

Perinelli, Karin und Günther, Charlotte

## **Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32 (1983) 3, S. 89-93

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29648

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager) . . . . .	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families) . . . . .	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure) . . . . .	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases) . . . . .	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler) . . . . .	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders) . . . . .	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving) . . . . .	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry) . . . . .	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency) . . . . .	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery) . . . . .	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania) . . . . .	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind) . . . . .	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation) . . . . .	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities) . . . . .	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems) . . . . .	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis) . . . . .	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation) . . . . .	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy) . . . . .	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom) . . . . .	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation) . . . . .	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy) . . . . .	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome) . . . . .	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families) . . . . .	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism) . . . . .	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors) . . . . .	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama) . . . . .	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior) . . . . .	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders) . . . . .	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic) . . . . .	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity) . . . . .	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children) . . . . .	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence) . . . . .	1

### Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School) . . . . .	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children) . . . . .	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism) . . . . .	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation) . . . . .	105

- Lauth, G.:* Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . . 142
- Schulteis, J. R.:* Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . . . 16
- Will, H.:* Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education) . . . . . 71

#### Berichte aus dem Ausland

- Brinich, P. M., Brinich, E. B.:* Adoption und Adaption (Adoption and Adaption) . . . . . 21
- Martin, P., Diehl, M.:* Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . . . 26

#### Tagungsberichte

- Remschmidt, H.:* Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne . . . . . 312
- Schmidt, M. H.:* Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg . . . . . 310
- Sellschopp, A., Häberle, H.:* Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie . . . . . 114
- Steinhausen, H.-Cb.:* Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich . . . . . 186

#### Kurzberichte

- Hargens, J.:* Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-

- lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell . . .“ . . . . . 82
- Leistikow, J.:* Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens . . . . . 85
- In memoriam Heinz-Walter Löwenau . . . . . 117
- Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag . . . . . 233
- Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag . . . . . 267
- Hellmut Ruprecht – 80 Jahre . . . . . 315

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen

- Häfner, H. (Hrsg.):* Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland . . . . . 233
- Hauschild, Th.:* Der böse Blick . . . . . 157
- Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.):* Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten . . . . . 187
- Leber, A. (Hrsg.):* Heilpädagogik . . . . . 157
- Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.):* Emotion und Kognition . . . . . 269
- Mertens, W. (Hrsg.):* Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen . . . . . 317
- Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.):* Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . . 234
- Schneider, H.:* Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . . . . . 268
- Zimmer, D. (Hrsg.):* Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung . . . . . 316

**Mitteilungen:** 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

## Aus Praxis und Forschung

Aus dem Funktionsbereich Psychosomatik, Universitätsklinikum, Frankfurt am Main  
(Leiter: Prof. Dr. G. Overbeck)

### Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind

Von Karin Perinelli und Charlotte Günther

#### Zusammenfassung

In einer Untersuchungsstudie über die psychosoziale Abwehr in psychosomatischen Familien interessierte der Befund, daß Eltern von Kindern, die psychosomatisch erkrankt sind, weitaus häufiger als Eltern in einer Vergleichsgruppe frühe Personenverluste zu verkraften hatten, die sie heute empfindlich gegen Trennung machen. Es wird gezeigt, wie das Auftreten eines psychosomatischen Symptoms beim Kind mit unverarbeiteter Trauer in seiner Familie in Zusammenhang stehen könnte. Der von *Minuchin* für diese Familien beschriebene typische Beziehungsstil von Rigidität, Konfliktscheu, Überbesorgnis und gegenseitiger Verstrickung wird als Ausdruck unbewußter Trennungsängste verstanden und als Abwehrverhalten zur Vermeidung von Trennung, Trauer und Depression angesehen.

#### Die Bedeutung von Objektverlusten für das Auftreten eines psychosomatischen Symptoms

Wer sich mit psychosomatischen Patienten beschäftigt, weiß auch um die Bedeutung von Objektverlusten als Auslöser für die Erkrankung. Dem ersten Symptomausbruch geht meist eine enorme Erschütterung des Selbstgefühls der Patienten voraus. Sie fühlen sich aus einem Bezug herausgeworfen, der zuvor Garant ihrer intrapsychischen Stabilität war. Das kann manchmal schon die Veränderung eines gewohnten Umfeldes sein; häufig ist es aber auch die reale oder die drohende Trennung von einer Person, die wegen ihrer ausschließlichen Bedeutung für die Patienten auch ‚Schlüsselperson‘ genannt wird (*M. Sperling*). Dramatische Gefühle von Abhängigkeit und hilfloser Wut brauchten nicht erlebt zu werden, solange die reale Präsenz und Verfügbarkeit dieser Person sicher waren. Jetzt, mit der Trennung, überwiegen destruktive Impulse, die häufig gegen den eigenen Körper als einzig noch verfügbares Objekt gerichtet werden müssen. Auch bei Kindern spielen Verlusterlebnisse, insbesondere der Verlust von narzißtischer Zuwendung, eine besondere Rolle bei der Entstehung psychosomatischer

Erkrankungen. Hier hat man jedoch weniger die direkten Auslöser zu bestimmen versucht. Wichtiger war die Beschreibung pathogener Beziehungen, die das Kind offenbar so labil in seinem Selbstwertgefühl werden lassen. Zunächst konzentrierte man sich vor allem auf die Besonderheiten der Beziehung zwischen Mutter und Kind; später richtete man das Interesse mehr auf die Beziehungsstile innerhalb der Gesamtfamilie. *Minuchin* kennzeichnet das psychosomatische Familiensystem als in sich mangelnd abgegrenzt, überbesorgt, konfliktscheu und so rigide, daß Veränderungen nur schwerlich verarbeitet werden können. Auch psychoanalytische Familientherapeuten sprechen von individuell erklärbaren, entwicklungshemmenden Projektionen und Übertragungen der Eltern (*H. E. Richter*) auf das Kind – oder auch von spezifischen Bindungsmustern und Delegationsaufträgen an das Kind (*H. Stierlin*) – und dessen Rollenübernahme entsprechend der unbewußten elterlichen Erwartungen. *Jackson* und *Yalom* (1974) haben die Bedeutung des fehlenden Großvaters bzw. seiner destruktiven Rolle für Eltern colitiskranker Kinder herausgestellt. Mit der Mehrgenerationsperspektive wird zwar die Kindheitsgeschichte der Eltern als Bedingung für ihr aktuelles Verhalten mitreflektiert; trotzdem entsteht manchmal der Eindruck, als sei die Unreife der Eltern ein selbstverschuldeter Mangel. Und ihre Schwierigkeiten in der Kindererziehung muten wie Unterlassungssünden an.

#### Einbeziehung von Life-Events in das Verständnis psychosomatischer Familien

Uns stellt sich die Frage, warum neigen diese Eltern zu solchen konfliktreichen Bezügen? Gibt es neben der Gemeinsamkeit des Abwehrverhaltens nicht auch gemeinsame unbewußte Themen? Ein Weg dahin ist die Betrachtung von besonderen Lebensereignissen, die eine bestimmte intrapsychische wie interpersonale Verarbeitungsform nahelegen. Wir haben daher unsere Aufmerksamkeit auch besonders darauf gerichtet, welche Schicksale die Eltern unserer Untersuchungsgruppe in ihrer Kindheit erlebt haben. Im Gegen-

satz zu unseren Familien mit einem neurotischen Symptomkind erfuhren wir von den Eltern der psychosomatisch kranken Kinder von tragischen, z.T. sehr frühen Personenverlusten. Zusätzlich zu der Häufung von Kriegseignissen, wie Flucht aus der Heimat und Trennung von der Familie durch Verschickung, haben diese Mütter und Väter schon als Kind oftmals Vater oder Mutter verloren, dazu in vielen Fällen auch noch ein Geschwister. Wir haben allerdings die Erfahrung gemacht, daß solche einschneidenden Ereignisse in psychosomatischen Familien häufig tabuisiert werden. Deswegen haben wir bei einer Reihe von Familien auch keinerlei Angaben zu der Frage, ob es Verlusterlebnisse gab. Von den 32 Familien jedoch mit vollständigem Datenmaterial waren es 24, also 75%!, bei denen ein Elternteil oder gar beide Eltern in ihrer frühen Kindheit oder mitten in der Pubertätskrise Beziehungspersonen aus ihrer Primärfamilie (Vater, Mutter oder Geschwister) verloren. Bedenken wir nur die Trennung von Vater und Mutter durch Tod oder Scheidung, so sind es doch immerhin noch weit über die Hälfte der Familien (21 von 32), in denen manchmal sogar beide Eltern betroffen waren.

Wir denken z.B. an Familie K., deren Sohn heute an Asthma erkrankt ist. Herr K. war erst 5 Jahre alt, als sein Vater an Blinddarmdurchbruch starb. Ein Jahr später starb dann auch noch ein älterer Bruder, der sicherlich als Vater-Ersatzfigur eine große Rolle für ihn spielte. Seine Partnerin, Frau K., wurde mit 6 Jahren durch Scheidung ihrer Eltern von ihrem Vater getrennt. Oder bei Familie H., deren Sohn seit 6 Jahren unter Colitis ulcerosa leidet, wuchs der Vater von seinem 1. bis zu seinem 3. Lebensjahr im Heim auf und kam dann zu Pflegeeltern. Er war 14, als sein Pflegevater vom Traktor überfahren wurde. Seine Frau, Frau H., verlor im selben Alter ihren Vater durch Scheidung. In Familie Ha. (Tochter ebenfalls Colitis ulcerosa seit ihrem 14. Lebensjahr) war für die Mutter mit dem Tod ihrer Mutter, als sie 14 Jahre alt war, auch noch der Verlust ihrer gesamten vertrauten Umgebung verbunden. Sie kam in ein Heim. Bei Herrn Fr., dem Vater der asthmakranken Gretel, konnten wir verstehen, weshalb er durch dauernde Gemeindeaktivitäten größerer Nähe in seiner Ehebeziehung ausweichen mußte. Er kann das traumatische Erlebnis, mit 11 Jahren beide Eltern auf einmal verloren zu haben, bis heute nur durch ein Vermeidungsverhalten verkraften. So gäbe es noch viele weitere Beispiele.

Wie können nun diese ‚Life-events‘ unser Verständnis für die Dynamik dieser Familien vertiefen? *Nagera* und auch *Wolfenstein* haben über die spezifische Verarbeitungsform des Todes eines Elternteiles bei Kindern berichtet. Sie betonen vor allem die dann immer bei den Kindern eintretende Entwicklungshemmung. Kleinere Kinder verleugnen manchmal sogar, daß Vater oder Mutter weg sind; immer aber und bei größeren Kindern im Vordergrund stehend kommt es zur Abspaltung heftiger, mit dem Verlusterlebnis verbundener Affekte. Man kann nach diesen Autoren allgemein nicht erwarten, daß Kinder mit ihrer relativ schwachen Ich- und Überich-Struktur eine dem Erwachsenen zumindest mögliche adäquate Trauerarbeit leisten können – jedenfalls nicht vor der intrapsychisch vollzogenen Loslösung von den Primärobjekten in der Adoleszenz. Also kann vermutet

werden, daß diese Eltern mit den frühen Verlusterlebnissen noch starke Traueraffekte von Wut und Schmerz abgewehrt in sich tragen und daher das Aufkommen intensiver Gefühle überhaupt vermeiden müssen.

Wir möchten nun noch einmal das von *Minuchin* mit bestimmten Kategorien beschriebene Familienklima in psychosomatischen Familien betrachten. Die Rigidität der heutigen Familie könnte nun auf dem Hintergrund unverarbeiteter Verlusterfahrungen so verstanden werden, daß an einem schematischen Reaktionsmuster festgehalten wird, um intensiveren Gefühlen auszuweichen, die insbesondere bei lebendigem emotionalen Austausch und neuen Entwicklungsschritten evoziert würden. Das regressive Verharren der Familie auf einer Stufe frühen Einsseins, die den progressiven Entwicklungsschritt der Individuation noch nicht wagen kann, nennt *Minuchin* enmeshment (Verstrickung). Eine größere Selbst-Objekt-Abgrenzung darf nicht eintreten, weil das Erleben des anders Denken und Fühlens als der andere sich für Menschen mit starken unbewußten Trennungsängsten so anfühlen muß, als wären sie nun in schmerzlicher Weise verlassen und vollkommen abgelehnt (vergl. *Boszormenyi-Nagy*). Auch Konfliktfähigkeit würde ja bedeuten, daß eine fruchtbare Auseinandersetzung zwischen den Familienmitgliedern stattfinden kann, eine Konfrontation, die bei diesen Eltern aber auch durch die Aktualisierung traumatischer Erfahrungen schnell die Bedeutung von Endgültigkeit und Trennung erlangt und daher manchmal in fruchtlosem Streit mündet. Als Gegenbewegung und Abwehr entsteht meist aber das bei psychosomatischen Familien bekanntere Phänomen der Harmonisierung. Auch im Overprotektivverhalten kann sich der gleiche Konflikt wiederholen. In der ständigen Sorge um die Gesundheit und die Gefühle des Kindes sind sowohl Todesangst als auch Todeswunsch unbewußt mitenthalten – als Aggression über das Verlassen-worden-Sein, projiziert auf alle, die einen erneut verlassen wollen. Es ist, so hoffen wir, klar geworden, daß wir keineswegs die Entstehung eines psychosomatischen Symptoms bei einem Kind ursächlich mit den Erfahrungen von Objektverlusten in der Kindheit der Eltern in Verbindung bringen wollen. Auch möchten wir nicht monokausal alle Phänomene in diesen Familien auf diese Verlusterfahrung zurückführen. Jedoch ist es für den Familientherapeuten von Wichtigkeit, die Bedeutung dieser traumatischen Erfahrungen bei den Eltern zu berücksichtigen und von daher die Affektisolierung und geringe therapeutische Zugänglichkeit der Familie zu verstehen. Natürlich erklären Life-events alleine noch nicht eine spezifische Verarbeitungsweise, denn der traumatische Vorfall trifft ja auf bestimmte, schon vorher vorhandene Familienstrukturen und von daher auf unterschiedliche Verarbeitungsweisen, die mehr oder weniger rigide sind. Wir sind aber geneigt, mit *Bowen* (1976) anzunehmen, daß die prämorbid psychische Struktur der Ursprungsfamilie selbst schon in Zusammenhang zu sehen ist mit Trennungsschocks in der erweiterten Familie oder auch in den vorangegangenen Generationen. *Bowen* spricht von „Emotional Shock Waves“, die untergründig wirken und manchmal erst in späteren Generationen zu Symptomen führen. Aus psychoanalytischer Sicht ist eine Tradierung von Abwehrformen denkbar, die zunehmenden

inneren Aufwand erfordern und evtl. eine Erlebnisweise begünstigen, die bereits schon objektiv geringe Belastungen zur intrapsychischen Katastrophe werden läßt.

### Auswirkungen von Trennungserlebnissen auf die aktuelle Familiendynamik

Wenn wir jetzt das aktuelle Familiensystem betrachten, so möchten wir mit der Partnerwahl beginnen. *Langenmayr* (1978) stellte in seiner Untersuchung über die Determinanten der Partnerwahl fest, daß sich überzufällig häufig Partner mit Trennungserfahrungen finden. Die Paare in seiner Stichprobe waren offenbar überwiegend solche, die gleichzeitig mit der Partnerwahl unbewußt eine erneute Trennung provozierten. In seiner Interpretation fragt er sich mit Recht, ob die unbewußte Wahl eines Partners mit den gleichen traumatischen Trennungserfahrungen in der Kindheit und eine darin enthaltene Provokation hin zum Scheitern der Beziehung die einzige Reaktionsmöglichkeit ist. Was unsere psychosomatischen Familien anbetrifft, so scheinen diese Eltern eine andere Verarbeitungsweise gefunden zu haben für ihren Trennungskonflikt, nämlich die, eng zueinander zu stehen, zu harmonisieren und jeden Streit, d.h. alles Trennende, zu vermeiden. Wir haben durch unsere Auswahl nur vollständiger 2-Kind-Familien die Untergruppe mit neurotischer Struktur ausgeschlossen, die ihren Trennungskonflikt so agiert, daß gar keine feste Partnerwahl zustande kommt. Die anderen neurotischen Paare aber, die Familien gründen, unterscheiden sich von den Eltern psychosomatischer Kinder jedoch tatsächlich unter anderem dadurch, daß frühe Trennungserfahrungen auffallend selten sind (nur 3 von 14 Familien, d.h. unter 25%!).

Sehen wir uns doch noch einmal genauer den Aspekt des intrapsychischen Konfliktes an, der kindlichen Trennungserfahrungen auf verschiedenen entwicklungsgenetischen Niveaus gemeinsam ist. *M. Laufer* (1966) zitiert *H. Deutsch* und betont die tragische Verklammerung von intrapsychischer Entwicklung und realem Ereignis. Die Tragik liegt in der Koinzidenz von plötzlich aufgezwungener Trennung und dem in der Kindheit vorherrschenden Prozeß der Individuation, die sich über schrittweise intrapsychische Trennung und Identifikation vollzieht. Hier treten also gewaltsam Personen aus dem Leben des Kindes, von denen es gerade dabei war, innerlich zunehmend unabhängiger zu werden. Die dadurch ausgelöste Konfusion beinhaltet extreme Wut und aktualisiert regressiv zugleich Abhängigkeitswünsche. Erfährt das Kind nun nicht eine vermehrte Sicherheit in der gemeinsamen familiären Trauerarbeit, die natürlich auch eine Aggressionsverarbeitung und die Möglichkeit der langsamen Hinwendung zu neuen Objekten mit einschließen würde, so kommt es zur Entwicklungshemmung. Der Ambivalenzdruck kann häufig nicht mehr ausgehalten werden. Nun setzen z.B. Idealisierungsprozesse ein. Statt Individuation kommt es zugleich auch oft zu einem vermehrten Zusammenrücken der Familienmitglieder, die füreinander auch die Bedeutung der bleibenden Verbindung zu dem Toten erhalten. Gründen diese Kinder später eigene Familien, so ist

auch dort verständlicherweise Individuation konfliktbelastet, zumal, wenn für beide Partner Symbiose wichtiger ist als Separation, Abhängigkeit wichtiger als Autonomie. Die schon beschriebene Harmonisierung in psychosomatischen Familien beinhaltet eine solche Abwehr progressiver Bezüge. Die Idealisierung trifft hier häufig den Familienverband selbst und die Aufrechterhaltung eines sicheren Familienfriedens, der gegen weitere Verluste schützen soll. Der an sich verständliche Wunsch, sich gegen eine Wiederholung des Schmerzlischen zu schützen, weitet sich in ein neurotisches Verhalten aus. In der gegenseitigen Behinderung, der wechselseitigen eindringenden Besorgnis und dem Festhalten aneinander, kommt die abgewehrte Verlustangst zerstörerisch zum Ausdruck, ohne daß dies bewußt erlebt werden könnte. Man will Liebe und Sicherheit geben, drückt dies aber über einschränkende Kontrolle aus, Gefühle des anderen werden erraten; jeder meint zu wissen, was für den anderen am besten ist – und keiner kann sich in dem wärmenden Kokon frei entwickeln.

In Colitis-Familien wird der ‚Burgfrieden‘ mit besonders großer Mühe und Einschränkung aufrechterhalten. Offener treten die Gefühle von Enttäuschung und Wut in der Verteufelung einer „bösen Umwelt“ zutage. Die ganze Familie kapselt sich ab und erlebt die Außenwelt als feindlich und verderblich. In einzelnen Fällen hält das Böse aber doch wieder Einzug in die Familie. Die Mauer reißt ein und die Aggressionen müssen innerhalb der Familie personifiziert und ausgegrenzt werden. Einer wird zum Sündenbock, meist ist es der Indexpatient. Ganz so extrem ist die Spaltung in den von uns gesehenen Familien mit Asthmakindern in der Regel nicht. Zwar hatten die Eltern, wie wir uns erinnern werden, genauso häufig und genauso früh Trennungserlebnisse zu verkraften. Doch trafen diese Ereignisse bei einem Teil der Eltern offenbar auf eine schon relativ reife Struktur. Wahrscheinlich bestand in der Familie der Eltern eher ein Klima, in dem auch die Kinder schon vor Verlust des Elternteils aggressive wie libidinöse Impulse besser in Beziehungen einbringen konnten. Auch wenn die Trauerarbeit behindert blieb, waren die Kinder – die heutigen Eltern unserer Asthmakranken – insgesamt Ich-stärker. Anhaltspunkte für bereits vor dem Verlusterlebnis bestehende Unterschiede in der Affektverarbeitung zwischen Asthma-Eltern und Colitis-Eltern sind gegeben. Von den Eltern colitiskrankter Kinder hören wir oft (in 10 von 16 Fällen), daß sie beide aus sehr strengem ‚vaterautoritärem‘ Elternhaus kommen. Wir können annehmen, daß damals schon, also in der Großelterngeneration sich Trauer und Wut eher in vermehrter Rigidität niederschlagen mußten. Gemessen daran ist das Klima in der Asthmafamilie viel lebendiger. Das Harmonisierende bleibt meist auf das Elternpaar beschränkt und widerstreitende Gefühle dürfen zumindest in einer Beziehung gezeigt werden. In Asthmafamilien kann viel Streit züngeln, meist zwischen Mutter und Indexpatient, deren Beziehungen sich also unbewußt hochambivalent gestaltet. Oft ist das Kind der idealisierte Partner, es darf sich auch einiges erlauben, unter Umständen sogar trotzen und frech sein; niemals aber darf es sich wirklich trennen. Denn auch für diese Eltern wird die Trennungswunde zu leicht berührt.

## Auslösesituation für die psychosomatische Erkrankung des Kindes

Warum wird nun aber das Kind krank und nicht der betroffene Elternteil? Die beschriebenen Kategorien des Familienklimas beantworten diese Frage eigentlich schon. Rigidität, Konfliktscheu, Overprotectiveness und Harmonisierung schaffen ein affektverleugnendes Klima, das dem Kind als dem Ich-schwächsten Mitglied der Familie keinen Raum zur adäquaten Individuation läßt und das die ohnehin vorhandene Tendenz von Kindern zur Somatisierung starker Affekte begünstigt. In den von uns gesehenen 2-Kind-Familien kam es jedoch durchaus häufig vor, daß eines der Kinder gesund blieb und nur das andere mit körperlicher Krankheit reagierte. Warum wird nun aber meist ein Kind krank, während die Geschwisterkinder körperlich gesund bleiben? Daß die Eltern für ihre kleinen Kinder lange Zeit Schlüsselpersonen (Hilfs-Ich) sein müssen, versteht sich von selbst; daß aber auch ein Kind für die Eltern „Schlüsselperson“ sein kann, also für das Sicherheitsgefühl des Erwachsenen so bedeutsam, ist nun offenbar ein Phänomen, das wir hier als Besonderheit finden. Vergessen wir dabei nicht die fünfte Bedingung, die *Minuchin* erwähnt hat, nämlich, daß das Symptomkind in besonderer Weise in den Konflikt der Eltern einbezogen ist. Aus der Kränkung des frühen Verlassenwerdens wird durchaus verständlich, weshalb dieses besonders wichtige Kind die narzißtische Homöostase der Eltern ausbalancieren muß. Nach psychoanalytischer Betrachtung stellt gerade dieses Kind vor allem Selbstobjektaspekte der Eltern dar und hilft ihnen darüber, Depressionen abzuwehren. Meist hat es ein Elternteil besonders schwer, das Kind aus der Sicherheit gebenden Symbiose wirklich zu entlassen. Zwischen beiden besteht nach A. u. G. *Overbeck* (1978) eine sogenannte Affekt-Fusion, in der der eine die Emotionen des anderen unmittelbar miterlebt und häufig stellvertretend auszuleben hat. Jeder kennt dieses Phänomen. Die Mutter bringt das Kind angstvoll in den Kindergarten. Vor der Tür bricht das Kind in mörderisches Geheul aus, das aber sofort vergessen ist, sobald die Mutter sich doch zu trennen vermag.

Was führt denn nun zu solchen neuerlichen Kränkungen der Eltern, die vom Kind dann nur noch mit einer psychosomatischen Erkrankung beantwortet werden können? Letztlich sind es immer Verlusterlebnisse. Entweder reale oder in der Phantasie der Eltern als bedrohlich erlebte Individuationsschritte des Kindes. Bei unseren Colitisfamilien war es sehr häufig die aktuelle Wiederholung der schon einmal erlebten Situation eines realen Objektverlustes, nämlich meist der Tod von Großeltern oder Geschwistern der Eltern. Es ist erstaunlich, wie prompt die Kinder, meist noch im selben Jahr, ihren ersten Colitis-Schub erleiden. Z.B. wurde bei Familie R. aus dem Interview ganz deutlich, daß die Mutter den 2 Jahre zuvor kurz aufeinanderfolgenden Tod ihrer Eltern und ihres Bruders für sich zwar ganz ‚schrecklich‘ benennt; sie berichtet dies aber, ohne daß ein Gefühl von Trauer oder Wut für uns spürbar würde. Sie meint dann weiter, in der Familie habe es nie Probleme gegeben – außer der dann eintretenden Darmerkrankung von Tochter Susanne. Man könnte hier von einem Traueräquivalent spre-

chen, das infolge der Affektfusion von Mutter und Tochter und der relativen Ich-Schwäche des Kindes von ihm somatisiert ausgelebt werden muß. Eine andere Erklärung wäre der oben beschriebene Abwehrzirkel. Man könnte sich vorstellen, daß die Eltern die Verunsicherung durch den Verlust in vermehrter Kontrolle über das Kind abwehren. Für den Indexpatienten heißt das jetzt noch mehr Autonomieeinschränkungen und insgesamt eine Erschütterung des eigenen Selbstgefühls. Sein Stabilisierungsversuch ist dann die psychosomatische Erkrankung.

In Asthmafamilien sind die Auslösesituationen offenbar andere. Der erste Asthmaanfall fällt hier in vielen Fällen mit dem Eintritt des Kindes in die Schule, manchmal auch schon in den Kindergarten zusammen. Für diese Eltern scheint nun – mit der unvermeidlichen, da von der Umwelt geforderten Trennung – tatsächlich die Gefahr gegeben, daß das Kind sich von ihnen löst. Denn diese Kinder sind durchaus in der Lage, neue Objekte und Aktivitäten lustvoll zu besetzen. Hier steckt also der von den Eltern phantasierte Objektverlust eher in der Objektsuche des Kindes. Anders als in Asthmafamilien spielt in Colitisfamilien der Schuleintritt des Kindes als Auslöser der Erkrankung selten eine Rolle. Wir verstehen dies aus Vergleichen der Familien so, daß der Schulbesuch hier nicht die Gefahr einer Ablösung von den Eltern und einer Hinwendung zu neuen Beziehungen bedeutet. Das Kind ist den Eltern im Gegenteil ungemein sicher. Es hat selten Freunde und widmet sich oft ausschließlich dem unbewußten Auftrag der Eltern, ihr Leistungsideal zu erfüllen.

## Abschließende Bemerkungen

Fassen wir zusammen. Wir stimmen mit A. *Dührssen* überein, daß die Erforschung der sogenannten „Life-events“ eines Patienten für das Verständnis seiner Entwicklungsstörungen sehr hilfreich sein kann. Zur Interpretation der Dynamik bei unseren psychosomatisch kranken Kindern war es jedoch wichtig, die Life-events-Betrachtung zu erweitern, nämlich auf die Eltern bzw. z.T. auch auf die Großelterngeneration. Reale Verluste spielen für psychosomatische Familien eine bedeutsame Rolle. Es sind nämlich Trennungserfahrungen der vorhergehenden Generationen, die im weitesten Sinne zusätzlich zur körperlichen Disposition in bestimmten Situationen das psychosomatische Symptom des Kindes auszulösen scheinen. Es gibt entsprechend dem durch Todesfälle ausgelösten intrapsychischen Konflikt bei Erwachsenen, die in ihrer frühen Kindheit reale Personenverluste erleiden mußten, zwei Pole, zwischen denen sich die weitere Gestaltung ihrer Objektbeziehungen abspielt. Die einen, die die aggressiv-resignierte Seite in Beziehungen ausagieren müssen und keine festen Partnerschaften eingehen, bzw. nach kurzer Idealisierungsphase immer wieder erneut Trennung provozieren müssen. Oder aber, Verlustangst und Aggressionen werden in engen, harmonisierenden Bindungen verleugnet, wie es in unseren psychosomatischen Familien zu sein scheint. Die Colitisfamilien unserer Stichprobe liegen an einem Extrem dieses Pols. Bei Asthmafamilien gibt es mehr Variationen. Manche idealisieren fast ebenso stark, bei anderen wird die Ambivalenz eher über Pseudostreit ausgelebt. Und in vielen Fällen führt dies dann

auch zur Scheidung, ein Ereignis, das in Colitisfamilien so gut wie gar nicht vorkommt. Wichtig ist es uns, noch einmal festzuhalten, daß die Neigung der Eltern in gestörten Familien, ihr Kind zu parentifizieren, in psychosomatischen Familien bedeutet, das Kind zur „Schlüsselperson“ zu machen. Nicht nur hat hier das Kind die Verfügbarkeit der Eltern für sein heiles Selbstwertgefühl notwendig, sondern es muß auch seinerseits durch seine sichere Präsenz die aus unverarbeiteten Trennungserfahrungen resultierenden Depressionen der Eltern auffangen.

### Summary

#### *The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families*

It is assumed that a psychosomatic symptom of a child can be affiliated with a failure of mourning process in its family. The role of the child is that of a security-giving object – comparable with the tasks of a ‚key-person‘. Narcissistic homeostasis of the parents has to be guaranteed, parents who have often experienced early loss during their childhood. The often mentioned sensitivity of these children who suffer from psychosomatic illness seems less due to their own fear of separation but more than that this sensitivity seems connected with the unconscious fear of their parents to get again in contact with the painful feelings of early loss. The characteristics of psychosomatic families as pointed out by *Minuchin* are then understood as strategies of defence against unconscious sorrow and depression.

### Literatur

*Boszormenyi-Nagy, J.*: Familientherapie. Theorie und Praxis, Bd. 1, Hamburg 1978. – *Bowen, M.*: Family Reaction to Death. In:

Family Therapy, New York 1976. – *Bowlby, J.*: Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. A Study of the Child. 1960. – *Deutsch, H.*: Absence of Grief. *Psy. Quart.*, 6, 1937. – *Dührssen, A.*: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Göttingen 1978. – *Dies.*: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, 1964. – *Furman, R.*: Death and the young child. Study of the Child. 1964. – *Langenmayr, A.*: Personenverluste als Determinanten der Partnerwahl bei Eltern verhaltensgestörter Kinder. Praxis der Kinderpsychologie. Heft 3, 1979. – *Ders.*: Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosenentstehung. Zürich 1978. – *Laufer, M.*: Object loss and Mourning during Adolescence. The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. XXI, 1966. – *Minuchin, S.*: Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. *Arch. Gen. Psychiatr.* 32, 1975. – *Ders.*: The Role of the Family in the Treatment of Chronic Asthma. In: Family Therapy, Ph. J. Guerin, New York 1976. – *Nagera, H.*: Children's Reaction to the Death of Important Objects. In: Study of a Child. Vol. XXV, 1970. – *Overbeck, G. u. A.*: Familiendynamische Perspektiven in der Untersuchung psychosomatischer Krankheiten. Praxis 28 1979, 1–6. *Diess.*: Das Asthma bronchiale im Zusammenhang familiendynamischer Vorgänge. *Psyche* 32, 1978, 929–955. – *Pincus, L.*: Verdrängte Trauer. Familiendynamik 1978. – *Richter, H. E.*: Eltern, Kind, Neurose, Stuttgart 1963. *Ders.*: Patient Familie, Hamburg 1972. – *Ders.*: Die Rolle des Familienlebens in der kindlichen Entwicklung. Familiendynamik 1976. – *Sperling, M.*: The Clinical Effects of Parental Neurosis on the Child. In: Parenthood, A., Benedek 1970. – *Stierlin, H.*: Trennungskonflikte bei Jugendlichen. *Psyche* 28, 1974. – *Ders.*: Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Frankfurt 1971. – *Wolfenstein, M.*: Death of a Parent and Death of a President. In: Children and the Death of a President. New York 1968.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Ch. Günther, Dipl.-Psych. K. Perinelli, Klinikum d. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 6000 Frankfurt 71.