

# Einleitung

Bis vor ungefähr drei Jahrzehnten war man davon überzeugt, dass Depression bei Kindern und Jugendlichen nicht existiert oder nur sehr selten auftritt. Wenn sie überhaupt existiert, nahm man an, dass es sich dabei um vorübergehende Erfahrungen handelt, die mit dem normalen Entwicklungsprozess zusammenhängen. Die Annahme, dass Kinder keine Depression im klinischen Sinn entwickeln könnten, wurde von psychodynamischen Theoretikern wie Rochlin (1959) und Rie (1966) gestützt. Sie argumentierten, dass Depression ein „Überich-Phänomen“ sei, das Kindern fehle. So verneinten diese Theoretiker die Existenz von Depression in dieser Altersgruppe vollständig. Eine andere Gruppe von Autoren vertrat die Auffassung, dass es Depression bei Kindern zwar gäbe, jedoch die Hauptmerkmale, die bei depressiven Erwachsenen auftraten, bei Kindern nicht vorlägen (Cytryn/McKnew 1972). Im Rahmen dieser Position wurde argumentiert, dass sich Depression in einer Vielzahl von Verhaltensweisen ausdrücke, die ein „depressives Äquivalent“ oder eine „larvierte Depression“ darstellen (Toolan 1962). Daher hielt man Depression bei Kindern für ein Phänomen, das von verschiedenen Symptomen von Verhaltensstörungen wie Schulschwänzen und Wutausbrüchen verdeckt wird bzw. sich darin widerspiegelt. Durch Studien von Kovacs und Beck (1977) und Lefkowitz und Burton (1978) wurden der psychodynamische Ansatz und das Konzept der „larvierten Depression“ infrage gestellt.

In den 70er Jahren war eine kleine Anzahl bedeutender Klinik- und Forschungsberichte erschienen, die die Wichtigkeit betonten, Depression bei jungen Menschen zu untersuchen. Im Jahre 1970 publizierten Poznanski und Zrull einen herausragenden Artikel, in dem sie klinische Fälle darstellten, die ambulant behandelt wurden. Bei diesen Jugendlichen umfassten die primären Symptome von Depression: Traurigkeit, niedergeschlagene Erscheinung, Rückzug, Gefühle von Zurückweisung, negatives Selbstbild und geringes Selbstwertgefühl. Ebenfalls zu dieser Zeit erschienen die ersten Berichte über den Einsatz von Antidepressiva, die für die Therapie Erwachsener entwickelt wurden, in der Depressionstherapie bei Kindern. Überarbeitete Kriterien für Erwachsene wurden zuerst von Weinberg und Kollegen (1973) auf Kin-

der übertragen, kurz nachdem die Kriterien für Erwachsene von Feighner publiziert worden waren. Ihren Studien zufolge waren viele depressive Kinder in der Lage, Fragen hinsichtlich ihrer Stimmung und ihres Verhaltens zu beantworten; und sie wiesen eine ähnliche Psychopathologie wie Erwachsene auf, was eine Anwendung derselben Klassifikationssysteme auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene erlaubte.

In den frühen 80er Jahren wurde damit begonnen, die Gangbarkeit einzelner Konzepte von Depression bei Kindern zu testen. Christ und seine Kollegen (1981) untersuchten das Konzept der larvierten Depression unter Auswertung der Klinikakten von über 10.000 psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen. Die Autoren fanden heraus, dass Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer depressiven Störung eine größere Anzahl gleichzeitiger Depressionssymptome aufwiesen, wohingegen larvierte Merkmale bei depressiven Kindern und Jugendlichen im Vergleich mit Altersgenossen mit anderen psychischen Störungen seltener auftraten. Diese und andere Autoren (Cytryn/McKnew 1972; Kandel/Davies 1982; Poznanski/Zrull 1970) vertraten nun die Position, dass Depression in der Kindheit sehr wohl auftritt, und zwar mit einem klinischen Bild, das dem von Erwachsenen in weiten Teilen entspricht.

Im Jahre 1980 veröffentlichte die American Psychiatric Association die dritte Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III, American Psychiatric Association [APA] 1980). Obwohl noch immer darüber debattiert wird, ob dieselben Kriterien für Depression über die gesamte Altersspanne verwendet werden sollten, bestätigen die empirischen Ergebnisse die im DSM vertretene Position. In den letzten 20 Jahren verstärkte sich zunehmend der Trend, Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als ähnlich zu betrachten (Kovacs/Beck 1977; Puig-Antich 1982). Diese Haltung wurde durch verschiedene weitere Ergebnisse bekräftigt:

- ähnliche Symptomcluster bei Erwachsenen und bei Kindern (Carlson/Kashani 1988);
- hohe Raten depressiver Störungen bei Verwandten depressiver Kinder sowie erhöhte Vulnerabilität für depressive Störungen bei Kindern depressiver Eltern (Beardslee et al. 1996);
- biochemische Vorgänge, die bei Erwachsenen eine Depression kennzeichnen, wie beispielsweise Dexamethasonsuppression, wurden ebenfalls bei den meisten depressiven Kindern festgestellt (Puig-Antich et al. 1984).

Seit der Einführung des DSM-III wurde Untersuchungen von Depression bei Jugendlichen große Aufmerksamkeit zuteil. Dieses Interesse wurde durch neuere Erkenntnisse über Depression bei Erwachsenen verstärkt, in denen sich Folgendes zeigte (Essau et al. 1999):

- Depression beginnt meist im Jugendalter und tritt vermehrt in der jüngeren Generation auf. Zum Beispiel konnten Lewinsohn et al. (1993) in einem Vergleich von Jugendlichen, die zwischen 1968 und 1971 geboren waren, mit Jugendlichen, die zwischen 1972 und 1974 geboren waren, einen Kohorteneffekt feststellen. So hatten z. B. 7.2 % der Jugendlichen der jüngeren Geburtskohorte im Alter von 14 Jahren eine depressive Episode erlebt, während es in der älteren Geburtskohorte lediglich 4.5 % waren;
- Eine depressive Episode in frühen Jahren erhöht das Risiko zukünftiger Depressionen sowie anderer psychischer Störungen während des Jugendalters (Lewinsohn et al. 1999, 2000; Kovacs et al. 1984; Orvaschel et al. 1995) sowie zu späteren Lebenszeiten in beträchtlichem Ausmaß (Harrington et al. 1990; Lewinsohn et al. 1998a);
- Depressive Störungen mit frühem Beginn tendieren zu Chronizität und gehen mit langfristiger psychosozialer Beeinträchtigung im Erwachsenenalter einher (Regier et al. 1984; Wittchen et al. 1991; Wittchen/Essau 1993a, b). Versucht man, die Belastungen durch Depression in wirtschaftlichen Begriffen auszudrücken, so zeigt ein Bericht von Rice und Miller (1998), dass diese Störungen die kostenaufwändigsten aller psychischen Störungen in den Vereinigten Staaten sind. Im Jahre 1990 betrug die gesamten, durch Depression verursachten Kosten (d. h. Ausgaben für gesundheitliche Versorgung sowie Produktivitätseinbußen bzw. -verlust) 30.4 Milliarden US-Dollar.