

Braun, H.

Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 7, S. 269-276

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31261

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter*

Von H. Braun

Zusammenfassung

Aus dem stationären Krankengut der Universitätskinderklinik Erlangen wurden als kindliche und jugendliche Psychosomatosen Asthma bronchiale, Anorexia nervosa, Enuresis, Obstipation und Tic mit einer klinikinternen Kontrollgruppe verglichen. Die Hypothese, daß sich Psychosomatosen in der Gruppe der „Kinder von Angestellten und Arbeitern“ („Unterschicht“) häufen, konnte verifiziert werden. Aufgrund der relativ großen Streuung der Berufsgruppen konnten die Kategorien „Unterschicht“ und „Oberschicht“ nur annähernd angewandt werden. Wichtig erscheint jedoch festzuhalten, daß soziale Faktoren durchaus an der Manifestation kindlicher und jugendlicher Psychosomatosen beteiligt sind. Als Bestätigung der Ergebnisse kann gewertet werden, daß zahlreiche Einzelbefunde aus der Literatur mit denen der

vorliegenden Studie, die dem vergleichsweise unausgelesenen Krankengut einer Kinderklinik entnommen sind, übereinstimmen.

Einleitung

Die ersten epidemiologischen Studien psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter fallen historisch zusammen mit der Einführung der allgemeinen Schulpflicht [76]. Dadurch erst war eine wesentliche Bedingung für die Manifestation vieler Störungen als auch die organisatorische Voraussetzung zur Erfassung größerer Kollektive geschaffen.

Seit jeher wird der Altersbereich vor der Adoleszenz gekennzeichnet durch die noch unmittelbar evidente Einheit von Körper und Seele. Kinder agieren und reagieren häufig und intensiv ganzheitlich-psychosomatisch. Dies gilt für den physiologischen und für den pathologischen Bereich [11, 12, 58]. Einige klassische kindliche Psychosomatosen können als regressive Spätvarianten physiologischer Entwicklungsstadien betrachtet werden, wie beispielsweise Enuresis und Enkopresis.

* Die Arbeit wurde ursprünglich als med. Dissertation an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen angefertigt. Für die Publikation wurden die Daten nochmals ausgewertet. Herrn Dr. Scheurlen vom Institut für Medizinische Dokumentation und Statistik der Universität Heidelberg möchte ich für die Durchführung der statistischen Berechnungen herzlich danken.

Obwohl psychosomatische Störungen immer mehr Aufmerksamkeit finden, ist den sozialepidemiologischen Aspekten kindlicher Psychosomatosen bislang nur wenig wissenschaftliches Interesse bekundet worden; trotz eines abundanten Schrifttums fehlen Publikationen, die sich der Sozialverteilung ausschließlich dieser Krankheitsgruppe widmen. Erst vermehrtes Interesse an psycho- und soziogenetischen Fragestellungen in den letzten Jahrzehnten sowie administrative Versuche, bei kostenintensiven chronischen Erkrankungen Therapiebedarf und Kostenentwicklung zu ermitteln, resultierten in zahlreichen, mittlerweile klassischen Studien zur Interdependenz von sozialen, psychischen und organischen Faktoren, insbesondere bei schizophrenen Störungen Erwachsener [22, 23, 43, 53, 55, 57, 64, 74].

Im deutschsprachigen Raum war die Epidemiologie psychischer bzw. psychiatrischer Störungen nach den Pionierarbeiten von *Brugger* [10] während der Zeit des Nationalsozialismus zum Erliegen und danach zu einem nur langsamen Erwasen gekommen [vgl. 7, 13, 31, 32, 44]. Dies gilt besonders für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, aber auch hier liegt nunmehr eine Vielzahl von Studien vor. Dabei dominieren breit angelegte Projekte, allen voran die „Isle of Wight-Studie“ [71], mit Hilfe derer das Häufigkeitsspektrum möglichst vieler psychischer Auffälligkeiten bestimmt werden soll; im erfaßten Spektrum ist es dann regelmäßig die Kategorie der sog. Verhaltensstörungen, dem prozentual die größten Anteile zufallen [8, 27, 29, 36, 37, 52, 62, 69, 75, 76, 81, 82]. Kindliche und jugendliche Psychosomatosen spielen dagegen keine entscheidende Rolle und werden – nicht selten beispielsweise unter „Eßstörung“ subsumiert – nahezu unkenntlich. Soziopathogenetische Überlegungen werden von wenigen Ausnahmen abgesehen [65, 71, 86] kaum berücksichtigt. Dabei war es nicht nur *Petri* [65] gelungen nachzuweisen, daß „Kinder aus den unteren sozialen Schichten in durchschnittlich stärkerem Maße durch ihre Sozialisation und psychische Entwicklung ungünstig beeinflussende Faktoren belastet sind als Kinder aus höheren Sozialschichten.“

Material und Methode

Das globale Ergebnis der stärkeren Belastung der unteren sozialen Schichten mit psychischen Störungen sollte an einer Gruppe von Psychosomatosen spezifiziert werden, ausgehend von der Annahme, daß auch psychosomatische Störungen in den Unterschichten gehäuft auftreten. Diese Hypothese stützt sich auf Überlegungen, daß Ausmaß und Tendenz zur Somatisierung psychischer Konflikte („Psychosomatogenese“) nicht ausschließlich abhängig zu denken sind von einer speziellen intrapsychischen Trieb- und Abwehrkonstellation, sondern ebenso vom Vorhandensein bzw. Fehlen sozialer, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen. Solche Fähigkeiten sind jedoch Effekte einer je differenten Sozialisation und somit schichtspezifisch [6, 82, 92, 93].

Aus dem Archiv der Universitätskinderklinik Erlangen wurden 323 Krankengeschichten stationärer Patienten erfaßt. Davon entfielen 211 Krankengeschichten auf die Gruppe der Psychosomatosen und 112 auf die Kontrollgruppe im Sinne einer klinikinternen Kontrastgruppe [4]; letztere wurde zufällig nach den Endnummern der Krankengeschichten ausgesucht, wobei die psychosomatischen und andere Erkrankungen mit erkennbarer psychischer Beteiligung ausgeschlossen wurden. Die Psychosomatosen teilen sich auf in fünf Untergruppen: Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Enuresis (ohne Spezifizierung), Obstipation und Tics (ohne Gilles de la Tourette-Syndrom). Stark divergierende Fallzahlen der einzelnen Störungen pro Jahr erforderten die Auswertung jeweils unterschiedlich vieler Jahrgänge. Um eine gewisse historische Konstanz zu gewährleisten, wurde der Untersuchungszeitraum nicht über das Jahr 1970 hinaus ausgedehnt [vgl. 38, 39].

Tab. 1: Untersuchungsgruppen nach Geschlecht

Untersuchungsgruppen	Anzahl (absolut)	männl.	weibl.
Kontrollgruppe	112	60	53
Asthma	78	55	23
Enuresis	48	20	28
Obstipation	44	16	28
Anorexie	24	4	20
Tic	17	13	4
	323	168	155

Ergebnisse

Zuerst sollen die absoluten und relativen Häufigkeiten der einzelnen Variablen dargestellt und dann mit der Berufstätigkeit des Vaters in Beziehung gesetzt werden. Der Charakter einer retrospektiven Untersuchung erlaubt lediglich die Berücksichtigung von Grobvariablen wie Wohnort, Beruf des Vaters, Beruf der Mutter, Geschwisterzahl, Geschlecht des Patienten und Position des Patienten in der Geschwisterreihe.

Der Beruf des Vaters wurde nach der Sozialskala von *Handl* [35] eingestuft, die 34 Berufsgruppen differenziert.

Für die statistische Bearbeitung wurde eine Vereinfachung dieser Skala durchgeführt. Ausgehend von einer Klassifizierung von Vätern mit eher selbstverantwortlicher (Selbständige, Beamte) versus abhängiger Arbeit (Angestellte und Arbeiter) wurde – etwa der white-blue-collar-Differenzierung entsprechend – ein Zweischichtenmodell konstruiert, wobei Gruppe 1 („Unterschicht“) die Angestellten und Arbeiter (Statusscores nach *Handl* 4, 7, 8, 11–13, 16–18, 21–34), Gruppe 2 („Oberschicht“) Beamte und Selbständige umfaßt (Statusscores nach *Handl* 1–3, 5, 6, 9, 10, 14, 15, 19, 20).

Die Auftragung der väterlichen Berufe im Zweischichtenmodell für die einzelnen Untersuchungsgruppen ist aus der folgenden Tabelle zu ersehen. Bei der

Tab. 2: Berufsgruppen (Väter) nach absoluter/prozentualer Häufigkeit

Gruppe	Beruf	Absolute Häufigkeit	Prozentuale Häufigkeit
1	Freie Berufe mit mehr als zwei Mitarbeitern	5	1.55
2	Freie Berufe mit bis zu einem Mitarbeiter	10	3.10
3	Höhere Beamte	2	0.62
4	Höhere Angestellte	1	0.31
5	Selbständige mit zehn und mehr Mitarbeitern	2	0.62
6	Gehobene Beamte	9	2.79
7	Gehobene Angestellte in der Privatwirtschaft	12	3.71
8	Gehobene Angestellte im Öffentlichen Dienst	1	0.31
9	Selbständige mit zwei bis neun Mitarbeitern	12	3.71
10	Selbständige mit bis zu einem Mitarbeiter	4	1.24
11	Mittlere Angestellte in der Privatwirtschaft	32	9.91
12	Mittlere Angestellte im Öffentlichen Dienst	1	0.31
13	Werkmeister	1	0.31
14	Mittlere Beamte	4	1.24
15	Landwirte mit mehr als 50 Hektar landwirtsch. Fläche	—	—
16	Meister	7	2.68
17	Einfache Angestellte in der Privatwirtschaft	38	11.76
18	Einfache Angestellte im Öffentlichen Dienst	5	1.55
19	Einfache Beamte	16	4.95
20	Landwirte mit 20 bis 49 Hektar landwirtsch. Fläche	14	4.33
21	Vorarbeiter	—	—
22	Facharbeiter Bau	6	1.86
23	Facharbeiter Gewerbe	77	23.84
24	Facharbeiter Dienstleistung	2	0.62
25	Facharbeiter Landwirtschaft	—	—
26	Landwirte mit 10 bis 19 Hektar landwirtsch. Fläche	—	—
27	Angelernte Dienstleistung	3	0.93
28	Landwirte mit bis zu 9 Hektar landwirtsch. Fläche	—	—
29	Angelernte Bauarbeiter	2	0.62
30	Angelernte Arbeiter (Gewerbe)	32	9.91
31	Ungelernte Arbeiter (Dienstleistung)	14	4.33
32	Ungelernte Arbeiter (Gewerbe)	8	2.48
33	Ungelernte Bauarbeiter	3	0.93
34	Ungelernte Arbeiter (Landwirtschaft)	—	—

Skalierung der väterlichen Berufe wurde keines der gängigen Schichtmodelle verwandt [17, 45, 49, 72, 88], stattdessen die Dichotomisierung zwischen verschiedenen Berufsgruppen vorgezogen.

Tab. 3: Untersuchungsgruppen nach Schichtzugehörigkeit

Untersuchungsgruppen	Absolute Häufigkeit	Unterschicht		Oberschicht	
		abs.	proz.	abs.	proz.
Kontrollgruppe	112	79	70.54	33	29.46
Asthma	78	67	85.90	11	14.10
Enuresis	48	35	72.92	13	27.08
Obstipation	44	36	81.82	8	18.18
Anorexie	24	15	62.50	9	37.50
Tic	17	13	76.47	4	23.53
	323	245	75.85	78	24.15

Die orientierende Übersicht zeigt, daß in allen Untersuchungsgruppen die Unterschicht häufiger auftritt. Ob sich die „Psychosomatosen“ von der Kontrollgruppe im Kriterium der sozialen Schichtzugehörigkeit jedoch signifikant unterscheiden, wird die weitere Untersuchung nachzuweisen haben.

Der Wohnort ist aufgelistet nach der Stadt der betreffenden Kinderklinik, anderen Mittel- und Großstädten und ländlichen Gebieten.

Der Wohnort erlaubt keine weiteren Schlußfolgerungen, da der Einzugsbereich der Klinik sehr groß ist und verschiedenste, vorwiegend ländliche Gebiete umfaßt.

Der Beruf der Mutter wurde quantitativ ermittelt und ist aufgeschlüsselt nach Hausfrauen, halbtags oder ganztags Tätigen. Konventionellerweise wird der Beruf der Mutter nur nach quantitativen Kategorien erfaßt, die dementsprechend ungenau sind. Beispielsweise können soziale Unterschiede zwischen einer halbtags tätigen

Tab. 4: Untersuchungsgruppen nach Wohnort

Untersuchungsgruppen	Absolute Häufigkeit (N = 323)	Erlangen		andere Mittel- u. Großstädte		ländliche Gebiete	
		abs.	proz.	abs.	proz.	abs.	proz.
Kontrollgruppe	112	23	20.54	24	21.43	65	58.04
Asthma	78	11	14.10	31	39.74	36	46.15
Enuresis	48	4	8.33	19	39.58	25	52.08
Obstipation	44	9	20.45	7	15.91	28	63.64
Anorexie	24	3	12.50	9	37.50	12	50.00
Tic	17	3	17.65	3	17.65	11	64.71

Verkäuferin und einer als Hausfrau lebenden ehemaligen Lehrerin nicht erfaßt werden. Im Vergleich mit Großstadtstudien ist die mittlere Berufstätigkeit niedrig, mit Ausnahme der Mütter von Anorexie-Patienten (Tab. 5).

Tab. 5: Untersuchungsgruppen nach Berufstätigkeit der Mutter

Untersuchungsgruppen	Absolute Häufigkeit (N = 232)	Hausfrau		halbtags berufstätig		ganztags berufstätig	
		abs.	proz.	abs.	proz.	abs.	proz.
Kontrollgruppe	112	81	72.31	11	9.82	20	17.86
Asthma	78	59	75.64	11	14.10	8	10.26
Enuresis	48	36	75.00	11	22.92	1	2.08
Obstipation	44	31	70.45	7	15.91	6	13.64
Anorexie	24	13	54.17	6	25.00	5	20.83
Tic	17	15	88.24	1	5.89	1	5.89

Die variable *Position der Patienten in der Geschwisterreihe* erfordert eine Strukturierung in Einzelkinder (1), Erste von mehreren Kindern (2), Letzte von mehreren Kindern (3) und mittlere Geschwister (4). Auffallendster Befund ist die große Anzahl der Einzelkinder in der Obstipationsgruppe (Tab. 6).

Tab. 6: Stellung in der Geschwisterreihe nach Untersuchungsgruppen (N = 323)

Untersuchungsgruppen	1		2		3		4	
	abs.	proz.	abs.	proz.	abs.	proz.	abs.	proz.
Kontrollgruppe	35	31.25	13	11.61	50	44.64	14	12.50
Asthma	14	17.95	18	23.08	27	34.62	19	24.36
Enuresis	6	12.50	12	25.00	14	29.17	16	33.33
Obstipation	18	40.91	5	11.36	13	29.55	8	18.18
Anorexie	5	20.83	8	33.33	5	20.83	6	25.00
Tic	1	5.88	8	47.06	6	35.29	2	11.76

Die *Anzahl der Geschwister* der Patienten streut breit bei deutlichem Trend zur Kleinfamilie. In der Obstipationsgruppe ist die geringste Kinderzahl aufzufinden, möglicherweise doch ein Hinweis auf eine allgemeine Retentivität (Tab. 7).

Tab. 7: Untersuchungsgruppe nach absoluter Anzahl der Geschwister (N = 323)

Untersuchungsgruppen	Anzahl der Geschwister									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollgruppe	35	37	20	9	2	5	2	1	1	–
Asthma	14	24	24	7	7	–	–	–	1	1
Enuresis	6	17	9	9	4	1	2	–	–	–
Obstipation	16	13	6	6	1	–	–	–	–	–
Anorexie	5	9	4	4	–	2	–	–	–	–
Tic	1	8	2	4	1	1	–	–	–	–
	79	108	65	39	15	9	4	1	2	1

Alter: Ein gehäuftes Auftreten von Verhaltensstörungen zum Schuleintritt oder Schulwechsel ist oft beschrieben und spiegelt sich auch in den hier wiedergegebenen Daten. Bei Asthma zeigt sich ein Gipfel im 7./8. und 10./11. Lebensjahr, bei Enuresis im 6./7., beim Tics im 7., 9. und 11. Lebensjahr. Als krankheitsspezifischen Altersschwerpunkte sind auszumachen: Anorexie, Tic und Asthma finden sich häufiger bei älteren, Enuresis und Obstipation bei jüngeren Kindern (Tab. 8).

Tab. 8: Altersverteilung nach Untersuchungsgruppen (N = 323)

Untersuchungsgruppe	Alter in Jahren															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kontrollgruppe	50	16	8	6	5	8	6	2	3	2	1	2	2	1	–	–
Asthma	–	3	1	5	3	5	14	10	6	10	11	2	5	3	–	–
Enuresis	–	–	1	5	5	12	8	3	4	3	1	3	2	1	–	–
Obstipation	8	7	7	7	7	4	1	2	1	1	–	–	1	–	–	–
Anorexie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	6	8	7	–	1
Tic	–	–	1	–	–	1	2	1	4	1	5	1	1	–	–	–

Wie beim Alter ergeben sich auch in der *Geschlechterverteilung* charakteristische Konstellationen: Jungen leiden öfter an Asthma und Tics, Mädchen häufiger an Anorexie und Obstipation. Der Mädchenüberhang bei Enuresis ist eher außergewöhnlich (Tab.9).

Tab. 9: Geschlechtsverteilung nach Untersuchungsgruppen
(N = 323)

Untersuchungsgruppe	Absolute Häufigkeit	männl.		weibl.	
		abs.	proz.	abs.	proz.
Kontrollgruppe	112	60	53.57	52	46.43
Asthma	78	55	70.51	23	29.49
Enuresis	48	20	41.67	28	58.33
Obstipation	44	16	36.36	28	63.64
Anorexie	24	4	16.67	20	83.33
Tic	17	13	76.47	4	23.55

– Als letzter Schritt bleibt zu überprüfen, ob die eingangs aufgestellte Hypothese, daß sich Psychosomatosen bei Kindern und Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten häufen, verifiziert werden kann. Dazu wurde mittels der zur Verfügung stehenden Datenbasis eine simultane Überprüfung der relevanten Variablen nach dem logistischen Regressionsmodell von Cox [15] durchgeführt. Simultan zum Beruf des Vaters wurden der Beruf der Mutter, das Geschlecht des Patienten, das Alter und die Position in der Geschwisterreihe berechnet; Geschwisterzahl und Wohnort wurden dagegen nicht berücksichtigt.

Die in Tabelle 10 aufgeführten Daten sind auf dem 5%-Niveau signifikant. Es zeigt sich, daß der Beruf des Vaters bestimmend dafür ist, ob ein Kind psychosomatisch erkrankt ist oder nicht. Bei vorsichtiger Interpretation muß zumindest festgehalten werden, daß die Variable „väterlicher Beruf“ relevanter ist als die anderen überprüften Variablen. Kindliche Psychosomatosen finden sich somit häufiger in der unteren Sozialschicht (Angestellte und Arbeiter).

Tab. 10: Einfluß der untersuchten Variablen

Variable	Stand.-Abweichung	P
Beruf Vater	0.33	0.026
Beruf Mutter	0.32	0.816
Geschlecht	0.28	0.598
Alter	0.05	0.000
Geschwister-Position	0.14	0.578

Diskussion

Asthma bronchiale

Im Kindesalter liegt die Asthma-Prävalenz zwischen 2 und 6% [1, 30, 34, 61]; höhere Werte [60] erklären sich aus einer entsprechend weiteren Fassung der Definition,

während niedrigere Werte teilweise auf unzureichende Datenerhebung zurückzuführen sind. Als gesichert kann angenommen werden, daß die Asthma-Inzidenz steigt [77, 78], vermutlich nicht zuletzt aufgrund zunehmender Luftverschmutzung [42, 89, 91]. Die im Schrifttum angegebene Häufung von Asthma-Familien in der sozialen Oberschicht sowie die angebliche höchste Inzidenz während der ersten drei Lebensjahre [34, 50, 59, 70] können in unserer Untersuchung nicht bestätigt bzw. überprüft werden; bemerkenswert bleibt, daß die Asthma-Patienten hier in der Unterschicht am häufigsten auftreten (vgl. Tab. 4).

Enuresis

Gewöhnlich gilt das vierte Lebensjahr als Altersgrenze, ab der das Einnässen – gleich welcher Art – als pathologisch angesehen wird; so auch hier (mit Ausnahme eines bei Aufnahme knapp Vierjährigen). Diese Altersgrenze wird aber nicht in allen Studien zugrunde gelegt, so daß die ermittelten Häufigkeiten teilweise erheblich divergieren. Kaffmann [47, 48] berichtet, daß in den israelitischen Kibbuzim 26% der untersuchten Kinder noch nicht trocken waren und weist auf die Bedeutung psychosozialer Gegebenheiten und pädagogischer Konzepte hin. Auch wenn die meisten anderen Zahlen wesentlich niedriger liegen, muß Enuresis unverändert als häufiges Symptom angesehen werden, das zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr in einer Häufigkeit zwischen 7 und 12% gefunden wird. Übereinstimmend besteht, daß Enuresis besonders häufig in den sozialen Unterschichten und auch bei Gastarbeiterkindern auftritt [19, 24, 26, 51, 67]; demgegenüber findet es sich hier in beiden Sozialschichten prozentual gleich häufig (vgl. Tab. 4.). Über die Geschlechterverteilung existieren unterschiedliche Angaben. Eine Knabenwendigkeit von 2:1 wird am häufigsten genannt, große Studien erheben jedoch zumindest bis zum 7. Lebensjahr keine Geschlechterunterschiede [40, 41, 56, 71]. Somit ist der von uns gefundene Mädchenüberhang durchaus noch im Rahmen des Erklärbaren, zumal fast $\frac{1}{3}$ der Patienten das 8. Lebensjahr nicht überschritten haben.

Obstipation

Obstipation als funktionelle Störung gilt unverändert als eine Modalität der von Freud [28] als „analer Charakter“ beschriebenen Persönlichkeitsstruktur mit der Trias Eigensinn, Ordnungsliebe und Sparsamkeit. Ähnliche Formulierungen finden sich bei Dührssen [21]. Trotz der vermeintlichen Geläufigkeit des Symptoms – wohl mehr bei Erwachsenen – wird Obstipation im Kindesalter in der psychosomatischen Literatur recht selten und eher allgemein erwähnt [5, 20, 33, 46, 73, 83, 84, 90]. In einer Population von Schulkindern wurde Obstipation in einer Häufigkeit von bis zu 2.4% gefunden [36, 37]. In unserer Untersuchung imponiert neben der als typisch anzusehenden Mädchenwendigkeit insbesondere die soziale Ungleichverteilung zugunsten der unteren Sozialschicht. Letzteres deutet darauf hin, daß eine psychodyna-

mische Interpretation der Obstipation nicht ausreicht. Ähnliches gilt für die hier nicht untersuchten Kinder mit Enkopresis [63, 85].

Anorexia nervosa

Zu diesem Krankheitsbild existiert mittlerweile ein reiches Schrifttum, das u. a. von *Steinhausen* [79] gesichtet und ausgewertet wurde. Die seltene, aber schwere Störung tritt vorwiegend bei jungen Frauen auf, das Verhältnis wird mit 10:1 bis 20:1 (weibl./männl.) angegeben. Die Prävalenz bis zum 15. Lebensjahr liegt bei 1,7‰, über 15 Jahren bei 1,05% [13]. Die Inzidenzzahlen sind noch niedriger, so daß prospektive Studien nur in größeren Zentren realisierbar sind.

Die Manifestation der Anorexie ist nicht unerheblich von sozialen Faktoren abhängig. Die Mehrzahl der Autoren berichtet von einer Inzidenzsteigerung in den vergangenen Jahrzehnten, und zwar ausschließlich in wohlhabenden, industrialisierten Ländern, was zur These führte, Anorexie trete in Gestalt einer „Überflußkrankheit“, dagegen nie in Gesellschaften oder Subkulturen mit Mangel an Nahrungsmitteln auf [66]. Dafür spricht auch die Sozialverteilung mit Schwerpunkt in den oberen Schichten. Mit dieser Tendenz stimmen die von uns erhobenen Daten überein. Der Sozialstatus der Anorexi-Familien ist von allen Psychosomatosen mit Abstand der höchste. Beim hier ermittelten Geschlechterverhältnis (5:1) manifestiert sich der Trend, daß der Anteil der männlichen Anorektiker zunimmt und die Magersucht den Charakter einer nahezu ausschließlich dem weiblichen Geschlecht vorbehaltenen Störung verliert.

Tics

Vorliegende Berichte zur Alters- und Geschlechtsverteilung können bestätigt werden [14, 25, 68, 83, 87]. Tics haben einen Häufigkeitsgipfel zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr, alle Tic-Formen sind bei Jungen drei- bis viermal häufiger als bei Mädchen. Die Prognose ist eher günstig und hängt weniger von Erkrankungsalter als von der Zahl der Zusatzsymptome ab [2, 3]. Bezüglich der Sozialverteilung nehmen die Tic-Patienten einen mittleren Platz ein und rangieren vor Obstipation und Asthma.

Bei der Einschätzung der Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß es sich um Probanden handelt, die stationär behandelt wurden. Damit wird eine Vielzahl von Selektionsmechanismen wirksam, deren Valenz im Rahmen dieser Arbeit nicht abgeschätzt werden kann. Studien zur behandelten Prävalenz müssen immer mit Zurückhaltung interpretiert werden. Andererseits erlaubt die retrospektive Auswertung von Krankengeschichten eine vergleichsweise genaue Falldiskrimination und die Zusammenstellung einer Krankheitsgruppe, die bei breiter angelegten Studien oft nicht oder nur marginal erfaßt werden kann. Zudem entstammt das Krankengut einer Kinderklinik, der die regionale pädiatrische Versorgung in einem Gebiet mit nur spärlichem kinderpsychiatrisch-

kinderpsychotherapeutischen Angebot obliegt. Die Patientengruppe ist daher besonders heterogen.

Auswertungsprobleme ergaben sich aufgrund des inhomogenen Datenmaterials. Nicht nur Gruppengröße, auch Erfassungszeitraum, Altersspektrum und Geschlechtsverteilung sind je nach klinischer Problematik divergent. Dies zeigt, daß die Gruppe der Psychosomatosen eine heterogene Gruppe darstellt, zu deren Manifestation psychische, organische und soziale Faktoren mit jeweils unterschiedlichem Gewicht beitragen. Psychosomato-se ist daher wohl eher eine klinisch-empirische denn eine nosologische Entität und erfordert für jedes Krankheitsbild und jeden Patienten eine spezifische differentialdiagnostische Abklärung. Gleichwohl kann die Psychosomatogenese als ein eigenständiger pathogener Mechanismus verstanden werden, der dazu berechtigt, die Gruppe der Psychosomatosen von anderen Erkrankungen mit psychischer Beteiligung zu differenzieren [vgl. 94].

Summary

Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence

A sample of hospitalized child and adolescent patients with psychosomatic disorders (bronchial asthma, anorexia nervosa, enuresis, constipation, tic) from the University Erlangen Pediatric Hospital, was compared with a non-psychosomatic control group from another children's ward of the same hospital.

The hypothesis of increased psychosomatic disorders among children of „salaried employees and blue collar workers“ i.e. the lower social class was verified at the 5% level.

Of further interest was the correspondence between our results from the relatively heterogeneous population of a traditional pediatric unit with those of specialized psychosomatic clinics.

Deviations found in several areas provide further support for recently published trends. These are for one, an increase in the number of male patients with anorexia nervosa and for another, a predominance of girls treated for enuresis.

Literatur

- [1] Anyon, C./Kiddle, G.: The prevalence of wheezing children in Lower Hutt. In: NZ Med J 79, 822–823, 1974. – [2] Asam, U./Karrass, W.: Beitrag zum Gilles de la Tourette-Syndrom: Eine Analyse veröffentlichter Kasuistiken zur Frage des Krankheitsverlaufes und der Krankheitsprognose. In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. 4, 45–54, 1976. – [3] Asam, U./Probst, P./Prietz, W./Karrass, W.: Katamnestic Untersuchung von Patienten mit multiplen Tics. In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. 7, 19–32, 1979. – [4] Askevold, F.: The search for parameters. In: Psychother. Psychosom. 22, 112–120, 1973. – [5] Berndt, H.: Obstipation – Pathophysiologie, diagnostische und therapeutische Empfehlungen. In: Z. ärztl. Fortb. 15, 767–772, 1974. – [6]

- Bernstein, B.: Aspects of language and learning in the genesis of the social process. In: *Hymes, D. H. (Ed.): Language in culture and society: A reader in linguistics and anthropology*. New York, Harper & Row, 1964. – [7] *Bleuler, M.*: Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart: Thieme, 1972. – [8] *Bockmühl, B.*: Über ausgewählte Verhaltensstörungen bei Kindern in ihren Häufigkeiten und einigen sozialen Beziehungen. Med. Diss., Heidelberg 1971. – [9] *Bruch, H.*: Obesity and anorexia nervosa: psychosocial aspects. In: A. N.Z. J. Psychiat. 9, 159–161, 1975. – [10] *Brugger, C.*: Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. In: Z. Neurol. Psychiat. 146, 489–524, 1933. – [11] *Chazan, M./Jackson, S.*: Behaviour problems in the infant school. In: J. Child Psychol. Psychiat. 12, 191–210, 1971. – [12] *Chazan, M./Jackson, S.*: Behaviour problems in the infant school: changes over two years. In: J. Child Psychol. Psychiat. 15, 33–46, 1974. – [13] *Ciampi, L./Müller, C.*: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin: Springer, 1976. – [14] *Corbett, J.*: The nature of tics and Gilles de la Tourette's syndrome. In: Psychosom. Res. 15, 403–409, 1971. – [15] *Cox, D. R.*: The analysis of binary data. London: Methuen, 1970. – [16] *Crisp, A./Palmer, R./Kalucy, R.*: How common is anorexia nervosa? In: Brit. J. Psychiat. 128, 549–554, 1976. – [17] *Dahrendorf, R.*: Gesellschaft und Demokratie in Deutschland. München: Piper, 1971. – [18] *Dellisch, H.*: Über die infantile Form der Anorexia nervosa. In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. 5, 128–137, 1977. – [19] *Dodge, W./West, E./Bridgforth, E./Travis, L.*: Nocturnal enuresis in 6- to 10-year-old children. In: Am. J. Dis. Child. 120, 32–35, 1970. – [20] *Doerbeck, F./Tobiasch, V.*: Zur Therapie der chronischen Obstipation. In: Med. Mschr. 2, 81–84, 1973. – [21] *Dührssen, A.*: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1976. – [22] *Dunbar, F.*: Psychosomatic diagnosis. New York: Hoeber, 1948. – [23] *Eaton, J./Weil, R.*: Culture and mental disorders. A comparative study of the Hutterites and other populations. Illinois: The Free Press, 1955. – [24] Editorial Bed Wetting. In: Brit. Med. J. 1, 4, 1977. – [25] *Eggers, Ch.*: Pathophysiologie von Tic-Erkrankungen. In: *Aschoff, J. C.*: Die Therapie extrapyramidal-motorischer Erkrankungen. 1981. – [26] *Essen, J./Peckham, C.*: Nocturnal enuresis in childhood. In: Dev. Med. Child Neurol. 18, 577–587, 1976. – [27] *Frederking, U.*: Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 24, 204–213, 1975. – [28] *Freud, S.*: Gesammelte Werke. Band I–XVIII. Frankfurt/M.: Fischer, 1968. – [29] *Gedda, E.*: Nervous behaviour disturbances in childhood. In: Z. Kinderpsychiat. 20, 65–75, 1953. – [30] *Graham, P./Rutter, M./Yule, W./Pless, I.*: Childhood asthma: a psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. In: Brit. J. Prev. Soc. Med. 21, 78–85, 1967. – [31] *Häfner, H.* (Ed.): Psychiatrische Epidemiologie. Berlin: Springer, 1978. – [32] *Häfner, H./Reimann, H./Immich, H./Martini, H.*: Inzidenz seelischer Störungen in Mannheim. In: Soc. Psychiat. 4, 126–135, 1969. – [33] *Haesler, L.*: Psychosomatische Aspekte bei funktionellen Dickdarmerkrankungen. In: Z. Allg. Med. 10, 543–547, 1977. – [34] *Hamman, R./Halil, T./Holland, W.*: Asthma in school-children. In: Brit. J. Prev. Soc. Med. 29, 228–239, 1975. – [35] *Handl, J.*: Sozio-ökonomischer Status und der Prozeß der Statuszuweisung – Entwicklung und Anwendung einer Skala. In: *Handl, J./Mayer, K./Müller, W.*: Klassenlagen und Sozialstruktur. Frankfurt/M.: Campus, 1977. – [36] *Harnack, G.-A. v.*: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen. Basel: Karger, 1953. – [37] *Harnack, G.-A. v.*: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Stuttgart: Thieme, 1958. – [38] *Hau, T.*: Strukturwandel der Neurosen Jugendlicher nach dem Kriege. In: Z. Psychother. med. Psychol. 15, 208–210, 1965. – [39] *Hau, T.*: Vergleichende Untersuchungen an psychosomatisch erkrankten Jugendlichen der Vorkriegs-, Kriegs-, und Nachkriegszeit. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 21, 193–200, 1972. – [40] *Herzka, H.*: Sauberkeitsentwicklung und „psychogene“ Enuresis. In: Ther. Umsch. 29, 730–734, 1972. – [41] *Höppner, E.*: Die Häufigkeit der Enuresis bei Berliner Schulkindern. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 1, 265–267, 1952. – [42] *Holland, W./Gilderal, S.*: The onset of chronic bronchitis in childhood. In: Bronches 24, 232–236, 1974. – [43] *Hollingshead, A./Redlich, F.*: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Frankfurt/M.: Fischer, 1975. – [44] *Huber, G./Gross, G./Schüttler, R.*: Schizophrenie. Berlin: Springer, 1979. – [45] *Janowitz, M.*: Soziale Schichtung und Mobilität in Westdeutschland. In: Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 10, 1–38, 1958. – [46] *Jores, A.*: Die Obstipation als Ausdruck einer Fehlhaltung des Menschen. In: Z. Allg. Med. 46, 1375–1378, 1970. – [47] *Kaffman, M.*: Toilet-training by multiple caretakers: enuresis among kibbutz children. In: Isr. Ann. Psychiat. 18, 341–365, 1972. – [48] *Kaffman, M.*: Infants who become enuretics: a longitudinal study. In: Monograph. Soc. Res. child. Dev. 42, 1977. – [49] *Kleining, G./Moore, H.*: Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. In: Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 20, 502–552, 1968. – [50] *Koivikko, A.*: Childhood asthma in Finland. In: Acta Allergol. 29, 30–72, 1974. – [51] *Kolvin, I./Taunich, J./Currah, J./Nolan, J./Shaw, W.*: Enuresis: a descriptive analysis and controlled trial. In: Dev. Med. Child Neurol. 14, 715–726, 1972. – [52] *Kulesa, C.*: Über Verhaltensauffälligkeiten bei zehnjährigen Grundschulkindern. Med. diss., Heidelberg, 1973. – [53] *Langner, T./Michael, S.*: Life stress and mental health. The Midtown Manhattan Study. London: Collier-MacMillan, 1963. – [54] *Lapouse, R./Monk, M.*: An epidemiological study of behaviour characteristics in children. In: Amer. J. Publ. Hlth. 48, 1134–1144, 1958. – [55] *Leighton, A./Lambo, T./Hughes, C./Leighton, D./Murphy, J./Macklin, D.*: Psychiatric disorder among the Yoruba. A report from the Cornell-Aro Mental Research Project in the Western Region, Nigeria. Ithake - New York: Cornell University Press, 1963. – [56] *Lempp, R.*: Die kinderpsychiatrische Therapie bei der Enuresis. In: Therapiewoche 26, 4403–4409, 1976. – [57] *Llewellyn-Thomas, E.*: The prevalence of psychiatric symptoms within an island fishing village. In: Canad. med. Assoc. J. 83, 197–204, 1960. – [58] *Macfarlane, J./Allen, L./Honzik, M.*: A developmental study of the behaviour problems of normal children between 21 months and 14 years. Berkeley - Los Angeles: University of California Press, 1962. – [59] *Menger, W.*: Statistische Ergebnisse bei 12246 Kindern mit Asthma bronchiale und Neurodermitis constitutionalis. In: Mschr. Kinderheilk. 119, 223–228, 1971. – [60] *Mischel, W.*: Personality and assessment. New York: Wiley, 1968. – [61] *Mitchell, R./Dawson, B.*: Educational and social characteristics of children with asthma. In: Arch. Dis. Childh. 48, 467–471, 1973. – [62] *Nowack, B.*: Sozialpsychiatrische Untersuchung anhand einer Feldstudie in Tübingen über die räumliche Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen. Med. Diss., Tübingen, 1973. – [63] *Nurcombe, B.*: Psychogenic megacolon. The study of a psychosomatic relationship. In: Med. J. Aust. 2, 1178–1181, 1972. – [64] *Pasamanick, B. (Ed.)*: Epidemiology of mental disorder. Washington: American Association for the Advancement of Science, 1959. – [65] *Petri, H.*: Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindesalter und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1979. – [66] *Pflanz, M.*: Sozialanthropologische Aspekte der Anorexia nervosa. In: Meyer, J.-E./Feldmann, H. (Ed.): Anorexia nervosa. Stuttgart: Thieme, 1965. – [67] *Poustka, F.*: Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Stuttgart: Enke, 1984. –

[68] *Remschmidt, H./Remschmidt, U.*: Symptomatologie, Verlauf und Prognose von Ticserkrankungen im Kindesalter. In: *Klin. Pädiat.* 186, 185–199, 1974. – [69] *Richman, N./Stevenson, J./Graham, P.*: Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: an epidemiological study in a London borough. In: *J. Child Psychol. Psychiat.* 16, 277–287, 1975. – [70] *Rutter, M./Graham, P.*: Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. In: *Proc. Roy. Soc. Med.* 59, 382–387, 1966. – [71] *Rutter, M./Tizard, J./Yule, W./Graham, P./Whitmore, K.*: *Epidemiologie in der Kinderpsychiatrie – die Isle of Wight-Studien 1964–1974*. In: *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 6, 238–279, 1977. – [72] *Scheuch, E.*: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: *Glass, D. (Ed.): Soziale Schichtung und soziale Mobilität*. In: *Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. Sonderheft* 5, 1961. – [73] *Schuch, P.*: Durchfallserkrankungen und Obstipation bei Säuglingen und Kleinkindern. In: *Z. Allg. Med.* 32, 1457–1465, 1974. – [74] *Schwab, J./Fennell, E./Warheit, G.*: The epidemiology of psychosomatic disorders. In: *Psychosomatics* 15, 88–93, 1974. – [75] *Schwidder, W.*: Zur poliklinischen Behandlung psychogener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 1, 33–39, 1952. – [76] *Sheperd, M./Oppenheim, B./Mitchell, S.*: Auffälliges Verhalten bei Kindern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1973. – [77] *Smith, J./Harding, L./Cumming, G.*: The changing prevalence of asthma in schoolchildren. In: *Clin. Allergy* 1, 57–61, 1976. – [78] *Smith, J.*: The prevalence of asthma and wheezing in children. In: *Brit. J. Dis. Chest* 70, 73–77, 1976. – [79] *Steinhausen, H.-Ch.*: Anorexia nervosa – eine aktuelle Literaturübersicht. In: *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 7, 149–160; 249–271, 1979. – [80] *Steuber, H.*: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 22, 246–250, 1973. – [81] *Stroebe, H.*: Lern- und Leistungsstörungen: Genese, Therapie und Prophylaxe. Stuttgart: Kohlhammer, 1975. – [82] *Strotzka, H.*: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien: Österrei-

chischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, 1969. – [83] *Strunk, P.*: Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: *Harbauer, H./Lempp, R./Nissen, G./Strunk, P.*: *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 4. Aufl. – [84] *Subermann, R.*: Constipation in children. In: *Pediat. Ann.* 33, 17–25, 1976. – [85] *Tatzer, E./Schubert, M. Th.*: Enkopresis – somatische und psychische Faktoren in Diagnose und Therapie. In: *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 11, 43–51, 1983. – [83] *Thalmann, H.-C.*: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Stuttgart: Klett, 1972. – [87] *Thiemann, W./Fischer, H./Tuchscheerer, G.*: Zur Ätiopathogenese und Therapie von Tics im Kindesalter. In: *Kinderärztl. Prax.* 41, 130–135, 1973. – [88] *Tjaden-Steinhauer, M./Tjaden, K.*: Klassenverhältnisse im Spätkapitalismus. Stuttgart: Enke, 1973. – [89] *Varonier, H.*: Prevalence of respiratory allergy among children and adolescents in Geneva, Switzerland. In: *Respiration* 27, 115–120, 1970. – [90] *Wallis, H.*: Psychosomatik der Obstipation des Kindes. In: *Mshr. Kinderheilk.* 124, 348–350, 1976. – [91] *Yoshida, R./Motomiya, K./Saito, H./Funabashi, S.*: Clinical and epidemiological studies on childhood asthma in air polluted areas in Japan. In: *Finkel, A./Duel, W. (Ed.): Clinical implications of air pollution research*. Acton: Publishing Science Group, 1976. – [92] *Zepf, S.*: Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken. Frankfurt/M.: Campus, 1976. – [93] *Zepf, S.*: Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankung. Frankfurt/M.: Campus, 1976. – [94] *Zimprich, H.*: Kinderpsychosomatik. Stuttgart: Thieme, 1984. – [95] *Zuidema, P./Kerrebijn, K./Lagally-Röhr, I.*: Epidemiologische Untersuchung über das Vorkommen von Asthma und Bronchitis bei den Davoser Schulkindern. In: *Respiration* 27, 101–112, 1970.

Anshr. d. Verf.: Dr. med. H. Braun, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Blumenstr. 8, 6900 Heidelberg 1.