

Milieufaktoren und spätere schizophrene Psychosen bei depressiven Kindern*

GERHARDT NISSEN

Städt. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wiesengrund in Berlin (West)
(Ärztl. Direktor: Priv.-Doz. Dr. G. Nissen)

Eingegangen am 18. Juni 1971

Environmental Factors and Subsequent Schizophrenic Psychosis in Depressive Children

Summary. In a follow-up examination of a group of depressive children, who grew up under extremely unfavorable environmental factors (emotional deprivation, broken home, faulty upbringing) 8.6% were found to have developed schizophrenia as adults.

Statistical investigations showed no relationship between the environmental factors in childhood and later schizophrenia, when compared to the rest of the group.

Contrary to expectation, the follow-up study showed no phasic endogenous psychosis. The diagnosis of manic-depressive illness, final or suspected in 10 cases in the first examination, was not confirmed in the follow-up study.

Key-Words: Depressive Syndromes in Childhood — *Schizophrenic* Factors in Childhood — Follow-up-Study.

Zusammenfassung. 1. Von den unter extrem ungünstigen Umweltfaktoren (psychischer Hospitalismus, Broken Home im engeren und erweiterten Sinne, ungünstige Erziehungsfaktoren) aufwachsenden depressiven Kindern erkrankten 8,6% später an einer schizophrenen Psychose. Das scheint für die Pathogenität ungünstiger Umweltfaktoren zu sprechen.

2. Dieser Eindruck wird jedoch entscheidend abgeschwächt bzw. nivelliert durch die Feststellung, daß statistische Untersuchungen ein indifferentes Verhalten der Umweltfaktoren in der Kindheit bei den späteren Schizophrenen verglichen mit denen der Restgruppe ergaben.

3. Phasische endogene Psychosen ließen sich entgegen der Erwartung bei der Zweitsicht nicht ermitteln. Die bei der Erstsicht in 10 Fällen gestellte Abschluß- oder Verdachtsdiagnose einer manisch-depressiven Psychose ließ sich in keinem Fall bestätigen.

Schlüsselwörter: Depressive Syndrome bei Kindern — *Schizophrenogene* Faktoren in der Kindheit — Katamnestische Untersuchungen.

* Nach einem Vortrag auf der 87. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden am 5./6. 6. 1971.

Auskünfte über die Umweltfaktoren in der Kindheit psychotischer Erwachsener erhält der Psychiater in erster Linie von den Kranken selbst. Außerdem durch Fremdanamnesen, die allerdings meistens von den unmittelbaren Gestaltern der Umwelt des Kindes, den Eltern, abgegeben werden. Selbst wenn im Idealfall neben der Bereitschaft auch die Fähigkeit zu einer kritischen Retrospektion vorliegt, bleibt doch die „Unschärferelation“ der Beteiligten erhalten.

Solange für die Grundlagenforschung der Psychosenentstehung Ergebnisse multipler biographischer Querschnittsuntersuchungen an einem unausgelesenen Probandengut, das seit der Geburt über Jahrzehnte regelmäßig psychiatrisch untersucht werden müßte, nicht vorliegen, wird die Forschung sich weiterhin mit einfachen Katamnesen begnügen müssen.

Günstige Voraussetzungen dafür bieten kinderpsychiatrisch dokumentierte Erstbefunde stationär untersuchter Kinder, die eine Vergleichsmatrix für die Ergebnisse der Zweitansicht abgeben. Die Resultate solcher Längsschnittuntersuchungen haben aus der Sicht der Kinderpsychiatrie zu einer kritischeren Bewertung sog. nosologischer Einheiten der klassischen Psychiatrie geführt. Besonders im Hinblick auf die damit postulierten Verlaufsgesetzmäßigkeiten, die sich, wie Kochmann etwa mit seinen Katamneseergebnissen angeblich psychopathischer Kinder nachweisen konnte, als unzuverlässig erwiesen haben.

Das ergaben auch Nachuntersuchungen an 105 Kindern (mittlere Katamnesendauer 9,1 Jahre) mit *schweren depressiven Verstimmungszuständen*, die sich in den Jahren von 1942–1968 in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik befunden hatten. Die bei der Erstansicht in 10 Fällen gestellte Abschluß- oder Verdachtsdiagnose einer endogen-phasischen Psychose ließ sich bei der Zweitansicht in keinem Fall bestätigen. Bei insgesamt 9 von 105 Kindern hatte sich dagegen eine schizophrene Psychose entwickelt, 8 davon hatten sich deshalb in klinisch-psychiatrischer Behandlung befunden.

Wie sah das häusliche Milieu der depressiven Kinder aus, die später an einer Schizophrenie erkrankten und unterschied es sich statistisch signifikant von dem der 96 depressiven Kinder der Restgruppe?

1. Hospitalismusfaktor

Von insgesamt 100 Kindern, bei denen Angaben über die Aufenthaltsorte in der Säuglings- und Kleinkindzeit vorlagen, hatten sich 33 bis zum 6. Lebensjahr mindestens 6 Monate in einem oder in mehreren Heimen oder in verschiedenen Pflegestellen befunden. Ein statistischer Mikrozensus für Berlin mit einem vergleichbaren Zahlenmaterial liegt nicht vor. Es ist jedoch bekannt, daß in jedem Jahr etwa 25000 Säuglinge

Tabelle 1. *Heimaufenthalte bis zum 6. Lebensjahr (n = 105)*

Im 1. Lebensjahr > 6 Monate	8	(1)
Im 1.–3. Lebensjahr > 12 Monate	11	(0)
Bis 6. Lebensjahr > 36 Monate	3	(0)
Bis 6. Lebensjahr > 60 Monate	11	(1)
	33	(2)

für kurze oder längere Zeit in Säuglingsheimen oder Kliniken der Bundesrepublik eingewiesen werden. Die Hälfte dieser 2,5% aller Neugeborenen bleibt dort mehr als 6 Monate. Die entsprechende Vergleichszahl unseres Gesamtkollektivs beträgt 7,6%, d. h. sie ist 6 mal so hoch.

Bei einer vergleichenden Gegenüberstellung (s. Tab.1) der späteren Schizophrenen mit den Kindern der Restgruppe ließ sich ein differentes Verhalten der Gruppe „Schizophrenie“ jedoch *nicht* nachweisen.

2. „Broken-Home“-Faktor

Unter einem *Broken Home I* werden hier: uneheliche Geburt, Tod der Mutter oder des Vaters oder Trennung bzw. Scheidung der Elternehe bis zum 15. Lebensjahr des Probanden verstanden.

Daß die Umweltfaktoren unserer Probanden wesentlich ungünstiger waren als bei Kindern der Durchschnittsbevölkerung, ergibt sich schon daraus, daß 22% unseres Kollektivs unehelich geboren waren im Vergleich zur Gesamtzahl der unehelichen Kinder in Berlin (West) von 9,4%.

Die Zahl der geschiedenen Elternehen betrug 24. Außerdem hatten 27 Kinder den Vater und 9 die Mutter bis zum 15. Lebensjahr verloren.

Absolut verlässliche Vergleichszahlen aus der gesunden Durchschnittsbevölkerung sind auch dazu nicht bekannt. Die bei unseren depressiven Kindern ermittelten statistischen Werte für ein *Broken Home I* liegen jedoch eindeutig oberhalb aller angeführten Vergleichszahlen. Allein 50,5% unseres Gesamtkollektivs hatten bis zum 15. Lebensjahr mindestens einen Elternteil durch Tod oder durch Scheidung verloren.

Bei einer Gegenüberstellung (s. Tab.2) der später an einer Schizophrenie erkrankten Kinder mit denen der Restgruppe ergab sich bei der statistischen Untersuchung jedoch ebenfalls *kein differentes* Verhalten. Nur 2 waren unehelich geboren, in einer geschiedenen Elternehe wuchs keins der Kinder auf, die später an einer Schizophrenie erkrankten. Nur 1 Kind hatte die Mutter und 2 Kinder hatten den Vater bis zum 15. Lebensjahr verloren.

Zum gleichen Ergebnis führten Untersuchungen über ein *Broken Home II*, mit dem anhaltende und schwere innere Spannungen und Konflikte äußerlich intakter familiärer Intimgruppen verstanden werden.

Tabelle 2. *Broken Home I* ($n = 105$)

Uneheliche Geburt	Elternehe geschieden oder getrennt bis 15. Lebensjahr	Tod der Mutter bis 15. Lebensjahr	Tod des Vaters bis 15. Lebensjahr
23 (2)	24 (0)	8 (1)	25 (2)

Tabelle 3. *Broken Home II* ($n = 105$)

Disharmonische Elternehe	25	(3)
Mutter oder Vater chronisch krank	27	(1)
Bei Mutter bzw. Vater und Stiefeltern bzw. „Onkel“ oder „Tante“	24	(0)
Bei Mutter oder Vater allein bzw. in Pflege- oder Adoptivfamilien	26	(1)
Im Heim	9	(2)

Sie zeigten sich bei 28 indisharmonischen Elternbeziehungen, 28 Eltern litten unter chronischen Krankheiten. 24 Kinder lebten bei der Mutter oder dem Vater und einem neuen Partner. In Pflege- oder Adoptivfamilien oder bei der Mutter allein befanden sich 27 Kinder.

Entscheidend für unsere Fragestellung ist jedoch wiederum, daß bei der Gegenüberstellung (s. Tab.3) der 9 depressiven Kinder mit einer späteren Schizophrenie sich ein differentes Verhältnis zu der Restgruppe der 96 depressiven Kinder *nicht nachweisen* ließ.

3. Erziehungsfaktor

Im Hinblick auf mögliche *schizophrenogene* pädagogische Elternhaltungen, wie sie etwa von Lutz, Kind u. Ernst oder von Corboz postuliert wurden und wie sie Rosenthal gegenwärtig in Dänemark an Adoptivkindern, die aus Familien mit Schizophrenie stammen, durchführt, lag eine vergleichende Untersuchung nahe, ob bestimmte Erziehungsformen eine dominierende Rolle in der Kindheit später manifest Schizophrener spielten. Es ergab sich, daß in der Gesamtgruppe einer überwiegend repressiven Erziehung 30% der Kinder unterworfen waren. Eine permissive Erziehung erhielten 28% und eine Pendelerziehung 29% der depressiven Kinder. Bei 13% der Gesamtgruppe reichten die vorhandenen Angaben nicht zu einer Einordnung aus.

Auch hier ließen sich bei einer vergleichenden Gegenüberstellung statistisch signifikante Merkmale der späteren Schizophrenie- zur Restgruppe *nicht nachweisen*.

Bei einer zusammenfassenden Gegenüberstellung aller „Broken Home“-Merkmale der Erstsicht für die depressive Gesamtgruppe mit

denen der späteren „Schizophrenie“-Gruppe der Zweitsicht ergab sich im Hinblick auf den weiteren Entwicklungs- und Krankheitsverlauf ein *indifferentes* ($\text{Chi}^2 = 1,43$) Verhalten. Das war allerdings ebenfalls für die restlichen 96 Kinder der Zweitsicht der Fall, d. h. „Broken Home“ in der Kindheit ließ in unserem Zahlenmaterial keinen signifikant ungünstigen Einfluß für den weiteren Verlauf erkennen.

Die aus unserem depressiven Gesamtkollektiv ermittelten 8,6% schizophrener Psychosen zeigen im Vergleich zu der geschätzten Schizophrenie-Incidenz von etwa 1%^o, daß chronische depressive Syndrome im Kindesalter Gleitschienen einer schizophrenen Entwicklung oder Vor- bzw. frühe Manifestationsformen eines schizophrenen Prozesses darstellen.

Literatur

- Bürger-Prinz, H.: Der Beginn der Erbpsychosen. Nervenarzt **12**, 617—624 (1935).
Corboz, R.: Reaktive Störungen der Kinder schizophrener Eltern. Repr. Congr. Rep. IIInd. Intern. Congr. f. Psychiatry, Vol. III, pp. 457—462 (1957).
Ernst, K.: „Geordnete Familienverhältnisse“ späterer Schizophrener im Lichte einer Nachuntersuchung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **194**, 355—367 (1955/56).
Kochmann, R.: Über Diagnose und Prognose besonders der Psychopathie in der Kinderpsychiatrie. Acta paedopsychiat. **30**, 21—28 (1963).
Lutz, J.: In M. Bleuler u. J. Angst: Die Entstehung der Schizophrenie. Stuttgart-Wien: Huber 1971.
Nissen, G.: Depressive und hypochondrische Störungen im Kindesalter. Prax. Kinderpsychol. **16**, 6—15 (1967).
— Depressive Syndrome in Kindes- und Jugendalter. Beitrag zur Symptomatologie, Genese und Prognose. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971.
Strunk, P.: Der Formenkreis der endogenen Psychosen. In: H. Harbauer, R. Lempp, P. Strunk, G. Nissen: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971.
Stutte, H.: Psychosen des Kindesalters. In: Hdb. der Kinderheilk. (Hrsg. H. Opitz u. F. Schmid), Bd. 8/1. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969.

Priv.-Doz. Dr. G. Nissen
Städtische Klinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
D-1000 Berlin 28
Frohnauer Straße 74—80
Deutschland