ließ sich im Alter von 2 Jahren ein Zusammenhang mit dem Ausmaß perinataler Belastungen und späteren Störungen in der körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung feststellen. Als diese perinatal traumatisierten Kinder 10 Jahre alt waren, war die Gruppensituation nicht mehr einheitlich. Die größten Defizite fanden sich nun bei jenen Kindern, die unter schlechten sozialen Bedingungen aufwuchsen, eine Beobachtung, die sich durch die Adoleszenz hindurch noch akzentuierte. Hirnschaden ist also nicht gleich Hirnschaden, geschädigt sein heißt nicht unbedingt krank sein.

Außerhalb dieser kleinen, mit Geburtsrisiken behafteten Gruppe hatten sich bei vielen anderen Kindern bis zum 10. Lebensjahr emotionale und

soziale Auffälligkeiten und Störungen eingestellt, deren größerer Teil wiederum bis zum 18. Lebensjahr verschwunden war, vor allem bei denen, die während ihrer frühen Kindheit in einer emotional stabilen und sozial gesicherten Familie gelebt hatten. Knaben erwiesen sich vor der Pubertät im Vergleich zu Mädchen als verletzlicher, während sich nach der Pubertät negative Umwelteinflüsse und Lebensereignisse bei Mädchen als traumatischer erwiesen. Aus der Analyse aller Daten ließ sich ein Dutzend Faktoren hervorheben, die am Ende der Adoleszenz mit emotionalen und sozialen Schwierigkeiten verbunden waren, darunter niedriger Bildungsstand der Mutter, Instabilität der Familie, perinatale Belastungen beim Kind und mütterliche Einschätzung der kindlichen Aktivität als sehr hoch oder sehr niedrig im Alter von einem Jahr. Einzeln oder in Kombination erlaubten diese Variablen Vorhersagen auf spätere Lebensprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Waren mehr als 4 dieser Faktoren im Alter von 2 Jahren vorhanden, war die Zuverlässigkeit der Vorhersage individuell hoch. Unter den Kindern, die mit bis zu 4 dieser Faktoren belastet waren, fanden sich jedoch 72, d.h. 10 % der Gesamtgruppe von 700, die trotz Belastung mit perinatalen Risiken und schlechten sozioökonomischen Lebensbedingungen während ihrer frühen Entwicklung gleichwohl als junge Erwachsene feste und harmonische persönliche Bindungen eingegangen waren, gute soziale Positionen gefunden hatten und eine gesicherte Zukunft erwarteten. Diese Gruppe wurde als "elastisch" oder "streßresistent" bezeichnet. In ihr fanden sich mehr Mädchen als Jungen (4 : 3). Schlüsselfaktoren, auf die sich die gute Prognose stützen konnte, ließen sich aus Bedingungen in der Umgebung, gleichermaßen aber auch aus kindeigenen Gegebenheiten definieren.

Tabelle 2: Schlüsselfaktoren in der Umgebung für eine günstige Prognose trotz bestehender Risiken (nach Werner 1985)

Umgebung

weniger als 4 Kinder in der Familie	Umfang an Zuwendung aus der gesamten Umgebung im Säuglingsalter
Abstand zum nächsten Geschwister mehr als 2 Jahre	strukturierter Haushalt und Regeln während der Adoleszenz
neben der Mutter weitere Betreuer im Haushalt	Vorhandensein eines "Mehrgenerationennetzes" aus Verwandten, Freunden, Bekannten
Ausmaß der mütterlichen Arbeitsbelastung (einschließlich außerhäuslicher)	

Tabelle 3: Schlüsselfaktoren beim Kind für eine günstige Prognose trotz bestehender Risiken (nach Werner 1985)

Kind

Geschwisterposition (erstgeborener Sohn)	große Selbständigkeit im Kleinkindalter
harmonisch-aktives Verhalten im 1. Lebensjahr (im Urteil der Mutter)	Fähigkeit zu Aufmerksamkeit und Impulskontrolle
normale sensomotorische Entwicklung	positives Selbstbild in der Adoleszenz

Es sieht also ganz so aus, als ließen sich zuverlässigere Vorhersagen für eine gesunde psychische Entwicklung machen, wenn angesichts ungünstiger Lebensbedingungen in der frühen Entwicklung gleichzeitig schützende Einflüsse wirksam sind. Unter den risikomindernden, eine Vulnerabilität balancierenden, protektiven Faktoren erweist sich einmal mehr die frühe Mutter-Kind-Beziehung und das frühe Entstehen innerer familiärer Bindungen als entscheidend. Insofern ist das alles nichts Neues. Aber: es ist nicht einfach so, daß Mutter und Kind, wenn sie nur beieinander sind und die Mutter sich recht bemüht, eine positive Bindung auch automatisch

entstehen lassen. Vielmehr sind Kinder, wie sich in anderen Untersuchungen gezeigt hat, als Säuglinge im Temperament, d.h. auch im Verhalten sehr unterschiedlich. Und es ist offenbar so, daß Kinder aufgrund ihrer Eigenschaften in ihre Umgebung hineinwirken und dort ein Verhalten auslösen, das wiederum die Beziehungen, das Entstehen von Bindungen bestimmt, so daß das Kind selbst über seine psychische Entwicklung zumindest mitentscheidet, wahrscheinlich sogar mehr als weniger. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem transaktionalen Modell, weil die bloße Interaktion die darin Handelnden nicht als sich ständig verändernde Individuen sieht. Wir müssen deshalb Kinder sehr früh schon in dem, was sich als Persönlichkeit vorzeichnet, erkennen und verstehen lernen, Individualität sehen, um dann, wenn Risiken vorhanden sind, korrigierend tätig zu werden oder, wenn genügend protektives Potential erkennbar ist, dieses wirksam werden lassen. Dies ist die Lektion, die uns die streßresistenten Kinder für die Familienforschung erteilen.

Aus den Ergebnissen der neueren psychiatrischen Familienforschung läßt sich auch für die weitere Forschung etwas Wichtiges ableiten. Fragestellungen müssen neu formuliert werden, und zwar auch außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für uns ist die Frage, ob eine (oder die) Gesellschaft die Familien und damit Kinder krank macht, zu allgemein gestellt, um sie in irgendeine wissenschaftliche Untersuchung umzusetzen. Für uns kann die Frage auch nicht lauten, ob denn eine in ihren innerfamiliären Beziehungen gestörte Familie ihre Kinder krank macht. So gestellt, ist die Frage trivial. Und die Frage kann ebensowenig heißen, ob denn eine schizophrene Mutter ihr Kind schizophren werden läßt. Stattdessen stellt sich für uns Kinder- und Jugendpsychiater die Frage, welches Kind in welcher Weise vulnerabel ist, in welcher Familie mit welchem Erkrankungsrisiko belastet wird, welche protektiven Einflüsse sich erkennen lassen und wie durch präventive Schritte die Krankheit verhindert werden kann. Ist aber das Kind schon krank, stellt sich die Frage, unter welchen mehrschichtigen Risiken und Einflüssen das Kind in welcher gestörten Familie krank geworden ist oder wieweit das kranke Kind seine primär ungestörte Familie hat krank werden lassen, um dann unmittelbar eine auf den gewonnenen Antworten basierende Therapie folgen zu lassen.

Fragen sind noch offen, Forschungsfelder noch zu bearbeiten. Entscheidend für den Erfolg wird es sein, unter veränderten sozialen Bedingungen das Bild von der vollständigen Familie zu erhalten und alle, die professionell mit Familien zu tun haben, in einer Interessenfamilie zusammenzuführen.

LITERATUR

- Kolvin, I., Miller, F.J.W., Garside, R.F., Gatzanis, S.R.M. (1983). Longitudinal study of deprivation: Life cycle changes in one generation. Implications for the next generation. In *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. M.H. Schmidt, H. Remschmidt (Hrsg.). Stuttgart, New York: Thieme, S. 24-42.
- Mattejat, F. (1985). *Pathogene Familienmuster*. Stuttgart: Enke.
- Mednik, S.A. und Schulsinger, F. (1980). Kinder schizophrener Eltern. In *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. H. Remschmidt (Hrsg.). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber, S. 35-50.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.) (1986). *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (1980). *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents*. London: Oxford University Press.
- Werner, E.E. (1985). Stress and protective factors in children's lifes. In *Longitudinal studies in Child Psychology and Psychiatry*. Nicol, A.R. (Hrsg.). Chichester: Wiley, S. 335-356.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Joest Martinus
Heckscher-Klinik München
Heckscherstraße 4
8000 München 40