

Laederach-Hofmann, Kurt / Zundel-Funk, Anne-Marie / Dräyer, Jürg /  
Lauber, Patrizia / Mussgay, Lutz / Egger, Matthias / Jürgensen, Ralph  
und Weber, Kaspar

**Körperliches und psychisches Befinden bei 60-70jährigen  
Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im  
Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre  
(Emmental-Kohorte)**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48 (1999) 10, S. 751-777

urn:nbn:de:bsz-psydok-41974

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years) . . . . .	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing) . . . . .	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children) . . . . .	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy) . . . . .	27

### Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age) . . . . .	399
FEIGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping) . . . . .	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children) . . . . .	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood) . . . . .	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey) . . . . .	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data) . . . . .	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?) . . . . .	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years) . . . . .	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison) . . . . .	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation) . . . . .	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists) . . . . .	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project) . . . . .	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach) . . . . .	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort)) . . . . .	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology) . . . . .	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children) . . . . .	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?) . . . . .	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy) . . . . .	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist) . . . . .	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants) . . . . .	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation) . . . . .	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents) . . . . .	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View) . . . . .	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study) . . . . .	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment) . . . . .	86

## Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders) . . . . .	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation) . . . . .	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment) . . . . .	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations) . . . . .	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists) . . . . .	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective) . . . . .	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection) . . . . .	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

### Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

### Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage . . . . .	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling . . . . .	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik . . . . .	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings . . . . .	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen . . . . .	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP . . . . .	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung . . . . .	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38 . . . . .	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39 . . . . .	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches . . . . .	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder . . . . .	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe . . . . .	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann . . . . .	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis . . . . .	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik . . . . .	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte . . . . .	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik . . . . .	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis . . . . .	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse . . . . .	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation . . . . .	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention . .	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen . . . . .	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen . . . . .	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie . . . . .	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme . . . . .	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter . . . . .	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik . . . . .	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung . . . . .	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes . . . . .	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie . . . . .	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis . . .	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache .....	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung .....	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen .....	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt? .....	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung .....	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern .....	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter .....	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung .....	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern .....	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen .....	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe .....	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie .....	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes .....	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer .....	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder .....	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten .....	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie .....	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie .....	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung .....	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation .....	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren .....	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome .....	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe .....	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität .....	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können .....	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik .....	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung .....	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern .....	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie .....	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung .....	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma . . . . .	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie . . . .	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe . . . . .	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer . . . . .	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher . . . . .	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten . . . . .	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit . . . . .	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis . . . . .	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter . . . . .	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter . . . . .	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment . . . . .	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch . . . . .	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik . . . . .	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule . . . . .	717

Editorial / Editorial . . . . .	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements . . . . .	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797



# Körperliches und psychisches Befinden bei 60–70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte)

Kurt<sup>1</sup> Laederach-Hofmann, Anne-Marie<sup>1</sup> Zundel-Funk, Jürg<sup>1</sup> Dräyer, Patrizia<sup>1</sup> Lauber, Lutz<sup>2</sup> Mussgay, Matthias<sup>3</sup> Egger, Ralph<sup>2</sup> Jürgensen und Kaspar<sup>4</sup> Weber

## Summary

Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotological Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort)

The present study was undertaken to assess the influence of childhood variables (physical and emotional) to later well-being in a group of rural Swiss (Emmental Cohort). Our study is the first prospective cohort over a time period of more than 50 years. It includes 1537 children who were listed and assessed in 1942 (T1) because they had difficulties in school or were otherwise behaviorally disturbed. In 1995 (T2) more than 60% of the initial population could be reassessed by our study group. We found more subjects at T2 who had been rated as intelligent at T1. More subjects responding to T2 belonged to a higher social class, were more anxious, and had more psychosocial problems at T1. Social income at T2 is correlated to the social class at T1. More subjects have died since who were rated at T1 as being less intelligent, less neurotological, and having higher psychosocial problems. Twice as many men died than women. The emotional situation at T2 is significantly correlated to psychological well-being at T1. The somatic complaints at T2 correlate significantly to neurotic symptoms in childhood (T1). The more intelligent the children were rated at T1, the less emotional and somatic complaints were voiced at T2 and the better the psychic well-being was rated (T2). In addition, the former social milieu (T1) significantly determined somatic and psychological complaints at T2. Our data discern a significant correlation between actual status and former childhood variables more than 50 years later in a rural Swiss cohort (Emmental Cohort).

---

<sup>1</sup> Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, Universität Bern, Schweiz.

<sup>2</sup> Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier, Bad Kreuznach, Deutschland.

<sup>3</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Schweiz.

<sup>4</sup> Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern, Schweiz.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie wurde mit der Absicht durchgeführt, zu ermitteln, welche Kindheitsvariablen in einer schweizerischen Population aus ländlicher Gegend für spätere Beschwerden (psychische und somatische) eine bedeutsame Rolle spielen. Die Arbeit ist die erste schweizerische prospektive Kohortenstudie mit einer Laufzeit von mehr als 50 Jahren an einer Population von 1537 Kindern, die 1942 (T1) wegen schulischen Auffälligkeiten untersucht worden sind. Fünfzig Jahre später (1995, T2) konnten 60% der ursprünglichen Teilnehmer<sup>5</sup> der Studie nachuntersucht werden. Die Erhebungsinstrumente mußten, da sich die Methodik über die Jahre erheblich geändert hat, von einem mehr nosologisch-orientierten Zugang zu einer phänomenologischen Sichtweise überführt werden. Zum Zeitpunkt T2 haben wir eine größere Anzahl Probanden gefunden, die zu T1 als eher intelligent beurteilt worden sind. Geantwortet haben zu T2 mehr solche Personen, die zu T1 sozial höher stehend, ängstlicher und intelligenter beurteilt wurden, sowie solche mit einem höheren Grad an damaligen psychosozialen Beeinträchtigungen. Die erfragte Einkommensklasse zu T2 ist mit dem Sozialstatus zu T1 direkt korreliert. Gestorben sind bis zum Zeitpunkt T2 mehr Personen, die zu T1 als weniger intelligent, weniger neurotisch und mit höherer psychosozialer Beeinträchtigung beurteilt wurden. Zudem sind zwischen T1 und T2 doppelt soviel Männer verstorben wie Frauen. Zwischen der heutigen Gefühlslage, Wohlbefinden und körperlichen Beschwerden (T2) läßt sich eine indirekte signifikante Korrelation zu neurotischen Symptomen in der Kindheit nachweisen (T1). Je intelligenter die Kinder beurteilt wurden (T1), desto besser fühlen sie sich 50 Jahre später in bezug auf Gefühlslage, Beschwerden und Wohlbefinden. Zudem läßt sich eine inverse Korrelation zwischen sozialem Milieu (T1) und der Häufigkeit an somatischen und psychischen Beschwerden (T2) nachweisen. Anhand der Untersuchung läßt sich für die wichtigsten Faktoren belegen, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kindheitsvariablen und dem aktuellen Status im Erwachsenenleben bis 50 Jahre später nachweisbar ist.

## 1 Einleitung

Viele Arbeiten aus Europa (WEYERER et al. 1987; REISTER et al. 1993; MELLBIN et al. 1992; STEINHAUSEN et al. 1993; HARRIS et al. 1986; POWER u. MANOR 1992; ROGERS 1990; MACKENBACH et al. 1994; BIRCHNELL 1988; BIRCHNELL et al. 1988; SUNDELIN WAHLSTEIN 1994; WADSWORTH 1987; VERHULST et al. 1989; ARO u. PALOAAARI 1992), den USA (HARTMANN et al. 1984; DeROSIER et al. 1994; ERHARDT u. HINSHAW 1994; WEISS et al. 1992), Kanada (HODGINS 1992), Australien (SAWYER et al. 1990) und Neuseeland (FERGUSON u. LYNSKAY 1995), aber auch die Erfahrungsschätze praktisch tätiger Ärzte haben immer wieder gezeigt, daß die Umstände in der frühen Kindheit in bezug auf

---

<sup>5</sup> Wenn im folgenden die männliche Form verwendet wird, so bedeutet das lediglich, daß wir diese der einfacheren Lesbarkeit willen ausgewählt haben. Stets ist dabei auch das weibliche Geschlecht gemeint.

die Familienverhältnisse, die Schule, Gesundheit und Krankheit einen großen und nicht zu vernachlässigenden Einfluß auf die Lebensqualität sowie das psychische und körperliche Wohlbefinden im Erwachsenenalter haben. Allerdings gibt es auch die gegenteilige Auffassung (ERNST 1995). Für die Schweiz gibt es bisher keine Studie, die diese Zusammenhänge über einen Zeitraum von mehr als 50 Jahren prospektiv beschreibt.

Dank der persönlichen Freundschaft des Erstautors (KLH) zum Sohn (KW) des Psychiaters Dr. A. Weber lagen uns Akten über eine Schuluntersuchung des Kantons Bern im Jahre 1942 vor sowie die Grundlagen der Publikation von A. WEBER (1952). A. WEBER untersuchte als Schulpsychiater im Auftrag des Kantons Bern und der Pro Infirmis von November 1941 bis Dezember 1942 fünfzig Schulklassen des Amtsbezirks Konolfingen im Kanton Bern. Er suchte im Gespräch mit den Kindern und Jugendlichen nach Hinweisen für Neurosen, nach Auffälligkeiten im Verhalten allgemein, nach Schwierigkeiten in Familie und Schule und erfragte gesundheitliche Symptome und weitere Probleme. Zusätzlich stützte er sich auf Angaben von Lehrkräften und der Schulpflege. Das Ziel unserer Untersuchung bestand nun darin festzustellen, wie es den Kindern, welche 1942 (T1) als verhaltensauffällig beurteilt worden sind, mehr als 50 Jahre später (1995, T2) bezüglich ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit geht und ob es in der Population in Abhängigkeit zu 1942 erhobenen Variablen besondere Zusammenhänge gibt.

## 2 Kindheitsfaktoren und Risikosituation

Zuerst gilt es festzulegen, in welchen Bereichen sich überhaupt ein Einfluß der Kindheitssituation auf das spätere Erwachsenenleben nachweisen läßt. Diese grundsätzliche Frage wird seit Jahren – teils kontrovers – diskutiert und ist von erheblicher epidemiologischer, gesellschaftlicher, ökonomischer und auch individuell-psychologischer Bedeutung. Studien über wichtige Einflußgrößen und ihre Ergebnisse sind dafür in Tabelle 1 zusammengefaßt. Es gibt im wesentlichen vier wichtige Studien, die diese Bereiche untersucht haben und sich in unsere Konzepte einfügen lassen.

Wegen ihrer Stichprobengröße (n=600) bedeutsam ist die sog. Mannheimer Kohorte (REISTER et al. 1993). Darin suchten die Autoren nach Zusammenhängen zwischen psychischen Symptomen der Kindheit, Risikofaktoren, aber auch protektiven Faktoren im Hinblick auf psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die Probanden wurden *retrospektiv* zum Vorhandensein von sechs Kindheitssymptomen befragt (UNDEUTSCH 1983), nämlich: Ängste, Schlafstörungen, Schwierigkeiten in Kindergarten und Schule, aggressive Verhaltensauffälligkeiten, Einnässen und sonstige Verhaltensauffälligkeiten. Es wurden zusätzlich ein oft mehrstündiges Interview durchgeführt sowie verschiedene Fragebogendaten erhoben. Die Resultate zeigen, daß je mehr Kindheitssymptome berichtet wurden, desto häufiger und auch schwerer psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter auftraten. Nicht belegt werden konnte, daß Symptome in der Kindheit und Risikofaktoren zusammengenommen eine größere Vorhersagekraft für psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter haben als jede Variable für sich allein-

Tab. 1 : Risikofaktoren für psychische Schwierigkeiten im Erwachsenenalter – ein Literaturüberblick

Faktoren	Untersuchte Dimension	Autoren	Jahr	Land	N =	Ergebnisse
Soziale Faktoren in der Salutogenese während der Kindheit	Einfluß der Sozialschicht auf Schulschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten	(SWYER et al. 1990)	1990	Australien	zwei Kohorten von Kindern im Alter von 10-11 resp. 14-15 Jahren	<p>Typ: Querschnittsuntersuchung</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antwortrate von 77% bei den 10-11jährigen, 71% bei den 14-15jährigen;</li><li>• höchste Zahl an Kindern, die Verhaltensstörungen, Depressivität, Ängstlichkeit oder antisoziales Verhalten aufweisen, liegt in der untersten sozio-ökonomischen Schicht</li><li>• 66% der Fälle suchten einen öffentlichen Dienst wie den Hausarzt, Beratungsstellen der Schule oder Stützpunkte an Spitälern auf;</li><li>• nur wenige wurden einer psychiatrischen Institution zugewiesen;</li><li>• Hilfe und Anleitung zur Problembewältigung ist in niedrigen Sozialschichten besonders effektiv;</li><li>• Beurteilung durch die Mutter bei behandlungsrelevanten Inhalten ebenso nützlich wie Angaben von Drittpersonen.</li></ul>
		(POWER u. MANOR 1992)	1992	England	12537 Kinder mit Jahrgang 1958 National Child Development Study (NCDS)	<p>Typ: Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Befindlichkeitsstörungen (Malaise) und psychologische Morbidität nehmen mit tieferer Sozialklasse (bis 23jährig) zu;</li><li>• Signifikante Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit ergaben Verhalten (deviant = schlechter als normal), Ausbildungsstand am Ende der Schulzeit (schlechter = mehr psychische Probleme), Schulabsenzen (nur bei den Männern), und Arbeitslosigkeit (je höher, desto grössere psychiatrische Morbidität bei Männern);</li><li>• signifikante Zusammenhänge der Sozialklasse im Alter von 23 Jahren mit Schulverhalten und Ausbildungsstand am Ende der Schulzeit;</li><li>• Zusammenhänge von Malaise und psychischer Morbidität zu Schulverhalten (Rauchen versus Nichtrauchen) und Wohnsituation der Eltern (Miete versus Besitz) beim 11. Lebensjahr der Kinder;</li><li>• Angaben von Kindern lassen sich reliabel in bezug auf später verwenden.</li></ul>
	Soziale Unterschiede im Kindesalter	(MACKENBACH et al. 1994)	1994	Holland	20000 Einwohner von Eindhoven im Alter von 15-74 Jahren befragt	<p>Typ: Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rücklaufquote der Befragung recht hoch (um 70%);</li><li>• Chancengleichheit in bezug auf salutogenetische Konzepte und Lebensstil;</li><li>• Probanden aus niedrigeren Sozialschichten haben ein deutlich geringeres Potential, ihren Lebensstil nach Gesundheitsfaktoren auszurichten (MACKENBACH, 1992)</li></ul>

Tab. 1: Risikofaktoren für psychische Schwierigkeiten im Erwachsenenalter – ein Literaturüberblick (Forts.)

Faktoren	Untersuchte Dimension	Autoren	Jahr	Land	N =	Ergebnisse
Milieueinflüsse während der Kindheit: die Eltern	Tod eines Elternteils	(WEYERER et al. 1987)	1987	Deutschland	1536 Probanden, Alter zwischen 18 und 75 Jahren	<p>Typ: Prospektive Untersuchung über 5 Jahre</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wahrscheinlichkeit, an einer psychiatrischen Krankheit (Depression, Psychose, Angststörung) zu erkranken, deutlich erhöht bei Probanden, welche nicht bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen waren;</li> <li>noch höheres Risiko bei den Kindern, die bei Stiefeltern oder in Heimen aufgewachsen sind;</li> <li>diejenigen, die allein von der Mutter betreut worden sind, wiesen kein erhöhtes Risiko auf;</li> <li>das Risiko beim Verlust der Mutter bzw. des Vaters in der Kindheit psychisch zu erkranken, ist nicht erhöht. Dies stimmt mit der Londoner Studie überein (TENNANT et al., 1980)</li> </ul>
	Folgen für die Kinder bei Trennung der Eltern	(AHO u. PALOJARVI 1992)	1992	Finnland	Alle 2194 Neutaukläbber der Stadt Tampere	<p>Typ: Prospektive Untersuchung über 6 Jahre</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Studienpopulation waren die 25% Kinder, deren Eltern sich in Trennung befanden oder geschieden waren;</li> <li>6 Jahre nach Studienbeginn konnten 77% der jetzt 22jährigen Schüler erneut befragt werden;</li> <li>bei Schulaustritt (16jährig) beklagten sich Mädchen von geschiedenen Eltern signifikant häufiger über somatische Beschwerden und hatten eine tieferen Selbstwert als Mädchen mit nicht geschiedenen Eltern;</li> <li>Kinder aus geschiedenen Ehen hatten schlechtere Schulleistungen als Kinder aus nicht geschiedenen Ehen;</li> <li>Depressivität im Alter von 22 Jahren bei Kindern geschiedener Eltern signifikant höher;</li> <li>Kinder geschiedener Eltern studieren weniger häufig als Kinder von nicht geschiedenen;</li> <li>Frauen geschiedener Eltern hatten häufiger selber Scheidungen, Trennungen und Abtreibungen;</li> <li>Self-rating im Alter von 16 und 22 Jahren reliabel und brauchbar;</li> <li>dieselben life-events erscheinen bei Vulnerablen zu deutlich größeren Problemen zu führen als bei Jugendlichen mit erhaltenen Ressourcen.</li> </ul>
	Fehlen von elterlicher Fürsorge	(HARRIS et al. 1986)	1986	England	1554 Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren einer Arztpraxis	<p>Typ: Querschnittsuntersuchung</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>45 Frauen dieser Gruppe waren von frühem elterlichem Verlust betroffen;</li> <li>die Gruppe ohne Elternverluste in der Kindheit zeigte eine signifikant geringere Rate an Depressionen als die Gruppe mit Elternverlusten in der Kindheit;</li> <li>die Depressionsrate bei Verlust der Mutter durch Tod oder Trennung war ungefähr gleich hoch. Das Alter der damaligen Mädchen (0-10, 11-17, über 18jährig) bei Verlust schien keinen Einfluß auf die Depressionsrate zu haben;</li> <li>Mangel an Fürsorge steht in enger Beziehung mit der aktuellen Depression.</li> </ul>

Tab. 1: Risikofaktoren für psychische Schwierigkeiten im Erwachsenenalter – ein Literaturüberblick (Forts.)

Faktoren	Untersuchte Dimension	Autoren	Jahr	Land	N =	Ergebnisse
Gewalt der Eltern und spätere Delinquenz		(Wass et al. 1992)	1992	USA	278 Kindergartenkinder mit resp. 248 ohne körperlich disziplinierende Eltern	Typ: Vergleich von 2 Populationen im Querschnitt Resultate: <ul style="list-style-type: none"><li>• Untersuchung der Disziplinierung von Kindern auf spätere Aggressionswerte;</li><li>• frühe körperliche Bestrafung korreliert mit der Aggression des Kindes;</li><li>• Kinder mit strikter Führung haben mehr Schwierigkeiten, Information zu verarbeiten und reagieren öfters mit aggressiven Antworten auf unpersönliche, hypothetische Situationen;</li><li>• hoher interkorrelativer Zusammenhang der verschiedenen Beurteilungen von Eltern, Lehrer und unbeteiligten Beobachtern.</li></ul>
						Typ: Querschnittsuntersuchung, retrospektiv • Studienpopulation mit 183 Frauen, die einen frühen Verlust oder eine Trennung erlebt haben. Zu diesen wurden 77 ohne diese Erlebnisse (= 18,5% der initial befragten Population) gematcht Resultate: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sozialklasse der Eltern, die Geschwisteranzahl und die Stellung in der Geschwisterreihe führt nicht zu erhöhter Wahrscheinlichkeit, später an Depression zu leiden;</li><li>• war der Schulbesuch unangenehm oder litten die Mädchen an Nervosität, waren auch die Depressionswerte signifikant höher;</li><li>• Mädchen, welche gehäuft Unstimmigkeiten zwischen den Eltern erfahren haben, waren nervöser;</li><li>• Frauen, die angegeben haben, Probleme mit ihren Kinder zu haben, zeigen ebenfalls signifikant höhere Depressionswerte.</li></ul>
Psychiatrische Mitbetreuung bis zum 3. Lebensjahr		(de CHÂTEAU 1998)	1998	Holland	125 Kinder bis zum 3. Lebensjahr, 30 Jahre später	Typ: Prospektive Kohortenstudie Resultate: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mehrheit der Kinder betreut wegen Problemen der Eltern;</li><li>• initiale Evaluation war nicht prognostisch für spätere Befindlichkeit;</li><li>• Knaben entwickelten später soziale Maladaptationen, Mädchen suchten vermehrt psychiatrische Hilfe auf;</li><li>• prognostische Faktoren waren Geschlecht und psychiatrische Diagnosen der Eltern.</li></ul>
Schulauffälligkeiten als Resultat eines fetalen Alkoholsyndroms		(STEINHAUSEN et al. 1993)	1993	Deutschland	158 an fetalem Alkohol- Syndrom (FAS) erkrankte Kindern	Typ: Prospektive Kohortenstudie Resultate: <ul style="list-style-type: none"><li>• Symptom der Überaktivität an führender Stelle in Kindheit und Jugendalter;</li><li>• Sprach- und Schlafprobleme, Stereotypen und emotionale Störungen nehmen zu, Einnässen und Erbstörungen dagegen ab;</li><li>• Hauptprobleme: Aufmerksamkeitsstörung und allgemeine Beziehungsaufnahme;</li><li>• gute Interraterkorrelation zwischen Angaben der Eltern und Lehrer.</li></ul>

Tab. 1: Risikofaktoren für psychische Schwierigkeiten im Erwachsenenalter – ein Literaturüberblick (Forts.)

Faktoren	Untersuchte Dimension	Autoren	Jahr	Land	N =	Ergebnisse
Frage der Verwendbarkeit von Angaben von Jugendlichen	Vergleich von Selbstangaben zu Fremdanangaben bei Verhaltensstörungen	(Vierhulst et al. 1989)	1982	Holland	2600 zufällig ausgewählte Adoleszente zwischen 11 und 18 jährig	Typ: Querschnittsuntersuchung Resultate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mädchen weisen mit zunehmendem Alter ein höheres Problembewußtsein als Knaben;</li> <li>• Keine signifikanten Unterschiede des Problembewußtseins in den verschiedenen sozio-ökonomischen Schichten;</li> <li>• Angaben von Schülern im Alter zwischen 11 und 18 Jahren bei komplexen kognitiven Selbstbeurteilungen können erst in den höheren Altersklassen und vor allem bei Mädchen reliabel verwendet werden.</li> </ul>
Besondere Auffälligkeiten: Delinquenz und Suizid	Faktoren für spätere Delinquenz und Kriminalität	(Hobøns 1992)	1992	Schweden	15117 im Jahre 1953 geborene Kinder, in Stockholm	Typ: Prospektive Kohortenstudie, mit 30 Jahre Follow-up Resultate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiko, kriminell zu werden, hängt mit psychischen Krankheiten und geistigen Fähigkeiten zusammen;</li> <li>• bei männlichen Probanden zeigten intellektuell Beeinträchtigte, Süchtige und solche mit schweren psychischen Problemen eine signifikant höher Zahl an Delinquenz;</li> <li>• bei Probandinnen ließ sich der Unterschied nur für Süchtige finden;</li> <li>• die ersten Delikte werden meistens vor dem 18. Lebensjahr verübt (besonders bei Männern, weniger deutlich bei Frauen);</li> <li>• Mortalität der Kriminellen mit psychischen Krankheiten bei unter 30jährigen ist signifikant erhöht, im Vordergrund stehen dabei Suizide.</li> </ul>
	Suizidversuche bei Jugendlichen	(Fergusson u. Lynskey 1995)	1995	Neuseeland	1265 Kinder wurde von Geburt an, nach 4 Monaten und anschließend jährlich bis zum vollendeten 16. Lebensjahr untersucht	Typ: Prospektive Kohortenstudie Resultate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zum 16. Lebensjahr 3% Suizidversuche (Frauen mit 69% signifikant häufiger betroffen als Männer);</li> <li>• unbefriedigende Kindheits- und Familienerlebnisse führten zu erhöhter Vulnerabilität für psychiatrische Störungen und adoleszenten Anpassungsproblemen, was in einer Erhöhung des Suizidrisikos mündet;</li> <li>• es fand sich in dieser prospektiven Untersuchung ein „common pathway“ vor einem Suizidversuch.</li> </ul>

ne. Frauen und Angehörige der Unterschicht haben nachweislich mehr Symptome als Männer und Oberschichtangehörige.

Die Mannheimer Kohorte hat die Daten retrospektiv erhoben (McFARLANE 1964), was deren Aussagevalidität beeinträchtigt (MANZ 1990). Es ist so kaum differenzierbar, ob nicht die psychische Erkrankung selbst zu einer veränderten Wahrnehmung der Kindheitssituation geführt haben könnte. Ebenso unklar ist ein allfälliger Einfluß des Geschlechts oder ein solcher von sozialer Erwünschtheit, wenn Frauen mehr Beschwerden äußern als Männer. Somit bleibt der prospektive Wert der Kindheitsvariablen in dieser Untersuchung letztlich unklar, wenngleich sich die Daten ähnlich denjenigen des prospektiv-angelegten „guidance projects“ von McFARLANE (1964) darstellen. Diese Untersuchung wurde in den USA durchgeführt. Damit bleibt es fraglich, ob und in welchem Ausmass sich diese Ergebnisse bei einer derart unterschiedlichen Sozialstruktur auf europäische Verhältnisse übertragen lassen. Was für uns als verwendbare Hypothese aus der Mannheimer Kohorte resultiert, ist der Zusammenhang zwischen der Anzahl von Kindheitssymptomen und dem Ausmaß späterer Psychopathologie.

Wenngleich sich die Studie von DE CHÂTEAU mit der Untersuchung von 125 (68 Knaben und 57 Mädchen) und einer anderen Fragestellung beschäftigt, kann sie doch gut als Ergänzung zur Mannheimer Kohorte angesehen werden (DE CHÂTEAU 1998). Die Kinder wurden in speziellen Hilfseinrichtungen in Schweden vom 0. bis 3. Lebensjahr mitbetreut oder ausschließlich betreut (Child Guidance Clinics). Nachdem diese Subgruppe aus über 2300 Kindern 30 Jahre später nachverfolgt und wieder untersucht wurde, stellte sich heraus, daß die Kinder, die damals zumeist als unauffällig beurteilt worden waren und meist wegen elterlicher Probleme betreut worden waren, in nur 60% erneut eine psychiatrische Einrichtung aufgesucht hatten. Aus den Unterlagen von damals ließen sich zudem keine Schlüsse auf später ziehen. Die Knaben litten 30 Jahre später allerdings häufiger an sozialer Maladaptation, und die Mädchen hatten zwischenzeitlich im Vergleich zur Normalpopulation vermehrt psychiatrische Hilfe aufgesucht. Als einzige signifikante prognostische Faktoren erwiesen sich die psychiatrischen Diagnosen der Eltern und das Geschlecht der Kinder.

Die Frage über den Zusammenhang zwischen Auffälligkeiten in der Kindheit und späterer Psychopathologie wurde prospektiv von MELLBIN et al. (1992) untersucht. An der Untersuchung nahmen 1715 Kinder aus Schweden teil, die 1965 in Uppsala geboren wurden und bis zu ihrem 18. Geburtstag Einwohner der Stadt geblieben sind. Prospektiv wurden psychosozial auffällige Kinder zwischen 10 und 18 Jahren untersucht, die bei mindestens einer offiziellen Institution außerhalb der Schule schwerwiegend aufgefallen sind (Department of Child Psychiatry, Sozialarbeiter, Polizei). Die Autoren belegen, daß die Informationen aus dieser Schuluntersuchung (vermittelt durch Lehrer, Sozialarbeiter und Schulpsychologen) keine sicheren Voraussagen für die psychosoziale Situation am Ende der Adoleszenz erlauben. Dennoch wird hier prospektiv belegt, daß Kinder, die mit 10 Jahren schwerwiegende Probleme in der Schule hatten, offensichtlich eine ernsthaftere Prognose bezüglich späterer psychischer oder physischer Gesundheit haben als andere. Dieser Zusammenhang gilt wenigstens für die Zeit bis zum Abschluß der Adoleszenz.



Die Uppsala-Studie zeigt, daß Erhebungen bei prä-adoleszenten Kindern nicht zu einer klaren Risikogruppen-Stratifizierung in bezug auf im späteren Leben bestimmende Kindheitsfaktoren führen muß. Dies kann bedingt sein durch Hilfestellungen während schwieriger Phasen der Kindheitsentwicklung, wegen unterschiedlich verwendbarer Ressourcen, aber auch aufgrund unterschiedlicher Vulnerabilität der jeweiligen Schülerinnen und Schüler. Offen bleibt, ob die Aussagen von Dritten (Lehrern, etc.) valide genug sind, spätere Folgen kindlicher Auffälligkeit genügend klar hervorzuheben oder voraussagen zu können. Immerhin gilt für schwere Beeinträchtigungen, daß die Angaben von Drittpersonen mindestens bis zum Abschluß der Adoleszenz gut brauchbar sind.

Schließlich sind noch die Untersuchungen der Lundby-Studie anzufügen (CEDERBLAD et al. 1995b; GRAESBECK et al. 1995, 1996; GRAESBECK et al. 1996; HAGNELL et al. 1986a,b,c; HAGNELL 1989; RORSMAN et al. 1984, 1987). Die Lundby-Studie war eine prospektive longitudinale Studie, die eine geographisch umschriebene Population aus Südschweden der Jahrgänge zwischen 1932 bis 1947 dreimal untersuchte (1947, 1957, 1972).

In den folgenden Studien wurden Subpopulationen der Lundby-Studie untersucht. CEDERBLAD et al. (1995a) schlossen 148 Individuen aus dieser Studie ein, die in Familien mit mindestens 3 Risikofaktoren für Geistesstörungen und Verhaltensstörungen aufwuchsen. 22 Coping-Mechanismen wurden untersucht. Es stellte sich heraus, daß alle statistisch signifikant mit der psychischen Gesundheit zusammenhingen. Im speziellen wurde die Strategie des Problemlösens, der sozialen Unterstützung und Optimismus am häufigsten gebraucht und diese waren auch am häufigsten mit psychischer Gesundheit und seltenerem Auftreten von psychischen Störungen assoziiert.

CEDERBLAD et al. (1995b) fanden außerdem anhand einer anderen Subpopulation der Lundby-Studie (590 Personen), daß Intelligenz und Temperament protektive Faktoren für die psychische Gesundheit sein können. So ist hohe Intelligenz, große Aktivität und geringe Impulsivität assoziiert mit geringerem Vorkommen von psychiatrischen Erkrankungen bzw. besserer psychischer Gesundheit. Es wurde postuliert, daß dieser Zusammenhang infolge besserer Copingfähigkeiten und dadurch verbesserter Bewältigung von Streß zustande komme.

### 3 Folgerungen für die eigene Untersuchung

Aus der Literatur wird deutlich, daß prospektive Langzeitdesigns erforderlich sind, um Zusammenhänge zwischen Kindheitsvariablen und späterer Befindlichkeit und Gesundheit zu klären. Viele dieser prospektiven Studien haben in unterschiedlichen Bereichen (Befinden, psychische Krankheiten, Suizidrisiko, Delinquenz) valide Hinweise dafür geliefert, einen Zusammenhang zwischen Problemen in Kindesalter und psychischen, somatischen oder sozialen Schwierigkeiten im Erwachsenenalter als gesichert anzunehmen (McFARLANE 1964; POWER u. MANOR 1992; MACKENBACH 1992; VERHULST et al. 1989; HODGINS 1992; MELLBIN et al. 1992; FERGUSSON u. LYNKAY 1995; DE CHÂTEAU 1998).

Während die Frage in bezug auf Faktoren in der Kindheit für das verstärkte Auftreten von Depression geklärt scheint (HARRIS et al. 1986; BIRCHNELL 1988; FERGUSON u. LYNKAY 1995; WEISS et al. 1992), ist es für den Bereich der Angst vorderhand ungeklärt, ob elterliche oder sozialstatusabhängige oder gar milieu-bedingte Faktoren dafür verantwortlich sind. Einzig die Lundby-Studie hat sich prospektiv dieser Problematik angenommen (GRAESBECK et al. 1995, 1996; RORSMAN et al. 1987) und die Zusammenhänge bestätigt. Welche elterlichen Faktoren im frühen Kindesalter für die Ausbildung sozialer Maladaptation eine Rolle spielen hat die Studie von DE CHÂTEAU gezeigt (DE CHÂTEAU (1998). Bis heute fehlen die Daten zu fast allen diesen Fragestellungen für die Schweiz.

Als wichtige Frage sollte ferner geklärt werden, ob die Angaben von Drittpersonen (wie dies bei unserem Vorgehen die Lehrer waren) verlässlich sind, beziehungsweise für welche Bereiche dies in Frage zu stellen ist (siehe dazu Tab. 1; VERHULST et al. 1989). In der Studie von MELLBIN et al. (1992) wird festgehalten, daß für eindeutige Ereignisse (meist sind dies äußere Anlässe) die Reliabilität und Validität von Drittangaben sehr gut ist. Somit können wir uns in unserer Untersuchung darauf verlassen, für den Zeitpunkt der Ersterhebung gültige Daten zur Verfügung zu haben.

Als weiterer Punkt muß die Frage der Übertragbarkeit von Daten aus dem Kindesalter für spätere Altersbereiche angeführt werden. Hier haben POWER und MANOR (1992) und STEINHAUSEN et al. (1993) Belege dafür geliefert, daß dies wenigstens bis zum Abschluß der Adoleszenz gilt. Es ist ein weiteres Ziel unserer Studie zu untersuchen, ob die Angaben bis ins späte Erwachsenenalter gültig bleiben.

Unsere Untersuchung über den Beobachtungszeitraum von 50 Jahren hat folgende Fragen und Hypothesen zu beantworten:

*Hypothese 1 (Kinderneurotische Symptome und spätere Entwicklung):*

- (a) Kinder, bei denen 1942 mit kinderneurotische Symptome (Enuresis, Pavor nocturnus, Stottern, Tics) gefunden wurden, sind 1995 häufiger eingeschränkt in ihrem psychischen und körperlichen Wohlbefinden und zeigen häufiger funktionelle Beschwerden als Probanden, die 1942 diese Beschwerden nicht aufwiesen.
- (b) Bei den Kindern, die 1942 kinderneurotische Symptome aufwiesen, ist die Mortalität 1995 größer als bei Kindern ohne kinderneurotische Symptome 1942.
- (c) Für die unter (a) und (b) erwähnten Hypothesen gibt es bei Mädchen mehr Beschwerden oder Symptome als bei Knaben.

*Hypothese 2 (Intelligenz und Befindlichkeit):*

- (a) Die Kinder, die 1942 als minderintelligent (Intelligenzstufe 1) beurteilt worden sind, zeigen nicht häufiger kinderneurotische Symptome als ihre Mitschüler, die als intelligent (Intelligenzstufe 3) eingestuft worden sind (Querschnittvergleich).
- (b) Die Kinder, die 1942 als minderintelligent eingestuft worden sind (Intelligenzstufe 1), sind als Erwachsene 1995 häufiger eingeschränkt in ihrem körperlichen und psychischen Wohlbefinden und zeigen häufiger funktionelle Beschwerden als die Probanden, die 1942 als intelligent beurteilt worden sind (Intelligenzstufe 3).
- (c) Für die unter (a) und (b) erwähnten Hypothesen gibt es bei Mädchen keine Unterschiede in der Intelligenz 1942, aber 1995 mehr Beschwerden oder Symptome als bei männlichen Probanden.

*Hypothese 3 (Milieu und spätere Befindlichkeit):*

Die Kinder aus desintegriertem familiärem Milieu (kranke Eltern, Krankheiten in der Familie, Arbeitslosigkeit des Vaters, Sucht (Alkohol)) sind als Erwachsene 1995 häufiger eingeschränkt in ihrem psychischen Wohlbefinden und zeigen häufiger funktionelle Beschwerden als Kinder aus intaktem Milieu. Weibliche Probanden zeigen hier 1995 mehr Einschränkungen als männliche.

#### 4 Stichprobe und Methodik

Für die prospektive Untersuchung standen uns das Rohdatenmaterial und die Methodikbeschreibung von 1942 und unsere neuen Daten der Personensuche und der Fragebogenerhebung von 1995 zur Verfügung. Aus diesen beiden Datenquellen beschreiben wir hier die longitudinalen und querschnittlichen Elemente.

##### 4.1 Beschreibung des methodischen Vorgehens von 1942

Weber hat seine Untersuchung vom 17.11.1941-15.12.1942 im Amtsbezirk Konolfingen im Emmental vorgenommen. Untersucht wurden insgesamt 4600 Schülerinnen und Schüler in 50 Primarschulen im Alter von 7-16 Jahren.

Weber hat seine Untersuchung damit begonnen, daß er die Lehrer vor seinem Besuch in den Klassen gebeten hat, ihm eine Liste der auffälligen Schülerinnen und Schülern zu schicken, die bezüglich Schulleistungen, Konzentration, Verhalten und Sprechstörungen nicht dem Durchschnitt entsprachen. Dies stellte nahezu einen Drittel aller Schüler dar (1500 von 4600). Weber hat daraufhin die Gemeldeten einzeln untersucht. So kam er zu Aufzeichnungen von insgesamt 1537 Schülerinnen und Schülern. Als Daten standen ihm die Aussagen der Lehrkräfte, die eigene Beobachtung und das persönliche Gespräch mit den Schülern von durchschnittlich 18 Minuten zur Verfügung; eine Körperuntersuchung wurde nicht vorgenommen.

Mit 400 Kindern führte er zusätzlich einen Rorschach-Formdeuteversuch in abgekürzter Version durch. Der Langzeitverlauf dieser Daten ist Thema einer weiteren Veröffentlichung (LAEDERACH-HOFMANN et al. 1999).

##### 4.1.1 Variablenbeschreibung (1942)

Aus dem ursprünglichen Datenset haben wir für unsere Fragestellung die in der Tabelle 2 aufgeführten Variablen aus den Daten von 1942 ausgewählt.

Nach Webers Beschreibung (WEBER 1952) war die Bevölkerung annähernd zu gleichen Teilen in der Landwirtschaft sowie in Industrie, Handwerk, Gewerbe und Verkehrswesen tätig. Nur ein kleiner Teil waren akademisch Ausgebildete. Er schreibt weiter, die Leute seien körperlich gesund und die Ernährung auch im zweiten Kriegsjahr noch hinreichend gewährleistet gewesen.

##### 4.1.2 Neukonstruierte Variablen auf Basis der Daten von 1942

Das Datenmaterial von A. Weber weist für jedes Kind Karteikarten auf. Die riesigen Veränderungen der Psychiatrie in den Jahren bis heute machten für die vorliegende

Tab.2: Variablenkatalog 1942 (für Erklärungen konsultiere man die Methodik)

Variable	Erklärung	Meßparameter	Aussage
Geschlecht	dichotom	Männlich=1, Weiblich=0	
Sozialklasse	eingeteilt in 3 Klassen: Bauern, Landwirte, Arbeiter; Beamte, Angestellte, Gewerbler; Akademiker, Aerzte, höhere Angestellte	1=niedrige Sozial- klasse 2=mittlere Sozial- klasse 3=hohe Sozialklasse	je tiefer der Wert, desto niedriger die Sozialklasse
Milieu (Summen- variable aus):	Mutter/Vater Trinker/in als Trinker wurde klassiert, ja=1, nein=0 wessen Familie deswegen soziale Folgen wie Arbeits- losigkeit oder Gewalttätig- keit zu tragen hatte		je tiefer der Sum- menwert, desto besser das Milieu
	Tod von El- tern und Ge- schwistern	gemäß Angaben der Lehrerschaft Ja=1, nein=0	
	Scheidung/ Trennung der Eltern	Ja=1, nein=0	
Kind- mit kinderneu- rotischen Symptomen	Pavor nocturnus, Tics Stottern, Enuresis noctur- na, Unruhe, Nervosität	Vorhanden=1, nicht vorhanden=0	je tiefer der Wert, desto weniger Symptome
Intelligenz	unterteilt in 3 Klassen: minderintelligente (gemäß Angaben und Erfahrungs- werte der Lehrerschaft), normal intelligente, und sehr intelligente (begabte) Schülerinnen und Schüler	3=sehr intelligent 2=durchschnittlich 1=minderintelligent	je tiefer der Wert, desto weniger in- telligent das Kind

Arbeit die Schaffung neuer Variablen aus den „ursprünglichen Variablen“ Webers unumgänglich. Die oft recht stark wertenden Bemerkungen mußten durch adäquate medizinisch-psychiatrische Termini ersetzt werden. Die Neuinterpretation konnte durch eine Rückmeldung der Neubenennungen an den Sohn von A. Weber, K. Weber, verhältnismäßig zeitentsprechend referenziert werden, da dieser neben seiner psychiatrischen Ausbildung auch über genügende Kenntnisse der damaligen Erhebungssituation verfügte. So konnte ein gültiger Datensatz mit heutiger Nomenklatur erstellt werden.

*Neurosen/kinderneurotische Symptome:* Unter dem Begriff „kinderneurotische Symptome“ wurden von Weber die folgenden Elemente erfaßt: Enuresis nocturna,

Sprechstörungen namentlich das Stottern, Pavor nocturnus, Nachtwandeln, Phobien, Unruhe, Tics und Ängstlichkeit. Die Aufzeichnungen enthalten oft nur die Gesamtbeurteilung „Neurose“, und die genaue Aufzählung der beobachteten neurotischen Symptome fehlt. Bei der Bearbeitung der Daten haben wir deshalb unterschieden zwischen „Gesamtbeurteilung“ Neurose und den „kinderneurotischen Symptomen“. Diese Unterteilung war nötig, weil die Allgemeinbeurteilung „Neurose“ oft nicht klar mit Hilfe der Daten objektivierbar war und wahrscheinlich aus einem Gesamteindruck entstanden ist. Hingegen waren die von Weber genau beschriebenen kinderneurotischen Symptome für uns als objektive Parameter erfassbar, welche in der jetzigen Studie als „kinderneurotische Symptome“ bezeichnet werden. Wir haben deshalb die Einteilung „Gesamtbeurteilung Neurose“ fallen gelassen und lediglich die „kinderneurotischen Symptome“ gewählt.

*Desintegration des familiären Milieus:* Unter diesem Begriff haben wir mehrere Items der Beschreibungen von Weber zusammengefaßt: Das Kind ist auswärts in Pflege oder im schlimmsten Fall sogar ein Verdingkind (das als Arbeitskraft – meist zu Bauern – verkauft worden ist), die Eltern sind geschieden oder leben getrennt, sind verstorben, trinken oder sind anderweitig sozial auffällig und/oder das Kind ist verwahrlost. Diese Variable wurde als Summenvariable konstituiert.

#### 4.1.3 Interkorrelationsberechnung der Variablen von 1942

Damit gesichert ist, daß verschiedenen Variablen von 1942 wirklich unterschiedliche Bereiche messen, mußte deren interkorrelativer Zusammenhang geprüft werden. Vergleicht man nun zwei wichtige 1942 erhobene Parameter, nämlich die Intelligenz mit den kinderneurotischen Symptomen, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang innerhalb der Gruppe ( $p=0.0005$ ). Zudem zeigen innerhalb der Gruppe der Minderbegabten signifikant weniger Kinder (Frauen als auch Männer) kinderneurotische Symptome als bei den normal Begabten und den sehr Intelligenten (18% vs. 31% für Frauen,  $p<0.05$ ; 25% vs. 38% für Männer,  $p<0.01$ ).

#### 4.2 Beschreibung der Methodik von 1995

Nach zweijähriger intensiver Vorarbeit zeigte sich, daß Informationen (Namen, Wohnort etc.) über den Verbleib von 68% der gesuchten Personen eingeholt werden konnten. Somit konnte die Erhebung der aktuellen Situation in Angriff genommen werden. Die Studie wurde von den eidgenössischen und kantonalen Datenschutzbeauftragten gutgeheißen und vom Ethischen Komitee der Universität Bern bewilligt.

In der Feldstudienphase wurden zuerst die ehemaligen Schülerinnen und Schüler durch einen Brief über die Unterlagen von 1942 sowie die beabsichtigte Untersuchung informiert. Im nachfolgenden Telefoninterview wurden sie detailliert über die Studienziele unterrichtet und um Mitarbeit gebeten. Falls sie sich dazu bereit erklärten, wurde ihnen zusammen mit dem informed consent-Formular ein von uns erstellter, anonymisierter Fragebogen zugesandt. Darin wurden die Studienteilnehmer gebeten, Fragen bezüglich Befindlichkeit, Gesundheit, ihrer näheren Lebensumstände und Angaben über ihre Krankengeschichte, Sozialstatus etc. zu beantworten. Zur Daten-

gewinnung wählten wir den Fragebogen aus Gründen der zeitlichen Inanspruchnahme, obschon uns die Vorteile eines Interviews bewußt waren. Der Einbezug von validierten Fragebogeninstrumenten (beispielsweise Schweizerischer Gesundheitsbogen, HAMD, BFS) geschah, um in einer nachfolgenden Untersuchung Vergleiche mit psychometrischen Ergebnissen aus anderen Studien vornehmen zu können. Nachdem mehr als die Hälfte der Fragebogen zurückgekommen waren, wurden die Säumigen mittels Telefonanruf nochmals gebeten, die Fragen zu beantworten und an uns zurück zu senden.

#### 4.2.1 Variablenkatalog 1995

Aus der ebenfalls großen Datenmenge von 1995 waren für uns – hypothesengeleitet – die in Tabelle 3 ersichtlichen Variablen wichtig, die dann auch in die statistischen Berechnungen eingingen.

Tab.3: Variablenkatalog 1995 (für Erklärungen konsultiere man die Methodik)

Variable	Erklärung	Messform	Aussage	
Geschlecht	Weiblich / Männlich, dichotom	w=0, m=1		
allgemeine somatische Gesundheit und Gemütslage	1. Psychisches und körperliches Befinden aufgrund eines eines Globalratings; Abkürzung: „Wohlbefinden“	Schlafstörungen, depressive Stimmung, Erschöpfbarkeit, psychomotorische Unruhe, Verwirrung, Suizidgedanken, selbstbeurteilt je in nicht und gering bis mäßig=0; stark=1	Summenvariable aus: Schlafstörung, ja=1, nein=0, Depressive Stimmung, ja=1, nein=0 Erschöpfbarkeit, ja=1, nein=0 Unruhe, ja=1, nein=0 Verwirrung, ja=1, nein=0 Suizidgedanken, ja=1, nein=0	je tiefer der Wert, desto besser das Befinden
	2. Momentane Stimmungslage	Kategorien: Verstimmtheit und Gereiztheit	Selbstbeurteilt je in nie(=4) an 1-2 Tagen (=x3) an 3-4 Tagen pro Woche (=2) täglich (=1)	je tiefer der Wert, desto schlechter die Stimmungslage
	3. Momentane Gesundheit	Selbstbeurteilt in sehr gut/ mittelmäßig/ schlecht/ sehr schlecht	5-er Likert-Skala 1=sehr gut 5=sehr schlecht	je tiefer der Wert, desto besser die Gesundheit
	4. Momentane Gemütslage	Selbstbeurteilt in gut, sehr gut/ mittelmäßig/ schlecht/ sehr schlecht	5-er Likert-Skala 1=sehr gut 5=sehr schlecht	je tiefer der Wert, desto besser die Gemütslage

Tab. 3: Variablenkatalog 1995 (für Erklärungen konsultiere man die Methodik) (Forts.)

Variable	Erklärung	Messform	Aussage
Geschlecht	Weiblich / Männlich, dichotom	w=0, m=1	
Symptome:	Rückenschmerz, Kopfschmerz, Herzsymptome, Thorax- und Gelenksbeschwerden, Husten mit/ohne Auswurf, Allergie und Asthma.	Summenvariable aus jeweils Ja=1, nein=0, max.=9, min=0	je tiefer der Wert, desto weniger Symptome
psychiatrische Erkrankungen	Hilfe durch Psychiater oder Psychologen, beansprucht oder nicht	ja=1, nein=2	
Selbstmordversuch und -gedanken	Kategorial, je pro vergangene Zeit	Ja=1, nein=0	je tiefer der Wert, desto besser
Schulabschluß	Primarschule bis Universität	0=keinen 1=Primarschule 2=Sekundarschule 3=Mittelschule 4=Hochschule	je tiefer der Wert, desto niedriger die Bildung
gelernter Beruf	Berufe nach zunehmender Differenzierung	0=kein Berufsabschluß 1=Lehre 2=Maturität 3=höhere Fachschule 4=HTL 5=Universitätsabschluß	je tiefer der Wert, desto geringere Berufsausbildung
Einkommen	Kategorien, steigend	1=unter 2000 sfr./Mo 2=2001-4000 sfr./Mo 3=4001-6000 sfr./Mo 4=6001-9000 sfr./Mo 5=über 9000 sfr./Mo	je tiefer der Wert, desto weniger Lohn
Tod		gestorben=0, gefunden=1	

#### 4.3 Auswertungsmethodik

Zur Erfassung der Daten wurden das Programm EPI-Info 6.0 sowie das Excel-Programm des Office Pakets von Microsoft verwendet. Als Hardware dienten Notebooks sowie ein PC der Einheit Psychosomatik und Psychosoziale Medizin. Die Auswertung des gesamten Datenpools erfolgte mit den Auswertungspaketen SPSS und SAS. Für die Zusammenhangsprüfung kontinuierlicher Variablen wurden Produkt-Moment-Korrelationen bestimmt. Die Signifikanzgrenze wurde generell auf 0.05 festgelegt. Häufigkeitsdaten wurden mittels Chi-Quadrat Tests ausgewertet. Zur Sicherheit wurde in den Häufigkeitsvergleichen bei teilweise geringer Fallzahlen ( $n < 10$ ) eine Yates-Korrektur vorgenommen. Zur Überprüfung der prädiktiven Validität der Variablen zu Zeiten der Kindheit für die heutige Situation wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

## 5 Resultate

### 5.1 Basiswerte

In der Zusammenstellung der Basispopulation 1942 (T1) und der gefundenen Population 1995 (T2) wird ersichtlich, daß von der ursprünglichen Population von 1537 Schülern (884 Knaben [58%] und 653 Mädchen [42%]), zum Zeitpunkt T2 1048 (68%) ermittelt werden konnten. Davon waren 187 verstorben (12% gesamt, 139 Männer und 48 Frauen); hier besteht ein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $p < 0.00001$ ). Somit standen 861 Probanden für die Befragung mittels Fragebogen zur Verfügung. Von dieser Zahl haben sich 561 (65% gesamt, 306 Männer und 255 Frauen; kein sign. Geschlechtsunterschied) bereit erklärt, den Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden (Rücklauf=65%). Die anderen 300 (35%) haben entweder unvollständige Daten geliefert oder aber den Fragebogen nicht ausfüllen und zurücksenden wollen oder können. Letztere Information erhielten wir auf Grund einer telefonischen Nachfrage bei 46 zufällig ausgelesenen Probanden.

### 5.2 Häufigkeitsvergleiche

Zwischen gefundenen und nicht-gefundenen Personen gibt es in bezug auf Zugehörigkeit zu Geschlecht, damaliger Schulklasse und damaliger Sozialschicht keine signifikanten Unterschiede. Die Tabelle 4 zeigt eine Detailübersicht über die untersuchte Population.

Es gibt unter den Nicht-Gefundenen signifikant mehr Männer als Frauen mit Verhaltensauffälligkeiten in 1942 (263 Männer mit 6,5% und 226 Frauen mit 1,8%,  $p < 0.02$ , Yates-corrected). Unter der Gesamtzahl fanden sich signifikant mehr Frauen mit Ängstlichkeit (50% vs. 37%,  $p < 0.05$ ), was ebenso für den Bereich der neurotischen Symptome gilt (62% vs. 58%,  $p < 0.05$ ). Aber auch unter den Gefundenen bleibt dieses Phänomen erhalten (Ängstlichkeit: Frauen zu Männer 53% zu 37%,  $p < 0.01$ ; neurotische Symptome 85% vs. 64%,  $p < 0.05$ ). Für den Bereich der Ängstlichkeit gilt dasselbe auch für die Frauen der Population mit ausgefülltem Fragebogen ( $p < 0.05$ ).

Des weiteren ist anzufügen, daß bei denjenigen, die den Fragebogen ausgefüllt haben (T2), zu T1 kein Unterschied in Verhaltensauffälligkeiten zwischen Männern und Frauen gefunden werden konnte (5,2% vs. 2,0%, n.s.). Bei Männern fanden sich hingegen mehr Aggressionen zu T1 als bei Frauen (3,9% vs. 0,8%,  $p < 0.05$ , Yates-corrected). Unter den Gefundenen (s. Tab. 4), die einen Fragebogen ausgefüllt haben, befinden sich insgesamt signifikant mehr Frauen als Männer mit höherer Ängstlichkeit zu T1 (54% vs. 40%,  $p < 0.05$ ). Dagegen gibt es unter den Gefundenen mehr Männer als Frauen, die als aggressiv beurteilt worden sind (T1) (4,0% vs. 1,4%,  $p < 0.05$ , Yates-corrected). Unter den Nicht-Gefundenen kommen dagegen mehr Männer als Frauen mit speziellen Verhaltensauffälligkeiten zu T1 vor (4,6% vs. 1,3%,  $p < 0.05$ , Yates-corrected) wie es auch unter der Gesamtpopulation der Männer mehr Verhaltensauffälligkeiten (4,9% vs. 2,3%,  $p < 0.05$ , Yates-corrected) und Aggressionen (3,6% vs. 1,2%,  $p < 0.01$ , Yates-corrected) gibt als bei Frauen.



Tab. 4: Zusammenstellung der Basalpopulation und der Population 1995 (absolute Zahlen und Prozentwerte). Mit \* sind Signifikanzen ( $p < 0.05$ ) im Häufigkeitsvergleich angeführt; eine Yates Korrektur wurde nur vorgenommen, wenn  $n < 10$ . Für die Korrelationsstatistik konsultierte man die Resultatesektion

	Totale Zahl		Nicht-Gefundene		Gefundene gesamt, inkl. Verstorbene		Verstorbene		Gefundene ohne Fragebogen 1995 (nicht gewollt, nicht oder leer zurückgeschickt)		Gefundene mit ausgefülltem Fragebogen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<b>Geschlecht</b>												
<i>Totale Population</i>	884	653	263	226	621	427	139	48	176	124	306	255
<i>Diagnosen „nicht gesund“ 1942:</i>	39,3%	35,8%	35,4%	27,9%	40,9%	40,0%	35,3%	41,7%	43,2%	45,2%	42,2%	37,3%
Neurose	28,2%	27,9%	23,2%	20,8%	30,3%	31,6%	25,9%	35,4%	29,5%	35,5%	32,7%	29,0%
Verhaltensauffälligkeit allgemein	5,9%	3,8%	6,5%*	1,8%*	5,6%	4,9%	4,3%	2,1%	5,1%	6,5%	6,6%	4,7%
Verwahrlosung	10,5%	6,9%	10,3%	6,6%	10,6%	7,0%	8,6%	4,2%	13,6%	6,5%	9,8%	7,8%
<i>Neurotische Symptome:</i>	58,3%	61,6%	57,4%	56,2%	58,6%	64,4%	48,9%	62,5%	60,2%	64,5%	62,1%	64,7%
Angstlichkeit	36,9%*	49,9%*	35,9%	43,8%	37,3%*	53,2%*	29,0%	50,0%	39,2%	51,6%	40,0%*	54,5%*
Depressivität	6,9%	6,1%	6,8%	6,2%	6,9%	6,1%	7,2%	6,3%	8,0%	4,8%	6,2%	6,7%
Kinderneurotische Symptome	35,7%	29,4%	33,8%	29,2%	36,6%	29,5%	30,2%	25,0%	37,5%	31,5%	38,9%	29,4%
Hypochondrie	2,2%	1,5%	2,3%	2,7%	2,1%	0,9%	2,2%	0,0%	1,7%	0,8%	2,3%	1,2%
<i>Spezielle Verhaltensauffälligkeiten:</i>	4,9%*	2,3%*	4,6%*	1,3%*	5,0%	2,8%	4,3%	2,1%	5,1%	4,8%	5,2%	2,0%
Aggression	3,6%*	1,2%*	2,7%	0,9%	4,0%*	1,4%*	4,3%	2,1%	4,0%	2,4%	3,9%*	0,8%*
Hyperaktivität	1,2%	1,1%	2,3%	0,4%	0,8%	1,4%	0,7%	0,0%	0,6%	2,4%	1,0%	1,2%
Beziehungslosigkeit	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%	0,0%
<i>Sozialstatus 1942:</i>												
Unterschicht	37,1%	37,2%	38,8%	38,5%	36,4%	36,5%	35,3%	35,4%	39,8%	42,7%	35,0%	33,7%
Mittelschicht	52,1%	49,8%	42,2%	44,2%	56,4%	52,7%	57,6%	52,1%	50,6%	48,4%	59,2%	54,9%
Oberschicht	1,6%	1,1%	3,0%	2,7%	1,0%	1,2%	2,2%	0,0%	0,6%	0,0%	0,7%	2,0%
Missing	9,2%	11,3%	16,0%	14,6%	6,3%	9,6%	5,0%	12,5%	9,1%	8,9%	5,2%	9,4%
<i>Auffälliges Sozialverhalten:</i>												
stehlen	6,8%	6,4%	6,5%	7,5%	6,9%	5,9%	5,0%	12,5%	6,8%	3,2%	7,8%	5,9%
lügen	3,3%	2,3%	4,6%	3,1%	2,7%	1,9%	1,4%	2,1%	3,4%	1,6%	3,0%	2,0%
	4,6%	5,8%	3,8%	7,5%	5,0%	4,9%	4,3%	10,4%	5,1%	2,4%	5,2%	5,1%

### 5.3 Mittelwertvergleiche

Unter denjenigen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben (T2), wurden zu T1 mehr Personen als signifikant intelligenter beurteilt ( $\chi^2=33.1$ ,  $p<0.001$ ) als unter jenen, die ihn nicht oder unvollständig ausgefüllt haben. Weitere Unterschiede (z.B. bezüglich Geschlecht, kinderneurotischen Symptomen oder dem Milieu 1992) zwischen Antwortenden und Nicht-Antwortenden fanden sich nicht.

### 5.4 Langzeitvergleiche 1942 zu 1995: Häufigkeiten und Mittelwerte

In der Population mit kinderneurotischen Symptomen im Jahre 1942 (T1) beurteilen heute 70% ihre momentane Gesundheit und Gemütslage als gut oder sehr gut. Am häufigsten klagen die Befragten über Rücken-, Kreuz- und Gelenkschmerzen, wobei sich auch hier weder signifikante Unterschiede ergeben in bezug auf Geschlecht, noch in bezug auf Art der Beschwerden, noch in bezug auf damals vorhandene oder nicht vorhandene kinderneurotische Symptome. Somit kann gefolgert werden, daß kinderneurotische Symptome in unserer Population zu keiner Häufung von Gemütsveränderungen oder Einschätzung der Gesundheit zum Zeitpunkt T2 geführt haben. Diese Zusammenhänge wurden unter Kontrolle des ausgeübten Berufes und des Geschlechts geprüft. Ebenfalls keinen Einfluß hatte das Alter, das ja in der untersuchten Population sowieso höchstens um 9 Jahre differieren kann.

Tab. 5: Die Beziehung zwischen der Einschätzung der Intelligenz als Kinder (T1) und der seelischen und körperlichen Gesundheit im Erwachsenenalter (T2). Mit \* sind Signifikanzen ( $p<0.05$ ) im Häufigkeitsvergleich angeführt; eine Yates Korrektur wurde nur vorgenommen, wenn  $n<10$ .

Für die Korrelationsstatistik konsultiere man die Resultatesektion.

1995 n=235 (w)		Schlaf-		Depressive		Erschöpf-		Psycho-moto-		Verwirrung		Selbstmord-	
1942 n=289 (m)		störungen		Stimmung		barkeit		rische Unruhe				gedanken	
		n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup>	m/s <sup>2</sup>
Frauen	Intelligenz 1	3	3	5	1	3	3	5	1	6	0	6*	1*
	Intelligenz 2	34	34	47	21	25	44	54	14	62	6	69*	1*
	Intelligenz 3	9	17	17	8	8	17	22	4	24	2	26*	0*
Männer	Intelligenz 1	3	7	6	3	3	7	7	3	8*	2*	10	0
	Intelligenz 2	30	39	55	12	28	39	53	16	63*	6*	68	1
	Intelligenz 3	12	9	18	3	9	12	18	3	21*	1*	22	0

Anmerkungen:

<sup>1</sup> n/g = nicht gering.

<sup>2</sup> m/s = mäßig stark.

Die Tabelle 5 listet die momentane Stimmungslage für das Jahr 1995 (T2) auf, verglichen mit der Einschätzung der Intelligenz von 1942 (T1). Schlafstörungen geben die intelligenten Frauen signifikant häufiger an, als die intelligenten Männer (64% vs. 43%,  $p<0.05$ ). Unter den mittelgradig (Stufe 2) Intelligenten sind die Frauen 1995

auch signifikant häufiger depressiv als die Männer (31% vs. 18%,  $p < 0.01$ ). Ebenso sind weniger intelligente Männer häufiger verwirrt (6 von 29 vs. 19 von 260,  $p < 0.05$ , Yates-corrected) als durchschnittlich- und hochintelligente Männer. Bei den Frauen äußern signifikant mehr mit geringer Intelligenz 1942 im Jahr 1995 Suizidgedanken als solche mit mittlerer und hoher Intelligenz (2 von 16 vs. 3 von 221,  $p < 0.01$ , Yates-corrected). Beim Vergleich der Intelligenz mit der momentanen Stimmungslage gibt es keinen signifikanten Zusammenhang bezüglich Niedergeschlagenseins, hingegen besteht ein signifikanter Zusammenhang zu angespannt/nervös/gereizt sein ( $p = 0.043$ ). Minderintelligente und Normalbegabte sind signifikant mehr angespannt/nervös/gereizt als die sehr Intelligenten.

In den allgemeinen Beurteilungen von seelischer und körperlicher Gesundheit und Gemütslage im Erwachsenenalter (T2) gibt es allerdings keine signifikanten Unterschiede in bezug auf die Einschätzung der Intelligenz als Kinder zu T1.

*Tab. 6a:* Die Beziehung zwischen den Milieuverhältnissen 1942 und dem seelischen und körperlichen Wohlbefinden 1995

1995 n=86 (w)	Schlaf-	Depressive	Erschöpf-	Psychomoto-	Verwirrung	Selbstmord-
1942 n=86 (m)	störungen	Stimmung	barkeit	rische Unruhe		gedanken
	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>	n/g <sup>1</sup> m/s <sup>2</sup>
Intaktes Frauen Milieu	28 28	40 15	16 38	49 7	52 5	56 1
Männer	22 23	36 10	22 22	38 7	42 5	45 1
Desintegriertes Frauen Milieu	15 29	23 21*	14 31	31 13	40 6	43 2
Männer	17 37	46 8*	24 28	46 8	51 3	53 1

*Anmerkungen:*

<sup>1</sup> n/g = nicht gering.

<sup>2</sup> m/s = mäßig stark.

*Tab. 6b:* Subjektive Einschätzung der momentanen eigenen Gesundheit und Gemütslage der Erwachsenen 1995 vs. Milieuverhältnisse 1942

1942	1995 n=92 (w) n=89 (m)	Gesundheit			Gemütslage		
		gut/ sehr gut	mittel- mäßig	schlecht/ sehr schlecht	gut/ sehr gut	mittel- mäßig	schlecht/ sehr schlecht
Intaktes Milieu	Frauen	45	8	1	50	4	0
	Männer	42*	3*	0*	39	4	0
Desintegriertes Milieu	Frauen	25	19	0	33	12	1
	Männer	45*	9*	0*	48	7	0

Tab. 6c: Der Anteil der Erwachsenen 1995, die im vorangegangenen Monat an funktionellen Beschwerden gelitten haben, vs. Milieuverhältnisse 1942

1942	1995 n=91 (w) n=89 (m)	Rücken-, Kreuz- schmerzen		Kopf-, Ge- sichts- schmerz, Druck im Kopf		Herzklop- fen, Herzja- gen, Herz- stolpern		Schmerz, Druck im Brustbereich		Gelenk- schmerz	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Intaktes Milieu	Frauen	26	29	15	38	11	44	10*	44	29	25
	Männer	20	25	7	38	3	42	2*	43	21	24
Desintegriertes Milieu	Frauen	22	23	12	33	11	34	5	40	25	21
	Männer	2	41	8	46	4	51	8	47	22	33

Die Tabelle 6a stellt die Beziehungen zwischen den Milieuverhältnissen, in denen die Kinder im Jahre 1942 gelebt haben (T1) und dem seelischen und körperlichen Wohlbefinden im Jahre 1995 (T2) dar. Frauen, welche in einem desintegrierten Milieu aufgewachsen sind, geben signifikant mehr depressive Symptome an als Männer aus desintegriertem Milieu (18 von 38=47% vs. 7 von 47=15%,  $p<0.01$ ). Hier ist auch die Beziehung zwischen den Milieuverhältnissen und den Schlafstörungen ( $p=0.041$ ) sowie der psychomotorischen Unruhe ( $p=0.0282$ ) statistisch signifikant. Die Hälfte der Befragten klagten über mäßige bis starke Erschöpfbarkeit und Schlaflosigkeit, über die Hälfte geben keine oder nur geringe depressive Stimmung, psychomotorische Unruhe, Verwirrung und Suizidgedanken an.

Tabelle 6b gibt einen Überblick über die subjektive Einschätzung der momentanen eigenen Gesundheit und Gemütslage der Erwachsenen (T2) gegenüber den Milieuverhältnissen im Jahre 1942 (T1). Es ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem familialen Milieu (T1) und der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit (T2). Der Großteil beurteilt die eigene Gesundheit und Gemütslage als gut oder sehr gut. Allerdings kommen in der Gruppe derjenigen Frauen, welche in desintegriertem Milieu aufgewachsen sind, signifikant mehr mit aktuell mittelmäßiger Gesundheit vor als bei den Männern (19 von 32=45% vs. 9 von 49=18%,  $\chi^2=46.0$ ,  $p<0.001$ ). Dies gilt auch im Vergleich zu Frauen aus intaktem Milieu (32% vs. 8 von 49=16%,  $p<0.01$ ). Unter den Frauen aus desintegriertem Milieu weisen auch signifikant mehr eine nur mittelmäßige Gemütslage auf als diejenigen aus intaktem Milieu (11 von 41=27% vs. 4 von 50=8%,  $p<0.05$ ). Keine Unterschiede in der Beurteilung der momentanen Gesundheit ließen sich bei den kinderneurotischen Symptomen ( $\chi^2=1.1$ ,  $p=0.29$ ), beim Geschlecht ( $\chi^2=3.2$ ,  $p=0.07$ ) und bei Verhaltensauffälligkeiten zu T1 zwischen Männern und Frauen (5,2% vs. 2,0%,  $p=n.s.$ ) feststellen.

Tabelle 6c stellt den Anteil der Erwachsenen im Jahr 1995 (T2) in Abhängigkeit von ihren Milieuverhältnissen 1942 (T1) dar, die im vorangegangenen Monat an funktionellen Beschwerden gelitten nennen. Thoraxschmerzen nennen Frauen aus desintegrier-

tem Milieu signifikant häufiger als Männer aus desintegriertem Milieu (10 von 50 = 20% vs. 2 von 40 = 5%,  $p < 0.05$ ). Bei Frauen aus desintegriertem Milieu gibt es im Vergleich zu Männern ebenfalls mehr Rückenschmerzen (20 von 41 = 49% vs. 12 von 48 = 25%,  $p < 0.05$ ). Bei den Herzbeschwerden zeigt sich dieselbe Häufung bei Frauen aus desintegriertem Milieu (10 von 41 = 24% für Frauen vs. 4 von 49 = 8% für Männer,  $p < 0.05$ ).

In unserer Analyse zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Mortalität in Abhängigkeit von kinderneurotischen Symptomen im Jahre 1942 (T1). Rund ein Fünftel (17,8%) der Untersuchungspopulation ist verstorben.

### 5.5 Schrittweise logistische Regressionsanalyse

Um die Bedeutung der einzelnen Variablen zu Zeiten der Kindheit (T1) in ihrer Bedeutung für die heutige Situation (T2) besser abschätzen zu können, wurde eine Regressionsanalyse mit den bereits erwähnten Variablen vorgenommen. In weiteren Berechnungen wurde zusätzlich das Geschlecht als Covariate berücksichtigt.

Dabei zeigte sich eine wesentliche Beeinflussung des Status zum Zeitpunkt T2 durch die Variablen im Jahre 1942 (T1). Folgende Bereiche lassen sich aufgrund der Variablen aus dem Jahre 1942 (T1) signifikant vorhersagen:

- *Stimmungslage 1995 (T2)*: Die Stimmungslage 1995 (T2) erwies sich abhängig vom Geschlecht ( $\chi^2 = 6.2$ ,  $p < 0.01$ ) und von der Intelligenz zu T1 ( $\chi^2 = 9.5$ ,  $p < 0.002$ ), indem die damals als intelligenter eingestuft Schüler 1995 (T2) weniger über Verstimmungen klagten und die Frauen bei T2 signifikant häufiger Verstimmungen angaben als die Männer.
- *Momentane Gesundheitseinschätzung 1995*: Die momentane Gesundheitseinschätzung (T2) war wiederum abhängig vom Geschlecht ( $\chi^2 = 29.8$ ,  $p < 0.0001$ ) – indem Frauen im Vergleich zu Männer signifikant häufiger über Einschränkungen der Gesundheit in T2 klagten – von kinderneurotischen Symptomen ( $\chi^2 = 4.7$ ,  $p < 0.03$ ) und dem Milieu 1942 ( $\chi^2 = 4.5$ ,  $p < 0.04$ ).
- *Die Gemütslage im Jahre 1995 (T2)*: Die Gemütslage 1995 (T2) erwies sich abhängig von Geschlecht ( $\chi^2 = 13.6$ ,  $p < 0.0001$ ), kinderneurotischen Symptomen ( $\chi^2 = 14.1$ ,  $p < 0.0002$ ) und von der Intelligenz ( $\chi^2 = 10.9$ ,  $p < 0.001$ ). Je besser die Gemütslage 1995 eingeschätzt wird, desto weniger kinderneurotische Symptome waren in T1 vorhanden und desto höher wurde die Intelligenz 1942 (T1) eingeschätzt. Die Frauen klagten in T2 wiederum häufiger als die Männer über Veränderungen der Gemütslage.
- Das Wohlbefinden (T2) erwies sich allein abhängig vom Geschlecht ( $\chi^2 = 28.6$ ,  $p < 0.0001$ ).
- Die Suizidrate war von keiner Kindheitsvariablen abhängig.

Zusammenfassend läßt sich aus der schrittweisen logistischen Regressionsanalyse ableiten, daß nur wenige Variablen der damaligen Kinder (Intelligenz, Milieu und Anzahl kinderneurotischer Symptome) Eingang in die Prädiktion der Variablen Gesundheit, Wohlbefinden, Stimmungslage und Gemütslage zum Zeitpunkt T2 gefunden haben. Daneben besteht ein ausgeprägter Geschlechtseffekt für alle gefunden Zusammenhän-

ge. Die Varianzaufklärung für die einzelnen Bereiche beträgt zwischen 10% (bei Intelligenz) und 18% bis 80% (für kinderneurotische Symptome), was für psychosoziale Faktoren bedeutsam erscheint.

## 6 Diskussion

### 6.1 Allgemeine Bemerkungen

Unsere Arbeit belegt, daß es auf Grund der systematischen Erhebung von Daten aus dem Jahre 1942 sehr wohl möglich ist, mehr als 50 Jahre später mit Hilfe von an damalige Verhältnisse angepaßten Erfassungsmethoden zulässige Vergleiche und Rückschlüsse auf bestimmende Faktoren zwischen Kindheit (T1) und Erwachsenenalter (T2) herzustellen. Weder von der Größe der Stichprobe noch von der Zeitspanne sind uns vergleichbare Untersuchungen aus der Schweiz und dem Ausland bekannt. Dies gilt auch für diejenigen Länder, welche mit Forschungsprogrammen ähnlicher Art vor bereits Jahrzehnten begonnen haben wie in England (WADSWORTH 1987), Schweden (MELLBIN et al. 1992; RORSMAN et al. 1985; GRAESBECK et al. 1995; HAGNELL et al. 1986b; ISACSSON et al. 1995), Norwegen (HOLMEN et al. 1990), Australien (McFARLANE 1964), Neuseeland (FERGUSON u. LYNKAY 1995), Holland (MACKENBACH 1992) und den USA (GREENWALD u. HARDER 1994; BIRCHNELL et al. 1988) und ebenso für Studien in anderen Ländern, mit teilweise unterschiedlichen Fragestellungen.

Unsere Resultate lassen den Schluß zu, daß während der Schulzeit erfaßbare Parameter (wie beispielsweise kinderneurotische Symptome, das Vorliegen eines desintegrierten Milieus sowie Intelligenz oder gar das Geschlecht) einen nachweisbaren Einfluß auf das spätere Leben haben. Die Zahl an kinderneurotischen Symptomen ist in unserer Stichprobe deswegen relativ groß, weil es sich bei der damaligen Erfassungsstrategie um Kinder handelte, die als auffällige Subpopulation der jeweiligen Schulen gemeldet worden sind. Immerhin ist es wichtig festzuhalten, daß eine Generalisierung über alle Schüler von damals nicht zulässig ist, wohl aber über die als auffällig gemeldeten, wie wir das in unseren Resultaten dargestellt haben. In der inhaltlichen und situativen Interpretation der Daten ist zudem auch der damaligen wirtschaftlichen Notlage Rechnung zu tragen. Die Kriegsjahre führten zur Abwesenheit vieler Väter, zu wirtschaftlichen Engpässen und – besonders auf dem Land – zu vermehrter häuslicher Arbeitslast, die nicht selten an die Kinder weitergegeben wurde. Nach Aussagen von A. WEBER (1952) soll sich immerhin auf dem Land die Ernährungslage so gehalten haben, daß hier keine nachteiligen Effekte entstanden sind.

Auf der Basis des langen Beobachtungszeitraums lassen sich in unserer Untersuchung sogar Aussagen über Einflüsse der Kindheitsfaktoren auf die Mortalität machen. Die entsprechenden Risikofaktoren für vorzeitiges Versterben sind männliches Geschlecht (es sind doppelt so viele Männer verstorben als Frauen) und geringe Intelligenz. Es bleibt allerdings offen, ob sich die verstorbenen Personen vor dem Zeitpunkt ihres Todes grundsätzlich von den noch Lebenden unterscheiden haben. Der Umstand, daß viele dieser Individuen weder durch intensivste Suche noch durch Klassenlisten ge-

funden und so weder Verbleib noch allfälliger Zeitpunkt oder Grund des Todeseintritts definiert werden konnten, zeigt, daß es sich bei dieser Subpopulation möglicherweise doch um eine auffällige Gruppe handeln könnte. Dennoch konnten aus den Gefundenen immerhin 187 Verstorbene in unsere Berechnungen einbezogen werden.

## 6.2 Ausführungen zu den formulierten Hypothesen

Die verschiedenen Hypothesen, welche wir formuliert haben, erfahren durch die Resultate zum Teil erwartete, zum anderen Teil überraschende Antworten.

### *(a) Kinderneurotische Symptome des Jahres 1942 und Befindlichkeit im Jahr 1995 (Hypothese 1):*

Unsere Resultate zeigen, daß ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen kinderneurotischen Symptomen und späteren psychischen Beschwerden besteht. Das gilt für die Bereiche momentane Stimmungslage, Gemütslage und Beschwerden. Andere Untersuchungen an Langzeitkohorten haben ebenfalls diesen Zusammenhang aufzeigen können (CEDERBLAD et al. 1995b; BIRTCHNELL et al. 1988; SUNDELIN WAHLSTEIN, 1994). So konnten BIRTCHNELL et al. (1988) nachweisen, daß beispielsweise Eheprobleme, emotionale Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei 208 Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sich auf frühere Probleme wie elterliche Diskordanz, Nervosität und Schulschwierigkeiten zurückführen ließen. Obwohl die Untersuchung von Birtchnell et al. in einem retrospektiven Design konstruiert wurde, können wir in unserer Studie nun für die Bereiche Stimmungslage, Gemütslage und Anzahl körperlicher Beschwerden einen solchen Zusammenhang nachweisen. Auch die Studie von SAWYER et al. (1990) belegt, daß Schulschwierigkeiten oder Verhaltensstörungen später zu Depressionen führen können. Die Beobachtungszeit war in der genannten Untersuchung aber verhältnismäßig kurz (bis zum Alter von 22 Jahren).

Daß allerdings bei Kindern, die 1942 kinderneurotische Symptome aufwiesen, die Mortalität 1995 größer sei, konnte nicht bestätigt werden. Die Untersuchung der Mortalitätsziffern zeigt einen Zusammenhang zwischen Lebenden und Verstorbenen in dem Sinne, als daß signifikant mehr Männer verstorben sind als Frauen. Von diesen weisen diejenigen ohne kinderneurotische Symptome den größeren Anteil auf, was sich an den Verhältniszahlen ablesen läßt. Auffallend ist zudem, daß der Anteil überlebender Frauen gerade bei solchen mit kinderneurotischen Symptomen am größten überhaupt ist. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß vorwiegend verhaltensauffällige Kinder in die Untersuchungspopulation aufgenommen wurden. Ein Vergleich mit einer nicht-kinderneurotischen Population ist in dieser Untersuchung nicht durchgeführt worden. In der Lundby-Studie (GRAESBECK et al. 1996) fanden die Autoren, daß höhere Intelligenz und gering-impulsives Temperament protektive Faktoren für die psychische Gesundheit sind. So könnten möglicherweise psychische Befindlichkeit und Mortalität in Zusammenhang gebracht werden, weil bekannt ist, daß die Suizidrate mit Depressionen eng korreliert (PRIGERSON u. SLIMACK 1999; ROY et al. 1999).

Diese Befunde stehen im Gegensatz zur Untersuchung von FERGUSON und LYNKAY (1995) in Australien. Ihre Daten weisen auf ein Überwiegen von Frauen in der Gruppe der Suizidanten hin, genau umgekehrt zu unseren Ergebnissen. Allerdings handelt es

sich hierbei nicht um eine einfach zu vergleichende Population, da die Autoren ihre Untersuchung bis zum 16. Lebensjahr der Studienteilnehmer (von Geburt an alle 4 Monate) durchgeführt haben. So könnte vermutet werden, daß es einen Geschlechtsunterschied und Altersunterschied gibt, was die Häufigkeit von Suizidversuchen und die tatsächlichen Suizide anbelangt. Diese Berechnung konnten wir aufgrund der 187 verstorbenen Studienteilnehmern nicht durchführen. Die Angaben über Suizid betreffen bei uns eben die Suizidideen aufgrund der Befragung von 1995.

Somit muß die Aussage insofern einschränkt werden, als lediglich gefolgert werden kann, daß nach mehr als 50 Jahren aus der Population von Schülern mit Auffälligkeiten jedenfalls diejenigen mit alleinigen kinderneurotischen Symptomen keine erhöhte Mortalität aufweisen.

*(b) Intelligenz im Jahre 1942 und Befinden zum Zeitpunkt 1995 (Hypothese 2):*

Unsere zweite Hypothese, daß Kinder, die 1942 als minderintelligent eingestuft worden sind, als Erwachsene 1995 häufiger in ihrem psychischen und körperlichen Wohlbefinden eingeschränkt und häufiger an funktionellen Beschwerden leiden als Kinder, die 1942 als intelligent beurteilt worden sind, ließ sich bestätigen. Es läßt sich statistisch einwandfrei nachweisen, daß eine verminderte Intelligenz noch mehr als 50 Jahre später zu gewissen Einschränkungen führt. Die Regressionsanalyse zeigt dies jedenfalls für den Bereich der momentanen Gesundheitseinschätzung, der Stimmungslage und der Gemütslage. Jeder dieser Bereiche wird 1995 signifikant besser eingeschätzt, wenn 1942 eine höhere Intelligenz vorgelegen hat. In jedem dieser Fälle ist es weiterhin so, daß schon das Geschlecht allein ein wichtiger Faktor ist, da beispielsweise sämtliche 1995 erhobenen Beschwerden von Frauen in signifikant häufiger angegeben werden als bei Männern.

Die Beobachtung, daß das Geschlecht eine wichtige Rolle hinsichtlich der Intensität der Beschwerdeschilderung spielt, vor allem im Bereich der Streßbewältigung (PATCHEV u. ALMEIDA 1998), der Depression (MUSANTE et al. 1998; FUGITA u. CRITTENDEN 1990) und der Eßstörungen (MUSANTE et al. 1998), und deckt sich so mit vorliegenden Ergebnissen sehr gut. Auch in der Studie von SAWYER et al. (1990) wird ersichtlich, daß sich im Laufe der Adoleszenz die Prävalenz von psychischen Störungen von Knaben auf Mädchen verschiebt und diese schon mit 14-15 Jahren mehr psychische Störungen aufweisen als Knaben.

Eine weitere Hypothese, daß Kinder, die 1942 als minderintelligent beurteilt wurden, nicht häufiger kinderneurotische Symptome zeigen als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler, die als intelligent eingeschätzt wurden, ließ sich durch eine Interkorrelationsanalyse bestätigen. Diese konnte einen Zusammenhang zwischen den Variablen „Intelligenz 1942“ und „kinderneurotische Symptome 1942“ aufzeigen. Damit ist zwar lediglich anzunehmen, daß beide Variablen verbunden sind, jedoch nicht, daß sie dieselben Outcome-Parameter messen. Die Analyse der Resultate im Langzeitvergleich belegt hingegen (ebenso wie die Regressionsanalyse), daß die Intelligenz als weit wichtigerer Faktor für die spätere Befindlichkeit fungiert als die kinderneurotischen Symptome.

Dieser Befund, zusammen mit dem Einfluß des Milieus, trifft sich gut mit den Resultaten von REISTER et al. (1993) aus der Mannheimer Kohortenstudie. Auch sie fanden, daß die häusliche Umgebung einen wichtigen Prognosefaktor für die Prävalenz späterer psychogener Erkrankungen darstellt. Die Intelligenz könnte in diesem Zusam-



menhang auf die Ressourcen zur Bewältigung von psychosozialen Problemen einen wesentlichen Einfluß ausüben, was vor uns für die Lernstörungen die Growing up in Uppsala Studie zeigen konnte (MELLBIN et al. 1992) und für die Intelligenz im Zusammenhang mit Delinquenz (einem Symptom, welches auch als Ausdruck fehlender Bewältigungs- und Adaptationsstrategien bewertet werden könnte) in der Studie von HODGINS (1992) belegt worden ist. Dennoch ist in dieser Stringenz der Einfluß der Intelligenz für die spätere Befindlichkeit bisher kaum so deutlich belegt worden.

*(c) Milieu und spätere Beschwerden (Hypothese 3):*

Unsere dritte Hypothese, daß Kinder aus desintegriertem familiärem Milieu sich als Erwachsene 1995 häufiger in ihrem psychischen und seelischen Wohlbefinden eingeschränkt fühlen und häufiger funktionelle Beschwerden zeigen als Kinder aus intaktem Milieu, ließ sich ebenfalls bestätigen. Auch wir konnten einen klaren Einfluß des Milieus für die spätere Befindlichkeit nachweisen. Diesen Befund bestätigen andere Untersuchungen ebenfalls (POWER u. MANOR 1992; SUNDELIN WAHLSTEIN 1994; WEISS et al. 1992). Die Definition von Milieu ist jedoch in den zitierten Untersuchungen nicht identisch. So verstehen POWER und MANOR (1992) darunter eine Summe von Einflußfaktoren wie Sozialklasse, Sozialfaktoren (Miete oder Besitz des Logis, Arbeitslosigkeit, Alter beim ersten Kind, Ausbildungsstand) und Gesundheit in der Kindheit. Bei der Untersuchung von WEYERER et al. (1987) in ländlicher Gegend Bayerns standen der Tod eines Elternteils, die Art der Bezugspersonen, sowie die Sozialschicht im Zentrum der Untersuchungen, die als Milieueinflüsse definiert worden sind.

Wir haben als Milieueinflüsse Broken home-Situationen mit Tod/Scheidung der Eltern sowie Alkoholabhängigkeit der Eltern definiert. Somit kommen unsere Resultate denjenigen von ARO und PALOARI (1992) am nächsten, die übereinstimmend mit unseren Befunden in einer kürzeren Zeitspanne prospektiv belegen konnten, daß sogar unter Korrektur für den Sozialstatus (wie wir das auch gemacht haben) Kinder aus Familien mit geschiedenen Eltern neben schlechteren Schulleistungen auch vermehrt Depressionen aufwiesen. Hier ist ebenso der Umstand anzufügen, daß wiederum Frauen auf diesen Einfluß in bezug auf die Befindlichkeit empfindlicher (oder empfindsamer?) reagieren als Männer.

Des weiteren ist zu beachten, daß in der Zeit vor mehr als 50 Jahren noch weitere, hier nicht berücksichtigte Wirkfaktoren eine Rolle spielen können. Daß solche Entwicklungen und Störungen, aber auch Chancen und Ressourcen eine wichtige Rolle spielen, ist hinlänglich bekannt. Umso bedeutsamer ist es, daß sich in unserer Untersuchung Kindheitsfaktoren überhaupt als Einflußgrößen für die Bereiche Gemütslage, Stimmungslage und momentane Gesundheitseinschätzung erfassen ließen. Dies zeigt die enorme Bedeutung dieser Einflußgrößen in Kindheit und Jugendzeit für die lebenslange Entwicklung.

## Literatur

- ARO, H./PALOARI, U. (1992): Parental divorce, adolescence, and transition to young adulthood: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry* 63 (3), 421-429.
- BIRCHNELL, J. (1988): Depression and family relationships. *Br. J. Psychiatr.*, 153, 758-769.

- BIRCHNELL, J./EVANS, C./KENNARD, J. (1988): Life history factors associated with neurotic symptomatology in a rural community sample of 40-49 year old women. *Journal of Affective Disorders*, 14, 271-285.
- CEDERBLAD, M./DAHLIN, L./HAGNELL, O./HANSSON, K. (1995a): Coping with life span crisis in a group at risk of mental and behavioral disorders: from the Lundby Study. *Acta Psychiatr. Scand.* 91, 322-330.
- CEDERBLAD, M./DAHLIN, L./HAGNELL, O./HANSSON, K. (1995b): Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 245, 11-19.
- DE CHÂTEAU, P. (1998): 30 years later: children attending a counseling service up to 3 years of age. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 47, 477-485.
- DEROSIER, M./KUPPER, J./PATTERSON, C. (1994): Childrens' academic and behavioral adjustment as a function of chronicity and proximity of peer rejection. *Child Development* 65, 1799-1813.
- ERHARDT, D./HINSHAW, S. (1994): Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behavior and from non-behavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 833-842.
- ERNST, C. (1995): Family attachments in early childhood and later psychological development. *Fortschritte der Medizin* 113(19), 299-300.
- FERGUSON, D./LYNSKAY, M. (1995): Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 612-622.
- FUGITA, S./CRITTENDEN, K. (1990): Towards culture- and population-specific norms for self-reported depressive symptomatology. *International Journal of Social Psychiatry* 36(2), 83-92.
- GRAESBECK, A./RORSMAN, B./HAGNELL, O./HAVIK, M./HANSSON, F. (1995): Predictors of anxiety in the Lundby Study: A prospective study of a normal population during 1947-1972. *Biol. Psychiatr.* 31, 113-119.
- GRAESBECK, A./RORSMAN, B./HAGNELL, O./ISBERG, P. (1996): Mortality of anxiety syndromes in a normal population. *The Lundby Study. Neuropsychobiol.* 33 (3), 118-126.
- GREENWALD, D./HARDER, D. (1994): Outcome predictors in a longitudinal study of high risk boys. *J Clin Psychol* 50, 638-643.
- HAGNELL, O. (1989): Repeated incidence and prevalence studies of mental disorders in a total population followed during 25 years. The Lundby Study, Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.* 348(Suppl.), 61-77.
- HAGNELL, O./LANKE, J./RORSMAN, B./OHMAN, R. (1986a): Predictors of alcoholism in the Lundby Study. II. Personality traits as risk factors for alcoholism. *Eur. Arch. Psychiatry. Neurol. Sci.* 235(4), 192-196.
- HAGNELL, O./LANKE, J./RORSMAN, B./OHMAN, R. (1986b): Predictors of alcoholism in the Lundby Study. I. Material and methods. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 235(4), 187-191.
- HAGNELL, O./SIBERG, P./LANKE, J./RORSMAN, B./OHMAN, R. (1986c): Predictors of alcoholism in the Lundby Study. III. Social risk factors for alcoholism. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 235(4), 197-199.
- HARRIS, T./BROWN, G./BIFULCO, C. (1986): Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine* 16, 641-659.
- HARTMANN, E./MILOFSKY, E./VAILLANT, G./OLDFIELD, M./FALKE, R./DUCEY, C. (1984): Vulnerability to schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 41, 1050-1056.
- HODGINS, S. (1992): Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry* 49, 476-483.
- HOLMEN, J./MIDTHJELL, K./FORSEN, L./SKJERVE, K./GONSETH, M./OSELAND, A. (1990): A health survey in Nord-Trøndelag 1984-86. Participation and comparison of attendants and non-attendants. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 110(15), 1973-1977.
- ISACSSON, A./HANSON, B./RANSTAM, J./RASTAM, L./ISACSSON, S. (1995): Social network, social support and the prevalence of neck and low back pain after retirement. A population study of men born in 1914. *Scand. J. Soc. Med.* 23(1), 17-22.
- LAEDERACH-HOFMANN, K./LAUBER, P./LÜSCHER, H./WEBER, K./ZUNDEL, A.-M./DRÄYER, J./MUSSGAY, L./JÜRGENSEN, R./RÜDDEL, H. (1999): Rorschach-teste von verhaltensauffälligen Kindern: 50 Jahre später (Emmental Kohorte)(in Vorbereitung).
- MACKENBACH, J. (1992): Socio-economic health differences in The Netherlands: a review of recent empirical findings. *Social Sciences and Medicine* 34(3), 213-226.
- MACKENBACH, J./VAN DE MEHN, H./STRONKS, K. (1994): A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social and Scientific Medicine* 38, 299-308.

- MANZ, R. (1990): Retrospektive Informationen. In: SCHEPANK, H. (Ed.): *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin: Springer, S. 55-59.
- McFARLANE, J. (1964): Perspectives on personality consistency and change from the guidance study. *Vita Humana* 7, 115-126.
- MELLBIN, T./SUNDELIN, C./VUILLE, J.-C. (1992): Growing-up in Uppsala. *Acta Paediatrica* 81, 424-429.
- MUSANTE, G./COSTANZO, P./FRIEDMAN, K. (1998): The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: a matter of gender specificity. *International Journal of Eating Disorders* 23(1), 65-75.
- PATCHEV, V./ALMEIDA, O. (1998): Gender specificity in the neural regulation of the response to stress: new leads form classical paradigms. *Molecular Neurobiology* 16(1), 63-77.
- POWER, C./MANOR, O. (1992): Explaining social class differences in psychological health among young adults: a longitudinal perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 284-291.
- PRIGERSON, H.G./SLIMACK, M.J. (1999): Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults. *J. Nerv. Ment. Diss.* 187(1), 23-31.
- REISTER, G./FRANZ, M./WACKER, A. (1993): Zur Prognostizierbarkeit psychogener Erkrankungen im Erwachsenenalter auf der Basis von Kindheitsvariablen. *Psychosomatische Medizin* 39, 134-146.
- ROGERS, B. (1990): Adult affective disorder and early environment. *British Journal of Psychiatry* 157, 539-550.
- RORSMAN, B./HAGNELL, O./LANKE, J. (1985): Prevalence of age psychosis and mortality among age psychotics in the Lundby Study. Changes over time during a 25-year observation period. *Neuropsychobiol.* 13(4), 167-172.
- RORSMAN, B./HAGNELL, O./LANKE, J./OJESJO, L. (1987): Incidence of anxiety in the Lundby Study: Changes over time during a quarter of a century. *Neuropsychobiol.* 18(1), 13-20.
- ROY, A./NIELSEN, D./RYLANDER, G./SARCHIAPONE, M./SEGAL, N. (1999): Genetics of suicide in depression. *J. Clin. Psychiatry* 60 Suppl. 2, 12-17, discussion 18-20, 113-116.
- SAWYER, M./SARRIS, A./BAGHURST, P./CORNISH, C./CALOOCY, R. (1990): The prevalence of emotional and behavior disorders and patterns of service utilization in children and adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24, 323-330.
- STEINHAUSEN, H.-C./WILLMS, J./SPOHR, H.-L. (1993): Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(5), 990-994.
- SUNDELIN WAHLSTEIN, V. (1994): Development and survival: a study of children at risk living in adverse psychosocial milieu. *Child Abuse & Neglect* 18(9), 715-723.
- UNDEUTSCH, U. (1983): Exploration. In: FEGER, H./BRECKENKAMP, I. (Eds.): *Datenerhebung*. Göttingen: Hogrefe.
- VERHULST, F./PRINCE, J./VERVUURT-POOT, C./DE JONG, J. (1989): Mental health in Dutch adolescence. Self reported competences and problems for ages 11 to 18. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(Suppl. 356), 1-46.
- WADSWORTH, M. (1987): Follow-up of the first national birth-cohort: Findings from the medical research council. *National Survey of Health and Development. Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1, 95-117.
- WEBER, A. (1952): Psychiatrische Durchmusterung der Schulkinder eines Kantonal-Bernischen Schulkreises. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 124, 22-64.
- WEISS, B./DOGDE, K./BATES, Y./PETTIT, G. (1992): Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and maladaptive social information processing style. *Child Development* 63, 1321-1335.
- WEYERER, S./FICHTER, N./MÖHLE, W. (1987): Der Verlust von Vater oder Mutter in der Kindheit und das Auftreten psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. *Kinder und Jugendpsychiatrie* 15, 288-301.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Kurt Laederach-Hofmann, Einheit Psychosomatik und Psycho-soziale Medizin der Universität Bern, Inselspital, CH-3010 Bern.