

Aus der Kinderklinik der Universität Barcelona
(Vorstand: Prof. R. RAMOS).

Endogene kindliche Psychosen.

Von

JOSÉ SOLÉ-SAGARRA.

(Eingegangen am 2. Juni 1951.)

I. Die glänzende Entwicklung, welche die Kinderpsychiatrie in den letzten Jahren genommen hat, ist nicht gerade dem Syndromenreichtum der kindlichen Psychosen zu verdanken, die in der Kinderpsychiatrie infolge ihrer symptomatologischen Armut und ihrer relativen Seltenheit die am wenigsten wichtigen Krankheiten sind. Die Kinderpsychiatrie besteht vor allem aus den Kapiteln, die sich auf die intellektuellen Defizits und die Betragensstörungen beziehen. Populär ausgedrückt befaßt sie sich fast ausschließlich mit dummen und aus dem Gleichgewicht geratenen Kindern, aber nur selten mit geistesgestörten im wahren Sinne des Wortes. Die heutige psychiatrische Nomenklatur schließt die Dummen und aus dem Gleichgewicht Geratenen in die Begriffe Oligophrenie, bzw. Psychopathie ein, während nur der Wahnsinn als solcher die große Gruppe der eigentlichen Psychosen ausmacht. In der Erwachsenen-Psychiatrie sind die Psychotiker am häufigsten und die Oligophreniker weniger häufig. Bei den Kindern dagegen sind die Psychosen selten und die Oligophrenien herrschen bei weitem vor. Die große Gruppe der Psychopathien, der krankhafte Zustand zwischen Normalsein und grober Geistesstörung, ist bei den Kindern und Erwachsenen bezüglich seines quantitativen Verhältnisses ziemlich ausgeglichen.

Infolge der Seltenheit der kindlichen Psychose haben ihr die Kinderärzte nur geringes Interesse gewidmet, dagegen haben sich die Psychiater mehr mit diesem Problem befaßt, ungeachtet der wenigen kranken Kinder, die mit den symptomatischen Merkmalen, welche die unvollkommene Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit den kindlichen Psychosen aufprägt, direkt zum Psychiater kommen.

Die mehr oder minder amorphen und proteusartigen Bilder, die eine schwere Störung der kindlichen Psyche anzeigen, pflegten der Pädiater und der praktische Arzt in größerem Umfange als der Psychiater zu beobachten. Es sind dies die in sich gekehrten, nervösen, apathischen, erschreckbaren, ängstlichen, extravaganten und an verschiedenen Charakterstörungen leidenden Kinder, deren Anomalien häufig auf einen klinisch nicht richtig ausgelegten schizophrenen Defekt hinweisen. Die Diagnose lautet meist: „hysterisch“ oder „neurotisch“, und die Kinder werden einer Behandlung mit Roborantien und dergleichen unterzogen.

In Anbetracht des geringen Hundertsatzes der eigentlichen Psychosen und der therapeutischen Ausrichtung der Kinderpsychiatrie auf psychische Mangelstörungen der Intelligenz oder des Charakters hat man die Existenz einer ausgesprochenen

Kinderpsychiatrie leugnen wollen. Wenn man die von KRAEPELIN stammende klassische Definition der Psychiatrie, derzufolge diese Wissenschaft die Lehre von den Geisteskrankheiten ist, eng faßt, dann sieht man sogleich, daß dies bei den Erwachsenen Zutreffende nicht auf die Kindheit angewendet werden kann, da die Geisteskrankheit des Erwachsenen, namentlich die endogene Psychose, das typische Irresein ist. Aber wörtlich bedeutet Psychiatrie ärztliche Wissenschaft von der Seele, und in diesen Begriff fügen sich nicht nur die psychischen Krankheiten als solche ein, sondern auch die Veränderungen der Psyche in weitestem Sinne, ob sie die Bedeutung der eigentlichen Geisteskrankheiten erreichen oder nicht.

Die Kinderpsychiatrie ist an sich ein Gebiet, das in vieler Hinsicht dem Psychiater nähersteht als dem Kinderarzt, vor allem hinsichtlich der Notwendigkeit charakterologischer Kenntnisse. Deshalb kann es nicht überraschen, daß in den letzten Jahrzehnten die wissenschaftliche Arbeit fast ausschließlich von Psychiatern geleistet worden ist, und diesen, und nicht den Kinderärzten, wurde das Material zugeführt. Die Pädiatrie begann sich für den psychischen Aspekt ihres Gebietes erst seit dem Erscheinen der Arbeiten CZERNYS intensiver zu interessieren. Dieser näherte sich durch die Abgrenzung der neuropathischen Konstitution und durch das Studium des neuropathischen Kindes dem Erziehungsproblem, wodurch die nicht nur in Ärzte-, sondern auch in Laienkreisen bekannten Vorlesungen „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ entstanden, deren Wirkung noch heute in den Fürsorgestellen der Kinderkliniken und in den Anstalten für schwer erziehbare Kinder sichtbar ist.

So entstand der Begriff der Kinderpsychiatrie, den wir in Übereinstimmung mit TRAMER folgendermaßen zusammenfassen: „Kinderpsychiatrie ist die Wissenschaft von den psychischen Schwierigkeiten, Hemmungen und Störungen aller Art der psychischen Entwicklung des Kindes und deren Behandlung. Ihre Aufgabe besteht demzufolge in der Erforschung dieser Hemmungen und Störungen von der einfachen Abweichung vom Normalsein bis zu den eigentlichen Krankheiten, ihrer Ursachen und Bedingungen, ihrer Behandlung und besonders ihrer Verhütung.“

II. Auf Grund dieser Voraussetzungen, welche die Kinderpsychiatrie als selbständigen, in enger Verbindung mit der Pädiatrie und der Psychiatrie stehenden Zweig der Medizin rechtfertigen, schildern wir den heutigen Stand ihres am wenigsten bekannten und am wenigsten umfassenden Teiles, das Kapitel der kindlichen Psychosen, wobei demzufolge alle jene Formen geistiger Störungen ausscheiden, die keine reinen endogenen Psychosen darstellen.

Die meisten kindlichen Psychosen fallen unter die schizophrenen Konstellationen; da die Paranoia, die nach unseren heutigen Kenntnissen auch im Erwachsenenalter selten ist, nur im Keimzustand und als präpsychotische Form in der letzten Kindheitsphase vorkommt. Infolge der ungenügenden Struktur der Persönlichkeit vor Abschluß der Pubertät kann sich der typische systematisierte Eifersuchtwahn, der Erfinderwahn oder Wahnzustände anderer Art, welche die paranoiden Entwicklungen und Syndrome kennzeichnen, noch nicht entwickeln. Das gleiche können wir vom manisch-depressiven Irresein behaupten, das bis zum Pubertätsalter äußerst selten ist, wenigstens

hinsichtlich der typischen Formen, die beim Erwachsenen auftreten. Dagegen ist die Schizophrenie vor der Geschlechtsreife nicht so selten, wie einige Verfasser angeben. Die meisten Fälle reiner kindlicher Schizophrenie beschreibt die russische Schule, u. a. erwähnt SUCHAREWA mehr als 100 Fälle.

Seit einem Jahrzehnt wendet man in der Kinderpsychiatrie die gleiche psychiatrische Nomenklatur wie in der Erwachsenenpsychiatrie an. Dieses Bestreben, die Begriffe zu vereinheitlichen, ist in der Psychiatrie immer lobenswert, einer Wissenschaft, die wie keine andere der Spekulation Raum läßt, doch ist diese Tatsache bei den kindlichen Psychosen von entscheidender Bedeutung. In Anlehnung an diese Gesichtspunkte beschreiben wir nachfolgend die drei grundlegenden Syndrome der Gruppe der endogenen Psychosen: Schizophrenie, manisch-depressives Irresein und Paranoia. Bei der letztgenannten wird noch diskutiert, ob sie in die Gruppe der endogenen Psychosen einzuordnen ist oder nicht, was auch für die genuine Epilepsie zutrifft.

Wir schließen in die einzige Gruppe der *kindlichen Schizophrenie* alle Formen psychischer Veränderungen der Kindheit ein, welche die charakteristischen Symptome der Erwachsenenschizophrenie aufweisen, und die über kurz oder lang in Verblödung enden, aber immer von einem normalen psychischen Zustande ausgehen. Unter den Begriff der kindlichen Schizophrenie fallen auch die meisten Fälle von *Dementia infantilis HELLERS*, die bei Kindern von 3—4 Jahren auftreten, deren geistige Entwicklung bis dahin normal war, sowie die sogenannte *Dementia praecoxissima* als pädiatrischer Zweig der alten *Dementia praecox KRAEPELINS*, wie auch die paretisch-aphatische *Phrenasthenie* von *SANTE DE SANCTIS*. Unseres Erachtens bezeichnen alle diese Begriffe die gleiche Krankheit mit dem Nachteil, daß sie taxonomische Verwirrung verursachen.

Die *Merkmale* der *kindlichen Schizophrenie* sind folgende: Allmähliche Störung der Affektivität, wodurch das Kind gleichgültig gegen seine Umgebung wird und das Verhältnis zu seinen Eltern an Zärtlichkeit einbüßt. Weiterhin verliert es seine kindliche Anmut und Naivität, wird grob und unverschämt, ein Benehmen, das in schroffem Gegensatz zu seinem früheren guten Betragen steht. Diese Affektivitätsstörungen herrschen lange Zeit im klinischen Bilde vor, später gesellen sich Intelligenzstörungen dazu, im allgemeinen qualitativer Art in dem Sinne, daß das Kind zwar manches weiß, es aber nicht sagen kann, extravagantes und disziplinloses Benehmen in der Schule, daß es gewisse Dinge nicht lernen will, usw. In diesem Sinne ist das sogenannte „*Phonographensymptom*“ oft diskutiert worden, nämlich die phonographenartige Wiederholung vorher aufgenommener optischer und akustischer Wahrnehmungen. Bald treten bei der *tückisch* beginnenden chronischen kindlichen Schizophrenie, der häufigsten Form, Seltsamkeiten, Extra-

vaganzen, Neigung zum Alleinsein und Autismus hinzu. Noch einen Schritt weiter, und der kleine Patient verfällt bezüglich des Sprechens und Essens in eine krankhafte Starrköpfigkeit und Negativismus. Die letztgenannten Symptome bilden den Übergang zu den katatonischen Syndromen, die im symptomatischen Bilde der kindlichen Schizophrenie vorherrschen. Die unvollkommene Entwicklung des motorischen Systems und die neuromuskuläre Übererregbarkeit in der Kindheit bedingen das Vorherrschen der psychomotorischen Symptomatologie in der kindlichen Schizophrenie, häufig mit geziertem Wesen, Echolalie, Stereotypien und gezwungenen, extravaganten Haltungen; ein wirklicher katatonischer kindlicher Stupor ist nicht beobachtet worden. Man bezweifelt das Auftreten von Sinnestäuschungen in der kindlichen Schizophrenie, auch die typischen Störungen der Erwachsenenschizophrenie bezüglich der Ideenassoziationen und des Persönlichkeitszerfalls werden nicht beobachtet. Das Erlebnis, welches HOMBURGUER als „innere Verwirrung“ beschreibt, ist in Wirklichkeit eine paraaffektive Störung von Gefühlswidersprüchen und Unsicherheit des Ichs, die häufig in einer Haßreaktion gegen die Eltern endet. Durch das absolute Vorherrschen katatonischer Symptome in der kindlichen Schizophrenie kann man nicht von hebephrenen und noch weniger von paranoidischen Formen sprechen, wie wir sie in der Erwachsenenschizophrenie antreffen. Nur in der präpuberalen Phase finden wir ziemlich charakteristische hebephrene Formen und bisweilen auch gewisse paranoidische Züge, die eine Andeutung der paranoidischen Erwachsenenschizophrenie darstellen. Die Evolution der kindlichen Schizophrenie pflegt ungünstig zu sein, obwohl durch die modernen Konvulsivbehandlungen ziemlich viele Fälle geheilt werden oder zumindesten der intellektuelle schizophrene Defekt gemildert wird, den die erwähnten kindlichen Schizophrenien zurücklassen.

Dieser chronischen Form der Schizophrenie ist der *bewegte* akute Beginn der kindlichen, einer viel selteneren Form, gegenüberzustellen. In diesem Falle treten intensive geistige Verwirrung, Angst, Bestürzung und zahlreiche katatonische Symptome auf, die Wochen und Monate hindurch andauern können. In dieser bewegten Form ist der schizophrene Defekt größer und entsteht schneller als bei der chronischen Form.

III. In den 5 Jahren, seitdem wir der *Abteilung für Neuropsychiatrie* der *hiesigen Universitätskinderklinik* vorstehen, haben wir unter 600 untersuchten psychotischen Kindern nur 6 Fälle *eigentlicher kindlicher Schizophrenie* beobachtet, das macht 1% aus. TRAMER findet denselben Prozentsatz an. Einige Verfasser (SUCHAREWA) haben mehr als 1% in ihren *Kasuistiken* zu verzeichnen, während andere (VALLEJO-NAGERA) beträchtlich darunterbleiben.

Unter unseren Fällen waren 3 präpuberale Hebephrenien bei Mädchen von 11 und 12 Jahren und einem Jungen von 10 Jahren mit typischen Bildern einer Schizophrenie bezüglich der Störungen der Affektivität, der Ideenassoziation und des kritischen Urteils, wobei außerdem protensartige und gezierte motorische Unruhe vorherrschte. 2 dieser Fälle könnten wir als *Dementia praecoxissima* ansprechen, bei denen die Elektroschockbehandlung das psychotische Bild kaum beeinflußte. Eine dieser Kranken befindet sich in einer Irrenanstalt, und die zweite lebt unter schwierigen Bedingungen bei ihren Eltern. In beiden Fällen endet der psychische Zerfall fatal, wenn auch langsam, in postpsychotischem Defekt (Defizit). Der 3. Fall ging durch Elektroschock gut zurück.

Ein weiterer Fall ist der eines 3jährigen Jungen (Waise) aus dem hiesigen Mütterheim, der mit einem typisch katatonischen psychischen Bilde bei uns eingeliefert wurde, mit Kataplexie und dauernden und unwahrscheinlichen Stellungen der Extremitäten, außerdem mit vollkommenem Stillschweigen und Negativismus. Da es sich um einen stark unterernährten Knaben mit vitaminarmer Ernährung in der Vorgeschichte handelt, versuchten wir, anstatt mit einer Konvulsivbehandlung anzufangen (die unschädlich ist, selbst bei Säuglingen), eine Polyvitamintherapie, Traubenzuckerlösung, mehrere Leberextraktinjektionen und Nicotinsäureamid. In Anbetracht der langsam aber stetigen Besserung der Psychose durch die genannte Behandlung sahen wir von der Konvulsivbehandlung ab, die bei katatonischen Erwachsenen so günstige Ergebnisse zu zeitigen pflegt und demzufolge diese auch bei Kindern erwarten läßt. Indessen hatten wir durch Verabreichung von Medikamenten, die dem geschwächten Organismus dieses Katatonikers die Substanzen zuführten, deren er durch ungenügende Ernährung erlangte, den Eindruck, eine geeignete kausale Behandlung als mittels Elektroschock durchzuführen. Nach 3 Monaten ging das katatonische Bild vollkommen zurück, wobei nur ein geringes geistiges Defizit blieb. Vielleicht hätten wir die Dauer dieses schizophrenen Ausbruchs durch Einschaltung einer Konvulsivbehandlung in die ununterbrochen durchgeföhrte Vitamin- und Überernährungstherapie abkürzen können, aber wir wollten gerade feststellen, was bei den symptomatischen kindlichen Psychosen, wie der unseres Falles, mit einer ausschließlich medikamentösen Behandlung erreicht werden kann. Dabei hatten wir immer den Eindruck, daß die Kur zwar langsam, aber solid war. Dieser Fall ist sehr aufschlußreich, da er zeigt, daß die für jeden Kranken geeignetste Therapie in jedem Augenblick individuell gestaltet werden kann, ohne in exklusivistische Polarisationen zu verfallen, welche Gefahr die heutige Konvulsivbehandlung läuft, die manchmal routinemäßig bei allen psychotischen Kranken angewandt wird, wobei man die individuelle Diagnose außer acht läßt, die nicht nur in der Psychiatrie, sondern in allen Zweigen der Medizin maßgebend sein sollte.

Einen 2. Fall von Katatonie verzeichneten wir bei einem 10jährigen Mädchen, bei dem ein sehr auffälliger kataleptischer Ausbruch zusammen mit einer typischen epidemischen Meningitis erfolgte. Hier wirkte letztere als auslösender Faktor des psychotischen Bildes, eines latenten Bildes in der temperamentalen Konstellation von schizophrener erblicher Belastung und schizoider Persönlichkeit. Bei Ausheilung der Meningitis ging auch die Katatonie zurück.

Unser 6. Fall endogener kindlicher Schizophrenie betrifft ein 9jähriges Mädchen, dessen psychische Störung mit dem sogenannten heboiden Typ auf die gleiche Stufe gestellt werden kann, d. h. einem latenten Typ, der zwischen der präpsychotischen Persönlichkeit und der eigentlichen schizophrenen Demenz steht. Da bei

diesem Kinde die ethischen Störungen und das soziale Benehmen im Krankheitsbilde vorherrschten, erinnert es an die kriminellen Heboiden RINDERKNECHTS. In diesem Falle kompensierte eine kombinierte konvulsiv-pädagogische Behandlung das gestörte psychische Gleichgewicht, wodurch die Pat. ein annehmbares Leben mit normalem sozialen Betragen im Kreise ihrer Familie führen konnte.

Wir haben in unserer Klinik keinen typischen Fall manisch-depressiver und reiner Paranoia vor dem 14. Lebensjahre beobachtet, was für die große Seltenheit dieser Form kindlicher Psychosen spricht.

Dagegen zeigt die Tatsache, daß wir in 5 Jahren unter einem Material, in welchem die neuropsychische residuale Pathologie (Encephalopathien mit Symptomen von paralytischem und einfachem Mangelpsychismus, in den meisten Fällen) vorherrschte, 6 Fälle von Schizophrenie beobachten konnten, daß die Seltenheit der kindlichen Schizophrenie nur relativ ist.

IV. Die *Differentialdiagnose* der endogenen kindlichen Psychosen ist unter Berücksichtigung aller psychotischer Bilder zu stellen, die in der Kindheit auftreten können. Vor allem muß man die exogenen Psychosen bei der Differenzierung der beschriebenen Psychosen in Betracht ziehen. Die exogenen Psychosen sind im Kindesalter noch seltener als die endogenen (ausgenommen die fieberhaften kindlichen Delirien), und ihre Bilder können leicht mit dem entsprechenden äußeren ätiogenen Vorfall in Beziehung gesetzt werden, was eine schnelle diagnostische Orientierung ermöglicht.

Toxiphrenien (Morphinomanien, Alkoholismus usw.) existieren praktisch in der Kindheit nicht. Die syphilitischen Psychosen beschränken sich auf allgemeine jugendliche Paralyse nach angeborener Syphilis. In diesen Fällen ist die Wa.R. in Blut und Liquor positiv, wie auch die übrigen serologischen Reaktionen der Nervensyphilis. Die jugendliche Paralyse ist bei Knaben häufiger als bei Mädchen und nimmt klinisch die Form einfacher Erwachsenendemenz an.

Schädeltraumen pflegen beim Kinde schwerere Läsionen als beim Erwachsenen hervorzurufen, und dies in um so höheren Maße, je kleiner das Kind ist. Aber abgesehen von den akuten Deliriums- und Konfusionsbildern unmittelbar nach dem Trauma sieht man bei den traumatischen Insulten im zarten Kinderhirn im allgemeinen oligophrene und psychopathische Restsyndrome an Stelle der posttraumatischen psychotischen Bilder der Erwachsenen. Stoffwechsel- und innere Sekretionsausfälle bedingen weit häufiger Personalitäts- und Charakterdefizits (Oligophrenien und Psychopathien) als die wirklichen Psychosen. Nur die im Kindesalter relativ häufig von einem äußeren Erreger hervorgerufenen katatonischen (kataleptischen) Reaktionen verdienen hervorgehoben zu werden. Die fieberhaften kindlichen Delirien (symptomatische Psychose) können sofort durch den stürmischen Charakter der Pseudowahrnehmungen und das im allgemeinen hohe Fieber von einer Schizophrenie unterschieden werden.

Wir gehen nicht weiter auf die den endogenen Psychosen eigentümliche Symptomatologie ein, da wir in der angeführten Kasuistik bereits die Symptome der kindlichen Schizophrenie ausführlich beschrieben haben, und die der manisch-depressiven Psychose bei Erwachsenen und Kindern dieselben sind. Wir verweisen diesbezüglich auf die allgemeinen psychiatrischen Lehrbücher. Die epileptischen Psychosen weisen beim Kind nicht die Züge der des Erwachsenen auf. Höchstens könnte man das Schlafwandeln und Ausreißen beim Kinde in dieser Hinsicht anführen.

V. Bei der Beschreibung unserer schizophrener Fälle sind wir auf Einzelheiten in der *Behandlung* dieser Krankheit eingegangen, weshalb wir uns jetzt darauf beschränken, die therapeutischen Möglichkeiten im allgemeinen auf dem Gebiete der endogenen Psychosen zu erwähnen.

Nichts spricht dafür, daß der Elektroschock mit der gleichen Technik und Regelmäßigkeit wie beim Erwachsenen bei den Kindern kontraindiziert wäre, wie klein diese auch sein mögen, er ist sogar weniger gefährlich hinsichtlich der Komplikationen, da die Konvulsionen weniger intensiv sind und die Bruchgefahr verschwindend gering ist. Ebenso können in Fällen präpuberaler Schizophrenie Insulinkomas durchgeführt werden, wie auch die verschiedenen Formen der Fiebertherapie (Malaria-therapie) und die Verabreichung psychomotorischer Beruhigungsmittel. Leukotomie und Lobotomie finden im Kindesalter kaum Anwendung. Dagegen bietet sich der Psychotherapie, und vor allem den verschiedenen Verfahren der Psychologie, beim geistesgestörten Kinde ein weites Anwendungsfeld.

Zusammenfassung.

Die endogenen Psychosen sind im Kindesalter selten. Unter ihnen hat nur die Schizophrenie praktische Bedeutung, die in unserem Material geisteskranker Kinder 1% erreicht, wobei die chronischen Formen, besonders bezüglich ihres Beginns, den akuten gegenüber vorherrschen. Die katatonischen Formen sind die häufigsten endogenen sowie exogenen kindlichen Schizophrenien. Wir schließen in die einzige Gruppe der kindlichen Schizophrenie die meisten Fälle von *Dementia infantilis HELLERS*, die *Dementia precoxissima KPAEPELINS* und die paretisch-aphasische Phrenasthenie von *SANTE DE SANCTIS* ein. Die Therapie der kindlichen Schizophrenie ist noch individueller als beim Erwachsenen zu gestalten, wobei die verschiedenen modernen biologischen Behandlungsmethoden ohne weiteres Anwendung finden können, ohne allerdings die Darreichung von Pylovitaminpräparaten und Stärkungsmitteln, sowie die psychologischen Verfahren zu vernachlässigen. Bei Kinder-Schizophrenie sind die psychagogischen Methoden intensiver anzuwenden. Im allgemeinen ist die Prognose der endogenen Psychosen im Kindesalter schlecht.

Literatur.

BUERGER-PRINZ: Zbl. Neur. **78**, 167 (1935). — CAMERON: The Nervous Child, 4 th. ed. 1929. — CHABERT, J. DE: Etude clinique des demences infantiles. Paris: Vigot Frères 1934. — COLLIN, A.: L'enfant nerveux **1** (1920). — KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. 10. Aufl. Stuttgart: Thieme 1951. — LANGFELD: Encephale **2**, 32 (1937). — NOBEGOURT-BABONNEIX: Les enfants et les jeunes gens anormaux. Paris: Masson 1939. — SHMAIN: Zbl. Neur. **96**, 179 (1939). — SOLÉ-SAGARRA: Infancia nostra (Barcelona) **1948**, 9. — SUCHAREWA: Z. Neur. **1932**, 142. — THOM: Everyday Problems of the Everday Child, 1931. — TRAMER: Z. Kinderpsych. **1**, 145 (1935). — Manual de Psiquiatría infantil. Madrid: Morata 1946. — VALLEJO NÁGERA: Semana médica. **1946**, 379. — WERNER: Psicología evolutiva, Barcelona 1936.

Dr. José SOLÉ-SAGARRA, Muntaner 187, Barcelona.