

1 Historisches, Definitionsbemühungen

Trotz weltweit intensiver Forschungsbemühungen, v.a. auf neurobiologischem und molekulargenetischem Gebiet, hat die Schizophrenie („Rätsel des Menschseins selber“, K. Jaspers) nichts von ihrer Rätselhaftigkeit eingebüßt. Die Feststellung von W. Griesinger in seiner Rede zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik Berlin im Jahr 1867 ist nach wie vor aktuell:

„Unterdrücken Sie die Seelenbewegung nicht, die uns ergreift, wenn wir vor diesem Rätsel des Schicksals stehen ..., die großen Gedanken kommen aus dem Herzen ...“.

Bei allen Erörterungen über Erscheinungsformen, Verlaufswesen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten ist zu bedenken, was M. Bleuler 1987 sehr schön zum Ausdruck gebracht hat:

„Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, eine Entwicklung, die einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität zu schwierig und zu schmerzhaft geworden und aufgegeben worden ist.“

Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie bietet die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Erforschung kindlicher Psychosen erhebliche Vorteile: Durch die persönliche Verfügbarkeit der Angehörigen ist das Spektrum der Erkenntnismöglichkeiten erheblich erweitert. Das eröffnet die Chance, detaillierte Informationen über den prä-, peri- und postnatalen Zeitraum und über die weiter zurückliegende sowie die dem Ausbruch der Psychose unmittelbar vorausgehende Entwicklungsperiode des betroffenen Kindes zu erhalten. Beides steht heute im Zentrum der Forschung (Stichworte: Früherkennung, Prävention). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Verlauf der psychotischen Erkrankung zumindest bis zur Adoleszenz oder zum frühen Er-

wachsenalter zu verfolgen. Auch die Auswirkungen des psychotischen Zusammenbruchs und die dadurch ausgelösten Sorgen, Ängste und Irritationen bei den Familienangehörigen können u.U. unmittelbar miterlebt werden, sodass die Chance besteht, darauf therapeutisch Einfluss zu nehmen.

Die früh, d.h. vor dem 13. Lebensjahr beginnenden Schizophrenien sind allerdings wegen ihrer Seltenheit bislang noch wenig erforscht, und die Beschäftigung mit diesem Thema hat eine recht kurze Geschichte.

In der Epoche der Romantik glaubte man, die reine Kinderseele könne gar nicht an einer Psychose erkranken, und so nimmt es nicht wunder, dass erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts vereinzelt psychotiforme Störungen bei Kindern beschrieben worden sind (s. Tab. 1). Aus heutiger Sicht würden wir diese Störungen eher als „emotionale Störungen“ klassifizieren. Güntz (1859) sprach z.B. von sog. „Überbürdungspsychosen“, worunter er psychische Dekompensationsbilder als Folge schulischer „Überbürdung“ verstand; heute würden wir sagen, Folgezustände von „Schulstress“. Kelp (1875) berichtete über 3 Kinder mit psychotischen Störungen, die jedoch nach modernen Maßstäben nicht als kindliche Schizophrenie zu klassifizieren wären. Einmal handelte es sich um ein histrionisches Zustandsbild, einmal um eine „*melancholie attonita*“ und im 3. Fall um eine Erkrankung von zirkulärem Typus mit hochgradigen Erregungen, Schmierer mit Kot usw., die unverkennbar die Züge der *Dementia praecox* tragen (L. Voigt 1919). Bei diesem Patienten liegt eine hirnrorganische Ursache nahe, das Krankheitsbild wäre am ehesten als eine frühkindliche Psychose vom Typ der *Dementia praecocissima Sante de Sanctis* (1908, 1958) bzw. eines Kramer-Pollnow-Syndroms (Kramer u. Pollnow 1932) zu diagnostizieren.

Tab. 1 Beschriebene psychotiforme Störungen bei Kindern (Mitte des 19. Jahrhunderts)

Frühe Erstbeschreibungen
FRIEDREICH (1835)
GRIESINGER (1845)
GÜNTZ (1859)
MOREL (1860)
EMMINGHAUS (1887)
MOREAU DE TOURS (1888)
CHASTENET (1890)

Bei den frühen Beschreibungen psychotiformer Erkrankungen des Kindesalters im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert wurden häufig organisch bedingte psychotische Störungen miteinbezogen, z.B. im Rahmen einer Masernerkrankung oder eines zerebralen Anfallsleidens. Vereinzelt werden aber eindeutig schizophrene Psychosen bei Kindern beschrieben mit den klassischen Symptomen wie

- katatone und stuporöse Symptome,
- hebephrene, läppisch-manierierte Verhaltensweisen,
- Zerrfahrenheit,
- Inkohärenz und Sprunghaftigkeit des Denkens und Wollens,

- Negativismus,
- Mutismus,
- Befehlsautomatismus,
- paranoide Wahnideen (vorwiegend Verfolgung und Vergiftung),
- akustische, optische und haptische Halluzinationen,
- sprachliche und motorische Stereotypien,
- Logorrhoe,
- Echolalie,
- Phonographismus.

Erst in der Mitte des letzten Jahrhunderts wurde von verschiedenen Kinderpsychiatern das Krankheitsbild „kindliche Schizophrenie“ klinisch näher umgrenzt. Hier sind in erster Linie die beiden Schweizer Kinder- und Jugendpsychiater Jakob Lutz (1937, 1938) und Moritz Tramer (1964) sowie die russische Kinderforscherin G. Ssucharewa (1932, 1968) zu nennen. Die Beschreibungen entsprechen weitgehend den heutigen diagnostischen und klassifikatorischen Maßstäben.

Vor Einführung der DSM-III- bzw. DSM-III-R- und der ICD-9-Kriterien wurden v.a. in der angloamerikanischen Literatur ganz heterogene Krankheitsbilder unter dem Oberbegriff „childhood schizophrenia“ subsumiert, wie autistische Syndrome, tiefgreifende Entwicklungsstörungen oder frühkindliche Demenzprozesse mit autistischen Verhaltensweisen sowie sprachlichen und motorischen Auffälligkeiten. So stellte die berühmte amerikanische Kinderpsychiaterin Lauretta Bender (1953, 1956, 1958) fest: „Childhood schizophrenia does not always mean psychosis“. Der bekannte englische Kinderpsychiater M. Rutter (1972) bezeichnete die diagnostische Situation, in Bezug auf die kindliche Schizophrenie als „chaotisch“ und folgerte daraus, dass der Begriff ausgedient habe, weil er nicht mehr der wissenschaftlichen Verständigung und Klarheit diene, es sei deshalb höchste Zeit, ihn „höflich und respektvoll, aber fest“ in das Schubfach „Geschichte der Psychiatrie“ zu sperren. Nun, dies war ein voreiliger Vorschlag, der die Schwierigkeit einer befriedigenden Definition kindlicher Psychosen widerspiegelt. Dies hängt ganz wesentlich damit zusammen, dass *psychische Prozesse dynamischer Natur* sind, nicht statisch, und dass eine heterogene Vielfalt organischer, konstitutioneller, reifungsbiologischer, situativer, lebensgeschichtlicher und genetischer Determinanten sowohl das klinische Erscheinungsbild als auch die Verlaufsgestalt psychischer Erkrankungen bestimmen. Dies ist bei nosographischen, diagnostischen, differentialtypologischen und therapeutischen Überlegungen stets mit zu bedenken.

Für die Kinderpsychiatrie sinnvoll ist eine Beziehungssetzung zwischen Psychosedefinitionen und entwicklungspsychologischen Reifestadien bzw. Altersphasen des Kindes. Unter *Psychose* kann dabei ganz allgemein eine *schwere Störung der Beziehung sowohl zum eigenen Selbst als auch zur personalen Mit- und dinglichen Umwelt* verstanden werden. Diese Beeinträchtigung ist je nach dem Grad der Ich-Reife und dem erreichten Niveau der strukturellen Ausformung der Persönlichkeit sowie in Abhängigkeit vom Grundmorbus und von den erwähnten Determinanten unterschiedlich ausgeprägt.

Unter *entwicklungspsychologischen Aspekten* lassen sich demnach verschiedene Psychoseformen beschreiben, die von den französischen Autoren als „*psychoses de développement*“ zusammengefasst werden. In frühen Entwicklungsstadien erscheinen psychotische Beziehungsstörungen unter dem Bild des frühkindlichen Autismus (Kanner 1957) oder der symbiotischen Psychose (Mahler 1954). Hierzu gehören weiterhin

die pseudodefektive Form (Bender 1956) und der no-onset-type (Despert 1938) der kindlichen Schizophrenie. Die von Despert gewählte Bezeichnung weist schon darauf hin, dass ein eigentlicher Anfang und damit eine unauffällige prämorbid Entwicklung nicht abgrenzbar sind. Letzteres ist jedoch bei solchen Psychosen der Fall, die sich um das 3. bis 5. Lebensjahr herum manifestieren wie die Dementia infantilis Heller, die Dementia praecocissima Sante de Sanctis (1908) und die pseudoneurotische Form der kindlichen Schizophrenie (Bender 1956).

Die nosologische Zugehörigkeit dieser Psychosengruppen zur kindlichen Schizophrenie ist umstritten. Manche Autoren halten sie für Früh- oder Sonderformen schizophrener Erkrankungen. Solche Hypothesen sind jedoch recht spekulativ; je jünger das Kind ist, desto größer ist die Unsicherheit der nosologischen Zuordnung einer psychotiformen Störung. In diesem Alter ist die Gefahr groß, dass organische Befunde und eine bestehende frühkindliche Hirnschädigung übersehen werden.

Die Fähigkeit zur Produktion psychotischer Symptome, die denjenigen Erwachsener ähneln oder gar gleichen, hat bereits ein differenziertes geistig-seelisches Entwicklungsniveau, einen höheren Grad der Ich-Reife, zur Voraussetzung. Es ist dann eine solche Ich-Strukturierung erreicht, die z.B. das Entstehen von Schuldgefühlen oder Minderwertigkeitsideen und die Erfahrung von Ich-Fremdheit ermöglicht, was wiederum das Erleben der eigenen Identität zur Voraussetzung hat. („Ich bin, ich existiere, ich sammle Erfahrungen und bereichere mich und habe eine introjektive und projektive Interaktion mit dem Nicht-Ich, der wirklichen Welt der gemeinsamen Realität“, Winnicott 1974). Ein solches psychisches Integrationsniveau ermöglicht erst depressive oder schizophrene Psychosen, die als late-onset-psychoses bzw. psychoses de la phase de latence (Beginn kaum vor dem 5. Lebensjahr) bezeichnet werden, im Gegensatz zu den autistischen, symbiotischen oder organischen frühkindlichen Psychosen des Säuglings- und Kleinkindalters (infantile psychoses, early onset psychoses, psychoses précoces).

Inzwischen haben sorgfältige klinisch-phänomenologische und verlaufstypologische Untersuchungen die Existenz kindlicher Schizophrenien bewiesen. U.a. durch eigene Langzeituntersuchungen und durch die Verwendung der modernen Klassifikationssysteme konnte die *nosologische Zusammengehörigkeit schizophrener Psychosen des Kindes- und des Erwachsenenalters belegt* werden (Eggers u. Bunk 1997, 1999).

Für das Kindesalter ist eine alters- und entwicklungsbezogene Einteilung sinnvoll:

- Beginn vor dem 11./12. Lebensjahr: sehr früh beginnende Schizophrenien (Very Early Onset Schizophrenia, VEOS)
- Beginn zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr: präpuberal bzw. früh beginnende Schizophrenie (Early Onset Schizophrenia, EOS)
- Beginn zwischen 15 und 20 Jahren: Psychosen der Adoleszenz (AdOS)

In den Richtlinien der Amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nur zwischen VEOS (< 13 Jahre) und EOS (< 18 Jahre) unterschieden (McClellan & Werry 2001).

Früher wurden der frühkindliche Autismus (Kanner), frühe desintegrative Psychosen und Demenzprozesse mit psychotiformen Symptomen, welche sich vor dem 5. Lebensjahr manifestieren, als EOS, und Psychosen mit Beginn nach dem 5. Lebensjahr als LOS (Late Onset Schizophrenia) bezeichnet, um zu einer nosologischen Abgrenzung zwischen den sowohl ätiologisch als auch symptomatologisch heterogenen

Krankheitsbildern zu gelangen (Kolvin 1971). Die Arbeitsgruppe um Judith Rapoport am NIMH in Washington hat eine genauere nosologische und symptomatologische Differenzierung sehr früh, i. d. R. vor dem 5. Lebensjahr sich manifestierenden psychotiformen Syndromen einerseits und eigentlichen frühkindlichen Schizophrenien (VEOS) andererseits vorgenommen (Kumra et al. 1998). Kinder der ersten Gruppe werden als „*multidimensional beeinträchtigt*“ bezeichnet und den „*nicht näher zu klassifizierenden Psychosen des Kindesalters*“ zugerechnet.

Kennzeichnend für die erste Gruppe sind

1. ein gegenüber den VEOS früherer Erkrankungsbeginn,
2. deutliche Knabenwendigkeit im Verhältnis 2:1 bzw. 3:1,
3. gestörter Realitätsbezug, Verschwimmen von Phantasie und Realität, flüchtige Beziehungsideen und Wahrnehmungsstörungen,
4. hohe emotionale Labilität mit fast täglich auftretenden unmotivierten, situationsunabhängigen Wut- und Erregungszuständen,
5. multiple kognitive Defizite und Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung und
6. Abwesenheit von formalen Denkstörungen.

Zu dieser Gruppe gehörig sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie u. a. frühkindlicher Autismus Kanner, desintegrative dementielle Zustandsbilder mit motorischen und sprachlichen Auffälligkeiten, wie z. B. Echolalie, pronominale Umkehr, multiple Dysgrammatismen, Stereotypien, Manierismen, soziales Rückzugsverhalten, Neigung zu Selbstverletzungen. Typisch für diese frühen Entwicklungsstörungen ist eine deutliche Knabenwendigkeit im Gegensatz zu den eigentlichen VEOS, bei denen das Geschlechtsverhältnis vor Einsetzen der Pubertät ausgewogen ist (Eggers 1973, Eggers & Bunk 1997, Kumra et al. 1998, Werry et al. 1991). Dagegen berichten Autoren, die Kinder mit einem sehr frühen Beginn und mit Symptomen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (Pervasive Developmental Disorder, PDD) in ihre Untersuchung einbeziehen, über ein Überwiegen des männlichen Geschlechts. Diese Kinder zeigen typische Phänomene wie autistische Beziehungs- und Verhaltensstörungen, Automutilationen, fehlende soziale Reagibilität und starke Retardierung der sprachlichen und motorischen Entwicklung.