

Ernst, Heike und Klosinski, Gunther

Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 7, S. 256-263

urn:nbn:de:bsz-psydok-33577

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

Erziehungsberatung

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) . . . 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) . . . 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) . . 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) . . 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.: Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.: Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streck-Fischer, A.: Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.: Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.: Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.: Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.: Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.: Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.: „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.: Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.: Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.: Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.): Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.): Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.): Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.: Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.: Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.: Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.): Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.: Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Scheuring, A.: Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.: Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.: Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kauter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kühler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an das Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte ... Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Bern
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Klosinski)

Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie

Von Heike Ernst und Gunther Klosinski

Zusammenfassung

In einer Retrospektivstudie wurden die Krankengeschichten von 113 Kindern und Jugendlichen, die von 1973 bis 1984 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen* ambulant (89 Patienten) oder stationär (24 Patienten) unter der Diagnose „Zwangsneurose“ behandelt wurden, unter der Fragestellung: Persönlichkeitsentwicklung, Familienstruktur, Häufigkeit bestimmter Zwangsformen und -inhalte, Bedeutung und Symbolik des Zwanges innerhalb der Familiendynamik, ausgewertet. Zusätzlich fand ein Vergleich mit den übrigen kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Patienten ($n = 8774$) dieses Zeitraumes statt.

Das Verhältnis Jungen zu Mädchen betrug 7:3, das Durchschnittsalter lag bei den Knaben bei 13,8, bei den Mädchen bei 12,6 Jahren. Der jüngste Patient war 4 Jahre alt. Unter den Zwangshandlungen dominierte in allen Altersgruppen der Waschzwang. Zwangsbefürchtungen äußerten sich am häufigsten in Ängsten um die Mutter, gefolgt von Vergiftungs- und hypochondrischen Ängsten. Zwangsimpulse fanden sich erst ab der Vorpubertät, bei den Mädchen waren sie immer auf die Tötung der Mutter gerichtet. Die Analyse der Persönlichkeitsentwicklung ergab, daß lediglich in drei Fällen Hinweise

auf Besonderheiten in der analen Phase vorlagen. Dagegen fanden sich bei der Hälfte der Patienten besondere Ereignisse, denen pathoplastische Bedeutung zukam.

In ca. 33% der Fälle lagen bei den Eltern anankastische Merkmale vor (8 Elternteile waren manifest an einer Zwangsneurose erkrankt). Konfliktvermeidung und exzessive Anforderungen an die betroffenen Kinder waren in den Familien typisch. Die zwangsneurotischen Kinder und Jugendlichen waren im Unterschied zum Vergleichskollektiv durchschnittlich intelligenter, besuchten häufiger weiterführende Schulen und gehörten einer höheren sozialen Schicht an. Auch waren die Familienverhältnisse nach außen häufiger intakt. Die gängige psychoanalytische Hypothese, daß es sich bei zwangsneurotischen Erkrankungen um eine Fixierung auf der analen Stufe handelt, muß aufgrund dieser Untersuchung in ihrer Allgemeingültigkeit in Zweifel gezogen werden.

1 Einleitung

Während es in der Literatur eine Fülle von Veröffentlichungen zur Zwangsneurose gibt, meist anhand von Einzelkasuistiken, gibt es sehr wenige Untersuchungen an größeren Kollektiven bei Kindern und Jugendlichen (mit Ausnahme der Arbeiten von *Knoelker*, 1983, 1987 und *Parnitzke*, 1952). Aus psychoanalytischer Sicht liegt der Zwangsneurose eine Störung in der analen Phase zu-

* Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. R. Lempp, dem an dieser Stelle für die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Krankengeschichten gedankt sei.

grunde. Diese Hypothese ließ sich bislang an einem größeren Kollektiv von zwangsneurotisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht bestätigen. *Knoelker* fand hingegen bei einem Vergleich von anankastischen und depressiven Patienten bei *beiden* Gruppen eine zu frühe Sauberkeitserziehung. Dies war der Ausgangspunkt der vorliegenden Retrospektivstudie an 113 zwangsneurotisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In einem Vergleich mit anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten wurde nach Merkmalen gesucht, die für die Zwangsneurotiker typisch und vielleicht für das Auftreten gerade dieser Erkrankungsform bedeutsam sind.

In der Literatur finden sich zahlreiche Abhandlungen, in denen von Zwangerserscheinungen berichtet wird, die bei vorher gesunden Menschen nach oder während einer organischen Erkrankung aufgetreten sind (z.B. *de Boor, Spiegelhoff* und *Stammler*, 1951). Diese Autoren bestätigen die Ansicht *Griesingers* (1968), den Geisteskrankheiten lägen organische Ursachen zugrunde. *Weitbrecht* (1963) sieht im Zwangserleben eine „angeborene Strukturanomalie“, *Schwidder* (1954) hingegen postuliert, daß eine Unterdrückung von motorisch-aggressiven Impulsen eine Schädigung der Stammganglien hervorrufen könne. Die Frage nach der Heredität der Zwangskrankheit wird von vielen Autoren positiv beantwortet (z.B. *Homburger*, 1926; *Ruedin*, 1953; *Destunis*, 1961) im Sinne der Vererbung einer prämorbidem Anlage. *S. Freud* hat sich in seiner Abhandlung: „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose“ (1909) mit dem Problem des Zwanghaften am Beispiel des Rattenmannes beschäftigt. Aus seiner Sicht handelt es sich bei der Zwangsneurose um eine Entwicklungshemmung. Er sieht für diese Erkrankung eine Fixierungsstelle in der Phase der prägenitalen Organisation, in der anal-erotische und sadistische Triebe vorherrschen (2. und 3. Lebensjahr). Auslöser für das Ausbrechen der Neurose seien psychische Belastungen, vor allem schuldhaft ödipal-sexuelle Triebregungen, mit denen das Ich nicht fertig werde. Nach *Quint* (1971) hindert eine strenge Erziehung in dieser Phase das Kind daran, den eigenen Willen in erfolgreiche Handlungen umzusetzen, so daß es ihm später nicht möglich ist, Entscheidungen zu treffen und auszuführen ohne von Zweifel und Gegenimpulsen gestört zu werden. Nach *Dührssen* (1953) ist das Weltbild des Kindes in der analen Phase überwiegend magisch, die Allmacht des Gedankens werde noch als ursächlich wirkender Faktor unterstellt. Dies schaffe eine Verbindung zu den Zwangsgeanken, in denen dieser magische Glaube wieder auftauche.

Aus anthropologisch-phänomenologischer und da-seins-analytischer Sicht (vgl. *v. Gebattel*, 1959) liegt dem Zwang ein „Angehaltensein der Selbstverwirklichungsschritte der Person“ zugrunde, wodurch es zu einer „Umkehr der Werdensrichtung“ komme, zum Zerfall. Dieses Chaos versuche der Patient durch seine Zwangsrituale zu ordnen und abzuwehren.

Remschmidt und *Dauner* (1970) betonen den Zusammenhang zwischen Zwangsneurose und Angst und nehmen an, Verhaltensweisen, die zufällig zu einer Angstre-

duktion geführt haben, würden in erneuten Angstsituationen wieder aufgegriffen werden.

2 Methodik und Beschreibung des Untersuchungs- und Vergleichskollektivs

Die Krankengeschichten von 113 Kindern und Jugendlichen, die von 1973 bis 1984 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen ambulant (89 Patienten) oder stationär (24 Patienten) unter der Diagnose „Zwangsneurose“ behandelt worden waren, wurden retrospektiv ausgewertet im Hinblick auf folgende Gesichtspunkte: Zwangsformen und Inhalte, Beziehung zu Vater, Mutter und Geschwistern, psychiatrische Familienanamnese, Persönlichkeitsentwicklung und insbesondere psychische Belastungen im Alter von 0–6 Jahren, besondere Ereignisse vor Auftreten der Zwangsneurose, Aggressionsverhalten vor und während der Behandlung sowie Therapieerfolg bei den stationär behandelten Patienten. Wie häufig bei Retrospektivstudien ergab sich auch in dieser Untersuchung die Situation, daß nicht für alle untersuchten Variablen ausreichende und verwertbare Angaben vorlagen. Aus diesen Grund beziehen sich die folgenden Angaben auf verschiedene Grundgesamtheiten.

Die 113 zwangsneurotischen Patienten wurden einem Vergleichskollektiv von 8774 Patienten ohne Zwangserkrankungen des gleichen Untersuchungszeitraumes aus derselben Klinik gegenübergestellt. Aus diesem Vergleichskollektiv wurden ferner alle Kinder unter 7 Jahren ausgeschlossen, da die Zwangsneurotiker bis auf einen Fall nicht jünger als 7 Jahre alt waren. Bei dem Vergleich zwischen Zwangsneurotikern und übrigen Patienten sind aufgrund der Inhomogenität der beiden Gruppen teststatistische Voraussetzungen nicht erfüllt.

3 Ergebnisse

3.1 Altersverteilung

Das Alter bei der Erstkonsultation und das Manifestationsalter der Erkrankung sind weitgehend identisch, da in den meisten Fällen die Zwangsneurose innerhalb von wenigen Wochen so massiv in Erscheinung trat, daß eine Behandlung notwendig wurde. Lediglich in 11 Fällen lag eine schon länger bestehende leichtere Form der Erkrankung über einen längeren Zeitraum hindurch vor (durchschnittlich über 2,5 Jahre). Tabelle 1 stellt den Erkrankungsbeginn auf den verschiedenen Altersstufen dar.

Das Durchschnittsalter lag bei den zwangsneurotischen Mädchen bei 12,65 Jahren, bei den Jungen bei 13,8. Der jüngste Patient war 4 Jahre alt, was insofern bemerkenswert ist, weil einige Autoren die Möglichkeit einer Zwangskrankheit bei unter 6jährigen verneinen.

Tab. 1: Erkrankungsbeginn

Erkrankungs- alter in Jahren	Gesamtzahl n = 113	Anzahl der Jungen: n = 69	Anzahl der Mädchen: n = 44
4- 5	1 (1)	1 (1)	-
6- 9	11 (10)	6 (9)	5 (11)
10-12	30 (27)	13 (19)	17 (39)
13-16	57 (50)	39 (57)	18 (41)
> 16	14 (12)	10 (14)	4 (9)

Prozentangaben in Klammern, bezogen auf die Gesamtzahl des jeweiligen Geschlechts.

3.2 Geschlechtsverteilung

Insgesamt waren 89 Patienten (79%) der Stichprobe in ambulanter und 24 (21%) in stationärer Behandlung. Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen war sowohl im ambulanten als auch im stationären Therapiesetting etwa gleich und betrug 61% zu 39% (Vergleichskollektiv: 66% Jungen und 34% Mädchen). Damit tritt die zwangsneurotische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen beim männlichen Geschlecht wie bei zahlreichen anderen kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen auch deutlich häufiger auf.

3.3 Zwangsformen und -inhalte

Entsprechend der in der Literatur üblichen Differenzierung wird unterschieden zwischen Zwangshandlungen und Zwangsgedanken; letztere lassen sich aufteilen in Zwangsvorstellungen (Gedanken, die sich zwar aufdrängen und lästig sind, jedoch keine Angst erzeugen), Zwangsbefürchtungen und Zwangsimpulse. Bei den Zwangsbefürchtungen ist der Patient passiv den Ängsten bzw. Befürchtungen ausgeliefert, während er bei den Zwangsimpulsen in Gedanken der aktiv Handelnde ist. Häufige Inhalte der Zwangsimpulse sind Wut und Aggression. In Tabelle 2 ist die unterschiedliche Zwangssymptomatik in ihrem Häufigkeitsvorkommen auf den verschiedenen Altersstufen festgehalten.

Tab. 2: Formale Einteilung des Zwangserlebens

Alter in Jahren	Zwangsgedanken		Zwangshandlungen n
	-befürchtungen n	-impulse n	
4- 5	1 (100)	-	1 (100)
6- 9	3 (27)	-	10 (91)
10-12	12 (40)	3 (10)	26 (87)
13-16	27 (47)	6 (11)	47 (82)
> 16	5 (36)	2 (14)	12 (86)
alle Altersstufen	48 (43)	11 (10)	96 (85)

Prozentangaben in Klammern, bezogen auf das jeweilige Alter

Bei 56 Patienten (50%) bestand eine Kombination aus Zwangsgedanken und -handlungen oder verschiedenen Zwangshandlungen. Die Tabelle zeigt, daß der Anteil an Zwangshandlungen etwa doppelt so hoch ist wie die der Zwangsbefürchtungen. Die Zwangsimpulse treten erst in der Vorpubertät auf. Isolierte Zwangsgedanken (ohne Zwangshandlungen) lagen nur in 15% der Fälle vor.

Eine Analyse der Zwangsinhalte ergab, daß bei den Zwangsbefürchtungen das Alter und Geschlecht weniger eine Rolle spielte. Die häufigste Befürchtung war, der Mutter könne etwas zustoßen, sie würde sterben und der Patient müsse alleine zurückbleiben. An zweiter Stelle standen Vergiftungsängste und die Angst vor eigener Erkrankung. Religiöse und sexuelle Inhalte tauchten deutlich seltener und erst ab der Pubertät auf. Bei den Zwangsimpulsen fand sich ein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen: Bei letzteren handelte es sich immer um die Tötung eines Menschen, meist der Mutter, auch zusätzlich um Selbsttötung. Bei den Jungen hingegen waren die Zwangsimpulse nicht auf die Mutter gerichtet. Es handelte sich viel häufiger um sexuelle Zwangsimpulse (jemandem ans Genitale zu fassen, an fremden Autos die Achsen anzusägen etc.).

Die Inhaltsanalyse der Zwangshandlungen ergab folgende Häufigkeitsvorkommen, bezogen auf alle Altersstufen: Waschwänge (31%), Kontrollwänge (9%), Ordnungswänge (7%) und sonstige Wänge (Fragezwang, Zählzwang, dauerndes Wiederholen von Sätzen, Zwang den Fußboden mit den Fingernägeln zu berühren etc.). Trotz der Verschiedenheit ließen sich bei einigen Verhaltensweisen gemeinsame Grundmotive erkennen. Ein Teil der Zwangshandlungen wurde verübt, damit bestimmte Geschehnisse nicht eintraten (z.B. Salz essen, damit die Mutter nicht stirbt, Trauben in der Hand halten, um nicht zu Erbrechen). Häufig waren es auch bestimmte Rituale, die vor dem Einschlafen oder beim Essen eingehalten werden mußten. Ein weiteres wichtiges Thema war das „Berührungstabu“. Entweder durften bestimmte Dinge nicht berührt werden, weil dies ein Unglück zur Folge haben würde oder Gegenstände, die von anderen berührt worden waren, wurden von dem Patienten als unrein empfunden und deshalb vermieden (bei einer Patientin mußte z.B. das Bett neu bezogen werden, wenn es der Vater berührt hatte, ein Patient aß nur Dinge, die vor ihm niemand in den Händen hatte; er aß nur das Innere vom Brot, weil die äußerste Kruste nicht mehr rein war). Ferner fielen Zwangshandlungen bei autoaggressivem Verhalten auf.

4 Vergleich Zwangsneurotiker und Vergleichskollektiv: Familien- und Eigenanamnese, Persönlichkeitsentwicklung und Intelligenz

4.1 Religionszugehörigkeit

Auffallend war der Anteil der evangelischen Kinder mit 66%, der um 10% höher lag als beim Vergleichskol-

ektiv, während der Anteil der katholischen Patienten um 6% niedriger lag (s. Tabelle 3).

Tab. 3: Religion

	Zwangsneurotiker n = 102	Vergleichskollektiv n = 7565
keine	1 (1)	128 (2)
katholisch	32 (31)	2765 (37)
evangelisch	67 (66)	4335 (57)
sonstige	2 (2)	337 (4)

Prozenangaben in Klammern

4.2 Soziale Stellung des Elternhauses

Wie Abbildung 1 deutlich macht, ist der Anteil an Beamtenfamilien im Zwangsneurotikerkollektiv doppelt so hoch wie im Vergleichskollektiv. Die untere soziale Schicht, repräsentiert durch „Hilfsarbeiter“ und „Anlernling“, ist beim Vergleichskollektiv fast viermal so stark vertreten (ein Vergleich mit dem statistischen Jahrbuch 1980 der BRD, dem die Daten für Baden-Württemberg entnommen sind, zeigt, daß das Vergleichskollektiv in bezug auf die soziale Stellung repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist).

4.3 Familienverhältnisse

Die Vergleichsanalyse ergab, daß die zwangsneurotischen Patienten gegenüber dem Vergleichskollektiv häufiger aus formal-intaktem Elternhaus stammten: Während die Eltern der Zwangsneurotiker nur in 6% (gegenüber 13%) geschieden und in 4% (gegenüber 15%) getrennt lebten, bestand beim Vergleichskollektiv lediglich in 66% eine formale intakte Familie gegenüber 85% bei den Zwangsneurotikern. Auf die Wertigkeit dieses formalen Aspekts wird später noch eingegangen.

4.4 Psychiatrische Auffälligkeiten in der Familienanamnese

69 Krankengeschichten enthielten diesbezüglich Angaben (auch der ausdrückliche Hinweis auf eine Verneinung mitgerechnet). Bei 14% der Familien von zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen unseres Kollektivs war ein Familienmitglied an einer Psychose erkrankt, in 45% an einer Neurose gegenüber 8% bzw. 18% beim Vergleichskollektiv. Eine genaue Analyse der 31 Fälle (45%) von Neurosen im Kollektiv der Zwangsneurotiker ergab bei 11 Fällen ebenfalls eine Zwangsneurose, was relativ hoch erscheint, da es sich um eine eher seltene Neuroseform handelt; 6 Väter und 2 Mütter litten unter einer manifesten Zwangsneurose.

4.5 Schule bzw. Schulabschluß und Intelligenz

45% der Zwangsneurotiker besuchten das Gymnasium gegenüber 14% des Vergleichskollektivs. 16% der

Zwangsneurotiker: n = 54 / Vergleichskollektiv: n = 2957

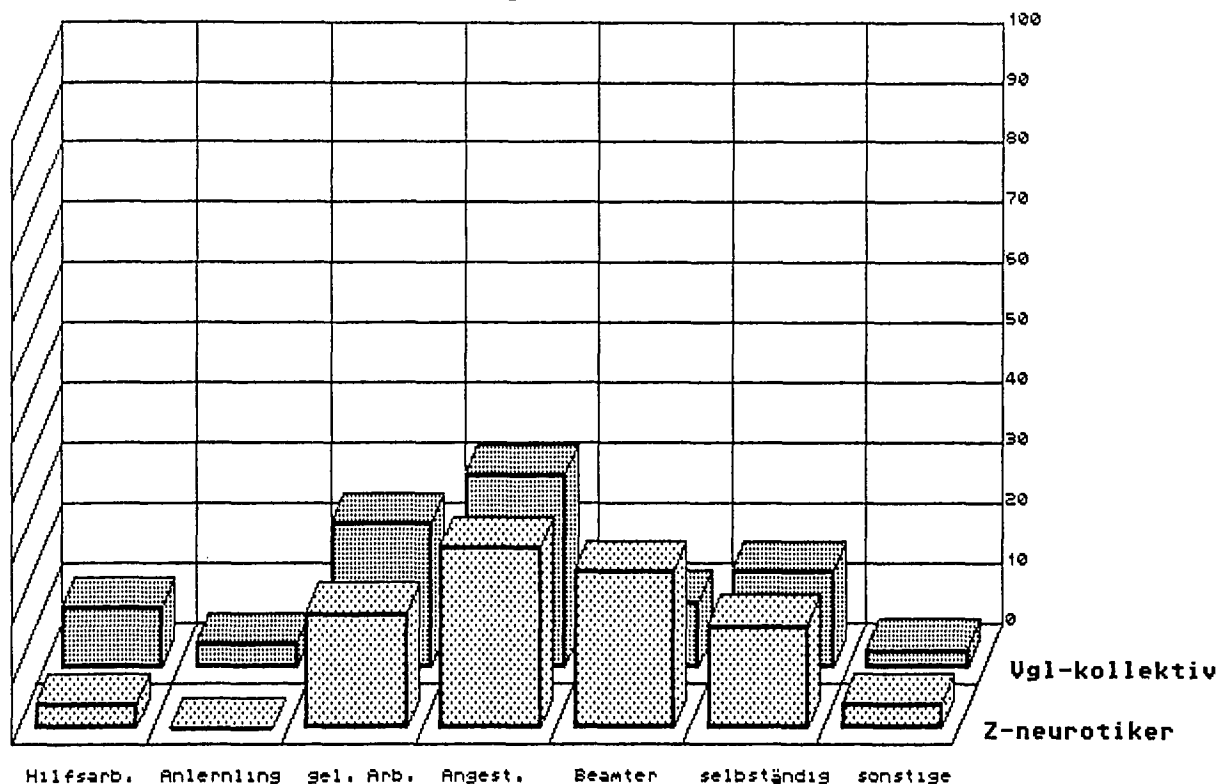


Abb. 1: Soziale Stellung des Elternhauses

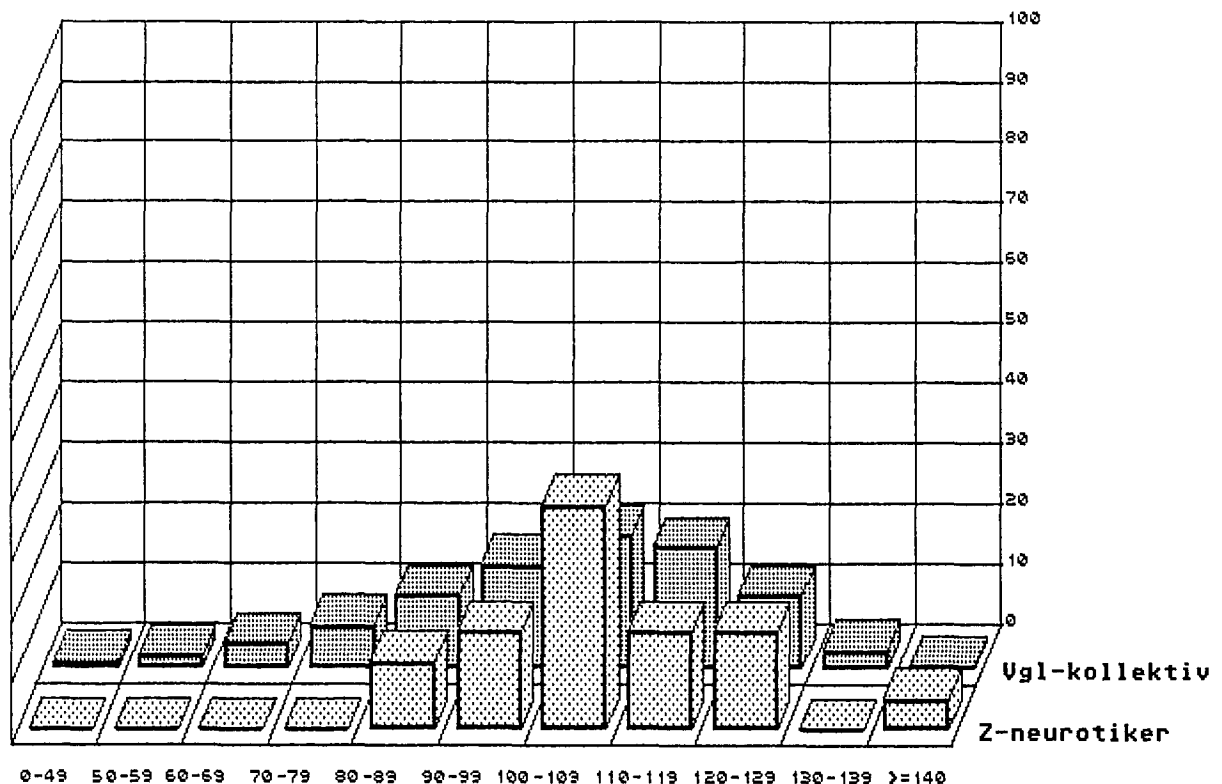
Zwangsneurotiker: n = 19 / Vergleichskollektiv: n = 1764

Abb. 2: Hamburg Wechsler-IQ

zwangsneurotischen Patienten waren Realschüler (gegenüber 8%), 35% Hauptschüler (gegenüber 61%).

37% der Zwangsneurotiker wiesen einen Intelligenzquotienten von 100-109 auf gegenüber 22% des Vergleichskollektivs. Dagegen ist der Anteil der Kinder, mit höheren IQ mit 16 % bei den Zwangsneurotikern leicht geringer (Vergleichskollektiv 20%). Dies könnte auf eine gewisse schulische Überforderung eines Teils der Zwangsneurotiker mit höherem IQ hinweisen.

4.6 Kontaktverhalten und Beziehungsstörung

Während 38% der Zwangsneurotiker als gehemmt beschrieben wurden, war dies lediglich bei 26% des Vergleichskollektivs der Fall. Über auffallende Beziehungsstörungen gibt Tabelle 4 Auskunft.

Bei fast der Hälfte der Zwangsneurotiker wies die Beziehung zur Mutter Schwierigkeiten auf, während dies bei der Vergleichsgruppe nur bei einem Drittel der Patienten der Fall war. Auch war die Beziehung zu den Geschwistern fast doppelt so häufig auffallend gestört wie bei der Kontrollgruppe. Offen bleibt, ob die Beziehungsstörung Ursache oder Folge der Zwangserkrankung gewesen ist.

4.7 Psychische Belastungen im Alter bis zu 6 Jahren

Besondere psychische Belastungen im Säuglings- und Kleinkindalter wurden bei 33 Patienten gefunden. Es handelte sich um häufige Umzüge, Trennung der Eltern,

Tab. 4: Auffallende Beziehungsstörung
(mehrere Nennungen möglich)

	Zwangsneurotiker n = 81	Vergleichskollektiv n = 4896
keine	25 (31)	2039 (42)
Vater	24 (30)	1369 (28)
Mutter	37 (46)	1591 (32)
Geschwister	15 (19)	518 (11)
Stiefvater	-	83 (2)
bzw. -mutter		
Kameraden/ Mitschüler	9 (11)	481 (10)
Lehrer	-	123 (3)
sonstige	2 (2)	362 (7)

Prozenangaben in Klammern

Krankheit der Mutter, Tod einer Schwester, Geburt eines Geschwisterkindes mit starker Eifersuchtsreaktion und eigene Krankheit. Die anale Phase (2. und 3. Lebensjahr) war selten Zeitpunkt dieser psychischen Belastungen. Explizite Aussagen zu dieser Phase fanden sich nur in zwei Fällen, in denen von einer Einengung des Expansionsdrangs gesprochen wurde.

4.8 Familienstruktur

Häufig wurden von den Eltern sehr hohe oder sogar zu hohe Ansprüche an das Kind gestellt. Die Überforde-

lung lag im Leistungs- (Schule) oder im mitmenschlichen Bereich. Verschärft wurde die Belastung dadurch, daß die elterliche Liebe von der Erfüllung der Erwartungen abhängig gemacht wurde. In vielen Familien bestand ein Bedürfnis nach Harmonie um jeden Preis. Über Schwierigkeiten wurde nicht gesprochen. Dieses Problem stellte sich auch zwischen den Ehepartnern: In der Ehe fand sich häufig keine lebendige Partnerschaft, in der Konflikte ausgetragen werden konnten. In vielen Familien lag ein großes Bedürfnis vor, nach außen hin als intakte Familie zu erscheinen. Ideale wie Pflichterfüllung und Moral wurden hochgehalten. Sexualität war häufig ein tabuisiertes Thema, so daß viele Kinder in der Pubertät noch nicht aufgeklärt waren, geschweige denn bei ihren diesbezüglichen Problemen mit den Eltern sprechen konnten. Bei den Inhalten der Zwangshandlungen und -gedanken konnte ein Zusammenhang mit diesem Themenbereich festgestellt werden.

4.9 Belastende Ereignisse als mögliche Ursache für den Ausbruch der Zwangserkrankung

Bei 37 Patienten wurde über ein auslösendes Ereignis berichtet (Schulwechsel, Umzug, Streit mit einem Freund, Scheidung der Eltern, Tod eines geliebten Menschen oder schwere Krankheit). Gelegentlich erschien das Ereignis, das von den Eltern als auslösendes angesehen wurde, recht banal. Z.B. löste das Lesen eines Buches über Aberglauben eine Zwangsbefürchtung vor der Zahl 13 aus, eine Angst, die sich im weiteren Verlauf noch auf vieles andere ausdehnte und dann Zwangshandlungen zur Folge hatte.

4.10 Therapieverlauf

Der Therapieverlauf wurde lediglich bei stationären Patienten erfaßt, da ambulante Fälle häufig nach der Diagnosestellung zu einem externen Psychotherapeuten überwiesen wurden. Von den 24 stationären Patienten zeigten 33% eine deutliche, 42% eine geringe Besserung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 17 Wochen (Streubreite zwischen 1 Tag und 22 Monaten). Es zeigte sich, daß isolierte Zwangshandlungen therapeutisch wenig zu beeinflussen waren und isolierte Zwangsgedanken eher eine Besserung durch die stationäre Behandlung erfuhren.

5 Diskussion und Schlußfolgerung

Der Häufigkeitsgipfel im Alter von 12,6 Jahren bei den Mädchen und mit 13,8 Jahren bei den Jungen deutet darauf hin, daß der Eintritt der Pubertät eine erhöhte Vulnerabilität für die Manifestation der Zwangserkrankung darstellt. Nach *Zulliger* (1956) können auch bei gesunden Jugendlichen in der Pubertät häufig passagere Zwangsphänomene auftreten, die durch einen Triebkonflikt erklärbar seien. Bei unseren Patienten fiel auf, daß sie häufig in ihrer körperlichen Reife und in ihren Interessen

noch nicht so weit entwickelt waren wie ihre gleichaltrigen Kameraden. Der Bereich Sexualität bereitete ihnen Angst und sie flüchteten sich in die Zwangssymptomatik, die Abwehrcharakter hatte. Aufgrund der nur wenigen Anhaltspunkte für eine Fixierung in der analen Phase, erscheint uns die klassisch-freudianische Erklärung der Zwangserkrankung nicht einleutend. Hingegen scheint eine durchgehend frühe Über-Ich-Entwicklung, hervorgerufen durch strenge Moral und Wertvorstellungen durchaus bei der Ausprägung und Manifestation der Zwangserkrankung eine Rolle zu spielen. Eine ausgesprochene Störung in der Sauberkeitsentwicklung während der analen Phase lag bei unserem Kollektiv nicht vor. Vielmehr lassen sich häufig die Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und Zwangsbefürchtungen als Flucht vor Überforderung, Ausdruck von Verdrängen der Aggressivität, Angst und Flucht vor Sexualität und Reaktion auf physische und psychische Verletzung verstehen.

Die Analyse der Zwangssymptome und Zwangsinhalte zeigt eine häufige Kombination von Zwangsbefürchtungen und Zwangshandlungen, Zwangsgedanken allein treten selten auf. Es könnte jedoch sein, daß sie häufig von den Patienten nicht angegeben werden, da sie dem Kind peinlich oder unsinnig erscheinen. Daß bei den Zwangsimpulsen der Mädchen die Tötung der Mutter ganz im Vordergrund steht, spricht für die These ödipaler Triebreue in der Pubertät, die die Mutter als Rivalin erleben läßt. Auch in den Zwangsbefürchtungen tritt die Angst um die Mutter am häufigsten auf. *Harbauer* (1969) stellte hingegen in seinem Kollektiv sexuelle Ängste am häufigsten fest, danach religiöse Skrupel. Erst an dritter Stelle kam die Angst vor dem Tod, d.h. dem eigenen oder dem eines Verwandten. Religiöse und sexuelle Inhalte in unserem Kollektiv sind deutlich seltener und erst ab der Pubertät zu finden. Der Umgang mit Sexualität, speziell auch die Haltung der Kirche, dürfte im Vergleich zu den 60er Jahren freier geworden sein.

Es muß offen bleiben, ob in unserem Kollektiv katholische Kinder in geringerer Zahl an Zwangsneurose erkrankten, weil sie vielleicht über die Beichte eine geringere Über-Ich-Repression erfahren haben und damit eine Schuldenentlastung (vgl. *Zulliger* 1956).

Das gehäufte Vorkommen von zwangsneurotischen Kindern in sozial höher gestellten Schichten wird durch frühere Untersuchungen bestätigt (z.B. *Hollingshead & Redling*, 1958). Man kann vermuten, daß in Familien der mittleren und höheren Mittelschicht und ganz besonders in Beamtenfamilien Werte wie Moral, Sauberkeit, Ordnung und Gehorsam eine besondere Rolle spielen. Damit entwickeln diese Kinder u.U. ein besonders strenges Über-Ich, das typisch für den Zwangsneurotiker ist.

Der von uns gefundene Anteil von 9% zwangsneurotischen Eltern (bezogen auf die Fälle mit bekannter Familienanamnese) läßt nicht entscheiden, ob Erbfaktoren eine Rolle spielen oder ob es sich um eine Symptomtradition innerhalb der Familie handelt, wie *Mueller* (1957) vermutet. *Catey & Gottesmann* (1981) stellten bei einer Untersuchung an 15 Zwillingspärchen eine Konkordanzrate von 87% bei monozygoten und von 47% bei

dizygoten Zwillingen für die Zwangsneurose fest. Diese Ergebnisse deuten auf eine Beteiligung von Erbfaktoren hin. Auffällig ist die geringe Zahl von Untersuchungen über die Häufigkeit von Einschränkungen in der analen Phase oder eine rigide Sauberkeitserziehung bei Zwangsneurotikern. Wenn dieser Umstand wirklich so entscheidend ist, stellt sich die Frage, warum Geschwisterkinder nach unseren Ergebnissen fast nie an einer Zwangsneurose erkrankten. Eine Veränderung des Erziehungsstils von Kind zu Kind ist kaum anzunehmen. Bei den Zwangsneurotikern konnten wir keine bevorzugte Stellung in der Geschwisterreihe erkennen.

Die nach außen hin geordneten Familienverhältnisse unseres Untersuchungskollektivs täuschen über erhebliche Konflikte zwischen den Eltern und auch zwischen Eltern und Kindern hinweg, die jedoch eher versteckt und nicht offen ausgetragen werden. Wir vermuten, daß hierdurch die Kinder keine Möglichkeit haben, Strategien einer offenen und konstruktiven Konfliktbewältigung zu lernen, da Kritik von den Eltern nicht zugelassen wird. In den Zwangsimpulsen und Zwangsgedanken äußert sich dann die Aggression, die jedoch durch die Zwangsrituale „gebannt“ wird. Wie wichtig das umgebende Milieu ist, zeigte der Therapieverlauf: Bei einigen Patienten war bereits nach kurzer Zeit in der Klinik eine deutliche Besserung der Symptomatik festzustellen, was wohl auf eine Änderung der Lebensumstände und auf die Trennung von der Familie zurückzuführen ist. Unsere Therapieergebnisse entsprechen den katamnestic Untersuchungen von Ehresmann (1983) und Harbauer (1969). Der Vergleich der Prognose von Zwangserkrankungen bei Erwachsenen zeigt bei Kindern und Jugendlichen eine deutlich bessere Prognose (vgl. Delkeskamp, 1965; Hastings, 1958; Roehl, 1977).

Hinsichtlich des Erziehungsstils fördern eine zu strenge Moral und Wertvorstellungen mit rigiden Erziehungspraktiken eine zwangsneurotische Entwicklung. Aggressive Regungen sollten nicht unterdrückt und Überforderungen im Leistungsbereich vermieden werden, das gilt insbesondere in der Phase der Vorpubertät und Pubertät.

Summary

Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis

In a retrospective study the patient histories of 113 children and adolescents who received outpatient (89 cases) or inpatient (24 cases) treatment from 1973 to 1984 in the Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Tübingen with the diagnosis „compulsive neurosis“ were examined in terms of the criteria personality development, family structure, frequency of certain forms and contents of compulsory behavior, significance and symbolism of the compulsive behavior within the family dynamics. In addition, a comparison was made with the other patients (n = 8,774) receiving child and adolescent psychiatric treatment during this period.

The ratio of boys to girls was 7.3. The average age was 13.8 years in the boys and 12.6 years in the girls. The youngest patient was four years old. Compulsive washing was the predominant compulsive behavior in all age groups. Compulsive fears were most frequently manifested in fears about the mother, followed by poisoning and hypochondriac fears. Compulsive impulses were only found from prepuberty. In the girls, they were always directed to killing the mother. The analysis of personality development revealed that there were indications of special features in the anal phase in only three cases. On the other hand, special events of pathoplastic significance were found in half of the patients.

In about 33%, anancastic characteristics were present in the parents (eight parents were manifestly subject to compulsive neurosis). Conflict avoidance and ambitious demands on the children concerned were typical in the families. In contrast to the reference population, the compulsively neurotic children and adolescents were of average intelligence, frequently attended higher schools and belonged to a higher social class. The external family situations were frequently also intact. On the basis of this investigation, the conventional psychoanalytic hypothesis that the compulsive neurotic diseases entail fixation on the anal level must be doubted with regard to its general validity.

Literatur

- Catey, G., Gottesmann, J. (1981): Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive disorders. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, 117-136. – De Boor, W., Spiegelhoff, W., Stammler, A. (1952): Zur Psychopathologie, Pathophysiologie und Morphologie atypischer hirnatrophischer Prozesse. *Archiv f. Psychiat. und Zeitschr. f. Neur.* 188, 51-71. – Delkeskamp, H. (1965): Langstrecken-Katamnese von Zwangsneurosen. *Acta Psychiatr. Scand* 41, 564-576. – Destunis, G. (1961): Die Schwererziehbarkeit und ihre Neurosen des Kindesalters. Stuttgart: Enke. – Dührssen, A. (1954): Die Problematik der Zwangsneurose an Hand von Kinderfällen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 3, 1-5. – Ehresmann, P. (1983): Zwangssymptomatiken im Kindes- und Jugendalter sowie ihre Katamnese. *Med. Diss.*, Frankfurt a. M. – Freud, S. (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. In: Studienausgabe Bd. VII: Zwang, Paranoia und Perversion, 31-133 (Hg.: Mitscherlich, A., Richards, A., Strackey, J.) Frankfurt/M. Fischer 1973. – v. Gebattel, V.E. (1959): Die anankastische Fehlhaltung. In: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* Bd. II. München: Urban u. Schwarzenberg, S. 125ff. – Griesinger, W. (1968): Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. *Arch. f. Psychiatrie* 1, 626-633. – Harbauer, H. (1969): Zur Klinik der Zwangssphänomene beim Kind und Jugendlichen. *Jahrb. Jugendpsychiat.* VII, 181-191. – Hastings, D. W. (1958): Follow-up results in psychiatric illness. *Psychiatry* 114, 1057-1081. – Hollingshead, A., Redling, F. (1958): Social class and mental illness. New York: Wiley and Sons. – Homburger, A. (1926): Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer. – Knölker, U. (1983): Pathogenese von Zwangssyndromen. *Z. Kinder Jugendpsychiatr.* 11, 317-327. – Knölker, U. (1987): Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Müller, Ch. (1957): Weitere Beobachtungen zum Ver-

lauf von Zwangskrankheiten. *Psychiatria und Neurologia* 133, 80-94. – *Parnitzke, H.* (1952): Beiträge zur genetischen Problematik psychischer Zwangssphänomene im Kindes- und Jugendalter. *Samm. zwangl. Abh. Psych. Neurol.* – *Quint, H.* (1971): Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Remschmidt, H., Dauner, J.* (1970): Lerntheoretische Aspekte zur Genese von Zwangssphänomenen. *Acta Paedopsychiatr.* 37, 154-160. – *Roehl, G. J.* (1977): Katamnese von Zwangsneurosen über einen Zeitraum von 2-16 Jahren. *Med. Diss., Berlin.* – *Rüdin, E.* (1953): Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch. Psychiatr. u.*

Zschr. Neur. 191, 14-54. – *Schwidder, R.* (1964): Psychoanalytische Behandlungsergebnisse bei Zwangsneurosen. Vortrag Jahrestagung DPG, Göttingen. – *Weitbrecht, H. J.* (1963): Psychiatrie im Grundriß. Heidelberg: Springer. – *Zulliger, H.* (1956): Zwangsneurotische Erscheinungen bei gesunden Kindern. *Jb. Jugendpsychiatr.* 1, 54-68.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. G. Klosinski, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -Poliklinik, Effingerstr. 12, CH-3011 Bern