

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 2 (1976)

Heft: 1

Artikel: Abweichendes Verhalten bei Jugendlichen : psychiatrische Beiträge zur Identifikation von Risikofragen

Autor: Uchtenhagen, Ambros

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815142>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

ABWEICHENDES VERHALTEN BEI JUGENDLICHEN - PSYCHIATRISCHE
BEITRAEGE ZUR IDENTIFIKATION VON RISIKOFAKTOREN

Ambros Uchtenhagen*

ZUSAMMENFASSUNG

Aus empirischen Untersuchungen werden nachprüfbare Risikofaktoren herausgestellt, die eine Entwicklung zu psychischer Erkrankung, zu Drogenmissbrauch, zu Suizid oder zur Delinquenz fördern. Diese Faktoren sind in ihrer Wirkungsweise meist umstritten; sofern als Einzelfaktoren betrachtet, haben sie zu wenig Erklärungskraft. Die Forschung entwickelt sich deshalb zur Erfassung von Gefährungsmustern, und zur Ueberprüfung von Hypothesen zur Entstehung und zum Verlauf abweichenden Verhaltens. Vermehrt zu erforschen sind stabilisierende Faktoren.

RESUME

Cet article est consacré à un essai de systématisation des facteurs de risque favorisant le déclenchement de phénomènes tels que les maladies mentales, l'abus des drogues, le suicide et la délinquance. Il apparaît que les facteurs évoqués sont discutables à deux points de vue. D'abord, ils ne possèdent qu'une faible valeur explicative. Ensuite, leur éventuelle modalité d'action dans le développement des phénomènes mentionnés ci-dessus est mal cernée. Les recherches actuelles tendent à améliorer les connaissances relatives aux constellations pathogènes formées par une pluralité de ces facteurs. Elles cherchent également à développer et tester des hypothèses sur la gènèse et le développement du comportement déviant. Il apparaît nécessaire de multiplier les recherches ayant trait aux facteurs stabilisants.

* Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Universität Zürich
(Leitung: PD Dr. A. Uchtenhagen)

1. EINLEITUNG
- 1.1 Umschreibung und Abgrenzung abweichenden Verhaltens
- 1.2 Entwicklungsrichtungen psychiatrischer Forschung über die Ursachen pathologischen Verhaltens
2. RISIKOFAKTOREN FÜR DIE ENTSTEHUNG ABWEICHENDEN VERHALTENS
- 2.1 Prävalenz und Inzidenz
- 2.2 Biologisch begründete Risiken
 - 2.2.1 Heredität
 - 2.2.2 Erworbene Hirnschädigung
 - 2.2.3 Chromosomen-Anomalien
- 2.3 Erziehungsmilieu und Herkunftsfamilie
 - 2.3.1 Broken home
 - 2.3.2 Heim- und Anstaltserziehung
 - 2.3.3 Elternpersönlichkeiten und Familienkonstellation
 - 2.3.4 Stellung in der Geschwisterreihe
 - 2.3.5 Sozialstatus der Herkunftsfamilien
 - 2.3.6 Rassische und kulturelle Diskriminationsfaktoren
- 2.4 Persönlichkeitsfaktoren
- 2.5 Sozialer Status
3. RISIKOFAKTOREN FÜR DIE PROGNOSE ABWEICHENDEN VERHALTENS
- 3.1 Die allgemeine psychiatrische Prognosenregel
- 3.2 Soziale Herkunft und Sozialstatus
- 3.3 Diagnosenspezifische Prognostik
- 3.4 Lebenschancen und soziale Kontakte als stabilisierende Faktoren
- 3.5 Prognostische Bedeutung von Behandlung und Massnahmen
- 3.6 Grenzen der Prognostizierbarkeit
4. IDENTIFIKATION VON GEFÄHRDUNGSMUSTERN
5. LITERATUR

1. EINLEITUNG

1.1 Umschreibung und Abgrenzung abweichenden Verhaltens

Der Begriff der Devianz impliziert Normvorstellungen, die gerade auf den Entwicklungsstufen der Adoleszenz und der ersten Erwachsenenjahre eine besondere Plastizität und Wandelbarkeit aufweisen. Innerhalb weniger Jahre wechselnde Normbildungsprozesse und eine Abfolge überindividueller und übernationaler Trends sind charakteristische Merkmale dieser Altersgruppen. Abweichendes Verhalten, allgemein gefasst, im Vergleich zu vorangegangenen Generationen braucht nicht identisch zu sein mit abweichendem Verhalten innerhalb der eigenen Altersgruppe. Abweichendes Verhalten heute kann normprägendes Verhalten morgen sein.

Die psychiatrische Forschung hat zum Verständnis dieser Prozesse wenig beigetragen. Sie hat sich vielmehr mit umschriebenen Formen devianten Verhaltens beschäftigt, die als pathologisches (krankhaftes) Verhalten verstanden werden. Es handelt sich dabei um Verhaltensstörungen, die sich manifestieren als psychisches Leiden, als Suchtkrankheit, als Jugendverwahrlosung und Jugendkriminalität, als Selbstmordgefährdung. Die folgende Übersicht beruht auf psychiatrischen Erfahrungen und Forschungsarbeiten, die sich auf diese umschriebenen Verhaltensstörungen beziehen.

Auch innerhalb der Psychopathologie ist freilich nicht zu übersehen, dass es altersspezifische Störsymptome und Störfelder gibt, die nicht ohne weiteres als Krankheitszeichen zu werten sind und sich von diesen erst aufgrund eingehender epidemiologischer und katamnestischer Untersuchungen unterscheiden lassen. Neuere Untersuchungen dieser Art, wie sie über das auffällige Verhalten bei Kindern vorliegen (Shepherd et al., 1973), sind für Adoleszenz und Nach-Adoleszenz erst in Ansätzen vorhanden (z.B. Offer und Offer, 1969). Die Psychiatrie orientiert sich deshalb eher an Vorstellungen über die Bewältigung alters- und umweltspezifischer Problemstellungen durch den Adoleszenten als an Vorstellungen über ein normiertes Verhalten (Schonfeld, 1971). Der Einbezug psychischer Leiden in die folgenden Überlegungen wird deshalb nur die auffälligsten Krankheitsbilder betreffen, nicht aber Störungen problematischer Abgrenzbarkeit, wie etwa die Pubertätskrise.

1.2 Entwicklungsrichtungen psychiatrischer Forschung über die Ursachen pathologischen Verhaltens

Die psychiatrische Forschung arbeitet nicht mit dem Begriff der Devianz, sondern mit dem Begriff der Krankheit oder allenfalls der krankhaften Störung. Krankheit und krankhafte

Störung waren traditionellerweise Attribute eines individuellen Symptomträgers, aber gleichzeitig nosologische Einheiten entweder im Sinne von Symptomverbänden oder von Folgezuständen einer Krankheitsursache.

Beide Aspekte werden seit bald 20 Jahren zunehmend in Frage gestellt. So wird der Kranke und insbesondere der jugendliche Kranke nicht mehr einfach als der individuelle Symptomträger gesehen, sondern sozusagen als "schwächstes Glied einer Kette", als identifizierbarer Patient in einer Bezugsgruppe, in welcher pathogene Kräfte wirksam sind. "Gestört" ist dann nicht der einzelne, sondern die Bezugsgruppe. Einer der bekanntesten dieser systemtheoretischen Ansätze liegt darin, nicht den Jugendlichen, sondern die Familie als Patienten zu verstehen (Haley, 1959; Lidz, 1958; Richter, 1972; Wynne, 1958). Die Psychopathologie befasst sich dann weniger mit dem gestörten Verhalten des Individuums als mit Phänomenen der Kommunikation und der Gruppendynamik. Forschungsarbeiten dieser Richtung befassten sich mit dem Hintergrund schizophrener Psychosen, neurotischer Fehlentwicklungen und krimineller Karrieren.

Das psychiatrische Krankheitsverständnis hat sich seit den Tagen Kurt Schneiders, als nur körperlich begründbare Leiden die Geltung von Krankheiten erlangten, wesentlich gewandelt. Damit sind aber auch die Beurteilungsmassstäbe dessen, was als krank bzw. gesund zu gelten hat, in Frage gestellt worden. Eine Krankheitslehre, die mit körperlich erfassbaren Ursachen rechnet, steht und fällt mit der Nachweisbarkeit dieser Ursachen. Endogene und psychogene Erkrankungen entziehen sich dieser Nachweisbarkeit, und selbst die Wege hereditärer Vermittlung von Krankheitsanlagen bleiben umstritten. Eine phänomenologische Psychiatrie beschreibt Krankheitsbilder mit gestörtem oder störendem Verhalten, nicht Krankheiten im Sinne ursächlicher Einheiten. Die Interpretation des gestörten Verhaltens ist keine einheitliche, sondern entspricht dem jeweiligen Orientierungsrahmen, der z.B. psychoanalytisch, lernpsychologisch oder gruppendynamisch geprägt sein kann. Diese Interpretationswege werden aber gleichzeitig zum Verständnis normalpsychologischer Prozesse benützt. Damit ist eine Möglichkeit zur operationalen Abgrenzung pathologischen Verhaltens von normaler Entwicklung eröffnet. Störung und therapeutischer Erfolg sind aber nicht nur auf der Symptomebene und auf der operationalen Ebene zu beurteilen. Jenseits aller divergierenden Interpretationsversuche wird ausserdem eine Wertung der sozialen Anpassungsfähigkeit des Patienten angestrebt, d.h. seiner Fähigkeit, die in einer gegebenen Umwelt vorhandenen Rollenerwartungen (Erwerbsfähigkeit, Selbstverantwortlichkeit, Kontaktfähigkeit usw.) zu erfüllen.

Die Abgrenzung pathologischen Verhaltens wird demnach auf drei Ebenen vollzogen: 1. deskriptiv durch die Beschreibung von Symptomen und Auffälligkeiten, 2. operationell durch die Formulierung von fehlgesteuerten Prozessen und Entwicklungen, 3. funktionell durch die Ueberprüfung der Rollentauglichkeit.

Die psychiatrische Ursachenforschung bewegt sich dementsprechend auch auf verschiedenen Ebenen. Auf der biographischen Ebene wird nach Gründen für Fehlentwicklungen und Fehlhaltungen gefragt, die sich aus der individuellen Geschichte und der engeren Bezugsgruppe ergeben könnten. Auf der biologischen Ebene wird nach körperlich nachweisbaren Bedingungen gefragt, unter welchen sich Fehlentwicklungen ereignen; hier hat vor allem die Erbforschung mit verbesserten Zwillings- und Adoptivkinderstudien einen neuen Aufschwung erlebt und Verfahren zur getrennten Untersuchung von Milieu- und Erbfaktoren verbessert. Auch den Formen und Folgen frühkindlicher Hirnstörung wurde vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet. Auf der makrosozialen Ebene schliesslich wird nach Zusammenhängen zwischen Verhaltensstörung und überindividuellen Lebensbedingungen (Sozialschicht, Subkultur, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, etc.) gesucht.

Ausserdem hat sich im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte in Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten eine neue Forschungsrichtung entwickelt, die sich vor allem dem Studium jener Faktoren widmet, die Einfluss auf den Verlauf und die Prognose pathologischer Verhaltensstörungen nehmen. Zur Ursachenforschung im hergebrachten Sinne kam damit eine gezielte Beschäftigung mit dem Problem der Risikoverminderung. Diese Forschungsrichtung arbeitet weniger anamnestisch (Rückblenden in die Vergangenheit) als katamnestic (kurz- und langfristige Nachuntersuchungen) und prospektiv (begleitende Verlaufsuntersuchungen).

Als weiterer Wandel ist zu verzeichnen, dass ein monokausales Verständnis pathologischen Verhaltens weitgehend abgelöst wurde durch Vorstellungen über das Zusammenwirken verschiedener Ursachen, Vorstellungen über Bedingungskonstellationen und Gefährdungsmuster. In diesem Sinne wird etwa von high risk groups gesprochen, womit eine spezifisch gefährdete umschriebene Gruppe gemeint ist (z.B. Nachkommen schizophrener Mütter, bezüglich Schizophrenie gefährdet; Heimkinder, bezüglich Entwicklungs- und Reifungsvorgängen gefährdet; Unterschichtsjugendliche aus kinderreichen Familien, verwahrlosungsgefährdet). Hier konzentriert sich die Forschung u.a. darauf, innerhalb dieser Gruppen nach weiteren gefährdeten oder stabilisierenden Faktoren zu suchen.

2. RISIKOFAKTOREN FÜR DIE ENTSTEHUNG ABWEICHENDEN VERHALTENS

2.1 Prävalenz und Inzidenz

Nicht jedes abweichende Verhalten fällt auf. Eine lediglich zu schätzende Zahl psychischer Störungen gelangt nie zur Behandlung und damit zur Identifizierung. Jedenfalls nur zu schätzen sind die Dunkelziffern für Delinquenz und Suchtverhalten. Bei der überwiegenden Zahl von Forschungsarbeiten, die sich mit unserem Thema beschäftigen, geht man von bereits identifizierten Patienten oder Klienten oder Delinquenten aus. Sie beruhen damit weder auf der "wahren" Prävalenz (Zahl der Krankheitsfälle in einem bestimmten Zeitpunkt) noch auf der "wahren" Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen in einem definierten Zeitraum), die sich beide auf eine Gesamtpopulation beziehen. Nur ausnahmsweise ergeben epidemiologische Feldstudien, die mit grossem Aufwand durchgeführt werden, Hinweise auf die "wahre" Inzidenz, bzw. Prävalenz pathologischer Zustände und Verhaltensweisen.

Dies bedeutet für unsere Fragestellung, dass die Erforschung von Ursachen und Risikofaktoren bzw. Gefährdungsmustern sich in der Regel auf Personen bezieht, die als Verhaltensgestörte mit sich oder ihrer Umgebung in Konflikt gerieten und deshalb mit einer beratenden, behandelnden oder strafenden Institution in Berührung kamen. Allenfalls festgestellte Ursachen und Risikofaktoren betreffen also nicht pathologisches oder abweichendes Verhalten überhaupt, sondern ein zu Konflikten und zur Einschaltung irgendwelcher Institutionen führendes. Diese Präzisierung ist deshalb besonders hervorzuheben, weil durch eine Erforschung abweichenden Verhaltens, das zu keinen Konsequenzen im genannten Sinne führt, wertvolle Aufschlüsse zu gewinnen wären.

2.2 Biologisch begründete Risiken

2.2.1 Heredität

Die familiäre Häufung pathologischer Zustände, wie endogener Psychosen, psychopathischer Charakterstörungen, Alkoholismus, Delinquenz und Schwachsinn ist während langer Zeit unkritisch als Beweis für eine Vererbung dieser Zustände auf die Nachkommen gewertet worden, obwohl ein bestimmter Erbgang nicht nachweisbar war. Grundlage bildete die weitgehende massenstatistische Konstanz der Gefährdungsraten für bestimmte Verwandtschaftsgrade. Kritische Zwillings- und Adoptivkinderstudien aus den letzten Jahren, die eine getrennte Abschätzung der Milieu- und Erbfaktoren erlauben, haben zu sicherer Kenntnis beigetragen. Gewichtige Hinweise bestehen für die biologische Uebermittlung der Anlage für schizophrene Psychosen (Heston,

1966; Mednick et al., 1974), für psychopathische Verhaltensstörungen (Schulsinger, 1974), Alkoholismus (Goodwin, 1974), hingegen nicht für Kriminalität (Hutchings, 1974; hohe Kriminalitätsraten fanden sich sowohl bei den biologischen wie bei den Adoptivvätern ehemals adoptierter Krimineller). Schlüssige Befunde über diskriminierende Faktoren, die bei hereditär Gefährdeten die Manifestation fördern, liegen noch nicht vor. Hinweise betreffen die Heimunterbringung im ersten Lebensjahr (Crowe, 1975).

2.2.2 Erworbene Hirnschädigung

Hirnkrankheiten oder Hirnverletzungen können je nach Reifungsstufe des Betroffenen unterschiedliche Verhaltensstörungen zur Folge haben. Früh erworbene Schädigungen können zu Schwachsinnzuständen, später erworbene zu organischen Psychosyndromen oder hirnlokalen Psychosyndromen führen. Folgenschwerer sind die hyperdynamen als die hypodynamen Formen. Sekundäre Neurotisierungen können die Verhaltensstörung komplizieren. Verhängnisvoll, weil oft übersehen, sind die blanden Formen. Die Verarbeitung organischer Schäden hängt aber nicht nur vom Befund, sondern ebenso sehr davon ab, ob die familiäre Umgebung eine gesunde Verarbeitung fördert oder hemmt (Laux, 1967). Ob die hohe Rate pathologischer EEG-Befunde bei Kriminellen auf eine Häufung früher Hirnschäden hinweist, ist unbewiesen (Rosenthal, 1971). Immerhin wird nach Schwangerschaftsblutungen über gehäufte pathologische EEG-Befunde und psychoorganisch veränderte Profile in Intelligenztests berichtet (Lempp, 1967).

2.2.3 Chromosomen-Anomalien

Chromosomen-Anomalien können zu Krankheitsbildern mit pathologischen Verhaltensmustern führen. Insbesondere wurden die Zusammenhänge zwischen der Variante XYY und aggressivem, insbesondere kriminellem Verhalten untersucht. Eine Häufung dieser Variante unter Gewalttätern wurde beobachtet, aber nur die wenigsten Delinquenten weisen eine derartige oder eine andere Chromosomen-Anomalie auf (Baker, 1972).

2.3 Erziehungsmilieu und Herkunftsfamilie

2.3.1 Broken home

Unvollständige Familie während Kindheit und Jugendalter durch Elternverlust oder Fremdplazierung ist eine in psychiatrischen Studien häufig untersuchte Grösse. Die

Vergleichbarkeit der Untersuchungen leidet durch die zeitlich und regional unterschiedlichen Häufungen von Ehescheidungen. Gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöht sind broken homes in der Vorgeschichte Schizophrener, Depressiver, psychiatrisch hospitalisierter Alkoholiker und Medikamentensüchtiger, jugendlicher Drogenabhängiger und jugendlicher Delinquenten (Bleuler, 1972; Uchtenhagen, 1975; Frei, 1951; Haastrup, 1973). Bei jugendlichen Verwaorlosten diskriminiert Herkunft aus broken home nicht zwischen neurotisch oder psychopathisch Fehlentwickelten (Egloff, 1975). Besonders hoch gehen die broken home-Ziffern in Statistiken über jugendliche Selbstmörder (Jacobs, 1971). Mit Recht wird darauf aufmerksam gemacht, dass broken home einen groben und vom Erleben des Kindes her nur bedingt sinnvollen Untersuchungsfaktor darstellt; Scheidung der Elternehe wird bei Nachuntersuchung der Scheidungskinder mehr bejaht als bedauert (Haffter, 1960). Wiederverheiratung des zurückgebliebenen Elternteils, allfällige erneute Trennung und Alter des Kindes bei diesen Ereignissen sind adäquatere Faktoren (Jacobs, 1971). Als besonders pathogen für neurotische Entwicklungen werden Stiefkindverhältnisse und symbiontisches Zusammenleben von Mutter und Tochter genannt (Haffter, 1960).

2.3.2 Heim- und Anstaltserziehung

Nach den Forschungen von Bowlby und Spitz ist das Kleinkind, besonders im ersten Lebensjahr, für Inkonstanz der Pflegeperson besonders vulnerabel. Entwicklungsschäden und Reifungsstörungen durch Frustrationen im Kindesalter sind vielfach beschrieben und auch bei uns eingehend untersucht worden (Meierhofer, 1966). Bedeutsame Faktoren sind u.a.: Stetigkeit der Beziehung zu Pflegepersonen, körperliche Zuwendung und Kontakt, ausreichender Bewegungsraum, Qualität und Quantität der Personalbesetzung, etc. Besonders hervorzuhebende Entwicklungsschäden sind verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, schlechtere Schulleistungen, Häufung neurotischer Symptome und insbesondere Häufung von Kontaktstörungen; erwähnenswert auch, dass das Risiko einer Kompensation derartiger Entwicklungsschäden höchstens 50% beträgt (Dührssen, 1964). Wieweit die verhältnismässig hohe Zahl ehemaliger Heimkinder unter den jugendlichen Delinquenten ursächliche Bedeutung hat, ist nicht mit Sicherheit auszumachen (Gygax, 1975). Nur ausnahmsweise sind Angaben darüber erhältlich, ob die Heimplazierung bereits eine Folge von Verhaltensschwierigkeiten war oder andere Gründe hatte. Danach überwiegen die Heimplazierungen aufgrund deutlicher Konflikte des Kindes oder Jugendlichen mit seinen Eltern, ohne aber angeben zu können, bei wem hauptsächlich die Quelle des Konfliktes lag (Bottoms und McClintock, 1973). Bei der Untersuchung drogenabhängiger Jugend-

licher wurde vereinzelt festgestellt, dass Heimversorgungen in der Anamnese Drogenabhängiger signifikant häufiger sind als bei Kontrollgruppen (Haastrup, 1973).

2.3.3 Elternpersönlichkeiten und Familienkonstellationen

Die jahrzehntelange vielfältige Forschung, die sich mit diesen Fragen befasst, hat eine Fülle von hier nicht wiederzugebenden Hypothesen und Erfahrungen gezeitigt. Die Unterschiede der Stichprobenauswahl, der Untersuchungsmethodik und der theoretischen Rahmenkonzepte sind derart, dass die vorgelegten Ergebnisse oftmals nicht vergleichbar sind, obwohl dies angesichts ihrer teilweisen Widersprüchlichkeit sehr erwünscht wäre. Wo Vergleiche mit Kontrollgruppen zur Absicherung der Resultate vorgenommen werden, sind die Informationen über Auswahl und Charakteristika der Kontrollgruppen oft ungenügend.

Untersuchungen von Familienkonstellationen und Elternpersönlichkeiten Schizophrener heben im Vergleich zu Kontrollgruppen bei den Eltern neurotischer, körperlich kranker oder gesunder Jugendlicher als gemeinsames Merkmal insbesondere hervor, dass diese Familien in auffallender Weise schwer gestört sind und dass die Eltern und Geschwister eine Häufung psychiatrischer Erkrankungen verschiedenster Art aufweisen (Übersicht bei Alanen, 1968). Spezifische Merkmale sogenannter schizophrenogener Familienkonstellationen und Erziehungsstile allerdings haben sich teilweise als nicht nachprüfbar, teilweise als zu unspezifisch erwiesen (dazu gehören u.a. die Theorie des double-bind, des teaching of irrationality, der Rollenstarrheit und Pseudogegenseitigkeit).

Auch in der Vorgeschichte anderer Verhaltensstörungen, wie Süchtigkeit, Delinquenz, Verwahrlosung, neurotische Entwicklung, finden sich kaum übereinstimmende Merkmale, die ein spezifisches Risiko begründen. Bedeutsam ist hingegen die Häufung auffallender und krankhafter Persönlichkeiten unter den Eltern und Geschwistern. Eine Differenzierung scheint in dem Sinne begründet, dass erzieherische Vernachlässigung eher eine Entwicklung zur Verwahrlosung und Süchtigkeit, ein zu rigider und autoritärer Erziehungsstil hingegen eine neurotische Entwicklung begünstigen (u.a. Lewis, 1954).

2.3.4 Stellung in der Geschwisterreihe

Exponierte Stellungen innerhalb der Geschwisterreihe können, zusammen mit spezifischen Erwartungen an diese Position, eine pathogene Rolle spielen (verantwortlicher Aeltester,

überbehüteter oder verwöhnter Jüngster, etc.). Umgekehrt wurde auch eine mittlere Stellung, die keinerlei Privilegien verschafft, vor allem bei grösserer Geschwisterschar, als gefährdend beschrieben. Einzelkinder sollen bezüglich einer Entwicklung zur Delinquenz am wenigsten gefährdet sein (Pongratz, 1975). Der Rivalitätsdruck unter Geschwistern wird nicht nur als natürliches Erziehungsmittel, sondern auch als Gefährdung interpretiert. Andererseits fällt auf, dass Kinderreichtum in Familien mit schlechtem sozialem Status gehäuft ist und deshalb nicht als Gefährdungsfaktor sui generis verstanden werden muss.

2.3.5 Sozialstatus der Herkunftsfamilien

Ausbildungsstand, Einkommensverhältnisse, Art der Berufstätigkeit und subkulturelle Zugehörigkeit der Eltern auffälliger und kranker Jugendlicher sind wiederholt auf ihre Relevanz hin untersucht worden. Selbstverständlich können nur Ergebnisse verwertet werden, die einen Vergleich mit den Verhältnissen in der Durchschnittsbevölkerung oder wenigstens bei ausreichend grossen Kontrollgruppen erlauben. Mit Hilfe einer Indexbildung zur Definition sozialer Schichten wurden verschiedentlich einige Merkmale zum Sozialstatus für Untersuchungszwecke zusammengefasst. Widersprüchliche Ergebnisse bei der Verwendung solcher Indizes legen die Vermutung nahe, dass der unterschiedliche Gewichtung einzelner Faktoren und ihrer Heterogenität einige Bedeutung zukommt.

An Stichproben aus Strafanstalten, Jugendstrafanstalten und psychiatrischen Kliniken wurde eine Ueberrepräsentierung von Probanden festgestellt, die aus der Unterschicht stammen (Peters, 1970; Theen, 1970). Unter schweizerischen Verhältnissen wird bezüglich Delinquenz keine besondere Gefährdung durch Herkunft aus der Unterschicht geltend gemacht (Gygax, 1975). Etwas differenziertere Feststellungen finden sich in der Weise, dass verwahrloste und kriminell gewordene Mädchen weitaus häufiger aus armen und schlechten Verhältnissen stammen als Knaben, also diesbezüglich einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind (Robbins, 1966). Autoritäre Erziehungsstile bei Vätern aus der Unterschicht korrelieren häufiger mit Jugend-Delinquenz der Söhne als dies für Mittel- und Oberschicht der Fall ist (Jonsson, 1967). Aufgewachsen in Gettos und Notunterkünften korreliert insbesondere mit der Entwicklung zur Kinder-Delinquenz (Pongratz, 1975).

Schichtspezifische Risiken bezüglich der Entwicklung zur Drogenabhängigkeit und zu anderen Suchtformen werden auch unter europäischen Verhältnissen vereinzelt geltend gemacht, wenn auch mit unterschiedlichem Ergebnis: So ist

sowohl eine stärkere Gefährdung von Unterschichtjugendlichen (Haastrup, 1973) wie auch eine besondere Gefährdung der oberen Mittelschicht und der Oberschicht gefunden worden (Uchtenhagen et al., 1975). Die meisten Untersuchungen freilich haben keine schichtspezifischen Risiken festzustellen.

Der soziale Status der Eltern schizophrener Patienten ist wiederholt untersucht worden. Hingegen gibt es meines Wissens keine Studie, welche gleichzeitig die familiäre Häufung an schizophrenen Sekundärerkrankungen berücksichtigt hätte. Gelegentliche Feststellungen darüber, dass das Aufwachsen in der Unterschicht eine zusätzliche Gefährdung bedeute, haben allein keine ausreichende Beweiskraft. Zumindest ist die Vermutung nicht widerlegt, dass die wiederholt festgestellte Häufung psychopathologischer, insbesondere psychotischer Auffälligkeiten und Erkrankungen bei den Eltern Schizophrener nicht dazu beigetragen haben, dass sich diese Eltern in der Unterschicht häufen (vgl. Meyers, 1968; Hare, 1975; Häfner, 1971).

2.3.6 Rassische und kulturelle Diskriminationsfaktoren

Soziale Isolierung ist unbestritten einer der konstantesten Faktoren in der Vorgeschichte Verhaltensgestörter; freilich ist nicht immer dasselbe damit gemeint, und die Tatsache selbst lässt verschiedene Deutungen zu. Wieweit die Quellen der sozialen Distanz z.B. in Vorurteilen gegenüber Minoritäten oder in der prämorbidem Persönlichkeit des Betroffenen zu suchen sind, ist kaum eindeutig auszumachen.

Unter Auswanderern, insbesondere wenn sie in der neuen Heimat eine deklassierte Minorität darstellen, wurde wiederholt ein erhöhter Prozentsatz von hospitalisierungsbedürftigen Psychosen gefunden (Oedegard, 1932; Wedge, 1952). Unentschieden bleibt, ob es sich dabei um eine erhöhte Anfälligkeit oder um eine raschere Hospitalisierungsbedürftigkeit im Erkrankungsfalle handelt. Plausibler ist eine unterschiedliche Gefährdungslage bezüglich Verwahrlosung, Delinquenz und Suchtanfälligkeit, wobei aber nicht nur die Frage der sozialen Diskriminierung, sondern auch diejenige unterschiedlicher Lebensstile, unterschiedlicher Werthaltungen etc. eine Rolle spielen dürfte. So ist etwa die Suchtgefährdung für chinesische Minoritäten in USA am geringsten, für Puertoricaner am höchsten (Hunt, 1962). Ungenügend untersucht sind auch hier Merkmalskombinationen wie ethnische Gruppe und Geschlecht, ethnische Gruppe und Schichtzugehörigkeit, ethnische Gruppe und familiäre Pathologie.

2.4 Persönlichkeitsfaktoren

Die sogenannte prämorbidie Persönlichkeit psychisch Kranker, Krimineller und Süchtiger war Gegenstand ungezählter kasuistischer Beiträge und statistischer Untersuchungen. Nur Untersuchungen mit gematchten Kontrollgruppen geben Hinweise auf eine möglicherweise unterschiedliche Gefährdung durch bestimmte Persönlichkeitsaspekte. Auch fällt immer wieder auf, dass Gefährdungsmomente, die aus der Anamnesenerhebung nahegelegt werden, sich bei entsprechenden katamnestischen Studien nicht bestätigen und umgekehrt. Auch muss erwähnt werden, dass viele Untersuchungen, auch test-psychologische, erst nach Eintritt der Erkrankung, Delinquenz oder Drogenkontaminierung erfolgten, womit über die prämorbidie Persönlichkeitsstruktur nichts Schlüssiges ausgesagt werden kann, spiegeln doch diese Befunde ebenso sehr die Rückwirkungen der eingetretenen Verhaltensänderung wie das ursprünglich Angelegte. Gesicherte Kenntnisse über prämorbidie Persönlichkeitsstrukturen sind deshalb vor allem in zwei Hinsichten zu erarbeiten: Durch Prospektivstudien mit Untersuchung der Probanden vor einer allfälligen Erkrankung einerseits, durch anamnestische Studien mit Beschränkung auf nachträglich eindeutig erfassbare Merkmale wie z.B. Schul- und Arbeitsverhalten, Kontaktfähigkeit, frühere Verhaltensstörungen und Erkrankungen. Eine besondere Fehlerquelle der anamnestischen Untersuchungen bildet die Gefahr, dass auch die prämorbidie Person ex post anders beurteilt wird, als dies vor der Erkrankung der Fall gewesen wäre.

Intellektuelle Minderbegabung disponiert als solche nicht zu schizophrenen Psychosen (Bleuler, 1972), zu anderen Psychosen oder zur Suchtentwicklung (Haastrup, 1973). Unter verwahrlosten Jugendlichen finden sich, im Vergleich zur übrigen Bevölkerung, im Durchschnitt auffallend schlechtere Intelligenzleistungen (Hartmann, 1970). Bei neurotisch Erkrankten hingegen sind die überdurchschnittlich guten Intelligenzen überrepräsentiert (Schepank, 1974). Unter jugendlichen Selbstmördern finden sich anteilmässig mehr Schwachsinnige als bei Erwachsenen über 30 Jahren (Böcker, 1973). Unter sogenannten asozialen und psychopathischen Persönlichkeiten finden sich überdurchschnittlich viele mit verminderter Intelligenz (Rosenthal, 1971). Schwachsinnige sind für Erziehungsmängel empfindlicher; so häufen sich unter den kriminellen Jugendlichen aus geschiedenen Elternehen die Schwachsinnigen (Haffter, 1960).

In der Vorgeschichte neurotischer Erkrankungen finden sich oftmals kinderneurotische Symptome, doch sind katamnestisch Kinderneurosen öfters als erwartet von sozialer Bewährung gefolgt (Ernst, 1971; Shepherd, 1973). Sorgfältige Untersuchungen an Schizophrenen (Bleuler, 1972) halten fest,

dass prämorbid 30% unauffällig, 40% auffällig innerhalb der Norm und 30% krankhaft, vor allem im Sinne der Schizoidie, waren. Damit ist die Häufigkeit prämorbid schizoider Persönlichkeiten unter den später schizophrener Erkrankten nicht nur deutlich grösser als in der Durchschnittsbevölkerung, sondern geradezu krankheitsspezifisch.

Ein besonderes Augenmerk galt den Persönlichkeitsaspekten jugendlicher Drogenabhängiger. Von einer einheitlichen Persönlichkeitsstruktur kann allerdings nicht die Rede sein. Immer unter dem Vorbehalt, dass es sich um Feststellungen nach eingetretenem Drogenmissbrauch handelt, wurden u.a. festgestellt: erhöhte psychische Labilität, Unsicherheit und infantile sowie deutlich depressive Züge (Remschmidt und Dauner, 1970). Gegenüber den Nichtkonsumenten wird der Experimentierer als nervöser, impulsiver, geselliger, offener und weniger gehemmt beschrieben, der häufig und stärker konsumierende hingegen als stärker vegetativ gestört, verstimmt und gereizt sowie weniger dominant und weniger gesellig (Müller Oswald et al., 1973). Nach anderen Beschreibungen ist der Alkohol- und Drogenabhängige affektlabil, der Situation ausweichend, dysphorisch verstimmt, egoistisch eingestellt, mit phobisch anankastischen und psychasthenischen Zügen (Rauchfleisch, 1972; Hell et al., 1971; Baumann et al., 1973; Hobi, 1971 und andere). In der Vorgeschichte jugendlicher Drogenabhängiger fanden sich in grosser Zahl pathologische Persönlichkeitszüge oder Verhaltensstörungen (Rosenberg, 1969; Hawks et al., 1969). Insbesondere wird ein auffälliges Fehlen von Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen und das Bestehen von Kontaktstörungen überhaupt hervorgehoben (Haastrup, 1973). Für jugendliche Alkoholiker werden ähnliche Persönlichkeitsmerkmale beschrieben, kombiniert allerdings mit einem im Durchschnitt niedrigeren Intelligenzniveau (Ladewig, 1970).

2.5 Sozialer Status

Eingehende Untersuchungen der Verhältnisse in amerikanischen Grossstädten ergaben, dass unter Schizophrenen die Unterschichtsangehörigen deutlich übervertreten sind (vgl. zusammenfassende Darstellungen bei Häfner, 1971; Meyers, 1968). Eine Häufung in Berufen mit niedrigem Prestige, Ausbildungs- und Lohnniveau fand sich aber auch über 4 Jahrzehnte hinweg bei einer Auswertung des norwegischen Psychoseregisters 1926 - 1965 (Oedegard, 1971). Diese Feststellung wird ergänzt durch den ökologischen Befund, dass Hospitalisierungsraten für Schizophrene aus zentralen Stadtbezirken mit niedrigem Wohnstandard und schlechtem sozioökonomischen Status am höchsten sind (vgl. ebenfalls Häfner, 1971). Diese für schizophrene Erkrankungen geltenden Befunde haben für affektive Psychosen keine Gültigkeit. Zur Er-

klärung der Befunde wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, die entweder den pathogenen Charakter der Unterschicht betonen oder aber ein soziales Absinken der Schizophreniegefährdeten postulieren. Ähnliche Überlegungen stellten sich ein angesichts der Befunde, die eine Übervertretung der Unterschicht bei verwahrlosten Jugendlichen konstatieren. Besonders eingehend untersucht wurden die Verhältnisse aber für Schizophrene.

Weitere Aufklärung musste erwartet werden von einer Analyse der sozialen Auf- und Abstiegsprozesse über Generationen hinweg. Bezüglich schizophrener Patienten sind die Ergebnisse solcher Analysen uneinheitlich. Einige lassen eine Tendenz zu zunehmendem sozialem Abstieg erkennen (z.B. Srole et al., 1962), andere finden etwa gleich viel soziale Aufsteiger wie Absteiger unter den späteren Schizophrenen und beurteilten deren Sozialstatus im grossen und ganzen gleich wie denjenigen ihrer Väter (Hollingshead und Redlich, 1958; Bleuler, 1972 und andere). Vor allem in Ermanglung guter Kontrolluntersuchungen lassen die Widersprüche dieser Ergebnisse noch keinen Entscheid darüber zu, ob der sogenannte Sozialgradient bei schizophrenen Ersterkrankungen eine Folge des schlechten sozialen Status oder eine Folge persönlichen Ungenügens ist. Einen Hinweis geben die jüngsten Adoptivstudien, wonach später schizophren gewordene Adoptivzöglinge prämorbid einen sozialen Abstieg zeigten gegenüber den Adoptivfamilien, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe anderer Adoptivzöglinge (Crowe, 1975).

3. RISIKOFAKTOREN FÜR DIE PROGNOSE ABWEICHENDEN VERHALTENS

3.1 Die allgemeine psychiatrische Prognosenregel

Aus der klinischen Beobachtung und aus katamnestischen Untersuchungen wurde für den Verlauf schizophrener Psychosen eine Merkmalskonstellation zur Vorhersage aufgestellt (vgl. Langfeldt, 1956), die später als sogenannte allgemeine psychiatrische Prognosenregel sich auch am Verlauf anderer Erkrankungsformen bestätigte (Ernst, 1959). Danach sind günstige prognostische Merkmale: eine emotionell und intellektuell gut entwickelte Persönlichkeit, ein akuter Krankheitsausbruch im Unterschied zu einer schleichenden Erkrankung, eine starke emotionale Ergriffenheit im Unterschied zu einer emotionslosen Besonnenheit. Insbesondere die Bedeutung einer prämorbid guten Lebensbewährung wurde immer wieder hervorgehoben. So ist z.B. auch beim jugendlichen Hirntraumatiker die Prognose ebenso bedingt durch die prämorbid gute Persönlichkeit wie durch Art, Schwere und Lokalisation des Hirnschadens (Laux, 1967). Frühere Lebensbewährung sind, zusammen mit einer positiven Behandlungsbereitschaft, ausschlaggebend für den langfristigen Verlauf von Toxikomanien

(Uchtenhagen, 1975). Neurotische Erkrankungen verlaufen nach der gleichen allgemeinen Regel (Ernst, 1959). Die Prognosenregel beinhaltet implizite, dass ein Krankheitsverlauf umso mehr Chancen zur Chronifizierung hat, je länger er bereits gedauert hat. Darin ist bereits enthalten, dass z.B. intellektuelle Minderbegabung, psychopathische Strukturen oder irreversible Hirnschädigungen die Verhaltensprognose auch bei sekundärer Neurotisierung oder bei Entwicklung zu Sucht und Delinquenz zu trüben vermögen.

3.2 Soziale Herkunft und Sozialstatus

Die epidemiologischen Studien zur Schizophrenie zeigten eine höhere Prävalenz als Inzidenz bezüglich der Zugehörigkeit zur Unterschicht. Dies stimmt überein mit den Erfahrungen, wonach aus einem schlechten sozialen Milieu stammende und selbst sozial schlecht gestellte Patienten im Vergleich zu anderen eher und länger hospitalisiert bzw. rehospitalisiert werden. Die damit verbundenen sekundären Behinderungen im Sinne eines Hospitalismus beeinflussen die Verlaufsprognose negativ (vgl. Meyers, 1968).

Bei Suchtverläufen wurde als negatives Prognostikum beschrieben: Psychosen und Sucht bei Familienangehörigen (Holmberg, 1968), broken home (Retterstol, 1965; Haastrup, 1973), vorangegangene Heimversorgung (Haastrup, 1973). Allgemein bei ungünstigen Verläufen psychisch auffälliger Kinder wird eine Häufung von Psychosen, Epilepsie und Suiziden in der biologischen Familie festgestellt (Lutz, 1967). Bei Entwicklungsstörungen im Jugendalter wird eine signifikant ungünstige Bedeutung folgender Milieufaktoren festgestellt: Mutter fehlend oder psychisch gestört, Vater fehlend oder psychisch gestört, Verlust aller Beziehungspersonen während mindestens eines Jahres; die Prognose ist umso ungünstiger, je mehr diese Faktoren zutreffen (Strunk, 1967). Rückfällige delinquierende Kinder weisen eine signifikant erhöhte Gefährdung auf durch Wohnen in Notunterkünften, grosse Geschwisterzahl, Stiefkindschicksal (Pongratz, 1975). Kein deutlicher Einfluss von Milieufaktoren bei der Prognose verwahrloster Jugendlicher wurde ebenfalls festgestellt (Egloff, 1975).

3.3 Diagnosenspezifische Prognostik

Wie bereits angetönt, trüben langdauernde Behinderungen, wie Intelligenzschwäche und psychopathische Charakterstruktur die Prognose bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen; als besonders ungünstig wird die Kombination von Schwachsinn und Triebhaftigkeit beschrieben (Lutz, 1967). Frühkindlich Hirngestörte mit überstrengen Vätern finden

sich besonders schlecht zurecht (Strunk, 1967). Langfristige katamnestiche Nachuntersuchung weist auf, dass soziopathische Kinder langfristig Mühe mit der sozialen Einordnung haben und mehrheitlich auch später noch mit sich und der Umwelt in Konflikt stehen (Robbins, 1966). Erschwerend für die Prognose sind dabei wiederum Schwachsinn, Hirnschäden, Hyperaktivität und Haltlosigkeit; glückt später die soziale Anpassung, entwickelt sich keine neurotische Sekundärsymptomatik. Sogenannten Psychopathen unter verwahrlosten Jugendlichen wird eine deutlich schlechtere Prognose nachgesagt im Vergleich zu Nichtpsychopathen (Fanai, 1969).

3.4 Lebenschancen und soziale Kontakte als stabilisierende Faktoren

Je mehr Chancen für ein befriedigendes Leben Familie und Umwelt für den Jugendlichen bereithalten, desto besser sind seine Chancen für eine Gesundung. Dies wurde u.a. in vielfältiger Weise für den Krankheitsverlauf Schizophrener nachgewiesen, z.B. anhand der Besuchskontakte und Einstellung der Familienangehörigen, der Chancen für eine adäquate Beschäftigung und Arbeit etc. (Vgl. Kind, 1969; Hartmann, 1972; Phillips, 1953).

Aber nicht nur schizophrene Patienten profitieren von begründeten Hoffnungen und sozialen Kontakten. Auch bei verwahrlosten Jugendlichen wurde festgestellt, dass das Vorhandensein tragfähiger mitmenschlicher Beziehungen die wichtigste Voraussetzung für eine Wende zum Besseren sei. Wirksamste Prophylaxe zur Verhinderung eines Rückfalles wurde in einer engen Bindung an Eltern, Freunde oder allenfalls Ehepartner, zum andern aber an Heimleiter, Fürsorger und Aerzte gesehen (Gartmann, 1965). Insbesondere gute Beziehungen zu einer (nicht verwahrlosten) Gruppe von Gleichaltrigen - peer group - wird immer wieder als günstiges Zeichen gewertet (Garber, 1972; Bottoms und McClintock, 1973 und andere). Dasselbe gilt für die Prognose jugendlicher Drogenabhängiger (Frykholm, 1973; Vaillant, 1966), für suizidgefährdete Jugendliche (Haffter, 1966) sowie für hirntraumatisch geschädigte Kinder (Laux, 1967).

Allgemein darf bemerkt werden, dass neben der Erforschung von Risikofaktoren eine solche der stabilisierenden Faktoren bisher kaum genügend Aufmerksamkeit gefunden hat. Eine vermehrte Beachtung dieser Möglichkeit und eine Ueberprüfung präziserer Hypothesen wäre von beachtlichem praktischem und theoretischem Interesse.

3.5 Prognostische Bedeutung von Behandlung und Massnahmen

Der psychiatrische und psychotherapeutische Alltag wird weitgehend durch die Voraussetzung bestimmt, dass eine Behandlung des Patienten kurzfristig oder langfristig einen positiven Effekt habe. Eine kritische Ueberprüfung desse, ob es sich dabei um wohlmeinende Ueberzeugungen oder um nachweisbare Sachverhalte handle, stösst freilich auf erhebliche methodologische Schwierigkeiten. Fast immer fehlt es an vergleichbaren Kontrollgruppen, da die Einleitung einer Behandlung fast immer auch einen Selektionsprozess (durch Indikationsstellung) mit sich bringt. Aber auch die Kriterien der Besserung bzw. Verschlechterung sind vielschichtig und schwierig zu operationalisieren. Es kann hier nicht im einzelnen auf diese Probleme eingegangen werden. Es sei lediglich zusammenfassend erwähnt, dass für alle hier interessierten Verhaltensstörungen Jugendlicher geeignete Verfahren und Massnahmen geltend gemacht und eine günstige Auswirkung dieser Verfahren und Massnahmen postuliert werden. Gezielte und kontrollierte Evaluationen von Therapieprogrammen sind aber immer noch eine Seltenheit und stellen ein dringendes Forschungsbedürfnis dar. Eher noch besser untersucht sind derzeit die negativen Auswirkungen der Behandlung, insbesondere der langfristigen Hospitalisierung oder Anstaltsunterbringung, die mit einer Einbusse an Initiative, Selbstverantwortung und selbständiger Lebensführung (Hospitalismus) einhergehen. In ungünstigen Fällen kann der Hospitalismus die schwerere Behinderung als das ursprüngliche Leiden darstellen.

3.6 Grenzen der Prognostizierbarkeit

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass nicht nur die Voraussage eines Krankheitsverlaufes nach wie vor mit kritischer Zurückhaltung an die Hand zu nehmen ist, sondern dass insbesondere die Sozialprognose, d.h. die Voraussage der sozialen Auswirkungen eines Leidens und damit die praktisch bedeutsamen Verhaltensmodifikationen höchstens eine Wahrscheinlichkeitsprognose zulassen. Alle prognostischen Regeln beruhen auf statistischen Arbeiten, die für den individuellen Fall keine zureichenden Unterlagen für eine sichere Voraussage bereithalten. Es ist wiederholt versucht worden, Statistiken zu einem Prognosenschema im Punkteverfahren auszuwerten. Auch wenn massenstatistisch die Zusammenhänge überzufällig gesichert sind, bleibt die Voraussage für den Einzelfall doch stets unverbindlich (vgl. Lefferenz, 1962).

4. IDENTIFIKATION VON GEFÄHRDUNGSMUSTERN

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Frage nach stabilisierenden und nach Risikofaktoren nicht mehr vom Bild monokausaler Zusammenhänge bei der Entstehung abweichenden Verhaltens bestimmt wird. Das Interesse gilt vielmehr der Erarbeitung von risk patterns, die etwas darüber aussagen, welche Merkmalskombinationen pathogen oder prognostisch ungünstig sind. Auf einzelne derartige Muster ist hier schon aufmerksam gemacht worden. Ein besonders günstiger Ausgangspunkt für diese Art der Forschung ist eine nachweisbare besonders gefährdete Gruppe von Personen (high risk group). Innerhalb solcher Gruppen lässt sich, vor allem prospektiv, beobachten, was für zusätzliche Faktoren die Manifestation der Krankheit oder Verhaltensstörung begünstigen. Ein Beispiel: Innerhalb der für Schizophrenie erheblich gefährdeten Nachkommen schizophrener Mütter wird ein maximales Manifestationsrisiko dann beobachtet, wenn der Proband in der Unterschicht aufgewachsen ist, und es ausserdem zu einer Heimversorgung kam (Stern, 1974). Von besonderem theoretischem und praktischem Interesse wird es allerdings sein, in die Erforschung derartiger Gefährdungsmuster auch diejenige stabilisierender Faktoren einzubeziehen.

Ausserdem sollte vermehrt der Versuch gemacht werden, in psychotherapeutischer Arbeit gewonnene Kenntnis umzusetzen in ein Erkennen gefährdender intrapsychischer Strukturen. Derartige Kenntnis entzieht sich zwar oft der Ueberprüfbarkeit mit quantifizierenden Methoden, könnte aber doch für die Hypothesenbildung wie auch für die Diskussion der Wirkungsweise gefährdender und stabilisierender Faktoren vermehrt herangezogen werden. Schliesslich sind in vermehrtem Masse als bisher die Ergebnisse und Perspektiven der vor allem in USA vorangetriebenen Familienforschung und Familientherapie vermehrt fruchtbar zu machen. Interpersonelle Prozesse in der Familie, unter Umständen über Generationen hinweg wirksam, sind als Faktor von erstrangiger Bedeutung und aus der Formulierung von Gefährdungsmustern nicht mehr wegzudenken.

5. BIBLIOGRAPHIE

- Alanen Y.O. (1968): From the mothers of schizophrenic patients to interactional family dynamics. In: The transmission of schizophrenia, ed. D. Rosenthal, S. Kety, London.
- Andry R.G. (1971): Delinquency and parental pathology. London.

- Baker D. (1972): Chromosome errors and antisocial behavior. CRC Critical reviews in Clinical Laboratory Sciences, 41-101.
- Baldwin J.A., Robertson, Satin D.G. (1971): The incidence of reported deviant behavior in children. In: Aspects of the epidemiology of mental illness, ed. J.A. Baldwin, London.
- Baumann U., Althaus Chr., Schenker K. (1973): Sozialer Hintergrund und Persönlichkeit von Drogenkonsumentinnen (19jährige Zürcherinnen). Z. Präy.-med., 18, 197-207.
- Bleuler M. (1972): Die schizophrenen Geistesstörungen im Licht langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart.
- Böcker F. (1973): Suizide und Suizidversuche. Stuttgart.
- Bottoms A.E., McClintock F.H. (1973): Criminals coming of age. London.
- Bovet L. (1951): Psychiatric aspects of juvenile delinquency. Genf.
- Bowlby J. (1946): Fourty-four juvenile thieves. London.
- Briant, Clifton D., Wells J.G. (ed.) (1973): Deviance and the family. Philadelphia.
- Brock H. (1967): Vorläufige Mitteilung über katamnestiche Erhebungen an 2447 kinderpsychiatrisch untersuchten Probanden. Polizeiliche Ermittlungen als Hinweise auf ihre soziale Entwicklung. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 57-63.
- Chess St., Thomas A., Birch H.G. (1967): Behavior problems revisited. Findings of an anterospective study. J. Amer. Child Psychiat., 6, 321-331.
- Corboz R. (1967): Spätreife und bleibende Unreife. Berlin.
- Corboz R. (1967): Jugendkriminalität und Jugendpsychiatrie. Beiheft Schweiz. Zeitschrift für Psychol. und ihre Anwendungen, 51.
- Crowe R.R. (1975): Adoption studies in Psychiatry. New York.
- Cunningham L., Cadoret R.J., Loftus R., Edwards J.E. (1975): Studies of adoptees from psychiatrically disturbed biologic parents: psychiatric conditions in childhood and adolescence. Brit. J. Psychiat., 126, 534-550.
- Dohrenwendt P.B., Dohrenwendt B.S. (1969): Social status and psychological disorder, a causal inquiry. New York.

- Dührssen A. (1964): Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Göttingen.
- Dührssen A. (1972): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen.
- Dührssen A. (1967): Prognose neurotischer Verhaltensstörungen im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 64-70.
- Eberhard K., Kohlmetz G. (1973): Verwahrlosung und Gesellschaft. Göttingen.
- Egloff M. (1975): Verwahrloste Jugendliche - jugendpsychiatrische Diagnose und Prognose im Spiegel langjähriger Katamnesen. Med. Diss. Zürich.
- Ernst K. (1959): Die Prognose der Neurosen. Berlin.
- Ernst K., Ernst C. (1971): Katamnesen von Kinderneurosen. Acta Paedopsychiat., 38, 316-324.
- Fanai F. (1969): Verlauf und Prognose der Verwahrlosung. Katamnesen Jugendlicher mit gestörtem Sozialverhalten. Psychiat. clin., 2, 1-13.
- Frey E. (1951): Der frühkriminelle Rückfallsverbrecher. Basel.
- Frykholm B., Gunne L.M., Huitfeldt B., Sonnander K. (1973): Prognosis studies in the treatment of drug addicts. Läkartidningen, 70, 2579-2581.
- Fuchs-Kamp A. (1929): Lebensschicksal und Persönlichkeit ehemaliger Fürsorgezöglinge. Berlin.
- Garber B. (1972): Follow up study of hospitalized adolescents. New York.
- Gareis B., Wiesnet E. (1974): Frühkindheit und Jugendkriminalität. München.
- Gartmann A. (1975): Zur Prognose verwahrloster Jugendlicher. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., 96, 68-96.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Moller N., Hermansen F., Winokur G., Guze S.B. (1974): Drinking problems in adopted and non-adopted sons of alcoholics. Arch. Gen. Psychiat., 31, p. 164.
- Gossett J.T., Baillies L.S., Lewis J.M., Austin P.V. (1973): Follow up of adolescents treated in a psychiatric hospital: a review of studies. Amer. J. Orthopsychiat., 43, 602-610.
- Gygax W.A. (1975): Jugendliche Delinquenten - 12 Jahre später. Diss. Zürich.

- Haastrup S. (1973): Young drug abusers. Copenhagen.
- Haffter C. (1960): Kinder aus geschiedenen Ehen. Bern.
- Haffter C., Waage G., Zumpe L. (1966): Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. Psychol. Praxis, 39.
- Häfner H. (1971): Der Einfluss von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Aethiologie. Nervenarzt, 42, 557-568.
- Haley J. (1959): The family of the schizophrenic: a model system. J. nerv. ment. Dis., 129, 357-375.
- Hartmann K. (1970): Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Berlin.
- Hartmann W. (1973): Soziale Faktoren bei chronischen Schizophrenien. In: Chronische endogene Psychosen, ed. H. Kranz, K. Heinrich, Stuttgart.
- Haslam M.T. (1975): Psychiatric illness in adolescence. Its psychopathology and prognosis. London.
- Heigl F. (1962): Ein prognostisch entscheidender Charakterzug bei verwahrlosten Jugendlichen. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 11, 197-201.
- Hell D., Baumann U., Angst J. (1971): Drogenkonsum und Persönlichkeit. Dtsch. med. J., 16, 511-514.
- Hemsi L.K. (1967): Psychiatric morbidity of West-indian immigrants. Social Psychiat., 3, p. 95.
- Hicklin A., Rotach S. (1965): Mitteilung über Broken-home-Untersuchungen bei Stellungspflichtigen. Viertelj. Schweiz. Sanitätsoffiziere, 42, p. 125.
- Hollingshead A.B., Redlich F.C. (1958): Social class and mental illness. New York.
- Holmberg M.B., Jansson B. (1968): Experiences from an outpatient department for drug-addicts in Göteborg. Acta Psychiat. Scand., 44, 172-189.
- Howell M.C., Emmons E.B., Frank D.A. (1973): Reminiscences of runaway adolescents. Amer. J. Orthopsychiat., 43, 840-853.
- Hutchings B., Mednick S.A. (1975): Registered criminality in the adoptive and biological parents of registred male criminal adoptees (1974). In: Genetic research in Psychiatry, ed. R.R. Fieve, H. Brill, D. Rosenthal, Baltimore.
- Jacobs J. (1971): Adolescent suicide. New York.

- Jonsson G. (1967): Delinquent boys, their parents and grandparents. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 195, Copenhagen.
- Kind H. (1969): Prognosis. In: The schizophrenic syndrome, ed. L. Bellak, New York.
- Künzel E. (1971): Jugendkriminalität und Verwahrlosung. Göttingen.
- Ladewig D. (1970): Untersuchungen über Drogenabhängige im Vergleich zu Alkoholikern. Vortrag am Internationalen Seminar zur Verhütung und Behandlung der Drogenabhängigkeit, Lausanne.
- Ladurner G., Pakesch E. (1973): Prognose der Verwahrlosung bei weiblichen Fürsorgezöglingen. Wien Z. Nervenheilk., 31, 251-265.
- Langen D. (1964): Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen. Arch. Psychiatr., 205, p. 19.
- Langfeldt G. (1956): The prognosis in schizophrenia. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 110.
- Laux W. (1967): Katamnesen von Kindern mit Hirntraumen. Jahrbuch für Kinderpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 161-170.
- Leferenz H. (1962): Ueber die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialprognose. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 3, 165-170.
- Leischner A. (1962): Das Lebensschicksal hirnverletzter Jugendlicher und Kinder. Basel.
- Lempp R. (1968): Die Bedeutung der Situation in der Familie für Entstehung und Art psychischer Störungen im Kindesalter. Jb. Jugendpsychiat., 6, 71-77.
- Lempp R., Wacker H. (1967): Anamnestiche und katamnestiche Untersuchungen über die Folgen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 20-28.
- Lewis H. (1954): Deprived children. The Mershal experiment. A social and clinical study. London.
- Lidz T., Cornelison A., Fleck S., Terry D. (1958): The intrafamilial environment of the schizophrenic patient. VI: the transmission of irrationality. Arch. Neurol. Psychiatr., 79, 305-316.
- Lindenblatt A., Moll W. (1963): Lebens- und Berufsbewährung der ehemaligen Sonderschüler. Praxis für Kinderpsychol., 12, p. 166.

- Lutz J. (1967): Langfristig beobachtete Lebensläufe psychisch auffälliger Kinder. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 47-56.
- Meierhofer M., Keller W. (1966): Frustration im frühen Kindesalter. Bern.
- Myers J.K., Bean L.L. (1968): A decade later: A follow up of social class and mental illness. New York.
- Müller-Oswald U., Ruppen R., Baumann U., Angst J. (1973): Persönlichkeitsaspekte jugendlicher Drogenkonsumenten. Eine repräsentative Umfrage an 6315 neunzehnjährigen Zürchern. Arch. Psychiat. Nervenkr., 117, 207-222.
- Neupert St., Vogl G. (1962): Auffällige Knaben. München.
- Nissen G. (1975): Affektive Psychosen in der Adoleszenz. Nervenarzt, 46, 302-307.
- Oedegard O. (1932): Emigration and insanity. Acta psychiat. scand. Suppl. 4, Copenhagen.
- Oedegard O. (1971): Hospitalized Psychoses in Norway: Time Trends 1926-1965. Soc. Psychiat., 6, p. 53.
- Offer D., Offer J.L. (1969): Growing up: A follow up study of normal adolescents. Seminars in Psychiatry, 1, 46-56.
- Peters D. (1970): Die Genese richterlicher Urteilsfindung und die Schichtverteilung der Kriminalität. Krim. J., 4, 210-232.
- Phillips L.J. (1953): Case history data and prognosis in schizophrenia. Nerv. Ment. Dis., 117, p. 515.
- Pichel J.I. (1974): A long-term follow up study of 60 adolescent psychiatric out-patients. Amer. J. Psychiat., 131, 140-144.
- Piecha W. (1959): Die Lebensbewährung der als 'unerziehbar' entlassenen Fürsorgezöglinge. Göttingen.
- Pintér E. (1969): Wohlstandsflüchtlinge. Eine sozialpsychiatrische Studie an ungarischen Flüchtlingen in der Schweiz. Basel.
- Pongratz L., Schäfer M., Jürgensen P., Weisse D. (1975): Kinderdelinquenz. Daten, Hintergründe und Entwicklungen. München.
- Rauchfleisch U. (1972): Vergleichend-experimentelle Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur von Suchtkranken. Psychiat. Clin., 5, 27-40.
- Remschmidt H., Dauner I. (1970): Klinische und soziale Aspekte der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. Med. Klinik, 65, pp. 1993, 2041, 2078.

- Retterstol N., Sund A. (1965): Drug addiction and habituation. Copenhagen.
- Richter H.E. (1972): Patient Familie. Hamburg.
- Robins L.N. (1966): Deviant children grown up. A Sociologic and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore.
- Rosenthal D., Kety S. (ed.) (1968): The transmission of schizophrenia. London.
- Rosenthal D. (1971): Genetics of Psychopathology. New York.
- Schepank H. (1974): Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Tiefenpsychologische Untersuchungen an 50 Zwillingspaaren. Berlin.
- Schlegel H.J., Schönwetter H.P., Langenbeck U. (1975): Beitrag zur Klinik und Psychopathologie der XYY-Konstitution. Fortschr. Neurol. Psychiat., 43, 305-313.
- Schonfeld W.A. (1971): La psychiatrie de l'adolescence: un défi pour tous les psychiatres. In: Psychopathologie de l'adolescence, Confrontations psychiatriques Nr. 7.
- Schwarzmann J. (1971): Die Verwahrlosung der weiblichen Jugendlichen. Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten. München.
- Sheperd M., Oppenheim B., Mitchell S. (1973): Auffälliges Verhalten bei Kindern. Göttingen.
- Spitz R.A. (1946): Hospitalism: a follow up report. In: The psychoanalytic study of the child. Bd. 2, New York.
- Srole L., Langner T.S., Michael S.T., Opler M.K., Rennie T.A.C. (1962): Mental health in the Metropolis: The Midtown Manhattan study. New York.
- Stengel E. (1969): Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt.
- Stern S., Mednick S.A., Schulsinger F. (1974): Social class, institutionalization and schizophrenia. In: Genetics, Environment and Psychopathology. Ed. S.A. Mednick, F. Schulsinger, P. Bell, P.H. Venables, K.O. Christiansen, Amsterdam.
- Straube W. (1958): Zur Prognosenstellung spontan remittierender kindlicher Neurosen. Z. Psychotherapie, 8, p. 67.
- Strotzka H. (1975): Sozialpsychiatrie des Wohnens. In: Aspekte der Sozialpsychiatrie und der Psychohygiene. Ed. R. Battegay, M. Pfister-Ammende, M. Burner, F. Labhardt, B. Luban-Plozza, Bern.

- Strunk P. (1967): Katamnestische Erhebungen bei Entwicklungsstörungen im Jugendalter. Jahrbuch für Kinderpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, 5, 84-91.
- Stüber G. (1969): Ein Beitrag zu dem Thema Aufstiegsneurosen. Z. Psychosom. Med. und Psychoanalyse, 15, 260-272.
- Theen H. (1970): Die Statistik und Rückfallstatistik der unbestimmt Verurteilten des Landes Bremen seit Inkrafttreten des JGG vom 4.8.1959. Bremen.
- Uchtenhagen A. (erscheint demnächst): Verlauf und Prognose der Toxikomanien.
- Uchtenhagen A., Bösch H., Bickel P. (erscheint demnächst): Die behandlungsbedürftigen Drogenkonsumenten in der Schweiz (1975).
- Vaillant G.E. (1966): A twelve-year follow up of New York narcotic addicts: some characteristics and determinants of abstinence. Amer. J. Psychiat., 123, 573-585.
- Wedge B.M. (1952): Occurrence of psychosis among Okinawans in Hawaii. Amer. J. Psychiat., 109, 255-258.
- Wormser R.G. (1973): Drogenkonsum und soziales Verhalten bei Schülern. München.
- Wynne L.C., Ryckoff I.M., Day J., Hirsch S.I. (1958): Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry, 21, 205-221.

Ambros Uchtenhagen
Sozialpsychiatrischer
Dienst
Lenggstrasse 31
Postfach 68
8029 Zürich 8

