

Deegener, Günther / Jacoby, Chrétien und Kläser, Margit

## **Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 30 (1981) 6, S. 205-210

urn:nbn:de:bsz-psydok-28622

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

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

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

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

## INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer) .....	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years) .....	265

### Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?) .....	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH) .....	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style) .....	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm) .....	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children) .....	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy) .....	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI)) ....	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics) .....	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children) .....	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders) .....	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children) .....	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects) .....	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD)) .....	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects) .....	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork) .....	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus) .....	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome) .....	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence) .....	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy) .....	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis) .....	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept) .....	266

### Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children) .....	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children) .....	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children) .....	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems) .....	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) .....	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment) .....	95	<b>Tagungsberichte</b>	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour) .....	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981) .....	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped) .....	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980) .....	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders) .....	298	<b>Kurzmitteilung</b>	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior) .....	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession) .....	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children) .....	182	<b>Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)</b>	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten) .....	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten .....	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education) .....	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis .....	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire) .....	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit .....	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation) .....	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt .....	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken .....	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn .....	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder .....	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch .....	227
		<b>Mitteilungen (Announcements)</b> 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

## Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie

Von Günther Deegener, Chrétien Jacoby und Margit Kläser

### Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung erfolgte anhand der nachträglichen Durchsicht von 5000 Krankenblättern aus den Jahren von 1972 bis 1978. Vaterverlust durch Tod wurde bei 63 Kindern und Jugendlichen festgestellt. Es ergab sich, daß dem Vaterverlust nicht prinzipiell eine neurotisierende Bedeutung zukommt, die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert.

### Einleitung

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten 1975 in der BRD 1 181 000 (7,3%) Kinder und Jugendliche (bis zum 18.Lj.) in unvollständigen Familien, wobei von diesen 1 039 000 (88%) Kinder und Jugendliche keinen Vater hatten. Die Geschlechtsverteilung der Kinder war annähernd gleich. Zu diesen über eine Million Kindern in vaterlosen Familien könnten natürlich noch diejenigen Kinder gezählt werden, bei denen der Vater aufgrund von Krankheit oder berufsbedingt über eine mehr oder weniger lange Zeit nicht zu Hause ist. Von daher erscheint es erstaunlich, daß nur relativ wenige Untersuchungen vorliegen, die sich mit dem Thema der ‚vaterlosen Familien‘ beschäftigen – andererseits wurde wohl auch durch die z.B. mit dem Namen *Spitz* und *Bowlby* verbundenen Untersuchungen zum Hospitalismus und der besonderen Bedeutung der Abwesenheit der Mutter die Aufmerksamkeit von den vaterlosen Kindern abgelenkt. Stichwortartig können die bisherigen Ergebnisse und Hypothesen aus Untersuchungen über die Entwicklung und Persönlichkeit vaterloser Kinder und Jugendlicher in den folgenden Punkten zusammengefaßt werden:

1. Das Fehlen des Vaters führt zu einer mangelnden Entwicklung des Über-Ichs (*Glueck und Glueck*, 1934)
2. Vaterlosigkeit birgt die erhöhte Gefährdung zur Verwahrlosung und Kriminalität (*Chinn*, 1938; *Andry*, 1960; *Mc Cord et al.*, 1962; *Würtemberger*, 1968; *Gregory*, 1965)
3. Vaterlose Jungen haben Schwierigkeiten in der Identifikation mit der eigenen Geschlechtsrolle, den Mädchen fehlt der Vater als heterosexuelles Gegenmodell (*Sears et al.*, 1946; *Bach*, 1946; *Leichty*, 1960)
4. Vaterverlust führt zu sehr enger Bindung zwischen Kind und Mutter bei zu verwöhnender Erziehungshaltung (*Landolf*, 1968)
5. Das Fehlen des Vaters vom 3. bis 5.Lj. verschärft den ödipalen Konflikt (*Leichty*, 1960)
6. Vaterlose Kinder neigen eher zu Neurotizismus (*Hetherington und Hetherington*, 1965; *Deur*, 1971), es finden sich allgemein erhöhte Ängstlichkeit (*Biller*, 1970), frühe Verluste führen zu stärkerer neurotischer Tendenz (*Langenmayr*, 1978) und allge-

mein führen Personenverluste gehäuft zu depressiven Entwicklungen (*Mumro*, 1966; *Caplan und Douglas*, 1969; *Beck et al.*, 1963)

7. Vaterlose Kinder zeigen niedrigere Gesamtintelligenz und stärkere Beeinträchtigungen in mathematischen Fähigkeiten (*Nelson und Maccoby*, 1966; *Lessing et al.*, 1970; *Sanrock*, 1972)
8. Vaterlose Kinder können schwieriger einen Belohnungsaufschub verkraften (*Mischel*, 1961)

Insgesamt gesehen muß zu den angeführten Untersuchungen und ihren Ergebnissen angeführt werden, daß das methodische Vorgehen vielfach kritisiert werden kann (*Thomas*, 1979) und die Interpretation durch unterschiedlichste theoretische Grundannahmen und Untersuchungsmethoden sehr erschwert ist (*Herzog und Sudia*, 1968, 1970).

### Methodik

Die Untersuchung erfolgte anhand der nachträglichen Durchsicht von 5000 Krankenblättern aus den Jahren 1972–1978 der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar.

Von den 5000 Patienten befanden sich 3900 (78%) in ambulanter und 1100 (22%) in stationärer Behandlung. Elternverluste durch Tod traten in der folgenden Häufigkeit auf:

1. Vater gestorben: N = 63 (1,3%).
2. Mutter gestorben: N = 20 (0,4%).
3. Vater und Mutter gestorben: N = 1 (0,02%).

Insgesamt waren also z.Zt. der Erstvorstellung bei 84 Patienten (1,7%) Vater und/oder Mutter verstorben. Diese Zahlen liegen unterhalb der Erwartung, vergleicht man sie mit einigen Angaben aus der Literatur. *Thalmann* (1971) fand in seiner Untersuchung bei einer repräsentativen Stichprobe von 150 Jungen zwischen 7 und 10 Jahren in Reutlingen folgende Häufigkeiten: der Vater war in 3,3% und die Mutter in 0,7% der Fälle gestorben (bei keinem Kind waren beide Eltern verstorben). *Furman* (1977) führt Zahlen des Gesundheitsministeriums der USA aus dem Jahre 1971 an, wobei sich die Daten von 1955 bis 1971 kaum geändert hätten: Vater gestorben bei 3,4%, Mutter gestorben bei 1,3% sowie Vater und Mutter gestorben bei 0,1% der Kinder unter 18 Jahren.

Bei spezifischen Stichproben ergeben sich z.T. durch die Selektion des Probandengutes sehr viel höhere Angaben: *Hartmann* (1970) fand bei 1059 Jungen im Alter von 12–20 Jahren (Mittelwert bei 16 Jahren) des Hans-Zulliger-Hauses in Berlin in den Jahren von 1962–1965 Elternverluste durch Tod in 38,3% der Fälle (Vater gestorben 26,3%; Mutter gestorben 6,0%; Vater und Mutter gestorben 6,0%).

Nimmt man zu den Elternverlusten durch Tod auch die Elternverluste durch Scheidung dazu, so kann für 7–8% aller Kinder der Verlust eines Elternteiles angenommen werden (Thalmann, 1971; Lempp, 1979; Langenmayr, 1978).

In der vorliegenden Untersuchung wurden nur diejenigen Patienten berücksichtigt, deren Vater gestorben war. Diese 63 Patienten (25 Mädchen, 38 Jungen) waren z.Zt. der Erstvorstellung zwischen 3 und 19 Jahren alt, der Mittelwert lag bei 12;10 Jahren. Nach der Durchsicht der Krankenblätter wurde diese Gesamtstichprobe aufgeteilt in 2 Stichproben, und zwar nach den Kriterien, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorstellungsgrund, der Erkrankung und der Diagnose einerseits sowie dem Tod des Vaters und seinen Auswirkungen andererseits ableiten ließ.

Bei der Gruppe I ergab sich bei den Patienten kein erkennbarer Zusammenhang (N = 31; 12 Mädchen, 19 Jungen), bei der Gruppe II war jeweils ein deutlicher Zusammenhang zwischen Vorstellungsgrund und Tod des Vaters zu finden (N = 32; 19 Jungen, 13 Mädchen). Das mittlere Alter der Patienten z.Zt. der Erstvorstellung betrug bei der Gruppe I 12;11 Jahre (Streuung 3,4 Jahre), bei der Gruppe II 12;9 Jahre (Streuung 3;8 Jahre). Die Auswertung erfolgte vor allen Dingen anhand der anamnestischen Daten, die durch einen Fragebogen erfaßt wurde (vergl. Deegener, 1978). Berücksichtigt wurde weiter die mütterliche Verhaltenseinstufung (vergl. Deegener, 1976), die Verlaufsberichte und explorativen Angaben sowie die ärztlichen und psychologischen Berichte.

Ergebnisse

Für die Gruppe I und II wurden zunächst die Mittelwerte und Streuungen bezüglich der folgenden Daten des Anamnesefragebogens ausgezählt: Alter des Patienten z.Zt. des Todes des Vaters, Alter des Vaters beim Tod, Alter der Mutter beim Tod des Ehemannes, Alter der Mutter bei Erstvorstellung des Patienten in der Klinik, Alter des Vaters sowie der Mutter bei der Eheschließung.

Die errechneten Werte finden sich in der Tabelle 1, die Mittelwertsdifferenzen zwischen den beiden Gruppen sind

jeweils nicht signifikant (t-Test; Clauss und Ebner, 1970; n.s. bei p 0,05).

In den Tabellen 2 und 3 sind die Kinderzahl und die Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe aufgeführt, die Verteilungen der Gruppe I und II weichen nicht bedeutsam voneinander ab.

Tabelle 2: Kinderanzahl

	Gruppe	
	I.	II.
Einzelkind	7	3
2–4 Kinder	18	21
5–10 Kinder	6	8

Tabelle 3: Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe

Gruppe	I.	II.
1. Kind	4	8
2.–4. Kind	16	16
5.–7. Kind	3	5

Den Schulbesuch der Patienten gibt die Tabelle 4 wieder: es fällt hier der erhöhte Anteil von den Sonderschülern bei der Gruppe I auf, d.h. bei denjenigen Patienten, bei denen kein erkennbarer Zusammenhang zwischen Vorstellungsgrund und Erkrankung sowie Tod des Vaters zu finden war. In bezug auf die Schulbildung der Mutter unterschieden sich die beiden Gruppen nicht voneinander, wobei allerdings bei etwa 1/3 der Fälle keine Angaben vorhanden waren.

Tabelle 4: Schulbesuch der Patienten

Gruppe	I.	II.
Sonderschule	8	2
Grund- u. Hauptschule	16	22
Handels- u. Realschule	2	4
Gymnasium	3	1

Tabelle 1: Mittelwerte und Streuungen bei der Gruppe I und II bezüglich wichtiger Daten der Anamnese

	Anzahl		Jahre I		Jahre II	
	I.	II.	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Alter des Pat. z. Zt. des Todes des Vaters	28	32	7;6	3;5	8;5	4;7
Alter des Vaters bei Tod	22	32	42;0	8;8	42;1	11;0
Alter der Mutter bei Tod des Vaters	22	31	37;7	8;0	37;6	6;0
Alter der Mutter bei Erstvorstellung des Pat.	26	31	42;4	8;4	40;5	7;6
Alter des Vaters bei Eheschließung	22	26	27;4	4;9	27;9	7;5
Alter der Mutter bei Eheschließung	19	25	22;2	3;6	22;8	5;7

In einem weiteren Schritt wurde die Todesursache des Vaters untersucht, wobei sich insgesamt gesehen innerhalb der Gruppen I und II eine Vielzahl von Diagnosen ergab ohne erkennbaren Schwerpunkt. Weder in bezug auf die Todesursache noch auf den Verlauf der Erkrankung des Vaters (chronisch gegenüber akut) ergaben sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen. Einzig beim Suicid ergab sich eine Tendenz zum vermehrten Suicid bei der Gruppe II ( $N = 4$ ) gegenüber der Gruppe I ( $N = 1$ ).

Die Einstufung der Patienten hinsichtlich der Diagnosen erfolgte nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter von Rutter, Shaffer und Sturge in der Bearbeitung von Remschmidt und Schmidt (1977).

Bei der ersten Achse (klinisch-psychiatrisches Syndrom) wiesen 23 Patienten der Gruppe I keine psychiatrischen Störungen auf, bei 8 Patienten wurde eine Klassifikation vorgenommen. Die umgekehrte Tendenz ergab sich bei der Gruppe II: 3 Patienten waren ohne psychiatrische Störungen, bei 29 Patienten wurde eine Klassifikation vorgenommen.

Die 2. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas erfaßt umschriebene Entwicklungsrückstände. 3 Patienten der Gruppe I und 4 Patienten der Gruppe II wiesen hier Einstufungen auf. Auf der 3. Achse erfolgt die Einstufung des Intelligenzniveaus. Die Tabelle 5 ergibt die gefundenen Häufigkeiten wieder. Es ist ersichtlich, daß in der Gruppe I niedrige Intelligenz sowie intellektuelle Behinderungen ( $N = 9$ ) vermehrt auftreten gegenüber Gruppe II ( $N = 2$ ).

Tabelle 5: Begabungsniveau der Patienten

Gruppe	I.	II.
schwere intellektuelle Behinderung	1	0
mäßige intellektuelle Behinderung	3	0
leichte intellektuelle Behinderung	2	0
niedrige Intelligenz	3	2
durchschnittliche Intelligenz	21	27
hohe Intelligenz	1	3

Für die in Klammern angegebenen Zahlen der Tabelle 5 errechnet sich mit  $\chi^2$  Signifikanz auf dem 1%-Niveau zwischen den beiden Gruppen.

Auf der 4. Achse wird die körperliche Symptomatik der Patienten eingestuft. Es ergaben sich hierbei für die beiden untersuchten Stichproben die folgenden Werte:

In der Gruppe I 9 Patienten ohne körperliche Symptomatik gegenüber 22 Patienten mit Klassifikation, in der Gruppe II die umgekehrte Tendenz bei 21 Patienten ohne körperliche Symptomatik und 11 Patienten mit Klassifikation.

Die 5. Achse umfaßt abnorme psychosoziale Umstände, und zwar sofern diese im Kontext mit dem Entwicklungsniveau und dem soziokulturellen Milieu des Patienten deutlich abnorm sind. In der Gruppe I lagen bei 25 Patienten keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände vor, in der Gruppe II war dies bei 21 Patienten der Fall. Klassifikation

erfolgten in der Gruppe I bei 6 Patienten, in der Gruppe II bei 11 Patienten. Dabei wurde in der Gruppe I bei 1 Patienten 2 Kategorien mit psychosozialer Belastung eingestuft, bei der Gruppe II wurden bei 5 Patienten solche Doppelbelastungen festgestellt.

Zusammenfassend kann also zu den Ergebnissen mit dem multiaxialen Klassifikationsschema gesagt werden, daß in der Gruppe I sehr viel weniger ein klinisch-psychiatrisches Syndrom klassifiziert wurde als in der Gruppe II (1. Achse), während umgekehrt in der Gruppe I sehr viel häufiger eine körperliche Symptomatik diagnostiziert wurde als in der Gruppe II (4. Achse). Umschriebene Entwicklungsrückstände (2. Achse) traten in beiden Gruppen nur in geringem Maße und gleich häufig auf, während niedrige Begabung und intellektuelle Behinderungen (3. Achse) bei der Gruppe I häufiger waren als bei der Gruppe II. Die abnormen psychosozialen Umstände traten vermehrt bei der Gruppe II gegenüber Gruppe I auf. Vergrößert formuliert gilt also für die Patienten der Gruppe I: selten ein klinisch-psychiatrisches Syndrom; häufig körperliche Symptomatik; kaum umschriebene Entwicklungsrückstände, aber vermehrt niedrige Begabung und intellektuelle Behinderung; relativ wenig abnorme psychosoziale Umstände. Die Patienten der Gruppe II könnten folgendermaßen beschrieben werden: sehr oft klinisch-psychiatrisches Syndrom; relativ wenig Patienten mit körperlicher Symptomatik, kaum umschriebene Entwicklungsrückstände und intellektuelle Behinderung; vermehrt abnorme psychosoziale Umstände.

Im Zusammenhang mit den Hinweisen auf eine die Patienten stärker belastende Umwelt in der Gruppe II wurde noch ausgewertet nach neuen Partnern sowie Berufstätigkeit der Mütter. Es ergaben sich die in Tabelle 6 wiedergegebenen Werte. In bezug auf die neuen Partner der Mütter ist dabei qualitativ anzuführen, daß die Beziehungen dieses Mannes zum jeweiligen Patienten bei der Gruppe I nur in 1 Fall konflikthaft verlief, in der Gruppe II jedoch bei 5 Patienten.

Tabelle 6: Neue Partner sowie Berufstätigkeit der Mütter

Gruppe	I.	II.
a) neue Partner	5	9
davon: Bekanntschaft		
Freundschaft	2	6
Heirat/Stiefvater	3	3
b) Berufstätigkeit	7	12
davon: gelegentlich/ Nebenbeschäftigung	1	3
regelmäßig/halb- bzw. ganztags	6	9

Bei der Verhaltenseinstufung der Patienten durch die Mütter wurde eine Eigenschaftsliste vorgelegt mit Ja-Nein-Beantwortung. Die Tabelle 7 gibt die Häufigkeit der Bejahung in Prozent für die Gruppen I und II wieder. Allgemein fällt auf, daß bei der Gruppe II die Häufigkeit der Bejahung von Verhaltensauffälligkeiten höher sind als bei der Gruppe I: hierin spiegelt sich wohl auch wieder, daß bei der Gruppe II im multiaxialen Klassifikationsschema häufiger ein klinisch-psychiatrisches Syndrom diagnostiziert wurde. Die

Gruppe I weist nur bei den Variablen ‚zerstreut und vergeßlich‘ sowie ‚zappelig‘ und ‚unaufmerksam‘ höhere Werte auf als die Gruppe II: zieht man zur Bewertung dieser Daten noch die höchsten Einstufungen innerhalb der Gruppe I hinzu (nervös, unaufmerksam, zappelig, zerstreut, vergeßlich, leicht erregbar), so erinnert dies etwas an die psychopathologischen Beschreibungen bei Kindern mit einem frühkindlichen exogenen Psychosyndrom. Dafür würden auch die vermehrten Minderbegabungen und Sonderschulbesuche sowie die häufigeren Diagnosen einer frühkindlichen Hirnschädigung bei der Gruppe I gegenüber Gruppe II sprechen.

Tabelle 7: Verhaltenseinstufungen und Prozentangaben der Bejahung durch die Mütter

Gruppe I (N = 19)		Gruppe II (N = 24)	
		71%	nervös
63%	nervös	63%	leicht erregbar
		58%	empfindsam
		54%	ängstlich
47%	unaufmerksam		
47%	zappelig		
42%	zerstreut, vergeßlich	42%	leicht ermüdbar
42%	leicht erregbar	42%	verspielt
42%	anlehnungsbedürftig	42%	anlehnungsbedürftig
		38%	unausgeglichen
		38%	zerstreut, vergeßlich
		38%	zappelig
		38%	gehemmt
		38%	unaufmerksam
		38%	albern
37%	verspielt		
37%	empfindsam		
37%	albern		
		33%	schüchtern
		33%	streitsüchtig
32%	unausgeglichen		
32%	leicht ermüdbar		
		29%	ungezogen
		29%	unbeherrscht
22%	streitsüchtig		
22%	unbeherrscht		
		17%	traurig
16%	ungezogen		
11%	ängstlich		
5%	gehemmt		
0%	traurig		
0%	schüchtern		

Bei der Gruppe II könnten demgegenüber die Einstufungen mehr den Persönlichkeitsdimensionen des Neurotizismus (emotionale Labilität) und der Introvertiertheit zugeordnet werden. Die größten Differenzen in bezug auf die Prozentangaben zwischen den Gruppen finden sich bei den folgenden Variablen, wobei die in Klammer gesetzten Prozentzahlen bedeuten, daß in der Gruppe II x-Prozent häufiger als in der Gruppe I die Verhaltensauffälligkeiten bejaht wurden: ängstlich (43%), gehemmt (33%), schüchtern (33%), leicht erregbar (21%), empfindsam (21%), traurig (17%), ungezogen (13%), streitsüchtig (11%), leicht erregbar (10%). Weiter sprechen für die Interpretation der o.a.

Persönlichkeitsmerkmale bei der Gruppe II auch die höchsten Einstufungen innerhalb dieser Gruppe (nervös, leicht erregbar, empfindsam, ängstlich), die allgemein erhöhten Einstufungen sowie z.B. die Variable ‚traurig‘ (Gruppe I: 0%; Gruppe II: 17%). Für die 18 Variablen wurde im übrigen noch zwischen den beiden Gruppen ein Rangkorrelationskoeffizient (unter Berücksichtigung von Rangplatzaufteilungen) von  $r = 0.56$  errechnet.

Abschließend sollen noch für die Gruppe II mehr beschreibend einige der wichtigsten Besonderheiten auf die Entwicklung der Patienten nach dem Tode des Vaters aufgeführt werden, wobei die einzelnen Punkte z. T. bei einem Probanden gehäuft auftreten können.

Bei 6 Patienten (5 Mädchen, 1 Junge) bestand eine sehr enge, fast symbiotisch zu bezeichnende Mutter-Kind-Beziehung, wobei meist die Mutter gleichzeitig überfürsorglich und überängstlich war. Bei 5 Müttern wurde eine Angstneurose oder depressive Entwicklung nach dem Tode des Ehemannes beschrieben, bei 12 Patienten wurden abnorme Erlebnisreaktion, angst- und zwangsneurotische Entwicklung sowie extreme Trennungsangst aufgeführt. 4 Patienten kamen nach Suicidversuch zur stationären Aufnahme, bei einem dieser Patienten beging der Vater Suicid. Bei 3 Patienten traten unmittelbar nach dem Tode des Vaters Tics und Stottern auf, bei weiteren 3 Patienten führte der Weg nach dem Tode des Vaters in die Verwahrlosung. 6 Patienten wurden vor allen Dingen wegen Enuresis persistens vorgestellt, wobei dieses Symptom aber immer schon vor dem Tode des Vaters bestand. Bei 5 Patienten standen Schulschwierigkeiten im Vordergrund, 3 von ihnen waren Legastheniker. Bei 5 Patienten bestand eine äußerst konflikt-hafte Beziehung zum neuen Bekannten oder Ehemann der Mutter, ein Kind wurde nach dem Tode des Vaters von der Großmutter betreut und mußte nach Spannungen zwischen diesen beiden in ein Heim überwiesen werden.

1 Patient übernahm nach dem Tode des Vaters gegenüber den Geschwistern die Vaterrolle und scheiterte unter der massiven Kritik der Geschwister an dieser Aufgabe. Bei einer Patientin gab der Bruder ihr die Schuld am Suicid des Vaters.

Diskussion

Die Bedeutung des Verlustes des Vaters durch Tod und seine Auswirkungen auf die weitere psychosoziale Entwicklung des Kindes sind sicherlich durch eine Vielzahl von Faktoren mitbedingt, wobei in Anlehnung an Thomas (1979) die folgenden Punkte angeführt werden können:

1. Mehr in der Person des Kindes liegende Faktoren:
- Alter des Kindes

– Geschlecht des Kindes

– Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe

– Mutter-Kind-Beziehung vor und nach dem Tode des Vaters

– Vater-Kind-Beziehung vor dem Tode

– Begabungsniveau des Kindes

– Stand der psychosozialen Entwicklung des Kindes

– Quantität und Qualität weiterer Trennungserlebnisse des Kindes
2. Mehr in der Person der Mutter liegende Faktoren:
- Alter der Mutter bei Tod des Vaters

– Beziehung der Mutter zum Ehemann vor dessen Tod

- Reaktion der Mutter auf den Tod des Ehepartners
  - Psychosoziale Belastung der Mutter (Kinderzahl, Berufstätigkeit)
  - Beziehung der Mutter zu Verwandten, Nachbarschaft, Bekannten
3. Mehr in der weiteren sozialen Umgebung des Kindes liegende Faktoren:
- neue Partner der Mutter
  - weitere vaterersetzende Identifikationsmöglichkeiten
  - Reaktionen von Geschwistern, Verwandten, Nachbarn, Spiel- und Schulkameraden auf den Tod des Vaters
4. Sozioökonomische Faktoren:
- soziale Schicht
  - Wohnverhältnisse der Restfamilie
  - Einkommensverhältnisse
  - Psychosoziale Beziehungen und Belastungen der Restfamilie

Die Vielzahl dieser Faktoren und ihrer möglichen Wechselwirkungen weisen zunächst einmal auf die eingeschränkten Interpretations- und Verallgemeinerungsmöglichkeiten bezüglich der Ergebnisse einer retrospektiven Studie wie der vorliegenden Arbeit hin. Allerdings liegt wohl noch keine Arbeit vor, die auch nur annähernd hinreichend die aufgeführten Faktoren in ihrer Gesamtheit berücksichtigt, Untersuchungen zu Einzelaspekten unter Berücksichtigung nur einiger weniger Beeinflussungsgrößen und ihrer Wechselwirkungen sind die Regel, wobei weiter Querschnitt- gegenüber Längsschnittuntersuchungen dominieren. In diesem Rahmen verbleiben aber auch ausgedehnte Einzelfallstudien wie z. B. diejenigen von *Furman* (1977) vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie trotz der Fülle des klinischen Materials aus langwährenden Kinderanalysen sowie der eindrücklich bleibenden eigenen Erfahrungen über die Empfindungen beim Thema ‚Tod, Krankheit und Trennung‘ letztlich doch in ihren Aussagemöglichkeiten eingeschränkt.

Zu betonen bleibt auch, daß die o. a. Faktoren nicht nur im Zusammenhang mit einem negativen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes zu bewerten sind, sondern daß sie oft auch die Möglichkeit zu einer gelungenen Trauerarbeit und Überwindung des Verlustes beinhalten. Im Extremfall kann der Verlust des Vaters sogar eine Wende zur Gesundheit bedeuten, wenn der Vater z. B. im Rahmen von Alkoholismus und seinen psychosozialen Folgeerscheinungen für die Familie und ihre Binnen- und Außenbeziehungen sowie für die Entwicklung des Kindes einen neurotisierenden und zu Verhaltensstörungen führenden Einfluß ausübte. Bei Vorliegen z. B. einer neurotischen Entwicklung des Kindes muß in diesem Rahmen auch die Frage gestellt werden, ob denn der Verlust des Vaters durch Tod an sich den Ausschlag gab oder aber bereits vorher vorliegende psychosoziale Komponenten und pathogene Familienkonstellationen bereits eine neurotische Entwicklung angebahnt oder ausgeprägt hatten. *Langenmayr* (1978) schreibt so auch endgültigen Personenverlusten keine prinzipiell neurotisierende Tendenz zu, die Verluste konnten in seiner Untersuchung nicht für eine erhöhte Symptombelastung verantwortlich gemacht werden. Zur Erklärung führt der Autor die folgenden Hypothesen an: „1. Unser Untersuchungsinstrumentarium ... ist nicht geeignet, genügend feine Unterschiede

wiederzugeben. 2. Personenverluste bestimmten lediglich die Art von entstehenden Störungen, aber nicht so sehr das Auftreten von Störungen allgemein. Sie können einige Störungen mildern, andere verstärken. Insbesondere dürften dann depressive Verhaltensweisen mit ihnen zusammenhängen. 3. Es gibt eine Reihe von kompensatorischen Verhaltensweisen der Umwelt, die die Wirkung von Personenverlusten neutralisiert. 4. Personenverluste und Trennungen wirken nicht unmittelbar und sofort, sondern erst nach mehreren Jahren oder Jahrzehnten, ... Es könnte auch sein, daß erst bestimmte spätere Situationen die Kindheitserlebnisse genügend reaktivieren, um dann zu massiven Störungen zu führen. Die Beobachtungen bei der Entstehung der Depression und ihren nachgewiesenen Beziehungen zu Kindheitserlebnissen deuten ziemlich klar in diese Richtung. Unter den Personen, die Verluste erlebt haben, und ihren Eltern scheint die psychoanalytische Theorie voll Gültigkeit zu haben, wonach um so schwerere Neurosen entstehen, je früher und je zahlreicher Verluste eine Person erlebt hat.“ Personenverlust (Tod des Vaters) muß also nicht prinzipiell in eine Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung des Kindes münden, wie es auch durch die vorliegende retrospektive Studie erneut bestätigt wird: bei der Hälfte der Kinder (Gruppe I) konnte kein Zusammenhang zwischen dem Tod des Vaters und seinen Auswirkungen einerseits sowie dem Vorstellungsgrund, der Erkrankung und der Diagnose des Kindes andererseits abgeleitet werden. Aber auch für die Patienten der Gruppe II fanden sich einige Hinweise darauf, daß die psychosoziale Entwicklung nicht durch den Vaterverlust an sich, sondern durch mehr oder minder nur sehr indirekt oder gar nicht mit dem Tode des Vaters verbundene Faktoren beeinflusst wurde (z. B. bei den schon lange vor dem Tode des Vaters bestehenden abnormen psychosozialen Umständen).

Entsprechend der Erwartung aufgrund der Literatur fanden sich in der Gruppe II gehäuft depressive Bilder, emotionale Labilität, angst- und zwangsneurotische Entwicklungen sowie extreme Trennungsängste. Aber auch hierbei kam dem Tod des Vaters nicht immer eine alleinige Ursache zu wie z. B. bei einer abnormen Erlebnisreaktion. Oft fand sich z. B. schon vorher eine überbehütende, überängstliche Erziehungshaltung der Mutter, die sich dann nach dem Tode des Vaters noch verstärkte und zu immer engerer Mutter-Kind-Beziehung führte. In einem solchen Kontext reagierte eine 12jährige Patientin (die nicht zur Stichprobe gehörte) mit einer psychogenen Aphonie auf den Tod des von ihr sehr geliebten Hundes.

Neue Partner sowie Berufstätigkeit der Mutter traten in der Gruppe II häufiger auf als in der Gruppe I, wobei auch die Beziehung der Patienten zum neuen Partner der Mutter in der Gruppe II häufiger konflikthaft verlief.

Die Gruppe II kann folgendermaßen charakterisiert werden: Vorstellungsgrund und Diagnose sehr oft wegen einer rein körperlichen Symptomatik (z. B. Anfallsleiden: N = 6; Unfälle, angeborene Mißbildungen, Erkrankungen des Auges: N jeweils 3; entzündliche Erkrankungen des ZNS, Muskeldystrophie, zerebrale Degeneration, Kreislauferkrankung: N jeweils 1), relativ häufiger Minderbegabungen sowie Zustandsbilder nach frühkindlicher Hirnschädigung.



Abschließend ist ganz allgemein festzustellen, daß nach den Erfahrungen bei der Durchsicht der Krankenblätter der vorliegenden Stichprobe detailliertere Anamneseerhebungen und Interviews gefordert werden müssen bei Vorliegen von Personenverlusten (z.B. bezüglich der Trauerarbeit, den Erklärungen über Tod und Beerdigung), um überhaupt zu hinreichenden Erkenntnissen zu kommen über die Auswirkungen eines Todesfalles innerhalb der Familie auf die Patienten.

### Summary

#### *Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children*

The study based on retrospective data of 5000 medical records out of the years from 1972 to 1978. 63 children and adolescents lost their father. The major findings lead us to the conclusion that death of the father in itself doesn't imply at the same time a neurotic development of the children. The results are discussed in reference to hypothesis and data found in the literature.

### Literatur

Andry, R.: Faulty paternal and maternal child relationships, affection and delinquency. *Brit. J. Delinquency* 97, 329–340, (1960). – Bach, G. R.: Father-fantasies and father typing in father-separated children. *Child Development* 17, 63–80 (1946). – Beck, A. T., Sethi, B. B. und R. W. Tuthill: Childhood bereavement and adult depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 9, 295–302 (1963). – Biller, H. B.: Father absence and the personality development of the male child. *Developmental Psychol.* 2, 181–201 (1970). – Caplan, M. G. und V. I. Douglas: Incidence of parental loss in children with depressed mood. *J. Child Psychol. Psychiat. All. Disc.* (1969). Zit. n. Langenmeyr, A. (1978). – Chinn, W. L.: A brief survey of nearly 1000 juvenile delinquents. *Brit. J. educ. Psychol.* 9, 78–85 (1938). – Clauss, G. und H. Ebner: Grundlagen der Statistik. Frankfurt, Deutsch (1971). – Deegener, G.: Zur mütterlichen Verhaltenseinstufung bei verschiedenen kinderpsychiatrischen Patientengruppen. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiat.* 4, 244–258 (1976). – Ders.: Zur Zuverlässigkeit fremdanamnestischer Daten. *Pädiatrie und Pädologie* 13, 45–50 (1978). – Furman, E.: Ein Kind verwaist. Stuttgart, Klett (1977). – Glueck, S. und E. Glueck: One thousand juvenile delinquents. Cambridge/Mass., Harvard Univ. Press

(1934). – Gregory, I.: Retrospective data following childhood loss of a parent: Delinquency and high school dropout. *Arch. gen. Psychiat.* 13, 99–109 (1965). – Hartmann, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Berlin, Springer (1970). – Herzog, E. und C. E. Sudia: Fatherless homes: A review of research. *Children* 5, 177–182 (1968). – Hetherington, E. M.: A developmental study of the effects of sex of the dominant parent on sex-role preference, identification, and imitation in children. *J. pers. soc. Psychol.* 2, 188–194 (1965). – Hetherington, E. M. und J. L. Deur: The effects of father absence on child development. *Young children* 4, 233–248 (1971). – Landolf, P.: Kind ohne Vater. Bern, Huber (1968). – Langenmayr, A.: Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosenentstehung. Göttingen, Hogrefe (1978). – Leichty, M. M.: The effect of father-absence during early childhood upon the oedipal situation as reflected in young adults. *Merrill-Palmer Quart.* 6, 212–217 (1960). – Lempp, R.: Die Familie in der Krise aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Vortrag Westdtsh. Psychotherapietage, Aachen (1979). – Les-sing, E., Zaborin, S. W. und Nelson, D.: WISC subtest and IQ score correlates of father absence. *J. gen. Psychol.* 117, 181–195 (1970). – Mc Cord, J., Mc Cord, W. und E. Thurber: Some effects of paternal absence on male children. *J. abn. soc. Psychol.* 64, 361–369 (1962). – Mischel, W.: Father-absence and delay of gratification: cross-cultural comparisons. *J. abn. soc. Psychol.* 63, 116–124 (1961). – Munro, A.: Parental deprivation in depressive patients. *Brit. J. Psychiat.* 20, 98–101 (1966). – Nelson, E. A. und E. E. Maccoby: The relationship between social development and differential abilities on the scholastic aptitude test. *Merrill-Palmer Quart.* 12, 269–289 (1966). – Remschmidt, H. und M. Schmidt: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern, Huber (1977). – Santrock, J. W.: Relation of type and onset of father absence to cognitive development. *Child development* 43, 455–469 (1972). – Sears, R. R., Pintler, M. H. und P. S. Sears: Effect of father separation on preschool children's doll play aggression. *Child development* 17, 219–243 (1946). – Thomas, A.: Vaterlose Erziehung in Kinderdörfern. Innsbruck-München, SOS-Kinderdorf-Verlag (1979). – Thalmann, H. C.: Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Stuttgart, Klett (1971). – Würtenberger, T.: Familie und Jugendkriminalität. In: G. Wurzbacher (Hrsg.), Die Familie als Sozialisationsfaktor. Stuttgart, Enke (1968).

Ansch. d. Verf.: Dr. Günther Deegener, Dipl. Psychologe, Margit Kläser, Diplom-Psychologin, Abteilung für Kinder und Jugendliche der Univ.-Nervenklinik 6650 Homburg/Saar, Dr. Chrétien Jacoby, L-Ettelbrück, 103, Avenue Salentiny.