

Meyer, Claudia / Mattejat, Fritz / König, Udo / Wehmeier, Peter Matthias
und Remschmidt, Helmut

**Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive:
Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln
von stationär behandelten depressiven Patienten**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 7, S. 525-536

urn:nbn:de:bsz-psydok-43176

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Matzejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Wooßen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (W. Schweizer)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (L. Goldbeck)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (E. Butzmann)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (D. Irblich)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (M. Hartmann)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (J. Wiese)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (D. Gröschke)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (G. Fuchs)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (M. Hirsch)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (D. Gröschke)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (D. Gröschke)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (D. Gröschke)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (D. Irblich)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (W. Schweizer)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (I. Seiffge-Krenke)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (H. Liebenow)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (D. Gröschke)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (J. Koch)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (D. Irblich)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (K.-H. Arnold)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (C. Irblich)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (W. Schweizer)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten

Claudia Meyer, Fritz Mattejat, Udo König, Peter Matthias Wehmeier und Helmut Remschmidt

Summary

Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients

In a longitudinal empirical study data from three generations were gathered: Generation 1: formerly depressive patients, who had been treated as inpatients; generation 2: children of these patients; generation 3: grandchildren of the former patients. The first investigation of the children was carried out in the seventies, the follow-up-assessment of children and grandchildren was done in 1996. In the follow-up-study the meanwhile grown-up children of the depressive patients showed to a high degree psychic disturbances and were in treatment because of these problems. The majority of the grandchildren showed no relevant deviations. The severity of the depressive illness (in generation 1) and the psychopathological status of the former inpatient's spouse proved to be relevant prognostic factors with regard to the long-term development and resilience of children and grandchildren.

Zusammenfassung

Es wird über die Ergebnisse einer Längsschnittstudie berichtet, in der Daten über Personen aus drei Generationen erhoben wurden: Generation 1 = ehemalige depressive Patienten, die stationär behandelt worden waren; Generation 2 = Kinder der Patienten; Generation 3 = Enkelkinder. Die Erstuntersuchung der Kinder fand zu Beginn der 70er Jahre statt, die Nachuntersuchung, in die auch die Enkelkinder einbezogen wurden, fand 1996 statt. In der Nachuntersuchung wurde festgestellt, daß bei den nunmehr erwachsenen Kindern von depressiven Eltern ein relativ hoher Prozentsatz psychische Auffälligkeiten aufweist und sich wegen dieser Auffälligkeiten in Behandlung befindet. Bei den Enkeln der depressiv Erkrankten dagegen zeigte die Mehrzahl der erhobenen Maße im Durchschnitt keine bedeutsamen psychischen Auffälligkeiten. Die Schwere der depressiven Erkrankung (in der Generation 1) und der psychische Status

der Partner und Partnerinnen der depressiven Elternteile (in der Generation 1) erwiesen sich als prognostisch bedeutsam für die längerfristige Entwicklung psychischer Stabilität der Kinder und der Enkel.

1 Einleitung

Die Arbeit beschäftigt sich mit Familien von Personen, die an einer Depression erkrankt sind. Dabei liegt das Interesse vor allem auf deren Nachfahren mit dem Gedanken, daß Kinder und Enkel von depressiven Patienten auf vielfältige Art und Weise durch die psychische Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen werden können. Wir berichten über eine Studie, in der wir die erwachsenen Kinder und die Enkel von ehemals depressiven Patienten untersucht haben. Hierzu greifen wir auf eine Voruntersuchung zurück, die Anfang der 70er Jahre stattfand. Die damals untersuchten Kinder depressiver Eltern wurden heute noch einmal kontaktiert und um die Mitarbeit in einer Nachuntersuchung gebeten. Dabei interessierten wir uns u.a. für folgende Fragen:

- Wie schildern die nunmehr erwachsenen Kinder rückblickend die Erkrankung und das Zusammenleben mit den depressiven Eltern?
- Wie verlief die familiäre, soziale, psychische und berufliche Entwicklung der Kinder und Enkel?
- Wie ist die psychische Befindlichkeit der Kinder und Enkel?
- Wie identifizieren sich die Kinder und Enkel mit einzelnen Familienmitgliedern?
- Finden sich Zusammenhänge zwischen den aktuellen Ergebnissen und denen der Ausgangsuntersuchung aus den 70er Jahren?

2 Stichprobe und Untersuchungsmethoden

2.1 Übersicht

Ausgangspunkt der Untersuchung¹ war eine Stichprobe der Kinder von depressiven Eltern, die zu Beginn der 70er Jahre untersucht wurden. Die Anfang der 70er Jahre von Methner (1974), Tegeler (1975) und Schuchardt (1979) unter Anleitung von H. Remschmidt erhobenen Daten wurden von Remschmidt und Mattejat (1994) neu ausgewertet und die Ergebnisse dieser Analyse in einer Monographie veröffentlicht. Die damals untersuchten Kinder von depressiven Eltern wurden im Jahr 1996 noch einmal kontaktiert und erneut ebenso wie ihre eigenen Kinder – also die Enkel der depressiven Patienten und Patientinnen – untersucht. Abbildung 1 zeigt den Ablauf der Untersuchungen.

Durch diese Längsschnittuntersuchung konnten wir Daten über drei Generationen gewinnen. Um die Darstellung der Ergebnisse möglichst übersichtlich zu gestalten

¹ Die vorliegende Untersuchung wurde von der Erstautorin C. Meyer unter Anleitung von F. Mattejat und H. Remschmidt im Rahmen ihrer Dissertation im Jahr 1996 durchgeführt und in den folgenden Jahren ausgewertet und dargestellt (Meyer 2001).

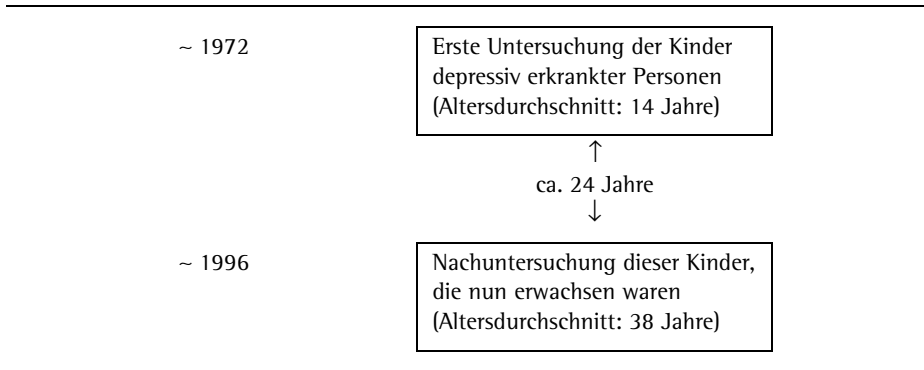


Abb. 1: Zeitlicher Ablauf der Untersuchungen

und um Verwirrungen zu vermeiden, orientieren wir uns an der folgenden „Sprachregelung“:

- Generation 1 (G1): „Eltern“, d.h. damalige, an einer Depression erkrankte Patienten und ihre Partner.
- Generation 2 (G2): „Kinder“ (heute erwachsen) der damaligen Patienten.
- Generation 3 (G3): „Enkel“ der damaligen Patienten.

2.2 Stichprobengewinnung bei der ersten Untersuchung

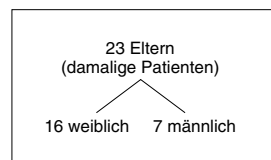
Anfang der 70er Jahre wurden Patientinnen und Patienten (G1) mit endogenen Depressionen, die in den Jahren 1965-1972 in der Marburger Universitäts-Nervenklinik behandelt worden waren, aus dem Krankenblattarchiv ermittelt. Von diesen Patienten wurden diejenigen ausgewählt, die Kinder (G2) im Alter von 4 bis 18 Jahren hatten und die außerdem nicht mehr als 100 km von Marburg entfernt wohnten. Zum damaligen Untersuchungszeitpunkt wurden keine standardisierten Klassifikationsschemata verwendet. Aufgrund der schriftlichen Berichte kann man aber davon ausgehen, daß die oben genannten Kriterien die Bedingungen der ICD-10-Diagnosen F33 (rezidivierende depressive Störung, 51 Eltern) und F31 (bipolare affektive Störung, 9 Eltern) oder der DSM-III-R-Diagnosen 296.3 (rezidivierende depressive Störung) und 296.4, 296.5 und 296.6 (bipolare affektive Störung) erfüllen. Es wurden schließlich 82 Familien ausgewählt und von diesen 60 besucht, zehn wurden nicht erreicht und zwölf sagten die Untersuchung ab. Die 60 Familien hatten zusammen 106 Kinder (G2), von denen wiederum 94 untersucht wurden. In die Auswertung wurde aus jeder Ursprungsfamilie nur ein Kind (G2) einbezogen, so daß schließlich 60 Kinder betrachtet wurden (reduzierte Ausgangsstichprobe). Eine ausführliche Darstellung der Stichprobengewinnung findet sich bei Remschmidt und Mattejat (1994, S. 127ff.).

2.3 Stichprobengewinnung der Nachuntersuchung

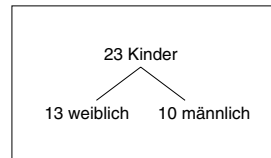
Von den damals untersuchten 94 Kindern wurden der Untersucherin eine Zufallsauswahl von 50 Fällen zugeteilt². Von diesen 50 nunmehr erwachsenen Kindern haben 30 (60%) an der Nachuntersuchung teilgenommen, elf (22%) haben eine Teilnahme abgelehnt, bei fünf (10%) wurden die aktuellen Adressen nicht herausgefunden, drei (6%) waren ausgewandert und eine Person (2%) befand sich zur Zeit der Untersuchung in Haft. Die 30 nunmehr erwachsenen Kinder,

die an unserer Nachtuntersuchungsstudie teilgenommen haben, stammen aus 23 verschiedenen Ursprungsfamilien.³ Um voneinander unabhängige Daten zu erhalten (Vermeidung von statistischen Abhängigkeiten), wird in dieser Arbeit eine Stichprobe gewählt, in der aus jeder Familie nur ein erwachsenes Kind (G2) berücksichtigt wird. Dazu wurden aus den Familien mit mehreren untersuchten Personen jeweils die ältesten von diesen ausgewählt. Die Stichprobe reduzierte sich somit von 30 auf 23 Kinder. Von den 23 in die Auswertung einbezogenen nunmehr erwachsenen Kindern (G2) haben 17 selbst wieder Kinder – d.h. nach unserer Sprachregelung „Enkel“ (G3) –, nach denen im Rahmen des Interviews gefragt wurde. In den meisten Fällen wurden mit diesen Enkeln auch verschiedene Fragebogenverfahren durchgeführt. Insgesamt sind Daten über 33 Enkel (G3) aus den 17 Familien vorhanden. Wie schon bei der Generation G2 werden auch hier nur die Ältesten in der Auswertung berücksichtigt. Von den insgesamt 33 Enkeln reduziert sich die Stichprobe hier auf 17 Enkel. Die Auswertung der vorliegenden Studie bezieht sich somit auf 23 Eltern (G1), 23 Kinder (G2) und 17 Enkel (G3).

Generation 1:



Generation 2:



Generation 3:

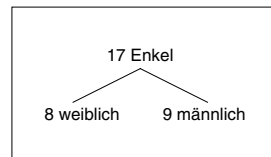


Abb. 2: Übersicht über die in dieser Arbeit einbezogenen Personen

2.4 Untersuchungsmethoden

Die Untersuchung bestand aus einem teilstandardisierten Interview, das speziell für diese Erhebung entwickelt wurde und ergänzenden Fragebogenverfahren, die von den Probanden bearbeitet wurden. Im einzelnen kamen die folgenden Verfahren zum Einsatz (in Klammern jeweils die Generation, mit der das Verfahren durchgeführt wurde): SCL-90-R (G1, G2); ausführliches teilstandardisiertes Interview (G2); CBCL (G2), FIT (G2, G3), YSR (G3), DIKJ (G3). Die verwendete-

² Die restlichen Fälle wurden von einem weiteren Doktoranden untersucht. Die Auswertung dieser Fälle ist noch nicht abgeschlossen.

³ In 17 Familien wurde nur eine Person untersucht, in fünf Familien zwei Personen und in einem Fall drei Personen.

ten Fragebogenverfahren können als bekannt vorausgesetzt werden (SCL: Derogatis et al. 1976; CBCL: Achenbach u. Edelbrock 1983; Remschmidt u. Walter 1990; FIT: Remschmidt u. Mattejat 1999; YSR: Achenbach u. Edelbrock 1987; Walter u. Remschmidt 1994. DIKJ: Stiensmeier-Pelster et al. 1989). Zum Interview gehörten auch die Marburger Symptomskalen. Die Marburger Symptomskalen sind ein Screening-Instrument, das in der Marburger Universitätsklinik entwickelt und überprüft wurde (Mattejat u. Remschmidt 1994; Brandenbusch 1995). Es erfaßt 22 Symptombereiche auf einer jeweils fünfstufigen Skala. Bei unserer Untersuchung wurde die Marburger Symptomliste mit den erwachsenen Kindern (G2) in bezug auf die Enkel (G3) bearbeitet. Darüber hinaus umfaßte das Interview vier weitere Teilbereiche. Es wurde gefragt

1. nach den Eltern (G1) und ihrer Erkrankung [äußere Lebensumstände, der weitere Verlauf der Krankheit, wie die Kinder (G2) die Erkrankung erlebt haben],
2. nach den Kindern (G2) selbst [äußere Lebensumstände, eigene Entwicklungsgeschichte, Probleme/Auffälligkeiten in der Kindheit und heute],
3. nach den Enkeln (G3) [äußere Lebensumstände, Entwicklungsgeschichte, Probleme der Enkel],
4. und nach psychischen Erkrankungen/Auffälligkeiten in der sonstigen Verwandtschaft.

Das Interview enthält geschlossene Fragen wie z.B. die nach dem Schulabschluß oder dem beruflichen Status, es beinhaltet aber auch viele Fragen, auf die die Kinder frei antworten konnten, z.B.: „Schildern Sie aus Ihrer Sicht die Erkrankung des Vaters/der Mutter und den weiteren Krankheitsverlauf.“ Die Interviewerin schrieb während des Gesprächs in Stichworten mit. Dabei versuchte sie, sich möglichst an den Wortlaut der Kinder zu halten. Aufgrund der Notizen wurde ein systematisch strukturiertes Gesprächsprotokoll angefertigt. In einem weiteren Verarbeitungsschritt wurden die Antworten auf offene Fragen nach inhaltlichen Gesichtspunkten kodiert. Zwei Beispielfragen sollen dieses Vorgehen verdeutlichen. Die Antworten auf die Frage „Hat die Erkrankung des Vaters/der Mutter (G1) das damalige Familienleben beeinträchtigt?“ wurden in folgender Weise kodiert:

0=nein	
1=teilweise/fraglich	z.B. „Für mich war das schon immer da“, „trotzdem gute Mutter“
2=eindeutig ja	z.B. „Immer enorme Spannungen“

Die Antworten auf die Frage „Inwiefern glauben Sie hat die Erkrankung des Vaters/der Mutter ihr Leben beeinflusst?“ wurden folgendermaßen kodiert:

0=nein	
1=teilweise/fraglich	z.B. „Mein jetziges eigentlich nicht mehr, meine Kindheit und früheste Jugend.“
2=eindeutig ja	z.B. „Mein ganzes Leben.“ „Negativ.“

3 Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit beschränken wir uns auf eine Auswahl der Befunde, die in komprimierter Form referiert werden. Eine ausführlicher Darstellung findet sich bei Meyer (2001).

Von den 23 untersuchten nunmehr erwachsenen Kindern (G2) waren 13 Frauen (56.5%) und zehn Männer (43.5%). Sie wurden zwischen 1952 und 1961 geboren.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren sie zwischen 35 und 43 Jahren alt. Der Mittelwert liegt dabei bei 38.8 Jahren ($SD=2.56$). 16 der 23 ehemaligen Kinder (69.6%) lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung mit Partnern bzw. Partnerinnen zusammen, 15 waren verheiratet. Die übrigen sieben Personen lebten allein, davon waren vier ledig, zwei geschieden und einer lebte von seiner Frau getrennt. Von den 23 ehemaligen Kindern sind sechs kinderlos, zehn Frauen sowie sieben Männer haben Kinder, d.h. Enkel der ehemaligen Patienten (G3). Diese 17 Personen haben zusammen 35 Enkel. Alle 17 Enkel (G3), die in die reduzierte Stichprobe aufgenommen wurden, sind leibliche Enkel der untersuchten Kinder (G2).

3.1 Ergebnisse zur Kindergeneration (G2)

Psychische Auffälligkeiten: Betrachtet man die Interviewdaten, welche Probleme und den psychischen Status der Kinder thematisieren, findet man bei über einem Drittel der untersuchten Personen entsprechende Auffälligkeiten: 39.1% der Kinder gaben Probleme in der Kindheit und Jugend (in der Schule oder mit Freunden/im Kontaktverhalten oder in der Familie, abgesehen von Problemen, die mit der großelterlichen Depression in Zusammenhang standen) an und 34.8% beschrieben Schwierigkeiten im Erwachsenenalter (im Berufsleben oder in der Partnerschaft). Im Interview ordneten 27.3% der ehemaligen Kinder (G2) ihre eigene aktuelle psychische Belastbarkeit als „schlecht“ ein, 27.3% bezeichneten sie als „gemischt“, der Rest als „gut“. 52.2% der ehemaligen Kinder schilderten im Interview eigene bedeutsame psychische Probleme (aktueller Zustand). Vergleicht man dieses Ergebnis mit anderen Studien, in denen Kinder von psychisch kranken Kinder untersucht wurden (Remschmidt u. Mattejat 1994), so ist festzustellen, daß in unserer Studie eine relativ hohe Auffälligkeitsrate gefunden wurde. Dies führen wir darauf zurück, daß wir hier den psychischen Zustand im Erwachsenenalter erfassen (im Gegensatz zu Studien, in denen Kinder und Jugendliche untersucht werden). Zwei Personen (G2), d.h. 8.7% der Kinder der ehemaligen Patienten hatten nach eigenen Angaben selbst eine depressive Erkrankung. Diese Zahl ist im Vergleich zu anderen Studien niedrig, dort wurden bei 15% bis über 50% der Kinder depressiver Personen affektive Erkrankungen diagnostiziert (z.B. bei Puzynska et al. [1994]: 15.6% oder Weissman et al. [1992]: 56.4%). Mit Hilfe des Interviews wurde auch die ambulante oder stationäre Behandlung psychischer Probleme festgehalten. Bei den Angaben dazu handelt es sich sicher um „härtere“ Daten als die bisher beschriebenen. Neun der 23 ehemaligen Kinder (39.1%) nahmen eine solche Behandlung in Anspruch. Dies erscheint im Vergleich mit der allgemeinen Erwartung (z.B. Fichter 1990, S. 233) relativ hoch. Die SCL-90-R, welche von den ehemaligen Kindern bearbeitet wurde, ergab dagegen ein weitgehend unauffälliges Bild. Die Probanden hatten gleiche oder nur geringfügig erhöhte Werte gegenüber normalen Vergleichsgruppen; analog gilt das auch für die mit dem FIT erfaßte Selbstkongruenz. Es fällt auf, daß die Testergebnisse zu anderen Folgerungen führen, als die Aussagen der Kinder über sich selbst. In diesem Zusammenhang kann man überlegen, ob die Angaben der Kinder eine Neigung widerspiegeln, sich selbst als auffällig wahrzunehmen oder darzustellen, obwohl sich dies in standardisierten Verfahren nicht nachweisen läßt.

Familiäre Identifikation: Mit Hilfe des Familienidentifikationstests (FIT) wurde untersucht, wie sich die ehemaligen Kinder (G2) mit einzelnen Familienangehörigen identifizieren. Schon bei der Ausgangsuntersuchung in den 70er Jahren wurde dieses Verfahren in einer alten Form angewandt. Damals zeigte sich eine Tendenz in die Richtung, daß sie sich ihrem gesunden Elternteil (G1) stärker identifizierten als mit dem depressiven Elternteil (G1). D.h. in bezug auf den gesunden Elternteil (G1) bestand eine höhere reale Identifikation (Wahrnehmung von Ähnlichkeit) und auch eine höhere ideale Identifikation (Vorbildfunktion). Dieser Unterschied zwischen der Identifizierung mit dem gesunden und dem depressiv erkrankten Elternteil zeigte sich bei der aktuellen Untersuchung noch deutlicher. Es zeichnet sich hier ab, daß sich die Kinder mit dem Älterwerden zunehmend von ihrem depressiven Elternteil distanzieren und von ihm abgegrenzt haben.

Subjektive Bedeutung der depressiven Erkrankung für die Kinder (G2): 87% der ehemaligen Kinder beschrieben ein die Depression der Eltern auslösendes Ereignis. Es ist zu vermuten, daß sich in dieser Zahl auch das Bedürfnis widerspiegelt, dieser schweren Erkrankung eine von außen kommende Ursache zuzuordnen. 15 Kinder (68.2%) beschrieben eine Beeinflussung ihres Lebens durch die Erkrankung, dabei charakterisierten 78.6% sie als negativ, 21.4% als gemischt und niemand als positiv.

3.2 Ergebnisse über die Enkelgeneration (G3)

Psychische Auffälligkeiten: Die Ergebnisse der Untersuchung, die sich auf die Enkel (G3) beziehen und die von ihren Eltern (d.h. von der Kindergeneration G2) erhoben wurden, zeichnen ein weitgehendes unauffälliges Bild: In der Marburger Symptomliste und im CBCL lagen die Durchschnittswerte im Normalbereich (die CBCL-Werte entsprechen der Schülerpopulationen; die MSS-Werte sind deutlich niedriger als die der zum Vergleich herangezogenen kinderpsychiatrischen Patienten). Der YSR hingegen (von den Enkeln selbst ausgefüllt) ergab annähernd so hohe Werte wie bei kinderpsychiatrischen Patientenkollektiven, die Enkel waren hier somit auffälliger als unausgelesene Schüler. Dagegen war der mittlere Gesamtrohwert des DIKJ aber im Vergleich zu den verfügbaren Normwerten nicht erhöht. Es ergibt sich somit ein etwas uneinheitliches Bild bezüglich der psychischen Auffälligkeiten der Enkel: Im YSR zeigen sich gewisse Auffälligkeiten, im DIKJ und nach den Angaben ihrer Eltern (G2) dagegen sind die Enkel weitgehend unauffällig.

Familiäre Identifikation: Die Ergebnisse des FITs der Enkel ergaben im durchschnittlichen Bereich liegende Identifikationswerte. Es war eine leichte Tendenz dahingehend festzustellen, daß sie sich als dem Vater ähnlicher beschrieben und diesen auch deutlicher idealisierten als die Mutter. Dieses Phänomen wurde allerdings auch bei psychisch unauffälligen Vergleichsgruppen (Schüler und Schülerinnen) gefunden. Es zeigte sich, daß die Enkel (G3), die sich als ihrer Mutter (G2) und auch ihrem Vater (G2) ähnlich beschrieben, unauffälliger Ergebnisse in der Symptomliste, der CBCL und dem YSR erreichten. Hier bestätigen sich also die schon aus anderen Untersuchungen bekannten Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und einer positiven

Identifikation mit den Eltern. Im FIT sind somit keine psychischen Auffälligkeiten bei der untersuchten Enkelgruppe festgestellt worden.

3.3 Zusammenhänge zwischen den erhobenen Variablen (und Zusammenhänge zur Ausgangsuntersuchung)

Die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Variablen wurden von uns sehr ausführlich analysiert. Dabei interessierten wir uns insbesondere für Zusammenhänge zwischen der Ausgangsuntersuchung in den frühen 70er Jahren und den Ergebnissen unserer Nachuntersuchung, da wir durch das Längsschnittdesign Hinweise auf prognostisch bedeutsame Faktoren erhofften. Aus der Gesamtzahl der analysierten Zusammenhänge greifen wir hier nur die heraus, die uns besonders interessant erscheinen und die sich auf die folgenden Fragen beziehen:

- Welche Bedeutung hat das Geschlecht des erkrankten Elternteils und der Schweregrad der Depression für die Entwicklung der Kinder und der Enkel?
- Zeigen sich Zusammenhänge zwischen dem Identifikationsverhalten (Identifikation mit gesundem vs. kranken Elternteil) der Kinder (bzw. Enkel) und ihrer Entwicklung?
- Welche Bedeutung kommt der Frage zu, ob der Partner des depressiven Elternteils selbst psychische Auffälligkeiten aufweist oder nicht? Hinter dieser Frage steht unsere „Kompensationshypothese“, die besagt, daß eine elterliche psychische Erkrankung von den Kindern eher bewältigt werden kann, wenn der nicht erkrankte Elternteil kompensierend einspringen kann. Wenn dagegen auch der nicht Erkrankte psychische Auffälligkeiten aufweist, sind die Entwicklungschancen für die Kinder geringer.

Geschlecht des erkrankten Elternteils und Schweregrad der Depression: Die gefundenen Zusammenhänge deuten darauf hin, daß die Schwere der Erkrankung (ausgedrückt durch die Anzahl der Klinikaufenthalte) sowie der Grad der Beeinträchtigung des Familienlebens durch die Depression (Angabe der erwachsenen Kinder G2) Auswirkungen haben auf die psychische Befindlichkeit der erwachsenen Kinder (G2) und deren Geschwister zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung haben. So schilderten die erwachsenen Kinder (G2), die ein problematischeres Familienleben beschrieben, auch häufiger eigene aktuelle psychische Schwierigkeiten und solche ihrer Geschwister und waren weniger zufrieden mit sich selbst (Selbstkongruenzwert im Familienidentifikationstest). Auch Keller et al. (1986) sowie Hammen et al. (1990) zeigten Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und Auffälligkeiten der Kinder. Bezüglich des Geschlechts des erkrankten Elternteils ergaben sich folgende Hinweise: Eine Beeinträchtigung des Familienlebens wurde von den erwachsenen Kindern (G2) vor allem in den Familien angegeben, in denen die Mutter depressiv erkrankt war. Man kann wohl davon ausgehen, daß in traditionell strukturierten Familien Frauen eine größere Bedeutung für das emotionale Gefüge der Familie haben als Männer, zumal die Großmütter (G1) der hier untersuchten Familien meist nicht außerhalb des Haushalts gearbeitet haben und insofern häufiger zu Hause waren und mehr Zeit mit den

Enkeln verbracht haben als die Großväter. Dieses Ergebnis bestätigt andere Untersuchungen, z.B. fanden Keller et al. (1986), daß eine depressive Erkrankung der Mutter sich deutlicher auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten auswirkt als die des Vaters (vgl. auch Remschmidt u. Mattejat 1994).

Identifikation (FIT): Diejenigen erwachsenen Kinder (G2), die sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung stärker mit dem gesunden Elternteil (Partner des depressiven Elternteils) identifizieren, geben im Interview an, gut psychisch belastbar zu sein; diese Personen sind zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung auch seltener wegen psychischer Probleme in Behandlung. Dieser Zusammenhang spricht für unsere „Kompensationshypothese“ (Remschmidt u. Mattejat 1994), die besagt, daß die Orientierung am gesunden Elternteil eine kompensierende Wirkung hat. Darüber hinaus finden wir Hinweise auf einen weiteren Zusammenhang: Je mehr die erwachsenen Kinder (G2) das Gefühl haben, daß die elterliche Depression ihr eigenes Leben beeinflusst hat, um so eher neigen sie dazu, sich von beiden Eltern (G3) zu distanzieren (niedrigere Identifikationswerte im FIT). Umgekehrt formuliert: Die erwachsenen Kinder (G2), welche sich bei der aktuellen Untersuchung mit ihren gesunden Elternteilen (G1) stärker identifizierten (Vorbildfunktion bzw. ideale Identifikation), stellten sich auch als psychisch stabiler dar. Wir haben die Ergebnisse der Nachuntersuchung auch auf die Identifikationswerte der Kinder bezogen, die zu Beginn der 70er Jahre ermittelt wurden. Dabei zeigte sich unter anderem folgender Zusammenhang: Wenn die erwachsenen Kinder (G2) sich in ihrer Kindheit (70er Jahre) den gesunden Elternteil als Vorbild nahmen (ideale Identifikation) so hatte dies längerfristig eine positive Auswirkung: Eine Identifikation mit dem gesunden Elternteil korreliert mit einer positiven psychischen Befindlichkeit der erwachsenen Kinder (G2) zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

Kompensation: Bezüglich der Kompensationshypothese untersuchten wir die Frage, ob die psychische Gesundheit des gesunden Elternteils (G1) von prognostischer Bedeutung ist. Dabei zeigte sich folgender Zusammenhang: In den Familien, in denen auch die Partner der depressiv erkrankten Elternteile (G1) psychisch auffällig waren, zeigen sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung auch häufiger Probleme bei den erwachsenen Kindern (G2), ihren Geschwistern und bei den Enkeln (G3). Ein Zusammenhang zwischen der Psychopathologie der Partner und Partnerinnen von depressiven Personen und Auffälligkeiten der Enkel wurde auch von Goodman et al. (1993) gefunden. D.h. unsere Befunde sprechen für die Kompensationshypothese; dabei gelten diese Zusammenhänge nicht nur für die Kinder von depressiven Eltern. Unsere Ergebnisse sprechen vielmehr dafür, daß sie sich bis in die Generation der Enkel fortsetzen.

4 Zusammenfassung und Diskussion

Die wichtigsten Befunde unserer Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- (1) Etwa zwei Drittel der nunmehr erwachsenen Kinder (G2) gaben an, daß ihr Leben durch die depressive Erkrankung eines Elternteils beeinflusst wurde. Diese Beeinflussung wurde meist als ausschließlich negativ beschrieben, in 21 % der Fälle wur-

- den die Einflüsse nicht nur negativ, sondern teilweise auch positiv gesehen. In keinem einzigen Fall wurden die Einflüsse als allein positiv beschrieben.
- (2) Über die Hälfte der nunmehr erwachsenen Kinder (G2) beschrieb eigene psychische Schwierigkeiten und 39% waren wegen solcher Probleme in Behandlung. Die Testergebnisse, die über die psychische Befindlichkeit der erwachsenen Kinder (G2) eine Aussage machen (SCL-90-R), lagen dagegen im durchschnittlichen Bereich.
 - (3) Die erwachsenen Kinder (G2) identifizierten sich deutlich stärker mit dem gesunden Elternteil (d.h. den Partnerinnen oder Partnern des depressiv erkrankten Elternteils) als mit den erkrankten Elternteilen. Die übrigen Identifikationsmaße waren unauffällig. Es zeigte sich weiterhin, daß die erwachsenen Kinder psychisch stabiler waren (G2), wenn sie sich stärker an den gesunden Elternteilen orientierten (Ideale Identifikation; Vorbildfunktion des gesunden Elternteils.)
 - (4) Bezüglich der Enkelkinder (G3) ergibt sich im YSR ein auffälliges Bild, alle anderen Testergebnisse aber lagen in durchschnittlichen Bereichen, auch die Identifikationswerte im FIT.
 - (5) In einer wichtigen Hinsicht zeigten sich Zusammenhänge über die drei Generationen hinweg: Die erwachsenen Kinder schilderten bei sich selbst (G2), bei ihren Geschwistern (G2) und auch bei ihren Kindern (G3: Enkelgeneration) ausgeprägtere psychische Probleme, wenn auch die Partner der depressiven Elternteile (G1) psychisch auffällig waren.

Es kann somit festgehalten werden, daß bei den nunmehr erwachsenen Kindern von depressiven Eltern ein relativ hoher Prozentsatz nach eigenen Angaben psychische Auffälligkeiten aufweist und sich wegen dieser Auffälligkeiten in Behandlung befindet. Bei den Enkeln der depressiv Erkrankten dagegen zeigten sich in der Mehrzahl der Maße im Durchschnitt keine bedeutsamen psychischen Auffälligkeiten. Für eine ganze Reihe von Faktoren ist nachgewiesen, daß sie die Prognose der Kinder von depressiven Eltern selbst zu erkranken negativ beeinflussen; dazu zählen neben den genetischen Einflüssen die Art der depressiven Erkrankung (uni-/bipolar), Schweregrad und Chronizität der depressiven Erkrankung, Komorbidität, Geschlecht des depressiven Elternteils, psychischer Status des/der Partner/In des depressiven Kinderteils, eheliche Disharmonie und Scheidung, Erziehungsprobleme, Geschlecht und Alter der Enkel. Zwei von diesen Faktoren konnten wir auch bei unserer Studie finden. So zeigten sich die Schwere der Erkrankung (ausgedrückt durch die Anzahl der diesbezüglichen Klinikaufenthalte) sowie der psychische Status der Partner und Partnerinnen der depressiven Elternteile (G1) als bedeutsam für die längerfristige Entwicklung psychischer Stabilität der Kinder (G2) (schwere Erkrankung, psychisch auffällige Partner → Kinder instabil). Unsere Befunde verweisen darauf, daß der psychische Status der Partner des depressiv erkrankten Elternteils (G1) auch noch für die Enkelgeneration von Bedeutung ist, denn es konnten auch bezüglich der Enkelgeneration Zusammenhänge festgestellt werden, die für unsere Kompensationshypothese sprechen: Wenn die psychische Erkrankung in der ersten Generation vom Partner des depressiv erkrankten Patienten gut kompensiert werden konnte, dann zeigen sich in der Generation der Enkel weniger psychische Auffälligkeiten, als in den Fällen, in denen der Partner des depressiv erkrankten auch psychische Auffälligkeiten aufwies.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zunächst festzuhalten, daß es sich hier um eine sehr komprimierte Darstellung handelt (vgl. Meyer 2001). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die mitgeteilten Befunde keinesfalls als hypothesenprüfend aufzufassen sind, da mehrere methodische Einschränkungen zu berücksichtigen sind (kleine Fallzahl; möglicherweise selektiv verzerrte Stichprobenauswahl; Reliabilität des Interviews nicht überprüft; teilweise nur schwache Zusammenhänge). Wir verstehen die mitgeteilten Ergebnisse deshalb als empirische Hinweise für vorläufige Annahmen. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, daß es immer sehr schwierig und aufwendig ist, Längsschnittuntersuchungen oder Mehr-Generationen-Studien dieser Art zu realisieren, und daß wir auf diesem Feld nur in relativ kleinen Schritten zu gesicherten Ergebnissen gelangen können. Wir sind im Kontakt mit den Familien auf mancherlei Ablehnung und Mißtrauen gestoßen, wir haben aber auch bei vielen Familien ein großes Interesse und eine sehr freundliche Aufnahme gefunden. In beiden Fällen hatten wir den Eindruck, daß die depressive Erkrankung auch in der Kinder- und Eltern-generation eine hohe Bedeutung hat – unabhängig davon, ob sie ein Tabuthema darstellt oder offen angesprochen werden kann. So fragten uns z.B. viele Familien besorgt, wie hoch die Gefahr einer ähnlichen Erkrankung für die Kinder und Enkel sei, welche sonstigen negativen Auswirkungen für die folgenden Generationen zu befürchten seien und was in präventivem Sinn zu beachten sei. Viele dieser Fragen können wir heute noch nicht hinreichend genau beantworten. Diese Arbeit versteht sich als ein Versuch, einen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen liefern.

Literatur

- Achenbach, T.H.; Edelbrock, C.S. (1983): Manual for Child Behaviour Check List and Revised Child Behaviour Profile. Burlington VT.: Eigenverlag.
- Achenbach, T.H.; Edelbrock, C.S. (1987). Manual for the Youth Self Report and Profile. Burlington VT.: Eigenverlag.
- Brandenbusch, A. (1995): Die Marburger Symptomliste. Eine Untersuchung zur Beurteilerübereinstimmung. Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.
- Derogatis, L.R.; Lipman, R.S.; Covi, L. (1976): 053 SCL-90. Self-Report Symptom Inventory. In: Guy, W. (Ed.): ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville: Maryland: 313-331.
- Fichter, M.M. (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Goodman, S.H.; Brogan, D.; Lynch, M.E.; Fielding, B. (1993): Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development* 64: 516-531.
- Hammen, C.; Burge, D.; Burney, E.; Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnosis in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 47: 1112-1117.
- Keller, M.B.; Beardslee, W.R.; Dorer, D.J.; Lavori, P.W.; Samuelson, H.; Klerman, G.R. (1986): Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry* 43: 930- 937.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1987/1994): Marburger Symptomliste – Interviewanleitung und Glossar. Arbeiten aus der Klinik und Poliklinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg.
- Methner, C. (1974): Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur und zur familiären Situation von Kindern endogen-depressiver Eltern. Med. Diss., Universität Marburg.
- Meyer, C. (2001): Kinder und Enkel depressiver Patienten. Med. Diss. Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg.

- Puzynska, E.; Grzegorzczak, J.; Sredniawa, H.; Niedzielska, A.; Osiecka-Doniec, E.; Stomma, D.; Witkowska-Ulatowska, H.; Borak, J. (1994): The mental health of offspring of patients suffering from endogenous affective disorder (II follow-up study). *Psychiatria Polska* 28: 73-82.
- Remischmidt, H.; Mattejat, F. (1994): Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Remischmidt, H.; Mattejat, F. (1999): Familien-Identifikations-Test (FIT) – Göttingen: Hogrefe.
- Remischmidt, H.; Walter, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Göttingen: Hogrefe.
- Remischmidt, H.; Walter, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18: 121-132.
- Schuchardt, I. (1979): Untersuchung zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern schizophrener Eltern. Med. Diss., Universität Marburg.
- Stiensmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Duda, K. (1989): Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen: Hogrefe.
- Tegeler, E.-B. (1975): Untersuchung über Art und Häufigkeit von Verhaltensstörungen bei Kindern endogen-depressiver und manisch-depressiver Eltern. Med. Diss., Universität Marburg.
- Walter, R.; Remischmidt, H.; Deimel, W. (1994): Gütekriterien und Normierung einer deutschen Version des Youth Self-Report. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22: 23-38.
- Weissman, M.M.; Fendrich, M.; Warner, V.; Wickramaratne, P. (1992): Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 640-648.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Fritz Mattejat, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Str. 6, 35039 Marburg.