

Die psychosozialen Hintergründe von Krankenhausaufenthalten und Operationen bei Kindern

Von A. Langenmayr

Zusammenfassung

An Essener Kindergartenkindern wurde aufgrund von Fragebogenangaben untersucht, mit welchen familiären Umweltbedingungen Krankenhausaufenthalte ohne Operationen, solche mit Operationen und keinerlei Krankenhausaufenthalte (25, 39 und 82 Kinder) zusammenhängen. Bei den Familiendaten der Kinder spielte lediglich Berufstätigkeit der Mütter bei Mädchen eine Rolle. Hingegen zeigten sich deutlich Differenzen bezüglich der Familiendaten der Eltern (z. B. von Vater oder Mutter in der Kindheit erlebte Trennungen von beiden Eltern), woraus auf die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern deuteten eher auf passives Abschieben des Kindes, die bezüglich der Operation eher auf aktiv-feindselige Gefühle gegen das Kind. Auch Probleme des Geschlechtsrollenerwerbs schienen eine Rolle zu spielen.

Es bietet sich an, falls ein Krankenhausaufenthalt erforderlich scheint, anstatt der medizinischen Maßnahmen oder zusätzlich zu ihnen an Psychotherapie oder Psychohygiene zu denken.

Summary

Psycho-social backgrounds for hospital care and operations with children

The connections between children hospitalized by operations, hospitalized without them and non-hospitalized children (25, 39 and 82 children respectively) and their family environment were investigated by means of questionnaires distributed in some nursery-schools in Essen. Of all the family-data concerning the children only those about employment of girls' mothers were relevant.

On the other hand distinct differences between the family-data of the parents (e. g. father or mother having been separated from their parents when children), could be found leading to conclusions about the relationship between parents and children. The results dealing with children hospitalized without operation seem to point rather to a sort of passive disengagement of the parents, while the results about operations seem to infer more actively hostile feelings. A disturbed acquisition of sex-roles seems to play a part too.

A natural conclusion would be, that hospitalized children need psychotherapeutic psychohygienic measures either instead of solely medical treatment or as a supplement.

Untersuchungsziel

Eine erste Untersuchung an 141 Erziehungsberatungsfällen (*Langenmayr* 1980) hatte Hinweise darauf ergeben, daß das Faktum, ob Kinder bis zu einem bestimmten Lebensalter operiert wurden oder nicht, deutlich mit Aspekten ihrer familialen Sozialisation und der ihrer Eltern zusammenhängt. Insbesondere spielten die Geschwisterzahlen der Eltern, vor der Operation vom Kind erlittene Personenverluste (vor allem Abwesenheiten der Mutter und ohne kausalen oder zeitlichen Zusammenhang zur späteren Erkrankung eingetretene Trennungen des Kindes von seinen Eltern), von ihren Eltern in der Kindheit erlebte Personenverluste (vor allem längerdauernde Trennungen und besonders frühe Personenverluste durch Tod oder Scheidung), Berufstätigkeit der Mutter bei Mädchen sowie eine große Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Mutter und Kind eine Rolle. Dieser letzte sogenannte Geschwisterzahlenkonflikt wird als Indiz für eine Störung der Kommunikation zwischen Personen interpretiert (*Langenmayr* 1978). Hingegen ergab sich zum Geschlecht des Kindes und seinem Lebensalter keine Beziehung.

Aufgrund dieser ersten Ergebnisse bot sich an, an einer nicht-klinischen Stichprobe diese Zusammenhänge noch einmal zu überprüfen. Die logische Konsequenz aus einer Bestätigung dieser Befunde, gleichgültig, ob es sich bei der Operation und der Krankenhausunterbringung eines Kindes um ein körperlich nachweisbares Phänomen, eine besondere Schmerzempfindlichkeit des Kindes, ein besonders starkes Reagieren der Eltern auf Schmerzäußerungen des Kindes oder um das Verhalten der beteiligten Ärzte handelt, wäre weitreichend: Die rein medizinische Betrachtung und Behandlung von Kindern, in deren Leben Krankenhauseinweisungen und Operationen notwendig werden, würde sich verbieten. Diese Fakten müßten geradezu als Indiz für eine akute, vom Kinde nicht mehr anders bewältigbare psychosoziale Krise angesehen werden. Sie würden sozusagen nichts anderes als ein neurotisches Symptom, den zum Mißglücken verurteilten Versuch einer Problemlösung durch die gesamte Familie darstellen.

Untersuchungsdesign

In fünf konfessionellen Essener Kindergärten wurden insgesamt 330 Fragebögen ausgegeben, die jeweils aus drei eng beschriebenen Schreibmaschinen-seiten bestanden. Die Kindergartenleiterinnen waren über den Zweck der Untersuchungen aufgeklärt, die Eltern erhielten lediglich die Information, daß es sich allgemein um Zusammenhänge zwischen Familienvariablen han-

delt, insbesondere um Auswirkungen etwa der Geschwistersituation. Die Kinder waren in vier Kindergärten einer Gemeinde im Osten von Essen und einer Einrichtung im Essener Süden untergebracht. Vier Einrichtungen betreuten jeweils 75, eine Einrichtung 30 Kinder. 159 Fragebögen wurden zurückgegeben, was 48,18% entspricht. Im einzelnen war der Rücklauf in dem Kindergarten mit 30 Kindern 50%, in den vier anderen Kindergärten 28%; 61,3%; 46,7% und 53,1%. Anonym zurückgeschickt wurden zwei Fragebögen. Die Fragebögen enthielten Angaben über Alter und Geschlecht des Kindes, Familienkonstellationsdaten der Kinder und ihrer Eltern sowie über erlebte Operationen und Krankenhausaufenthalte der Kinder und ihrer Eltern. Die Erhebung wurde von einer Essener Studentin, *Christa Tschetschorke-Hermuth*, durchgeführt, die auch in ihrer Diplomarbeit eine erste globale Auswertung der Daten vornahm. Von den 159 Erhebungsbögen wurden 8 ausgesondert, da hier erhebliche Lücken in den Angaben vorgefunden wurden. Von den verbliebenen 151 Kindern hatten 39 Operationen erlitten, 25 hatten Krankenhausaufenthalte ohne Operationen hinter sich und 82 Kinder hatten weder Krankenhausaufenthalte mit noch solche ohne Operationen. Fünf Kinder hatten sowohl Krankenhausaufenthalte mit als auch solche ohne Operationen erlebt. Diese fünf Fälle wurden für die durchgeführten Berechnungen außer acht gelassen, da sie nicht eindeutig einer Gruppe zugeordnet werden konnten. So verblieben 146 Kinder zur Auswertung, von denen 71 Jungen und 75 Mädchen waren. Das Durchschnittsalter betrug 5,61 Jahre oder, da die Angaben in den Fragebögen in Monaten gemacht wurden, 67,32 Monate.

Die Operationen und die Häufigkeit ihres Auftretens waren:

Polypen	10
Mandeln	16
akute Schwerhörigkeit	1
Augenoperationen	4
Blinddarm	4
Leistenbruch	4
Hodenoperation	1
Phimose	2
Hüftluxation	1
Kieferbruch	1

Die genannten Erkrankungen, wegen denen ein Krankenhausaufenthalt ohne Operationen stattgefunden hatte, und ihre Häufigkeit waren:

Mittelohrentzündung	1
Harnröhreninfektion	1
Pseudokrapp	6
Bronchitis	2
spastische Bronchitis	1

Atemnot	1
Bronchitis/Mittelohrentzündung	2
Viruserkrankung	1
Unterleibsentzündung	1
Ernährungsstörungen	1
künstliche Ernährung	1
Erbrechen	1
Brechedurchfall	1
Magenverstimmung	1
Magendarminfektion	2
Nicht-Schließen des Mageneingangs	1
Vergiftung	1
Verkehrsunfall	1
Gehirnerschütterung	1
Verbrennung	1
Hüftluxation	2

Ergebnisse:

1. Geschlecht und Altersangaben

Tab. 1: Geschlecht der Kinder

	Op	Kr	nicht	
m	23 (18,96)	14 (12,16)	34 (39,87)	71
w	16 (20,04)	11 (12,84)	48 (42,13)	75
	39	25	82	146

$\chi^2 = 3,9$; n. s., d. h. es ergab sich kein nachweisbarer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen in der Tendenz, einer der drei Gruppen anzugehören.

Tab. 2: Alter der Kinder

	Op	Kr	nicht
x	69,9	66,12	66,45
s ²	97,15	127,86	111,87
N	39	25	82

mittleres Quadrat zwischen = 178,485; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 112,62; df = 143

F = 1,58; n. s., d. h. ein Unterschied zwischen den drei Gruppen bezüglich des Alters ließ sich nicht nachweisen.

Die beiden vorgenannten Ergebnisse bedeuten, daß die folgenden Befunde nicht auf eine mögliche Beziehung zwischen Geschlecht bzw. Alter und Familiendaten zurückgeführt werden können.

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes

Diese Variable nahmen wir auf, um zu überprüfen, ob das Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes über rein organische oder psychische Probleme spätere Operationen und Krankenhausaufenthalte der Kinder begünstigt.

Tab. 3: Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes

	Op	Kr	nicht
x	27,05	27,03	26,39
s ²	20,76	57,08	19,52
N	39	25	82

mittleres Quadrat zwischen = 7,525; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 87,66; df = 143

F = 0,085; n. s., d. h. bezüglich des Alters der Mutter bei der Geburt des Kindes waren die drei verglichenen Gruppen nicht unterschieden.

2. *Geschwisterzahlen*

Tab. 4: Geschwisterzahlen des Kindes

	Op	Kr	nicht
x	0,897	0,68	0,829
s ²	0,349	0,3776	0,41
N	39	25	82

mittleres Quadrat zwischen = 0,3649; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 0,144; df = 143

F = 2,53; n. s., d. h. die Geschwisterzahl des Kindes korreliert nicht mit Operationen und Krankenhausaufenthalten.

Tab. 5: Geschwisterzahl der Mutter

	Op	Kr	nicht
x	1,23	2,28	1,73
s ²	1,41	4,04	2,83
N	39	25	82

mittleres Quadrat zwischen = 8,535; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 2,712; df = 143

F = 3,14; p = 5 %, d. h. die Geschwisterzahl der Mutter ist bei operierten Kindern besonders gering, bei Kindern mit Krankenhausaufenthalten ohne Operationen besonders hoch. Um herauszufinden, ob dieser Effekt geschlechts-spezifisch ist, differenzierten wir in Jungen und Mädchen:

Tab. 6: Anzahl der Geschwister der Mutter bei Jungen

	Op	Kr	nicht
x	1	2,78	2,12
s ²	1,39	5,17	3,28
N	23	14	34

mittleres Quadrat zwischen = 15,605; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 3,17; df = 68

F = 4,92; p = 1 %, d. h. der Effekt der Geschwisterzahl der Mutter ist bei Jungen deutlich nachweisbar. Hingegen nicht bei Mädchen:

Tab. 7: Anzahl der Geschwister der Mutter bei Mädchen

	Op	Kr	nicht
x	1,56	1,65	1,46
s ²	1,25	1,85	2,32
N	16	11	48

mittleres Quadrat zwischen = 0,1786; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 2,11; df = 72

F = 0,0846; n. s.

Tab. 8: Geschwisterzahl des Vaters

	Op	Kr	nicht
x	1,538	2,28	1,79
s ²	1,378	2,76	2,686
N	39	25	82

mittleres Quadrat zwischen = 4,21; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 2,39; df = 143

F = 1,76; n. s., d. h. ein Effekt der Geschwisterzahl des Vaters auf Krankenhausaufenthalte und Operationen der Kinder ließ sich nicht nachweisen.

3. Geschwisterzahldifferenzen

Schon lange ist bekannt, daß ähnliche Geschwisterzahlen zwischen Personen sowohl die Wahl von Partnern (siehe z. B. *Rosenberg* und *Sutton-Smith* 1973) als auch das Verständnis der Partner füreinander (siehe z. B. *Langenmayr* 1978) fördern. Insbesondere konnte gezeigt werden, daß Personen sich um so mehr Kinder selbst wünschen (*Hendershot* 1969) und tatsächlich bekommen (*Rosenberg* und *Sutton-Smith* 1973), je mehr Geschwister sie selbst in ihrer Kindheit hatten. Da dies jedoch nur dann gilt, wenn die Beziehung zwischen Eltern und Kindern positiv erlebt wurde (*Hendershot* 1969), kann die Größe der Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Personen und insbesondere zwischen Eltern und Kindern als Indiz für einen Konflikt in der Beziehung angesehen werden. Wir bildeten also die Differenz in den Geschwisterzahlen von Mutter und Kind, Vater und Kind sowie Vater und Mutter. Um negative Werte zu vermeiden, addierten wir jeweils die Konstante fünf hinzu.

Tab. 9: Geschwisterzahldifferenz zwischen Mutter und Kind

	Op	Kr	nicht
x	5,2	6,6	5,83
s ²	1,9	4,16	2,99

mittleres Quadrat zwischen = 15,05; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 1,757; df = 143

F = 8,566; p = 1 %, d. h. bei Kindern mit Krankenhausaufenthalten ohne Operationen ist eine besonders große Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Mutter und Kind vorzufinden, bei Kindern mit Operationen eine

besonders kleine. Auch hier untersuchten wir, ob das Ergebnis eher für Jungen oder für Mädchen zutrifft:

Tab. 10: Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Mutter und Kind bei Jungen

	Op	Kr	nicht
x	5,13	7	6,35
s ²	1,85	5,71	3,76
N	23	14	34

mittleres Quadrat zwischen = 15,055; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 3,68; df = 68

F = 4,09; p = 5 %

Tab. 11: Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Mutter und Kind bei Mädchen

	Op	Kr	nicht
x	5,3	6,09	5,46
s ²	1,95	1,72	2,12
N	16	11	48

mittleres Quadrat zwischen = 2,26; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 2,1; df = 72

F = 1,076; n. s., d. h. der Einfluß der Geschwisterzahldifferenz zwischen Mutter und Kind gilt, wie aufgrund der Ergebnisse bezüglich der Geschwisterzahl der Mutter auch nicht anders zu erwarten, nur für Jungen, nicht hingegen für Mädchen.

Tab. 12: Geschwisterzahldifferenz zwischen Vater und Kind

	Op	Kr	nicht
x	5,64	6,6	5,96
s ²	1,97	3,36	3,38

mittleres Quadrat zwischen = 7,05; df = 2

mittleres Quadrat innerhalb = 3,06; df = 143

F = 3,06; p = 5 %, d. h. bei operierten Kindern ist die Geschwisterzahldifferenz zwischen Vater und Kind besonders niedrig, bei Kindern mit Krankenhausaufenthalten ohne Operationen besonders hoch. Bei der Trennung in Jungen und Mädchen bleiben beide Ergebnisse unter der Signifikanzgrenze:

Tab. 13: Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Vater und Kind bei Jungen

	Op	Kr	nicht
x	5,65	6,29	6,03
s ²	1,53	4,77	3,56
N	23	14	34

mittleres Quadrat zwischen = 1,915

mittleres Quadrat innerhalb = 3,28

F = 0,58; n. s.

Tab. 14: Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Vater und Kind bei Mädchen

	Op	Kr	nicht
x	5,62	7	5,91
s ²	2,63	1,27	3,26
N	16	11	48

mittleres Quadrat zwischen = 6,83

mittleres Quadrat innerhalb = 2,93

F = 2,33; n. s. Bezüglich der Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Vater und Mutter ergab sich kein signifikantes Resultat:

Tab. 15: Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Vater und Mutter

	Op	Kr	nicht
x	5,38	5,12	5,06
s ²	3,05	4,58	3,91

mittleres Quadrat zwischen = 1,405

mittleres Quadrat innerhalb = 3,87

F = 0,36; n. s., d. h. die Differenz in den Geschwisterzahlen zwischen Vater und Mutter hatte keine Beziehung zu Krankenhausaufenthalten und Operationen der Kinder.

4. Personenverluste beim Kind

Wir berücksichtigten nur solche Personenverluste, die vor der Operation bzw. dem Krankenhausaufenthalt des Kindes lagen, da unser Interesse ja nicht zum Beispiel die Trennung des Kindes von den Eltern als Folgeerscheinung

nung der Operation, sondern nur als mögliche Ursache war. Auch ließen wir solche Ereignisse unberücksichtigt, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem späteren Krankenhausaufenthalt bzw. Operation stehen konnten, also zum Beispiel Trennungen aufgrund von Kuraufenthalten. Bei den endgültigen Personenverlusten (durch Tod oder Scheidung) ergaben sich hier wie auch bei den Eltern der untersuchten Kinder zu wenig Fälle zur Auswertung. Bei den temporären Verlusten unterteilten wir in Trennungen und Abwesenheiten von Personen, wobei die Trennung bedeutet, daß das Kind aus dem Familienverband herausgenommen war, die Abwesenheit bedeutet, daß das Kind im Familienverband blieb, aber eine Person vorübergehend fehlte.

Tab. 16: Trennungen beim Kind

	Op	Kr	nicht	
Tr	6 (6,18)	4 (3,35)	14 (14,47)	24
nicht	29 (28,82)	15 (15,65)	68 (67,53)	112
	35	19	82	136

$\chi^2 = 0,178$; $df = 2$; n. s.

Tab. 17: Abwesenheit der Mutter beim Kind

	Op	Kr	nicht	
Abw.	5 (2,9)	1 (1,88)	5 (6,22)	11
nicht	34 (36,1)	24 (23,12)	77 (75,78)	135
	39	25	82	146

$\chi^2 = 2,35$; $df = 2$; n. s.

Tab. 18: Abwesenheit des Vaters beim Kind

	Op	Kr	nicht	
Abw.	2 (3,73)	1 (2,01)	11 (8,26)	14
nicht	35 (33,27)	19 (17,99)	71 (73,74)	125
	37	20	82	139

$\chi^2 = 2,47$; $df = 2$; n. s., d. h. weder Trennungen des Kindes noch Abwesenheiten eines Elternteils vor der Operation bzw. dem Krankenhausaufenthalt sind bei den drei untersuchten Gruppen unterschiedlich häufig zu finden.

5. Personenverluste, welche die Eltern erlebt haben

Tab. 19: Trennungen, die Eltern erlebt haben

	Op	Kr	nicht	
Tr. Mutter	9 (6,95)	4 (4,45)	13 (14,6)	26
Tr. Vater	5 (5,08)	3 (3,25)	11 (10,67)	19
Tr. Vater + Mutter	5 (4,27)	6 (2,74)	5 (8,99)	16
nicht	20 (22,7)	12 (14,56)	53 (47,74)	85
	39	25	82	146

$\chi^2 = 7,98$; $df = 6$; n. s., d. h. von Vater oder Mutter erlebte Trennungen haben keine Beziehung zu Krankenhausaufenthalten und Operationen der Kinder.

Tab. 20: Abwesenheiten, welche die Eltern erlebt haben

	Op	Kr	nicht	
Abw. Mutter	3 (4,27)	1 (2,74)	12 (8,99)	16
Abw. Vater	8 (6,95)	4 (4,45)	14 (14,6)	26
Abw. Vater + Mutter	11 (5,08)	4 (3,25)	4 (10,67)	19
nicht	17 (22,7)	16 (14,56)	52 (47,74)	85
	39	25	82	146

$\chi^2 = 15,91$; $df = 6$; $p = 2\%$, d. h. insbesondere, wenn sowohl der Vater als auch die Mutter in der Kindheit Abwesenheiten erlebten, erhöht dies vor allem die Wahrscheinlichkeit von Operationen bei den Kindern. Auch hier interessierte, ob das Ergebnis eher für Jungen oder eher für Mädchen zutrifft:

Tab. 21: Abwesenheit bei den Eltern von Jungen

	Op	Kr	nicht	
Abw. Mutter	2 (2,59)	0 (1,58)	6 (3,83)	8
Abw. Vater	7 (5,18)	4 (3,15)	5 (7,67)	16
Abw. Vater + Mutter	4 (1,94)	2 (1,18)	0 (2,88)	6
nicht	10 (13,29)	8 (8,09)	23 (19,62)	41
	23	14	34	71

$\chi^2 = 11,78$; $df = 6$; $p = \text{fast } 5\%$, d. h. Abwesenheiten, die die Eltern von Jungen erlebt haben, stehen in Beziehung insbesondere zu Operationen der Kinder.

Tab. 22: Abwesenheiten bei den Eltern von Mädchen

	Op	Kr	nicht	
Abw. Mutter	1 (1,71)	1 (1,17)	6 (5,12)	8
Abw. Vater	1 (2,13)	0 (1,47)	9 (6,4)	10
Abw. Vater + Mutter	7 (2,77)	2 (1,91)	4 (8,32)	13
nicht	7 (9,39)	8 (6,45)	29 (28,16)	44
	16	11	48	75

$\chi^2 = 13,31$; $df = 6$; $p = 5\%$, d. h. auch bei den Mädchen stehen Abwesenheiten, die ihre Eltern erlebt haben, in Beziehung insbesondere zu Operationen der Kinder.

Eine weitere Überprüfung, ob Abwesenheiten bei der Mutter oder beim Vater eher für Jungen oder für Mädchen relevant sind, ergab, daß besonders Abwesenheiten, die der Vater von Jungen erlebt hat, für die Operationen und Krankenhausaufenthalte seiner Kinder bedeutsam sind.

Schließlich bot sich an, um die Bedeutung dieser Ergebnisse noch besser erfassen zu können, lediglich solche Abwesenheiten und Trennungen bei den Eltern zu erfassen, die entsprechend den einschlägigen psychologischen Theorien von größerer psychologischer Relevanz gewesen sein könnten. Wir betrachteten also noch einmal von den Eltern erlebte Abwesenheiten und Trennungen, aber werteten nur solche Abwesenheiten und Trennungen, die eine Dauer von 6 Wochen überstiegen hatten:

Tab. 23: Abwesenheiten bei den Eltern (ohne Abwesenheiten von 6 Wochen Dauer und darunter)

	Op	Kr	nicht	
Abw. Mutter	2 (3,47)	1 (2,23)	10 (7,3)	13
Abw. Vater	9 (6,95)	4 (4,45)	13 (14,6)	26
Abw. Vater + Mutter	9 (4,27)	3 (2,74)	4 (8,99)	16
nicht	19 (24,31)	17 (15,58)	55 (51,11)	91
	39	25	82	146

$\chi^2 = 12,74$; $df = 6$; $p = 5\%$, d. h. längerdauernde Abwesenheiten, die die Eltern erlebt haben, stehen deutlich insbesondere mit Operationen der Kinder in Zusammenhang. Besonders relevant ist es, wenn beide Eltern zugleich solche Erlebnisse hatten.

Tab. 24: Trennungen bei den Eltern (ohne Trennungen von 6 Wochen Dauer und darunter)

	Op	Kr	nicht	
Tr. Mutter	6 (3,47)	3 (2,23)	4 (7,3)	13
Tr. Vater	4 (5,08)	5 (3,25)	10 (10,67)	19
Tr. Vater + Mutter	1 (0,27)	3 (1,03)	2 (4,7)	6
nicht	28 (30,18)	14 (18,49)	66 (59,33)	108
	39	25	82	146

$\chi^2 = 14,11$; $df = 6$; $p = 5\%$, d. h. längerdauernde Trennungen, die die Eltern erlebt haben, stehen sowohl mit Operationen wie auch mit Krankenhausaufenthalten der Kinder im Zusammenhang. Insbesondere erhöhen Trennungen, die die Mutter alleine erlebt hat, die Häufigkeit von Operationen, Trennungen, die Vater und Mutter beide erlebt haben, eher die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte ohne Operationen. Das Fehlen von Trennungserlebnissen bei Vater und Mutter geht deutlich mit einem Fehlen von Operationen und Krankenhausaufenthalten bei den Kindern einher.

6. Berufstätigkeit der Mutter

Auch hier berücksichtigten wir nur die Fälle, wo die Berufstätigkeit der Mutter vor der Operation bzw. dem Krankenhausaufenthalt eingetreten war. Allerdings waren die Verhältnisse auch nur in einem Fall anders. Obwohl wir hier bezüglich der Berufstätigkeit der Mutter kein signifikantes Ergebnis erhielten, untersuchten wir dennoch für Jungen und Mädchen getrennt weiter, da einerseits die unterschiedliche Auswirkung der Berufstätigkeit von Müttern auf Jungen und Mädchen bekannt ist, andererseits in der oben erwähnten Untersuchung sich hier Differenzen ergeben hatten:

Tab. 25: Berufstätigkeit der Mutter des Kindes

	Op	Kr	nicht	
ber.	11 (10,15)	8 (6,5)	19 (21,34)	38
nicht	28 (28,85)	17 (18,5)	63 (60,66)	108
	39	25	82	146

$\chi^2 = 0,91$; $df = 2$; n. s., d. h. die Berufstätigkeit der Mutter hing nicht mit Krankenhausaufenthalten und Operationen der Kinder zusammen.

Tab. 26: Berufstätigkeit der Mutter bei Jungen

	Op	Kr	nicht	
ber.	4 (5,89)	3 (3,21)	12 (9,9)	19
nicht	18 (16,11)	9 (8,79)	25 (27,1)	52
	22	12	37	71

$\chi^2 = 1,46$; $df = 2$; n. s.

Tab. 27: Berufstätigkeit der Mutter bei Mädchen

	Op	Kr	nicht	
ber.	7 (4,3)	5 (3,29)	7 (11,41)	19
nicht	10 (12,7)	8 (9,71)	38 (33,59)	56
	17	13	45	75

$\chi^2 = 5,74$; $df = 2$; $p = \text{fast } 5\%$, d. h. die Berufstätigkeit der Mutter hängt nur bei Mädchen, nicht aber bei Jungen mit einer Erhöhung der Tendenz zu Krankenhausaufenthalten und Operationen zusammen.

7. Krankenhausaufenthalte und Operationen der Eltern

Dieses Faktum untersuchten wir insbesondere, um die Frage zu prüfen, ob unsere Ergebnisse vielleicht nicht nur psychosoziale Ursachen von Operationen und Krankenhausaufenthalten widerspiegeln, sondern vielleicht auch genetische Einflüsse eine Rolle gespielt haben könnten. Dies könnte der Fall sein, wenn zum Beispiel eine geringe Geschwisterzahl eines der beiden Elternteile nicht nur die Einstellung zu Kindern, Sexualverhalten und Prävention widerspiegelt, sondern auch so etwas wie eine erbliche Morbidität in der Familie, die dann wiederum mit den Krankenhausaufenthalten und Operationen der Kinder zusammenhängen könnte. Doch dies müßte sich hier zeigen.

Tab. 28: Operationen des Vaters

	Op	Kr	nicht	
Op	8 (5,88)	4 (3,77)	10 (12,35)	22
nicht	31 (33,12)	21 (21,23)	72 (69,65)	124
	39	25	82	146

$\chi^2 = 1,44$; $df = 2$; n. s., d. h. Operationen, die der Vater erlitten hat, stehen nicht im Zusammenhang zu Operationen und Krankenhausaufenthalten seiner Kinder.

Tab. 29: Krankenhausaufenthalte des Vaters

	Kind	Op	Kr	nicht	
Vater	Kr	6 (6,81)	6 (4,48)	14 (14,71)	6
	nicht	32 (31,19)	19 (20,52)	68 (67,29)	119
		38	25	82	145

$\chi^2 = 0,79$; $df = 2$; n. s., d. h. Krankenhausaufenthalte des Vaters stehen nicht in Beziehung zu Krankenhausaufenthalten und Operationen seiner Kinder.

Tab. 30: Operationen der Mutter

	Kind	Op	Kr	nicht	
Mutter	Op	9 (7,48)	5 (4,79)	14 (15,73)	28
	nicht	30 (31,52)	20 (20,21)	68 (66,27)	118
		39	25	82	146

$\chi^2 = 0,63$; $df = 2$; n. s., d. h. Operationen der Mutter stehen nicht im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten und Operationen ihrer Kinder.

Tab. 31: Krankenhausaufenthalte der Mutter

	Kind	Op	Kr	nicht	
Mutter	Kr	5 (5,07)	2 (3,25)	12 (10,68)	19
	nicht	34 (33,93)	23 (21,75)	70 (71,32)	127
		39	25	82	146

$\chi^2 = 0,74$; $df = 2$; n. s., d. h. Krankenhausaufenthalte der Mutter stehen nicht im Zusammenhang zu Krankenhausaufenthalten und Operationen ihrer Kinder.

8. Zuletzt sollte noch untersucht werden, ob Krankenhausaufenthalte mit und ohne Operationen bei den Kindern miteinander zusammenhängen, ob es sich also um zwei voneinander getrennte Indizes für körperliche Gesundheit handelt. Dann wäre zu erwarten, daß sie auch weitgehend mit getrennten psychodynamischen Hintergründen einhergehen müßten.

Tab. 32:

	Op	nicht	
Kr	5 (8,74)	25 (21,26)	30
nicht	39 (35,26)	82 (85,74)	121
	44	107	151

$\chi^2 = 2,82$; $df = 1$; n. s., d. h. Operationen und Krankenhausaufenthalte der Kinder hängen nicht signifikant miteinander zusammen.

Interpretation

Auch in dieser Stichprobe ließ sich nachweisen, daß bedeutsame Zusammenhänge zwischen den familiären Beziehungen eines Kindes und auftretenden Krankenhausaufenthalten mit oder ohne Operation bestehen. Insbesondere erwiesen sich solche Variablen als relevant, die auf Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen hindeuten. Vor allem von den Eltern erlebte länger dauernde Abwesenheiten von Bezugspersonen in der Kindheit oder von ihnen erlebte familiäre Trennungen (soweit sie aufgrund einer Dauer von mehr als 6 Wochen von größerer psychologischer Relevanz waren) erwiesen sich als bedeutsam. Dabei spielten insbesondere Fakten eine Rolle, die bei beiden Elternteilen zugleich aufgetreten waren. Dies deutet auf eine Summierung der korrespondierenden Kontaktprobleme in der Familie, vielleicht auch schon aufgrund einer ungünstigen und Beziehungsstörungen intendierenden Partnerwahl hin. Daß insbesondere bei von den Vätern der Jungen erlebten Abwesenheiten die Operationsrate erhöht war, spricht dafür, daß die Operation über die Beziehungsstörung hinaus auch mit Aspekten des Geschlechtsrollenerwerbs zusammenhängt, da dem Vater in diesen Fällen die männliche Identifikationsfigur in seiner Kindheit fehlte.

Auch Konflikte, wie sie durch ein starkes Zurückbleiben der Kinderzahl hinter den vom Vater ebenso wie von der Mutter erlebten Geschwisterzahlen repräsentiert werden (Hendershot 1969, Langenmayr 1978), stehen besonders mit Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang. Offensichtlich wirkt sich

hier die mangelnde Verständigungsmöglichkeit zwischen Eltern und Kindern in der Erkrankung aus. Unsere Resultate zeigen, daß dies allerdings bevorzugt für Jungen gilt. Entweder spiegelt also der Geschwisterzahlenkonflikt besonders deutlich die Möglichkeiten des Geschlechtsrollenerwerbs wider (man lernt von den Eltern, wie viele Kinder man sich wünscht, wie man zur Sexualität und zu ihren Resultaten stehen will), und Jungen sind durch entsprechende Störungen der Eltern-Kind-Beziehung in diesem Bereich stöbarer als Mädchen. Oder unser Ergebnis begründet sich damit, daß Mädchen generell mehr Geschwister haben als Jungen und somit ein Abfall der Kinderzahl gegenüber der Geschwisterzahl der Eltern bei ihnen weniger deutlich zu Buche schlägt als bei Jungen. Das Phänomen der größeren Geschwisterzahl der Mädchen beruht darauf, daß Eltern immer noch nach der Geburt von Jungen eher mit der Anzahl der Kinder zufrieden sind als nach der Geburt zum Beispiel nur eines Mädchens (*Langenmayr* 1978). Die größere Geschwisterzahl der Mutter bei Kindern mit Krankenhausaufenthalten wäre unter diesem Aspekt eher als notwendige Voraussetzung des Geschwisterzahlenkonflikts zu sehen als ein selbständig zu interpretierendes Faktum.

Schließlich zeigte sich, daß Berufstätigkeit der Mutter insbesondere bei Mädchen die Anzahl der Operationen und in geringerem Umfang auch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte ohne Operation erhöht. Auch dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß das Faktum der Operation mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation zu tun hat.

Demgegenüber erwiesen sich andere Familiendaten, welche Erlebnisse der Kinder selbst und nicht ihrer Eltern widerspiegeln, als nicht genauso relevant. Die Geschwisterzahl der Kinder hatte ebensowenig Einfluß auf Krankenhausaufenthalte und Operationen wie von den Kindern erlebte Trennungen und Abwesenheiten der Eltern. Außer auf die geringe Fallzahl zu verweisen, könnten wir auch daran denken, daß diese Erlebnisse noch zu unmittelbar und bewußtseinsnah sind, um bereits stärkere Verdrängungsprozesse, welche die Grundlage für körperliche Erkrankungen darstellen könnten, auszulösen. Erst in der nächsten Generation könnten diese Verdrängungen so weit bewußtseinsfern geworden sein, daß ihre Lösung im Krankheitsgeschehen nötig wird. Im Gegensatz zu der oben erwähnten Untersuchung an Erziehungsberatungsfällen scheint dies nur im „Normal“bereich so zu sein. Bei erheblich gestörten Familien (Erziehungsberatungsfälle) können auch bereits Erlebnisse der Kinder derartige Auswirkungen haben.

Es zeigte sich, daß Krankenhausaufenthalte und Operationen weitgehend getrennte Indizes für körperliche Störungen sind. Zwar gibt es einige familiäre Umweltfaktoren (z. B. Trennungen bei den Eltern), die beides gleichermaßen auszulösen imstande sind, doch gibt es auch Faktoren, die deutlich zwischen beiden Krankheitsindizes differenzieren. Unsere Ergebnisse bieten an, beim Krankenhausaufenthalt eher eine passiv abschiebende Haltung der Eltern anzunehmen, bei der Operation eher eine aktiv ablehnende Haltung und

zusätzlich Probleme im Geschlechtsrollenerwerb. Entsprechend ließe sich – vorläufig rein hypothetisch – der Krankenhausaufenthalt als Wunsch der gesamten Familie, ein Kind loszuwerden, interpretieren, die Operation als Versuch der aktiven Veränderung der körperlichen und geschlechtsspezifischen Identität des Kindes bis hin zur völligen existentiellen Auslöschung. Sicherlich wird man in diesem Zusammenhang auch an die Ähnlichkeit der Operation mit der Kastration im Erleben des Kindes und vielleicht auch im unbewußten Erleben seiner Eltern denken können. Dem entspricht, daß Ergebnisse, die allgemeine Beziehungsstörungen repräsentieren (Trennungen und Abwesenheiten bei den Eltern) bei Jungen und Mädchen aufzufinden sind, während andere Ergebnisse deutlich nur für ein Geschlecht nachweisbar sind.

Daß Geschlecht und Alter der Kinder keine Rolle spielten, zeigt, daß unsere Ergebnisse dadurch nicht beeinträchtigt worden sein können. Ähnlich zeigt der fehlende Zusammenhang zu Krankenhausaufenthalten und Operationen, die die Eltern erlebt haben, daß erbliche oder auch „sozial vererbte“ Morbidität hier keine Rolle spielte, sondern Krankenhausaufenthalte und Operationen von Kindern sich aufgrund anderer, nicht mit Erkrankungen der Eltern zusammenhängender, Beziehungsstörungen des Familiensystems ergeben. Daß die von uns erfaßten Erkrankungen die ganze Breite der vorkommenden Gründe für kindliche Operationen und Krankenhausaufenthalte erfaßten, bestätigt deutlich die allgemeine Hypothese, daß allen körperlichen (und psychischen) Erkrankungen ein psychosozialer Konflikt zugrunde liegt (Langenmayr 1980). Zwar ist nicht ganz auszuschließen, daß die von uns klar nachgewiesenen Zusammenhänge aufgrund von besonderer Schmerzempfindlichkeit des Kindes, Überreaktion der Eltern oder der Ärzte zustandekommen, doch dürfte im Zusammenhang mit anderen Resultaten, die bei Kontrolle aller wesentlichen anderen Faktoren Beziehungen etwa zwischen Blinddarm-entzündung und Geschlechtsrollenerwerb (Murphy 1966) oder zwischen Krebserkrankung und Beziehung zu den Eltern vor der Erkrankung (Thomas und Duszynski 1974) nachweisen, sich eher anbieten, auch hier von tatsächlichen körperlichen Symptomen auszugehen. Für die zu ziehenden Konsequenzen ist diese Kontroverse aber weitgehend ohne Belang.

Konsequenzen

Da Operationen und Krankenhausaufenthalte von Kindern mit den Einstellungen der Familienmitglieder zueinander zusammenhängen (wie sie durch die von uns erfaßten objektiven Familienvariablen repräsentiert werden), ist die rein körperliche Betrachtung und Versorgung abzulehnen. Demgegenüber ist es wesentlich, stets begleitend, oft auch anstatt der Krankenhausunterbringung und der Operation, die familiären Interaktionen und unbewußten Einstellungen zu beleuchten und aufzuarbeiten, wobei das gesamte Familiensystem, eventuell auch noch das weitere soziale Umfeld, zu berücksichtigen ist. In vielen Fällen werden sich medizinische Eingriffe dann erübrigen, die in der Regel nur eine Verstärkung der bereits ohnedies vorhandenen Verdrängungen in der Familie bewirken, so, wenn ein sich abgeschoben fühlendes Kind die Trennung von den Eltern im Krankenhaus erlebt oder ein Kind, das sich von den Eltern bedroht fühlt, mit dem Erlebnis der Operation konfrontiert wird. Die Rolle des Arztes stellt in diesen Fällen in fragwürdiger Weise die des Erfüllungsgehilfen dar, der von den Eltern und vom Kind gewünschten aggressiven oder passiv ablehnenden Handlungen gegen das Kind dar. Bei unumgänglichen medizinischen Maßnahmen wäre die Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen Kind und Eltern (z. B. rooming in) wünschenswert, ebenso aber auch nachsorgende psychotherapeutische Betreuung, damit nicht bei der Rückkehr des Kindes in die Familie erneute körperliche Erkrankungen aufgrund der bestehen gebliebenen Bedürfnisse der Familie (z. B. nach einem kranken Kind) auftreten.

Anhand der von uns und in anderen Untersuchungen erarbeiteten Daten könnten auch präventiv Kriterien erarbeitet werden, aufgrund derer das Auftreten medizinischer Symptome durch Psychotherapie bzw. Psychohygiene verhindert werden könnte.

Schließlich wäre für die Forschung wichtig, über die hier nachgewiesenen Zusammenhänge hinaus die intervenierenden Variablen zwischen Operation bzw. Krankenhausaufenthalt einerseits und Familiendaten andererseits in ihrem Zusammenspiel zu erfassen, wobei neben den körperlichen Symptomen Verhaltensweisen des Kindes ebenso berücksichtigt werden sollten wie solche der Eltern und der beteiligten Ärzte.

Literatur

- Hendershot, G. E.*: Familial satisfaction, birth order and fertility values. *Journal of Marriage and the Family* 1969, 31 (1), S. 27–33
- Langenmayr, A.*: Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosenentstehung. (Hogrefe) Göttingen 1978

- Langenmayr, A.*: Krankheit als psychosoziales Phänomen. (Hogrefe) Göttingen 1980
- Murphy, H. B.*: Personality and the vermiform appendix. *Journal of Health and Human Behaviour* 1966, No. 3, S. 153
- Rosenberg, B. G.* und *Sutton-Smith, B.*: Family structure and sex role variations. Nebraska Symposium on Motivation 1973, S. 195
- Thomas, C. B.* und *Duszynski, K. R.*: Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: Suicide, mental illness, malignant tumors, hypertension and coronary heart disease. *John Hopkins Medical Journal* Mai 1974, Bd. 134, S. 251–270

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. *A. Langenmayr*
Universität Essen-Gesamthochschule
Fachbereich 2 – Erziehungswissenschaften
Postfach 10 37 64
4300 Essen 1