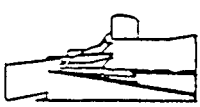
Studien und Berichte 51

Volker Hofmann

Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend

Eine entwicklungs-psychopathologische Längsschnittuntersuchung



Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Volker Hofmann, geboren 1956 in Stuttgart, studierte Elektrotechnik und Psychologie an den Universitäten Stuttgart und Tübingen sowie Psychologie und Soziologie an der Freien Universität Berlin. 1989 Diplom in Psychologie an der Freien Universität Berlin. Seitdem wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in den Forschungsbereichen Entwicklung und Sozialisation sowie Schule und Unterricht.

E 91/1435 + 3

Studien und Berichte
In dieser Reihe veröffentlicht das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung abgeschlossene Forschungsberichte, die vorwiegend eine spezielle Thematik behandeln.

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit der Zustimmung des Instituts gestattet.

© 1991 Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Lentzeallee 94, D-1000 Berlin 33.
Bestellungen erbeten an den Verlag Klett-Cotta, Rotebühlstraße 77, 7000 Stuttgart 1.

GW ISSN 0076-5627
ISBN 3-608-98256-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 13

Zusammenfassung 15

Abstract 16

1. Depression bei Kindern im forschungsgeschichtlichen Rückblick 17

2. Depressive Störungen bei Kindern: Diagnose, Entstehung und Stabilität 23

2.1 Probleme der Diagnose depressiver Störungen bei Kindern 25

2.1.1 „Krankheit", „Störung" und „Syndrom": Der psychiatrische Störungsbegriff und seine Implikationen 27

2.1.2 Unterschiedliche diagnostische Modelle der Kindheitsdepression 33

2.1.3 Quellen der diagnostischen Information 40

2.1.4 Der diagnostische Ansatz des DSM III 43

2.2 Die Entstehung depressiver Störungen bei Kindern 49

2.2.1 Die Kognitive Theorie der Depression und die Entwicklung negativer Selbstschemata 50

2.2.2 „Erlernte Hilflosigkeit" als ätiologischer Faktor der Depression 58

2.2.3 Depression im Licht der Bindungstheorie nach John Bowlby 64

2.3 Das Problem von Stabilität und Veränderung in der Entwicklung 74

2.3.1 Zum Begriff der Stabilität 75

2.3.2 Die entwicklungspsychopathologische Perspektive 78

2.4 Zusammenfassung und Fragestellungen der Untersuchung 83

3. Beschreibung der Stichprobe und des Datenmaterials 90

3.1 Stichprobendesign 90

3.2 Verhaltensbeschreibungen der Interviewer 92

3.3 Der Lehrerfragebogen 93

4. Die Prävalenz depressiver Störungen bei Schuleintritt und die Stabilität von Einzelsymptomen bei Kindern und Jugendlichen 94

4.1 Die Prävalenz der Störung bei Schuleintritt: Untersuchungsweise und Ergebnis 96

4.1.1 Konstruktion eines Klassifikationsschemas auf der Basis von offenen Verhaltensbeschreibungen 97
4.1.1.1 Validität der Verhaltensprotokolle und der Testsituation 97
4.1.1.2 Entwicklung des Klassifikationsschemas 99
4.1.1.3 Interrater-Reliabilität 106
4.1.1.4 Testwiederholungs-Reliabilität 107
4.1.2 Häufigkeit depressiver Störungen im Alter von sieben Jahren – Auswertungsergebnisse der Klassifikation 109
4.1.3 Diskussion der Auswertungsergebnisse 110
4.2 Die Stabilität depressiver Einzelsymptome von der Kindheit bis zur Adoleszenz 113
4.2.1 Das Untersuchungsmodell 114
4.2.2 Verhaltensdimensionen im Schulkontext im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 114
4.2.2.1 Faktorenanalytische Untersuchung des Lehrerfragebogens 115
4.2.2.2 Skalierung und Reliabilität der Verhaltensdimensionen 117
4.2.3 Unterschiede depressiver und nichtdepressiver Kinder: Die differentielle Stabilität depressiver Einzelsymptome 119
4.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse 128

5. Prädiktive Validität der Diagnose depressiver Störungen bei Kindern: Die Stabilität depressiver Muster vom Schuleintritt bis zur Adoleszenz 133
5.1 Untersuchungsmodell 134
5.2 Die Diagnose dysthymer Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren: Depressionsmaß und Klassifikation auf der Basis des Lehrerfragebogens 136
5.2.1 Auswahl der Items nach DSM III – Kriterien der *dysthymen Störung* 136
5.2.2 Depressionsskala im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 139
5.2.2.1 Reliabilität und Validität 139
5.2.2.2 Summenwert für *Depressivität* 140
5.2.3 Klassifikation depressiver Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 141
5.2.4 Häufigkeit der Störung im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 144
5.3 Die Stabilität depressiver Störungen *(Syndromstabilität)* 146
5.3.1 Die Entwicklung der Depressivität der bei Schuleintritt klassifizierten Kinder 147
5.3.2 Die normative Stabilität der Störung 151
5.3.3 Individuelle Entwicklungsmuster der Depression: Das Risiko der Chronizität 152
5.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse 160

6. Geschlechts-, Schicht- und Fähigkeitsunterschiede bei depressiven Kindern und Jugendlichen: Depression und Stichprobenmerkmale 166
6.1 Soziale Schicht 166

6.2 Geschlecht 168
6.3 Allgemeine Fähigkeit bei Schuleintritt 169

7. Depression und Schulleistungen 172

8. Zusammenfassende Überlegungen und Ausblick 175

Anhang 183
A. Basisdimensionen des Verhaltens im Schulkontext: Skalenbeschreibung mit Faktorladungen 183
B. Ratinganweisung zur Klassifikation depressiver Syndrome anhand unstandardisierter Beschreibungen des Verhaltens von siebenjährigen Kindern in einer psychologischen, nichtklinischen Interviewsituation 186
C. Beispiele von Interviewerbeschreibungen der Kinder im Alter von sieben Jahren („first impression") – Vier exemplarische Fälle mit jeweils drei Einzelbeschreibungen durch verschiedene Interviewer 190

Literaturverzeichnis 194

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien des DSM III für die akute depressive Störung *(typische depressive Episode)* 46

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien des DSM III für die chronisch-depressive Störung *(dysthyme Störung)* 47

Tabelle 3: Wichtige Phasen der kindlichen Entwicklung und ihre Entwicklungsaufgaben 81

Tabelle 4: Bezug der Verhaltenskategorien (Typ I) der Inhaltsanalyse zu den diagnostischen Kriterien der *typischen depressiven Episode* des DSM III 101

Tabelle 5: Skalierungsanweisung zur Klassifikation eines Verhaltensprotokolls aufgrund der vorliegenden Haupt- und Begleitsymptome.... 104

Tabelle 6: Charakterisierung der Endklassifikation der Verhaltensprotokolle anhand der Klassifikationen der Einzelprotokolle im Alter von sieben Jahren 106

Tabelle 7: Empirisch gewonnene Klassifikationsmuster nach der zugehörigen Endklassifikation und dem Abweichungsbetrag der dritten Einzelklassifikation 108

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren mit den zugrundeliegenden Einzelklassifikationsmustern der Verhaltensprotokolle 110

Tabelle 9: Varianzaufklärung der vier Faktoren des Lehrerfragebogens nach Varimax-Rotation: Basisdimensionen des Verhaltens in der Schule im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 116

Tabelle 10: *Konzentrationsprobleme* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 121

Tabelle 11: *Sozialer Rückzug* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 123

Tabelle 12: *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 125

Tabelle 13: *Negatives und aggressives Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 127

Tabelle 14: Depressionsskala aus 20 Items des Lehrerfragebogens, basierend auf Diagnosekriterien der *dysthymen Störung* (DSM III) 138
Tabelle 15: Kennwerte des Summenwertes *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 140
Tabelle 16: Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 148
Tabelle 17: Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik, dem allgemeinen Fähigkeitsniveau und der Intelligenz mit 7 Jahren (Ergebnisse der einfaktoriellen Kovarianzanalyse mit Meßwiederholung) 150
Tabelle 18: Longitudinale individuelle Entwicklungsmuster depressiver Störungen 155
Tabelle 19: Notenmittelwerte im Alter von 9 bis 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung) 174

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichprobendesign der Längsschnittuntersuchung 92

Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren in Abhängigkeit vom allgemeinen Fähigkeitsniveau der Kinder bei Schuleintritt 112

Abbildung 3: Das Meßmodell zur Untersuchung der *Symptomstabilität* depressiver Störungen im Alter von 7 bis 15 Jahren 114

Abbildung 4: Entwicklungsveränderungen von *Konzentrationsproblemen* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren 121

Abbildung 5: Entwicklungsveränderungen von *sozialem Rückzug* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren 122

Abbildung 6: Entwicklungsveränderungen von *hilflosem/ängstlichem Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren 124

Abbildung 7: Entwicklungsveränderungen von *negativem und aggressivem Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren 126

Abbildung 8: Das longitudinale Meßmodell zur Untersuchung der *Entwicklung* depressiver Störungen 135

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung des Summenwertes *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren 141

Abbildung 10: *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren 148

Abbildung 11: *Normative Stabilität* des Summenwertes Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren: Produktmomentkorrelationen 152

Abbildung 12: Entwicklungspfade der depressiven Störung vom frühen Schulalter bis in die Adoleszenz (7 bis 15 Jahre) 154

Abbildung 13: *Alter des erstmaligen Auftretens* einer depressiven Symptomatik bei depressiven Kindern von 9, 12 und 15 Jahren 157

Abbildung 14: *Kumulatives Auftretensrisiko* einer depressiven Störung innerhalb eines Zeitraumes von acht Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik im Alter von sieben Jahren (mit Vergleichsdaten von Kovacs & Gatsonis, 1989) 159

Abbildung 15: Relative Häufigkeit depressiver Störungen in *Mittel-* und *Unterschicht* im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren 167
Abbildung 16: Relative Häufigkeit depressiver Störungen bei *Jungen* und *Mädchen* im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren 168
Abbildung 17: Relative Häufigkeit depressiver Störungen im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit vom *allgemeinen Fähigkeitsniveau bei Schuleintritt* 170
Abbildung 18: *Schulnotenmittelwerte* im Alter von 9 bis 15 Jahren in Abhängigkeit von depressiven Symptomatiken im Alter von 7 Jahren 173

Danksagung

Die Idee zur vorliegenden Untersuchung entstand im Rahmen meiner Mitarbeit im Projekt *Kindliche Entwicklung und soziale Struktur,* einer Langzeitstudie zur kognitiven und psychosozialen Entwicklung isländischer Schulkinder. Bei der Durchsicht des Datenmaterials nach Indizien für pathogene Verhaltensmuster hat mich T. Jacobsen auf den diagnostischen Wert der Verhaltensprotokolle hingewiesen, deren Inhalt später die diagnostische Grundlage dieser Studie bildete. Für diesen Hinweis, wie auch für ihre Mitarbeit, Diskussionsbereitschaft und Kritik bei meiner Auswertung der Protokolle möchte ich ihr an erster Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen. In gleicher Weise gilt mein Dank W. Edelstein und M. Zaumseil, den wissenschaftlichen Betreuern dieser Arbeit. W. Edelstein hat mit viel Geduld, Hilfsbereitschaft und pädagogischer Nachsicht meine Texte durchgesehen und mir in seiner Funktion als Projektleiter sowohl das notwendige Datenmaterial als auch die technische Einrichtung des Projektes in großzügiger Weise zur Verfügung gestellt. M. Zaumseil gewährleistete die Anbindung der Studie an die Freie Universität Berlin und machte unter anderem auch damit ihr Entstehen möglich. Mein besonderer Dank gilt daneben G. Spiel für seine kritische Lektüre meines Manuskriptes, seine Literaturhinweise und seine Kommentierung der derzeit gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme.

Allen Mitarbeitern des Projektes *Kindliche Entwicklung und soziale Struktur* sowie allen Mitarbeitern des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, die am Werden dieses Buches mitgewirkt haben, möchte ich an dieser Stelle für ihre Mitarbeit und Unterstützung herzlich danken. K. Grunz hat mir beim Abschreiben der Protokolle viel Arbeit abgenommen. J. Baumgarten hat in einfühlsamer und konstruktiver Weise mein Manuskript redaktionell überarbeitet. P. Wittek hat mich während der Endkorrektur noch auf einige stilistische „Kanten" des Textes hingewiesen. R. Hoffmann hat das Manuskript überaus sorgfältig und mit viel Geduld für meine nachträglichen Korrekturen in den Drucksatz verwandelt. Für den Umbruch danke ich U. Kuhnert sowie für die technische Fertigung den Mitarbeitern der Druckerei des Instituts.

Mein Dank richtet sich darüber hinaus an alle mir nahestehenden Menschen, die mich während der Arbeit an dieser Studie begleitet haben und mir in schwierigen Phasen beistanden. I. Mainz, U. Czuka, R. Thiele und A. Wagner haben es mir mit ihrem Verständnis, ihrer Toleranz, ihrer Liebe und Hilfsbereitschaft ermöglicht, diese Arbeit zu vollenden. Schließlich fühle ich mich auch allen Menschen verbunden, die auf meinem bisherigen Weg für mich Lehrer und Vorbilder waren. Ohne ihre Anregung und Ermutigung wäre dieses Buch nicht zustande gekommen.

Vorwort

Die vorliegende Studie depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugendalter ist ein Teil der längsschnittlichen Untersuchung der kognitiven, sozio-moralischen und affektiven Entwicklung im sozio-kulturellen Kontext, die unter dem Namen „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" seit 1976 durch das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung an einer städtischen und einer ländlichen Stichprobe des Geburtsjahrgangs 1969 in Island durchgeführt wird (Edelstein, Keller, & Schröder, 1989). Das Forschungsprogramm hat die Rekonstruktion, Beschreibung und Vorhersage der Entwicklung unter Berücksichtigung der intraindividuellen Dynamik und der interindividuellen Unterschiede intraindividueller Entwicklungsverläufe zum Ziel und ist so angelegt worden, daß es einen Beitrag nicht nur zur Ontogenese kognitiver Kompetenzen und Persönlichkeitsstrukturen, sondern auch zu der neu sich formierenden Entwicklungspathologie (Sroufe & Rutter, 1984) sollte leisten können. Kohlberg, LaCrosse und Ricks (1972) hatten gezeigt, daß spätere psychiatrische und Verhaltensauffälligkeiten vor allem auf der Grundlage relativ diffuser Störungen in den Bereichen schulischer Leistung und sozialer Interaktion, nicht aber aufgrund spezifischer Diagnosen im Kindesalter vorhergesagt werden können. Entsprechend war die Stichprobe aufgrund einer vor allem am Leistungs- und Interaktionsbereich orientierten Entwicklungsdiagnose zu Beginn der Schule (mit sieben Jahren) so ausgewählt worden, daß die Untersuchung zugleich als prospektive Studie „anfälliger Kinder" (Garmezy, 1974) durchgeführt werden konnte.

Mit dem Erfolg eines auf die „Laiendiagnose" des allgemeinen – vor allem entwicklungsabhängigen – Verhaltens gestützten Verfahrens zur Identifikation der anfälligen beziehungsweise auffälligen Kinder hat Volker Hofmann den entwicklungspsychopathologischen Grundsatz bestätigt, daß die Herausbildung pathologischer Auffälligkeiten im Kontext der allgemeinen Entwicklung und ihrer Dynamik zu verorten und zu begreifen ist. Nicht nur stellen die für eine nichtklinische Stichprobe überraschende Prävalenz und die hohen Stabilitäten früher depressiver Störungen selbst wichtige Befunde mit einer Fülle klinischer und schulpraktischer Implikationen dar; sie belegen auch die psychometrische Qualität der diagnostischen Verfahren und die Leistungsfähigkeit des Untersuchungsansatzes. Vor allem sind wir mit der von Volker Hofmann in einer „normalen" Population durchgeführten Längsschnittstudie einer genuin entwicklungspsychologischen Analyse depressiver Störungen im Entwicklungsverlauf sehr viel näher gekommen: Die Ätiologie der Depression, die Risikofaktoren und -mechanismen, die ihren Ausbruch in Kindheit und Jugend begünstigen, die protektiven Faktoren, die ihn verhindern oder aber den Verlauf mildern, können nunmehr in

weiterführenden Untersuchungen an der gleichen Stichprobe intensiv analysiert werden (vgl. Rutter, 1990). Mit seiner schönen Studie hat Volker Hofmann den Weg gewiesen, wie die Erforschung von (potentiell) klinischen Störungen und Auffälligkeiten den vergleichsweise engen Rahmen psychiatrischer und pädiatrischer Forschung überschreiten und in eine vorwiegend „normativ" orientierte Entwicklungstheorie eine Dynamik einbringen kann, die deren Erklärungskraft in ähnlicher Weise erweitert, wie dies die Einführung einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive für die Kinderpsychiatrie geleistet hat.

Wolfgang Edelstein

Zusammenfassung

Existenz, Häufigkeit und Ursachen depressiver Störungen bei Kindern im Schulalter sind neuerdings vermehrt Gegenstand klinisch-psychologischer und pädiatrisch-psychopathologischer Forschung geworden. Die vorliegende Untersuchung beschreibt aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive Forschungsgeschichte, Modelle und diagnostische Probleme depressiver Störungen bei Kindern im präadoleszenten und adoleszenten Alter. Anhand einer longitudinalen Stichprobe unter isländischen Kindern im Alter von 7 bis 15 Jahren (N = 88) werden individuelle und syndromspezifische Entwicklungsverläufe und Verhaltenskorrelate depressiver Störungen im Schulkontext analysiert. Dazu wurden neue Instrumente der Lehrerbeobachtung zur Diagnose depressiver Reaktionen entwickelt und deren Validität ermittelt. Diese Instrumente dienten auch der Untersuchung der prädiktiven Validität und des Chronizitätsrisikos der Störung. Zudem wurden erste Schätzungen von Prävalenzen der Störung unter Berücksichtigung von Schicht- und Geschlechtsunterschieden für die städtische Bevölkerung Islands vorgenommen sowie ihre Auswirkungen auf allgemeine Schulleistungsmerkmale untersucht.

Die Studie ist auch im Zusammenhang mit gegenwärtigen Kontroversen um den nosologischen Status der depressiven Störung bei Kindern zu sehen, die sich insbesondere um das altersspezifische Symptombild sowie um die Vorhersagekraft der Diagnose drehen. Im derzeit weltweit gebräuchlichsten psychiatrischen Klassifikationssystem (DSM III) wird davon ausgegangen, daß die Störung in ihrem Erscheinungsbild bei Kindern grundsätzlich dem bei Erwachsenen gleicht. Dies konnte auf der Grundlage beobachtbarer Verhaltenssymptome in der vorliegenden Untersuchung für die mittlere Kindheit und Adoleszenz weitgehend bestätigt werden. Des weiteren konnte gezeigt werden, daß frühe depressive Zustandsbilder bis in die Pubertät sehr stabil sind und einen hohen Risikofaktor für den chronischen Verlauf der Störung und für eine Beeinträchtigung des Sozial- und Leistungsverhaltens darstellen. Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit verschiedenen theoretischen Ansätzen zur Depression (Bindungstheorie, Kognitive Theorie der Depression und gelernte Hilflosigkeit) diskutiert und in einen übergreifenden entwicklungspsychopathologischen Rahmen eingeordnet.

Abstract

The prevalence and the causes of depressive disorders in school-aged children have recently become a major topic of psychological, psychiatric, and pediatric research. Within a clinical developmental perspective, the present study has been designed to examine various models of depressive disorders in pre-adolescent and adolescent children. Individual and syndrome-specific developments as well as behavioral correlates of depressive disorders were examined in a school-specific context using a longitudinal sample that involved Icelandic children 7 to 15 years of age (N = 88). New instruments for the diagnosis of depressive behaviors within school-specific contexts were developed, and the validity of these instruments was determined. These instruments were also used for the investigation of predictive validity and the risk of chronicity in depressive disorders. Initial estimates of the prevalence of depressive disorders with regard to class and sex differences were undertaken for the Icelandic urban population. Also the effects of the depressive disorder on school-related performance were investigated.

The study is situated in the context of the current debate regarding the nosological status of depressive disorders in children. The debate centers specifically on the question of age-related diagnostic criteria and the predictive power of the diagnosis of depressive disorders in children. The most commonly used psychiatric classification system *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III)* emphasizes that, in principle, the phenotype of affective disorders in children is consistent with that of adults. Evidence resulting from this study largely confirms this position for middle childhood and adolescence on the basis of observable behavioral symptoms. A high degree of stability in early depressive states was observed into puberty, and the evidence indicated that early depressive states represent a high risk factor for the chronic course of depressive disorders as well as for impairment of social behavior and performance. The results of the study are discussed in conjunction with various theoretical models of depression (attachment theory, cognitive theory of depression, and learned helplessness), and were tentatively integrated into a general framework of developmental psychopathology.

Kapitel 1
Einleitung: Depression bei Kindern im forschungsgeschichtlichen Rückblick

Verglichen mit anderen Störungen im Kindesalter ist die depressive Störung bei Kindern ein relativ junges und noch immer umstrittenes Forschungsthema. Reflektiert wird diese Tatsache vielleicht am besten dadurch, daß auch in der neuesten, überarbeiteten Ausgabe des *Diagnostical and Statistical Manual (DSM III-R)* der American Psychiatric Association (1987) keine eigenständige Kategorie für depressive Störungen bei Kindern aufgenommen wurde. Diese sind statt dessen unter den affektiven Störungen der Erwachsenen zu finden. Prävalenzen präpubertärer depressiver Störungen sind nicht angegeben. Dies spiegelt auch den empirischen Stand der Forschung wider: Epidemiologische Untersuchungen der Kindheitsdepression sind noch immer selten. Wie ist diese Subsumption kindlicher Störung unter eine auf Erwachsene bezogene psychopathologische Klassifikation zu verstehen?

Wirft man einen Blick auf die jüngste Geschichte dieses Forschungsthemas, so fällt zunächst die in den letzten 10 bis 15 Jahren sprunghaft angestiegene Zahl der Publikationen zur Kindheitsdepression auf. Allein 1987 ergab eine computergestützte Literaturrecherche über 100 Nennungen in amerikanischen Literaturdatenbanksystemen. Im Gegensatz dazu findet sich in den vierziger und fünfziger Jahren kaum Literatur zu diesem Thema. Eine Ausnahme stellen hier die Arbeiten von Spitz zur sogenannten „anaklitischen Depression" dar. Spitz beschrieb ein typisches klinisches Bild hospitalisierter Kleinkinder im Alter von 6 bis 12 Monaten, mit Symptomen wie Weinen, Rückzugsreaktionen, Apathie, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit und verzögerter Entwicklungsrate, Symptome, die an typische depressive Erscheinungsformen bei Erwachsenen erinnern. Unter der Bezeichnung „Hospitalismus" wurde dieses Phänomen Ausgangspunkt einer langwährenden Debatte über die möglichen Ursachen dieser frühkindlichen pathologischen Reaktionsform. Spitz verstand diese Symptomatik als eine basale psychophysiologische Deprivationsreaktion, mit der die Kinder auf den frühen Verlust einer stabilen Bindungsfigur (Mutter) reagierten. Die spätere Kritik an Spitz bezog sich inhaltlich in erster Linie darauf, daß für diese frühkindliche Reaktion ebenfalls andere, mehr auf der physischen Ebene liegende Ursachen geltend gemacht werden können, da das Symptombild auch an Begleiterscheinungen von körperlichen Krankheiten erinnert. Mit diesen Arbeiten hatte jedoch die Annahme, daß Kinder unter depressionsähnlichen Zuständen leiden können, Eingang in die Literatur gefunden. Sie können daher als ein erster Meilenstein zur Erforschung der kindlichen Depression angesehen werden.

1952 veröffentlichte die Zeitschrift *The Nervous Child* zwar zum ersten Mal einen Artikel, der die manisch-depressive Krankheit bei Schulkindern zum Thema hatte,

jedoch galten damals depressive Störungen bei Kindern vor der Pubertät als nicht existent. Diese allgemein geteilte Ansicht fußte im wesentlichen auf der klassisch-psychoanalytischen Lehrmeinung, nach der eine präpubertäre Depression aufgrund mangelhaft ausgebildeter Über-Ich-Strukturen und der damit fehlenden Identifikation mit dem gehaßten Objekt theoretisch nicht möglich ist (Rochlin, 1959).

Entgegen dem psychoanalytischen Dogma begann sich in den sechziger Jahren eine Sichtweise durchzusetzen, die man als vorsichtiges In-Betracht-Ziehen depressiver Leidenszustände bei Kindern vor der Pubertät bezeichnen könnte: Es wurde nicht mehr ex cathedra ausgeschlossen, daß dies prinzipiell möglich sei, doch galt es zunächst noch als relativ gesichert, daß das Erscheinungsbild der Depression bei Kindern nicht dem bei Erwachsenen gleiche. Es wurde angenommen, daß bestimmten beobachtbaren Verhaltensweisen und Störungen wie etwa Bettnässen, somatischen Beschwerden, Verhaltens- und Lernstörungen, sozialer Rückzug und Delinquenz eine Depression zugrunde liegt (*masked depression*, z. B. Glaser, 1968). Begründet wurde diese Sichtweise mit der mangelnden Fähigkeit der Kinder, ihr Leiden reflektieren und sprachlich ausdrücken zu können. Es wurde vielmehr angenommen, daß Kinder durch „Ausagieren" ihre inneren Spannungen zum Ausdruck bringen. Es lassen sich aber auch tieferliegende Gründe für das Aufkommen des Konzeptes der „verdeckten Depression" ausmachen: Sandler und Joffe (1965) weisen darauf hin, daß üblicherweise das Kind zur Behandlung gebracht wird, weil seine Symptome andere stören, und

„in this connection we have to allow for the widespread adult conspiracy to deny any state in the child which smacks of depression, and to take active steps – often with some degree of success – to persuade the child that he is not unhappy" (Sandler & Joffe, 1965, S. 89).

Dieses Konzept erwies sich auf längere Sicht als unzureichend, da sich zum einen die Anzeichen mehrten, daß eine depressive Symptomatik nur teilweise durch andere Merkmale überlagert, also nur partiell „verdeckt" wird, wie das auch manchmal bei Erwachsenen der Fall ist: Auch depressive Erwachsene klagen oft über Beschwerden, die nur mittelbar auf eine Depression hinweisen (z. B. somatische Beschwerden). Zum anderen erwies sich eine diagnostische Kategorie, die mehr oder weniger das ganze Spektrum pädo-psychopathologischer Symptome umfaßt, schon forschungspraktisch als nicht haltbar.

Im August 1971 fand in Stockholm der vierte Kongreß der Europäischen Pädopsychiater mit dem Thema „Depressive Zustände in Kindheit und Adoleszenz" statt. Eines der wesentlichen Ergebnisse dieses Kongresses war, „that depressive states account for an important and relatively large share of mental disorders in children and adolescents" (Annell, 1971).

Somit erlangte das Konzept der kindlichen Depression erstmals allgemeine Akzeptanz. Etliche Autoren vertraten in der Folge die Ansicht, daß diese Störung bei Kindern bisher weitgehend unterdiagnostiziert wurde. Kindliche und erwachsene Form der Depression wurden nunmehr als im Grunde vergleichbar angesehen, jedoch besteht auch heute noch Uneinigkeit hinsichtlich der konkreten operationalen Definition von depressiven Störungen bei Kindern, das heißt bei den altersgerechten Diagnosekriterien.

Aufgrund der uneinheitlichen Konzeptualisierung depressiver Störungen bei Kindern lassen die bisher vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen nur sehr ein-

geschränkt erkennen, wie verbreitet diese Störung in klinischen und normalen Populationen ist. Unter den wenigen Studien, die die allgemeine Häufigkeit depressiver Störungen in nicht-klinischen Populationen aufzuklären versuchen, finden sich Inzidenzraten von 0,15 Prozent bei 10- bis 11jährigen Kindern der Isle of Wight (Rutter, 1970) bis zu 13 Prozent bei 6- bis 11jährigen Kindern aus dem mittleren Texas (Worchel, Nolan et al., 1987). Die Unterschiede in klinischen Stichproben sind noch weitaus bedeutender: Die Häufigkeit klinisch diagnostizierter Depression schwankt hier zwischen 0,8 Prozent bei türkischen Kindern aus psychiatrischen Kliniken und 58 Prozent bei US-amerikanischen Kindern einer Erziehungsberatungsstelle (zitiert nach Kashani, Husain et al., 1981)! Inwieweit hier neben kulturellen Unterschieden in der „Generierung" von kindlichen Depressionen auch Unterschiede in der Bereitschaft der Kliniker und Forscher, diese Diagnose zu stellen, ausschlaggebend sind, kann beim derzeitigen Stand der Forschung zwar nicht sicher beantwortet werden, ist aber auf dem Hintergrund der forschungsgeschichtlichen Entwicklung der Kindheitsdepression als wahrscheinlich anzunehmen. Auch die bisher vorliegenden Ergebnisse zur Entwicklung, zum Verlauf und zu differentiellen Ausprägungen dieser Störung bei Kindern und Jugendlichen sind aus dem Blickwinkel des bislang vorherrschenden Mangels an einer einheitlichen und angemessenen Konzeptualisierung zu betrachten: Ungeklärt sind zum Beispiel die Ursachen für ein mehrfach beobachtetes massives Ansteigen und „Umschwenken" der Prävalenzrate für Jungen und Mädchen zu Beginn und im Verlaufe der Pubertät: Während vorher etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen unter depressiven Symptomen leiden, scheint sich die Geschlechterverteilung während der Pubertät umzukehren: Am Ende der Pubertät und im Erwachsenenalter tritt die Störung bei Mädchen/Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Jungen/Männern und hat sich insgesamt gesehen verdreifacht bis verzehnfacht (vgl. Rutter, 1986). Andererseits zeigen ältere, bis ins Erwachsenenalter hineinreichende Längsschnittstudien, daß bereits im Kindesalter diagnostizierte depressive Störungen sich zu einem erheblichen Teil bis in die späte Pubertät und ins frühe Erwachsenenalter fortsetzen (Poznanski & Zrull, 1970; Poznanski, 1980/81; Zeitlin, 1986). Diese Studien weisen jedoch methodische Schwächen auf und sind daher nur mit Vorsicht interpretierbar.

Etwas provokativ könnte man die hier kurz umrissene Forschungsgeschichte der kindlichen Depression unter individualpsychologischem Blickwinkel mit der für Abwehrprozesse typischen Sequenz „leugnen", „bestreiten" und „zunehmendes Akzeptieren" charakterisieren. Dieser Prozeß der kollektiven Bewußtwerdung kindlicher Leidenszustände innerhalb der Forschergemeinschaft – gewissermaßen gegen den Strom theoretisch-dogmatischer Konzeptualisierungen – scheint jedoch noch nicht abgeschlossen zu sein: Neben den Fragen nach der entwicklungsabhängigen Symptomatik, der Prävalenz und der Stabilität der Störung ist nämlich bisher auch ungeklärt geblieben, welche Ursachen für die Störung angenommen werden müssen, und in welcher Entwicklungsphase Kinder beziehungsweise Jugendliche besonders sensibel sind, depressive Störungen zu entwickeln. Einige Autoren (Graham, 1980; Rutter, 1987) nehmen nach wie vor an, daß Kinder vor der Pubertät entwicklungstheoretisch gesehen noch nicht in der Lage seien, Depressionen zu entwickeln, da ihnen die kognitiven Voraussetzungen dafür fehlten. Insbesondere um Symptome wie Suizid- und Wertlosig-

keitsgedanken sowie Hoffnungslosigkeit zu entwickeln, bedarf es nach ihrer Ansicht der Fähigkeit zur Metakognition und zu einer realistischen Zeitwahrnehmung, mithin des Erwerbs formaler Operationen im Sinne der Theorie Jean Piagets (Piaget & Inhelder, 1977). Mehr noch: Aus diesen Überlegungen wird sogar abgeleitet, daß Kinder vor Erreichen der Pubertät möglicherweise vor Depressionen „geschützt" seien (vgl. Rutter, 1987). Das Ansteigen der Prävalenzrate zur Pubertät hin wird oft in diesem Zusammenhang gesehen und erklärt. Ob dieser Standpunkt heute noch aufrechterhalten werden kann, ist zumindest fraglich: Es mehren sich die Hinweise, daß Kinder mit frühen depressiven Störungen ein weit höheres Risiko einer erneuten Erkrankung tragen, und daß ihre kognitive Entwicklung sogar durch die Störung beeinflußt und verlangsamt wird. Darauf wird im folgenden noch genauer einzugehen sein.

Zusammenfassend kann man also davon ausgehen, daß der nosologische Status der Störung, also das Festschreiben als psychiatrische Störungskategorie (mit allen damit verbundenen Konsequenzen, also etwa den Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems), zumindest in bezug auf kindliche, präpubertäre Formen noch nicht gesichert ist. In der Hauptsache fehlen hierzu Nachweise, daß es sich um eine dauerhafte und ernst zu nehmende Störung handelt, die möglicherweise sogar pathologische Prozesse im Erwachsenenalter nach sich zieht („prädiktive Validität"). Die vorliegende längsschnittliche Untersuchung widmet sich daher in der Hauptsache dem Problem dieses Nachweises. In diesem Zusammenhang werden auch die Möglichkeiten zur Früherkennung der Störung diskutiert und empirisch untersucht, insbesondere im Zusammenhang mit erweiterten Möglichkeiten der Diagnose unter Verwendung von Laien- und Lehrerurteilen. Die Hauptthesen der vorliegenden Arbeit lauten, daß depressive Störungen bereits im frühen Schulalter vorkommen können (möglicherweise sogar noch früher), daß sie häufiger auftreten, als bisher allgemein angenommen wurde, daß die Störung in ihrer Symptomatik im Verlaufe der mittleren Kindheit und Adoleszenz relativ stabil bleibt, und daß sie durch Laienbeschreibungen sowie Verhaltensbeobachtungen in der Schule reliabel und valide diagnostiziert werden können.

Methodisch gesehen lassen sich Fragestellungen wie die nach dem Verlauf und der Entwicklungsabhängigkeit einer Störung nur innerhalb von Längsschnittstudien eindeutig verfolgen, die sich in diesem Fall über einen beträchtlichen Zeitraum erstrecken müssen, da bei der Entwicklung depressiver Störungen der Zusammenhang zwischen dem Beginn der mittleren Kindheit und der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter von besonderem Interesse ist. Doch leider mangelt es bisher an Studien, die den Verlauf depressiver Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen systematisch untersucht haben. Longitudinale Untersuchungen über einen solchen Zeitraum sind heute nur mit großem Aufwand an Personal und Geldmitteln, einer gesicherten institutionellen Basis und mit einem „langen Atem des Interesses" durchführbar. Neben den erheblichen Anstrengungen, die nötig sind, um die Stichprobe zu „pflegen", um allzu große Ausfälle von Probanden über den Untersuchungszeitraum zu verhindern, liegt ein weiteres Problem solcher Studien darin, daß die Untersuchungsinstrumente mit dem heute üblichen schnellen Wandel in den empirischen Sozialwissenschaften veralten und oft aktuellen Fragestellungen nicht mehr angepaßt sind. Dies gilt teilweise

auch für die Längsschnittstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (Edelstein, 1979; Edelstein, Schröder et al., 1984; Edelstein, Keller et al., 1990), deren eines Teilprojekt die vorliegende Untersuchung darstellt. Bei der Planung der Studie Mitte der siebziger Jahre war nicht vorherzusehen, daß das Interesse an depressiven Störungen bei Kindern sich in den kommenden Jahren zu einem wichtigen Gebiet entwicklungspsychologischer und klinischer Forschung entwickeln würde. Daher konnte innerhalb der vorliegenden Untersuchung nicht auf gängige Diagnoseverfahren depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen zurückgegriffen werden. Dennoch erschien es äußerst reizvoll, das umfangreiche Datenmaterial einer bereits in wesentlichen Teilen vorliegenden Langzeitstudie zu nutzen, um in einigen der im Bereich der Kindheitsdepression derzeit drängenden Fragen einer Antwort näher zu kommen. Es wurde daher versucht, aus dem vorliegenden Material der Studie diagnostische Instrumente zu entwickeln, die sich soweit wie möglich an derzeit gültige Forschungsstandards in diesem Bereich anlehnen. Die Entwicklung dieser Instrumente wird ausführlich in den Kapiteln 4 und 5 beschrieben.

Im zweiten Kapitel werden zunächst die allgemeinen diagnostischen Probleme depressiver Störungen bei Kindern näher betrachtet, und es werden theoretische Modelle zu Ursachen und psychologischen Mechanismen der Störung im Hinblick darauf untersucht, was sie zum Verständnis des Störungsverlaufs beitragen können. Anschließend werden die Fragestellungen für die empirische Untersuchung präzisiert.

Das dritte Kapitel widmet sich den Merkmalen der untersuchten Stichprobe und des verwendeten Datenmaterials. Sie sind Teil einer umfassenden Längsschnittstudie an isländischen Schulkindern, die am Beispiel Islands sozial differentielle Entwicklungsverläufe von Kindern unter den Bedingungen rascher gesellschaftlicher Modernisierung zu identifizieren versucht (Edelstein, 1979).

Beginnend mit Kapitel 4 werden die Ergebnisse des empirischen Teils der Arbeit dargestellt. Nach der differenzierten Beschreibung des aus dem Datenmaterial entwickelten Klassifikationsschemas und seiner Meßqualität werden zunächst die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt, die sich mit der Auftretenshäufigkeit der Störung und der zeitlichen Konstanz und Variabilität des Symptombildes von der mittleren Kindheit bis zur Adoleszenz befassen. Im fünften Kapitel werden dann nach der Beschreibung eines weiteren Diagnoseverfahrens verschiedene Stabilitätsindikatoren untersucht, die Aufschluß über den differentiellen und individuellen Entwicklungsverlauf der Störung geben. Dabei wird gezeigt werden, daß für Kinder mit frühen depressiven Reaktionen das Risiko eines erneuten Auftretens der Störung sehr hoch ist.

Die Kapitel 6 und 7 beschäftigen sich mit weiteren Unterschieden im Vorkommen depressiver Reaktionen in bezug auf Jungen und Mädchen, Unter- und Mittelschicht, Kinder mit hohem und niedrigem allgemeinen Fähigkeitsniveau sowie mit den Schulleistungen depressiver Kinder. Schließlich werden im abschließenden achten Kapitel die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert und ein Blick auf notwendige zukünftige Forschungsschwerpunkte im Bereich depressiver Störungen bei Kindern geworfen.

Am Ende dieser einleitenden Darstellung soll Fritz Riemann (1984) das Wort haben, der in einfacher, prägnanter und einfühlsamer Weise die seelische Problematik

depressiver Menschen geschildert hat. Riemann gibt einen Einblick in Ursachen, Problematik und Folgen der depressiven Störung bei Kindern:

„Das unter Mangelerlebnissen und Versagungen aufgewachsene Kind lernt es (...) früh, zu verzichten. Es wird zum stillen, anspruchslosen Kind, das schüchtern und angepaßt, für die Eltern sehr bequem ist, die hinter diesen Verhaltensweisen die Depression nicht erkennen. Es ist so daran gewöhnt, sich zurückzustellen, keine Ansprüche zu haben, daß es auch später immer auf andere ausgerichtet ist und deren Forderungen und Erwartungen zu erfüllen bemüht ist. Es hat der Welt zuwenig an Eigen-Sein entgegenzustellen, ist zuwenig Subjekt und wird so zum Objekt anderer." (Riemann, 1984, S. 83)

Kapitel 2
Depressive Störungen bei Kindern: Diagnose, Entstehung und Stabilität

Die eingangs dargestellte Forschungsgeschichte machte deutlich, daß es bislang noch nicht als geklärt gelten kann, ob der depressiven Störung bei Kindern der Stellenwert einer nosologischen Kategorie zukommt. Psychiatrische Klassifikationssysteme enthalten als eine wesentliche konstituierende Komponente des Störungsbegriffs die sogenannte prädiktive Validität, das heißt die zeitlich stabile und vorhersagbare Entwicklung eines Syndroms. Der Frage, ob es sich bei der kindlichen Depression um eine zeitlich singuläre und wenig entwicklungsstabile Störung handelt, oder ob depressive Störungen bei Kindern von weitergehender Bedeutung auch für Störungen im Erwachsenenalter sind, kommt daher eine erhebliche Bedeutung zu. Wenn etwa gezeigt werden könnte, daß dieses Syndrom als abgrenzbare Störungseinheit nicht nur seine Bedeutung in der Kindheit hat und dort identifiziert werden kann, sondern darüber hinaus einen typischen und stabilen Entwicklungsverlauf aufweist, dessen Auswirkungen noch in der Pubertät oder gar im Erwachsenenalter aufgezeigt werden können, so wäre ein weiterer Schritt dahingehend getan, daß der Störung ein größerer Stellenwert in psychiatrischen Klassifikationssystemen eingeräumt wird. Dies wiederum ist, wie Achenbach und Edelbrock (1983) hervorheben, von nicht unerheblicher Bedeutung für die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten einer psychischen Beeinträchtigung. Die „Anerkennung" einer Störung als nosologische Kategorie hat Konsequenzen für die Finanzierung von gesundheitlichen Versorgungsstrukturen wie auch für die Kommunikation unter klinischem Fachpersonal. Darüber hinaus, so muß man hinzufügen, bedeutet eine solche Anerkennung längerfristig immer auch eine Sensibilisierung für die Probleme der (in diesem Fall depressiven) Kinder auf seiten der Eltern, Lehrer und anderen Erwachsenen, bei denen Kinder potentiell Hilfe erhalten können. Die Frage, ob depressive Symptomatiken eine Störung im psychiatrischen Sinne darstellen, ist also mit anderen Worten äußerst wichtig für das Schicksal von an solchen Symptomen leidenden Kindern. Aber was ist ihr Schicksal? Anstelle einer trockenen wissenschaftlichen Beschreibung ist es vielleicht angebracht, an dieser Stelle eine zwar bereits klassische, aber immer noch treffende Momentaufnahme einzublenden, die die Situation eines an einer akuten depressiven Störung leidenden Schulkindes mit plastischen Worten schildert. Das Zitat stammt aus den Berliner „Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters" von A. Homburger aus dem Jahre 1926 (!):

„Das Kind ist in seinem ganzen Handeln hochgradig verlangsamt. Das zeigt sich am deutlichsten am Morgen, und wenn das Handeln einem Ziel zustreben muß. Das Tragen des Schulsackes ist mühsam, wie alles andere Handeln. Die Hemmung, die auch das Denken und Entschließen befällt, tritt in der Schule kraß zutage. Das Schreiben ist erschwert, die Stimme leise, es fällt dem Kind nichts mehr ein, es kann dem

Unterricht nicht mehr folgen; wenn es älter ist, sagt es das selbst. Es merkt sein Ungenügen, leidet, ist zum Teil deshalb weinerlich. Da das Kind in die Schule schleicht, geht es sicher nicht wie andere gesunde Kinder in einer fröhlich lachenden, sich gegenseitig neckenden Gruppe. Das depressive Kind ist verlassen, steht in den Pausen auf dem Schulplatz abseits. Auf Fragen sagt es, es wisse nicht, weshalb es sich so verhalte; es schweigt oder bricht in Tränen aus. Am Ende einer Unterrichtsstunde gibt es vielleicht ein leeres Blatt ab. Stundenlang sitzt es vor einer Hausaufgabe und bringt nichts zustande. Wenn es einmal so weit gekommen ist, dann bleibt manches Kind dem Unterricht überhaupt fern, verläßt zwar am Morgen das Elternhaus, treibt sich herum oder kauert in einem Winkel, nur noch darauf bedacht, ungefähr zur rechten Zeit wieder daheim zu sein.

Unaufmerksame Eltern und Lehrer merken oft lange nicht, daß das Kind krank ist. Sie machen ihm Vorwürfe, es wird bestraft, bis ein plötzlicher Affektausbruch mit Klagen über seinen Zustand die Situation enthüllt. Dann kommt das Forschen nach Ursachen, das kaum je Erfolg hat. Klagen über körperliches Unbehagen und Schmerzen führen oft auf eine falsche Fährte." (Homburger, 1926, S. 465 f., zitiert nach Kuhn, 1988, S. 165)

Wenngleich es sich bei dieser Schilderung sicherlich um einen schweren Fall einer akuten kindlichen Depression handelt, kann man sich die Auswirkungen eines solchen Leidens bei längerem Andauern oder stetiger Wiederkehr unschwer vorstellen. Abgesehen von den Beeinträchtigungen in den schulischen Leistungen durch seine Leistungshemmung wird dieses Kind mit einiger Sicherheit auf längere Sicht auch in seinen sozialen Kontakten zunehmend isoliert sein und sich möglicherweise sogar in einer Außenseiterrolle unter seinen Schulkameraden wiederfinden. Wenn es keine Unterstützung bei Eltern oder anderen Erwachsenen findet, werden sich die Probleme des Kindes mit dem Eintritt in die Pubertät und ihren zusätzlichen Entwicklungsanforderungen möglicherweise noch verschärfen. Jedoch ist noch allzu wenig bekannt darüber, ob diese Beeinträchtigungen etwa, wie bei Erwachsenen, andauernder oder stets wiederkehrender Natur sind, oder ob sie singuläre Erscheinungen sind, die keine Bedeutung für kommende Entwicklungsabschnitte haben. Oder ob sie, was ebenfalls denkbar wäre, die Grundlage für ganz anders geartete Störungen im Erwachsenenalter bilden. Ein wichtiges Ziel der vorliegenden Arbeit wird es daher sein, den Entwicklungsverlauf beziehungsweise die Stabilität der depressiven Störung von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz zu untersuchen.

Zunächst wird jedoch in den ersten Abschnitten dieses Kapitels auf einige Probleme der Diagnose depressiver Zustände bei Kindern näher eingegangen. Nach einer genaueren Definition des psychiatrischen Störungsbegriffs werden die bis heute bekannten verschiedenen diagnostischen Modelle depressiver Störungen bei Kindern erläutert, die in engem Zusammenhang mit der geschilderten Forschungsgeschichte der kindlichen Depression stehen. Es wird begründet, warum in der vorliegenden Untersuchung trotz einiger Bedenken der diagnostische Ansatz des DSM III für die empirische Untersuchung verwendet wurde. Eng verknüpft mit der Frage nach den adäquaten diagnostischen Kriterien ist auch die Frage nach den Informanten für eine reliable Diagnose depressiver Störungen, die im Anschluß erörtert wird. Schließlich wird der diagnostische Ansatz des DSM III (APA, 1980) näher charakterisiert werden, der bei der Entwicklung der diagnostischen Instrumente der Arbeit als Richtlinie diente.

Im zweiten Teil dieses Kapitels werden ausgewählte theoretische Modelle der Depression[1] dargestellt, die hinsichtlich ihrer Aussagekraft für depressive Störungen bei Kindern überprüft werden. Von besonderem Interesse ist dabei, inwieweit sie einen theoretischen Beitrag liefern können, der eine Stabilitätshypothese rechtfertigen kann. Ferner soll untersucht werden, inwieweit aus theoretischer Sicht Rückschlüsse auf die

für die Diagnose relevanten Symptome der Störung gezogen werden können. Schließlich sollen sie den Entstehungshintergrund und die psychischen Mechanismen der Störung verdeutlichen. Von besonderem Interesse ist hierbei die Rolle der kognitiven Entwicklung in der Genese depressiver Störungen.

Abschließend ist zu klären, was man unter Stabilität einer Störung eigentlich zu verstehen hat. Daher wird zunächst der Stabilitätsbegriff in der Entwicklungspsychologie genauer beleuchtet werden. Kagan (1981) hat hierzu einen wesentlichen Beitrag geleistet, indem er den bis dahin meist unreflektiert verwendeten Stabilitätsbegriff hinterfragt und seine verschiedenen Bedeutungsfacetten herausarbeitet. Die unter anderen von Kagan vorangetriebene Problematisierung des Stabilitätsbegriffs hat in den letzten Jahren zu einem vermehrten Bemühen innerhalb der Entwicklungspsychologie, aber auch zunehmend innerhalb der Kinderpsychiatrie (vgl. Spiel & Spiel, 1990) geführt, Stabilität und Veränderung neu zu konzeptualisieren und zu modellieren. Die im Schnittpunkt dieser Teildisziplinen sich neu formierende Entwicklungspsychopathologie hat viele der von Kagan aufgeworfenen Fragen aufgegriffen und in neue Modelle von Kontinuität und Veränderung einmünden lassen (vgl. Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Somit kommt diesem Ansatz als metatheoretischem Modell der vorliegenden Arbeit eine wichtige Bedeutung zu. Zentrale Konzepte dieser neuen Disziplin werden im Anschluß an die Problematisierung des Stabilitätsbegriffs dargestellt.

Im letzten Abschnitt werden dann die theoretischen Aspekte zusammengefaßt und die Fragestellungen der Arbeit konkretisiert.

2.1 Probleme der Diagnose depressiver Störungen bei Kindern

Hinsichtlich der Diagnose depressiver Störungen bei Kindern gibt es immer noch sehr weit auseinandergehende Meinungen. Die bestehenden Kontroversen über Prävalenz, Stabilität, Diagnosekriterien und Ursachen der Störung ergeben das Bild einer in weiten Teilen unklaren und noch nicht gefestigten klinischen Störungskategorie: In gebräuchlichen nosologischen Manualen ist diese Störung nicht unter den pädopsychiatrischen Kategorien zu finden. Die derzeitigen Unklarheiten kommen auch in der Verwendung unterschiedlichster Diagnoseverfahren in der Praxis zum Ausdruck.

In ihrer Übersicht über 33 Studien zur Kindheitsdepression im Zeitraum von 1977 bis 1984 konnten Kerr und Mitarbeiter (1987) nicht weniger als 21 verschiedene

---

[1] Psychoanalytische Auffassungen werden dagegen hier nicht weiter berücksichtigt. Dies liegt zum einen darin begründet, daß die Psychoanalyse die Existenz depressiver Störungen bei Kindern lange Zeit negiert hat und diese Haltung unter Psychoanalytikern immer noch sehr verbreitet ist. Demzufolge gibt es innerhalb dieser Theorie auch heute noch kein in sich geschlossenes Konzept depressiver Störungen der Kindheit. Zum anderen sollen im Rahmen dieser empirisch orientierten Untersuchung hauptsächlich theoretische Ansätze betrachtet werden, deren Aussagegehalt auch empirisch-quantitativ faßbar ist. Dies ist jedoch in bezug auf psychoanalytische Konstrukte bis auf Einzelfallanalysen nur sehr schwer möglich. Die Ausklammerung psychoanalytischer Theorieinhalte bedeutet jedoch nicht, daß tiefenpsychologische Vorstellungen wie zum Beispiel die Annahme unbewußter Mechanismen im Zusammenhang mit depressiven Störungen im Rahmen dieser Arbeit als irrelevant erachtet werden.

Checklisten und Ratingskalen identifizieren, die in Gebrauch waren. Im amerikanischen Sprachraum bezogen sich allein 13 Studien auf Instrumente, die nur ein einziges Mal zur Anwendung kamen. Nicht ohne Grund beschreiben sie daher den derzeitigen Stand der Forschung folgendermaßen: „(...) the construct of childhood depression has been scrutinized repeatedly, in a fashion not unlike that of the blind man examining the elephant" (Kerr, Hoier et al., 1987, S. 197).

Die Situation hat sich bis heute nicht wesentlich verbessert. Kazdin (1990) nennt in seinem jüngsten Übersichtsartikel zur Kindheitsdepression ebenfalls nicht weniger als 22 verschiedene Interviews, klinische Rating- und Selbstratingskalen. Es ist klar, daß in dieser diagnostischen Situation die Ergebnisse verschiedener Studien nur schwer miteinander vergleichbar sind und sich weitergehende Fragen (etwa die Abgrenzung zu anderen Störungen des Kindheitsalters) kaum beantworten lassen. Diese Heterogenität in den gebräuchlichen diagnostischen Verfahren ist wohl am ehesten auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Konzeptionen der Störung zu verstehen, die in der Einleitung erwähnt wurden. Hier können im wesentlichen vier Modelle voneinander abgegrenzt werden (vgl. Abschnitt 2.1.2). Wesentlichstes Unterscheidungsmerkmal ist dabei die Frage, inwieweit die Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unterschiedlichen diagnostischen Mitteln und Kriterien klassifiziert werden muß, oder anders formuliert, ob Kinder sich in ihrem depressiven Symptombild wesentlich von Erwachsenen unterscheiden. Abschnitt 2.1.2 widmet sich der Darstellung unterschiedlicher Grundpositionen innerhalb der Forschung und der daraus resultierenden Konsequenzen.

Auch in gebräuchlichen multivariaten, standardisierten Instrumenten zur Verhaltensbeschreibung (die meist Lehrern oder Eltern zur Befragung gegeben werden) waren lange Zeit keine Elemente mit aufgenommen, die zur Messung depressiven Verhaltens hätten dienen können. Achenbach (1979) hat dem Rechnung getragen, indem er eine Depressionskomponente in sein „Child Behavior Profile" aufnahm. Einige Autoren bezweifeln allerdings, daß solche Instrumente klinisch-psychiatrische Interviews ersetzen oder kurz fassen könnten (Puig-Antich & Gittelman, 1982). Unklar ist bisher auch geblieben, inwieweit unterschiedliche Informanten für die Erhebung diagnostisch relevanter Daten zur Kindheitsdepression (z. B. Eltern, Lehrer oder das Kind selbst) unterschiedliche Diagnosen ergeben können, und inwieweit Verhaltensdaten des Kindes gegenüber klinischen Interviews mit dem Kind oder den Eltern verläßliche Informationen erbringen. Auf diese Fragen wird im dritten Abschnitt (Abschnitt 2.1.3) näher eingegangen. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen der Lehrerbefragung diskutiert, und es wird für eine stärkere Einbeziehung der Lehrer in diagnostische Bemühungen plädiert.

Im Anschluß daran wird der diagnostische Ansatz des DSM III (APA, 1980) dargestellt, dessen Kriterien für die vorliegende Untersuchung verwendet wurden. Diese Entscheidung wurde in erster Linie aus dem Bedürfnis nach Standardisierung und Vergleichbarkeit von Ergebnissen getroffen. Zu Beginn des folgenden Abschnittes werden jedoch zunächst die allgemeinen Grundlagen und historischen Wurzeln des Störungsbegriffs dargestellt, die die unklare diagnostische Situation im Hinblick auf depressive Störungen bei Kindern plastischer und verständlicher machen.

2.1.1 „Krankheit", „Störung" und „Syndrom": Der psychiatrische Störungsbegriff und seine Implikationen

Die Verwendung nosologischer Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Praxis verfolgt im allgemeinen mehrere Ziele: Zunächst erleichtert sie das Ordnen und Summieren diagnostisch relevanter Information zum Zwecke der Vereinfachung. Die genaue Beschreibung von Ähnlichkeiten und Unterschieden von Störungen erleichtert ferner die Suche nach diagnostisch relevanter Information, da sie Hinweise auf zentrale Merkmale einer Störung enthält. Weiterhin dient sie einer effizienteren Kommunikation unter dem Fachpersonal. Sie hat aber auch eine prädiktive Funktion: Die Kenntnis typischer Störungsbilder mit Verlauf, Behandlungsmethoden und Ursachen erleichtert die Prognose des Verlaufs individueller Störungsmuster und gibt Hinweise auf mögliche therapeutische Maßnahmen. Innerhalb der psychiatrischen Forschung erleichtert sie darüber hinaus die Replikation, Interpretation und Anwendung von Forschungsergebnissen. Auf die sozialpolitische Bedeutung von Klassifikationssystemen wurde bereits hingewiesen; präventive und interventive Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung werden maßgeblich von den Inhalten anerkannter und gebräuchlicher Diagnose- und Klassifikationssysteme beeinflußt (Achenbach & Edelbrock, 1983).

Den unabweisbaren Vorteilen solcher Klassifikationssysteme stehen allerdings etliche Nachteile gegenüber, die deren Nutzen einschränken und manchmal sogar in Frage stellen. Bekanntestes Beispiel ist vielleicht die zu Beginn der siebziger Jahre unter dem Stichwort *labeling* bekanntgewordene Kritik, daß psychiatrische Bezeichnungen wie „depressiv", „schizophren" usw. Patienten stigmatisieren und folglich zusätzlich zu ihren störungsbedingten Problemen weiter belasten. In engem Zusammenhang damit wurde kritisiert, daß das mechanische Einordnen individuellen Leidens in starre Kategorien der Individualität des einzelnen Patienten nicht gerecht werden kann und somit eine effektive therapeutische Behandlung erschwert oder verhindert (vgl. z. B. Carlson & Garber, 1986, für eine nähere Darstellung des *labeling*).

Die phänomenologische Methode der Psychiatrie

Auch unter forschungsimmanenter beziehungsweise erkenntnistheoretischer Perspektive gibt es mehrere kritische Anmerkungen im Hinblick auf die Grundstruktur psychiatrischer Klassifikation und derzeit gebräuchliche Klassifikationssysteme. Spiel und Spiel (1990) bemerken hierzu, daß innerhalb der gegenwärtig zu beobachtenden pädopsychiatrischen Klassifikationspraxis noch immer keine grundsätzliche Erneuerung stattgefunden habe. Zum einen werde die systematische Einbeziehung von Entwicklung und ihrer kausalen Verwobenheit mit beobachtbaren Störungsbildern immer noch weitgehend vernachlässigt beziehungsweise auf einen nicht weiter differenzierten „Entwicklungsrückstand" reduziert. Es können zwar mittlerweile psychosoziale ätiologische Determinanten in die Klassifikation aufgenommen werden, jedoch beziehen sie sich nur auf die derzeitigen Lebensumstände. Frühere psychosoziale Faktoren der Entwicklung sind dagegen in den gängigen Systemen nicht dokumentierbar. Zum anderen würden viele der gängigen Störungskategorien vorgefaßte wissenschaftliche

Meinungen widerspiegeln, die mit jeder Neuauflage der Manuale weiter tradiert und kaum hinterfragt würden. Zwar werde argumentiert, daß Störungskategorien nicht konzeptuell begründet sein sollen, jedoch enthielten die bisherigen Systeme stets implizite Grundvorstellungen, wobei einfache Beschreibung, Ätiologie und Entwicklung vermischt würden. Die Gruppierung von Symptomen zu Syndromen sowie die Diagnosekriterien basierten auf einer weitgehend unüberprüften traditionellen Lehrmeinung, nicht jedoch auf empirischer und damit prinzipiell falsifizierbarer Absicherung. Dementsprechend fehlten meist auch Hinweise auf den zur Klassifikation notwendigen Ausprägungsgrad von Symptomen.

Obwohl in der dritten Ausgabe des nosologischen Manuals der US-amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (DSM III, APA, 1980) bereits ein Bemühen zur Operationalisierung der Störungsbilder festzustellen ist, muß man dieser Kritik prinzipiell zustimmen: Quay (1986) kommt in einer Metaanalyse von 55 empirisch orientierten Studien zu Störungsbildern bei Kindern zu dem Ergebnis, daß viele der im DSM III enthaltenen Klassifizierungen für Kinder sich empirisch kaum nachweisen und begründen lassen. Er folgert daraus, daß der Operationalisierungsgrad vieler Störungsbilder zu niedrig ist und ihre empirische Validierung noch geleistet werden muß. Auch Achenbach und Edelbrock (1983) heben in ihrer Kritik an der gängigen (pädo-) psychiatrischen Klassifikationspraxis hervor, daß die meisten diagnostischen Konzepte eher quasitheoretische, hermeneutisch gewonnene Entitäten und tradierte Überzeugungen oder Erfahrungen darstellen, die jedoch selten empirisch validiert werden und daher reliabler und valider Kriterien entbehren. Dies betreffe insbesondere die pädopsychiatrischen Störungsbilder, von denen die meisten erst sehr spät Eingang in nosologische Taxonomien gefunden haben: Bis 1968 gab es im Manual der APA nur zwei (!) pädopsychiatrische Kategorien, die „Anpassungsstörung" *(adjustment reaction)* und die Schizophrenie der Kindheit. Obwohl der dritten Ausgabe (DSM III, APA, 1980) zahlreiche neue Kategorien hinzugefügt wurden, muß angenommen werden, daß sie im wesentlichen nicht auf empirischen Grundlagen beruhen, sondern Setzungen sind, deren Gültigkeit und Nutzen sich erst zu erweisen haben. Dies gilt auch für die diagnostischen Kriterien des DSM III für depressive Störungen im Kindesalter.

Historischer Ursprung

Achenbach und Edelbrock (1983) verstehen das bisherige taxonomische Vorgehen in erster Linie psychiatriegeschichtlich: Zeitgenössische psychopathologische Vorstellungen werden noch immer von den taxonomischen Grundannahmen des 19. Jahrhunderts geprägt. Es war das Verdienst Wilhelm Griesingers, daß er das damalige Krankheitsmodell der Allgemeinmedizin (das sogenannte *bakteriologische Paradigma*) auf die Psychiatrie übertragen konnte und ihr damit zu einer allgemeinen Anerkennung verhalf. Sein Postulat war, daß psychiatrische Störungen als Hirnstörungen aufzufassen sind, solange keine anderen Ursachen gefunden werden können. Er übernahm damit die diagnostische Annahme des allgemeinmedizinischen bakteriologischen Modells, nach dem nur eine präzise Beschreibung der Krankheitssymptome zur Identifizierung des Krankheitserregers führen kann, ein Konzept, das in dieser Zeit

überaus erfolgreich bei der Entdeckung zahlreicher Krankheitsursachen war. Griesinger konnte damit unter anderem durchsetzen, daß psychisch gestörte Menschen („Irre") nicht länger von einer sich als moralische Instanz verstehenden Psychiatrie ausgegrenzt, vernachlässigt und „bestraft", sondern als Hilfebedürftige anerkannt wurden, die Anspruch auf Behandlung haben (vgl. Dörner, 1969). Dieser nur historisch zu verstehende utopische Anspruch der modernen Psychiatrie verwandelte sich jedoch in der Folge zu einer materialistisch-positivistischen Doktrin eines primär organischen Ursprungs psychischer Störungen mit dem Ideal einer spezifischen, klar abgrenzbaren körperlichen Ursache, die bis heute die ätiologischen Grundannahmen und die gängigen Klassifikationssysteme der Psychiatrie prägt. Psychische Phänomene, die als Begleiterscheinung organischer (stofflicher) Schädigung des Organismus auftreten, nehmen in psychiatrischen Lehrbüchern meist einen großen Raum ein. Spricht man mit Kinderpsychiatern, so erfährt man, daß viele beruflich darunter leiden, daß ihre pädiatrischen Kollegen heute noch (!) auf sie als Vertreter einer „diffusen" und weitgehend „unwissenschaftlichen" Disziplin herabblicken. Zu sehr durchzieht die Ärzteschaft im allgemeinen noch das Ideal eines stofflich faßbaren und daher „handhabbaren" Substrats von Krankheit. Diese Utopie der Psychiatrie konnte jedoch bis heute mit Ausnahme einiger weniger, eindeutig organisch bedingter Störungen (z. B. der progressiven Paralyse oder des Korssakow-Syndroms) für die meisten psychischen Störungen nicht eingelöst werden. Auch wenn in den letzten Jahren psychologisch-mentale (in der Hauptsache die Psychoanalyse) und soziologische Ansätze sowie eine empirische Begründung von Taxonomien an Bedeutung gewonnen haben, prägen mangelnde Intersubjektivität, die Tradierung von Lehrmeinungen, die Suche nach einzelnen „Krankheitserregern" und eine weitgehend atheoretische, phänomenologische Orientierung noch immer die psychiatrische Landschaft. Das DSM III, das zu den heute am häufigsten verwendeten taxonomischen Systemen zählt, ist folglich auch eine weitgehend unsystematische und theoretisch heterogene Kombination aus organischen, psychologischen und soziologischen Kategorienbildungen.

Die Klassifikation depressiver Störungen bei Erwachsenen

Die geschilderten Probleme und Hintergründe psychiatrischer Klassifikationssysteme machen zwei Aspekte deutlich, die den Störungsbegriff der Psychopathologie im allgemeinen prägen und innerhalb der Forschung zu depressiven Störungen besonders hervortreten: zum einen das implizite Vorverständnis (und Ideal), daß psychische Störungen von organischen Defekten begleitet oder auf organische Ursachen zurückzuführen sind, zum anderen viele tradierte Überzeugungen und einen Mangel an Intersubjektivität und empirischer Absicherung von Störungsbildern und deren Beschreibung, sowie einen Mangel an theoretischer Konzeption. Kendell (1976) bemerkt in seiner umfassenden Übersicht über die Klassifikation von Depressionen bei Erwachsenen, daß für den ambitionierten Psychiater heute wie im letzten Jahrhundert eines der wichtigsten, wenngleich unausgesprochenen, beruflichen Ziele darin besteht, eine eigene, gut geordnete Klassifikation zu erstellen. Auf diesem Hintergrund wird verständlicher, warum es im Bereich der Kindheitsdepression zwar eine Fülle von Diagnose- und Klassifikationsverfahren gibt, denen aber auf der anderen Seite ein

erschreckender Mangel an Theoriebildung zu diesem Phänomen gegenübersteht. Doch auch in bezug auf depressive Störungen bei Erwachsenen kann diese Vielzahl verschiedener Klassifikationssysteme und uneinheitlicher Konzeptionen wiedergefunden werden, wie Kendell (1976) hervorhebt. Er macht deutlich, daß es bis heute für Depressionen bei Erwachsenen kein klares Klassifikationssystem gibt, und stellt die Frage, warum gerade diese Störung Gegenstand so vieler Kontroversen ist. Seiner Meinung nach bietet sie ein geeignetes Austragungsfeld für viele unterschiedliche Ansichten über die Art und das Wesen psychischer Krankheit überhaupt innerhalb der Psychiatrie:

„(...) whether mental illnesses are diseases or reaction types; whether they are independent entities or arbitrary concepts; whether they should be classified on the basis of their symptomatology, their aetiology or their pathogenesis; and whether they should be portrayed by a typology or by dimensions" (Kendell, 1976, S. 15).

Dementsprechend, so führt Kendell weiter aus, gebe es auch keine Übereinstimmung darüber, was eine depressive Störung bei Erwachsenen konstituiert. Die Grenzen zwischen Depression und Traurigkeit, zwischen Depression und Angstzuständen, zwischen affektiven Psychosen und Schizophrenie, und zwischen wiederkehrenden Depressionen und Persönlichkeitsstörungen sind alle künstlich und unklar definiert. Unter den zahlreichen Typologien der Depression bei Erwachsenen finden sich einfache Konstruktionen mit einer und bis zu fünf Kategorien, eine Reihe von hierarchischen Klassifikationen und schließlich auch zahlreiche dimensionale Ansätze (vgl. Kendell, 1976, S. 16 f.). Kendell selbst kommt nach Durchsicht zahlreicher Klassifikationssysteme zu dem Ergebnis, daß sich bisher nur einige wenige der zahlreichen vorgeschlagenen Klassifikationen auch empirisch haltbar erwiesen, darunter die Unterscheidung zwischen *unipolarer* und *bipolarer* Störung und die von eher schwereren, endogenen, psychotischen Formen *(Typ A)* und leichteren, eher reaktiven, neurotischen Formen *(Typ B)*.

Krankheit, Störung und Syndrom

Kendells Analyse der Klassifikationssysteme der Depression bei Erwachsenen machte deutlich, daß diese Störung wegen ihrer phänomenologischen Überschneidung mit zahlreichen anderen klinischen Phänomenen im Brennpunkt zahlreicher Kontroversen bezüglich des Wesens psychischer Leidenszustände steht. Gerade bei depressiven Zuständen wird dieses Problem der Unterscheidung besonders sichtbar: Viele Menschen erleben Zustände von Traurigkeit, von Niedergeschlagenheit oder von Gefühlen des „Ausgepumptseins", ohne an einer ernsthaften depressiven Störung zu leiden. Depressive Reaktionen infolge widriger Lebensumstände (wie z. B. Mißerfolg, Trennung oder Verlust des Arbeitsplatzes) sind bei Erwachsenen bis zu einem gewissen Grade normale und natürliche Reaktionen (vgl. Bowlby, 1980). Insofern stellt sich hier besonders die Frage der Abgrenzung klinischer Zustandsbilder zu normalen alltäglichen Erscheinungen. Üblicherweise wird daher in der psychiatrischen Literatur in Hinsicht auf psychische Leidenszustände zwischen einer Krankheit, einer Störung und einem Syndrom unterschieden. Exemplarisch sei hier Grahams (1980) Definition und Abgrenzung dieser Begriffe in bezug auf depressive Zustände bei Kindern näher erläutert.

Graham unterscheidet zunächst zwischen den Begriffen Krankheit, Störung, Reaktion und Haltung. Eine *Krankheit* ist nach seiner Definition in ihrer Essenz körperlicher Natur. Sie hat bestimmte nachweisbare Ursachen und kann mit Medikamenten behandelt werden. Psychologische Faktoren sind bei einer Krankheit sekundär in dem Sinne, daß sie zwar mögliche Risikofaktoren darstellen oder Heilung erschweren oder gar unmöglich machen, aber nicht die Krankheit selbst konstituieren. Graham folgert, daß es im Falle der Kindheitsdepression nicht sinnvoll ist, den Begriff Krankheit zu verwenden, da selbst bei Erwachsenen spezifische biochemische Prozesse der Depression nicht eindeutig identifiziert werden konnten und die Frage der körperlichen Ursachen weitgehend ungeklärt ist. Er schlägt vor, bei Kindern statt dessen den Begriff Störung zu gebrauchen, da dieser weniger umfassend ist. Unter einer *Störung* versteht Graham zunächst Bedingungen, unter denen es möglich ist, bestimmte Symptomgruppen und Merkmale zu identifizieren, die überzufällig zusammen auftreten (ein *Syndrom*). Dies können sowohl Merkmale der Person als auch solche der Lebensumstände sein. Ferner sind Störungen durch typische Symptomverläufe und entsprechende typische Interventionsstrategien gekennzeichnet. Diese für die Psychopathologie charakteristische Beschreibung von Zustandsbildern trifft nach Ansicht von Graham bei Kindern in der Hauptsache auf die emotionalen Störungen sowie auf die Verhaltensstörungen *(conduct disorders)* zu, jedoch derzeit noch nicht auf depressive Störungen. Dazu wäre es notwendig zu zeigen, daß Kinder mit depressiven Störungen aufgrund sozialer, biochemischer, genetischer und therapeutischer Faktoren reliabel und valide von Kindern mit anderen Störungen unterschieden werden können (Graham, 1980, S. 288). Ohne diese zusätzlichen typischen Faktoren liegt andererseits keine Störung im nosologischen Sinne vor, sondern es kann lediglich von einem depressiven *Syndrom* gesprochen werden, also einer überzufällig gemeinsam auftretenden Gruppe von Einzelsymptomen (etwa Schlafstörungen, traurige Gestimmtheit, Appetitmangel und Lustlosigkeit).

Über diese Einteilung hinaus unterscheidet Graham noch zwischen den Begriffen *depressive Reaktion* und *depressive Haltung.* Der Begriff *depressive Reaktion* impliziert Annahmen über externe Stimuli, die einer depressiven Verstimmung oder Störung vorausgehen und einen quasi auslösenden und/oder ursächlichen Charakter haben, gewissermaßen also Streßfaktoren aus der Umwelt sind, die die depressive Reaktion hervorrufen. Dies schließt die Annahme ein, daß die depressive Reaktion nachläßt, sobald die äußeren Bedingungen dafür wegfallen. Ein Beispiel wäre etwa eine typische Reaktion von Kindern, die – etwa infolge eines Krankenhausaufenthaltes – längere Zeit von ihren Eltern getrennt sind und auf diese Trennung mit depressiver Verstimmtheit reagieren. Sofern die Kinder unter keiner tiefer liegenden Störung leiden, verschwinden typischerweise die depressiven Symptome, sobald sie wieder mit den Eltern zusammen sind.

Etwas grundsätzlich anderes ist jedoch nach Graham eine *depressive Haltung (posture).* Dieser Begriff beleuchtet einen kommunikativen Aspekt depressiver Zustände: Menschen, die depressiv wirken, rufen bei anderen eine sorgende Haltung und den Wunsch zu helfen hervor. Diese vorwiegend nonverbale Botschaft kann als Hilferuf verstanden werden, aber auch als Versuch, auf diese Weise von anderen Aufmerksamkeit, Sympathie oder Hilfe zu erlangen, wo dies anders erschwert bezie-

hungsweise unmöglich erscheint. Ein typisches Beispiel hierfür wäre ein Suizidversuch eines Jugendlichen (oder auch Erwachsenen), dem der Charakter des „eigentlich nicht Wollens" anhaftet und der eher eine soziale Mitteilung darstellt als eine ernsthafte Entscheidung, aus dem Leben zu gehen, wenngleich er als Hilferuf dennoch ernst zu nehmen ist. Dieser kommunikative, soziale Aspekt, der meines Erachtens einen wichtigen Bestandteil eines depressiven Störungsbildes darstellt, wird in nosologischen Definitionen von Depression bei Erwachsenen nicht genannt (vielleicht weil er sich gewissermaßen von selbst versteht: Diagnosen werden normalerweise erst nach erfolgtem Suizidversuch und einer daraufhin üblichen Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung gestellt). Gerade aber im Hinblick auf Prävention und Prognose sollte diesem Aspekt jedoch größere Bedeutung zugemessen werden, als dies bisher geschieht: Wäre es zum Beispiel möglich nachzuweisen, daß eine solche depressive Haltung oft auf eine stärkere suizidale Gefährdung schließen läßt, so wäre sie einerseits ein sensibles Instrument innerhalb der Diagnose, andererseits ein Mittel, um Suizidversuchen zuvorzukommen. In jedem Fall kann die Beachtung dieses Phänomens im Kontext des psychiatrischen Diagnosegesprächs ein wichtiges Hilfsmittel für die Wahrnehmung und Einschätzung des Patienten sein (vgl. auch Dörner & Plog, 1984).

Schlußfolgerungen

Grahams Definition und Abgrenzung der Begriffe Krankheit, Störung und Syndrom am Beispiel der Depression bei Kindern kann zunächst als nützliche und schlüssige Arbeitsdefinition angesehen werden, wenngleich seinen Schlußfolgerungen über das Wesen depressiver Zustände bei Kindern nicht ohne weiteres zugestimmt werden kann. In der Einleitung wurde bereits auf die langandauernde Tendenz hingewiesen, diese Störung bei Kindern unterzubewerten und zu übersehen. Grahams Schlußfolgerung, daß depressive Zustände bei Kindern aufgrund der mangelnden diagnostischen Eindeutigkeit *(diskriminierende Validität)* und des fehlenden Nachweises eines typischen Störungsverlaufes nicht als Störungen im nosologischen Sinne, sondern allenfalls als Syndrom oder als eine psychische Reaktion anzusehen sind, ist wohl eher ein Beispiel für eine lange Zeit verbreitete, aber mitnichten überprüfte Lehrmeinung.

Für eine solche Schlußfolgerung fehlen heute sowohl die empirischen als auch die theoretischen Grundlagen: Nach Graham ist eines der wesentlichsten Konstitutionskriterien des Störungsbegriffs ein typischer und aufgrund gewisser Merkmale vorhersagbarer Störungsverlauf – auch als die *prädiktive Validität* einer Störung bezeichnet. Abgesehen davon, daß dies nicht unbedingt ein notwendiges Kriterium für die Aufnahme depressiver Störungen bei Kindern in psychopathologische Klassifikationssysteme darstellt, da auch ein nur kindlicher Leidenszustand eine eigene Existenzberechtigung hat (vgl. Carlson & Garber, 1986), gibt es gerade zum Verlauf dieser Störung bei Kindern noch kaum empirisches Material. In zwei älteren Längsschnittstudien finden sich einige Hinweise, daß es durchaus depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen gibt, die über längere Zeit hinweg bestehenbleiben oder wiederkehren, oder möglicherweise sogar bis ins Erwachsenenalter fortdauern (Poznanski & Zrull, 1970; Poznanski, Krahenbuhl et al., 1976; Poznanski, 1980/81; Zeitlin, 1986). Leider ist bisher nicht zu entscheiden, welcher Stellenwert diesen Befunden zukommt,

da in beiden Fällen unklare diagnostische Kriterien zur Anwendung kamen und auch andere methodische Unklarheiten bestehen.

Ein anderes wesentliches Merkmal des Störungsbegriffs ist die eindeutige diagnostische Abgrenzung der Störung gegenüber anderen Störungsbildern. Wie Graham richtig ausführt, ist in der Kindheit hier insbesondere an die Abgrenzung gegenüber Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und Angstsyndromen zu denken. Lange Zeit war dies jedoch gleichsam ex cathedra ausgeschlossen: In dem in der Einleitung erwähnten Konzept der *masked depression* wurden ja gerade viele der Symptome anderer Störungen mit einbezogen (vgl. auch Abschnitt 2.1.2). Des weiteren ist zu fragen, ob Graham nicht gewissermaßen mit zweierlei Maß mißt, wenn er aus der mangelnden Abgrenzung des typischen klinischen Bildes der Depression bei Kindern die Existenz depressiver *Störungen* im Kindesalter ausschließt. Wie oben dargestellt wurde, kann auch bei Erwachsenen die Abgrenzung der Depression gegenüber anderen Störungen mitnichten als geklärt angesehen werden.

Auf die Probleme einer angemessenen Diagnose depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird in den folgenden Abschnitten noch näher eingegangen werden. Festzuhalten bleibt hier, daß nicht restlos geklärt ist, ob depressive Syndrome bei Kindern eine eigenständige nosologische Störungskategorie rechtfertigen. Die Schlußfolgerung, daß es eine solche Störung bei Kindern nicht gibt, erscheint hingegen ungerechtfertigt und verfrüht; sie ist eher aus einem gewissen Hang zur Tradierung psychopathologischer Lehrmeinungen zu verstehen. Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang lautet, ob es bei depressiven Zuständen von Kindern und Jugendlichen typische Kontinuitäten und Verläufe gibt, die Prognosen ermöglichen und insofern den Begriff einer Störung im psychopathologischen Sinne rechtfertigen. Diesem Problem widmet sich die vorliegende Arbeit in erster Linie.

2.1.2 Unterschiedliche diagnostische Modelle der Kindheitsdepression

Die Kontroverse über angemessene Konzeptualisierungen depressiver Störungen bei Kindern richtet sich in erster Linie auf die richtige Beschreibung und Definition einer klinischen Symptomatik im Sinne des psychiatrischen Störungsbegriffes, wie er im vorangegangenen Abschnitt näher beschrieben wurde. In Anlehnung an Carlson und Garber (1986) lassen sich derzeit im wesentlichen vier Grundpositionen hinsichtlich des klinischen Bildes der depressiven Störung in der Kindheit unterscheiden, die gleichfalls die historische Entwicklung dieses Störungskonzeptes im Sinne einer zunehmenden Beachtung und Akzeptanz deutlich machen:

Die erste Position wurde lange Zeit hauptsächlich von orthodoxen Psychoanalytikern vertreten, die ernsthaft in Zweifel zogen, ob Kinder vor der Adoleszenz an einer (klassisch verstandenen) Form der Depression überhaupt leiden können, da sie noch kein vollständig ausgebildetes Über-Ich entwickelt haben. Dieses ist jedoch nach bestimmten psychoanalytischen Ansätzen eine notwendige Voraussetzung für die Ausbildung depressiver Störungen. Demzufolge war und ist innerhalb des orthodoxen, egoanalytischen Denkens Depression in der Kindheit theoretisch und klinisch kein Gegenstand gewesen. Dennoch lassen sich auch psychoanalytisch orientierte Autoren finden, die schon relativ früh auf die Möglichkeit der Existenz einer solchen Störung

bei präpubertären Kindern hingewiesen haben (Sandler & Joffe, 1965; Malmquist, 1971). In der lerntheoretischen Tradition wurde ebenfalls lange Zeit bestritten, daß es diese Störung bei Kindern gibt. Lefkowitz und Burton (1978), typische Vertreter dieser Position, meinen, daß dieses Syndrom nicht als eine klinische Einheit betrachtet werden sollte, weil die in Frage stehenden Symptome entwicklungsbedingte Übergangsphänomene darstellten, die mit der Zeit verschwänden.

Die zweite Position entwickelte sich teilweise aus der ersten und war bis in die siebziger Jahre hinein allgemein anerkannt: Man ging zunehmend davon aus, daß eine zugrundeliegende („maskierte") depressive Störung bei Kindern aufgrund allgemeiner Entwicklungsbedingungen nur durch entsprechende Verhaltenskorrelate sichtbar wird, Kinder jedoch keine spezifisch depressiven Symptome wie dysphorische Verstimmung oder allgemeine Lustlosigkeit entwickeln. Als Verhaltenskorrelate galten Verhaltensstörungen (wie etwa Hyperaktivität, Aggressivität), somatische Beschwerden (wie etwa Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Bettnässen), Phobien, Leistungsversagen oder Delinquenz. „Verdeckte", nicht sichtbare depressive Elemente wurden dabei als die auslösende Kraft dieser Störung angesehen. Jedoch blieb stets unklar, anhand welcher Kriterien eine sogenannte maskierte Depression von anderen Störungen mit ähnlichem beobachtbarem Verhalten (wie etwa Verhaltensstörungen) unterschieden werden kann (vgl. Kovacs & Beck, 1977). Somit erwies sich dieses Konzept als forschungspraktisch schlecht anwendbar. Ferner stellten Kovacs und Beck (1977) fest, daß viele der hauptsächlich somatischen Symptome der *maskierten Depression* bei Kindern gleichfalls bei depressiven Erwachsenen festgestellt werden können und üblicherweise als Begleitbeschwerden betrachtet werden (z. B. Kopf- oder Bauchschmerzen). Insofern stellte sich zunehmend die Frage, inwieweit die „Maskierung" nicht mehr auf seiten der Forscher und Kliniker als auf seiten der Kinder zu suchen ist (Sandler & Joffe, 1965). Carlson und Cantwell (1980) untersuchten den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und anderen, als „maskierend" geltenden Symptomen. Aufgrund der Ergebnisse folgern sie, daß es zwar Kinder gibt, die sowohl an einer depressiven als auch an anderen Störungen wie Hyperaktivität, Verhaltensstörungen oder Anorexia Nervosa leiden, daß dies aber meist die Probleme sind, derentwegen sie psychiatrisch auffallen, und daher die depressive Störung leicht übersehen werden kann: „We hypothesize that these children have what has been called ‚masked depression', although it has been our experience that the mask, if present, is very thin" (Carlson & Cantwell, 1980, S. 448).

Die dritte Position kann im Zuge der allgemeinen Anerkennung der Existenz depressiver Störungen bei Kindern seit Beginn der siebziger Jahre als eine Weiterentwicklung des zweiten Ansatzes verstanden werden. Nunmehr wurde davon ausgegangen, daß die Störung klinische Bedeutung hat und ihre Merkmale mit denen der Störung im Erwachsenenalter vergleichbar sind. Dabei wurde angenommen, daß zu den sogenannten *Kernsymptomen* der Störung bei Erwachsenen (also etwa Traurigkeit, Lustlosigkeit, geringes Selbstwertgefühl und verschiedene vegetative Symptome), die nunmehr auch bei Kindern postuliert wurden, altersabhängig noch weitere spezifische Symptome hinzukommen können, die typisch für Kinder sind. Diese können bei Jugendlichen Verhaltensweisen sein wie sozialer Rückzug, Schmollen, Aggression, Negativismus und Schulprobleme, aber auch somatische Beschwerden, oder bei Kin-

dern vor der Pubertät etwa die Trennungsangst (Cantwell, 1983). Die genannten Verhaltensweisen erinnern an das Konzept der maskierten Depression, lediglich ihre Bedeutung im diagnostischen Prozeß kann als eine andere betrachtet werden. Cantwell (1983) hält das Vorhandensein der Kernsymptome für ausschlaggebend bei der Diagnose der Störung und spricht in diesem Zusammenhang auch von „essential vs. associated features" bei der Diagnose. In der Folge wurden zahlreiche Klassifikationssysteme entwickelt, die der genaueren Definition dieses Konzeptes dienen sollten (siehe Kovacs & Beck, 1977, für eine Übersicht). Jedoch muß kritisch angemerkt werden, daß bislang erst wenige Studien zu finden sind, die eindeutig Aufschluß darüber geben können, welche zusätzlichen Symptome (ergänzend zu den Kernsymptomen) bei Kindern welcher Alters- beziehungsweise Entwicklungsstufe vorliegen und als typisch angesehen werden können. Ebenso muß als nicht geklärt gelten, inwieweit zusätzlich unterschiedliche Symptome bei Jungen und Mädchen vorkommen können. Geschlechtsunterschiede sind aber zumindest in bezug auf die unterschiedlichen Prävalenzraten in Abhängigkeit vom Alter für Jungen und Mädchen (vgl. Rutter, 1986) von einiger Bedeutung.

Teilweise aus dieser unbefriedigenden Situation heraus, aber auch weil sich die Hinweise mehrten, daß depressive Störungen bei Kindern in ihrer offenen Symptomatik sich nicht entscheidend von Depressionen bei Erwachsenen unterscheiden, entstand die vierte der hier unterschiedenen Positionen. Zum Zwecke der Vereinheitlichung und Standardisierung wurden die DSM III-Kriterien für Erwachsene in den letzten Jahren zunehmend als valide Basis zur Diagnose depressiver Störungen auch bei Kindern betrachtet. Dabei werden entwicklungsbedingte Unterschiede in der Symptomatik, soweit sie existieren, im wesentlichen nicht berücksichtigt. Oft ist mit dieser Position auch die Ansicht verknüpft, daß die Störung in der Kindheit bisher unterdiagnostiziert wurde (vgl. Cantwell, 1983). Die Vernachlässigung entwicklungsbedingter Unterschiede in Gestalt und Ausprägungshäufigkeit der Symptomatik muß, solange nicht genauere Einblicke in die Entwicklungsabhängigkeit der Störung bestehen, als Nachteil gewertet werden. Denkbar wäre, daß etwaige untypische Formen der Störung dadurch leicht übersehen werden könnten. Der Vorteil dieser Sichtweise ist dagegen, daß sie die Möglichkeit des direkten Vergleichs von Forschungsergebnissen bietet, die eine Akkumulation von Informationen über die Störung begünstigt. Jedoch fehlt es auch bei diesem Ansatz noch weitgehend an einer Validierung der Kriterien für Kinder. Mit anderen Worten: Es muß also erst geklärt werden, inwieweit diese Kriterien auch für Kinder zutreffen.

Im Lichte dieser ungeklärten Fragen verwundert es nicht, daß die berichteten Prävalenzraten für Depression bei Kindern sehr unterschiedlich sind, worauf Kashani und Mitarbeiter (1981) hinweisen. Die Gründe hierfür sind neben Unterschieden in Alter und Zusammensetzung der untersuchten Populationen in der Verwendung subjektiver, nichtstandardisierter Diagnosekriterien zu suchen. Fragen wie etwa die von Graham (1980), warum klinische Manifestationen depressiver Zustände so selten in der mittleren Kindheit auftreten, erscheinen in diesem Zusammenhang als falsch gestellt: Solange unklar ist, welche Diagnosekriterien angemessen beziehungsweise zumindest allgemein anerkannt sind, sind Aussagen über die Auftretenshäufigkeit dieser Störung eher vorsichtig zu treffen, eine Erörterung der Gründe für ein geringes

Vorkommen in der Kindheit scheint verfrüht. Eine Position, die von der allgemeinen Anwendung standardisierter Kriterien wie etwa des DSM III ausgeht, scheint daher im Sinne der Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit zum jetzigen Zeitpunkt geboten zu sein.

Darüber hinaus lassen sich tatsächlich einige Hinweise darauf finden, daß die Symptomatik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nicht grundsätzlich voneinander abweicht, jenseits von Veränderungen, die tendenziell eher das „wie" als das „was" betreffen. Ergebnisse zweier Längsschnittstudien von der Kindheit bis zur Adoleszenz und zum frühen Erwachsenenalter (Zeitlin, 1986; Poznanski & Zrull, 1970, 1976; Poznanski, 1980/81) lassen den vorsichtigen Schluß zu, daß das äußere Bild eines depressiven Kindes und eines depressiven Jugendlichen oder Erwachsenen auf einer eher nonverbalen Beobachtungsebene nicht grundsätzlich voneinander abweicht. So beschreiben zum Beispiel Poznanski und Mitarbeiter (1970) eine depressive Symptomatik bei Kindern im Alter von 5 bis 8 Jahren folgendermaßen:

„(...) Schüchternheit, Vermeidung von Augenkontakt, Verweigerung der Kooperation und Interaktion, wirken unglücklich, wenig Spontaneität oder Humorhaftigkeit, grundsätzliche Passivität, lachen oder lächeln nie oder selten".

Etwa die Hälfte dieser Kinder werden später (im Alter von 12 bis 16 Jahren) in ähnlicher Weise beschrieben:

„(...) wirken ruhig und mißmutig, traurig, deprimiert, sprechen in abwertender Weise von sich, haben eine zurückgezogene Sitzhaltung, sehen kaum auf vom Fußboden, zeigen ein gezwungenes Lächeln, wirken zurückgezogen in Stimme und Ausdruck, sind schwer zu interviewen" (Poznanski, Krahenbuhl et al., 1976, S. 493 f.).

Auch in der Langzeitstudie von Zeitlin (1986) wird deutlich, daß auf der Basis einzelner affektiver Symptome eine hohe Kontinuität des Symptombildes von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter festgestellt werden kann. Zeitlin untersuchte die Diagnosen einer Stichprobe von psychiatrischen Patienten in London, sowohl in der Kindheit wie auch als Erwachsene, um Kontinuität und Veränderung von Störungsformen zu ermitteln. Im Falle von Diagnosen depressiver Störungen war zunächst kein deutlicher Zusammenhang zu finden, auf der Ebene von affektiv-depressiven Einzelsymptomen wiesen hingegen 31 von 37 Fällen ein konstantes Symptombild auf. (Daß auf der Ebene der Diagnose keine Kontinuität festgestellt werden konnte, kann sehr einfach darin begründet liegen, daß diese Diagnose bei Kindern früher selten gestellt wurde.) Inwieweit sich die hohe Kontinuität bei einzelnen Symptomen hier auch auf den Grad der Hospitalisierung zurückführen läßt, ist nicht klar; es bleibt festzuhalten, daß auf der Basis einzelner affektiver Symptome eine hohe Konstanz des Symptombildes angenommen werden kann.

Möglicherweise reflektiert dieses Symptombild allerdings eher einen spezifischen Persönlichkeitsstil als eine Krankheitskategorie, wie Rutter (1986) meint. Diese Interpretation würde sich auch mit anderen Befunden neueren Datums (vgl. Kovacs, 1989) decken, die deutlich machen, daß das bei Zeitlin (1986) beschriebene Störungsbild weitgehend mit der *dysthymen Störung* (oder *depressiven Neurose*) des DSM III identisch ist und die chronische Form der Depression darstellt, im Unterschied zur akuten und schwereren Form, der *typischen depressiven Neurose* (DSM III). Auch Kendell (1976) kommt in seiner Übersicht über die verschiedenen Klassifikationssysteme für Erwachsene zu dem Ergebnis, daß die sinnvollste Unterscheidung bei depressiven

Störungen die zwischen einer akuten und einer chronischen Form der Störung ist *(Typ A* und *Typ B)*. Die Auseinandersetzung über adäquate Diagnosekriterien richtete sich häufig auf die akute Form der Störung, nicht auf subsyndromale, chronische Formen. Jedoch können beide Störungsformen auch bei Kindern im Schulalter identifiziert werden, wie in den letzten Jahren deutlich wurde (Kovacs, 1989).

Die Kontroversen über depressive Störungen bei Kindern beziehen sich in der Hauptsache auf die Ebene der unterschiedlichen Symptome, die zur Diagnose der Störung im klinischen Sinne herangezogen werden. Jedoch kann nicht übersehen werden, daß diese Situation auch auf eine mangelnde Übereinstimmung auf eher theoretisch-konzeptueller Ebene zurückzuführen ist. Anders ausgedrückt, in den unterschiedlichen diagnostischen Ansätzen widerspiegeln sich teilweise unterschiedliche theoretische Positionen zur depressiven Störung, aber auch unterschiedliche entwicklungspsychologische Konzepte, die leider oft nicht deutlich werden. Eine explizite theoriegeleitete, entwicklungspsychologische Herangehensweise an das Problem der relevanten Diagnosekriterien erscheint daher wünschenswert, wenn nicht notwendig. Dies betrifft meines Erachtens jedoch nicht in erster Linie den inhaltlichen Aspekt der Kriterien (Symptome), sondern mehr die Art und Weise, wie diese „gemessen" werden. Das soll im folgenden durch einige theoretische Überlegungen ausgeführt werden.

Wie anfangs erwähnt wurde, richtet sich die theoretische Diskussion der depressiven Störung derzeit unter anderem auf die Frage, inwieweit kognitive Reife (insbesondere formal-operative Reife im Piagetschen Sinne) eine notwendige Vorbedingung der Entwicklung depressiver Störungen darstellt. Einen Hintergrund dieser Überlegungen bildet unter anderem die Anwendung von kognitiv orientierten, erwachsenenbezogenen Depressionsmodellen auf depressive Störungen bei Kindern, insbesondere die Anwendung der *Kognitiven Theorie der Depression* (Beck, 1967; vgl. auch Abschnitt 2.2.1) und die Theorie der *Erlernten Hilflosigkeit* (Seligman & Maier, 1967; Abramson, Seligman et al., 1978; vgl. auch Abschnitt 2.2.2). Vereinfachend gesagt, wird von manchen Autoren vermutet, aus diesen Theorien könne geschlossen werden, daß zur Entwicklung depressiver Symptome, insbesondere der Selbstabwertung, Hoffnungslosigkeit und negativen Zukunftsperspektive, kognitive Strukturen und Verarbeitungsprozesse notwendig sind, die erst mit Erreichen der formal-operativen Reife (also etwa ab dem Alter von zwölf Jahren) ausgebildet werden können. Davon ausgehend wird gefolgert, daß vor dieser Entwicklungsstufe stehende Kinder aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung noch nicht in der Lage sind, entsprechende Symptome zu entwickeln, oder wie Rutter (1987) es ausdrückt:

„Could it be that young children are *protected* against depression because they lack the cognitive capacities to experience these thoughts (gemeint sind negative Gedanken über das Selbst, die unmittelbare Lebenssituation und die Zukunft), at least with the depth or extent that is required for depression?" (Rutter, 1987, S. 8; Hervorhebung und Anm. V.H.)

Daß Kinder zwar mehr „im Hier und Jetzt" leben und deshalb keine so weitreichende Zeitperspektive haben wie Erwachsene, ist sicher richtig; ob daraus jedoch geschlossen werden kann, daß sie „geschützt" sind gegen Depression (und nicht nur gegen bestimmte depressive Gedanken, wie sie Erwachsene im allgemeinen haben), ist fraglich. Mit einiger Berechtigung kann eher das Gegenteil angenommen werden: Möglicherweise sind Kinder sogar noch weiter benachteiligt, da sie eben wegen der ihnen

fehlenden kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten ihre Probleme nicht so einfach zum Ausdruck bringen können wie Erwachsene. Des weiteren ist es höchst fraglich, ob diese negativen Gedanken ein notwendiger Bestandteil der Depression bei Kindern sind oder nur ein notwendiger Bestandteil der Diagnose unter dem Primat der Theorie. Rutter sieht diese Problematik durchaus, indem er warnt: „(...) however, we must beware of assuming cognitive primacy in depression. Although clearly depression is not just a mood disorder, equally obviously it is not just a cognitive disorder either." (Rutter, 1987, S. 9)

Solange nicht ausgeschlossen werden kann, daß die von den erwähnten erwachsenenbezogenen Depressionstheorien geforderten („formal-operativen") Symptome nicht erst eine Folge bereits früher ausgebildeter Strukturen sind, also gewissermaßen Epiphänomene entwicklungsgeschichtlich älterer Strukturen, kann jedenfalls nicht davon ausgegangen werden, daß Kinder vor der Pubertät vor Depressionen geschützt sind. Mit der gleichen Berechtigung ist denkbar, daß eine depressive Störung aufgrund des (kognitiven) Entwicklungsstandes nicht so sehr sprachlich zum Ausdruck kommt, sondern eher durch *nonverbales Verhalten.* In diese Richtung weist eine Studie von McConville und Mitarbeitern (1973). Sie untersuchten die altersabhängige Symptomatik depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen und konnten im wesentlichen drei altersabhängige Typen von Syndromen feststellen. Die erste Gruppe von Kindern, im Alter von 6 bis 8 Jahren, zeigte vorwiegend affektive und nonverbale Symptome wie Traurigkeit, Hilflosigkeit, gelegentlich Hoffnungslosigkeit und Einsamkeitsgefühle. Die Autoren meinen dazu:

„The ability to verbalize may (...) be impaired in younger children, so that the thoughts are contained in the feeling which could be regarded as the primary state, with the words being a rather inadequate means of describing or conveying a ‚feeling-thought'." (McConville, Boag et al., 1973, S. 134)

Kinder im mittleren Schulalter dagegen äußern diese *Gedanken-Gefühle* mehr sprachlich in Form von fixen Ideen über negativen Selbstwert, Wertlosigkeit, „Ungeliebtsein" und „Benutztwerden" durch andere Menschen. Eine dritte Gruppe von Kindern, eher schon im formal-operativen Alter, äußert dagegen Überzeugungen von sich selbst, daß sie „schlecht" oder „böse" seien, und daß sie „verdienen, getötet zu werden". In zwei Fällen konnten die Autoren auch akustische Halluzinationen feststellen. Diese eher kleine Gruppe von Kindern bezeichnen die Autoren als *Schuld-Typus* und interpretieren die Symptome als Ausdruck eines strafenden Über-Ichs. Jedoch heben sie hervor, daß nicht notwendigerweise alle depressiven Kinder in dieser Altersspanne diese Symptomatik entwickeln.

Auch aus theoretischer Sicht lassen sich Gründe anführen, warum die Diagnose depressiver Störungen bei jüngeren Kindern zwar nicht unbedingt die Berücksichtigung anderer Symptome, aber doch eine etwas andere Methode der Messung erfordert. Kovacs (1986) untersucht die Möglichkeiten und Grenzen des direkten klinischen Interviews mit Kindern im präpubertären Alter. Sie nennt einige wichtige Gesichtspunkte hinsichtlich der unterschiedlichen Bedingungen und Fähigkeiten von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen: Zum einen ist es fraglich, inwieweit Kinder überhaupt ein Problembewußtsein von ihrer Störung haben, da sie Ursachen für innere Zustände noch weitgehend in äußeren Umständen sehen. Zweitens können Kinder in diesem Alter (gemeint ist hier und im folgenden stets die Altersspanne vom Schuleintritt bis

zur beginnenden Adoleszenz) zwar bereits Gefühle und Stimmungen verbalisieren, jedoch nur auf konkrete Sachverhalte bezogen, nicht aber reflektierend. Drittens kann davon ausgegangen werden, daß – aufgrund der noch nicht entwickelten Fähigkeit zur Metakognition – Selbstbeobachtung und Selbstreflexion, mithin also auch die Reflexion eigener (negativer) Gedanken (z. B. Wertlosigkeit) noch nicht möglich ist. Viertens kann durch direkte Befragung keine verläßliche Information über die Dauer und zeitliche Abfolge von Symptomen erhoben werden, weil Kinder noch nicht über die entsprechenden Zeitkonzepte verfügen und einen mehr qualitativen Zeitbegriff haben.

Kovacs' Analyse der besonderen diagnostischen Situation bei Kindern ist prinzipiell zuzustimmen. Faktoren wie das mangelnde Problembewußtsein, die eingeschränkte Verbalisierungsfähigkeit, die fehlende Möglichkeit zur Selbstreflexion und die andere Zeitperspektive machen herkömmliche diagnostische Verfahren (also das klinische Interview) schwer anwendbar. Dennoch kommt Kovacs letztlich zu dem Ergebnis, daß unter Berücksichtigung dieser entwicklungsspezifischen Faktoren ein entsprechend konstruiertes semistrukturelles klinisches Interview mit Kindern dieser Altersstufe durchgeführt werden kann, unter Hinzuziehung zeitlicher Information von den Eltern. Dies erscheint jedoch ohne das Heranziehen nonverbaler Information auf dem Hintergrund der geschilderten altersabhängigen Verbalisierung von depressiven *Gedanken–Gefühlen* (McConville, Boag et al., 1973) als fraglich, zumindest für jüngere Kinder. Ferner erscheint diese Methode eher für Forschungszwecke praktikabel, nicht aber mit dem Ziel einer Früherkennung und -diagnose. Dies gilt insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß Kinder aufgrund eines weitgehend fehlenden Krankheitsbewußtseins zumeist nicht selbst in der Lage sind, Hilfe zu suchen beziehungsweise Erwachsene auf ihre Probleme verbal aufmerksam zu machen. Eher ist davon auszugehen, daß diese nonverbal, im Verhalten zum Ausdruck kommen. Dies muß vor allem bei jüngeren Kindern im Diagnoseprozeß berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann heute mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden, daß depressive Störungen bei Kindern im präpubertären Alter vorkommen können. Unklar ist noch weitgehend, wie das typische Symptombild in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand des Kindes aussieht. Es kann jedoch mit wachsender Sicherheit davon ausgegangen werden, daß die Störung bei Kindern eine ähnliche Symptomatik aufweist wie bei Erwachsenen. Von daher und in Ermangelung eines schlüssigen, altersabhängigen und standardisierten Diagnosesystems für Kinder scheint es zulässig, daß Klassifikationssysteme für Erwachsene prinzipiell auch auf Kinder angewandt werden können. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß bei Kindern Symptome eher nonverbal ausgedrückt und aus ihrem Verhalten ersehen werden können als bei Jugendlichen oder Erwachsenen. Außerdem kann als noch nicht geklärt gelten, wer der beste Informant zur Gewinnung diagnostisch relevanter Information ist. Darauf wird im nächsten Abschnitt noch eingegangen. In der vorliegenden Arbeit werden die Diagnoserichtlinien des DSM III unter Vorbehalt verwendet, da es das derzeit gebräuchlichste Instrument zur Erforschung depressiver Störungen bei Kindern ist und den Vorteil der Vergleichbarkeit von Ergebnissen bietet. Die diagnostischen Kriterien dieses Manuals in bezug auf depressive Störungen werden im übernächsten Abschnitt genauer dargestellt (Abschnitt 2.1.4). Eine der zentralen Fragestellungen dieser Untersuchung wird jedoch sein, inwieweit sich auch empirisch eine

Stabilität des Symptombildes depressiver Störungen bei Kindern wie auch bei Jugendlichen aufzeigen läßt, die im DSM III eher unüberprüft vorausgesetzt wird.

2.1.3 Quellen der diagnostischen Information

Es wurde bereits angedeutet, daß derzeit noch nicht geklärt ist, wer im Hinblick auf eine valide Diagnose depressiver Störungen bei Kindern, insbesondere vor der Pubertät, der zuverlässigste Informant ist. Dies hängt natürlich zunächst vom Ziel einer Untersuchung ab: Steht im Kontext eher praktischer Belange die Frage nach einer Behandlungsmöglichkeit oder nach einer individuell zugeschnittenen Diagnose im Vordergrund, so scheinen dafür in erster Linie die Kinder selbst oder deren Eltern beziehungsweise primäre Bezugspersonen in Frage zu kommen. Dagegen kann eine intensive Befragung von Eltern oder Kindern bei Untersuchungen zu Forschungszwecken, also etwa innerhalb von epidemiologischen Untersuchungen, manchmal zu aufwendig sein, insbesondere dann, wenn es um Fragen der Prävalenz oder der Früherkennung depressiver Störungen geht.

Bei Erwachsenen ist normalerweise die in Frage stehende Person selbst der Informant für die Diagnose psychischer Störungen, es sei denn, es gibt Gründe anzunehmen, daß eine sinnvolle Befragung der Person selbst nicht möglich ist. Im Gegensatz dazu sind bei Störungen von Kindern üblicherweise sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung die wichtigsten Informanten die Eltern und die Schule. Dies erscheint deswegen notwendig, da Kinder aufgrund ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten oft nicht in der Lage sind, eine angemessene Beschreibung bestimmter Sachverhalte, etwa des zeitlichen Verlaufs von Symptomen, zu geben (Puig-Antich & Gittelman, 1982). Dies wurde im vorausgegangenen Abschnitt auch in bezug auf andere Einschränkungen der diagnostischen Möglichkeiten durch den Entwicklungsstand von Kindern erwähnt. Traditionellerweise bezog sich dieses diagnostische Vorgehen jedoch meist auf Störungen des Verhaltens oder der Aufmerksamkeit, Bereiche, in denen eine valide Einschätzung etwa von Lehrern zunächst auf der Hand zu liegen scheint, da sie meist diejenigen Erwachsenen sind, die mit diesen Störungen bei Kindern in erster Linie umzugehen haben oder denen entsprechendes Verhalten zuerst auffällt, weil es zum Beispiel den Unterricht stört.

In bezug auf depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen erscheint die Validität von diagnostisch relevanter Information der Eltern oder der Lehrer dadurch in Frage gestellt, daß es für Außenstehende schwierig ist, über bestimmte innere Zustände der Kinder, wie etwa ihre Stimmung oder ihre Gefühle, Aussagen zu treffen, Symptome, die ja gerade bei depressiven Störungen im Zentrum des Interesses stehen. Es läge daher auf der Hand, im Falle depressiver Störungen eher die Kinder selbst als Informanten heranzuziehen. Dies trifft jedoch auf die erwähnte Schwierigkeit, daß dies aufgrund der dazu notwendigen Fähigkeiten auf seiten der Kinder desto mehr eingeschränkt erscheint, je jünger das Kind ist. Dennoch wurde in den letzten Jahren immer häufiger das Kind selbst als der zuverlässigste Informant angesehen, zumindest was seinen aktuellen emotionalen Zustand anbelangt (Puig-Antich & Gittelman, 1982). Die meisten der in letzter Zeit entwickelten diagnostischen Instrumente sind

demzufolge entweder halbstrukturierte klinische Interviews oder Fragebögen für Kinder (vgl. Übersicht bei Kazdin, 1990). Informationen von Eltern wurden meist zur Ergänzung herangezogen, wenn es etwa um zeitliche Informationen über das Andauern depressiver Zustände ging.

Lehrer wurden dagegen als mögliche Informanten nur unsystematisch und lückenhaft in Betracht gezogen. Jedoch sind einige Punkte anzumerken, die für eine stärkere Berücksichtigung von Lehrerinformation im Hinblick auf diagnostische Bemühungen sprechen: Einerseits verfügen Lehrer über einen großen Beobachtungs- und Beschreibungsdatenschatz in bezug auf „ihre" Kinder (Kerr, Hoier et al., 1987). Sie kennen in der Regel deren Schwierigkeiten und Schwächen, erleben sie meist „hautnah", sowohl in leistungsbezogenen als auch in sozialen Situationen. Beide Bereiche scheinen aus theoretischen Überlegungen (vgl. besonders Abschnitt 2.2.2 und 2.2.3) gerade für depressive Störungen von hoher Signifikanz zu sein. Weiterhin sind Lehrer aufgrund ihrer Unabhängigkeit von den Familiensystemen der Kinder eher in der Lage, objektiv und neutral über deren Symptome zu berichten, als etwa die Eltern (dies berührt hauptsächlich die Probleme der Schambesetztheit oder des Leugnens diagnostisch relevanter Symptome). Zum dritten verfügen Lehrer über Beobachtungswissen, das sich meist auf einen langen Zeitraum erstreckt, und können daher Dauer und Schwere einer depressiven Symptomatik relativ genau einschätzen. Viertens ist ihnen die Beurteilung nonverbaler Merkmale der Kinder über situative Schwankungen hinaus möglich, da sie sie in der Regel in vielfältigen Situationen beobachten können. Lehrer sind schließlich für Prävalenzstudien leichter zugänglich als Eltern oder Kinder, was eine weitere Klärung der Auftretenshäufigkeiten der Störung erheblich erleichtern würde. Gegenüber den zahlreichen Vorteilen müssen allerdings auch Nachteile der Lehrerbefragung gegenüber der direkten Befragung des Kindes angemerkt werden. Insbesondere betrifft das die Erhebung intrapsychischer Daten, die nicht unmittelbar aus dem Verhalten geschlossen werden können (z. B. Suizidgedanken), und Sachverhalte, die im Schulkontext nicht so sehr im Mittelpunkt stehen (also etwa Appetit- oder Schlafstörungen). Auch ist unter Umständen denkbar, daß gerade Symptome depressiver Kinder wegen ihrer sozialen Zurückgezogenheit Lehrern nicht so sehr auffallen.

Leider gibt es bislang keine Studie, die die Validität aller denkbaren Informationsquellen, also auch der Lehrer, systematisch und in umfassender Weise untersucht hat. Bisherige Studien zu dem Problem der Zuverlässigkeit verschiedener Informationen haben bisher nur einzelne Informanten miteinander verglichen und ergeben zudem ein widersprüchliches Bild. In bezug auf die Validität von Lehrerinformationen können daher derzeit nur lückenhafte Aussagen gemacht werden. Lefkowitz und Tesiny (1980) untersuchten die Möglichkeit, mit Hilfe eines Soziogramms unter Kindern aus verschiedenen Schulklassen depressive Kinder zu identifizieren. Sie ließen dabei unter anderem auch die Klassenlehrer die Depressivität ihrer Schüler einschätzen, nachdem sie sie mit den Merkmalen dieser Störung vertraut gemacht hatten, und verglichen die Ratings der Lehrer sowie die Selbstaussagen der Kinder auf mehreren Depressionsinstrumenten mit den Daten aus dem Soziogramm. Es zeigte sich, daß sowohl das Depressionsrating der Lehrer als auch die Depressivität der Kinder aufgrund ihrer Selbstaussagen signifikant mit der Depressivität der Kinder aufgrund des Soziogramms der Gleichaltrigen korrelierte, wobei die Aussagen der Lehrer mehr mit den

Aussagen der Mitschüler übereinstimmten als mit den Selbstaussagen der Kinder. Lehrer sind also nach dieser Studie offenbar in ähnlicher Weise in der Lage wie andere Mitschüler, depressionsrelevantes Verhalten zu erkennen. Zwischen den Selbstaussagen der Kinder und den Aussagen der Lehrer bestanden ebenfalls Übereinstimmungen, jedoch waren hier die Zusammenhänge geringer. Keine Zusammenhänge zwischen Lehrerinformationen und klinischen Diagnosen der Depression ergaben sich dagegen in einer Studie von Kashani und Mitarbeitern an einer Stichprobe unter neunjährigen Schulkindern aus Neuseeland (Kashani, McGee et al., 1983). Die Autoren verwendeten zur Diagnose halbstrukturierte Interviews auf der Basis der DSM III-Diagnosekriterien. Kinder mit akuter Depression, mit depressiven Zuständen in der Vergangenheit und Kinder ohne depressive Merkmale unterschieden sich in bezug auf ihre von den Lehrern beobachteten Verhaltensprobleme nicht voneinander, wohl aber hinsichtlich der von den Eltern berichteten Verhaltensmerkmale. Diese Kinder wurden im Alter von 11 und 13 Jahren nochmals untersucht. Während im Alter von 11 Jahren ebenfalls keine Zusammenhänge zwischen den Verhaltensbeobachtungen der Lehrer und den verschiedenen Depressionsgruppen festzustellen waren, zeigten die akutdepressiven Kinder im Alter von 13 Jahren nach Aussagen der Lehrer deutlich mehr Verhaltensprobleme als die beiden anderen Gruppen (McGee & Williams, 1988).

Die beiden genannten Untersuchungen lassen daher bisher kein klares Urteil über die Validität von Lehrerinformation in bezug auf depressive Verhaltensmerkmale von Kindern zu. Offenbar sind Lehrer grundsätzlich in der Lage, depressionsrelevantes Verhalten zu erkennen, wie die Studie von Lefkowitz und Tesiny (1980) zeigt, zumindest wenn sie auf die Merkmale dieser Störung aufmerksam gemacht werden. Verwendet man dagegen standardisierte Instrumente der Lehrerbefragung ohne vorherige Information der Lehrer, so sind die Ergebnisse weniger eindeutig, wie die Ergebnisse der neuseeländischen Längsschnittstudie zeigen. Möglicherweise treten die Verhaltensunterschiede auch erst zu Beginn der Adoleszenz deutlicher zutage.

Jedoch ist auch nicht vollständig geklärt, wie verläßlich Informationen aus klinischen Interviews oder aus Elternbefragungen sind. Dies verdeutlicht eine Studie von Kazdin (1989), der Elternaussagen, Diagnosen von klinischem Fachpersonal und Selbstbeschreibungen von Kindern in bezug auf depressive Störungen auf ihre Übereinstimmung verglich. Die untersuchte Stichprobe entstammte einer klinischen Population im Alter von 7 bis 12 Jahren. Zusätzlich wurden zahlreiche depressionsrelevante Merkmale der Kinder, ebenfalls durch die unterschiedlichen Informanten, erhoben. Der Vergleich der Diagnosen auf der Basis der unterschiedlichen Informanten ergab ein eher ernüchterndes Bild: Die Übereinstimmung betrug bei keinem der verglichenen Informantenpaare mehr als 33 Prozent. Wesentlich mehr Zusammenhänge ergaben sich jedoch für unterschiedlich geartetes Material *desselben* Informanten: So konnte Kazdin feststellen, daß zum Beispiel Eltern, wenn sie ihre Kinder als depressiv einstuften, auch über mehr depressionsrelevante Merkmale wie etwa geringeren Selbstwert oder vermehrten negativen Affekt berichteten. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie kann vermutet werden, daß unterschiedliche Informanten zwar in sich schlüssige Information bieten, daß aber die Art der Diagnose insgesamt offensichtlich in erster Linie vom Informanten abhängig ist, nicht so sehr von den (depressiven) Merkmalen des Kindes.

Zusammenfassend muß daher gesagt werden, daß das Problem eines zuverlässigen Informanten bei der Diagnose depressiver Störungen als noch nicht geklärt angesehen werden kann. Einige Hinweise liegen vor, daß auch Lehrer über genügend Information verfügen, depressionsrelevantes Verhalten in der Schule und im Unterricht identifizieren zu können. Möglicherweise stellt eine erhöhte Passivität und Zurückgezogenheit depressiver Kinder die Lehrer im Unterricht manchmal vor Probleme, so daß ihnen diese Schüler trotz des eher „innerlichen" Charakters der Störung auffallen. Die Eignung von Verhaltensbeobachtungen von Lehrern für die Erkennung depressiver Störungen ist eine der wichtigen Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung und wird im empirischen Teil ausführlich beleuchtet werden (Abschnitt 4.2.3).

2.1.4 Der diagnostische Ansatz des DSM III

Das nosologische Klassifikationssystem „DSM III" der American Psychiatric Association (1980) stellt eine Weiterentwicklung früherer Diagnosesysteme der größten Vereinigung amerikanischer Psychiater dar und kann weltweit als das zur Zeit gebräuchlichste diagnostische Manual angesehen werden. In der ersten Ausgabe aus dem Jahre 1952, die noch stark dem Kraepelinschen Ansatz der Psychodiagnostik und damit dem medizinischen Störungsbegriff (vgl. hierzu Abschnitt 2.1.1) verpflichtet war, wurden psychiatrische Störungen nach Adolf Meyer als „Reaktionsformen der ‚psychobiologischen Einheit' auf Lebensstressoren" aufgefaßt (siehe, wie auch für das folgende: Achenbach & Edelbrock, 1983). Die zweite Ausgabe im Jahre 1968 stellte zeitgemäß und entsprechend dem wachsenden Einfluß der Sozialwissenschaften bereits eine heterogene Mischung aus verschiedenen theoretischen Ansätzen dar: Krankheitskonzepte, psychoanalytische Konzepte (Neurosen), Persönlichkeitstypologien, Einzelsymptome, vorübergehende situative Reaktionen und Verhaltensstörungen (Beispiel: sogenannte „hyperkinetische Reaktion" bei Kindern).

Die dritte, hier näher betrachtete Ausgabe weist dagegen zahlreiche Innovationen auf: Sie besteht aus einem komplexen Fünf-Achsen-System unterschiedlicher diagnostischer Konzeptualisierungsebenen: Auf der ersten Achse befinden sich die sogenannten klinischen Syndrome, auf Achse zwei die Persönlichkeitsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen. Achse drei stellt die rein medizinische Symptomatik dar, auf Achse vier werden psychosoziale Stressoren klassifiziert, und Achse fünf bietet die Möglichkeit, soziale Anpassungsleistungen des Individuums mehrstufig einzuschätzen. Eine weitere wichtige Innovation stellt das erstmalige Bemühen um operationale Diagnosekriterien dar, die eine intersubjektive Überprüfung von Diagnosen erleichtern. Jedoch muß mit Achenbach und Edelbrock (1983) festgehalten werden, daß der Operationalisierungsgrad des DSM III immer noch nicht befriedigend ist. Kriterien der Intensität und der Häufigkeit von Symptomen sowie typische Konstellationen sind nicht angegeben.

Depressive Störungen

Auf das Problem der bestehenden Heterogenität zahlreicher Klassifikationssysteme für depressive Störungen wurde im Verlauf dieses Kapitels bereits hingewiesen (vgl.

Abschnitt 2.1.1). Kendell (1976) machte in einer Gegenüberstellung zahlreicher Klassifikationssysteme und Untersuchungsbefunde zu depressiven Störungen bei Erwachsenen deutlich, daß derzeit über zwei Merkmale von Klassifikationen ein wachsender Konsens in der Literatur besteht: Zum einen betrifft dies die Unterscheidung von Depressionen eines endogenen/psychotischen Typs *(Typ A)* und eines reaktiven/neurotischen Typs *(Typ B)*. Obwohl nicht klar ist, wie das Verhältnis dieser beiden Störungen zueinander verstanden werden muß, besteht zunehmend Einigkeit über die Notwendigkeit ihrer Unterscheidung. Störungen des endogenen Typs konnten in zahlreichen empirischen Untersuchungen immer wieder nachgewiesen werden; weniger eindeutig waren die Hinweise auf ein klares Symptombild des Typs B. In diesem Zusammenhang wurde auch vermutet, daß die schwerere depressive Störung des Typs A eine Krankheitskategorie mit biologischer Basis darstellt, die leichtere Störung des Typs B dagegen eher einen Teil eines neurotischen Reaktionsspektrums (Kendell, 1976).

Das zweite Gebiet einer wachsenden Übereinstimmung zahlreicher Klassifikationssysteme manisch-depressiver Störungen bildet die Unterscheidung zwischen *unipolaren* und *bipolaren* Störungsformen (Leonhard, 1959, zitiert nach Kendell, 1976). Mit *unipolaren* Störungsformen sind alle jene gemeint, die entweder nur depressive oder nur manische Anteile enthalten. *Bipolare* Störungsformen sind dagegen solche, bei denen depressive und manische Phasen einander abwechseln. Personen mit bipolarer Störung zeigen darüber hinaus noch ein etwas anderes Persönlichkeitsbild als Menschen mit unipolarer Störung: Sie werden meist als warm, energetisch und extravertiert beschrieben, wohingegen Personen mit unipolarer Störung eher zurückgezogen, angespannt und ängstlich wirken. Allerdings ist bisher noch nicht klargeworden, worin die Unterschiede im Symptombild akuter Depressionen bei Personen mit Störungen des unipolaren versus bipolaren Typs bestehen. Desgleichen sind unipolare Störungen des manischen Typs äußerst selten; es scheint daher angemessener, depressive Störungen mit oder ohne manische Anteile voneinander zu unterscheiden (Kendell, 1976).

Die bei Kendell (1976) unterschiedenen wichtigsten Gesichtspunkte der Einteilung depressiver Störungen werden innerhalb des DSM III aufgegriffen: Depressive Störungen sind in diesem Manual unter dem Oberbegriff der *affektiven Störungen* zu finden, die einerseits hinsichtlich ihrer Dauer beziehungsweise Schwere, andererseits hinsichtlich ihrer Polarität weiter unterschieden werden. Das Manual nennt folgende Hauptkategorien affektiver Störungen: bei den akuten Störungen (*Typ A* nach Kendell, 1976) die *manische Episode* und die *typische depressive Episode*. Wenn diese beiden Formen zeitlich alternierend auftreten, wird von einer *bipolaren Störung* gesprochen. Bei den chronischen affektiven Störungen nennt das Manual die *zyklothyme Störung* im Falle der alternierenden Form und die *dysthyme Störung* (oder depressive Neurose) im Falle der unipolaren, nur depressiven Störung. Syndrome, die keinem der genannten Bilder entsprechen, werden im Manual in die Kategorie der *atypischen affektiven Störungen* eingeordnet. Darunter fallen sowohl die atypische bipolare Störung als auch die atypische Depression. Sie sind als Restkategorien in Fällen unvollständiger Symptombilder zu verstehen.

Als Hauptmerkmal der affektiven Störungen insgesamt wird eine Beeinträchtigung der Stimmung genannt, die von einem vollständigen oder partiellen manischen oder

depressiven Syndrom begleitet wird und nicht auf andere Ursachen (etwa körperlicher Art) zurückzuführen ist. Als Beeinträchtigung wird hier sowohl eine Senkung als auch eine Hebung der Stimmung angesehen. Der Terminus Stimmung bezeichnet hier im Unterschied zum Alltagsgebrauch „eine langwährende Emotion, die das ganze psychische Leben färbt" (APA, 1984, S. 215).

Depressive Störungen bei Kindern

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind im DSM III nicht gesondert berücksichtigt. Lediglich bei der Anzahl der diagnostischen Kriterien, bei der zur Diagnose erforderlichen Dauer der Störung und bei der Ausformung einiger Symptome werden Kinder von Erwachsenen unterschieden. Da manische Formen bei Kindern nach bisherigen Erkenntnissen praktisch nicht vorkommen, wurden für die vorliegende Arbeit lediglich die Kriterien für die unipolaren Formen verwendet. Tabelle 1 veranschaulicht die Kriterien für die akute Form der Depression *(typische depressive Episode),* Tabelle 2 die Kriterien für die chronische Form der Störung *(dysthyme Störung oder depressive Neurose).*

Diagnostische Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Obwohl das Manual von einem weitgehend übereinstimmenden Symptombild bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ausgeht, werden doch einige Besonderheiten genannt, die bei den ersteren zu beachten sind: Bei Kindern mit depressiven Syndromen müssen im Unterschied zu Erwachsenen keine direkten Beschwerden über eine dysphorische Verstimmung vorliegen; diese kann vielmehr auch aus einem anhaltend traurigen Gesichtsausdruck geschlossen werden. Hinsichtlich einer eventuellen psychomotorischen Erregung oder Hemmung muß bei Kindern eher von verminderter Aktivität ausgegangen werden als von einer direkten Bewegungshemmung. Bei der dysthymen Störung gilt bei Kindern und Jugendlichen ein Andauern über die Zeitspanne eines Jahres bereits als ausreichend zur Diagnose. Bei ihnen ist im Falle der dysthymen Störung häufig die soziale Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen betroffen: Sie reagieren auf Lob oft negativ und schüchtern, auf positive Beziehungen manchmal auch mit negativem Verhalten, das sich aber eher indirekt äußert (vgl. APA, 1984, S. 232).

Über die eher geringen Unterschiede hinsichtlich der Hauptkriterien der Störung hinaus nennt das Manual noch weitere mögliche Besonderheiten des Erscheinungsbildes bei Kindern und Jugendlichen: Bei Kindern vor der Pubertät kann sich eine sogenannte *Trennungsangst* entwickeln, die ihren Ausdruck in Anklammerung an die Mutter und in Schulverweigerung findet (auf die Überschneidung depressiver Symptomatiken mit Angstsymptomen der Kindheit wird im folgenden noch eingegangen). Bei Jungen in der Pubertät können vermehrt negativistische oder antisoziale Verhaltensweisen beobachtet werden sowie eine Vernachlässigung der äußeren Erscheinung und eine erhöhte emotionale Verletzlichkeit.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien des DSM III für die akute depressive Störung *(typische depressive Episode)*

A) Dysphorische Verstimmung und ein Verlust von Interesse und Freude an allen oder fast allen Aktivitäten und Zerstreuungen. Die dysphorische Verstimmung ist durch Symptome wie die folgenden charakterisiert: depressiv, traurig, trübsinnig, niedergeschlagen, tief am Boden, reizbar. Die Beeinträchtigung der Stimmung muß auffallend und relativ anhaltend sein, aber nicht notwendigerweise das auffälligste Symptom darstellen. Sekundenschnelle Schwankungen von einer dysphorischen Verstimmung zu einer anderen gehören nicht dazu, etwa von Angst über Depression in Ärger, wie es bei einer akuten psychotischen Aufgewühltheit vorkommt. (Bei Kindern unter sechs Jahren muß die dysphorische Verstimmung eventuell aus dem anhaltend traurigen Gesichtsausdruck abgeleitet werden.)

B) Mindestens vier der folgenden Symptome müssen nahezu jeden Tag wenigstens zwei Wochen lang bestanden haben (bei Kindern unter sechs Jahren mindestens drei der ersten vier Symptome):

1. schlechter Appetit oder erhebliche Gewichtsabnahme (ohne Diät) oder Appetitsteigerung oder erhebliche Gewichtszunahme (bei Kindern unter sechs Jahren ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu beachten)
2. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
3. psychomotorische Erregung oder Hemmung (aber nicht nur subjektive Gefühle der Ruhelosigkeit oder Verlangsamung) (bei Kindern unter sechs Jahren Hypoaktivität)
4. Verlust von Interesse oder Freude an allen üblichen Aktivitäten oder Nachlassen des Geschlechtstriebs, das nicht auf eine Periode mit Wahnphänomenen oder Halluzinationen beschränkt ist (bei Kindern unter sechs Jahren Zeichen von Apathie)
5. Energieverlust, Erschöpfung
6. Gefühl der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe oder übermäßige und ungerechtfertigte Schuldgefühle (können jeweils wahnhaft sein)
7. Klagen über oder Hinweise für verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit, so zum Beispiel verlangsamtes Denken oder Entschlußlosigkeit ohne deutliche Assoziationslockerung oder Inkohärenz
8. wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, -wünsche, Suizidversuch

C) Keines der folgenden Merkmale beherrscht das klinische Bild, wenn kein affektives Syndrom (d.h. Kriterien A und B) besteht, das heißt vor seiner Entwicklung oder nach der Remission:

1. Beschäftigung mit stimmungsinkongruenten Wahnphänomenen oder Halluzinationen
2. bizarres Verhalten

D) Nicht auf Schizophrenie, schizophreniforme Störung oder paranoide Störung aufgepfropft

E) Nicht Folge einer der organisch bedingten psychischen Störungen oder einfacher Trauer

Quelle: DSM III, American Psychiatric Association, 1984, S. 224.

Diagnostische Überschneidungen des Symptombildes mit anderen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Das DSM III nennt einige andere Störungskategorien für Kinder und Jugendliche, die in bestimmten Bereichen Überschneidungen zu den Symptombildern der affektiven Störungen aufweisen. Auf das Problem der bisher nicht geklärten Abgrenzung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen gegenüber anderen Erscheinungen (wie

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien des DSM III für die chronisch-depressive Störung *(dysthyme Störung)*

A) Der Betroffene hat während der letzten zwei Jahre (bei Kindern und Adoleszenten ein Jahr) die überwiegende oder die ganze Zeit unter Symptomen gelitten, die für das depressive Syndrom charakteristisch sind, die aber nicht schwer und nicht anhaltend genug waren, um die Kriterien einer typischen depressiven Episode zu erfüllen (obwohl eine typische depressive Episode auf eine dysthyme Störung aufgepfropft sein kann).

B) Die Erscheinungen des depressiven Syndroms können relativ beständig sein oder von Perioden mit normaler Stimmung unterbrochen, die ein paar Tage oder ein paar Wochen anhalten, aber nicht mehr als wenige Monate hintereinander.

C) Während der depressiven Perioden besteht entweder eine deutlich ausgeprägte depressive Verstimmung (d. h. traurig, trübsinnig, tief am Boden, niedergeschlagen) oder ein deutlicher Verlust von Interesse oder Freude an allen oder fast allen üblichen Aktivitäten und Zeitvertreiben.

D) Während der depressiven Perioden bestehen mindestens drei der folgenden Symptome:

1. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
2. niedriges Energieniveau oder chronische Müdigkeit
3. Gefühle der Unzulänglichkeit, Verlust der Selbstachtung oder Selbsterniedrigung
4. verminderte Leistungsfähigkeit oder Produktivität in der Schule, bei der Arbeit und zu Hause
5. Verminderung von Aufmerksamkeit, Konzentration oder Fähigkeit zum klaren Denken
6. sozialer Rückzug
7. Verlust von Interesse oder Freude an angenehmen Tätigkeiten
8. Reizbarkeit oder übermäßiger Zorn (bei Kindern gegenüber Eltern oder Pflegepersonen)
9. Unfähigkeit, auf Anerkennung oder Belohnungen mit entsprechender Freude zu reagieren
10. weniger aktiv und gesprächig als üblich, oder das Gefühl von Verlangsamung oder Unruhe
11. pessimistische Einstellung zur Zukunft, Grübeln über vergangene Ereignisse oder Selbstmitleid
12. den Tränen nahe oder Weinen
13. wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid

E) Fehlen psychotischer Merkmale wie Wahnphänomene, Halluzinationen, Inkohärenz oder Assoziationslockerung

F) Wenn die Störung auf eine zuvor bestehende psychische Störung aufgepfropft ist, wie zum Beispiel Zwangssyndrom oder Alkoholabhängigkeit, kann die depressive Verstimmung aufgrund ihrer Stärke oder ihres Einflusses auf die sozialen Leistungen klar von der üblichen Stimmung des Betroffenen unterschieden werden.

Quelle: DSM III, American Psychiatric Association, 1984, S. 234.

etwa Verhaltensstörungen oder Störungen der Aufmerksamkeit) wurde bereits hingewiesen (vgl. Abschnitt 2.1.1). Das Problem der unklaren Abgrenzung betrifft jedoch in erster Linie die verschiedenen Angstsyndrome des Kindes- und Jugendalters, deren sowohl diagnostischer als auch theoretischer Status im Hinblick auf depressive Störungen bei Kindern als bislang ungeklärt angesehen werden muß. Alle drei der im DSM III genannten Angstsyndrome weisen Symptomüberschneidungen mit depressi-

ven Störungsbildern auf. Innerhalb der diagnostischen Richtlinien für die affektiven Störungen wird insbesondere das *Angstsyndrom mit Trennungsangst* als mögliches Nebenmerkmal einer depressiven Störung genannt. Symptome wie Traurigkeit, übermäßige Befürchtungen, Schlafstörungen, somatische Beschwerden und sozialer Rückzug können im Zusammenhang mit Trennungsangst entstehen, ebenso können Leistungseinbußen die Folge sein. Kennzeichnend für dieses Syndrom ist die Angst vor tatsächlicher oder imaginierter Trennung von wichtigen Bezugspersonen. Da jedoch nicht immer klar entschieden werden kann, inwieweit eine Trennungsproblematik bei einem Kind vorliegt, ist die diagnostische Abgrenzung gegenüber einer depressiven Störung nicht immer möglich. Zudem ist das theoretische Verhältnis dieser beiden Erscheinungen bisher nicht geklärt. Es kann daher nicht eindeutig entschieden werden, welche der beiden Störungen als die primäre anzusehen ist.

Auch das *Angstsyndrom mit Vermeidungsverhalten* weist einige Überschneidungen im klinischen Bild zu depressiven Störungen auf, wenngleich im DSM III differentialdiagnostisch darauf nicht hingewiesen wird. Sein Hauptmerkmal ist ein anhaltendes und exzessives Ausweichen des Kindes vor Kontakten mit Fremden, wodurch seine soziale Leistungsfähigkeit im Umgang mit Gleichaltrigen gestört wird (APA, 1984, S. 62). Das Vermeidungsverhalten kann sich dabei – ähnlich wie bei depressiven Störungen – in einer Hemmung der motorischen Aktivität und der Initiative ausdrücken. Kinder mit dieser Störung werden auch als verlegen oder schüchtern beschrieben. Als Komplikationen werden unter anderem Gefühle der Isolation und Depression genannt. Auch hier muß die diagnostische Abgrenzung zu depressiven Störungen als nicht ganz geklärt angesehen werden, ebenso wie das theoretische Verhältnis dieser Störung zur Depression. Denkbar ist, daß Vermeidungsverhalten eine wichtige Rolle innerhalb der innerpsychischen Dynamik der Depression spielt (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.3) und insofern möglicherweise ein Vorläufer depressiver Störungen oder aber nur ein wichtiger Indikator dieser Störung ist.

Ähnliches gilt für das *Angstsyndrom mit Überängstlichkeit.* Seine Hauptmerkmale sind unspezifische übertriebene Sorgen und ängstliches Verhalten des Kindes, die sich nicht auf bestimmte Objekte oder Personen beziehen. Typischerweise sind diese Ängste mit Zweifeln an der eigenen Fähigkeit in vielen Bereichen gekoppelt. Motorische Unruhe, vegetative Symptome und Schlafstörungen werden als häufige Begleiterscheinungen dieses Syndroms genannt. Zwanghafte Zweifel an sich selbst, ein Hang zum Perfektionismus sowie eine exzessive Anpassung und das Streben nach Anerkennung werden bei diesen Kindern als typische Merkmale genannt. Auch in diesem Fall wird die unmittelbare Nähe zu depressiven Problematiken und Symptomen deutlich. Ebenso wie bei den anderen Angstsyndromen ist auch hier ungeklärt, in welchem Verhältnis diese Störungsbilder zu depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen stehen.

Mehrere Möglichkeiten der Verknüpfung sind denkbar: Zum einen kann es sein, daß Angstsyndrome Vorläufer späterer depressiver Syndrome sind. Sie können aber auch eigene Störungskategorien ohne inneren Bezug zu depressiven Störungen darstellen. Schließlich ist denkbar, daß es sich um besondere Formen einer allgemeinen zugrundeliegenden depressiven Störung handelt. In letzter Zeit wird dieses Problem stärker thematisiert: Immer häufiger wird auf das Phänomen der Komorbidität von

Angstsyndromen mit depressiven Störungen hingewiesen (vgl. etwa Kazdin, 1990). In der vorliegenden Arbeit konnte jedoch den Fragen bezüglich des spezifischen Verhältnisses zwischen Depression und Angstsyndromen der Kindheit und Adoleszenz nicht genauer nachgegangen werden, da hierzu das diagnostische Material als nicht ausreichend angesehen wurde. Auf eine weitergehende diagnostische Differenzierung zwischen depressiven Störungen und Angstsyndromen mußte daher verzichtet werden (vgl. Abschnitt 4.1). Die Untersuchung dieser Fragestellungen sollte jedoch ein vordringliches Ziel weiterer Forschung sein.

2.2 Die Entstehung depressiver Störungen bei Kindern

Im folgenden werden drei theoretische Ansätze dargestellt, die wichtige Aspekte, Mechanismen und Entstehungsbedingungen depressiver Störungen bei Erwachsenen (und Kindern) aufzeigen. Dabei ist zu erwähnen, daß bislang noch keine umfassende Theorie der Depression entwickelt werden konnte. Dies gilt sowohl für Erwachsene als auch für Kinder. Vorhandene Theorien greifen immer nur Einzelaspekte möglicher ätiologischer Faktoren der Störung heraus. Jedoch können Überschneidungen und Konvergenzen zwischen den Theorien aufgezeigt werden, die die Kernproblematik der Störung deutlicher machen. Innerhalb dieses Spektrums könnte meines Erachtens die Bindungstheorie nach Bowlby (1973, 1980, 1982) eine integrative und übergeordnete Funktion erhalten, da sie im Unterschied zu den anderen hier dargestellten Modellen, der Kognitiven Theorie von Beck (1967) und der Theorie der Erlernten Hilflosigkeit von Seligman und Mitarbeitern (Seligman & Maier, 1967; Seligman, 1975; Abramson, Seligman et al., 1978), einen sowohl klinisch als auch entwicklungspsychologisch orientierten Ansatz darstellt und daher einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive besonders nahesteht (vgl. Abschnitt 2.3). Ferner werden innerhalb der Bindungstheorie explizit Modelle der inneren Strukturierung von Wahrnehmung, Denken und Verhalten formuliert („interne Arbeitsmodelle"), die besonders mit depressiven Störungen in Verbindung gebracht werden können (vgl. Bowlby, 1980). Diese internen (kognitiv-affektiven) Strukturen stehen andererseits den anderen beiden Modellen der Depression für Erwachsene inhaltlich sehr nahe und erweitern diese Ansätze um eine entwicklungspsychologische Perspektive. In den ersten beiden Abschnitten werden zuerst die beiden wichtigsten psychologischen Modelle für Depression bei Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Implikationen für die Störung bei Kindern dargestellt. Im darauffolgenden Abschnitt werden das Entwicklungsmodell der Bindungstheorie und seine Überschneidungen mit den ersten beiden Ansätzen ausführlicher erläutert. Eine wichtige Frage bei der Erörterung der ätiologietheoretischen Aspekte der Störung wird sein, welche Hinweise sich zum Problem des Zusammenhangs der kognitiven Entwicklung mit der Entstehung und Fortdauer von depressiven Störungen bei Kindern in den einzelnen Modellen finden lassen. Dieser Zusammenhang wird in der Literatur kontrovers diskutiert, wie bereits erwähnt wurde, und hat auf die Konzeptualisierung der Störung erheblichen Einfluß (vgl. Abschnitt 2.1). Weiterhin soll aus theoretischer Sicht aufgeschlüsselt werden, welche Symptome für

depressive Störungen bei Kindern typisch sind, um damit zu spezifischeren Hypothesen für die empirische Untersuchung zu gelangen.

Leider können im Rahmen der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit nur wenige der in diesem Kapitel aufgeworfenen Fragen beantwortet werden. Die folgenden Ausführungen zu den theoretischen Aspekten der depressiven Störung bei Kindern sollen vielmehr einen möglichst umfassenden Einblick in den derzeitigen Stand der Theoriebildung auf diesem Gebiet ermöglichen. Theoretische Aspekte werden in vielen Untersuchungen zur Depression leider immer noch sehr wenig berücksichtigt. Pathologie, auch im Bereich von kindlicher Entwicklung, ist immer noch allzuoft eine rein empirische Disziplin.

2.2.1 Die Kognitive Theorie der Depression und die Entwicklung negativer Selbstschemata

Anhand der Kognitiven Theorie der Depression (Beck, 1967, 1970) wird in diesem Kapitel die Rolle kognitiver Prozesse in der innerpsychischen Dynamik der Depression und bei der Entstehung depressiver Störungen erörtert. Es soll aufgezeigt werden, inwieweit im Entwicklungsverlauf relativ stabile Strukturen des Selbst (sogenannte „negative Selbstschemata") für einen möglichen chronischen Verlauf der Störung vom Kindes- und Jugendalter bis ins Erwachsenenalter verantwortlich gemacht werden können. Ausgangsbasis ist dabei das Verständnis der erwachsenen Form der Störung aus dem Blickwinkel der Theorie. Ferner soll auf einige Befunde aus der Forschung zur Entwicklung des „Selbst" näher eingegangen werden, die einen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung negativer Selbstschemata liefern können. Schließlich soll die Bedeutung dieses Ansatzes für die Frage der Entwicklung depressiver Reaktionen erörtert werden.

Der Ansatz der Kognitiven Theorie der Depression

Lange Zeit wurde die depressive Störung bei Erwachsenen als ein Prozeß angesehen, dessen primäre Dynamik auf einer Störung im affektiv-motivationalen Gleichgewicht basiert. Die kognitiven Komponenten der Störung wurden als sekundär, aus der Störung des Affektes resultierend betrachtet. Beck (1967, 1970) formulierte im Zuge des erstarkenden kognitivistischen Paradigmas der siebziger Jahre eine neue, gegenläufige Sichtweise der Depression: Er konnte schlüssig zeigen, daß einerseits bestimmte kognitive Prozesse an der Entstehung einer akuten depressiven Reaktion beteiligt sind, daß andererseits aber auch depressive Stimmungsänderungen die Folge dieser kognitiven Prozesse sein können. Mit dieser These war das bisher angenommene Verhältnis zwischen Kognition und Affekt in der Entstehungsdynamik der depressiven Reaktion grundlegend in Frage gestellt. Desgleichen wurde das Problem neu aufgeworfen, welches die zeitlich stabilen, überdauernden Elemente chronisch-depressiver Verlaufsformen sind: Innerhalb der Kognitiven Theorie wird angenommen, daß sogenannte „depressogene kognitive Schemata" das strukturierende und zeitlich stabile

Element der Störung bilden. Ihre einfachen und undifferenzierten Strukturen deuten darauf hin, daß sie ontogenetisch frühe Konstruktionen darstellen (Beck & Kovacs, 1986, S. 250).

Beck (1967) ging davon aus, daß affektive Reaktionen von der Art und Weise bestimmt werden, wie ein Individuum seine Erfahrung strukturiert. Bei Personen, die unter einer Depression leiden, ist die Wahrnehmung in negativer Weise kognitiv vorstrukturiert und führt zu einer unangemessenen und gestörten Interpretation von Ereignissen und Situationen. Mit der negativ getönten Wahrnehmung sind spezifische affektive Reaktionen der Hilflosigkeit, der Hoffnungslosigkeit, des Verlustes, der Schuld und der Scham verbunden, wie sie für die depressive Störung kennzeichnend sind. Das Verhältnis von negativen Kognitionen und negativen Affekten wird als ein zirkuläres Rückkopplungsmodell aufgefaßt: Negative Kognitionen sind die zeitlich stabilen Strukturen der Depression und können zu negativen Affekten führen, die wiederum einen verstärkenden Einfluß auf das negative Denken haben (Beck, 1967).

Die meisten depressiven Symptome sind so nach Beck in der Hauptsache die Folge von negativem und gestörtem Denken, das gleichermaßen die Wahrnehmung und die Affekte des Individuums beeinflußt. Eine zentrale Rolle spielt dabei die sogenannte „Kognitive Triade" der Depression, eine Verbindung negativer Sichtweisen des Selbst, der Welt und der eigenen Zukunft (vgl. Kovacs & Beck, 1977, S. 21):

1. *Negative Selbstschemata:* Der depressive Mensch sieht sich selbst als defizitär, unangemessen oder wertlos an. Seine unangenehmen Gefühle und Erfahrungen schreibt er eigenen „Defekten" körperlicher, psychischer oder moralischer Natur zu. Dies veranlaßt ihn, sich selbst als wertlos zu beurteilen und sich selbst, seine Person abzulehnen.
2. *Negative Sichtweise der Umwelt:* Menschen mit Depressionen neigen dazu, ihre Umwelt als sehr fordernd und Hindernisse in den Weg legend wahrzunehmen. Sie interpretieren ihren Kontakt mit der Umwelt überwiegend in Dimensionen wie „Sieg" oder „Niederlage", „Verlust" oder „Herabsetzung".
3. *Negatives Zukunftsbild:* Die negative Sicht der eigenen Gegenwart wird von depressiven Menschen in die Zukunft verlängert: Augenblickliche Schwierigkeiten oder gegenwärtiges Leiden werden als unabänderlich und zeitlich andauernd gesehen, Frustrationen und Deprivationen werden immer fortdauern. In dieser Haltung kommt eine starke Hilflosigkeit zum Ausdruck.

Kennzeichnend für die triadische Interpretationsperspektive ist, daß diese negativen Bewertungen des Selbst, der Umwelt und der eigenen Zukunft einem außenstehenden Beobachter unrealistisch, gestört und unlogisch erscheinen. Zwar sind solche Verarbeitungsmuster einzeln betrachtet durchaus normal und werden auch von nichtdepressiven Menschen in bestimmten Situationen manchmal verwendet. Kennzeichnend für Menschen mit depressiven Störungen ist jedoch ihr übermäßiger und stereotyper Gebrauch. Die einzelnen „Bausteine" der Kognitiven Triade sind eine Reihe sehr spezifischer Verarbeitungsprozesse (Kovacs & Beck, 1977, S. 21):

- unflexible und absolute Urteile in bestimmten Situationen,
- Übersteigerungen in der Interpretation von Ereignissen,
- Übergeneralisierungen eines Einzelereignisses,

- Fokussierung auf Teile einer Situation/eines Ereignisses, deren Kontext und deren Hauptbedeutung ausgeklammert werden,
- Schlußfolgerungen aus nicht vorhandenen oder gegensätzlichen Hinweisen,
- „Hineininterpretieren" von persönlicher Bedeutung in unangenehm erlebte Situationen (z. B. „*mir* muß so etwas immer passieren").

Thematisch kreisen die so gearteten kognitiven Verarbeitungsmuster bei Depressiven häufig um Probleme wie Verlust oder Deprivation. Sie sehen sich selbst oft als „Verlierer", interpretieren viele Dinge und Situationen als Verlust und beschäftigen sich sehr häufig damit, über mögliche oder vermeintliche Verluste nachzudenken. Daran wird deutlich, daß sich auch eher motivationale Kennzeichen der depressiven Störung wie etwa Unentschlossenheit, Willenslähmung, Vermeidungs- und Todeswünsche sowie eine verstärkte Abhängigkeitshaltung auf den kognitiven Rahmen der Theorie beziehen lassen und erklärbar werden. Mangelnder Antrieb und eine erhöhte Abhängigkeitshaltung werden unmittelbar verständlich, erscheinen sogar im Blickwinkel eines abgelehnten und wertlosen Selbst und einer von Verlust und Mißerfolg geprägten Zukunftsperspektive „plausibel" und „einleuchtend" zu sein. Der mit depressiven Menschen arbeitende Praktiker kennt die Gefahr und motivationale Kraft solcher depressiven Wahrnehmungsverzerrungen und Interpretationsmuster: Er muß sich hüten, die oft sehr logisch erscheinenden Argumentationen der Klienten zu übernehmen und damit sich selbst ebenfalls zunehmend handlungsunfähig zu machen (vgl. Dörner & Plog, 1984, S. 203 ff.).

Innerhalb der Kognitiven Theorie der Depression wird die Gesamtstruktur dieser spezifischen kognitiv-depressiven Verarbeitungsmuster auch als *depressogenes Schema* bezeichnet, das aus Glaubenssätzen, Informationsverarbeitungsstrukturen und festgelegten, stereotypen Schlußfolgerungen besteht. Beck und Kovacs definieren diese Schemata als „(...) long-term psychological templates associated with fairly stereotypical attitudinal and behavioral responses under certain stimulus conditions (...)" (Beck & Kovacs, 1986, S. 250).

Diese „Schablonen" sind nach ihrer Ansicht maßgeblich dafür verantwortlich, daß depressive Zustände aufrechterhalten werden und daß Individuen mit solchen Schablonen eine spezifische „Anfälligkeit" für diese Störung besitzen, das heißt zur Depression neigen. Eine Situation, die (wenn auch oft nur marginale) Ähnlichkeiten zu Situationen aufweist, in denen diese Schemata entstanden sind, wird als auslösendes Moment betrachtet, das in der Lage ist, die depressogenen Schemata zu aktivieren. Die Aktivierung bewirkt dann eine den Inhalten des Schemas gemäße Verarbeitung eintreffender Information und in der Folge dessen entsprechendes Verhalten und spezifische Affekte. Die Autoren betonen, daß die so beschriebenen kognitiven Strukturen sehr resistent gegenüber Veränderung sind und eine Überprüfung des Wahrheitsgehaltes der zugrundeliegenden Prämissen (Glaubenssätze) an der Realität oft sehr schwierig ist. Dies hängt wohl auch mit Affekten wie Schuldgefühlen, Scham oder Trauer zusammen, die bestimmte Kognitionen begleiten und die als sehr unangenehm erlebt und deswegen häufig abgewehrt werden, was eine rationale Überprüfung solcher Glaubenssätze und Situationsinterpretationen erschwert. An dieser Stelle wird die Nähe der Kognitiven Theorie zu psychoanalytischen Konzepten deutlich.

Eine Bewertung der Kognitiven Theorie der Depression nach Beck als Funktionsmodell für die erwachsene Form der Depression soll hier nicht erfolgen, sie würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Dennoch soll erwähnt werden, daß sich die daraus abgeleitete Therapie der Depression bei Erwachsenen in den letzten Jahren bewährt hat und im Therapieprozeß deutlich wurde, daß das Postulat des kognitiven Ursprungs affektiver Komponenten der Störung seine Berechtigung hat (vgl. Hautzinger, 1981). Die Entwicklung depressogener Schemata bei Kindern und Jugendlichen und deren Ursachen wurde jedoch innerhalb dieses Theorieansatzes bisher noch wenig ausgearbeitet. Deutlich wird dies zum einen an den zum Teil widersprüchlichen Aussagen zum Verhältnis von allgemeiner kognitiver Entwicklung und der Herausbildung depressionsrelevanter Strukturen. Zum anderen sind bisher wenig Versuche unternommen worden, die Entwicklung der durch die Theorie beschriebenen depressogenen Selbstschemata systematisch auf die Forschung zur Entwicklung des Selbst bei Kindern zu beziehen. Dementsprechend sind auch mögliche Ursachen der Störung bei Kindern von diesem theoretischen Ansatz aus bisher nur undeutlich formulierbar. Im folgenden soll daher der Versuch unternommen werden, das Verhältnis von Kognition und Depression in der kindlichen Entwicklung genauer zu bestimmen. Anschließend werden Ergebnisse zur Entwicklung des Selbst bei Kindern genannt, die mögliche Rahmenbedingungen einer Theorie der Entwicklung depressiver Störungen bei Kindern darstellen können. Ziel der folgenden Ausführungen ist zum einen eine genauere Einschätzung ätiologischer Faktoren, zum anderen die Gewinnung von Hinweisen auf Verlauf und entwicklungsabhängiges Symptombild der Störung.

Die für die Kognitive Theorie der Depression zentrale Annahme einer Vorläuferfunktion kognitiver Prozesse bei der Entstehung depressiver Störungen bei Erwachsenen wirft natürlich auch für Kinder die generelle Frage nach dem Verhältnis von kognitiver und affektiver Entwicklung auf (vgl. etwa Boesch, 1984). Hier lassen sich mehrere Möglichkeiten eines Zusammenhangs denken: Einerseits könnte es sein, daß zur Herausbildung depressogener Strukturen oder bestimmter depressiver Symptome wie etwa Suizidgedanken oder einer generell negativen Weltsicht bestimmte kognitive Fähigkeiten ausgebildet sein müssen. Beispielsweise wäre ein bestimmter Grad kognitiver Reife Voraussetzung dafür, die Bedeutung eines Suizids kognitiv zu erfassen oder der Welt im allgemeinen abstrakte Eigenschaften zuzuschreiben. Mit anderen Worten, ein Kind beziehungsweise Jugendlicher müßte bereits über formal-operative Fähigkeiten (nach Piaget) verfügen, um diese spezifischen depressiven Symptome zu entwickeln. Kognition und Depression wären innerhalb dieser Sichtweise sich parallel entwickelnde Phänomene, wobei der kognitive Entwicklungsstand eine Vorläuferfunktion in bezug auf bestimmte depressive Phänomene hätte. Kinder vor der Pubertät wären nach dieser Sichtweise sogar *geschützt* vor depressiven Störungen, weil sie nicht über entsprechende kognitive Fähigkeiten verfügen (Rutter, 1987). Andererseits läßt sich jedoch auch ein Zusammenhang zwischen kognitiver Entwicklung und depressiven Störungen denken, der der Annahme einer parallelen Entwicklung zuwiderläuft. Der Charakter der bei Erwachsenen festgestellten depressogenen Schemata, die durch

eine einfache Struktur und fehlende Differenziertheit gekennzeichnet sind, läßt, wie erwähnt, auf eine ontogenetisch frühe kognitive Konstruktion schließen. Es ist daher recht unwahrscheinlich, daß diese Strukturen erst mit dem Erreichen formal-operativer Reife gebildet werden, wenn das Kind beziehungsweise der Jugendliche bereits über die Möglichkeit einer differenzierten Strukturierung seiner Interpretationsmuster verfügt. Plausibler ist vielmehr anzunehmen, daß die kognitive Entwicklung der mittleren Kindheit und der Adoleszenz und die Herausbildung depressogener kognitiver Strukturen entweder zwei getrennte Entwicklungspfade darstellen, wobei die allgemeine kognitive Entwicklung lediglich den Grad der (Selbst-)Reflexionsfähigkeit des Kindes beziehungsweise Jugendlichen beeinflußt, oder aber umgekehrt frühe depressogene kognitive Strukturen die spätere kognitive Entwicklung beeinflussen und/oder sogar verzögern können. Die bei depressiven Jugendlichen im Vergleich zu Kindern festgestellte starke Zunahme suizidbezogener Äußerungen wäre demnach nicht ein Ausdruck einer sich parallel zur kognitiven Entwicklung ausbildenden depressiven Struktur, sondern lediglich Ausdruck einer zunehmenden Reflexionsfähigkeit und sprachlichen Wiedergabefähigkeit von bereits bestehenden innerpsychischen Sachverhalten oder Leidenszuständen, deren Ursache eine bereits bestehende und fest im Selbstbild verankerte depressogene kognitive Struktur ist, die in vorausgegangenen Entwicklungsstufen ausgebildet wurde und mit spezifischen affektiven und somatischen Reaktionen gekoppelt ist. Mit anderen Worten, es ist denkbar, daß jüngere Kinder im konkret-operativen Entwicklungsstadium zwar nicht von sich berichten können, daß sie „sich depressiv fühlen" oder „sich am liebsten umbringen würden", daß sie aber durchaus Gedanken und Gefühle ähnlichen Inhalts, bezogen auf ihren kognitiven Entwicklungsstand haben können und bereits einfache depressogene Selbstschemata ausgebildet haben (wie z.B. die Selbsteinschätzung, „nichts wert" zu sein oder „nichts bewirken zu können"). Im folgenden soll diese These anhand neuerer empirischer Befunde belegt werden.

Die Vorstellung einer Vorläuferfunktion formal-operativer Reife in der Entstehung depressiver Strukturen und Störungen wurde anfänglich auch von Vertretern der Kognitiven Theorie der Depression und ihrer Ausdehnung auf die kindliche Störung favorisiert (vgl. Kovacs & Paulauskas, 1984). Entgegen den Annahmen zeigte sich jedoch bei näherer Betrachtung, daß gerade jüngere Kinder ohne entsprechende kognitive Reife schwerere depressive Störungen und chronischere Verlaufsformen zeigten als ältere Kinder mit entsprechendem kognitivem Reifegrad:

„Notwithstanding our emphasis on methodological rigor, we were unable to verify even the most common notions about the developmental-stage mediation of depressive disorders in children. In fact, the findings were countertheoretical and counterintuitive. In our sample, the less mature children had the more chronic depressions.(...) Early age and prepubertal status at the onset of the depression were the two developmental markers that appeared to signal chronicity or prolonged recovery." (Kovacs & Paulauskas, 1984, S. 74)

Die Autoren schlußfolgern aus diesen unerwarteten Ergebnissen, daß kognitive Fähigkeiten und Prozesse, die zunächst für die Ausbildung bestimmter Symptome (wie etwa Suizidgedanken) notwendig erscheinen, möglicherweise für die Genese der Störung nicht so bedeutungsvoll sind, wie nach der (kognitiven) Entwicklungstheorie vermutet werden müßte. In anderen, noch deutlicheren Worten: „(...) symptomatic experience may not need to correspond to or be predicated on the existence

of an underlying developmentally appropriate cognitive structure (...)" (Kovacs & Paulauskas, 1984, S. 77).

Die Autoren konnten unter anderem auch bereits bei achtjährigen Kindern suizidbezogene Äußerungen feststellen, ein Hinweis darauf, daß suizidale Tendenzen durchaus nicht an das Erreichen bestimmter kognitiver Fähigkeiten gebunden zu sein scheinen. In der Tat erscheint es fragwürdig anzunehmen, daß Kinder, nur weil sie zum Beispiel die volle Bedeutung eines Suizids nicht kognitiv erfassen können, auch keine Suizidgedanken haben könnten, oder, noch weiter gefaßt, deswegen auch nicht depressiv sein könnten. Die Autoren interpretieren ihr Ergebnis dahingehend, daß Schulkinder im konkret-operationalen Entwicklungsstadium lediglich die semantischen Bezeichnungen wie „Suizid", „Depression" und „Hoffnungslosigkeit" für ihre ansonsten affektiven oder somatischen Symptome von erwachsenen Modellen (etwa einem depressiven Elternteil) übernehmen, in der Folge dann damit ihre intrapsychischen Erfahrungen verbalisieren können und auf diesem Wege diese Begriffe für sie persönliche Bedeutung gewinnen. Diese Interpretation erscheint jedoch problematisch. Sie würde dem kognitiven Primat der Entstehung depressiver Störungen und damit dem zentralen Kern der Kognitiven Theorie widersprechen. Gerade kognitive Strukturen sollen ja, folgt man der Theorie, die zeitlich stabilen Elemente der Störung sein, und eben nicht die somatischen oder affektiven Symptome, von denen die Kinder dann lernen, wie sie genannt werden.

Plausibler erscheint dagegen eine weitere Interpretationsmöglichkeit, die die Autoren andeuten: Der Befund, daß die kognitiv weniger entwickelten Kinder zugleich diejenigen mit chronischeren depressiven Verlaufsformen waren, könnte auch ein Hinweis darauf sein, daß depressogene Strukturen die weitere kognitive Entwicklung verzögern oder hemmen. Dies würde bedeuten, daß Kinder mit frühen depressiven Problematiken noch weiter benachteiligt sind, da sie ihre negativen Gedanken über sich selbst weniger reflektieren und damit weniger sprachlich äußern können als andere Kinder.

Die Entwicklung des Selbstkonzepts

Weitere Hinweise auf die frühe Ausbildung depressogener Selbstschemata ergeben sich indirekt aus der Literatur zur Entwicklung des Selbstkonzepts. Eine negative Modulation des „Selbstwertgefühls" stellt bei depressiven Erwachsenen, folgt man der Kognitiven Theorie der Depression, eine zentrale Problematik der Störung dar (Kognitive Triade). Spezifischer formuliert kommt dem Prozeß der negativen Selbstattribuierung im Lichte sowohl der Kognitiven Theorie als auch der Theorie der erlernten Hilflosigkeit (vgl. Abschnitt 2.2.2) eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen bei Erwachsenen zu. Es liegt daher nahe anzunehmen, daß die Periode, in der sich das „Selbst" bei Kindern zu entwickeln beginnt, möglicherweise eine kritische Phase in bezug auf mögliche Ursachen depressiver Störungen darstellt. Wie Trad (1986, S. 97) hervorhebt, setzt die Entwicklung eines „Selbst" voraus, daß das Kind sich als eine von anderen getrennte, unabhängige und autonome Einheit erlebt. Erst dann ist theoretisch die Möglichkeit gegeben, daß das Kind sich

selbst als Ursache eines externen Ereignisses erlebt und damit auch sich selbst Eigenschaften, positive wie negative, zuschreiben kann (Selbstattribuierung).

Erste Anzeichen für ein sich konsolidierendes Selbstkonzept können etwa in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres identifiziert werden. Neben anderen Dingen kann das Kind in diesem Alter sich selbst in einem Spiegel erkennen, zwischen den Pronomina „ich" und „du" unterscheiden und verschiedene Dinge zu seinem Besitz erklären (McDevitt & Mahler, 1986, zitiert nach Trad, 1986, S. 103). Kagan (1982, 1984) konnte in seinen Arbeiten zur Entwicklung zielgerichteten Verhaltens zeigen, daß sich Kinder im Alter von etwa eineinhalb bis zwei Jahren über ihre Fähigkeit, Handlungen auszuführen, bewußt werden und dabei den Ausgang ihrer Handlungen auch emotional bewerten lernen. Sie sind damit prinzipiell auch in der Lage, sich selbst als Ursache ihrer Handlungen zu erleben. Kagan (1982) weist darauf hin, daß das sogenannte „Erfolgslächeln" bei Kindern in diesem Alter als ein privates und nicht auf Fremdkommunikation angelegtes Lächeln zu verstehen ist, das eine beginnende Selbstkommunikation des Kindes deutlich macht: Es stellt eine positive Rückmeldung über die Erlangung eines geplanten Handlungsziels dar, die das Kind sich selbst gibt. In diesem Alter mehren sich auch selbstbeschreibende Äußerungen des Kindes wie etwa „Ich spiele", die ebenfalls als ein Hinweis auf ein sich entwickelndes Bewußtsein der eigenen Person interpretiert werden können (Kagan, 1981, zitiert nach Trad, 1986). Zusammenfassend kann anhand dieser Studien angenommen werden, daß etwa um das Alter von zwei Jahren das Kind in der Lage ist, sich selbst bestimmte Eigenschaften zuzuschreiben. Damit ist aber auch prinzipiell die Möglichkeit der Ausbildung erster, rudimentärer depressogener Selbstkonzepte auf einer prä-operationalen Entwicklungsstufe gegeben.

Weitere indirekte Hinweise darauf, daß die Phase des Beginns der Entwicklung eines Selbstkonzeptes und der Planung und Bewertung von Handlungen auch eine Phase besonderer Anfälligkeit für depressive Störungen darstellen könnte, ergeben sich aus Arbeiten zum Attributionsstil und Selbstkonzept von älteren Kindern zum Beginn der Schulzeit. Dweck und Reppucci konnten zwei Gruppen von achtjährigen Kindern unterscheiden: erfolgsorientierte Kinder und sogenannte „erlernte Hilflose", die deutliche Anzeichen einer depressiven Symptomatik zeigten. Die erfolgsorientierten Kinder schrieben den Erfolg ihren Fähigkeiten zu und neigten nicht zum „Aufgeben" bei Konfrontation mit Mißerfolg, während die „erlernt hilflosen" Kinder sich bei Mißerfolg verschlechterten und dazu neigten, weder für Erfolg noch für Mißerfolg Verantwortung zu übernehmen beziehungsweise sich nicht als deren Ursache zu erleben. Diese Eigenschaft der Kinder erwies sich als sehr stabil und prädiktiv (Dweck & Reppucci, 1973). Offenbar können bereits in diesem Alter Interpretations- und Handlungsstrukturen identifiziert werden, die depressogenen Charakter haben und bereits Teil des Selbstkonzeptes geworden sind. Da es nicht plausibel ist, daß solche Strukturen innerhalb der kurzen Schulzeit achtjähriger Kinder entstehen können, muß die Ursache für das Fehlen des Bewußtseins von der Bewältigungsfähigkeit schwieriger Situationen noch weiter zurückreichen, möglicherweise sogar bis ins Alter von etwa zwei Jahren, der Zeit der Entstehung eines ersten Selbstkonzeptes, und damit müssen auch die Grundlagen einer „Anfälligkeit" für depressive oder depressionsähnliche Störungen bei Kindern weiter zurückreichen (Trad, 1986, S. 112). Derzeit kann jedoch

über den genaueren Zusammenhang lediglich spekuliert werden. Die Frage nach der Entstehungsphase solcher stabiler „Mißerfolgsüberzeugungen" wird ein wichtiges Aufgabengebiet zukünftiger Forschung sein.

Ursachen depressiver Störungen bei Kindern

Wie es jedoch dazu kommen kann, daß möglicherweise Kinder bereits im Alter von etwa zwei Jahren eine solche „Mißerfolgsstrategie" lernen, ist noch nicht geklärt. Es liegt auf der Hand, daß das Verhalten der Eltern in diesem Entwicklungsstadium des Kindes eine sehr wichtige Rolle spielt. Möglicherweise lernen zweijährige Kinder durch ein einengendes und rigides Verhalten der Eltern, daß ihre Explorationsversuche und ihr Bemühen um „Handlungserfolg" unerwünscht sind, weil dies für die Eltern zusätzliche Mühe und Arbeit bedeutet. Eltern andererseits, die durch überzogene und perfektionistische Erwartungen ihre Kinder systematisch überfordern, bereiten eine Atmosphäre des Mißerfolgs, bei dem das Kind, das noch nicht in der Lage ist, die elterlichen Erwartungen als seinem Alter unangemessen zu erkennen, sich seinen Mißerfolg nicht anders „erklären" kann als durch eigene „Unzulänglichkeit". Möglicherweise gerinnt dieses Deutungsmuster bei fortgesetzter Überforderung durch die Eltern (oder primäre Bezugspersonen) zu einem negativen Aspekt des Selbstkonzeptes, der fortan die Bewertung von eigenen Handlungsergebnissen steuert, und so zu einem Teil eines depressogenen Selbstschemas wird. Beck und Kovacs nennen als mögliche Ursachen von depressiven Selbstschemata eine Interaktionsgeschichte mit Eltern, die ihrerseits eine persönliche Unzulänglichkeit aufwiesen oder die ein rigides Erziehungssystem praktizierten oder aber die Erfahrung eines frühen Verlustes (Beck & Kovacs, 1986).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß es mehrere Hinweise dafür gibt, daß den sogenannten „depressogenen Selbstschemata" in der Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen eine wichtige Bedeutung zukommt. Über die Entwicklung dieser Schemata als auch über ihre Struktur bei Kindern ist jedoch noch relativ wenig bekannt, jedoch läßt ihre relativ einfache und undifferenzierte Struktur bei Erwachsenen die Vermutung zu, daß sie bereits sehr frühe Konstruktionen des Selbst darstellen. Dies wird durch Ergebnisse der Forschung zum Beginn der Selbstentwicklung und zum Beginn der Selbstattribution unterstützt. Für die vorliegende Untersuchung zur Entwicklung der depressiven Störung bedeutet dies, daß mit einiger Sicherheit vermutet werden kann, daß diese Störung in ihren kognitiven wie auch affektiven Grundlagen bereits zu Beginn des Schulalters ausgebildet ist und als relativ stabil angenommen werden muß, wenngleich einige Symptome wie etwa die Äußerung von Suizidwünschen und -gedanken aufgrund ihrer kognitiven Voraussetzungen erst in späteren Entwicklungsstufen sichtbar werden können. Zusätzlich unterstreichen die erörterten Arbeiten zur Struktur und Entwicklung depressogener Selbstschemata die Relevanz der Symptome „negatives Selbstwertgefühl" sowie „negatives Selbstkonzept" für die Diagnose beziehungsweise Klassifizierung depressiver Störungen bei Kindern, wie sie in der vorliegenden Untersuchung vorgenommen wird (vgl. Abschnitt 4.1.1 und 5.2).

2.2.2 „Erlernte Hilflosigkeit" als ätiologischer Faktor der Depression

Als zweiter wichtiger Theorieansatz, der in unmittelbarem Zusammenhang mit depressiven Störungen bei Erwachsenen steht, soll hier die Theorie der Erlernten Hilflosigkeit (Seligman & Maier, 1967; Seligman, 1975) in bezug auf ihren möglichen Erklärungswert für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Ein Schwergewicht der Erörterung wird darauf liegen, inwieweit dieser Ansatz, der sich forschungsgeschichtlich zunächst mit dem Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit" bei Tieren und später, unter Hinzuziehung kognitiv-intervenierender Variablen, auch mit diesem Phänomen beim Menschen auseinandergesetzt hat, auch für die Erklärung depressiver Phänomene bei Kindern herangezogen werden kann. Dabei ist von besonderer Bedeutung, inwieweit die für depressive Störungen bei Erwachsenen verantwortlich gemachten kognitiven Prozesse auch bei Kindern identifiziert werden können beziehungsweise bei ihnen eine entscheidende Rolle in der Entstehung depressiver Phänomene spielen. Im folgenden soll der theoretische Ansatz kurz dargestellt und in einem weiteren Erörterungsschritt anhand einiger Untersuchungen deutlich gemacht werden, welche Bedeutung ihm bei der Entstehung und Weiterentwicklung depressiver Störungen bei Kindern zukommt. Die hier vertretene These lautet, daß das Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit", wie es ursprünglich bei Tieren aufgezeigt werden konnte, für die Entwicklung depressiver Störungen bei Kindern in frühem Alter von größerer Bedeutung ist als bisher angenommen. Dies wird in Zusammenhang gebracht mit der spezifischen Phase der kognitiven Entwicklung von Kindern im Vorschulalter. Kinder befinden sich hinsichtlich ihres Attributionsstils in dieser Altersstufe in einer Entwicklungsphase, in der „magisches Denken" eine wichtige Rolle spielt. „Magisches Denken" meint dabei, daß Kinder in dieser Phase der kognitiven Entwicklung dazu neigen, Ursachen von sie umgebenden Ereignissen in sich selbst zu suchen, oder anders gesagt: Sie neigen dazu zu glauben, daß alles, was um sie herum passiert, mit ihnen und ihren Vorstellungen und Wünschen zu tun hat (vgl. hierzu Piagets Konzept des „kindlichen Egozentrismus", Piaget, 1969). Daher ist die Wahrscheinlichkeit bei Kindern in diesem Alter groß, daß sie die Ursachen von für sie unkontrollierbaren Ereignissen aufgrund ihrer unzureichend entwickelten kognitiven Fähigkeiten in vielen Fällen in sich selbst suchen, das heißt in der Sprache der Attributionstheorie „intern", „stabil" und „global" attribuieren. Dieses Attributionsmuster ist, wie die Theorie der Erlernten Hilflosigkeit aussagt, ein wichtiger Faktor bei der Entstehung beziehungsweise Aufrechterhaltung depressiver Störungen. Von dieser These ausgehend wird die Bedeutung dieses Ansatzes für die Entwicklung depressiver Störungen deutlich gemacht.

Der Begriff „erlernte Hilflosigkeit" umschreibt ein Phänomen, das Seligman und seine Mitarbeiter (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier, 1967) in Tierexperimenten mit Hunden feststellen konnten. Die Hunde wurden in einer Reihe von Versuchen leichten elektrischen Schlägen ausgesetzt, denen sie nicht entgehen konnten. Diese Hunde zeigten im Unterschied zu anderen Hunden, die diese Vorerfahrung nicht gemacht hatten, drei wesentliche Defizite in ihren späteren Reaktionen, auch wenn ihnen in späteren Versuchsanordnungen die Möglichkeit gegeben wurde, dem unangenehmen Stressor zu entgehen. Zum einen initiierten sie nur wenige Versuche zu

fliehen. Sie blieben trotz des negativen Reizes auf dem Metallgitter sitzen (motivationales Defizit). Des weiteren konnten sie die Reaktion, die eine Beendigung des elektrischen Schocks herbeigeführt hätte (nämlich die Fluchtreaktion), nicht mehr lernen (was die Autoren als kognitives Defizit bezeichnen). Drittens zeigten sie aber auch wenig Emotionalität während der elektrischen Schläge, das heißt, sie jaulten oder wimmerten trotz der unangenehmen Situation immer weniger (emotionales Defizit). Dieses Phänomen hielt mehr als 24 Stunden an. Auch an anderen Tierarten konnte das Phänomen der erlernten Hilflosigkeit aufgezeigt werden. Die Autoren erklären den Vorgang folgendermaßen: Während der Situation der unkontrollierbaren Schocks lernen die Tiere, daß das Auftreten des Stressors (der elektrischen Schläge) mit keiner Reaktion ihrerseits in Verbindung steht. Gleichgültig, was sie taten oder unterließen, sie konnten die Schocks nicht verhindern. Diese erlernte Unabhängigkeit von Reaktion und Ergebnis (= „erlernte Hilflosigkeit") wurde auf die neue Situation übertragen, in der sie jedoch den objektiv gegebenen Möglichkeiten zur Kontrolle des Stressors nicht entsprach. Seligman und Mitarbeiter konnten zeigen, daß das wesentliche kausale Moment der erlernten Hilflosigkeit die Unkontrollierbarkeit der Situation ist.

Aufgrund der phänomenologischen Ähnlichkeit des Verhaltens der Tiere mit dem Verhalten depressiver Menschen bezeichnete Seligman (Seligman, 1975) in der Folge das Paradigma der erlernten Hilflosigkeit auch als das Labormodell der Depression. In einer Reihe von Studien konnte in der Folge dieses Phänomen auch bei Menschen festgestellt werden, und es ließ sich ein Zusammenhang mit leichten Formen der Depression bei Erwachsenen erkennen (Peterson & Seligman, 1981). Als Stressoren wurden dabei natürlich nicht elektrische Schläge verwendet, sondern zum Beispiel ein unangenehmes Geräusch, das nicht abgestellt werden konnte. Dennoch wies das Modell in seiner Anwendung auf Menschen einige Unzulänglichkeiten auf. So gelang es zum Beispiel nicht bei allen untersuchten Personen, Hilflosigkeit zu „erzeugen", ferner blieb auch die Frage nach der Generalisierungsbreite des Phänomens offen. Auch der Verlust an Selbstwertgefühl bei depressiven Menschen konnte nicht erklärt werden. Abramson und Mitarbeiter (1978) differenzierten daher das Modell weiter aus, indem sie den Generalisierungseffekt der erlernten Hilflosigkeit zusätzlich von verschiedenen Ursachenzuschreibungen (Attributionsstilen) abhängig machten. Demnach führt zwar eine Unkontrollierbarkeit der Situation immer noch zu einer Hilflosigkeitserwartung und in deren Folge zu den beschriebenen kognitiven, emotionalen und motivationalen Defiziten, jedoch hängt die Entstehung dieser Erwartung davon ab, welche Ursachen für die Unkontrollierbarkeit angenommen werden und inwieweit der Effekt generalisiert und auf andere Situationen übertragen wird. Dabei werden drei Dimensionen unterschiedlicher Ursachenzuschreibungen als bedeutsam erachtet (Seligman & Peterson, 1986):

1. *Interne (versus externe) Ursachenzuschreibung:* Wenn die Unkontrollierbarkeit von Ereignissen den Eigenschaften der Person zugeschrieben wird, vermindert sich in der Folge von erlernter Hilflosigkeit das Selbstwertgefühl (Selbstwertverlust). Ein Beispiel hierfür ist ein Schüler, der den Mißerfolg in einer Klassenarbeit auf seine „Dummheit" zurückführt anstatt etwa auf den Schwierigkeitsgrad der Arbeit.
2. *Stabile (versus instabile) Ursachenzuschreibung:* Wenn unkontrollierbare Ereignisse ursächlichen Faktoren zugeschrieben werden, die zeitlich andauern, so wird die

Hilflosigkeit andauern (Chronizität). In Anlehnung an unser Beispiel wäre das der Fall, wenn ein Schüler von sich selbst erwartet, daß er in seinen Klassenarbeiten immer Mißerfolg haben wird.

3. *Globale (versus spezifische) Ursachenzuschreibung:* Wenn davon ausgegangen wird, daß die Unkontrollierbarkeit von Faktoren abhängt, die in vielen Situationen wirksam sind, entsteht eine situationsunspezifische, generell erwartete Hilflosigkeit (Generalisierung). In unserem Beispiel wäre dieser Attributionsstil gegeben, wenn der Schüler eine Mißerfolgserwartung für Klassenarbeiten in allen Schulfächern hat beziehungsweise sie auf alle Leistungssituationen generalisiert.

Erlernte Hilflosigkeit und Depression bei Erwachsenen

Abramson und Mitarbeiter (1978) postulierten, daß Personen, die zu Depressivität neigen, bestimmte Attributionsstile bevorzugen, die sie nach der Theorie der Erlernten Hilflosigkeit auf Dauer hilflos werden lassen: In dem Maße, wie jemand Ursachen von Mißerfolgen intern, global und stabil attribuiert (und positive Ereignisse extern, instabil und spezifisch, z. B. mit „Zufall"), ist er gefährdet, hilflos und depressiv zu werden, sobald ein neuerliches negatives Ereignis auftritt. Insofern könnte man auch von einem spezifischen „depressiven Attributionsstil" sprechen, der in Verbindung mit aktuell auftretenden negativen äußeren Ereignissen (Mißerfolg) in der Folge ein Auftreten von depressiven Symptomen wahrscheinlich macht (diese Kombination von Prädispositionen mit akuten Stressoren bezeichnet man auch als „Diathese-Streß-Modell" oder „Vulnerabilitäts-Modell" von Störungen). Empirisch konnte ein Zusammenhang zwischen Depressivität (gemessen mit gängigen Selbstbeurteilungsfragebögen, z. B. dem „Beck Depression Inventory", Beck, 1967) und diesem spezifischen Attributionsstil an Studenten und klinischen Stichproben nachgewiesen werden (Peterson & Seligman, 1981). Jedoch kommen Coyne und Gotlib (1983) in einer Übersicht über die inzwischen zahlreichen Studien zum Zusammenhang zwischen Depression und erlernter Hilflosigkeit (in der Formulierung von Abramson, Seligman et al., 1978) zu dem Ergebnis, daß der postulierte Zusammenhang noch immer nicht eindeutig geklärt ist: Zum ersten scheinen die Dimensionen des depressiven Attributionsstils von unterschiedlicher Bedeutung zu sein. Die Dimension „Internalität" scheint hoch mit Depression zu korrelieren, die Dimensionen „Stabilität" und „Globalität" zeigen widersprüchliche Ergebnisse (Steinmeyer, 1984). Zweitens meinen Bowi und Reinhard (1988), daß bisher unklar sei, inwieweit das Modell auf alle Formen des depressiven Formenkreises zutreffe. Ein drittes Problem, das in Untersuchungen von klinischen Stichproben festgestellt wurde, ist das Nachlassen des spezifischen Attributionsstils nach dem Abklingen akuter depressiver Phasen (Steinmeyer, 1984). Dies läßt es nach Ansicht einiger Autoren fraglich erscheinen, inwieweit dem Attributionsstil eine ursächliche Bedeutung bei der Entstehung depressiver Störungen zukommt. Jedoch konnte andererseits gezeigt werden, daß bei Personen mit „neurotischer Depression" (in etwa gleichbedeutend mit dem hier verwendeten Begriff der „dysthymen Störung" des DSM III) auch nach dem Abklingen der akuten depressiven Symptomatik der beschriebene depressogene Attributionsstil anhält (Bowi & Reinhard, 1988, S. 93). Zusammengenommen lassen die Untersuchungen zum Zusammenhang zwi-

schen Depression und Attributionsstil den vorläufigen Schluß zu, daß die chronische Verlaufsform der Störung oft von internal-negativen Attributionsmustern begleitet beziehungsweise durch diese sogar mitbedingt wird. Damit ist eine theoretische Nähe des Modells der Erlernten Hilflosigkeit zur Kognitiven Theorie der Depression gegeben (vgl. Abschnitt 2.2.1)

Erlernte Hilflosigkeit und Depression bei Kindern

Der Zusammenhang zwischen Depression und erlernter Hilflosigkeit bei Kindern vor der Pubertät ist im Vergleich zum Erwachsenenalter bislang noch wenig untersucht worden. Seligman selbst geht davon aus, daß die Theorie im Prinzip auch auf Kinder in der mittleren Kindheit anwendbar ist, da sie wie Erwachsene in der Lage sind, Kontingenzen (also kausale Zusammenhänge) zwischen ihren Handlungen und dem Ergebnis herzustellen (Seligman & Peterson, 1986, S. 227). In der Tat zeigt sich diese Fähigkeit in den schon erwähnten Untersuchungen zum „Erfolgslächeln" (vgl. Abschnitt 2.2.1) bereits im sehr frühen Alter von etwa zwei Jahren. Mehrere Studien an Kindern im mittleren Schulalter und aus unterschiedlichen Populationen belegen, daß bei präpubertären Kindern bereits eine stabile „Mißerfolgserwartung" (im Sinne eines spezifisch depressiven Attributionsstils, siehe oben) vorkommen kann, die im Zusammenhang mit depressiven Symptomatiken der Kinder steht. So konnten, wie bereits erwähnt, Dweck und Reppucci (1973) bei achtjährigen Schulkindern zeigen, daß bestimmte Schüler schulische Mißerfolge eher stabilen und internalen Faktoren (z. B. „Dummheit") zuschrieben, Erfolge dagegen externalen und variablen Faktoren (z. B. „Glück"). Dieser Attributionsstil stand im Zusammenhang mit Passivität beim Lösen von Aufgaben, mangelhaften Problemlösungsstrategien sowie geringeren Erfolgserwartungen. Darüber hinaus zeigten diese Kinder auch Anzeichen depressiver Symptomatiken. Kaslow und Mitarbeiter (1984) maßen Selbstwertgefühl, Attributionsstil, kognitive Fähigkeiten, Erfolgserwartungen und soziale Kompetenz bei Kindern von 6 bis 14 Jahren mit unterschiedlich ausgeprägten depressiven Symptomen. Dabei zeigte sich ebenfalls, daß Kinder mit einer intensiveren depressiven Symptomatik weniger Selbstwertgefühl, einen depressiveren Attributionsstil und weniger Erfolgserwartungen zeigten, wenngleich die untersuchten Kinder nicht im klinischen Sinne depressiv waren.

Genaueren Aufschluß über den in Frage stehenden Zusammenhang im klinischen Sinne ergeben zwei weitere Untersuchungen. Kazdin und Mitarbeiter untersuchten Hoffnungslosigkeitseinstellungen, Selbstwert, Suizidgedanken und depressive Symptome an psychiatrisch hospitalisierten Kindern in der Präadoleszenz. Sie fanden signifikante Zusammenhänge zwischen Hilflosigkeit, geringem Selbstwert, mehr depressiven Symptomen und Suizidabsichten (Kazdin, French et al., 1983). Ähnliche Zusammenhänge konnten McCauley und Mitarbeiter in einer Studie an 108 ebenfalls psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 finden, die ebenfalls Erfolge externalen Ursachen zuschrieben. Zusätzlich konnten sie feststellen, daß die untersuchten Charakteristiken spezifisch für Kinder mit depressiven Störungen waren, und während sie bei Kindern mit anderen Störungen nicht so häufig auftraten, was als ein Indiz für die Spezifität der beschriebenen Attributionsstile für depressive Störungen gewertet werden kann (McCauley, Mitchell et al., 1988).

Noch gibt es wenig Studien zur Entwicklung und zeitlichen Stabilität solcher spezifisch depressiven Attributionsstile bei Kindern. Auch hinsichtlich der Ursachen der Entstehung dieser Attributionsmuster bei Kindern ist man gegenwärtig noch weitgehend auf Mutmaßungen angewiesen. In bezug auf die zeitliche Stabilität ergeben zwei Studien von Seligman und Mitarbeitern näheren, wenn auch begrenzten Aufschluß. Seligman und Peterson (1984) konnten in einer halbjährigen Längsschnittstudie feststellen, daß bei 9- bis 13jährigen Kindern ein mittelhoher korrelativer Zusammenhang zwischen depressivem Attributionsstil und Depressivität besteht (r = .40/.53), und zwar sowohl für positive als auch für negative Ereignisse. Dieses Ergebnis konnte ein halbes Jahr später repliziert werden. Zusätzlich zeigte sich in sogenannten „cross-lagged-panel"-Untersuchungen (nach Campbell & Stanley, 1963), daß insbesondere Attributionsstile für negative Ereignisse die zum zweiten Meßzeitpunkt (ein halbes Jahr später) erhobene Depressivität der Kinder relativ gut vorhersagen konnten (r = .54). Attributionsstile und Depression wiesen dabei eine hohe normative Stabilität auf (r = .66/.71 und .80/.80). Seligman und Peterson schließen daraus, daß einerseits Depression bei Kindern kein Übergangs- oder isoliertes Phänomen ist, andererseits das Modell der Erlernten Hilflosigkeit auch bei Kindern in dieser Altersstufe angewandt werden kann. Eine weitere longitudinale Untersuchung der Seligman-Gruppe (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1986) ergab ebenfalls, daß Depressivität und depressiver Attributionsstil zu fünf Erhebungszeitpunkten im Verlauf eines Jahres miteinander in Beziehung gesetzt werden konnten und auch mit Schulleistungen korrelierten. Jedoch waren die longitudinalen Korrelationen zwischen Attributionsstil und Depression relativ gering.

In bezug auf mögliche Ursachen depressionsrelevanter Attributionsstile bei Kindern ließen sich nur zwei relevante Untersuchungen finden: Zum einen stellten Seligman und Peterson (1986) fest, daß Attributionsstile von Müttern mit den Attributionsstilen ihrer Kinder sowie auch mit deren depressiven Symptomen korrelieren, Attributionsstile der Väter dagegen nicht. Die Autoren bezeichnen dieses familiäre Muster als interpersonalen „Teufelskreis" in Ergänzung zum intrapsychischen „Teufelskreis" der Depression, wie er durch die Kognitive Theorie der Depression (Beck, 1967) beschrieben wird. Die Autoren spekulieren, daß Kinder möglicherweise bei ihren Müttern diesen Attributionsstil lernen, entweder durch gemeinsame Erfahrungen oder Imitationslernen. Dies wird in gewisser Weise durch Ergebnisse der bereits erwähnten Studie von Dweck und Reppucci (1973) unterstützt. Sie konnten zeigen, daß Ursachenzuschreibungen der Lehrer von den Kindern übernommen und später aktiv gebraucht wurden.

Entwicklungspsychologische Voraussetzungen von erlernter Hilflosigkeit bei Kindern

Als zentrale Frage der Anwendung des Modells der Erlernten Hilflosigkeit auf depressive Störungen bei Kindern wurde meist formuliert, ob, inwieweit und ab welchem Alter Kinder solche Muster der Ursachenzuschreibung entwickeln können, und in der Folge auch erlernte Hilflosigkeit. Da Kinder aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstandes nur über eingeschränkte Möglichkeiten verfügen, differenzierte Ursachenzuschreibungen vorzunehmen, wurde vielfach bezweifelt, daß Kinder derartige negative

Attributionsstile und in diesem Zusammenhang auch erlernte Hilflosigkeit entwickeln könnten. Stellvertretend für diese Argumentationslinie sei hier ein Zitat von Trad (1986) angeführt:

„However, because learned helplessness implies the presence of complex developmental processes, questions remain as to how susceptible children and infants are to developing this form of depression (gemeint ist hier Depression als Mißerfolgserwartung, wie sie von mehreren Autoren definiert wird; Anm. V.H.). Furthermore, because attributional styles have been posited to play a significant role in the development of learned helplessness depression, one must ask whether the very young, who may be cognitively incapable of formulating attributions, can ‚learn' helplessness in the clinical sense." (Trad, 1986, S. 196)

Obwohl diese Überlegungen unter der Voraussetzung berechtigt scheinen, daß Attributionsstile in der Art der Erwachsenen auch bei Kindern die wichtigste Variable bei der Entwicklung von erlernter Hilflosigkeit darstellen, ist jedoch noch eine andere Sichtweise denkbar. Möglich wäre theoretisch auch, daß Kinder sogar noch anfälliger für dieses Phänomen sind, eben weil sie *nicht* über die kognitiven Möglichkeiten verfügen, Ursachen von (negativen und unkontrollierbaren) Ereignissen angemessen und differenziert zu attribuieren. Deshalb ist die forschungsleitende Frage nicht unbedingt, ob depressive Kinder über dieselben Attributionsmuster verfügen wie Erwachsene, sondern möglicherweise vielmehr, zu welchen Ursachenzuschreibungen Kinder überhaupt auf welcher Entwicklungsstufe in der Lage sind. Wenn beispielsweise gezeigt werden könnte, daß Kinder, die in einer bestimmten Entwicklungsstufe häufig für sie unkontrollierbaren negativen Ereignissen ausgesetzt sind, daraus lernen, daß sie generell keine Kontrolle über den Erfolg ihres Handelns haben (in ähnlicher Weise wie die Hunde im Laborexperiment), dann wäre der theoretische Zwischenschritt des reformulierten Modells der Erlernten Hilflosigkeit über spezifische Attributionsstile für Kinder nicht unbedingt notwendig. Anders formuliert: Es fragt sich, ob Kinder, insbesondere in der Phase der beginnenden Entwicklung des Selbst, nicht ohnehin internal, stabil und global attribuieren, weil sie aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstandes gar nicht anders denken *können.* Es lassen sich jedenfalls Hinweise finden, die deutlich machen, daß Kinder im Vorschulalter häufiger dazu neigen, ihre Fähigkeiten hinsichtlich der Kontrollierbarkeit von Ereignissen zu überschätzen, als ältere Kinder (Weisz, Yeates et al., 1982, zitiert nach Trad, 1986, S. 224; vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.1). Insofern stellt sich die Frage, ob Kinder in diesem Alter durch ihre überhöhten Kontrollüberzeugungen vor erlernter Hilflosigkeit eher „geschützt" sind (weil sie Mißerfolg gar nicht wahrnehmen), oder ob sie gerade wegen ihrer Neigung zur Überschätzung ihrer Kontrollfähigkeiten besonders anfällig für erlernte Hilflosigkeit unter den Bedingungen häufig unkontrollierbarer (negativer) Ereignisse sind. Wie Trad in einer genaueren Analyse dieser Frage hervorhebt, könnte diese Art von illusionärer Kontrollüberzeugung dazu führen, daß sich Kinder für die „Schwächen" ihrer Eltern „verantwortlich" fühlen, mithin für sie unbefriedigende Interaktionen mit den Eltern ursächlich sich selbst zuschreiben, und dies auf globale und stabile Weise (Trad, 1986, S. 224 f.). Dies kann möglicherweise noch dadurch begünstigt werden, daß die Eltern ihre „Fehler" entsprechend projektiv als „Fehler" der Kinder interpretieren und die Kinder diese Interpretationsmuster für sich übernehmen. Doch auch hier wird erst zukünftige Forschung präzisere Antworten geben können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es Hinweise dafür gibt, daß das Modell der Erlernten Hilflosigkeit der Depression, wie es bereits bei Erwachsenen weitge-

hende Bestätigung finden konnte, zumindest bedingt für das Verständnis kindlicher Depression angewandt werden kann. Dies gilt zumindest in bezug auf die Zeitspanne vom Schuleintritt bis zum Adoleszenzalter. Wie berichtet, können unterschiedliche Kontroll- und Mißerfolgserwartungen und eine damit zusammenhängende Depressivität bereits bei achtjährigen Kindern deutlich festgestellt werden. Über Ursachen und zeitliche Stabilität solch unterschiedlicher Attributionsmuster können jedoch bislang kaum Aussagen gemacht werden. Es gibt jedoch einige Hinweise darauf, daß negative Attributionsmuster und Hilflosigkeitseinstellungen bereits im Vorschulalter erlernt werden, möglicherweise im Zusammenhang mit der Ausbildung eines frühen rudimentären Selbstkonzeptes und erster Möglichkeiten zur Selbstattribution. Weitgehend unklar bleibt indessen, welche spezifischen kognitiven Prozesse an der Ausbildung von erlernter Hilflosigkeit beteiligt sind beziehungsweise sein müssen.

2.2.3 Depression im Licht der Bindungstheorie nach John Bowlby

Während in den beiden vorausgegangenen Abschnitten theoretische Ansätze der Depression dargestellt wurden, deren Schwerpunkt eher die intrapsychischen Mechanismen depressiver Störungen bei Erwachsenen sind, die in ihrem Geltungsbereich auf depressive Störungen bei Kindern ausgedehnt werden, stellt der Ansatz der Bindungstheorie eher den entwicklungspsychologischen Hintergrund dar, auf dem die beschriebenen Mechanismen zum Tragen kommen und in einen entwicklungstheoretischen Kontext eingebunden werden können. Ein spezifisches Modell depressiver Störungen bei Kindern wurde innerhalb dieser Theorietradition bislang noch nicht entwickelt; im folgenden werden daher bisherige Forschungsergebnisse daraufhin untersucht, inwieweit sie zum Verständnis der Entwicklung depressiver Störungen beitragen können. Da die Bindungstheorie ihrem Anspruch nach sowohl normale als auch pathologische Entwicklung beschreibt, steht sie in engem Zusammenhang mit der noch recht jungen entwicklungspsychopathologischen Perspektive, die in einem ganzheitlichen Ansatz sowohl Pathologie als auch Entwicklung und das Problem von Stabilität und Veränderung neu zu fassen versucht. Damit scheint sie aber auch als theoretisches Modell der Entwicklung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen besonders geeignet zu sein. Hierauf wird in der Folge noch genauer eingegangen werden (vgl. Abschnitt 2.3). Zunächst jedoch soll die Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth in ihren Grundzügen dargestellt und hinsichtlich ihrer Relevanz für depressive Störungen bei Kindern untersucht werden.

Ursprünglich als Weiterentwicklung traditioneller psychoanalytischer Theoriebildung konzipiert, hat John Bowlby mit der Bindungstheorie einen theoretischen Ansatz entwickelt, der psychoanalytische Konstrukte neu definiert und mit theoretischen Ansätzen der Ethologie, der Evolutionstheorie, der kognitiven Psychologie und der (kybernetischen) Systemtheorie in Verbindung bringt. Bowlby konnte schlüssig aufzeigen, daß die neueren Strömungen dieser unterschiedlichen Theorierichtungen auf ein neues Verständnis der menschlichen Entwicklung hin konvergieren. Damit hat die Bindungstheorie in den letzten Jahren den Stellenwert eines paradigmatischen Ansatzes sowohl in der Entwicklungspsychologie als auch in der klinischen Psychologie

erlangt (vgl. van Ijzendoorn & Tavecchio, 1987). Sie hat, nicht zuletzt durch die Operationalisierung bindungstheoretischer Konstrukte durch Ainsworth und Mitarbeiter (1969, 1971), zu erheblichen Forschungsanstrengungen und zu neuen Forschungsmodellen in den letzten Jahren angeregt. Insbesondere erlebten longitudinale Forschungsmodelle und Beobachtungsstudien in natürlichen Settings neuen Auftrieb (Ainsworth, 1969).

Grundzüge der Theorie

Die Bindungstheorie beschäftigt sich nach Bowlby (1977, 1982) allgemein mit der Wesensart von Kindern und Erwachsenen, starke emotionale Bindungen zu bestimmten anderen Personen (und Objekten) herzustellen. Im Mittelpunkt steht dabei, auf welche Weise zwischenmenschliche Bindungen und Störungen in diesen Bindungen zur Entwicklung der Persönlichkeit im allgemeinen, aber auch zu möglichen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung beitragen. Diese werden aus der Sicht der Bindungstheorie mit Trennungen und Verlusten innerhalb dieser signifikanten Beziehungen in Zusammenhang gebracht. Bowlby weist darauf hin, daß der Gegenstandsbereich der Theorie Phänomene umfaßt, die in der psychoanalytischen Tradition als „Objektbeziehungen" oder „Symbiose und Individuation", in der lerntheoretischen Tradition als „Abhängigkeitsbedürfnis" *(dependency need)* bezeichnet werden, daß jedoch der Ansatz der Bindungstheorie über den psychoanalytischen Rahmen hinausgeht, indem er Elemente der Ethologie, der kognitiven Psychologie und der Systemtheorie einbezieht und auf den umstrittenen Triebbegriff der Psychoanalyse verzichtet (Bowlby, 1977, S. 201 f.). Als Kernthese des bindungstheoretischen Ansatzes muß das Postulat angesehen werden, daß zwischenmenschlichen Bindungen aus sich heraus eine Bedeutung in der ontogenetischen und phylogenetischen Entwicklung des Menschen zukommt, eine Bedeutung, die sich *nicht* auf andere Grundbedürfnisse (wie etwa Nahrung, Wärme, Sexualität usw.) zurückführen läßt. Anders formuliert lautet die Kernaussage der Bindungstheorie, daß bei der normalen und gesunden Entwicklung des Kindes neben der Erfüllung der materiellen Grundbedürfnisse der Ausbildung einer positiven emotionalen (Liebes-)Beziehung zu den Eltern (oder anderen Bezugspersonen) ein gleichrangiger und eigenständiger Stellenwert zukommt. Die Mißachtung dieses Liebesbedürfnisses ist für viele Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit verantwortlich. Bowlby macht hier zwei neuere Forschungsergebnisse der Ethologie geltend: zum einen das Phänomen der „Prägung", das von Konrad Lorenz beschrieben wurde, zum anderen die Experimente von Harlow mit jungen Rhesusaffen.

Ethologische Befunde

Lorenz konnte in seinen Arbeiten mit Graugänsen zeigen, daß diese in den ersten Tagen nach dem Schlüpfen starke Bindungen an Lebewesen eingehen, allein durch die Anwesenheit einer sich bewegenden Figur (es konnte auch ein Gegenstand sein!) und ungeachtet der Tatsache, woher sie ihr Futter erhielten. Populär wurde die starke affektive Bindung eines Gänseküken zu Lorenz selbst, die auch nach dem Flüggewerden noch anhielt („Gänsekind Martina"). Unabhängig von Lorenz konnte Harlow

(1958) in Laborexperimenten mit künstlichen Ersatzmüttern in ähnlicher Weise zeigen, daß neugeborene Rhesusaffen den Aufenthalt bei der Ersatzmutter ohne Futter dem bei der fütternden Ersatzmutter vorzogen, wenn sie die Wahl zwischen einem „fütternden" Gestell aus Draht und einem nicht fütternden Gestell hatten, das aber mit weichem Fell bespannt war, an das sie sich gut anklammern konnten. Bowlby interpretiert diese Ergebnisse der Tierverhaltensforschung als Beleg für seine These, daß es eine biologisch fundierte Tendenz sowohl bei Tieren als auch beim Menschen gibt, daß Neugeborene sich an eine Bindungsfigur (in der Regel die Mutter) emotional zu binden trachten. Dies geschieht durch verschiedene artspezifische Verhaltensweisen, die sich mit fortschreitender Entwicklung zunehmend auf die Bindungsfigur orientieren und zu komplexeren Verhaltenssystemen organisiert werden („Bindungsverhalten"). Bowlby hebt hervor, daß das Ziel dieser Verhaltensweisen nur unter evolutionstheoretischer Perspektive zu verstehen ist: Sie dienten ursprünglich dazu, die (räumliche) Nähe zur Bindungsfigur zu gewährleisten, um sich vor Raubtieren zu schützen. Diese Nähe ist notwendig, um das Neugeborene vor Angriffen und Gefahren aus der Umwelt zu schützen, denen es sich aufgrund seines unentwickelten Zustandes nicht erwehren kann. Bindungsverhalten erhält so die biologische Funktion der Überlebenssicherung und Arterhaltung, gemäß evolutionstheoretischen Gesetzmäßigkeiten der optimalen Umweltanpassung der Arten. Das menschliche Neugeborene zeichnet sich auch im Vergleich zu den höher entwickelten Tierarten ganz besonders durch wenige angeborene Instinkte, ein hohes Maß an Verhaltensflexibilität und eine lange Phase der Unreife aus. Die „Urumgebung" (Savanne) der ersten Vertreter der Spezies Mensch wies aller Wahrscheinlichkeit nach viele Gefahren auf, gegen die sich ein Neugeborenes nicht ausreichend schützen konnte. Ein relativ stabiles Verhaltenssystem, das den Schutz und die Pflege durch die Eltern sicherte, scheint deshalb zur Arterhaltung notwendig gewesen zu sein und kann so als die genetische Grundlage von Bindungsverhalten angesehen werden.

Definition von Bindung

Bowlby definiert vereinfacht ausgedrückt Bindungsverhalten als jede Form kindlichen (und mütterlichen) Verhaltens, das als Resultat eine größere Nähe zwischen Kind und Mutter herstellt. In seinen allgemeiner gehaltenen Worten:

„Briefly put, attachment behaviour is conceived as any form of behaviour that results in a person attaining or retaining proximity to some other differentiated and preferred individual, who is usually conceived as stronger and/or wiser." (Bowlby, 1977, S. 203)

Zu den Grundelementen des Bindungsverhaltens gehören Verhaltensweisen des Kindes wie „schreien", „rufen", „lächeln", „nachfolgen" und „anklammern", aber auch starkes Protestverhalten bei drohendem Verlust oder Alleingelassenwerden. Anfänglich wird Bindungsverhalten vom Neugeborenen zwar aktiv, aber personenunspezifisch geäußert und ähnelt daher eher Reflexen. Mit zunehmendem Unterscheidungsvermögen des Säuglings wird das Bindungsverhalten mehr und mehr auf die Person ausgerichtet, die sich an erster Stelle um die Pflege des Kindes kümmert – üblicherweise die Mutter. Mit fortschreitender kognitiver Entwicklung (von den Vertretern der Bindungstheorie in Anlehnung an das Stufenkonzept von Piaget konzipiert) wird das

Bindungsverhalten immer zielgerichteter auf die gewählte Figur hin organisiert. Dieser Entwicklungsschritt ist üblicherweise etwa im Alter von einem Jahr vollzogen, setzt jedoch die kontinuierliche Anwesenheit und entsprechende Fürsorge der Bindungsperson voraus. Im Verlauf der weiteren Entwicklung des Kindes wird die so entstandene Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson weiter gefestigt und reziprok ausgeformt. Das Kind lernt, daß die Mutter verfügbar ist, auch wenn das Kind zwischenzeitlich räumlich getrennt von ihr ist (Personenpermanenz), es ist mit zunehmender kognitiver Entwicklung in der Lage, sich in die Situation der Mutter hineinzuversetzen (Perspektivenübernahme) und sein Verhalten entsprechend darauf auszurichten (wachsende Handlungsfähigkeit). Während zu Beginn dieses Prozesses nur die Mutter für die Herstellung der Nähe durch Handeln verantwortlich war, verschiebt sich die Verantwortlichkeit für die Beziehung durch die zunehmende Handlungsfähigkeit und kognitive Reife des Kindes mehr und mehr in Richtung einer reziproken Beziehung zwischen Mutter und Kind. Etwa im Alter von vier Jahren hat sich das Kind bei normal verlaufener Entwicklung so weit entwickelt, daß die äußere Ablösungsphase von der Präsenz der Mutter beginnt. Das Kind hat inzwischen, resultierend aus seinen Interaktionserfahrungen mit der Bindungsperson, interne kognitiv-affektive Modelle von sich und der Bindungsfigur ausgebildet, die fortan Wahrnehmung und Interaktionsverhalten mit der Umwelt, besonders aber seine zwischenmenschlichen Beziehungen formen und regeln. Bowlby (1980) spricht in diesem Zusammenhang auch von „komplexen internen Arbeitsmodellen" der Welt und des eigenen Selbst. Er weist darauf hin, daß zwar das Bindungs*verhalten* im Laufe der ontogenetischen Entwicklung in seiner Intensität und Frequenz immer mehr abnimmt, daß jedoch die inzwischen ausgebildeten internen Bindungs*modelle* bestehen bleiben und ein Leben lang prägend wirken. Auch bei erwachsenen Menschen lassen sich in Streß- und Angstzuständen oder in der Krankheit Rudimente solcher Verhaltensweisen noch aufzeigen (Bowlby, 1977, S. 203).

Empirische Befunde zum Bindungsverhalten

Um individuelle Unterschiede in Bindungsmustern herauszuarbeiten und damit eine empirische Absicherung der weitgehenden Aussagen der Bindungstheorie zu ermöglichen, haben Ainsworth und Wittig (1969) eine experimentelle Trennungssituation zur Klassifikation unterschiedlicher Bindungsqualitäten zwischen Mutter und Kind entwickelt, die sogenannte „Fremden-Situation" *(strange situation).* In diesem Meßparadigma wurden einjährige Kinder in einer fortlaufenden Reihe acht wechselnden sozialen Situationen mit der primären Bindungsfigur und einer fremden Person ausgesetzt, um ihr Sozialverhalten in bezug auf die Bindungsfigur vor und nach zwei kurzen, streßvollen Trennungsphasen zu analysieren. Der Grundgedanke dabei war, daß Kinder, die eine („sichere") Bindung an die primäre Bezugsperson (Mutter) haben, sich durch die kurzzeitige Trennung weniger irritieren lassen als Kinder, bei denen eine Art von Störung im Bindungsgefüge vorliegt. Ainsworth und Wittig (1969) konnten so drei Hauptklassen von Bindungstypen identifizieren, die sogenannten „sicher gebundenen" Kinder, Kinder mit einem „unsicher-vermeidenden" Bindungsmuster sowie Kinder,

deren Bindungsmuster als „unsicher-ambivalent" gekennzeichnet wurde[1]. Dieses Verfahren zur Bestimmung unterschiedlicher Bindungstypen hat sich in der Zwischenzeit in zahlreichen Studien als reliables und valides diagnostisches Instrument erwiesen, um das Bindungsverhalten von kleinen Kindern festzustellen, und ist ein heute allgemein anerkanntes Instrument zur Bestimmung der Bindungsqualität. Darüber hinaus erwies sich das so gemessene Bindungsgefüge in Studien an Mittelschichtkindern als zeitlich sehr stabiles Merkmal und in mehreren Studien eines umfangreichen Longitudinalprojektes als prädiktiv für die spätere kindliche Entwicklung bis ins Vorschulalter (Matas, Arend, & Sroufe, 1978; Waters, Wippman, & Sroufe, 1979; Sroufe, 1983; Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Um nur einige Befunde zu nennen: Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, daß die sicher gebundenen Kinder im Alter von zwei Jahren sich allgemein autonomer verhielten (Matas, Arend et al., 1978), im Alter von vier und fünf Jahren ihre Impulse und Gefühle in Kindergarten oder Vorschule besser steuern konnten und ein größeres Selbstwertgefühl hatten. Sie zeigten sich außerdem weniger abhängig von ihren Lehrern als die unsicher gebundenen Kinder. Diese suchten dagegen, oft in negativer Weise, mehr Unterstützung bei den Lehrern (Sroufe, 1983). Allgemein gesprochen zeigte sich in allen diesen Studien ein erstaunlich stabiler Zusammenhang zwischen frühen Interaktionsmustern der Kinder einerseits und ihrer sozio-emotionalen Entwicklung bis ins frühe Schulalter andererseits. Diese Befunde werfen insofern ein erstes Licht auf den möglichen Zusammenhang zwischen Bindung und depressiver Störung, als sie den Beitrag unterschiedlicher interner Bindungsmodelle auf die Entwicklung pathologischer Strukturen im allgemeinen deutlich machen.

Bewertung der Bindungstheorie

Bretherton (1985) weist darauf hin, daß die Bindungstheorie kompatibel ist mit Piagets Theorie der (mentalen) Repräsentation von Objekten. Ebenso wie bei Piaget wird Entwicklung innerhalb der Bindungstheorie als ein dynamischer und konstruktiver Aneignungsprozeß konzipiert. Damit zusammenhängend wird das Individuum als aktiver Interaktionspartner angesehen. Dies ist ein wichtiger und kennzeichnender Unterschied zu einer von der Grundannahme der Passivität des sich entwickelnden Kindes geprägten Konzeption, wie sie sowohl die Psychoanalyse als auch die soziale Lerntheorie kennzeichnet. Die Bindungstheorie steht damit der neueren Theoriebildung innerhalb der kognitiven Psychologie und der Systemtheorie (Stichwort Informationsverarbeitungstheorie, Schematheorie und „Computermetapher") nahe, die ebenfalls kognitive Prozesse als aktive Prozesse begreift (vgl. Miller, Galanter, & Pribram, 1960; Neisser, 1967; Arbeitsgruppe um Lindsay, Norman, & Rumelhart, z. B. Norman, Rumelhart, & The LNR Research Group, 1975). Die Bindungstheorie kann somit als eine grundlegend interaktionistische Theorie angesehen werden, da Interaktion als ein wechselseitiger, kontinuierlicher Entwicklungsprozeß verstanden wird, der

[1] Die Charakterisierung der verschiedenen Bindungstypen wird hier zum besseren Verständnis vereinfachend dargestellt. Der Leser sei auf die entsprechende Literatur zur Unterscheidung der Bindungstypen verwiesen (z. B. Ainsworth, Bell et al., 1971).

die aktive Teilnahme aller Interaktionspartner erfordert. Sie kann weiterhin als eine Erweiterung und/oder Ergänzung konstruktivistischer kognitiver Theoriebildung verstanden werden, indem sie sich explizit auf die emotionale Entwicklung bezieht, ohne dabei Erkenntnisse der Kognitionspsychologie außer acht zu lassen. Eine weitere wichtige Implikation des aktiven Menschen- beziehungsweise Kinderbildes ist schließlich, daß es unter Umständen ein neues Licht auf die Möglichkeiten der Veränderung der durch frühe Erfahrungen entstandenen Strukturen wirft: Ein als aktiver Konstruktionsprozeß von seiten des Kindes begriffenes Zustandekommen „innerer Arbeitsmodelle" von sich und der Welt impliziert auch die Möglichkeit der aktiven Veränderung der Struktur innerhalb eines therapeutischen Rahmens. Sie eröffnet damit aber auch ein neues Verständnis von psychoanalytischen Begriffen wie „Regression" oder „Fixierung", die im Licht der Bindungstheorie als Anpassungsprozesse an bestimmte Umweltgegebenheiten neu formuliert werden müssen (vgl. Bowlby, 1980).

Bindung und Depression

Welchen Beitrag kann nun die Bindungstheorie zum Verständnis der Entwicklung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen leisten? Allgemein gesprochen bietet sie zunächst einen konzeptuellen Rahmen zum Verständnis der Entwicklung von psychischen Störungen überhaupt. Wie oben näher ausgeführt, liegt dabei der Schwerpunkt der Theorie auf den grundlegenden Mustern der Beziehungsaufnahme, -gestaltung und -interpretation entsprechend den inneren Arbeitsmodellen, die im Verlauf der Interaktionsgeschichte mit wichtigen Bindungsfiguren vom Kind konstruiert wurden. Sie geben sozusagen eine „innere Landkarte" ab, mit der zukünftige Bindungen weitgehend unbewußt gestaltet werden und somit bei Störungen im sozialen Verhalten eines Kindes (oder eines Jugendlichen) beteiligt sein können. Die in diesem Kontext interessierende Frage ist nun, ob sich bestimmte Charakteristiken der Beziehung zur primären Bezugsperson oder spezifische Bindungsmuster aufzeigen lassen, die die Entwicklung von depressiven Störungen verständlich machen.

Einen ersten Hinweis auf den möglichen Zusammenhang zwischen Bindung und Depression enthält der Befund, daß unsicher gebundene Kinder im Vorschulalter generell weniger Selbstwertgefühl zeigen als sicher gebundene (Sroufe, 1983). Mangelndes Selbstwertgefühl kann als ein wichtiger Indikator für depressive Strukturen angesehen werden (vgl. Abschnitt 2.2.1). Darüber hinaus und weitaus spezifischer scheint dem Phänomen des „Vermeidungsverhaltens" eine besondere Bedeutung bei der Entstehung depressiver Störungen zuzukommen (vgl. Trad, 1986, S. 63–75), obwohl bislang keine Studien zum direkten Zusammenhang von Vermeidungsverhalten und Depression bei Kindern unter bindungstheoretischer Perspektive vorliegen. Zum einen ist der Rückzug aus allen Arten von sozialen Zusammenhängen immer wieder als kennzeichnendes Symptom akuter depressiver Störungen bei Erwachsenen genannt worden (vgl. DSM III, APA, 1980). Zum anderen scheint dem Vermeidungsverhalten innerhalb der depressiven Dynamik eine spezifische Bedeutung zuzukommen, die jedoch nicht ganz geklärt ist. Einen Hinweis gibt Bowlby (1980) selbst in seiner Definition von Depression. Depressive Stimmungen (er spricht auch von „Traurigkeit") sind für ihn zunächst normale und gesunde Reaktionen auf jedes aktuelle

Unglück, das einem Menschen widerfahren ist. Er definiert diesen Zustand als eine Verhaltensdesorganisation in der Folge eines (Objekt-)Verlustes, bei dem der aktive Austausch mit der Umwelt eingestellt wird, bis neue Verhaltensmuster auf ein neues Ziel oder Objekt hin hergestellt worden sind:

„Solange ein aktiver Austausch zwischen uns selbst und der Außenwelt stattfindet, sei es im Denken oder im Handeln, ist unsere subjektive Erfahrung nicht die einer Depression: Hoffnung, Furcht, Wut, Befriedigung, Frustration oder irgendeine Kombination daraus können empfunden werden. Wenn der Austausch aufgehört hat, tritt die Depression auf (und dauert an), bis neue Muster des Austauschs in Richtung auf ein neues Objekt oder Ziel organisiert worden sind (...)." (Bowlby, 1983, S. 318)

Eine depressive Störung ist für ihn in der Konsequenz daraus eine chronisch gestörte Form einer ansonsten gesunden Reaktion. Bowlbys Definition der Depression beinhaltet zum einen Vermeidungsverhalten (oder anders ausgedrückt den Rückzug von der Umwelt) als integralen Bestandteil der Störung, zum anderen wirft sie ein Licht darauf, was es eigentlich ist, das vermieden wird: Der aktive Austausch mit der Umwelt ist eng an Affekte gebunden, die sich meist auf Beziehungen mit wichtigen (Bindungs-) Personen beziehen. Können diese Affekte nicht mehr empfunden beziehungsweise die entsprechenden Beziehungen nicht mehr aufrechterhalten werden, tritt eine Depression auf. Dies könnte bedeuten, daß das Vermeidungsverhalten letztlich im Dienste der Vermeidung bestimmter (wahrscheinlich unangenehmer) Affekte steht. Können diese Affekte auf Dauer aus bestimmten äußeren Gründen nicht mehr ausgedrückt werden, entwickelt sich daraus bei Kindern möglicherweise ein pathologischer Umgangsstil mit Affekten überhaupt und damit eine Grundlage späterer depressiver Störungsmuster. Studien zum Verhalten von Kleinkindern nach Trennungen weisen in diese Richtung.

Vermeidungsverhalten nach Trennungssituationen

Einen genaueren Einblick in diesen Zusammenhang erhält man durch die von Spitz und Wolf (1946) sowie Robertson und Robertson (1971) durchgeführten Studien zum „Hospitalismus" von Kindern im bindungsrelevanten Alter. Spitz untersuchte die Reaktionen von sechs bis acht Monate alten Kindern, die von ihrer Mutter getrennt und in einem institutionellen Kontext weiter betreut wurden. Typische Reaktionsformen der meisten Kinder auf diese Trennung von der Bindungsfigur waren: akute Angstsymptome, aktive Zurückweisung der betreuenden Erwachsenen, ein vermindertes Aktivitätsniveau, Nahrungsverweigerung und Appetitverlust, Rückzug von der Umwelt und anderen Personen. Spitz, noch in der psychoanalytischen Tradition der Hypothese der primären Bedürfnisbefriedigung (primärer Narzißmus) stehend, bezeichnete dieses typische Reaktionsmuster als „anaklitische" Depression, da die Symptome deutlich an das Symptombild der Depression bei Erwachsenen erinnern. Er interpretierte die Symptome in erster Linie als Reaktion der Kinder auf den Verlust der mütterlichen Bindungsfigur. Jedoch ist diese Interpretation der Befunde in der Folge nicht unumstritten geblieben; die Kritik an Spitz' Deutung zielte in der Hauptsache darauf, daß für die Reaktionen der Kinder eher basale physische Deprivationen verantwortlich seien, da das Reaktionsmuster auch an Deprivationserscheinungen im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten erinnert. Spezifischere Hinweise auf bindungsrelevante Parameter des Hospitalismus ergaben jedoch die Arbeiten von Robertson und Robertson (1971). Sie beobachteten Kinder, die infolge einer zweiten

Schwangerschaft der Mutter zeitweilig in Pflege gegeben werden mußten. Während im Falle eines Kindes („John") dies auf die damals eher übliche Weise geschah (Weggabe in eine institutionelle Pflegestelle), konnten einige andere Kinder von den Robertsons für die Zeit der mütterlichen Abwesenheit aufgenommen werden. In allen Fällen hatten die Forscher die Möglichkeit, das Verhalten der Kinder nach der Trennungszeit mittels Filmaufnahmen zu dokumentieren. Obwohl die Befunde dieser Studie vielschichtig interpretierbar sind, lassen sich meines Erachtens doch mindestens zwei Faktoren identifizieren, die für die unterschiedlichen Reaktionen der Kinder verantwortlich gemacht werden können: Erstens hatte das Alter der Kinder auf die Schwere der Deprivationserfahrung einen wesentlichen Einfluß. Ältere Kinder zeigten bei der Trennung allgemein weniger schwere Verlusterscheinungen als jüngere Kinder, bei denen die Gewißheit über die Rückkehr der Mutter aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung noch wenig ausgeprägt war. Der zweite, und in diesem Zusammenhang wichtigere Befund war, daß die Reaktion des Kindes, das in institutionelle Pflege gegeben wurde, sich dramatisch von den Reaktionen der anderen Kinder unterschied: „John" reagierte in der von Spitz geschilderten Weise auf die Trennung und zeigte der Mutter gegenüber nach ihrer Rückkehr deutliche emotionale Ablehnungsreaktionen, die lange anhielten. Die Kinder, die sich in der Pflege der Robertsons befanden, zeigten zwar ebenfalls anschließend ablehnende Verhaltensweisen der Mutter gegenüber, die als Reaktion auf den Verlust interpretiert werden können. Sie entbehrten jedoch der Dramatik und der Schärfe, wie sie im Falle des hospitalisierten Kindes beobachtet wurden. Außerdem konnten sie die Beziehung zur Mutter wesentlich schneller wiederherstellen, und es gab keine Anzeichen fortdauernder Ablehnung. Da in beiden Pflegesettings die physischen Faktoren (wie Ernährung, Körperkontakt usw.) und die Trennungserfahrung sich eher glichen, müssen für diese Unterschiede andere Faktoren geltend gemacht werden. Neben dem erhöhten Streß, dem das hospitalisierte Kind durch die Anwesenheit anderer Kinder ausgesetzt war, interpretieren Robertson und Robertson (1971) die Unterschiede im Falle des Heimkindes als Folge des Fehlens einer stabilen Bezugsperson, die seine Bindungsversuche und -wünsche erfüllte. In der Tat zeigt der Film deutlich, wie sehr „John" nach der Trennung nach einer Bindungsfigur sucht, wie aber seine Suche und seine Annäherungsbemühungen infolge des ständigen Wechsels des Pflegepersonals und dessen Indifferenz gegenüber diesem Kontinuitätsbedürfnis erst verzweifelter, dann nach und nach schwächer werden und am Ende ganz aufhören. Dieses scheinbare „Erlöschen" des Bindungsbedürfnisses sowie das nachfolgende depressionsartige Symptombild, das Bowlby als Desorganisation des Bindungssystems bezeichnet hat, scheinen mit der Zurückweisung der Mutter (aktives Vermeidungsverhalten) am Ende der Trennungsphase unmittelbar in Zusammenhang zu stehen.

Bowlby (1982) spricht in diesem Zusammenhang von drei Phasen der typischen kindlichen Reaktionsform auf Trennung von der Bindungsfigur: „Protest", „Verzweiflung" und „Ablösung" *(detachment)*. Dieser Rückzug des Kindes von der Bindungsfigur ist nach Bowlby mit „Ablösung" treffend umschrieben und bedeutet letztlich

„(...) ‚a rejection of the mother as a love object, which may be temporary or permanent'. The latter state (...) we held to be a result of the child's feelings for his mother having undergone repression." (Bowlby, 1982, S. 13 f.)

Anders ausgedrückt „entscheidet" sich das Kind in der Trennungssituation nach anfänglichem Protest und fortgesetzter Verzweiflung ob der nicht befriedigten Bedürfnisse nach emotionaler Geborgenheit bei der Mutter, diese Bedürfnisse nicht mehr wahrzunehmen, weil die fortdauernde Deprivation als zu schmerzhaft erlebt wird. Nach der Wiedervereinigung weist das Kind die Mutter als Liebesobjekt zurück, weil mit der Wahrnehmung der unterdrückten Bedürfnisse auch der Schmerz der Verlassenheit wieder spürbar wäre (Vermeidung). Gelingt dem Kind in der Folge eine Neuorganisation des Umgangs mit seinen Bedürfnissen nicht, so bleibt diese Vermeidungshaltung gegenüber wichtigen Grundbedürfnissen bestehen und damit die Gefahr pathologischer depressiver Reaktionen in der Folge von Trennungserfahrungen. Somit scheint diese spezifische Art des Vermeidungsverhaltens aufgrund von Trennungserfahrungen mit der Entstehung depressiver Strukturen eng verknüpft zu sein. Offen bleibt jedoch, ob der Entstehung depressiver Strukturen stets eine traumatisierende Trennungserfahrung im frühen Kindesalter vorausgeht, oder ob auch andere Faktoren die Entstehung von Vermeidungsverhalten und damit einer depressiven (Bindungs-) Struktur fördern. Dieser Frage soll im folgenden genauer nachgegangen werden.

Verschiedene Funktionen von Vermeidungsverhalten

Die hier vertretene Vermutung läuft darauf hinaus, daß das Vermeidungsverhalten bei Kindern nicht nur in der Folge traumatischer Trennungen auftritt, sondern daß es unter bestimmten Umständen auch noch andere Anpassungsfunktionen erfüllt. Mehrere Anzeichen aus der Tierverhaltensforschung sowie aus den Arbeiten von Mary Main (1977, 1981) sprechen dafür, daß Vermeidungsverhalten auch eine Alternative dazu ist, das Gefühl von Ärger auszudrücken, und zwar dann, wenn der Ausdruck von Ärger als zu bedrohlich erlebt wird. Vermeidungsverhalten könnte so als eine Art von Bindungsverhalten gesehen werden, das jedoch aus Gründen des Selbstschutzes unkenntlich gemacht wurde. Genauere Hinweise hierzu liefern die Arbeiten von Main (1977, 1981), die vermuten, daß Vermeidungsverhalten bei Kindern, die von ihren Eltern in der Vergangenheit oft zurückgewiesen worden sind, in Streßsituationen an die Stelle des Ausdrucks von Ärger tritt, der Ärger dann jedoch meistens „außerhalb des Kontextes", also in sicheren Situationen, zum Ausdruck kommt. In ihren Untersuchungen zum Bindungs- und Vermeidungsverhalten konnte sie feststellen, daß Vermeidungsverhalten ein situativ stabiles Verhalten ist (Tagespflege und Laborsituation, Blanchard & Main, zitiert nach Trad, 1986, S. 66), aber sich nicht notwendigerweise auf beide Elternteile gleichermaßen richtet (Main & Weston, 1981, zitiert nach Trad, 1986, S. 66). Dies sieht sie als Beleg dafür an, daß Vermeidungsverhalten keine endogene Anlage darstellt, sondern die Folge der Bindungsgeschichte eines Kindes ist. In detaillierten Beobachtungen von Interaktionen unsicher gebundener Kinder mit ihren Müttern konnte sie folgende Charakteristika von Vermeidungsverhalten feststellen (Main, 1981, S. 662–664):

1. Vermeidungsverhalten hängt negativ mit dem Ausdruck von Ärger zusammen.
2. Ein Vermeiden der Mutter ist jedoch positiv korreliert mit dem zusammenhanglos erscheinenden Ausdruck von Ärger gegenüber der Mutter in streßfreien Situationen.

3. Andere, fremde Personen, die sich dem vermeidenden Kind in freundlicher Weise nähern, werden aktiv gemieden.
4. Es gibt keine empirische Beziehung zwischen dem Vermeiden der Mutter und dem Verhalten des Kindes gegenüber dem Vater.
5. Vermeidung hängt mit der Beeinträchtigung affektiver Reaktivität zusammen.
6. Vermeidung hängt mit Anzeichen von Konflikt und Störung zusammen, und mit merkwürdigen Verhaltensweisen und Stereotypen.
7. Es gibt keinen Hinweis darauf, daß Vermeidung mit kognitiven Defiziten zusammenhängt.

Die Mütter dieser Kinder werden als latent ärgerlich beschrieben, sie maskieren jedoch ihren Ärger und zeigen wenig Gesichtsausdruck. Des weiteren äußerten sie wenig Gefühle in Situationen, in denen die Kinder weinen oder schreien, und beschrieben ein Aversionsgefühl gegenüber physischem Kontakt mit dem Kind. Main (1981, S. 665 f.) schließt aus ihren Beobachtungen, daß Vermeidung von seiten des Kindes in der Hauptsache mit diesen Charakteristika der Mütter zusammenhängt. Das die Mutter meidende Verhalten des Kindes erscheint in diesem Kontext als „erfolgreiche" Anpassungsreaktion an die Signale der Mutter, der ein zu naher körperlicher und emotionaler Kontakt unangenehm ist und die auf „normale" Annäherung des Kindes möglicherweise mit Ärger oder Zurückweisung reagieren könnte. Die Vermeidungsreaktion scheint somit, ähnlich wie nach traumatischen Trennungssituationen, das „kleinere Übel" zu sein, das das Kind wählt, um nicht noch unangenehmeren Reaktionen der Mutter ausgesetzt zu sein.

Zusammenfassend kann daher vermutet werden, daß Vermeidungsverhalten bei Kindern eine spezifische Anpassungsfunktion an Verhaltensweisen und Charakteristika signifikanter Bindungspersonen darstellt, die auf indirektem Weg in solchen Fällen Nähe zu den Bindungspersonen herstellt, in denen der direkte Ausdruck von Affekten (insbesondere Ärger und Schmerz) entweder als zu bedrohlich erlebt wird oder die Gefahr besteht, daß die Bindungsperson sich entzieht. Dies scheint im besonderen Maße bei Bindungspersonen gegeben, die das Kind unterschwellig zurückweisen, physischen Kontakt vermeiden und wenig Affekte zeigen. Inwieweit das fortwährende Meiden von Bindungspersonen beziehungsweise bestimmter Interaktionen mit der Entstehung depressiver Strukturen beim Kind einhergeht, ist bisher allerdings noch nicht genauer untersucht worden. Es gibt jedoch einige Hinweise darauf, daß ein solcher Zusammenhang bestehen könnte. Insbesondere Mains (1981) Charakterisierung von vermeidenden Kindern weist einige Gemeinsamkeiten mit depressiven Störungsbildern auf: Erstens kann auch bei depressiven Erwachsenen eine Hemmung im direkten Ausdruck von Ärger und ein Ausdruck von Ärger ohne erkennbaren Zusammenhang festgestellt werden (Bowlby, 1980). Zweitens ist die Depression ebenfalls durch eine Beeinträchtigung der affektiven Reaktivität gekennzeichnet (Bowlby, 1980). Drittens ist auch das aktive Meiden fremder Personen ein typisches Symptom von Depression bei Erwachsenen.

Zusammenfassende Bemerkungen

Bowlby selbst geht davon aus, daß depressive Störungen bei Erwachsenen ihren Ursprung sehr wahrscheinlich in den Kindheitserfahrungen des depressiven Menschen

haben. Dabei hebt er hervor, daß sein Erklärungsansatz kompatibel ist mit dem Ansatz der „erlernten Hilflosigkeit" (Seligman, 1975; vgl. Abschnitt 2.2.2) und dem Ansatz der Kognitiven Theorie der Depression (Beck, 1967; Kovacs & Beck, 1977; vgl. Abschnitt 2.2.1). Er sieht den zwischenmenschlichen Bereich, insbesondere das Gefühl der Hilflosigkeit, affektive Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten, als den wesentlichsten Bereich der depressiven Störung an. Drei Faktoren der Familienerfahrung eines Menschen, die in Kombination oder einzeln auftreten können, sind für Bowlby ursächlich an der Entstehung depressiver Störungen beteiligt: erstens ein früher und nicht verarbeiteter Verlust einer wichtigen Bindungsperson; zweitens das Fehlen einer sicheren und stabilen Beziehung zu den Eltern oder einem Elternteil, gekoppelt mit unrealistischen und nicht erfüllbaren Erwartungen der Eltern an das Kind (Bestrafung durch „Liebesentzug"); drittens eine feindliche und zurückweisende Haltung der Eltern oder eines Elternteils dem Kind gegenüber, das dadurch „lernt", daß es inkompetent, unzulänglich und/oder nicht liebenswert ist. Aus diesen Erfahrungen heraus bildet das Kind interne Arbeitsmodelle von sich und der Welt, die fortan die Interaktion mit der Umwelt prägen und Einfluß auf die interne Informationsverarbeitung des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen haben. Dabei scheint vermeidendem Verhalten eine wichtige, jedoch nicht befriedigend geklärte Funktion zuzukommen. In der vorliegenden Untersuchung wird daher der Zusammenhang zwischen Vermeidungsverhalten und depressiven Störungsbildern genauer untersucht werden.

2.3 Das Problem von Stabilität und Veränderung in der Entwicklung

Zeitlich parallel und mit gegenseitiger Beeinflussung zu den erstarkten Forschungsbemühungen um die depressive Störung bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten zehn Jahren ein eher programmatisch zu verstehender neuer Forschungsansatz zur genaueren Bestimmung der allgemeinen Entwicklung von klinischen Störungen bei Kindern, Jugendlichen, aber auch Erwachsenen herausgebildet: die Entwicklungspsychopathologie[1]. Obschon noch immer in den Anfängen begriffen (die erste Ausgabe einer speziell entwicklungspsychopathologischen Zeitschrift, *Developmental Psychopathology,* ist im vergangenen Jahr erschienen), lassen sich doch schon einige grundlegende Orientierungen und Postulate dieser neuen Perspektive auf die allgemeine Entwicklung von Störungen und auf das Problem von Stabilität und Veränderung aufzeigen, die auch für das vorliegende Thema als forschungsparadigmatischer Hintergrund relevant sind. Dabei stellt die Perspektive der Entwicklungspsychopathologie gewissermaßen eine Metatheorie dar, die als Rahmen für einzelne theoretische Aspekte zur Entstehung von Depression bei Kindern angesehen werden kann und diese in einen allgemeinen entwicklungstheoretischen Kontext einbindet. Im folgenden

[1] Im folgenden soll diese vielleicht etwas unglückliche wörtliche Übersetzung für den englischen Begriff *developmental psychopathology* verwendet werden. Im Englischen verweist das Adjektiv *developmental* adäquater auf die entwicklungspsychologische Einbindung psychopathologischer Konstrukte, als dies die deutsche, substantivierte Übersetzung tut. Leider konnte ich bisher keinen treffenderen deutschen Begriff für diesen Ansatz finden.

soll daher dieser Ansatz insoweit dargestellt werden, als er für unser Thema der Entwicklung depressiver Störungen von der Kindheit bis ins Jugendalter einen integrativen Rahmen zu bilden vermag. Zuvor soll jedoch auf das Problem von Stabilität und Veränderung in der Entwicklungspsychologie näher eingegangen werden, da es für die vorliegende Arbeit und ihre Fragestellung von zentraler Bedeutung ist.

2.3.1 Zum Begriff der Stabilität

Mit dem Problem von Stabilität und Veränderung in der Entwicklung hat sich in der Hauptsache Kagan (1980) in einer ausführlichen Erörterung auseinandergesetzt. Er kommt zu dem Schluß, daß in der europäischen Philosophie- und Wissenschaftsgeschichte der Glaube an Stabilität in der Entwicklung weit verbreitet ist (und somit auch vielen Entwicklungstheorien implizit innewohnt), daß jedoch die Ergebnisse empirischer Untersuchungen von Stabilität kaum einen solchen weitverbreiteten Glauben an Stabilität rechtfertigen.

Zunächst macht Kagan in einer Analyse der Begriffe Stabilität, Kontinuität und Veränderung deutlich, daß das Problem von Stabilität und Veränderung in Entwicklungsprozessen weit komplexer ist als nur die Frage nach zeitlich isomorphen, das heißt unveränderten Verhaltensmerkmalen. Isomorphie auf der Verhaltensebene ist für Kagan nur eine von vier möglichen Formen von Stabilität oder Kontinuität. Er definiert *Verhaltensisomorphie* als minimale Veränderungsrate eines in Frage stehenden Verhaltens in der Zeit. Diese Form der Stabilität stellt für ihn die bedeutungsvollste, weil operationalste Definition von Stabilität dar, da Veränderungsraten konkret meßbar sind. Davon zu unterscheiden ist die *ipsative* Stabilität als zweite Form. Ipsative Stabilität meint das Andauern einer hierarchischen Beziehung zwischen zwei komplementären Dispositionen wie etwa der Eigenschaft eines Kindes, eher folgsam zu sein als ungehorsam. Die *normative* Stabilität als dritte Form wird oft als die statistisch einzig konkretisierbare Form mißverstanden. Korrelationen von meßwiederholten Variablen stellen ein statistisches Maß dieser Form der Stabilität dar, das die Konstanz individueller Positionen (Rangplätze) in einer Gruppe von Individuen in bezug auf ein wiederholt erhobenes Merkmal beschreibt. Die Konstanz individueller Unterschiede im Intelligenzquotienten ist hierfür ein Beispiel. Theoretisch am schwersten zu rechtfertigen ist nach Ansicht Kagans die letzte Form von Stabilität: die *Stabilität von nicht direkt beobachtbaren Strukturen oder hypothetischen Konstrukten* unabhängig von deren phänotypisch unterschiedlichen Ausprägungen. Diese, so hebt er hervor, ist jedoch die häufigste Form der Stabilität, die meist unhinterfragt in vielen entwicklungspsychologischen Theorien implizit vorausgesetzt wird. Wegen des Problems, daß Konstrukte nicht direkt meßbar sind, ist sie jedoch nur schwer empirisch zu überprüfen. Dies ist allerdings seiner Meinung nach oft auch kein explizites Anliegen vieler Forscher.

Gemäß Kagan sind Fragen nach Kontinuität in der Entwicklung stark geprägt von unhinterfragten Glaubenssätzen, die vielen psychologischen, historischen und biologischen Theorien innewohnen. Ein Beispiel für den Glauben an die Verbundenheit und Kontinuität von Entwicklungsprozessen, dessen Wurzeln er in der Darwinschen Evo-

lutionstheorie sieht, ist für ihn Piagets kognitive Entwicklungstheorie: „Piaget, like Darwin, resists the suggestion that new structures of functions might appear without a long period of preparation, despite many biological examples of relatively sudden onset." (Kagan, 1980, S. 58) Er hebt hervor, daß dieser Glaube an die Stabilität von Phänomenen und die Kontinuität von Entwicklungsprozessen eine lange Tradition in der westlichen Kulturgeschichte hat, und zeichnet eine Entwicklungslinie in der philosophischen Tradition von den Griechen bis in die Neuzeit und ins 20. Jahrhundert, die geprägt ist von dem Glauben an eine monadische Kraft (Gott) als erste Ursache aller Phänomene, an ein unveränderliches Wesen aller Dinge hinter den Erscheinungen, an Kontinuität in der Entwicklung und an die Dominanz des Verstandes (der Vernunft) über die Emotionen und Affekte. Viele zeitgenössische Theorien und Forschungsbemühungen stehen seiner Ansicht nach letztlich in dieser philosophischen Tradition, indem sie sich auf Phänomene wie Lernen, Gedächtnis und Bewußtsein und deren Entwicklung konzentrieren, während sie emotionale Phänomene eher vernachlässigen. Damit schaffen sie ebenfalls Bedingungen, die den Glauben an Kontinuität nähren, da Kontinuität in diesen Phänomenen eher aufzuzeigen ist als etwa in der affektiven Entwicklung des Menschen.

Jedoch sind für Kagan auch noch andere Gründe für die feste Verwurzelung des Glaubens an Kontinuität und Stabilität in der westlichen Kultur maßgebend. Eine fest in westlichen Gesellschaftssystemen verankerte egalitär-protestantische Ethik birgt in sich die Maxime, daß alle Kinder von Natur aus gleich sind und damit Erfahrung als die einzige Quelle individueller Unterschiede möglich ist. Dies impliziert auch, daß Kinder auf ihre Zukunft durch Erziehung optimal vorbereitet werden müssen und können. Dementsprechend ist auch die Haltung vieler Eltern, daß ihre Kinder schon zu Beginn ihrer Ausbildungsphase eine gute Ausgangsposition erlangen müssen. Sie nähren ihre Kinder in dem Glauben, daß diese Position später nicht mehr ohne weiteres verändert werden kann. Die Eigenschaft vieler westlicher Sprachen, zur Beschreibung von Personen Adjektive zu verwenden, die sich weder auf das Alter noch auf die Situation der Person beziehen (in der Psychiatriekritik der siebziger Jahre oft auch als *labeling* bezeichnet), ist ein weiteres Phänomen, das den Glauben an Stabilität verstärkt. Letztlich ist auch der weitverbreitete Glaube an eine hirnorganische Basis psychischer Erfahrung und an den naturwissenschaftlich-reduktionistischen Charakter der Psychologie als Wissenschaft ein Faktor, der frühe Erfahrung als ausschlaggebend für die ontogenetische Entwicklung ansieht, da in dieser Sichtweise frühe Erfahrungen ihren Niederschlag in materiellen (neuronalen) Strukturen finden, die, einmal entstanden, nicht mehr ohne weiteres verändert werden können.

Dem so charakterisierten Glauben „westlicher" Theoriebildung an die Regelhaftigkeit, Verbundenheit und Kontinuität von Entwicklungsprozessen (er nennt dies das mechanistische und lineare Modell von Entwicklungsphänomenen) stellt Kagan ein eher organisches, zyklisches und Veränderung unterstreichendes „östliches" Weltbild gegenüber. Auch in bezug auf die Einflußnahme externer und aktueller (situativer) Faktoren auf das Verhalten unterscheidet er diese beiden Sichtweisen. Während die chinesische Philosophie (und, wie er hervorhebt, auch ein Teil der westlichen Sozialpsychologie) eher davon ausgeht, daß Phänomene von aktuellen, präsenten Faktoren der Umwelt bestimmt werden (externe Determination), und daher eine Prädiktion späte-

ren Verhaltens von der Vorhersagbarkeit zukünftiger Umweltbedingungen abhängt, gehen viele westliche Theorien implizit davon aus, daß aktuelle Phänomene in erster Linie als eine Folge von genetischen Anlagen und zurückliegenden Erfahrungen betrachtet werden müssen (interne Determination). Herausragendes Beispiel für die Sichtweise der internalen Determination von Verhalten und Basis vieler theoretischer Bemühungen in der westlichen Wissenschaft ist für Kagan (1980, S. 58) Freuds Verständnis der Ursachen von psychopathologischen Phänomenen: „Of all the places he might have looked – the patient's current life situation, genetics, social status, or beliefs, Freud selected childhood experience and inborn constitution." (Kagan, 1980, S. 58)

Nach Kagan gibt es jedoch viele Gegenbeispiele, die deutlich machen, daß Stabilität und Veränderung weit komplexer miteinander verknüpft sind, als das meist angenommen wird. Als Gegenbeispiel dient ihm etwa die sich rasch entwickelnde Gebärfähigkeit junger Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren, die in erster Linie auf spontane Veränderungen im hormonalen System zurückzuführen ist, und deren Folge das psychophysiologische Phänomen der Pubertät ist. Diese Qualität der abrupten Entstehung von Neuem sei in der Natur ebenso häufig anzutreffen wie die graduelle Veränderung, die als Modell vielen Entwicklungstheorien innewohnt. Kagan hebt hervor, daß gerade die Kindheit eher von Veränderungsprozessen, die nicht kontinuierlich verlaufen, geprägt ist, während kontinuierliche Entwicklungsprozesse eher ein Merkmal des Erwachsenenalters darstellen (Kagan, 1980, S. 41).

Bewertung von Kagans Perspektive von Stabilität und Veränderung

Kagans Erörterung des Problems von Stabilität und Veränderung in der Entwicklung und seiner philosophischen Grundlagen ist in mehrerer Hinsicht beachtenswert, wenngleich seine Schlußfolgerungen wahrscheinlich nicht haltbar sind, insbesondere was den Stellenwert frühkindlicher Erfahrung (und hier besonders die affektive Bindung an eine Elternperson) und den Zusammenhang dieser Erfahrung mit späteren psychopathologischen Störungen anbelangt. Neuere Forschungsbemühungen (vor allem die Studien der Arbeitsgruppe um Sroufe: Matas, Arend, & Sroufe, 1978; Waters, Wippman, & Sroufe, 1979; Sroufe, 1983; Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985 u. a.) um die Auswirkungen unterschiedlicher affektiver Bindungsmuster zeigen deutlich deren Bedeutung für spätere Anpassungsleistungen im Vorschul- und frühen Schulalter und lassen die Möglichkeit gegeben erscheinen, daß Bindungsmuster einen noch weitergehenden Einfluß auf die Entwicklung haben, als bisher festgestellt werden konnte. Longitudinale Forschung in diesem Bereich wird diese Frage weiter erhellen; gegenwärtig liegen noch keine Ergebnisse vor, die einen Zusammenhang bis ins Erwachsenenalter aufzeigen. Dennoch liefert Kagans Sichtweise des Problems von Stabilität und Veränderung mehrere wertvolle Hinweise für zukünftige Forschung über entwicklungspsychopathologische Phänomene:

1. Die starke Verwurzelung von Konzepten der Stabilität und Kontinuität in der westlichen Kultur und Theoriebildung verengt den Blick auf Phänomene der Veränderung und Wandlung. Daher erscheint es notwendig, daß diesen ein gleichrangiger Stellenwert eingeräumt wird. Forschung im Bereich der Entwicklung von

psychischen Störungen muß sich deshalb gleichrangig sowohl auf Prozesse der Kontinuität als auch auf Prozesse der Veränderung konzentrieren.
2. Unhinterfragte Stabilitätsannahmen fixieren den Blick auf Vergangenes und lassen die Möglichkeiten der Veränderung von aktuellen Phänomenen (Störungen) möglicherweise geringer erscheinen, als sie tatsächlich sind. Sie fördern damit eine Sichtweise des Determinismus, ungeachtet der für relevant betrachteten Einflußfaktoren, seien sie nun genetischer oder frühkindlicher Natur.
3. Stabilität und Kontinuität wurden üblicherweise als interne Phänomene des Individuums angesehen. Sie können jedoch auch die Folge stabiler Umweltbedingungen sein. Zukünftige Forschung hat daher zu prüfen, inwieweit Stabilität in den Umweltbeziehungen des Individuums auch eine Folge der aktiven Selektion von Umwelten und der individuellen Interpretation von Erfahrung ist, um auf intern stabile und kontinuierliche Prozesse zu schließen.

Hinzuzufügen ist, daß die Untersuchung von Stabilitätsannahmen gerade in der Entwicklung emotionaler Phänomene sich notwendigerweise auf die von Kagan unterschiedenen Arten von Stabilität zu beziehen hat, um nicht der Gefahr zu erliegen, Stabilitätsannahmen unüberprüft zu postulieren und unhinterfragten „westlichen" Glaubenssätzen zu erliegen. Dies gilt auch für die Untersuchung der Entwicklung depressiver Störungen, wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wird (vgl. Kap. 5).

2.3.2 Die entwicklungspsychopathologische Perspektive

Wie erwähnt, läßt sich das metatheoretische Modell der Entwicklungspsychopathologie als eine Antwort auf die von Kagan (1980) aufgeworfenen Fragen hinsichtlich der Stabilität und Veränderung von Entwicklungsprozessen verstehen. Im folgenden wird dieser Ansatz und sein Verständnis von Entwicklungsprozessen genauer charakterisiert.

Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich allgemein mit den Ursprüngen und der Entwicklung nichtadaptiver individueller Verhaltensmuster, mit deren zeitlicher Stabilität oder Veränderung im Verlauf des Entwicklungsprozesses sowie mit den der Kontinuität zugrundeliegenden Prozessen der Umweltanpassung. Fehlende oder mangelhafte Adaptation meint in diesem Zusammenhang in erster Linie die für das Individuum nicht erfolgreich verlaufende Auseinandersetzung und Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsanforderungen, deren mangelhafte Bewältigung für nachfolgende Entwicklungsschritte relevant wird und diese einschränken, verändern oder sogar verhindern kann. Somit bemüht sich die Entwicklungspsychopathologie sowohl um das Verständnis normaler Entwicklungsprozesse und ihrer altersspezifischen pathologischen Varianten als auch um die Einflüsse pathologischer Abweichungen auf den Entwicklungsverlauf. In einer Analyse des Begriffs *developmental psychopathology* definiert Rutter (1986) diese Verknüpfung der beiden Disziplinen. Der Terminus „Entwicklung" beinhaltet dabei für ihn zunächst:

„As the adjective ‚developmental' implies, it is concerned with the processes and mechanisms of development through childhood and into adult life, with an interest in discontinuities as well as continuities, and especially with a focus on the possibility that experiences or processes in one phase of development may modify an individual's set of responses at a later point (...)" (Rutter, 1986, S. 3).

Auf der anderen Seite charakterisiert Rutter die psychopathologische Komponente des Ansatzes, die die Verknüpfung von Entwicklung und Pathologie besonders deutlich macht, folgendermaßen:

„As the noun ‚psychopathology' indicates, the interest does not lie in normality or abnormality as such but rather in the links or lack of links between normal emotions of behavior and clinical disorders or illnesses (...)" (Rutter, 1986, S. 3).

Der Ansatz der Entwicklungspsychopathologie enthält dabei keine Vorannahmen darüber, inwieweit „normales" Verhalten grundsätzlich anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegt als „gestörtes" oder „krankes" Verhalten. Er geht insofern über das Verständnis der traditionellen Psychopathologie hinaus, die von einer solchen Annahme implizit ausgeht (Rutter, 1986, S. 8). Die Entwicklungspsychopathologie wandelt diese Frage von einem unhinterfragten Postulat zu einer empirisch überprüfbaren Hypothese und macht den möglichen Zusammenhang zwischen „normal" und „krank" zu einem ihrer Forschungsschwerpunkte. Sie hinterfragt damit die in der Psychiatrie weitgehend unreflektierte Verwendung des medizinischen Krankheitsmodells, das in seiner Gültigkeit selbst in traditionellen medizinischen Disziplinen in den letzten Jahren immer mehr an Glaubwürdigkeit verloren hat (vgl. Eisenberg, 1986). In ähnlicher Weise trifft die Entwicklungspsychopathologie keine Vorannahmen über mögliche Ursachen von Störungen, seien sie genetischer, frühkindlicher, aktual-situativer oder physischer Art. Sie macht dagegen das Zusammenspiel dieser Faktoren zu einem Gegenstand der empirischen Analyse (Sroufe & Rutter, 1984) und vermeidet somit simple Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Dieses umfassendere und allgemeinere Verständnis von Entwicklung, ihren Ursachen und Wirkungszusammenhängen findet auch zunehmend Eingang in pädopsychiatrische Konzepte (vgl. Spiel & Spiel, 1990). Es läßt auch einen weiteren Forschungsschwerpunkt der Entwicklungspsychopathologie deutlich werden: Historisch gesehen standen sich bisher die Kinderpsychopathologie und die Psychopathologie der Erwachsenen weitgehend unvermittelt gegenüber. Fragen nach möglichen Zusammenhängen zwischen spezifischen Störungen im Kindesalter und Störungen des Erwachsenenalters wurden mit Ausnahme einiger weniger Längsschnittstudien (etwa Zeitlin, 1986) wenig empirisch untersucht.

Auch in bezug auf das eingangs geschilderte Problem von Kontinuität und Veränderung entwirft die Entwicklungspsychopathologie eine neue Perspektive. Unter Kontinuität wurde in der Vergangenheit oft eine Stabilität von einzelnen Verhaltensweisen oder Merkmalen in der Zeit verstanden: das Modell der Isomorphie des Verhaltens. Isomorphie auf der Verhaltens- oder phänomenologischen Ebene von Störungen meint dabei, daß ein zu einem Zeitpunkt beobachtetes gestörtes Verhalten zu einem späteren Zeitpunkt wiederum beobachtet und als Indiz für eine zugrundeliegende andauernde Störung gewertet werden kann, und damit letztlich eine Stabilitäts- oder Kontinuitätsannahme rechtfertigt. Beispielsweise wurde eine wiederholt festgestellte Ängstlichkeit bei Kindern als Ausdruck eines zeitlich stabilen Persönlichkeitsmerkmals *(trait)* der Angst verstanden. Fehlende Isomorphie auf der Verhaltensebene rechtfertige jedoch nicht die Annahme, so wenden die Vertreter der Entwicklungspsychopathologie ein, daß beobachtete frühere Störungen nicht mit späteren Störungen verknüpft sind, also Kontinuität vorliegt. Umgekehrt könne von gleichem Verhalten

zu verschiedenen Zeitpunkten nicht auf Stabilität einer Störung geschlossen werden. Zentrales Argument dabei ist nach der entwicklungspsychopathologischen Sichtweise die Vernachlässigung des Entwicklungskontextes, also die Bedeutung des in Frage stehenden Verhaltens für den Anpassungs- und Bewältigungsprozeß auf einer bestimmten Entwicklungsstufe und deren spezifische Entwicklungsanforderungen. Verhalten kann nach dieser Sichtweise nie ohne den damit verbundenen entwicklungspsychologischen Kontext verstanden und beurteilt werden. Dies wird auch als das *holistische Prinzip* der Entwicklungspsychopathologie bezeichnet (Sroufe & Rutter, 1984). Daraus folgt zwangsläufig, daß gleiches Verhalten auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen nicht notwendigerweise die gleiche Funktion für den sich entwickelnden Organismus erfüllt, und damit Verhaltensisomorphie als Bedingung für die Annahme von Kontinuität nicht ausreichend, ja sogar irreführend sein kann.

Neben der Erforschung von Stabilität und Veränderung in der pathologischen Entwicklung ist ein weiteres Ziel der Entwicklungspsychopathologie das Verständnis der Weiterentwicklung von kindlichen Störungsmustern, ihr Zusammenhang mit klinischen Störungen bei Erwachsenen („prädiktive Validität") sowie ein Verständnis der dieser Entwicklung zugrundeliegenden Prozesse der Interaktion von genetischen, physiologischen, affektiven, kognitiven, familiären und sozialen Faktoren. Im Unterschied zur klinischen Psychologie und zur Psychiatrie geht es dabei nicht so sehr um die Beschreibung, Differenzierung und Behandlung von Störungsbildern (Sroufe & Rutter, 1984). Im Unterschied zur Entwicklungspsychologie befaßt sich die Entwicklungspsychopathologie nur insoweit mit universellen Gesetzmäßigkeiten normaler Entwicklung (z. B. von affektiven Bindungen, Rollenübernahme oder Beziehungen zu Gleichaltrigen), wie sie für das Verständnis von Entwicklungsabweichungen und -störungen eine Interpretationsfolie abgeben, die mögliche Hintergründe einer nicht erfolgreich verlaufenden Entwicklung deutlich machen kann, indem sie allgemeine altersspezifische Entwicklungsanforderungen aufzeigt. Sroufe (1979) umreißt die wichtigsten Entwicklungsaufgaben eines Kindes wie in Tabelle 3 dargestellt (Sroufe, 1979, zitiert nach Sroufe & Rutter, 1984).

Pathologie wird im Begriffsrahmen der Entwicklungspsychopathologie somit als eine Störung in der Bewältigung der in Tabelle 3 umrissenen normalen Entwicklungsanforderungen definiert. Dabei wird nach Sroufe und Rutter (1984) postuliert, daß Entwicklung gesetzmäßig verläuft und daß es eine individuelle Kohärenz der Entwicklung gibt (die aber nicht als Verhaltensstabilität verstanden wird, siehe oben). Kohärenz bezieht sich dabei auf das trotz diskontinuierlichen Wachstums und einschneidender Entwicklungsveränderungen individuell kohärente Funktionsmuster der Interaktion mit der Umwelt. Kindheitskonflikte und unflexible Grenzen der Verhaltensanpassung bleiben, so das Postulat, als Thema erhalten und schränken zukünftige Entwicklungstransaktionen ein. Damit ist jedoch zunächst keine Aussage über das Verhältnis zu spezifischen Störungen im Erwachsenenalter getroffen, da die Herausbildung spezifischer Störungen als auch die „gesunde" oder „ungesunde" Lösung derartiger Konflikte von der weiteren Entwicklung abhängen. Sowohl Stabilität als auch Veränderung sind im Rahmen dieses Modells möglich und theoretisch abgedeckt. Es lassen sich, wie Sroufe und Rutter (1984) hervorheben, grundsätzlich alle Pfade der Entwicklung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter denken: pathologische Kind-

Tabelle 3: Wichtige Phasen der kindlichen Entwicklung und ihre Entwicklungsaufgaben

Alter (in Jahren)	Entwicklungsaufgaben
0–1	biologische Regulation; harmonische dyadische Interaktion; Bildung einer effektiven Bindung
1–2½	Exploration, Experimentieren und Beherrschung der Objektwelt (mit der Bindungsperson als sicherer Ausgangsbasis); Individuation und Autonomie; Reaktion auf externe Kontrolle von Impulsen
3–5	flexible Selbstkontrolle; Selbstvertrauen; Initiative; Identifikation und Geschlechtsrolle; Aufnahme effektiver Beziehungen zu Gleichaltrigen (Empathie)
6–12	soziales Verstehen (Gleichheit, Fairness); Geschlechtskonstanz; Freundschaft mit Gleichgeschlechtlichen; Kompetenzgefühl; Schulanpassung
13 und älter	„formale Operationen" (flexible Perspektivenübernahme; „als ob"-Denken); loyale Freundschaften zu Gleichgeschlechtlichen; beginnende heterosexuelle Beziehungen; Emanzipation; Identität

Quelle: Sroufe & Rutter, Developmental psychopathology, 1984, S. 22.

muster als Vorläufer von Störungen im Erwachsenenalter, als Vorläufer normalen Verhaltens sowie normale Kindheitsmuster als Vorläufer sowohl normalen erwachsenen Verhaltens als auch pathologischer Störungen im Erwachsenenalter. Aufgabe der Entwicklungspsychopathologie ist es, die Gesetzmäßigkeiten und differentiellen Zusammenhänge solcher Entwicklungspfade zu erhellen. Nach Rutter (1986, S. 6) sind dabei mehrere direkte und indirekte Verbindungen von frühen Erfahrungen mit späterer psychiatrischer Störung möglich:

1. Die Erfahrungen können unmittelbar zu einer Störung führen, die bis ins Erwachsenenalter anhält.
2. Sie können zu körperlichen Veränderungen führen, die spätere Entwicklung beeinflussen (Beispiel: Veränderungen im neuroendokrinen System in der Folge von physischem Streß).
3. Sie können direkt zu anderen Verhaltensmustern führen, die später die Form einer offensichtlichen Störung annehmen. Ein Beispiel wären hier etwa die langzeitlichen sozialen Konsequenzen einer institutionellen Erziehung.
4. Sie können zur Änderung familiärer Umstände führen, die dann in der Folge eine Prädisposition zu späteren Störungen darstellen.
5. Sie können bestimmte Anfälligkeiten für Streß oder bestimmte Bewältigungsstile hervorrufen, die dann bei späteren Streßereignissen hemmenden oder fördernden Einfluß auf die Entwicklung einer Störung haben.
6. Sie können das Selbstbild des Individuums, seine Einstellungen oder seine kognitiven Stile derart verändern, daß sie Reaktionen auf spätere Situationen beeinflussen.
7. Sie können durch individuelle Selektion von Umgebungen (Umwelten), durch den Ausschluß oder die Eröffnung neuer (Verhaltens-)Möglichkeiten einen Einfluß auf späteres Verhalten haben.

Entwicklung depressiver Störungen

Für die Entwicklung depressiver Störungen lassen sich zunächst alle von Rutter (1986) genannten Einflußmöglichkeiten früherer Erfahrung auf die Ausbildung einer späteren Störung denken. Einzelne theoretische Ansätze zur Ätiologie der Depression wie etwa die Bindungstheorie nach Bowlby (vgl. Abschnitt 2.2.3) liefern dabei wichtige Hinweise über die Art der in Frage kommenden Einflußfaktoren (Erfahrungen), welche die Ausbildung einer depressiven Störung beziehungsweise ihrer Vorläuferformen in der Kindheit begünstigen oder hemmen. Über den typischen Entwicklungsverlauf der depressiven Störung ist jedoch noch wenig bekannt. Wie Rutter (1986) hervorhebt, reicht es weder aus festzustellen, daß es Störungen bei Kindern gibt, die der Depression bei Erwachsenen ähnlich sind, noch die Ursachen für die kindliche Störung auszumachen, um auf Kontinuität der Entwicklung dieser Störung zu schließen (Rutter, 1986, S. 10). Vielmehr müssen auch anders gelagerte Fragestellungen zur Erhellung des möglichen Zusammenhangs zwischen Kindheit und Erwachsenenalter beachtet werden:

„The adjective ‚developmental' in the term ‚developmental psychopathology' demands that we ask other and different questions. Insofar as there are differences between childhood and adult life in the frequency of depression and in the manner of its presentation, why do these differences occur? What mechanisms and processes provide an explanation of the developmental changes that take place? So far, these crucial developmental questions have been rather neglected." (Rutter, 1986, S. 10)

Insbesondere Längsschnittstudien können auf diese Fragen des Zusammenhangs von depressiven Störungsbildern in verschiedenen Entwicklungsperioden und der Stabilität und Veränderung des Symtombildes Antworten geben. Daher sind im Kontext des entwicklungspsychopathologischen Ansatzes auch verstärkte Anstrengungen zu longitudinaler Forschung festzustellen (Arend, Gove, & Sroufe, 1979; Sroufe, 1983; Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985). Im Bereich depressiver Störungen sind jedoch bisher nur zwei Längsschnittstudien bekanntgeworden, die sich um entwicklungspsychopathologische Fragestellungen konzentrieren: die Studie von Kovacs und Mitarbeitern zum Verlauf und der Symptomatik depressiver Störungen bei Kindern einer klinischen Stichprobe über einen Zeitraum von (bisher) neun Jahren (Kovacs & Paulauskas, 1984; Kovacs, Feinberg et al., 1984a, b; Kovacs & Gatsonis, 1989) und eine Längsschnittstudie zum Verlauf und zu den Geschlechtsunterschieden depressiver Störungen in einer australischen Normalstichprobe (Kashani, McGee et al., 1983; McGee & Williams, 1988).

Zusammenfassende Bemerkungen

Die Entwicklungspsychopathologie und ihre Fragestellungen sind dazu geeignet, diese Fragen angemessen zu konzipieren und einen heuristisch-theoretischen Rahmen abzugeben, auf dessen Hintergrund mögliche Einflußfaktoren, seien sie nun genetischer, biologischer, konstitutioneller, psychologischer, familiärer oder soziologischer Natur, integriert und auf ihren Stellenwert hin überprüft werden können. Dies ist jedoch beim derzeitigen Stand der Forschung eher als Programmatik zu verstehen, da noch wenig konkrete entwicklungspsychopathologische Befunde zur Depression bei Kindern vorliegen. Wie Trad (1986) hervorhebt, sind dazu neben besseren, entwicklungsangepaßten Klassifikationsschemata und anderen, multifaktoriellen Untersuchungsmethoden

auch verstärkt longitudinale Studien notwendig, welche die Entwicklung depressiver Symptomatiken von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter verfolgen. Die vorliegende Arbeit soll in diesem Zusammenhang einen Beitrag leisten, das Problem der Stabilität und Kontinuität dieser Störung zu klären.

2.4 Zusammenfassung und Fragestellungen der Untersuchung

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die vorausgegangenen theoretischen Ausführungen zur depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen aus entwicklungspsychopathologischer Perspektive zusammengefaßt und Fragestellungen für die empirische Untersuchung abgeleitet. Ihr Hauptgewicht liegt dabei, wie mehrfach erwähnt wurde, auf der Frage nach der zeitlichen Persistenz des Störungsbildes (Symptomstabilität; Kap. 4) sowie des zeitlichen Verlaufs der Störung überhaupt (prädiktive Validität; Kap. 5). Daneben werden Unterschiede der Auftretenshäufigkeit der Störung in bezug auf Jungen und Mädchen, soziale Schicht und allgemeine Fähigkeit zu Schulbeginn (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.1, Stichprobendesign) untersucht sowie die Auswirkungen der Störung auf die allgemeine Schulleistung (Kap. 7).

Das entwicklungspsychopathologische Modell beschreibt Entwicklung durch ein integratives Stufenkonzept von Anpassungs- und Bewältigungsprozessen in bezug auf altersspezifische Entwicklungsaufgaben. Dabei wirken physiologische, affektive, kognitive und soziale Faktoren zusammen und beeinflussen die Anpassungs- und Bewältigungsleistung des Kindes. Nichtgeleistete Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beeinflußt beziehungsweise beeinträchtigt die Entwicklung auf nachfolgenden Stufen durch unangepaßte, inadäquate und unabgeschlossene Funktionsmuster (Pathologie). Individuelles Verhalten wird dabei immer als Ausdruck von Anpassungs- und Bewältigungsprozessen individueller Funktionsmuster in bezug auf äußere Entwicklungsanforderungen verstanden und erhält so seine Bedeutung durch den altersspezifischen Entwicklungskontext (das sogenannte *holistische Prinzip*). Aus zeitlicher Verhaltensstabilität kann daher nur dann auf intraindividuelle Kohärenz in der Entwicklung geschlossen werden, wenn ähnliche Umweltbedingungen beziehungsweise Umweltanforderungen vorliegen. Jedoch geht die Entwicklungspsychopathologie grundsätzlich von einer Kohärenz in der Entwicklung aus, macht diese jedoch zu einem Gegenstand der empirischen Analyse. Das entwicklungspsychopathologische Modell kann insofern als Antwort auf die grundsätzliche Problematik von Stabilität und Veränderung in der Entwicklung (Kagan, 1980) verstanden werden. Die Entwicklungspsychopathologie steht im Schnittpunkt von Entwicklungspsychologie und Psychopathologie, wobei sie den bisher weitgehend vernachlässigten Bereich der pathologische Entwicklung sowie die Beeinflussung der Entwicklung durch pathologische Prozesse, explizit zu ihrem Gegenstandsbereich erklärt. Sie kann als integrative Metatheorie eines umfassenden Entwicklungsbegriffs verstanden werden, der genetische, physiologische, biologische, situative, affektive, familiäre und soziale Faktoren in ihrer Interaktion sowie ihrer Auswirkung auf normale wie pathologische Entwicklung einschließt. Einzelne theoretische Modelle erhalten innerhalb dieses Ansatzes die Funktion der Beschreibung und Erklärung spezifischer Einflußfaktoren auf bestimmte Teilbereiche der Entwicklung.

Die Entwicklung und Veränderung depressiver Störungen kann entwicklungspsychopathologisch als dysfunktionaler phasenspezifischer Anpassungs- und Bewältigungsprozeß verstanden werden. Unter dem Postulat der zeitlichen Kohärenz individueller Funktionsmuster kann dabei vermutet werden, daß spezifische Prozesse der Fehlanpassung und Nichtbewältigung von bestimmten Entwicklungsaufgaben zur Ausbildung bestimmter depressiver Funktionsmuster führen, die sich in der Entwicklung fortsetzen und nachfolgende Entwicklungsschritte beeinflussen und/oder verhindern. Die oben beschriebenen Modelle der Depression beziehungsweise der Entwicklung interner Bindungsmuster leisten dabei einen Beitrag zur Erhellung der Gestalt und Funktion solcher Strukturen und werfen ein Licht auf mögliche Einflußfaktoren und Entwicklungsphasen, die deren Entwicklung begünstigen können. Die einzelnen Modelle der Depression zeigen dabei eine beachtliche Konvergenz hinsichtlich der Charakterisierung depressiver Funktionsmuster und ihrer Ursachen. Zusammengenommen ergeben sie etwa folgendes Bild:

Von einer *kognitiven Perspektive* (vgl. Abschnitt 2.2.1) aus betrachtet sind spezifische kognitive Strukturen und Prozesse an der Ausbildung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen maßgeblich beteiligt, wenn nicht sogar verantwortlich. Diese sogenannten depressogenen kognitiven Strukturen, die sich im wesentlichen auf das Selbst beziehen, zeichnen sich vor allem durch negative Vorstellungen und Überzeugungen über sich selbst, über die eigene Zukunft und über die Umwelt aus, die zumeist dem Bewußtsein nicht unmittelbar zugänglich sind, des weiteren durch spezifische kognitive Verarbeitungsprozesse, die in einer das Individuum beeinträchtigenden Weise Wahrnehmung und Interpretation von Situationen und (meist negativen) Ereignissen beeinflussen. „Output" solcher depressogenen Strukturen sind zum einen Handlungsdefizite, die anschließend in Form eines „Teufelskreises" ebenfalls wieder die negative Selbstbewertung verstärken, zum anderen spezifische, depressionstypische Affekte (Mißmut, Traurigkeit, Lustlosigkeit usw.). Aufgrund ihrer relativ simplen Struktur und ihrer meist verdeckten, das heißt unbewußten, Verarbeitungsqualität wird angenommen, daß sie in einer ontogenetisch frühen Phase ihren Ursprung haben. Dafür spricht im wesentlichen, daß bereits bei Kindern im Schuleintrittsalter solche Strukturen aufgezeigt werden können (Dweck & Reppucci, 1973). Als mögliche Ursachen nennt dieser Ansatz einen früh erlittenen Verlust, die Zurückweisung durch die Eltern und perfektionistische Anspruchshaltungen, die durch ein rigides Erziehungssystem bedingt sind. Jedoch ist innerhalb des kognitiven Paradigmas wenig Ursachenforschung betrieben worden. Strittig ist auch der Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer depressogenen kognitiven Struktur und der allgemeinen kognitiven Entwicklung.

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus einer *lerntheoretischen Perspektive:* Der Ansatz der Erlernten Hilflosigkeit beschreibt die Entstehung depressiver Störungen durch ein lerntheoretisches Modell, das mit kognitiven Einflußfaktoren gekoppelt ist. Bei Erwachsenen entstehen Depressionen und das Gefühl der Hilflosigkeit in der Folge nicht kontrollierbarer Mißerfolgserlebnisse, wenn deren Ursachen dauerhaft und unspezifisch dem eigenen Selbst zugeschrieben werden (internaler, globaler und stabiler Attributionsstil, z. B.: „Ich bin unfähig zu allem und werde es immer bleiben"). Dieses spezifische Muster der Ursachenzuschreibung kann als kognitiver Persönlichkeitsstil

angesehen werden, der zeitlich überdauernd für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen verantwortlich ist. Die Folge dieses Umgangsstils mit negativen Erfahrungen ist passives und hilfloses Verhalten, ein weiteres Kennzeichen der Depression. Auch innerhalb dieses Ansatzes ist jedoch bisher wenig über die Ursachen solcher kognitiver Stile bekanntgeworden. Bei präpubertären Kindern konnten derartige Attributionsmuster mehrfach festgestellt werden, entgegen der Annahme, daß sie formal-operatorische Reife voraussetzen. Mit einiger Sicherheit kann daher vermutet werden, daß die Entstehung solcher Muster bereits in einer früheren Phase angesiedelt werden muß: Die Zeitspanne des magischen Denkens, verbunden mit häufigen negativen und unkontrollierbaren Ereignissen, kann möglicherweise die Entwicklung solcher Strukturen begünstigen, besonders wenn zwischen Eltern und Kind häufige negative Interaktionsmuster bestehen und das Kind in seinem Explorationsverhalten dadurch behindert wird.

Darauf verweist in gewissem Sinne auch das *Bindungsmodell* der Depression, das ebenfalls frühe negative Interaktionserfahrungen (unsichere und instabile Beziehung zu den Eltern oder anderen Bezugspersonen) und deren interne Repräsentation durch sogenannte „Arbeitsmodelle" des eigenen Selbst und der Umwelt für die Entstehung von Depression verantwortlich macht. Innerhalb dieses Ansatzes scheint insbesondere dem Vermeidungsverhalten (bei Erwachsenen als sozialer Rückzug bezeichnet) eine besondere, wenn auch nicht ganz geklärte Funktion bei der Entstehung depressiver Störungen zuzukommen. Dabei kann vermutet werden, daß Vermeidungsverhalten die Funktion des Schutzes vor negativen Interaktionserfahrungen mit zurückweisenden oder das Kind überfordernden Eltern hat und im Sinne der Entwicklungspsychopathologie eine spezifische Anpassungsleistung darstellt, die jedoch in späteren Entwicklungsphasen dysfunktional wirkt.

Das so umrissene Modell impliziert jedoch nicht unbedingt, daß depressive Strukturen, Reaktionen und Verhaltensmuster über die verschiedenen Entwicklungsphasen hinweg invariant auftreten und in unveränderter Form ständig zu beobachten sind, mithin also keiner zeitlichen Veränderung unterworfen wären. Dies ist vielmehr Gegenstand empirischer Analyse. Ein Schwerpunkt der nun folgenden empirischen Untersuchung ist daher die Frage, inwieweit früh zu beobachtende depressive Reaktionen sich in ihrem Symptombild und ihrem Verlauf über die Zeit hinweg verändern oder stabil bleiben in einem Zeitraum massiver Entwicklungsveränderungen (mittlere Kindheit bis Adoleszenz). Der diagnostische Ansatz des DSM III postuliert eine bisher unüberprüfte Invarianz des Symptombildes über diese Entwicklungsperioden hinweg. Einige bereits vorliegende Längsschnittstudien zur depressiven Entwicklung (Zeitlin, 1986; Poznanski, 1980/81; Kovacs, Feinberg et al., 1984a, b; McGee & Williams, 1988) lassen vermuten, daß bestimmte, eher subklinische (oft auch als „Typ B" oder „subsyndromale neurotische Depression" bezeichnete) Formen der depressiven Störung bereits im Schuleintrittsalter auftreten können und eine hohe Stabilität sowie eine weitgehend chronische Verlaufsform aufweisen.

Jedoch liegen Antworten auf zahlreiche Fragen hinsichtlich depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen noch im dunkeln. Als ein Schwerpunkt der Diskussion der letzten Dekade kann die Frage angesehen werden, inwieweit die Entwicklung depressiver Symptome von der allgemeinen kognitiven Entwicklung des Kindes ab-

hängt. Postuliert wurde anfangs, daß bestimmte Symptome wie etwa negative Selbstbewertungen, Suizidgedanken oder eine negative Zukunftsperspektive, die aus kognitionstheoretischen Überlegungen die formal-operative Reife des Kindes/Jugendlichen voraussetzen, bei Kindern der konkret-operationalen Entwicklungsstufe nicht vorkommen können. Dies muß jedoch mit Blick auf neuere Studien mehr und mehr bezweifelt werden (z.B. Kovacs & Paulauskas, 1984). Es existieren nunmehr mehrere Hinweise, daß auch Kinder im eindeutig konkret-operationalen Stadium bereits negative Selbstbewertungen vornehmen oder beispielsweise Suizidgedanken haben können.

Fragen der Prävalenz der Störung können ebenfalls als weitgehend ungeklärt angesehen werden. Die wenigen bereits veröffentlichten Zahlen haben eine enorme Streubreite, die es zweifelhaft erscheinen läßt, daß diese Variation tatsächlich auf substantielle Unterschiede zwischen den untersuchten Populationen zurückzuführen ist. Vielmehr muß angenommen werden, daß in der Hauptsache unterschiedliche Diagnosemethoden und -kriterien dafür verantwortlich sind. Diese enormen Unterschiede in den Prävalenzen berühren zwei weitere Punkte, die als ungeklärt gelten müssen: Erstens gibt es weit auseinandergehende Meinungen hinsichtlich der altersabhängigen Symptomatik der Störung. Einerseits existieren mittlerweile zahlreiche diagnostische Instrumente, denen auf unterschiedliche Weise kindzentrierte Klassifikationskriterien zugrunde liegen. Auf der anderen Seite gewinnt die Sichtweise immer mehr an Geltung, die von einer grundsätzlich ähnlichen oder gleichen Symptomatik der Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ausgeht (DSM III-Ansatz). Etliche Hinweise sprechen auch für die prinzipielle Adäquatheit dieses Instrumentes. Zum zweiten, und weitaus weniger diskutiert, stellt sich die Frage, welche Art der Informationsgewinnung für Kinder geeignet erscheint. Traditionell wurden bisher in Interviews oder unter Verwendung von Fragebögen die Eltern der Kinder befragt, in neuerer Zeit neben den Eltern auch das Kind oder der Jugendliche selbst mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews (vgl. Kovacs, 1986) oder auch teilweise mit Fragebogen. Dabei wurde mehr und mehr davon ausgegangen, daß im allgemeinen das Kind der beste Informant über sich selbst ist (vgl. Puig-Antich & Gittelman, 1982). Abgesehen von der oft geringen Übereinstimmung zwischen Eltern, Kindern und zum Beispiel Lehrern hinsichtlich der Symptomlage stellt sich dabei aber noch ein anderes Problem: Es gibt sowohl theoretische (vgl. Abschnitt 2.1.2) als auch empirische Hinweise darauf, daß gerade bei jüngeren Kindern eine vorwiegend sprachlich vermittelte Diagnosemethode unter Umständen außer acht läßt, daß die Symptomatik sich in diesem Alter mehr auf einer nonverbalen Ebene äußert, da das Kind aufgrund seiner sprachlichen und kognitiven Entwicklung noch gar nicht in der Lage ist, entsprechende Selbstbeobachtungen an sich vorzunehmen und zu berichten. Dies läßt die systematische Einbeziehung nonverbalen Materials bei Kindern dieser Altersstufe als wünschenswert erscheinen. Zwar wurde in zahlreichen Fällen nonverbale Information im Diagnoseprozeß berücksichtigt, aber meist unsystematisch und als Zusatzinformation.

Ein weiterer bisher weitgehend vernachlässigter Punkt in bezug auf das diagnostische Vorgehen ist die systematischere Einbeziehung signifikanter Erwachsener außerhalb des Familiensystems (wie etwa die Lehrer der Kinder) in den Diagnoseprozeß. Dies wurde verschiedentlich auch schon bemängelt (Kerr, Hoier et al., 1987), und

es gibt bereits einige Bemühungen, depressive Subskalen in gebräuchliche diagnostische Instrumente der Lehrerbefragung einzufügen (Achenbach, 1979). Jedoch wird mitunter bezweifelt, daß solche Instrumente klinische Diagnosen ersetzen können (Puig-Antich & Gittelman, 1982). In der vorliegenden Untersuchung wird angenommen, daß die Einbeziehung des Lehrerwissens zur Diagnose depressiver Störungen insbesondere bei jüngeren Kindern Vorteile bietet und als prädiagnostisches Verfahren *(screening)* geeignet ist.

Hypothesen und Fragestellungen der Untersuchung

Die folgende empirische Untersuchung konzentriert sich unter Berücksichtigung der oben ausgeführten ungeklärten Probleme auf die zwei Kernfragen nach der zeitlichen Stabilität der Störung *(prädiktive Validität)* sowie ihrer einzelnen Verhaltensmerkmale *(entwicklungsabhängige Symptomatik):*

I. *Entwicklungsinvarianz der diagnostischen Parameter:* Läßt sich die depressive Störung bei Kindern beziehungsweise Jugendlichen auf einer eher molaren Verhaltensebene durch bestimmte (theorierelevante) „depressive" Verhaltensweisen näher kennzeichnen, die unter Umständen auch für Erwachsene ihre Geltung haben? Dies ist, anders formuliert, die Frage nach dem spezifischen entwicklungsabhängigen Symptombild der depressiven Störung bei Schulkindern beziehungsweise Jugendlichen, und damit nach der Angemessenheit der diagnostischen Parameter der DSM III. Diese Frage wird im ersten Abschnitt der empirischen Untersuchung beleuchtet werden (Kap. 4, speziell Abschnitt 4.2). Ausgangsbasis dieser Untersuchung sind, wie erwähnt, die standardisierten Verhaltensbeschreibungen der Lehrer der Kinder, die im Alter von 9, 12 und 15 Jahren erhoben wurden.

II. *Prädiktive Validität der Störung im Kindesalter:* Aufgrund theoretischer Überlegungen kann, wie geschildert, mit einiger Sicherheit vermutet werden, daß die psychologischen Grundstrukturen depressiver Störungen bei Erwachsenen in einer relativ frühen Phase der kindlichen Entwicklung, speziell der Entwicklung des Selbst, ausgebildet werden. Demnach müßte einerseits ein hoher Zusammenhang zwischen frühen Formen der Störung und depressiven Reaktionen in der Adoleszenzphase vermutet werden. Andererseits müßte sich erweisen, daß das Risiko eines erneuten Auftretens der Störung um so größer ist, je früher die Störung erstmals diagnostiziert wird. Dieser Frage der Verlaufscharakteristik *(Stabilität)* individueller Störungsmuster wird im zweiten Abschnitt der empirischen Untersuchung (Kap. 5, speziell Abschnitt 5.3) nachgegangen.

Der Untersuchung dieser Fragestellungen geht die Beschreibung der Konstruktion der jeweiligen diagnostischen Untersuchungsinstrumente sowie das Ergebnis der Klassifikation der Störung zu den untersuchten Meßzeitpunkten voraus (Kap. 4 und 5, Abschnitt 4.1 und 5.2). Ergänzend zu den beiden Hauptfragestellungen der Untersuchung werden Fragen nach der Prävalenz, der diagnostischen Angemessenheit der Untersuchungsinstrumente, der Schicht- und Geschlechtsunterschiede der Störung und ihrer Auswirkung auf die allgemeine Schulleistung weitere Themen der empirischen Analyse darstellen:

1. *Prävalenz depressiver Störungen:* Wie hoch ist nach einer ersten vorläufigen Schätzung die Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen auf subklinischem Niveau bei 7- bis 15jährigen Kindern beziehungsweise Jugendlichen der städtischen Bevölkerung Islands auf der Basis von Laienbeobachtungen beziehungsweise Lehrerbeurteilungen des schulischen Verhaltens (Abschnitt 4.1.2 und 5.2.4)?
2. *Validität von Laiendiagnosen:* Im Zusammenhang mit dem hier entwickelten Diagnoseinstrument aus unstandardisierten Laienbeschreibungen des nonverbalen Verhaltens der untersuchten Kinder zum Schuleintritt werden die Reliabilität und die prognostische Validität dieses diagnostischen Spezifikums anhand der empirischen Befunde erörtert (Abschnitt 4.1.1 und 4.3).
3. *Validität von Lehrerurteilen:* Im Zusammenhang mit der Frage nach der diagnostischen Güte von Laienbefragungen soll erörtert werden, inwieweit sich depressive Störungen durch standardisierte Lehrerurteile (= Fragebögen zum schulischen Verhalten) diagnostizieren lassen. Hierbei handelt es sich gewissermaßen um eine „Kreuzvalidierung" der Lehrerbefragung mit der Laienbefragung im Hinblick auf depressive Reaktionen der Kinder (Abschnitt 5.2.2 und 5.3.1).
4. *Diagnostische Sensibilität von Lehrern:* In eine ähnliche Richtung wie Punkt 3 weist die Frage, inwieweit Lehrer bereits bei Schuleintritt der Kinder durch eine globale Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit des Kindes in der Lage sind, psychopathologisch relevante (und hier speziell depressionsrelevante) Auffälligkeiten zu erkennen beziehungsweise vorherzusagen. Auf diese Frage wird im Abschnitt 6.3 näher eingegangen werden. Sie erscheint besonders hinsichtlich früher Präventionsmöglichkeiten relevant.
5. *Schicht- und Geschlechtsunterschiede:* Weiterhin stellt sich die Frage, ob es innerhalb der untersuchten Stichprobe Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit der Störung zu den unterschiedlichen Meßzeitpunkten der Studie in bezug auf die Schichtzugehörigkeit beziehungsweise das Geschlecht der Kinder gibt. Spezifischer wird untersucht werden, inwieweit sich hier ebenfalls das bereits erwähnte „Umschwenken" der Prävalenzrate bei Jungen und Mädchen in der Pubertät finden läßt, das mehrfach berichtet wurde (vgl. Rutter, 1986). Diese Analysen finden sich in Kapitel 6, Abschnitt 6.1 und 6.2.
6. *Schulleistung und Depression:* Schließlich wird der Zusammenhang beziehungsweise die Auswirkung der Störung auf die allgemeine Schulleistung der Kinder untersucht. Mit einiger Sicherheit kann dabei angenommen werden, daß aufgrund der spezifischen Merkmale der Störung (Passivität, negative Selbstbewertungsmuster, sozialer Rückzug) eine verminderte Schulleistung im Zusammenhang beziehungsweise in der Folge einer depressiven Störung wahrscheinlich ist. Eine erste allgemeine Untersuchung des Schulleistungsverlaufs in der gesamten untersuchten Entwicklungsspanne in Abhängigkeit von frühen depressiven Störungsmustern findet sich in Kapitel 7.

Der empirischen Erörterung der hier formulierten Frage geht im anschließenden dritten Kapitel eine nähere Charakterisierung der untersuchten Stichprobe und des verwendeten Datenmaterials voraus.

Abschließende Bemerkungen

Entwicklungspsychopathologisch gesehen erscheinen insbesondere die Fragestellungen zur Entwicklungsabhängigkeit des Symptombildes depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen und zur prädiktiven Validität früher dysfunktionaler depressiver Verhaltensmuster bedeutsam: Der empirische Nachweis einer hohen Symptom- und Syndromstabilität kann als ein Indiz für die Angemessenheit des Postulates der zeitlichen Kohärenz individueller Funktionsmuster in bezug auf depressive Störungen verstanden werden. Ein spezifisches altersabhängiges Symptombild läßt mit Bezug auf die charakterisierten ätiologischen Ansätze wiederum Rückschlüsse auf mögliche zeitlich invariante Strukturen der Depression zu. Allgemeine Verbindungslinien zwischen verschiedenen Entwicklungsphasen (im Rahmen der vorliegenden Untersuchung besonders zwischen der mittleren Kindheit und der Adoleszenz) können dann aufgrund des vertieften Einblicks in die psychischen Mechanismen pathologischer Kontinuität auch über spezielle pathologische Erscheinungen hinaus präziser beschrieben werden. Dies gilt insbesondere für den im Brennpunkt des entwicklungspsychopathologischen Interesses stehenden Funktionszusammenhang kognitiver und affektiver Strukturen in Entwicklungsprozessen. Mit der Untersuchung der Entwicklung und Kontinuität depressiver Funktionsmuster, verstanden als Korrelat stabiler dysfunktionaler kognitiv-affektiver Strukturen, wird in der vorliegenden Arbeit hierzu ein erster Schritt getan. Weitgehend offen bleibt jedoch im Rahmen dieser Untersuchung, inwieweit die Stabilität depressiver Erscheinungsformen nicht auch eine Folge stabiler psychosozialer Umwelten sein kann. Die Untersuchung der Schichtabhängigkeit der Störung kann zwar einen vorläufigen Hinweis auf eine mögliche makroskopische Verknüpfung der Depression mit Umweltparametern erbringen (vgl. Abschnitt 6.1); detailliertere Analysen zu psychosozialen Invarianten der Depression können jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Kapitel 3
Beschreibung der Stichprobe und des Datenmaterials

Der empirische Teil der Untersuchung longitudinaler Entwicklung von depressiven Störungsmustern bei Kindern und Jugendlichen beginnt mit der allgemeinen Beschreibung der untersuchten Stichprobe und des für die Arbeit verwendeten Datenmaterials. Die untersuchte Stichprobe und das verwendete Datenmaterial sind dabei Teil einer 1976 begonnenen, umfangreichen Längsschnittstudie zur Entwicklung und Sozialisation isländischer Schulkinder (Edelstein, 1979; Edelstein, Schröder et al., 1984; Edelstein, Keller, & Schröder, 1989).

3.1 Stichprobendesign

Das Ziel der Längsschnittstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" ist unter anderem die Untersuchung von individuellen Entwicklungsverläufen in Bereichen der Kognition (Schröder, 1984, 1989), der sozialen Kognition (Edelstein, Keller, & von Essen, 1983) und der Persönlichkeit (Spellbrink, 1984; Spellbrink & Edelstein, 1985) unter dem Einfluß soziostruktureller Bedingungen (Björnsson, Edelstein, & Kreppner, 1977; Edelstein, Keller, & Schröder, 1989). Dabei schien Island als ein Land mit einer rasch fortschreitenden gesellschaftlichen Modernisierung besonders geeignet, den Einfluß sich schnell verändernder sozialer Bedingungen, dabei insbesondere der Emergenz eines modernen Systems sozialer Ungleichheit, auf die geistige und soziale Entwicklung von Kindern zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden sowohl eine Stichprobe aus urbanem Milieu (Reykjavik) als auch drei Stichproben aus ländlicher Umgebung ausgewählt. Der Beginn der Untersuchung lag bei Schuleintritt der Kinder (Alter sieben Jahre), die im Abstand von zwei beziehungsweise drei Jahren in der Folge mehrmals untersucht wurden (Altersstufen 9, 12 und 15 Jahre). Eine Substichprobe wurde bis ins frühe Erwachsenenalter untersucht, jedoch fanden diese Altersstufen in die vorliegende Arbeit keinen Eingang. Die Stadtstichprobe (N = 121) wurde aufgrund der genannten Ziele der Untersuchung nach drei analytisch relevanten Merkmalen stratifiziert: Urteil der Lehrer zum Entwicklungsstand und zu allgemeinen Fähigkeiten der Kinder zum Schuleintritt, Geschlecht und soziale Schicht der Kinder. Dabei wurde versucht, die Zellenbesetzung des so gewonnenen Stichprobenplans mit jeweils fünf Kindern etwa gleich zu besetzen. Das Erhebungsdesign gleicht dadurch einem varianzanalytischen Versuchsplan und erlaubt so die differentielle Untersuchung des Einflusses der Designvariablen auf Entwicklungsprozesse.

Zum Fähigkeitsurteil der Lehrer beim Schuleintritt der Kinder

In den ersten zwei Wochen nach Schuleintritt sollten die Lehrer die Kinder hinsichtlich ihrer allgemeinen schulischen Fähigkeit beurteilen, und zwar unter Verwendung der Kategorien „niedriges", „mittleres" und „hohes allgemeines Entwicklungsniveau". Für die Untersuchung wurden anschließend Kinder mit hohem und niedrigem allgemeinen Entwicklungsniveau ausgewählt. Es entstand dadurch eine Stichprobe mit einem Extremgruppendesign. Eine informelle Befragung der Lehrer hinsichtlich der Kriterien ihrer Einteilung ergab, daß sie sich in der Hauptsache an den beobachteten kognitiven, sprachlichen und sozialen Kompetenzen der Schüler orientiert hatten. Im Verlauf der weiteren Untersuchung der Stichprobe ergab sich, daß diese Einschätzung der Lehrer hochsignifikante Unterschiede auf einer Reihe von erhobenen kognitiven, sozialkognitiven und persönlichkeitspsychologischen Dimensionen „erklären" konnte (vgl. Edelstein, Keller, & Schröder, 1989).

Zur Schichtzugehörigkeit

Björnsson, Edelstein und Kreppner (1977, S. 29 ff.) konnten in der isländischen Gesellschaft sechs soziale Schichten voneinander abgrenzen. Die Eltern der in der Studie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" untersuchten Kinder wurden in bezug auf ihren Ausbildungs- und Sozialstatus in folgende soziale Schichten eingestuft:

1. ungelernte Arbeiter (26,1 %),
2. Facharbeiter und Handwerker (31,3 %),
3. ungelernte und angelernte, kaufmännische Angestellte und Büroangestellte sowie Angestellte des öffentlichen Dienstes (10 %),
4. technische Berufe, Unterrichts- und Lehrberufe (Primärbereich), Angestellte mit Anleitungsfunktion (14,8 %),
5. Selbständige, höhere leitende Angestellte, Unternehmer (9,9 %),
6. akademische Berufe und Lehrer des sekundären und tertiären Bereichs, Selbständige in akademischen und künstlerischen Berufen, leitende Angestellte des politischen und administrativen Systems (7,8 %).

(Die Angaben in Klammern geben den Anteil der jeweiligen Schicht an der Stichprobe an.)

Für die vorliegende Untersuchung der Entwicklung depressiver Reaktionsmuster wurde aufgrund von unvollständigen longitudinalen Daten nur eine Substichprobe von 88 Kindern beziehungsweise Jugendlichen aus der Reykjavik-Stichprobe der Hauptstudie untersucht, die jedoch hinsichtlich ihrer Verteilungseigenschaften der Ausgangsstichprobe gleicht. Die Landstichprobe wurde in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen. Aufgrund der Stratifizierung der Stadtstichprobe durch das Lehrerurteil bei Schuleintritt der Kinder kann davon ausgegangen werden, daß die untersuchte Stichprobe aus zwei sich in wichtigen Variablen unterscheidenden Substichproben besteht: einer normalen Stichprobe und einer gewissermaßen „subklinischen", das heißt einer Stichprobe, die im Grenzbereich zwischen einer normalen und einer klinischen Population angesiedelt ist. Abbildung 1 zeigt das untersuchte Stichprobendesign:

Abbildung 1: Stichprobendesign der Längsschnittuntersuchung

allgemeine Fähigkeit	soziale Schicht 1		2		3		4		5		6	
	♂	♀										
hoch (N = 46)	2	3	8	4	3	3	2	6	5	3	2	1
	N =											
niedrig (N = 42)	1	4	4	5	5	3	4	5	5	3	4	3

Gesamtstichprobe: N = 88

Die Reduzierung der ursprünglichen Stadtstichprobe der übergeordneten Studie ergab sich aus mehreren Umständen: Zum einen betrug die Verlustrate von Kindern über den untersuchten Zeitraum von neun Jahren 9,1 Prozent (= 11 Kinder). Zweitens war die Rücklaufquote der Lehrerfragebögen (vgl. Abschnitt 3.3) geringer als die Anzahl der in der Stichprobe verbliebenen Kinder. So fehlten bei den 9jährigen insgesamt 7 Fragebögen, bei den 15jährigen 11 Fragebögen sowie beide Fragebögen bei einem Kind im Alter von 9 und 15 Jahren. Drittens waren die Daten der Lehrerfragebögen bei zwei Kindern nur sehr lückenhaft vorhanden, so daß diese aus den Analysen entfernt werden mußten. Schließlich fehlten bei einem Kind im Alter von sieben Jahren die für die Klassifikation der depressiven Symptome verwendeten Verhaltensprotokolle (vgl. Abschnitt 3.2). Es ergab sich daraus für die hier vorliegende Untersuchung der Entwicklung depressiver Symptombilder insgesamt eine Verlustquote von 27,3 Prozent (= 33 Kinder). Jedoch blieb glücklicherweise, wie erwähnt, das Stichprobendesign der Ausgangsstichprobe weitgehend erhalten, wenn auch die Zellenbesetzungen der Stichprobenmatrix zu gering waren, um detaillierte differentielle Untersuchungen durchzuführen. Hinsichtlich der Designvariablen ergab sich eine nahezu vollständige Gleichverteilung, wie auch aus Abbildung 1 entnommen werden kann: Das Verhältnis Jungen/Mädchen betrug N = 45/43, das Verhältnis Mittelschicht/Unterschicht betrug N = 43/45, und das Verhältnis hohes/niedriges Fähigkeitsniveau betrug N = 46/42.

3.2 Verhaltensbeschreibungen der Interviewer

Zu Beginn der Studie waren die Kinder der untersuchten Stichprobe etwa zwei Monate eingeschult. Im Verlauf der ersten Erhebungswelle wurden drei Untersuchungseinheiten mit jedem Kind durchgeführt. Gegenstände der Untersuchungen waren dabei kognitive Tests nach Piaget, ein sozialkognitives Interview zum Freundschaftskonzept (nach Selman) und zur soziomoralischen Entwicklung, sowie mehrere standardisierte persönlichkeitspsychologische Aufgaben zum Kontrollkonzept und zur Angst der Kinder. Diese Untersuchungseinheiten wurden von insgesamt drei verschiedenen In-

terviewern der Studie in der jeweiligen Schule der Kinder durchgeführt, wobei der Klassenlehrer die Kinder vom Unterricht freistellte und in einen von der Schule zur Verfügung gestellten Untersuchungsraum führte. Die Interviewer waren angewiesen, das Verhalten der Kinder in der Untersuchungssituation zu beobachten und nach dem Ende der Tests zu protokollieren. Vorgabe für diese Verhaltensbeobachtung waren Kriterien wie Kleidung und äußere Erscheinung des Kindes, Körperhaltung, Kontakt zum Interviewer, Konzentration bei den Tests, Äußerungen des Kindes über sich selbst und seine Familiensituation sowie auffällige Merkmale und Verhaltensweisen. Die so entstandenen unstandardisierten Verhaltensprotokolle[1] wurden aus dem Isländischen ins Englische übersetzt und liegen in schriftlicher Form vor. Jedes Einzelprotokoll ist je nach Interviewer ein bis drei Seiten lang und von unterschiedlicher Ausführlichkeit. Von fünf Kindern (= 5,7 %) lagen nur zwei Beschreibungen vor. Der Gesamtumfang aller Beschreibungen lag bei 75 Kindern (etwa 85 %) zwischen drei und fünf Seiten, bei neun Kindern (= 10 %) zwischen sechs und acht Seiten. Bei vier Kindern lagen insgesamt nur zwei Seiten Text vor. Dieses Material wurde zur Bestimmung der depressiven Symptomatik im Alter von sieben Jahren verwendet. Abschnitt 4.1.1 gibt Aufschluß über die Vorgehensweise bei der Klassifikation der diagnostisch relevanten Information aus den Verhaltensprotokollen.

3.3 Der Lehrerfragebogen

Wie bereits geschildert, wurden die Kinder beziehungsweise Jugendlichen im Rahmen der Langzeitstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" im Alter von 9, 12 und 15 Jahren wiederholt untersucht. Parallel dazu wurden die jeweiligen Klassenlehrer gebeten, das Verhalten der Kinder/Jugendlichen im Schulkontext zu beurteilen. Hierbei wurde ein mehrteiliger Fragebogen verwendet, der leistungsbezogene Verhaltensmerkmale sowie Sozial- und Problemverhalten des Kindes im Unterricht ermitteln sollte. Neben offenen Fragen, die die Lehrer frei beantworten konnten, und einigen skalierten Fragen hinsichtlich des allgemeinen Entwicklungsstandes kamen Teile aus gebräuchlichen standardisierten Instrumenten zur Lehrerbefragung zur Anwendung: Der im Alter von 9 Jahren zunächst 129 Items umfassende standardisierte Fragebogenteil setzte sich aus 62 Items der *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977), 16 Items des *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966) und 51 Items der *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975) zusammen. Aufgrund der Redundanzen in den ursprünglichen Fragebögen wurde dieser Teil des Fragebogens im Anschluß an die Erhebung der 9jährigen nach faktorenanalytischen Untersuchungen im Umfang reduziert und auf insgesamt 77 Items verkürzt. Der so entstandene „Restfragebogen" wurde anschließend sowohl im Alter von 12 als auch im Alter von 15 Jahren verwendet. Auf diese Weise entstand ein längsschnittlich konsistenter Itempool von 77 verhaltensbeschreibenden Items, der für die vorliegende Arbeit analysiert wurde. Abschnitt 4.2.2 gibt Aufschluß über die Konstruktion der Ausgangsinstrumente sowie über die interne Struktur des hier verwendeten Fragebogens.

---

[1] Vier Beispiele solcher Verhaltensbeschreibungen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Kapitel 4
Die Prävalenz depressiver Störungen bei Schuleintritt und die Stabilität von Einzelsymptomen bei Kindern und Jugendlichen

Eine der beiden Hauptfragestellungen der vorliegenden Arbeit ist, wie das typische Symptombild depressiver Störungen bei Kindern charakterisiert werden kann und inwieweit es sich mit der allgemeinen Entwicklung verändert. Wie erwähnt, geht das zur Zeit gebräuchlichste diagnostische Manual (DSM III, APA, 1980) davon aus, daß hinsichtlich der adäquaten diagnostischen Kriterien der Störung im wesentlichen nicht zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unterschieden werden muß. Es wurde erörtert, daß dies jedoch eher eine Annahme ist, die der empirischen Validierung bedarf. Andere Konzepte der Depression bei Kindern gehen davon aus, daß das Symptombild bei Kindern von dem bei Erwachsenen abweicht. Hier ist insbesondere das Konzept der *maskierten Depression* zu nennen: Es nimmt an, daß depressive Störungen bei Kindern sich weniger in den typischen Symptomen äußern, wie sie von Erwachsenen bekannt sind, sondern eher in ausagierenden Verhaltensweisen, die die Depression überdecken. Jedoch gibt es noch kaum Längsschnittuntersuchungen, die diese Annahme näher untersucht haben. Auch die Frage, inwieweit depressive Störungen mit standardisierten Instrumenten der Lehrerbefragung diagnostiziert werden können, ist bisher unklar geblieben. Schließlich ist unklar, inwieweit es bisher Untersuchungen gab, die die Prävalenz der Störung in der urbanen Population Islands zum Gegenstand hatten.

Zur *Untersuchung der Prävalenz* depressiver Störungen bei Schuleintritt wurde aus dem vorhandenen Untersuchungsmaterial der Studie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" ein neues diagnostisches Instrument entwickelt. Dieses Klassifikationsverfahren stellt ein diagnostisches Spezifikum dar und wirft die Frage auf, inwieweit aus unstandardisierten Laienurteilen über das nonverbale Verhalten von Kindern auf deren depressive Symptomatik geschlossen werden kann. Der Konstruktionsprozeß dieses Verfahrens auf der Basis der diagnostischen Kriterien des DSM III wird daher im ersten Abschnitt des vorliegenden Kapitels detailliert beschrieben, und es werden seine Reliabilität und Validität erörtert. Im Anschluß werden die Ergebnisse der Klassifikation der Verhaltensprotokolle mit Hilfe dieses Verfahrens dargestellt. Sie können als erste Schätzung der Prävalenz depressiver Störungen bei Schulkindern der städtischen Bevölkerung Islands angesehen werden (Abschnitt 4.1).

Diese Klassifikation depressiver Störungen im Schuleintrittsalter diente in der vorliegenden Arbeit gleichzeitig als Ausgangsbasis der empirischen Untersuchung der *Symptomstabilität* der Störung. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden auf der Basis des vorhandenen Lehrerfragebogens vier Kennwerte des allgemeinen Verhaltens im Unterricht gebildet: *Konzentrationsprobleme, negatives und aggressives Verhal-*

ten, sozialer Rückzug und *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit.* Die faktorenanalytische Auswertung des Fragebogens und die Konstruktion der Verhaltenskennwerte werden ausführlich im zweiten Abschnitt dieses Kapitels beschrieben (Abschnitt 4.2). Diese basalen Charakterisierungen des Verhaltens im Unterricht wurden anschließend daraufhin untersucht, inwieweit sie Unterschiede zwischen depressiven und nichtdepressiven Kindern zu späteren Meßzeitpunkten widerspiegeln können, und inwieweit die genannten Verhaltenssymptome bei Kindern mit frühen depressiven Störungen im untersuchten Entwicklungszeitraum stabil bleiben oder sich verändern (Abschnitt 4.2.3). Diese Untersuchung von späteren Verhaltensunterschieden der mit sieben Jahren klassifizierten Kinder kann auch als empirische Validierung des entwickelten Klassifikationsschemas gelten. Die Ergebnisse werden anschließend zusammenfassend diskutiert und auf ihre Bedeutung für die Untersuchung der *prädiktiven Validität* der Störung (Kap. 5) sowie für zukünftige diagnostische Kriterien depressiver Störungen bei Kindern untersucht (Abschnitt 4.3).

Bisher berichtete Prävalenzraten

Zuvor wird als Interpretationshintergrund der folgenden Ergebnisse kurz auf das nicht eindeutige und widersprüchliche Bild eingegangen, das eine nähere Betrachtung der in der Literatur bisher genannten Prävalenzraten für die depressive Störung in der mittleren Kindheit hinterläßt. Es waren, wie schon angemerkt, hinsichtlich der Prävalenz der Störung in normalen Populationen wenig vergleichbare Daten auszumachen, die überdies ein äußerst inkohärentes Bild ergaben. Soweit Prävalenzraten in den vorgefundenen Studien für die in Frage stehende Altersgruppe zum Vergleich herangezogen werden konnten, schwankten sie zwischen 0,14 Prozent und 13 Prozent. So konnten zum Beispiel Kashani und Mitarbeiter (Kashani, Husain et al., 1981) in ihrer Übersicht über epidemiologische Studien zur Depression bei Kindern überhaupt nur zwei Studien identifizieren, die das Vorkommen der Störung in der *Normalbevölkerung* untersuchten: Rutter (1970) konnte bei einer Untersuchung der Bevölkerung der Isle of Wight die Störung nur bei 0,14 Prozent der untersuchten Kinder diagnostizieren, ohne nach ihrem Alter zu differenzieren. Kashani und Simonds (1979) fanden in einer epidemiologischen Studie an 103 zufällig ausgewählten Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren in den USA eine Auftretenshäufigkeit der Störung von 1,9 Prozent unter Berücksichtigung der DSM III-Kriterien für die *typische depressive Episode;* jedoch zeigten 17,4 Prozent (!) der untersuchten Kinder anhaltende Traurigkeit ohne erkennbares Bild eines depressiven Syndroms. Die Autoren spekulierten, daß diese Gruppe möglicherweise unter einer subklinischen Form der Depression litt, die eine Vorform der Depression bei Erwachsenen sein könnte (die Häufigkeit der depressiven Störung bei Erwachsenen beträgt in den USA ebenfalls etwa 15 %; Kashani & Simonds, 1979, S. 1204). Weiterhin fanden Kashani und Mitarbeiter (Kashani, McGee et al., 1983) bei neunjährigen Kindern, ebenfalls aus einer normalen Population (Neuseeland), insgesamt ein Vorkommen von 4,3 Prozent der akuten und chronischen Form der Depression. Eine weitere Studie, die die Häufigkeit der Störung in der in Frage stehenden Altersgruppe untersuchte, jedoch unter Verwendung eines anderen diagnostischen Instruments, fand dagegen eine Prävalenz von 13 Prozent bei 6- bis 11jährigen Schülern aus einer Regelschule in Texas, USA (Worchel, Nolan et al., 1987).

Völlig verwirrend wird das Bild, wenn man zur Einschätzung der Auftretenshäufigkeit der Störung Untersuchungen an *klinischen Populationen* heranzieht. Auch hier findet man Prävalenzraten, die sehr breit streuen und zum Teil sogar noch unter denen normaler Populationen liegen. So berichten Cebiroglu und Mitarbeiter (Cebiroglu, Sumer et al., 1972, zitiert nach Kashani, Husain et al., 1981) von einer Auftretenshäufigkeit der Störung von 0,8 Prozent bei 10.000 (!) psychiatrisch behandelten Kindern in der Türkei. Auf der anderen Seite des klinischen Spektrums stehen dagegen Zahlen von Petti (1978, zitiert nach Kashani & Simonds, 1979), der die Aufnahmediagnosen einer psychiatrischen Kinderklinik in den USA untersuchte. In dieser Stichprobe traten bei mehr als der Hälfte der Kinder (59 %) depressive Störungen auf. Vergleichbar mit diesem Ergebnis sind Zahlen von McConville und Mitarbeitern, ebenfalls aus einer Untersuchung psychiatrischer Aufnahmefälle in Kanada, von denen 53 Prozent als depressiv diagnostiziert wurden (McConville, Boag et al., 1973). Unklar bleibt, ob diese Unterschiede als kulturelle Merkmale anzusehen sind oder nur unterschiedliche Sensibilität der Diagnostiker widerspiegeln.

Zusammenfassend können also aufgrund der bisherigen epidemiologischen Studien zur Kindheitsdepression nur extrem unscharfe Aussagen getroffen werden: Die Häufigkeit der Störung streut offenbar zwischen etwa 0,1 Prozent und 15 Prozent in normalen Populationen und zwischen etwa 1 Prozent und 59 Prozent in klinischen Populationen, wobei bisher keine Daten aus Populationen vorliegen, die direkte Vergleiche zur hier untersuchten Stichprobe erlauben. Dies gilt sowohl in bezug auf den kulturellen Raum (Island) als auch auf die Zusammensetzung der Stichprobe. Ursachen für die extremen Schwankungen sind nicht leicht auszumachen. Kashani und Mitarbeiter (Kashani, Husain et al., 1981; Kashani, McGee et al., 1983) machen mehrere Gründe hierfür geltend: Unterschiede in den untersuchten Populationen sowie Altersunterschiede, unterschiedliche diagnostische Kriterien und Instrumente, schließlich eine Subsumption der Störung unter andere diagnostische Kategorien. Hinzuzufügen wäre aufgrund der verschiedenen konzeptuellen Sichtweisen der Störung (vgl. hierzu Abschnitt 2.1.2) und des geschichtlichen Werdegangs der Forschung in diesem Bereich noch eine weitere mögliche Ursache für die großen Diskrepanzen in den berichteten Prävalenzraten: Bei genauerer Betrachtung der zeitlichen Abfolge der verschiedenen Erhebungen kann man einen Trend dahingehend ausmachen, daß die berichteten Häufigkeitsraten zunehmen und möglicherweise eine wachsende Sensibilität der Forscher für depressive Störungen bei Kindern reflektieren. Daher kann man annehmen, daß, wie viele Autoren betonen, die Häufigkeit der Störung bei Kindern auch in normalen Populationen eher größer sein dürfte, als bisher angenommen wurde. Möglicherweise nimmt die Störung aber auch unabhängig von einer wachsenden Sensibilisierung zu.

4.1 Die Prävalenz der Störung bei Schuleintritt: Untersuchungsweise und Ergebnis

Eine Untersuchung der Entwicklung depressiver Symptome und der depressiven Störung war in der Planung der Hauptstudie nicht vorgesehen. Ein wachsendes Interesse

an entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen und deutliche Anzeichen für depressive Problematiken bei einigen Kindern der Studie führten zu der Entscheidung, die Entwicklung depressiver Reaktionen genauer zu untersuchen. Um zu einer Diagnose der Störung bei den Kindern im Alter von sieben Jahren zu gelangen, mußte daher aufgrund des vorliegenden Materials ein Klassifikationsverfahren neu entwickelt werden. Dies erschien nicht nur möglich, sondern bot sich vielmehr bei der Durchsicht der Verhaltensprotokolle (vgl. Abschnitt 3.2) geradezu an. Die Protokolle enthielten bei einigen Kindern zahlreiche Hinweise auf depressive Zustände und erschienen auch detailliert genug, um bei einigen der untersuchten Kinder eine depressive Störung zu vermuten. Das Material wurde daher im Hinblick darauf genauer betrachtet, ob es für eine klinische Diagnose einer depressiven Störung nach den im Moment gebräuchlichsten Kriterien des DSM III für die akut-depressive Störung *(typische depressive Episode)* ausreichen konnte. Da dies innerhalb der Grenzen von Verhaltensbeschreibungen möglich erschien, wurde ein Klassifikationsverfahren zur Auswertung der Verhaltensprotokolle entwickelt und eine Auswertung aller vorhandenen Protokolle der longitudinalen Substichprobe vorgenommen. Die Ergebnisse können als eine erste Schätzung der Prävalenzrate depressiver Störungen bei den Kindern der städtischen Population Islands angesehen werden. Im folgenden werden die Konstruktion des Klassifikationsschemas, seine Meßgenauigkeit sowie die Ergebnisse der Auswertung geschildert.

4.1.1 Konstruktion eines Klassifikationsschemas auf der Basis von offenen Verhaltensbeschreibungen

Die Interviewer erstellten zu Beginn der Studie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (also im Alter von sieben Jahren der Kinder) insgesamt drei qualitative, nichtstandardisierte Beschreibungen des Verhaltens eines jeden Kindes in der Interviewsituation. Gegenstand der Interviews waren mehrere kognitive, sozial-kognitive und persönlichkeitspsychologische Tests (siehe auch Edelstein, Keller, & Schröder, 1989; eine ausführliche Beschreibung dieses Datenmaterials findet sich in Abschnitt 3.2 dieser Arbeit). Diese Verhaltensprotokolle wurden für die Klassifizierung depressiver Störungen im Alter von sieben Jahren herangezogen. Zunächst wird die Validität der Testsituation für die Diagnose depressiver Symptomatik erörtert. Es folgen eine Schilderung der Auswertungsphase der Verhaltensbeschreibungen und Erläuterungen zur Konstruktion des Klassifikationssystems. Abschließend wird über die Meßgenauigkeit des Verfahrens (Übereinstimmung der Rater und Konstanz der Klassifikation) berichtet.

4.1.1.1 Validität der Verhaltensprotokolle und der Testsituation

Eine erste Sichtung des Materials[1] ergab, daß die von den Interviewern erstellten Verhaltensprotokolle überwiegend plastische und aussagekräftige Beschreibungen der

[1] Vier ausgewählte Beispiele dieser Protokolle finden sich im Anhang.

Kinder darstellten. Weiterhin zeigte sich, daß die Interviewer mehrere depressionsrelevante Merkmale der Kinder in ausreichend systematischer Weise zu berichten schienen, so daß bereits in dieser Phase auf rein „klinisch-intuitivem" Wege einige Kinder identifiziert werden konnten, bei denen ein depressives Symptombild vermutet wurde. Es blieben jedoch zunächst mehrere Fragen ungeklärt.

Erstens war fraglich, ob die Qualität des Materials und seine unstrukturierte und unstandardisierte Beschaffenheit ausreichen würden, um zu einer vertretbaren Klassifikation zu gelangen. Des weiteren war unsicher, ob eine bloße Verhaltensbeschreibung ohne spezielles Augenmerk auf depressive Symptome eine valide Einschätzung einer depressiven Symptomatik überhaupt zuläßt. Schließlich stellte sich die Frage, inwieweit die Charakterisierung einer Interviewsituation und ihre Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes für die geplante Klassifizierung geeignet sind.

Ungeachtet der vielen offenen Fragen erschien es dennoch lohnend zu prüfen, ob aus diesen „Momentaufnahmen" der Kinder valide Rückschlüsse auf eine mögliche depressive Störung gezogen werden können. Der sich beim Sichten des Materials ergebende spontane Eindruck von depressiven Zuständen bei einigen Kindern ließ es vielversprechend erscheinen, die Protokolle genauer zu untersuchen. In der klinischen Praxis ist die Berücksichtigung nonverbaler Merkmale und des *ersten Eindrucks* eines Klienten/Patienten bei der Diagnose oft eine wertvolle Hilfestellung. Die Verhaltensprotokolle schienen in dieser Hinsicht sehr geeignet, da die Interviewer das betreffende Kind zum ersten Mal sahen. Die Protokolle schienen zudem viel Information über nonverbale Verhaltensmerkmale des Kindes zu enthalten.

Aber auch in anderer Hinsicht gab es Gründe für die weitere Verwendung der Protokolle: Die Offenheit und die Unstrukturiertheit des Materials ließen ein lebendigeres und plastischeres inneres Bild des Kindes entstehen, als es strukturiertes Material zu geben vermag. Mit der gebotenen Vorsicht können daher mit solchem Material unter Zuhilfenahme klinischer Intuition oft aussagekräftigere psychopathologische Einschätzungen vorgenommen werden, als dies mit standardisiertem Material möglich wäre. Weiterhin konnte davon ausgegangen werden, daß die Protokolle relativ objektiv und neutral verfaßt wurden. Die Interviewer hatten breite Vergleichsmöglichkeiten durch die Befragung vieler Kinder, kannten die Kinder vorher nicht und waren nicht angewiesen, auf spezielle pathologische Symptome zu achten. Schließlich ist ungeklärt, ob nicht Beobachtungsdaten zur Klassifizierung depressiver Störungen in dieser Altersstufe validere Einschätzungen liefern können als beispielsweise ein klinisches Interview. Wie Kovacs (1984) zu Recht ausführt, sprechen mehrere Gründe gegen eine Diagnose durch direktes Interview. Insbesondere stellt sich die Frage, inwieweit Kinder dieser Altersstufe aufgrund ihrer sprachlichen und kognitiven Entwicklung überhaupt in der Lage sind, depressive Zustände selbst auf einfühlsame und kindgerechte Fragen hin angemessen verbalisieren zu können. Gerade dieser Punkt führte letztlich zu dem Versuch, das Material für die diagnostischen Belange der Untersuchung heranzuziehen und es einer systematischen Inhaltsanalyse zu unterziehen.

Merkmale der Testsituation

Auch die Testsituation selbst schien zur Diagnose einer depressiven Symptomatik geeignet zu sein: Von depressiven Erwachsenen ist bekannt, daß die Störung besonders

in Situationen hervortritt, die neu sind, Streßfaktoren beinhalten und leistungsrelevant sind (vgl. etwa Klein, Fencil-Morse, & Seligman, 1976). Nach dem entwicklungspsychopathologischen Postulat der *hierarchischen Mobilität* von Verhaltensfunktionen (vgl. Abschnitt 2.3.2) sind streßinduzierende Situationen auch bei Kindern geeignet, frühe, rudimentäre und möglicherweise pathogene Verhaltensmuster deutlicher hervortreten zu lassen (Sroufe & Rutter, 1984). Diese Situationseigenschaft kann für die in Frage stehende Testsituation der Kinder zweifelsfrei angenommen werden. Die Testsituation stellte hohe Anforderungen an die Streßbewältigungsfähigkeit der Kinder: Zum ersten war die Situation als solche für sie völlig neu, des weiteren war die Person des Interviewers ihnen in der Regel fremd, und schließlich waren sie mit Aufgaben und Problemen konfrontiert, die sie aller Wahrscheinlichkeit nach zuvor noch nie erfahren hatten. Man kann daher mit einiger Sicherheit davon ausgehen, daß die Situation den Kindern ein hohes Maß an Bewältigungskompetenz abverlangte, und daß Kinder mit depressiven Strukturen in spezifischer Weise darauf reagierten.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die Verwendung der Verhaltensprotokolle zur Klassifizierung depressiver Störungsbilder sicherlich einen unkonventionellen Weg klinischer Diagnostik darstellt, dessen Vor- und Nachteile im Auge behalten werden müssen. Erstens schien die Verwendung dieses Materials von der longitudinalen Anlage der vorliegenden Untersuchung her sinnvoll und wünschenswert. Weiterhin erschien es reizvoll zu prüfen, inwieweit überwiegend nonverbale Informationen des Kindes und die Klassifizierung des *ersten Eindrucks* geeignet sind, Aussagen über das Vorliegen einer depressiven Störung zu machen. Letztlich erschien die Prüfung der Verwendbarkeit derartigen Materials auch im Hinblick auf eine dadurch eher mögliche Frühprävention der Störung wünschenswert, da derart gelagerte Informationen leicht auch aus Laienbeobachtungen (z. B. Beobachtungen von Grundschullehrern) gewonnen werden können.

Jedoch kann nicht mit Sicherheit entschieden werden, welcher Stellenwert der hier vorgenommenen Klassifikation zukommt: Einige, möglicherweise wesentliche Kriterien des Symptombildes konnten mit dem vorhandenen Material nicht abgedeckt werden, so zum Beispiel Informationen über die Persistenz der Störung, über das Eß-und Schlafverhalten des Kindes sowie über suizidale Momente. Weiterhin ist die Verwendung unsystematisch erhobener Information sicherlich mit Fehlern bei der Klassifikation behaftet. Um diese Fragen genauer beleuchten zu können, wäre es notwendig, Klassifikationen auf der Grundlage solchen Materials mit anderen, bereits entwickelten Verfahren der klinischen Diagnose (z. B. klinisches Interview) zu vergleichen. Dies konnte jedoch hier aus offensichtlichen Gründen nicht geleistet werden und bedarf einer separaten Untersuchung.

4.1.1.2 Entwicklung des Klassifikationsschemas

1. Inhaltsanalyse

In einem ersten Auswertungsschritt wurden zunächst die Verhaltensbeschreibungen auf Beobachtungskategorien hin untersucht, die zur Diagnose einer *typischen depressi-*

ven Episode nach DSM III herangezogen werden konnten. Dazu wurden jeweils drei Beschreibungen von 30 Kindern (also insgesamt 90 Einzelprotokolle) einer zufällig ausgewählten Substichprobe einer detaillierten Inhaltsanalyse unterzogen. Aus dem Material wurden im Verlauf dieser Analyse auf induktivem Wege inhaltliche Kategorien gebildet, die für eine depressive Symptomatik relevant erschienen. Aufgrund des unterschiedlichen Umfangs der einzelnen Beschreibungen wurde entschieden, daß nur solche Inhaltskategorien in die weitere Auswertung einbezogen wurden, für die in jeder der drei vorliegenden Beschreibungen zu jedem Kind ausreichende Belegstellen zu finden waren (Verhaltenskategorie Typ I). Als ausreichend für den Beleg einer Kategorie wurde angesehen, wenn mindestens eine Textstelle die entsprechende Kategorie direkt betraf oder wenn mindestens zwei Textstellen die in Frage stehende Kategorie umschrieben. So wurde zum Beispiel die Textstelle „looks sad and repressed" als eine ausreichende direkte Beschreibung für die Kategorie *allgemeine Anzeichen für depressive Grundstimmung* betrachtet, Textstellen wie „seems to be lonely" und „child is preoccupied" zusammengenommen als eine ausreichende indirekte Beschreibung. Es ergaben sich folgende, in der Regel ausreichend belegte *inhaltliche Kategorien der Verhaltens- oder Merkmalsbeschreibung* des Kindes:

- *depressive Grundstimmung,* nonverbal geäußert,
- *Passivität* und Abhängigkeit im Verhalten während der Testsituation,
- *Konzentrationsschwierigkeiten und Entschlußlosigkeit* beim Lösen der Aufgaben oder Beantwortung der Fragen,
- überwiegend *leise, undeutliche oder langsame Stimme,*
- *gehemmte und/oder ruhelose Körperbewegungen* in der Testsituation,
- *allgemein niedriges Energieniveau* und/oder schnelle Ermüdung im Verlauf des Interviews oder der Tests,
- direkt oder indirekt geäußertes *negatives Selbstbild* in bezug auf die Aufgaben oder Fragen.

Inhaltliche Verhaltenskategorien, für die keine ausreichenden Textstellen zu finden waren (Verhaltenskategorie Typ II), die aber dennoch Bezüge zu einer depressiven Symptomatik aufwiesen, waren dagegen:

- *Gehemmtheit/Schüchternheit* gegenüber dem Interviewer,
- *Vermeiden des Blickkontaktes* mit dem Interviewer,
- *allgemeine Interesselosigkeit,*
- *Probleme beim Ausdruck eigener Gedanken oder Gefühle,* die nicht auf Wortschatz oder grammatikalische Kompetenz der Probanden zurückgeführt werden können,
- *stereotype Handlungen und Auffälligkeiten* wie zum Beispiel Finger in den Mund stecken während des Sprechens,
- *Uninformiertheit über eigene Lebensumstände* (wie z. B. Datum des eigenen Geburtstags, Beruf des Vaters oder Wohnadresse).

2. Zuordnung der inhaltsanalytischen Kategorien zu diagnostischen Symptomen

In einem zweiten Auswertungsschritt wurden die so gewonnenen Inhaltskategorien der Verhaltensprotokolle (Typ I) systematisch auf die diagnostischen Kriterien für die *typische depressive Episode* des DSM III bezogen. Daraus ergab sich, daß das so

strukturierte Material geeignet erschien, sowohl die Kriterien des Leitsymptoms der Störung, die *dysphorische Verstimmung,* als auch fünf der im Manual angegebenen acht Hauptsymptome abzudecken. Tabelle 4 veranschaulicht den Bezug der Verhaltenskategorien aus der Inhaltsanalyse zu den diagnostischen Kriterien für die *typische depressive Episode* des DSM III:

Wie die Gegenüberstellung in Tabelle 4 zeigt, decken sich die Verhaltenskategorien aus den Interviewerprotokollen weitgehend mit den diagnostischen Kriterien des DSM III. Ausnahmen bilden das Kriterium *Verlust von Interesse oder Freude* (B4 im DSM III) und die Verhaltenskategorie *leise Stimme.* Das Kriterium *Verlust von Interesse oder Freude,* das sich in der Hauptsache auf Aktivitäten Erwachsener bezieht (das Manual nennt hier insbesondere das Nachlassen des Geschlechtstriebs als wichtigen Indikator), mußte durch die Kategorie *Passivität und Abhängigkeit im Verhalten während der Testsituation* ersetzt werden. Das erschien plausibel, da man davon ausgehen kann, daß abhängiges und passives Verhalten bei Kindern in diesem Alter ein nicht der Entwicklungsstufe entsprechendes Merkmal darstellt. Dies wurde auch im Vergleich zu Protokollen von Kindern deutlich, die keine depressive Symptomatik aufwiesen: Ihr Verhalten in der Testsituation war weitgehend von Neugier und Interesse an den Aufgaben geprägt. Des weiteren kann passives Verhalten entsprechend den theoretischen Vorgaben des Ansatzes der *Erlernten Hilflosigkeit* (vgl. Abschnitt 2.2.2) als ein wichtiger Indikator depressiver Symptomatik angesehen werden. So beschreiben McConville und Mitarbeiter (McConville, Boag, & Purohit, 1973) in ihrer Untersuchung der Altersabhängigkeit depressiver Symptomatik bei Kindern das Symptombild der 6- bis 8jährigen als vorwiegend affektiv und von Traurigkeit, Hilflosigkeit, Einsamkeit und Rückzug geprägt.

Tabelle 4: Bezug der Verhaltenskategorien (Typ I) der Inhaltsanalyse zu den diagnostischen Kriterien der *typischen depressiven Episode* des DSM III

Verhaltenskategorie Typ I	Diagnostische Kriterien des DSM III
- depressive Grundstimmung, nonverbal geäußert	A: dysphorische Verstimmung oder Verlust von Interesse und Freude
- gehemmte und/oder ruhelose Körperbewegungen in der Testsituation	B3: psychomotorische Erregung oder Hemmung
- Passivität und Abhängigkeit im Verhalten während der Testsituation	B4: Verlust von Interesse oder Freude (bei Kindern unter 6 Jahren Zeichen von Apathie)
- allgemein niedriges Energieniveau und/oder schnelle Ermüdung im Verlauf des Interviews	B5: Energieverlust, Erschöpfung
- negatives Selbstbild in bezug auf die Aufgaben oder Fragen	B6: Gefühl der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe oder übermäßige Schuldgefühle
- Konzentrationsschwierigkeiten und Entschlußlosigkeit beim Lösen der Aufgaben	B7: Hinweise für verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit
- überwiegend leise, undeutliche oder langsame Stimme	(B3: psychomotorische Hemmung)

Die Verhaltenskategorie *leise, undeutliche oder langsame Stimme,* die im DSM III unter *psychomotorische Erregung oder Hemmung* (B3) subsumiert wird, wurde bei den Kriterien für die Auswertung aus zwei Gründen gesondert berücksichtigt. Einmal schien dies plausibel, da die Interaktion zwischen Interviewer und Kind durch die Aufgaben und Tests überwiegend sprachlich geprägt war. Zweitens wurde bei der Inhaltsanalyse festgestellt, daß sich im Material oft die Beschreibung der Körperhaltung und -bewegung nicht mit der Charakterisierung der Sprachmelodie und des Sprachflusses deckte. Es wurde daher entschieden, diese beiden Kategorien voneinander zu trennen und als gesonderte Kriterien zu berücksichtigen.

Die übrigen drei im Manual genannten Kriterien konnten aufgrund der Spezifität des vorhandenen Materials inhaltlich nicht abgedeckt werden: Daten zum Appetit oder zu Gewichtsveränderungen der Kinder lagen nicht vor, ebensowenig Anzeichen für Schlaflosigkeit oder vermehrten Schlaf. Auch lieferte das Material keine Anhaltspunkte für Suizidgedanken, -wünsche oder -versuche der Kinder. Da fraglich ist, ob bei siebenjährigen Kindern letzteres überhaupt vorliegen kann, schien das Fehlen suizidbezogener Daten nicht die Qualität der Klassifikation zu beeinflussen. Dagegen scheinen Daten über das Eß- und Schlafverhalten des Kindes bedeutsam, da diese Indikatoren offenbar altersabhängig variieren können (Kovacs & Gatsonis, 1989).

Trotz des Fehlens solcher Daten schien das vorhandene Material auszureichen, um die Kinder auf ihre depressive Symptomatik hin zu klassifizieren und diese Einteilung als Ausgangsbasis für die empirische Untersuchung der Entwicklung depressiver Symptomatik bei Kindern zu verwenden. Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß eine differentialdiagnostische Einschätzung der Symptomatik aufgrund mangelnder Informationen im Material nicht möglich war. Inwieweit andere psychopathologische Störungen das depressive Symptombild begleiteten (das DSM III nennt hier insbesondere Wahnphänomene, Halluzinationen, bizarres Verhalten, Schizophrenie oder paranoide Störung als notwendige Ausschlußkriterien für die klinische Diagnose der Depression), konnte aufgrund des vorliegenden Materials nicht mit letzter Sicherheit entschieden werden. Jedoch ist mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß derartige Störungen bei den Kindern unserer Stichprobe nicht vorlagen. Dies gilt jedoch nicht für die Gruppe der Angstsyndrome. Diese Subklasse der im DSM III genannten Störungen des Kleinkindalters, der Kindheit und der Adoleszenz (genannt werden hier das *Angstsyndrom mit Trennungsangst,* das *Angstsyndrom mit Vermeidungsverhalten* und das *Angstsyndrom mit Überängstlichkeit)* weisen diagnostisch zahlreiche Überschneidungen zu den Symptomen des depressiven Syndroms auf, wie bereits in Abschnitt 2.1.4 ausgeführt wurde. Wie berichtet, ist derzeit noch nicht geklärt, in welchem Verhältnis diese beiden nosologischen Kategorien (Depression und Angst) bei Kindern stehen. Für die hier vorgenommene Untersuchung kann daher nicht ausgeschlossen werden, daß bei der beschriebenen Klassifizierung eine hohe Überschneidung mit den im DSM III beschriebenen Angstsyndromen vorliegt.

3. Einzelrating eines Protokolls

In einem dritten Auswertungsschritt wurden nun sämtliche vorhandene Verhaltensprotokolle anonymisiert und auf ihre depressive Symptomatik hin jeweils einzeln

beurteilt. Dazu wurde ein Ratingschema[2] entwickelt, das eine unabhängige Beurteilung jedes der drei vorhandenen Protokolle eines Kindes aufgrund der obengenannten Symptomliste der Verhaltenskategorien des Typs I ermöglichte. Diese Symptome wurden als *Hauptsymptome* eines depressiven Symptombildes definiert. Zusätzlich wurden die Inhaltskategorien des Typs II, die nur vereinzelt in den Texten vorkamen und sich nur mittelbar auf ein depressives Symptombild beziehen, in das Ratingschema als *Begleitsymptome* aufgenommen. Dies sollte eventuell auftretende Schwierigkeiten bei der Klassifizierung der Protokolle mindern helfen, indem sie in unklaren Fällen (aber nur da) zur Klassifikation hinzugezogen wurden.

Jedes Protokoll wurde zur Beurteilung zunächst einmal ganz gelesen. Danach wurden die Textstellen markiert, die aufgrund der Beschreibung der Symptome als Indikator des betreffenden Symptoms angesehen wurden. Textstellen, die gegen das Vorhandensein eines Symptoms sprachen, wurden entsprechend negativ gekennzeichnet. Dabei wurden Leit-, Haupt- und Begleitsymptome verschieden markiert. Informationen, die die aufgeführten Symptome nicht berührten, wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Dies sollte sicherstellen, daß aufgrund des unterschiedlichen Umfangs der Protokolle und unterschiedlich ausführlicher Nebeninformation zur Situation des Kindes keine systematischen Unterschiede in der Klassifikation entstehen. Nach der Kennzeichnung der relevanten Textstellen wurde jedes Symptom getrennt nach „liegt vor/liegt nicht vor" unter Berücksichtigung aller für das betreffende Symptom maßgeblichen Textstellen (positive wie negative) eingestuft und in das Ratingschema eingetragen. Symptome, für die es im Text keine konkreten Belegstellen gab, wurden dabei als nicht vorliegend betrachtet.

Die dichotome Einstufung einzelner Symptome konnte aufgrund der Offenheit des Materials nicht weiter differenziert und operationalisiert werden. Sie erforderte zum einen klinisches Einfühlungsvermögen, zum anderen einen möglichst genauen Vergleich mehrerer ähnlich gelagerter Protokolle, um zu einer validen Einschätzung des Symptombildes zu gelangen. Dieser Auswertungsschritt war bei der Erstellung einer Klassifikation der Protokolle der schwierigste. Ein genaues inhaltliches Abwägen zwischen negativen und positiven Textstellen war oft notwendig, da das unterschiedliche Gewicht einzelner Textstellen keine rein arithmetische Entscheidung zuließ. Unter Mithilfe eines zweiten Raters[3] konnten jedoch in mehreren Besprechungen von 3×30 parallel und getrennt ausgewerteten Protokollen eine weitgehende Operationalisierung der Kriterien und die Intersubjektivität dieses Auswertungsschrittes sichergestellt werden (Angaben zur Interrater-Reliabilität finden sich im Anschluß im Abschnitt 4.1.1.3). Eine ausführliche Beschreibung der Symptome sowie deren Operationalisierung durch Textstellenzitate und Anweisungen zur Auswertung findet sich im Anhang dieser Arbeit.

---

[2] Siehe Anhang.

[3] An dieser Stelle möchte ich Dr. Teresa Jacobsen für ihre zeitaufwendige und oft mühevolle Mitarbeit bei der Auswertung der Verhaltensprotokolle danken. In vielen Stunden gemeinsamer Diskussion hat sie mir bei der Auswertung durch Anregung, Teilnahme und Kritik wertvolle Hilfe geleistet.

Ordinale Einstufung der Symptomatik

Ursprünglich war lediglich eine dichotome Klassifikation der Einzelprotokolle in die Kategorien *depressive Symptomatik* versus *keine depressive Symptomatik* vorgesehen. Bei der Auswertung wurde jedoch festgestellt, daß die Auswertungsergebnisse der Einzelprotokolle eine weitergehende Differenzierung zuließen. Dies erschien im Hinblick auf eine abgestufte Endklassifikation der drei Protokolle auch sinnvoll. Jede der Kategorien wurde daher unter dem Gesichtspunkt der Ausprägung des vorliegenden Symptombildes nochmals geteilt. Auf diese Weise entstand eine vierstufige Ordinalskala zur Einschätzung der depressiven Symptomatik eines Protokolls. Für jedes der drei Protokolle wurde so in Abhängigkeit von der Anzahl der gefundenen Hauptsymptome ein vierstufiger Wert für die depressive Symptomatik vergeben. Tabelle 5 veranschaulicht die Definition der ordinalen Kategorien.

Bei der *Festlegung der Klassifikationsstufen* wurde in Anlehnung an die diagnostischen Richtlinien des DSM III folgendermaßen vorgegangen: Beim Vorliegen von mindestens zwei oder drei der sechs definierten Hauptsymptome konnte vom Vorhandensein einer depressiven Symptomatik in der betreffenden Interviewsituation ausgegangen werden, wenn zusätzlich Anzeichen für eine depressive Grundstimmung vorlagen. Das DSM III verlangt für die Diagnose einer *typischen depressiven Episode* das Vorliegen von mindestens vier von acht Symptomen bei Erwachsenen, bei Kindern unter sechs Jahren genügen dagegen drei der im Manual aufgeführten Kriterien. Für die vorzunehmende Klassifikation erschien dementsprechend eine Anzahl von zwei bis drei aus sechs Symptomen ausreichend, wenngleich zwei der Kriterien *(Psychomotorik* und *Sprache)* im DSM III nur ein Kriterium bilden. Da in manchen Fällen wenig direkte Belege für eine depressive Grundstimmung vorlagen, wurden auch Fälle in die

Tabelle 5: Skalierungsanweisung zur Klassifikation eines Verhaltensprotokolls aufgrund der vorliegenden Haupt- und Begleitsymptome

Code	Definition der Kategorie
0	Es liegen keine Hauptsymptome vor beziehungsweise nur schwache Anzeichen für nur ein Hauptsymptom.
1	Es liegen bis zu zwei Hauptsymptome und wenige Begleitsymptome vor. Der Gesamteindruck besagt, daß das Kind zwar einzelne depressive Symptome hat, aber von seiner Struktur nicht depressiv ist und auch augenblicklich nicht unter einer depressiven Grundstimmung leidet.
2	Es liegen mindestens drei Hauptsymptome vor, jedoch ist kein vollständiges Symptombild zu erkennen. Die Anzahl der Begleitsymptome ist dabei untergeordnet, jedoch ist der Gesamteindruck zweifelsfrei, daß das Kind unter einer depressiven Symptomatik leidet. Fälle mit eindeutiger depressiver Grundstimmung und zwei weiteren Hauptsymptomen sind ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen.
3	Alle oder nahezu alle Hauptsymptome liegen vor. Die Beschreibung des Kindes weist eine vollständige oder nahezu vollständige Liste aller Symptome auf (einschließlich der Begleitsymptome). Das Kind wirkt stark „neurotisch", die Interaktion mit dem Interviewer ist aufgrund einer starken Passivität und „Dumpfheit" des Kindes sehr erschwert oder nahezu unmöglich.

Kategorie 2 („mittlere depressive Symptomatik liegt vor") eingeschlossen, wenn mindestens drei Hauptsymptome vorlagen und beim Lesen des Protokolls der Eindruck entstand, daß eine depressive Gestimmtheit trotz mangelnder Textstellen zugrunde liegen könnte (was jedoch nicht immer leicht zu entscheiden war). In die Kategorie 0 („keinerlei depressive Symptomatik") wurden alle Fälle eingeordnet, bei denen kein Hauptsymptom im Protokoll gefunden werden konnte. Kategorie 1 („Vorliegen einzelner Symptome ohne depressive Gesamtsymptomatik") war Fällen vorbehalten, die zwar bis zu zwei Hauptsymptome aufwiesen, die jedoch aufgrund der Begleitsymptome und des Gesamttextes keine höhere Klassifizierung zuließen. Fälle mit schwerer Symptomatik, bei denen ein (nahezu) vollständiges Symptombild vorlag, wurden in die Kategorie 3 („schwere depressive Symptomatik") eingestuft. Diese Kinder waren in der Interviewsituation oft nicht in der Lage, die Aufgaben zu bearbeiten oder die Fragen des Interviewers zu beantworten. Sie waren meist vollständig passiv und erschienen sehr abhängig von Zuspruch und Ermunterung des Interviewers. Oft wirkten sie sehr abwesend und/oder tief traurig und verängstigt. Bei einigen Kindern mußte der Interviewer den Test unvollendet abbrechen, weil das Kind zu keiner Mitarbeit mehr zu bewegen war.

4. Endklassifizierung

Im vierten und letzten Auswertungsschritt wurden die Klassifikationen der Einzelprotokolle zu einer übergeordneten Bewertung der depressiven Gesamtsymptomatik des Kindes im Alter von sieben Jahren zusammengefaßt. Diese Endeinstufung diente als Ausgangsbasis für die Untersuchung der weiteren Entwicklung depressiver Störungen. Hierbei wurde folgendermaßen vorgegangen: Das DSM III legt fest, daß eine akutdepressive Störung im Sinne einer *typischen depressiven Episode* immer dann vorliegt, wenn das beschriebene Symptombild in einem Zeitraum von mindestens zwei Wochen nahezu jeden Tag unverändert besteht. Da die Kinder unserer Stichprobe nicht jeden Tag beobachtet wurden, konnte dies nicht sichergestellt werden. Abhilfe konnte hier jedoch der Umstand schaffen, daß der zeitliche Abstand zwischen der Durchführung der drei verschiedenen Interviews im Alter von sieben Jahren jeweils mindestens zwei Wochen betrug, was aus dem jeweiligen Tagesdatum des Originalprotokolls zu ersehen war. Jedes Kind der Studie wurde also im Alter von sieben Jahren innerhalb eines Zeitraumes von vier bis fünf Wochen dreimal beobachtet. Um die diagnostischen Richtlinien soweit wie möglich zu erfüllen, wurde davon ausgegangen, daß bei Kindern, die mindestens in zwei Protokollen eine eindeutige depressive Symptomatik erkennen ließen (d. h. der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen positiven Beobachtungen mindestens zwei Wochen betrug), eine Enddiagnose im Sinne der *typischen depressiven Episode* zumindest annähernd zu rechtfertigen ist. Zusätzlich wurde bei der Endklassifikation versucht, die Höhe der Einzelklassifizierungen mit zu berücksichtigen, indem die Endklassifikation ebenfalls vierstufig gestaltet wurde. Je nach der Schwere der Symptomatiken in jeder einzelnen Beobachtungssituation wurde bei der Endklassifikation zwischen *mittelschweren* und *schweren* Fällen akut-depressiver Zustände unterschieden. Fälle, die in den Einzelratings nur eine einmalige positive Einstufung aufwiesen, wurden in die Kategorie *Fälle mit vereinzelt auftretenden depres-*

siven Symptomen eingeordnet. Fälle, die keine depressiven Symptomatiken in den einzelnen Beobachtungssituationen zeigten, erhielten die Endklassifikation *ohne depressive Symptomatik*. Tabelle 6 veranschaulicht das Vorgehen bei der Endklassifizierung der drei Einzelwerte aus den Protokollen.

Die so definierten Endwerte bildeten die Endklassifikation der Kinder im Alter von sieben Jahren hinsichtlich einer vorhandenen akut-depressiven Symptomatik auf mindestens subklinischem Niveau[4]. Diese Klassifikation diente als Ausgangsbasis für die weiteren empirischen Analysen der vorliegenden Untersuchung. Abschnitt 4.1.2 gibt Aufschluß über die Ergebnisse der Auswertung und die Auftretenshäufigkeit der Störung. Zuvor wird in den nächsten zwei Teilabschnitten über die Meßqualität der Klassifizierung berichtet.

Tabelle 6: Charakterisierung der Endklassifikation der Verhaltensprotokolle anhand der Klassifikationen der Einzelprotokolle im Alter von sieben Jahren

Endscore	Beschreibung	Klassifikationsmuster der Einzelprotokolle[1]		
0	keine depressive Symptomatik	(000)	(100)	(00.)[2]
1	einzelne depressive Symptome oder singuläre depressive Symptomatik	(110) (200)	(111) (210)	(11.) (20.)
2	anhaltende mittlere depressive Symptomatik	(220) (320)	(221)	(222)
3	anhaltende schwere depressive Symptomatik	(321)	(322)	(332)

[1] Scores der Einzelprotokolle nach Tabelle 5.
[2] In Fällen, in denen nur zwei Protokolle vorlagen (N = 5), wurde davon ausgegangen, daß beim dritten Interview keine Symptomatik vorlag.

4.1.1.3 Interrater-Reliabilität

Die Unstrukturiertheit und Offenheit des zur Klassifikation depressiver Symptome im Alter von sieben Jahren verwendeten Materials und die weitgehend „intuitive Qualität" des Auswertungsprozesses machten es besonders notwendig, die intersubjektive Übereinstimmung der Klassifikationen an einer Unterstichprobe zu überprüfen. Eine Zufallsstichprobe von 30 Fällen (d. h. etwa ein Drittel der untersuchten Gesamtstichprobe) wurde unter Verwendung des Ratingschemas durch eine klinisch erfahrene Wissenschaftlerin nochmals klassifiziert. Dies geschah nach Abschluß der Erstklassi-

[4] Die beeindruckende Schwere des depressiven Bildes der Fälle mit *schwerer depressiver Symptomatik* legt die Vermutung nahe, daß es sich bei diesen Fällen um Kinder mit einer akuten depressiven Störung im klinischen Sinne handelt.

fikation aller 88 Kinder und in Unkenntnis sowohl der Identifikationen und Namen der Kinder als auch der Erstklassifikationen. Die Verhaltensprotokolle wurden zu diesem Zweck vollständig anonymisiert. Die Ko-Raterin wurde in mehreren Sitzungen in die Verwendung des Ratingschemas eingewiesen, wobei Unklarheiten ausgeräumt und unterschiedliche Interpretationsmuster von Protokollstellen ausführlich diskutiert wurden.

Nach Abschluß der Zweitauswertungsphase durch die Ko-Raterin wurden die Endklassifikationen beider Rater miteinander verglichen. Eine vollkommene Übereinstimmung der Endratings ergab sich in 25 von 30 Fällen (= 83,33 % Übereinstimmung). In den nicht übereinstimmenden fünf Fällen betrug die Abweichung der Klassifikationen jeweils höchstens eine Stufe auf der vierstufigen Skala. In zwei Fällen betraf dies die Grenzlinie zwischen einer Klassifizierung als *depressiv* und *nichtdepressiv* (d. h. ein Wert zwischen 1 und 2). In diesen Fällen wurde der Wert des Erstraters für die weitere Analyse verwendet. Es zeigte sich in der Diskussion der nicht übereinstimmenden Fälle, daß die unterschiedliche Einschätzung meist nur graduell war und die Differenziertheit des Ratingschemas im allgemeinen intersubjektiv reliable Klassifikationen zuließ. Insgesamt kann daher nach Maßgabe der für unstandardisiertes Material relativ hohen Übereinstimmung davon ausgegangen werden, daß auf der Grundlage des beschriebenen Ratingschemas eine reliable intersubjektive Klassifikation der Verhaltensprotokolle erfolgte. Es konnte daher entschieden werden, die Klassifikation für die weitere Untersuchung der Entwicklung depressiver Störungen zu verwenden.

4.1.1.4 Testwiederholungs-Reliabilität

Die Verwendung von nur zwei der drei Werte zur Endklassifizierung der depressiven Symptomatiken der Einzelbeobachtungen macht es möglich, außer der intersubjektiven Übereinstimmung der Klassifikation ein weiteres Meßgütekriterium zu betrachten: die zeitliche und intersituative Konstanz der Einzelklassifikationen. Unter der Annahme, daß es sich bei der beurteilten Störung um ein zeitlich und situativ ausreichend stabiles Phänomen handelt, kann die Übereinstimmung des dritten Beobachtungswertes mit den anderen zwei Werten, die die Grundlage der Endklassifizierung eines jeden Falles bilden, als ein Maß für die Zuverlässigkeit der Gesamtklassifikation interpretiert werden. Tabelle 7 veranschaulicht die durch die Auswertung gewonnenen Klassifikationsmuster der Einzelprotokolle und deren Endklassifizierung sowie die Höhe der Abweichung der dritten Einzelklassifikation (siehe S. 108).

Wie Tabelle 7 zeigt, ergibt eine Auswertung der Klassifikationsergebnisse unter diesem Gesichtpunkt in 24 Fällen (27,3 %) eine vollständige Übereinstimmung der drei Einzelklassifikationen. In weiteren 52 Fällen (59,1 %) ergab sich eine Abweichung des dritten Wertes um eine, in 4 Fällen (4,5 %) um zwei Klassifikationsstufen. Damit stimmten in insgesamt 80 Fällen (90,9 %) mindestens zwei der drei Klassifikationswerte vollständig überein. In 9 Fällen (10,2 %) reichte die Abweichung des dritten Wertes über die Hauptklassifikationsgrenze *depressiv/nicht depressiv* hinweg. Diese Fälle waren zwar gemäß der Klassifikationsregeln klar klassifizierbar; jedoch wurde

Tabelle 7: Empirisch gewonnene Klassifikationsmuster[1] nach der zugehörigen Endklassifikation und dem Abweichungsbetrag der dritten Einzelklassifikation

Endwert	Abweichung der Klassifizierung des dritten Protokolls						Heterogene Muster	
	± 0	N	± 1	N	± 2	N		N
0	(00–0)	19	(00–1)	23	(00–2)	2		
			(00–.)	4				
1	(11–1)	2	(11–0)	12			(210)	4
			(11–.)	1			(20.)	1
2	(22–2)	3	(22–1)	5	(22–0)	2	(320)	1
3			(22–3)	3			(321)	2
			(33–2)	4				
Σ		24		52		4		8
in %		*27,3*		*59,1*		*4,5*		*9,1*

[1] In Klammern angegeben.

davon ausgegangen, daß die Klassifizierung dieser Fälle fehlerbehaftet sein könnte. Damit waren insgesamt 71 der 88 Kinder (80,7 %) unter den vorab festgelegten Klassifikationskriterien eindeutig nach der formulierten Regel klassifizierbar. Abweichend von der Regel wurde das Muster *(223)* in die Kategorie 3, *schwere depressive Symptomatik,* eingeordnet. Dies erschien aufgrund der zeitlichen Konstanz der Symptomatik in diesen Fällen angemessener. In wenigen Fällen (acht Kinder; 9,1 %) wurden heterogene Einzelklassifikationsmuster festgestellt, das heißt, keiner der drei Werte stimmte mit den anderen überein. Die geringe Zahl der heterogenen Klassifikationsmuster ließ einerseits die vorgenommene Endklassifizierung als gerechtfertigt erscheinen. Im Falle des häufiger vorkommenden Einzelscoremusters *(210)* erschien die Endklassifizierung andererseits schwierig. Inhaltlich bedeutet dieses Muster das Vorliegen von drei äußerst wechselhaften Symptombildern innerhalb eines Zeitraumes von ungefähr vier bis sechs Wochen. Diese hohe Fluktuation erschien zunächst als nicht ausreichend, um ein zeitlich relativ konstantes Symptombild anzunehmen, wie es die Kriterien des DSM III erfordern. Deshalb wurde von vornherein entschieden, dieses Muster der Kategorie 1, *einzelne depressive Symptome oder zeitlich singuläre Symptomatik,* zuzuordnen. Die vier Fälle mit diesem Muster wurden jedoch einer zweiten, genaueren inhaltlichen Analyse unterzogen. Es ergab sich daraus, daß in einem Fall die vorliegenden Symptome eine Einstufung in die Kategorie 2, *anhaltende mittlere Symptomatik,* notwendig machten (siehe Anm. in Tab. 8). In den übrigen drei Fällen ergaben sich dagegen keine Veränderungen hinsichtlich der Endklassifikation.

Interpretation der Meßgenauigkeit

Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß Tagesschwankungen bei depressiven Störungen innerhalb gewisser Grenzen als normal betrachtet werden können, wurde eine Abweichung von einer Klassifikationsstufe noch als Übereinstimmung interpre-

tiert. Damit ergibt sich für die hier vorgenommene Klassifikation der Verhaltensprotokolle eine übereinstimmende Klassifikation von 27,3 Prozent + 59,1 Prozent = 86,4 Prozent der untersuchten Fälle. Dieses Ergebnis kann als eine relativ hohe Testwiederholungs-Reliabilität angesehen werden und erlaubt den Schluß, daß das Klassifikationsschema auch über verschiedene Testsituationen hinweg eine eindeutige Klassifizierung zuläßt.

4.1.2 Häufigkeit depressiver Störungen im Alter von sieben Jahren – Auswertungsergebnisse der Klassifikation

Im folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der Verhaltensprotokolle, die die Interviewer der siebenjährigen Kinder nach den Testsituationen erstellt hatten, berichtet. Die einzelnen Auswertungsschritte, die Konstruktion des Klassifikationssystems und seine Meßgenauigkeit wurden im vorangegangenen Abschnitt dargestellt.

Mit der Auswertung wurden in der vorliegenden Untersuchung im wesentlichen drei Ziele verfolgt. Zum einen sollten auf der Basis der Klassifikation der Siebenjährigen Entwicklungstrends und spätere Verhaltenskorrelate der depressiven Störung untersucht werden. Zweitens sollte die Klassifikation einer ersten Einschätzung der Prävalenz der depressiven Störung bei isländischen Kindern im frühen Schulalter dienen. Damit zusammenhängend sollte drittens untersucht werden, inwieweit Auftretensunterschiede zwischen den Geschlechtern, den sozialen Schichten und zwischen Kindern unterschiedlicher Fähigkeitsniveaus bei Schulbeginn hinsichtlich dieser Störung bestehen.

Die Auswertung der Verhaltensprotokolle hinsichtlich depressiver Symptome, und die Einzel- und Endklassifikation der Protokolle auf der vierstufigen ordinalen Depressionsskala (vgl. Abschnitt 4.1.1.2) ergab folgende Verteilung depressiver Symptomatiken in der untersuchten Stichprobe (vgl. Tab. 8): Bei 46 Fällen (52,3 %) wurden nach Maßgabe der Endklassifikation im Alter von sieben Jahren keine depressiven Symptome festgestellt. 21 Fälle wiesen einzelne depressive Symptome auf oder eine zeitlich singuläre depressive Symptomatik (23,9 %). In 12 Fällen (13,6 %) wurde eine subklinische Depression mittlerer Schwere festgestellt, bei weiteren 9 Fällen (10,2 %) lag dagegen eine schwere depressive Symptomatik vor, deren Symptombild unter Heranziehen weiterer Informationen wahrscheinlich eine klinische Diagnose einer *typischen depressiven Episode* gerechtfertigt hätte. Tabelle 8 veranschaulicht die Verteilung der ermittelten depressiven Symptomatiken der Stichprobe im Alter von sieben Jahren mit den zugehörigen Klassifikationsmustern der Einzelprotokolle. Die Tabelle zeigt, daß das Klassifikationssystem sich als ausreichend differenzierend erwies: Wie dies für ein pathologisches Merkmal innerhalb einer Normalpopulation typisch ist, ergab sich eine linksschiefe Verteilung depressiver Symptomatiken (siehe S. 110).

Demnach konnten auf der Grundlage der Verhaltensprotokolle insgesamt 21 Kinder (23,8 %) im Alter von sieben Jahren identifiziert werden, deren Symptombild im Verlauf von drei Beobachtungen innerhalb von mindestens vier Wochen einerseits schwer genug, andererseits zeitlich stabil genug erschien, um eine Diagnose einer akut-depressiven Störung auf einem subklinischen Niveau zu rechtfertigen. Von diesen

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren mit den zugrundeliegenden Einzelklassifikationsmustern der Verhaltensprotokolle

Endscore	Beschreibung	Pattern der Einzelscores	Häufigkeit absolut	%	Σ	Σ (%)
0	keine depressive Symptomatik	(000)	19	21,6		
		(100)	23	26,1		
		(00.)	4	4,5	46	52,3
1	einzelne depressive Symptome oder singuläre depressive Symptomatik	(110)	12	13,6		
		(111)	2	2,3		
		(11.)	1	1,1		
		(200)	2	2,3		
		(210)	3	3,4		
		(20.)	1	1,1	21	23,9
2	anhaltende mittlere depressive Symptomatik	(210)*	1	1,1		
		(220)	2	2,3		
		(221)	5	5,7		
		(222)	3	3,4		
		(320)	1	1,1	12	13,6
3	anhaltende schwere depressive Symptomatik	(321)	2	2,3		
		(322)	3	3,4		
		(332)	4	4,5	9	10,2

* In diesem Fall wurde diesem Muster der Endscore „2" gegeben (siehe Abschnitt 4.1.1.4).

21 Kindern lag bei 9 Kindern (10,2 %) ein derart schweres Symptombild vor, daß unter Hinzuziehung weiterer diagnostischer Information möglicherweise eine Diagnose einer *typischen depressiven Episode* nach den Kriterien des DSM III erlaubt gewesen wäre. Dies ist insbesondere für die vier Kinder (4,5 %) mit dem Klassifikationsmuster *(332)* anzunehmen, bei denen in einem Zeitraum von mindestens zwei Wochen ein sehr ausgeprägtes klinisches Symptombild zu beobachten war. Nach diesen Ergebnissen beläuft sich demnach eine erste Schätzung der Prävalenz akut-depressiver Störungen auf klinischem Niveau in der städtischen Population Islands für die mittlere Kindheit auf etwa 4,5 bis 10,2 Prozent. Entsprechend leiden an depressiven Störungen auf subklinischem Niveau demnach weitere 9,3 bis 13,6 Prozent der Kinder aus Reykjavik.

4.1.3 Diskussion der Auswertungsergebnisse

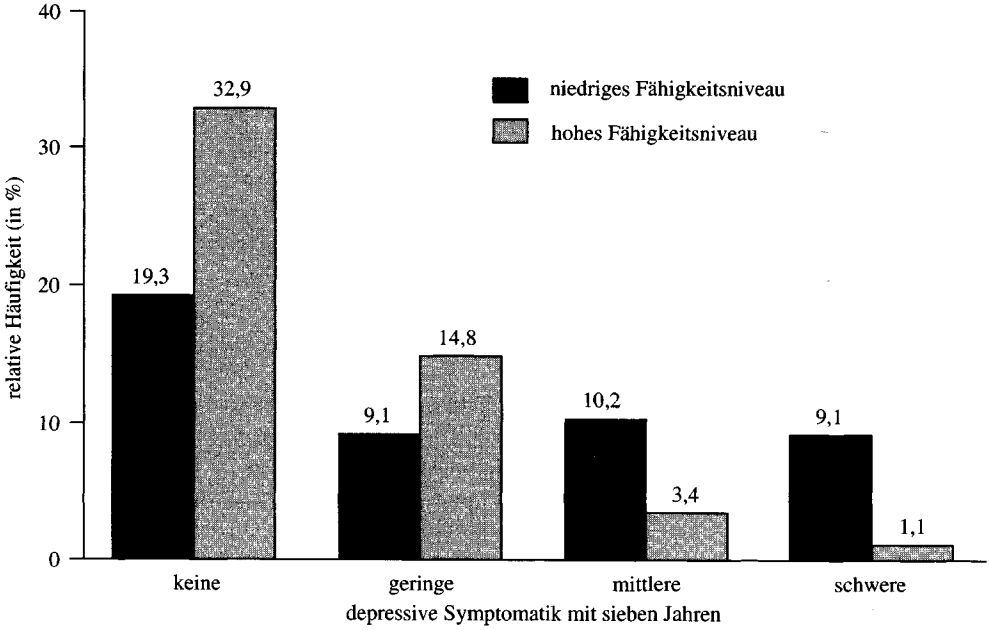
Mit Blick auf die zu Beginn des Kapitels zitierten Prävalenzraten anderer Studien erscheint die hier ermittelte Häufigkeit depressiver Störungen mit insgesamt etwa 24 Prozent zunächst als sehr hoch, da die untersuchte Stichprobe nicht aus einer klinischen Population stammt. Es mutet unwahrscheinlich an, daß etwa ein Viertel aller städtischen isländischen Kinder dieser Altersstufe zumindest zeitweilig an dieser Störung (oder einer subklinischen Form davon) leiden. Betrachtet man die Verhältnisse jedoch genauer, so erscheinen die Prävalenzen plausibler und bedingt mit ande-

ren Studien vergleichbar: Erstens muß berücksichtigt werden, daß für die hier vorgenommene Klassifizierung kein im klinischen Sinne ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung stand. Betrachtet man, wie geschildert, nur jene Fälle, in denen ein derart schweres Symptombild vorlag, das unter Berücksichtigung weiterer diagnostischer Information wahrscheinlich die klinische Diagnose einer *typischen depressiven Episode* erlaubt hätte, so erhält man mit Blick auf andere Studien vergleichbare Zahlen: Nur neun (10,2 %) der hier untersuchten Kinder hatten ein Symptombild, das eine Einstufung in die Kategorie 3, *anhaltende schwere depressive Symptomatik,* zuließ. Innerhalb dieser Gruppe wurde wiederum nur bei vier Kindern (4,5 %) im Zeitraum von zwei Wochen ein anhaltend klinisches Symptombild beobachtet. Nach diesen Zahlen kann man daher davon ausgehen, daß die Prävalenz der akuten klinischen Form der Störung (*Typ A* nach Kendell, 1976) etwa zwischen 4 und 10 Prozent in der städtischen Bevölkerung Islands liegt. Unter die Kategorie der subklinischen oder chronisch-neurotischen Form der Störung (*Typ B* nach Kendell, 1976) würden demnach alle anderen der hier klassifizierten Fälle fallen. Die Prävalenz dieser Form der Störung liegt in der untersuchten Stichprobe also etwa zwischen 9 und 14 Prozent. Vergleichszahlen für die chronisch-neurotische Form liegen kaum vor. In der bereits erwähnten Studie von Kashani und Simonds (1979) zeigten 17,4 Prozent der 7- bis 12jährigen amerikanischen Kinder Anzeichen anhaltender Traurigkeit ohne erkennbares klinisch-depressives Störungsbild, was die Autoren als Anzeichen einer subklinischen Form der Depression interpretieren. Obwohl aufgrund der großen Altersspanne diese Zahlen schwer interpretierbar sind, erscheinen sie mit der hier identifizierten Rate subklinisch-depressiver Störungsbilder vergleichbar.

Ein weiterer Grund für die vergleichsweise hohe Prävalenzrate depressiver Störungen in dieser Studie kann in den *besonderen Charakteristiken der untersuchten Stichprobe* liegen. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der depressiven Symptomatik über die beiden Teile der durch das allgemeine Fähigkeitsniveau stratifizierten Stichprobe (siehe S. 112).

Wie in Abschnitt 3.1 dargelegt, kann man davon ausgehen, daß die hier betrachtete Gesamtstichprobe aufgrund der Stratifizierung durch das allgemeine Fähigkeitsurteil bei Schulbeginn aus zwei in etwa gleich großen Untergruppen besteht. Für die Substichprobe mit geringem Fähigkeitsniveau kann erwartet werden, daß verschiedene Auffälligkeiten darin gehäuft auftreten, während die Substichprobe mit hohem Fähigkeitsniveau als eine normale Stichprobe (im klinischen Sinne) betrachtet werden muß. Abbildung 2 verdeutlicht, daß die Annahme eines subklinischen Stichprobenteils plausibel ist: Die Verteilungscharakteristiken der beiden Substichproben in bezug auf das untersuchte klinische Merkmal (depressive Störung) unterscheiden sich deutlich voneinander. Die Verteilung der depressiven Kinder innerhalb der „normalen" Substichprobe (hohes Fähigkeitsniveau) zeigt die typische Form der Verteilung eines klinischen Merkmals in einer Normalpopulation, während die Verteilung der „subklinischen" Teilstichprobe abgeflacht und in den pathologischen Teil verschoben ist. Dies kann wiederum als typisch für klinische Stichproben in bezug auf ein pathologisches Merkmal angesehen werden. Untersucht man die Auftretensrate depressiver Störungen in Abhängigkeit vom allgemeinen Fähigkeitsniveau, so ergibt sich mit Blick auf andere Studien ebenfalls ein realistischeres Bild der Prävalenz, wie Abbildung 2

Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren in Abhängigkeit vom allgemeinen Fähigkeitsniveau der Kinder bei Schuleintritt



verdeutlicht: In der Kategorie mit *anhaltender schwerer depressiver Symptomatik* (die wahrscheinlich der akuten klinischen Form oder *Typ A* der Störung entspricht, siehe oben) findet sich innerhalb der normalen Teilstichprobe nur ein Kind (2,1 %, bezogen auf die Teilstichprobe), innerhalb der subklinischen Teilstichprobe sind es dagegen bereits acht Kinder (19 %, ebenfalls bezogen auf die entsprechende Teilstichprobe). Auf dem Niveau der subklinischen oder chronisch-neurotischen Form der Störung *(Typ B;* Kategorie *mittlere depressive Symptomatik)* finden sich in der normalen Teilstichprobe nur drei Fälle (6,5 %, wie oben), im subklinischen Teil dagegen neun Fälle (21,4 %, wie oben). Aufgrund dieser Zahlen kann demnach geschlossen werden, daß sich die „wahren" Prävalenzraten für die beiden hier unterschiedenen Formen der Störung zwischen den Eckwerten dieser Extremgruppenstichprobe bewegen. Für den Typus der akuten klinischen Form der Störung läge damit die Auftretenshäufigkeit zwischen 2,1 Prozent und 19 Prozent, für den subklinischen oder chronisch-neurotischen Typ zwischen 6,5 Prozent und 21,4 Prozent, je nach der Charakteristik der untersuchten Stichprobe.

Dennoch erscheinen die hier vorgefundenen Prävalenzraten recht hoch. Es kann über die bereits erwähnten Überlegungen hinaus nicht ausgeschlossen werden, daß trotz sorgfältiger Strukturierung des Diagnoseverfahrens eine auf unsystematischen Beobachtungen basierende Klassifikation nicht ausreichend valide ist. Es ist auch denkbar, daß innerhalb des Klassifikationssystems zu niedrige Schwellenkriterien

angenommen wurden. Den endgültigen Nachweis der Klassifizierbarkeit des verwendeten Laienmaterials können nur weitere Studien erbringen (vgl. Abschnitt 4.1.1). Wie jedoch die weiteren Analysen dieser Arbeit zeigten, erbrachte die hier entwickelte Klassifikation durchaus sinnvolle Ergebnisse (vgl. Abschnitt 4.2.3 und Kap. 5, Abschnitt 5.3). Abgesehen von Gründen, die mit der Eigenheit des Klassifikationssystems und der stratifizierten Stichprobe zusammenhängen, lassen sich daher auch noch weitere Ursachen für die ermittelte hohe Prävalenz ins Feld führen: Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß dieses Ergebnis auch Eigenheiten der isländischen Kultur widerspiegelt. Indizien aus literarischen Kontexten deuten darauf hin, daß in den nordeuropäischen Ländern ein „Hang zur Depressivität" festzustellen ist. Inwieweit dieser sich auch in psychiatrisch auffälligen Störungsbildern niederschlägt, ist jedoch nicht bekannt. Die Suizidrate unter isländischen Jugendlichen ist nach bisher unbestätigten Hinweisen sehr hoch, was ebenfalls darauf hindeutet, daß depressive Problematiken in Island eine hohe Verbreitung finden. Schließlich und wie in diesem Kapitel eingangs bereits erwähnt, ist nicht eindeutig auszumachen, inwieweit verläßliche Vergleichszahlen vorliegen. Es ist aufgrund des allgemein heterogenen Bewußtseinsstandes im Hinblick auf diese Störung nicht klar, ob ihre Prävalenz nicht vielleicht allgemein höher ist, als bisher angenommen wurde, insbesondere in Gruppen von Kindern, die sich weniger gut artikulieren können und Untersuchungstermine meiden.

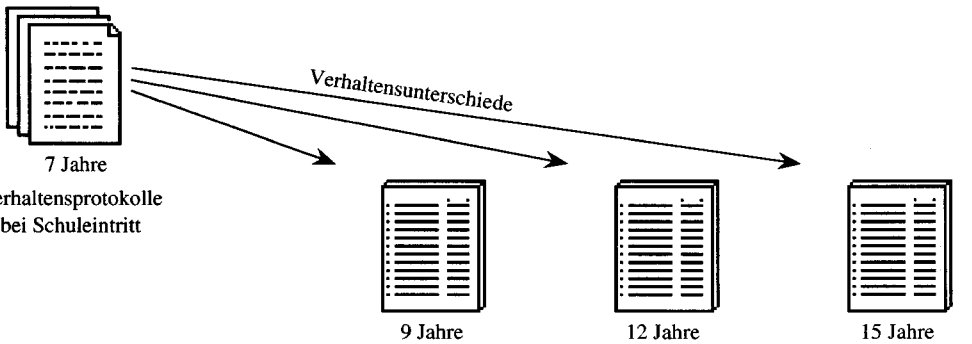
4.2 Die Stabilität depressiver Einzelsymptome von der Kindheit bis zur Adoleszenz

Mit einer reliablen Einschätzung depressiver Störungsbilder anhand der Verhaltensprotokolle mit sieben Jahren konnte nun die erste der beiden Hauptfragestellungen der Untersuchung beantwortet werden: Da die diagnostischen Kriterien der depressiven Störung bei Kindern im DSM III (APA, 1980) lediglich als konzeptuelle Setzung angesehen werden können, muß deren Validität empirisch abgesichert werden. Das DSM III geht davon aus, daß sich das Symptombild bei Kindern jeder Altersgruppe nicht wesentlich von dem bei Erwachsenen unterscheidet (*Symptomstabilität,* vgl. Abschnitt 2.1.4 und 2.4). Dagegen waren in älteren Klassifikationssystemen kindspezifische Kriterien vorgesehen. Wie berichtet, kann es als nicht vollständig geklärt angesehen werden, in welcher Weise sich das typische Störungsbild von der Kindheit zur Adoleszenz entwickelt (vgl. Abschnitt 2.1.2). Die Untersuchung der Entwicklung einzelner (Verhaltens-)Merkmale von Kindern, die zu einem bestimmten Zeitpunkt als depressiv beziehungsweise nichtdepressiv klassifiziert worden waren, erschien als eine Möglichkeit, dieser Frage genauer nachzugehen. Die unterschiedlich schweren Störungsbilder bei Schuleintritt (vgl. Abschnitt 4.1.1) wurden dafür herangezogen. Diese Differenzierung gestattete es weiterhin zu untersuchen, inwieweit zwischen unterschiedlichen Formen der Störung (*Typ A* und *Typ B* bzw. akute und chronische Form, vgl. Abschnitt 2.1.2) aufgrund verschiedener Entwicklungen von Symptombildern unterschieden werden muß. Der nun folgende Abschnitt widmet sich diesen Fragestellungen. Die Ergebnisse der Untersuchung der Symptomstabilität der depressiven Störung können jedoch auch als eine Validierung des Klassifikationsschemas im Alter von sieben Jahren angesehen werden.

4.2.1 Das Untersuchungsmodell

Zur Untersuchung der Symptomstabilität depressiver Störungen vom frühen Schulalter bis in die Adoleszenz wurden in der vorliegenden Untersuchung zwei unterschiedliche diagnostische Instrumente verwendet. Abbildung 3 veranschaulicht das longitudinale Meßmodell zur Untersuchung der Entwicklung depressiver Verhaltenssymptome zu den erhobenen Meßzeitpunkten:

Abbildung 3: Das Meßmodell zur Untersuchung der *Symptomstabilität* depressiver Störungen im Alter von 7 bis 15 Jahren



Die im Alter von sieben Jahren gewonnene Klassifizierung diente dabei als empirische Ausgangsbasis: Die Verhaltensunterschiede der im Alter von sieben Jahren depressiven beziehungsweise nichtdepressiven Kinder zu späteren Meßzeitpunkten wurden mit einem Lehrerfragebogen untersucht, der allgemein das Verhalten der Kinder hinsichtlich basaler Verhaltensdimensionen bestimmt. Diese Art von Lehrerbefragung wird schon seit längerem in der Unterrichtsforschung und zur schnellen Identifizierung von Problemkindern *(screening)* eingesetzt (vgl. Kohn, 1977). Mit Hilfe dieses Instrumentes sollte bei der vorliegenden Untersuchung ermittelt werden, inwieweit sich die Kinder, die mit sieben Jahren als depressiv klassifiziert wurden, von den anderen Kindern (und Jugendlichen) in bestimmten depressionsrelevanten Verhaltensweisen (Symptomen) unterscheiden, und inwieweit sich Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder über die Entwicklung verändern. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden im Anschluß an die Beschreibung der Analyse des verwendeten Fragebogens und der Operationalisierung seiner Verhaltensdimensionen berichtet. Diese *Basisdimensionen des Verhaltens* werden sodann für die weitere Untersuchung herangezogen.

4.2.2 Verhaltensdimensionen im Schulkontext im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Wir fragten folglich, ob sich Verhaltenskorrelate depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen auch anhand von standardisierten Instrumenten der Lehrerbefra-

gung diagnostizieren lassen. Wie in Abschnitt 2.1.3 näher ausgeführt wurde, ist diese Methode der Messung von depressiven Störungen in bisherigen Studien noch wenig angewandt worden; die wenigen auffindbaren Studien zum Verhältnis solcher verhaltensorientierter Meßmethoden zu klinisch-introspektiven Methoden der Diagnose ergeben ein eher widersprüchliches Bild. Dagegen scheint vom Standpunkt der Prävention und Früherkennung aus die Verwendung solcher Instrumente wünschenswert zu sein *(screening).*

Konzeptueller Hintergrund

Im Unterschied zum psychiatrisch-klinischen Meßparadigma (vgl. Abschnitt 2.1.1) stellt der sogenannte *multivariate Ansatz* der Diagnostik einen sozialwissenschaftlich orientierten Zugang zur klinischen Diagnostik dar (vgl. Achenbach & Edelbrock, 1983). Er geht zumeist von standardisierten Instrumenten der Verhaltensbeschreibung aus, wobei mit Hilfe statistischer Verfahren (Faktorenanalyse, Clusteranalyse) überzufällige Kovariationen von Symptomen und spezifische Häufungen von Fällen identifiziert werden, die zur späteren Definition von Störungsbildern dienen können. Dabei wird oft davon ausgegangen, daß die so ermittelten Störungskategorien weniger implizite Vorannahmen enthalten als zum Beispiel herkömmliche psychiatrische Klassifikationen. Eine typische Methode des multivariaten Ansatzes zur Diagnose von emotionalen oder Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen ist unter anderem die Lehrerbefragung anhand von standardisierten Fragebögen. Zwei Syndrome, *Persönlichkeitsprobleme* und *Verhaltensprobleme,* konnten seit Beginn dieser Forschungsrichtung in den vierziger Jahren in zahlreichen Studien immer wieder identifiziert werden. Dieses Zwei-Faktoren-Modell von Störungen liegt, etwas vereinfacht gesagt, der Konstruktion vieler standardisierter Instrumente zugrunde (siehe etwa Kohn, 1977, S. 13–37, für eine Übersicht über die historische Entwicklung des Zwei-Faktoren-Modells). Dies gilt im Prinzip auch für den in der Studie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (vgl. Edelstein, Schröder, & Keller, 1989) verwendeten Lehrerfragebogen, wie mehrere Voranalysen zeigten.

Struktur des Lehrerfragebogens

Um zu höher aggregierten Dimensionen des allgemeinen Verhaltens der Kinder und Jugendlichen im Schulkontext zu gelangen, wurde ein übliches Verfahren innerhalb des so gekennzeichneten sozialwissenschaftlichen Meßparadigmas gewählt: die faktorenanalytische Untersuchung des standardisierten Teils des Lehrerfragebogens. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden im nächsten Abschnitt dargestellt. Aus diesen Analysen ergaben sich vier sogenannte *Basisdimensionen des Verhaltens im Schulkontext,* deren Operationalisierung im Anschluß beschrieben wird (Abschnitt 4.2.2.2).

4.2.2.1 Faktorenanalytische Untersuchung des Lehrerfragebogens

Der im Längsschnitt der Studie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" verwendete standardisierte Teil des Lehrerfragebogens bestand aus 77 Einzelitems, die

unverändert den jeweils anderen Lehrern der untersuchten Kinder im Alter von 9, 12 und 15 Jahren vorgelegt wurden. Dieser Teil des Fragebogens enthielt Items aus den Instrumenten *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977), *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966) und *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975), wie bereits in Abschnitt 3.3 ausgeführt wurde. Zur induktiven Klärung der inneren Struktur und zeitlichen Stabilität dieses Teils des Fragebogens wurden für jeden Meßzeitpunkt getrennte Faktorenanalysen durchgeführt. Verwendet wurden dabei Hauptkomponentenanalysen mit anschließender orthogonaler Rotation nach der Varimax-Methode, die sich zur Identifikation unabhängiger Faktoren eignet. Die angestrebte Orthogonalität der Faktoren sollte eine möglichst voneinander unabhängige Struktur von Verhaltensdimensionen sichern, die klare Aussagen über die Einzelsymptomatik der depressiven Störung zulassen.

Die Items wurden zunächst untereinander rangkorreliert, um Fehler bei der Faktorenanalyse durch „schiefe" Verteilungsmerkmale der Items auszugleichen. Eine erste faktorenanalytische Untersuchung der Korrelationsmatrix, zunächst ohne Rotation und unter Verwendung des Eigenwertkriteriums durchgeführt, erbrachte eine Varianzaufklärung der ersten vier Faktoren der drei Fragebögen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren von 59,3 Prozent (9 Jahre), 61,3 Prozent (12 Jahre) und 59,1 Prozent (15 Jahre). Bei der Entscheidung über die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren für die weitere Untersuchung wurde ein zweifaches Kriterium verwendet: Wenn auf der Basis des Eigenwertdiagramms bereits deutlich war, welche Faktoren über den statistischen Zufall hinaus inhaltlich bedeutsam sind, wurde der sogenannte *Scree-Test* verwendet. War dies nicht eindeutig zu klären, so wurde entschieden, nur Faktoren mit mehr als 5 Prozent an Varianzaufklärung für die weitere Analyse zu berücksichtigen. Auf dieser Basis ergab sich ein *longitudinal konsistentes Vier-Faktoren-Modell.* Tabelle 9 veranschaulicht die Faktorenstruktur nach der Rotation.

Diskussion der Ergebnisse

Wie aus Tabelle 9 zu ersehen, ist die extrahierte Faktorenstruktur zeitlich sehr stabil, wenn man berücksichtigt, daß es sich hier um einen Zeitraum von sechs Jahren

Tabelle 9: Varianzaufklärung der vier Faktoren des Lehrerfragebogens nach Varimax-Rotation: Basisdimensionen des Verhaltens in der Schule im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

	Basis-Verhaltensdimensionen (Faktorbezeichnung)	Aufgeklärte Varianz (in %) im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
I.	Konzentration/Interesse	25,7	24,5	20,4
II.	negatives und aggressives Verhalten	17,5	20,5	19,7
III.	sozialer Rückzug	9,3	7,1	10,3
IV.	Hilflosigkeit/Ängstlichkeit	6,8	9,2	8,7
Summe der aufgeklärten Varianz (in %)		59,3	61,3	59,1

handelt, der außerdem von großen Entwicklungsveränderungen gekennzeichnet ist. Hinzu kommt die Tatsache, daß zu jedem Meßzeitpunkt andere Lehrer den Fragebogen ausgefüllt hatten, die zum Teil auch unterschiedlichen Lehrergruppen angehörten (Grundschullehrer, Mittelschullehrer). Der durch die vier Faktoren aufgeklärte relativ hohe Anteil der Varianz ist auch insofern erstaunlich, als zu jedem Meßzeitpunkt infolge der Streuung der Stichprobe über eine Vielzahl von Schulklassen etwa 40 verschiedene Lehrer für die Beurteilung der Kinder an der Untersuchung beteiligt werden mußten. Dies spricht ebenfalls für eine hohe Reliabilität des Faktorenmodells. Aufgrund dieser hohen intersubjektiven und zeitlichen Konstanz des extrahierten Faktorenmodells konnte davon ausgegangen werden, daß das Instrument in der Lage ist, wichtige Basisdimensionen des Verhaltens reliabel und valide zu messen.

Eine zusätzliche Validierung liefert die inhaltliche Struktur der einzelnen Faktoren: So läßt sich in der Tabelle erkennen, daß die ersten zwei Faktoren den Hauptanteil der erklärten Varianz ausmachen (etwa 40–45 % der Gesamtvarianz). Dies hätte erlaubt, auch ein vereinfachtes Zwei-Faktoren-Modell für den Fortgang der Untersuchung zu wählen. Dieses Ergebnis kann als eine weitere Bestätigung des erwähnten Zwei-Faktoren-Modells *Persönlichkeitsprobleme versus Verhaltensprobleme* interpretiert werden (vgl. Kohn, 1977, Kap. 2). Auch das hier gewählte Vier-Faktoren-Modell enthält diese zwei Dimensionen als die beiden stärksten Faktoren: Der erste Faktor, hier mit *Konzentration/Interesse* bezeichnet, ist bipolar, wobei das negative Ende deutlich von Items markiert wird, die auf Persönlichkeitsprobleme hindeuten (z. B. „der Schüler ist geistig abwesend" oder „der Schüler verbringt seine Zeit ziellos"). Die Dimension *negatives und aggressives Verhalten* (Faktor II) ist dagegen unipolar und verweist inhaltlich eindeutig auf die Dimension von Verhaltensproblemen (das üblicherweise in anderen Faktorenmodellen enthaltene positive Ende dieses Faktors konnte hier aufgrund fehlender Items entsprechenden Inhalts nicht identifiziert werden). Trotz dieser Bestätigung des Zwei-Faktoren-Modells wurde entschieden, mehr als zwei Faktoren zu extrahieren und damit ein differenzierteres Modell zu betrachten: Die beiden zusätzlichen Faktoren *sozialer Rückzug* und *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* erklärten zwar zusammengenommen nur 16 bis 19 Prozent der Varianz, erschienen jedoch inhaltlich für die Untersuchung der Verhaltenskomponenten depressiver Störungen als sehr relevant.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das identifizierte Vier-Faktoren-Modell zeitlich hinreichend stabil und inhaltlich ausreichend differenzierend erscheint, um sowohl Entwicklungsveränderungen als auch mehrere potentielle Verhaltensdimensionen depressiven Verhaltens in reliabler und valider Weise abzubilden. Auf der Grundlage der gewonnenen Verhaltensdimensionen wurden daher für die weitere Untersuchung individuelle Verhaltenskennwerte gebildet.

4.2.2.2 Skalierung und Reliabilität der Verhaltensdimensionen

Zur Operationalisierung der Verhaltensdimensionen sollten auf der Basis der Strukturen der Faktorenladungen Items ausgewählt werden, die die Verhaltensdimension möglichst präzise bestimmen. Kriterien der Auswahl waren einerseits ein möglichst

eindeutiges Ladungsmuster der Items zu einem bestimmten Meßzeitpunkt und die longitudinale Konstanz des Ladungsmusters, andererseits aber auch inhaltliche Gesichtspunkte. Es sollte dabei gewährleistet sein, daß die ausgewählten Items den Faktor in inhaltlich eindeutiger Weise definieren und längsschnittlich invariant sind, um ein stabiles Bezugssystem zur Bestimmung von zeitlicher Stabilität in der Entwicklung zu gewinnen. Soweit möglich, wurden daher nur Items berücksichtigt, deren Faktorenladungen längsschnittlich konsistent auf dem zu definierenden Faktor nach der Rotation mehr als .60 betrugen und die gleichzeitig auf anderen Faktoren möglichst niedrig luden (< .30). Dies konnte bei den ersten beiden Faktoren grundsätzlich gewährleistet werden, da deren Struktur auch über die Meßzeitpunkte hinweg weitgehend invariant war[5].

Die Itemauswahl bei den zwei letzten, schwächeren Faktoren erwies sich insgesamt als etwas schwieriger, da die Faktorenladungen allgemein etwas geringer waren und einige Items auf beiden Faktoren etwa gleich hoch oder zu anderen Meßzeitpunkten auf dem anderen Faktor luden. Daher konnte keine feste Ladungsgrenze zur Auswahl festgelegt werden. Es wurde deshalb vor allem nach inhaltlichen Kriterien entschieden. Dabei wurden Items mit unklaren Ladungsmustern nicht berücksichtigt[6]. Für die Operationalisierung der Dimension *sozialer Rückzug* konnten neun Items, für die der Dimension *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* zehn Items ausgewählt werden (siehe Anhang).

Interne Reliabilität und Summenwert

Bei der Prüfung der Skalierbarkeit der ausgewählten Items zu jedem Faktor ergaben sich beachtliche interne Homogenitäten der gebildeten Skalen. So konnte für die Skala *Konzentrationsprobleme* (Faktor I) ein Cronbach α von .95/.97/.96 errechnet werden, für die Skala *negatives und aggressives Verhalten* (Faktor II) ein α von .92/.94/.95. Nur geringfügig niedriger waren die berechneten Homogenitäten der beiden schwächeren Faktoren: Für die Skala *sozialer Rückzug* (Faktor III) ergab sich ein α von .89/.87/.90, für die Skala *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* (Faktor IV) ein α von .85/.91/.89 (die Zahlen beziehen sich jeweils auf das Alter von 9, 12 und 15 Jahren). Aufgrund der hohen internen Homogenitäten der Skalen wurde entschieden, aus den beschriebenen Itemgruppen jeweils einen Summenwert als globales Verhaltensmaß zu berechnen. Die Items gingen ungewichtet in die Summenwerte ein. In einigen Fällen mußten fehlende Werte einzelner Items ersetzt werden, um vollständige Datensätze zu erhalten. Voranalysen erbrachten Mittelwertsunterschiede der Items hinsichtlich der Designvariablen allgemeine Fähigkeit, soziale Schicht (hier dichotom „hoch/niedrig") und Geschlecht. Um den durch die Substitution fehlender Werte entstehenden Fehler möglichst gering zu halten, wurden diese durch die Mittelwerte der durch die Designvariablen definierten Zellen ersetzt. Mit Hilfe der so konkretisierten basalen Verhaltensdimensionen

---

[5] Tabellen zur Itemauswahl der vier verschiedenen Kennwerte finden sich im Anhang der Arbeit (Tab. I bis IV).

[6] Lediglich ein Item wurde zweifach verwendet, weil es inhaltlich sowohl zu *sozialem Rückzug* als auch zu *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* zu rechnen war (K18, „Schüler traut sich nicht, Hilfe bei anderen zu suchen", siehe Tab. III und IV des Anhangs).

wurde nun analysiert, inwieweit Kinder mit unterschiedlich ausgeprägten depressiven Symptomatiken im Alter von sieben Jahren sich auch zu späteren Entwicklungsstufen unterscheiden lassen. Dies ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

4.2.3 Unterschiede depressiver[7] und nichtdepressiver Kinder: Die differentielle Stabilität depressiver Einzelsymptome

Die mit sieben Jahren hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik klassifizierten Kinder (vgl. Abschnitt 4.1.2) wurden im folgenden auf ihre Unterschiede im schulischen Verhalten, operationalisiert durch die einzelnen Summenwerte der vier Basisdimensionen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren, untersucht. Die Untersuchung verfolgte mehrere Ziele: Einerseits sollte die Hypothese invarianter depressiver Merkmale von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz geprüft werden (Symptomstabilität, vgl. Abschnitt 2.4). Ihre Bestätigung würde die Angemessenheit der diagnostischen Kriterien des DSM III für die affektiven Störungen in der Kindheit bestätigen. Andererseits sollte geprüft werden, inwieweit die Klassifikation mit sieben Jahren durch Unterschiede in depressionsrelevanten Verhaltensdimensionen validiert werden kann. Letztlich sollte die Analyse auch erhellen, inwieweit unter Verwendung von standardisierten Instrumente der Lehrerbefragung depressionsrelevante Verhaltensmerkmale erhoben werden können.

Die folgenden Untersuchungen wurden mit einfaktoriellen varianzanalytischen Plänen vorgenommen, in die die vier Verhaltenskennwerte als abhängige, meßwiederholte Faktoren eingingen. Die Endklassifikation depressiver Symptomatik im Alter von sieben Jahren wurde dabei als der Faktor möglicher Merkmalsvarianz betrachtet. Die unterschiedlichen und nicht zueinander proportionalen Gruppengrößen (N = 46/21/12/9) stellten dabei ein methodisches Problem dar, da sie die statistischen Parameter der Varianzanalyse in unkontrollierbarer Weise beeinflussen (Glaser, 1978, S. 165). Auch die nicht vorliegende Normalverteilung der vier Verhaltenskennwerte stellt eine Verletzung der Voraussetzungen für die Anwendung der Varianzanalyse dar. Zur Umgehung des Problems nicht vergleichbarer Gruppengrößen wäre denkbar gewesen, die Zellen durch nach dem Zufall vorgenommene Eliminierung von Individuen zu proportionalisieren. Jedoch erschien dies im vorliegenden Fall nicht sinnvoll, weil die Gruppengröße der Kinder mit *schwerer depressiver Symptomatik* ohnehin recht klein war. Es wäre zwar denkbar gewesen, die beiden Gruppen mit eindeutig depressiver Symptomatik (N = 12 und N = 9) als einheitliche Gruppe zu betrachten, um damit im Sinne der Varianzanalyse vergleichbare Zellengrößen zu erhalten. Dies schien aber ebenfalls nicht sinnvoll, da es ein weiteres Ziel der Untersuchung war zu prüfen, inwieweit diese beiden Gruppen sich auch im späteren Verhalten unterscheiden. Da der Zweck der Verwendung der Varianzanalyse in der vorliegenden Unter-

[7] Zur sprachlichen Vereinfachung wird hier und im folgenden von „depressiven" Kindern gesprochen. Um den Vorwurf des „labeling" zu entkräften: Gemeint sind natürlich Kinder, bei denen depressive Symptome oder ein depressives Syndrom beobachtet wurden.

suchung nicht primär eine Prüfung von Hypothesen, sondern eher eine Exploration von Verhaltensunterschieden war, wurden diese methodischen Ungenauigkeiten zunächst in Kauf genommen. Zusätzliche Analysen mit proportionalisierten Zellengrößen ergaben vergleichbare Ergebnisse und rechtfertigten somit diese Strategie. Dennoch müssen die Ergebnisse der inferenzstatistischen Prüfungen vorsichtig interpretiert werden.

Die vier einfaktoriellen Varianzanalysen mit Meßwiederholung und anschließenden post-hoc-Tests der Mittelwertsunterschiede der Depressionsgruppen (Duncan-Test für Paarvergleiche, vgl. Glaser, 1978, S. 127) ergaben folgendes Bild der Entwicklung depressiver Symptomatiken (siehe auch die Abb. 4 bis 7 sowie die Tab. 10 bis 13):

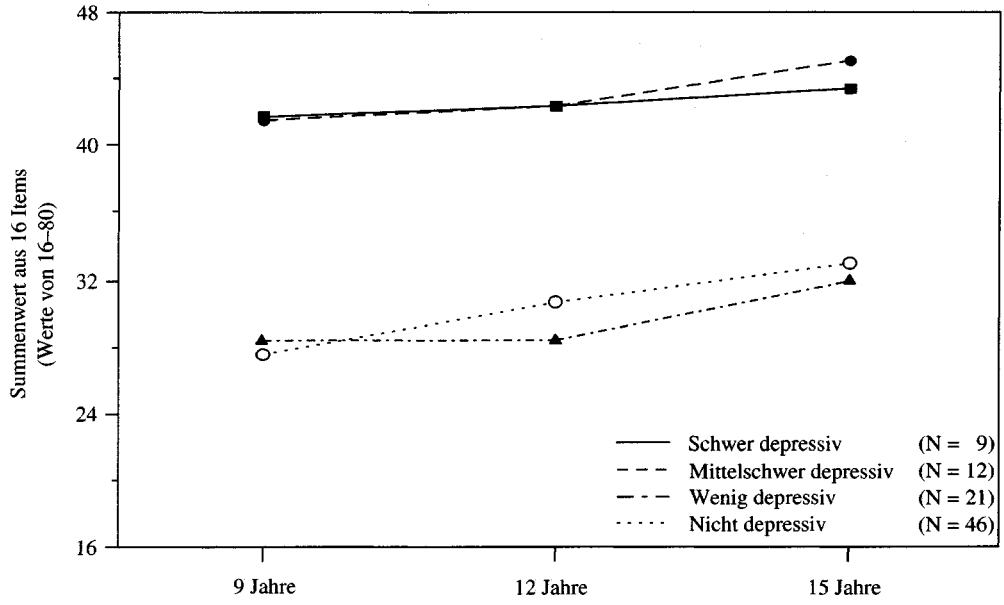
1. Vermehrte Konzentrationsprobleme

Klagen oder Hinweise über verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit stellen im Sinne des DSM III ein diagnostisches Kriterium sowohl der akuten als auch der chronischen Form depressiver Störungen dar (vgl. Abschnitt 2.1.4). Insofern war es wichtig zu prüfen, inwieweit die im Alter von sieben Jahren in bezug auf ihre depressive Symptomatik klassifizierten Kinder sich später hinsichtlich ihrer Konzentrationsfähigkeit im Unterricht ebenfalls unterscheiden lassen. Abbildung 4 und Tabelle 10 verdeutlichen die Ergebnisse dieser Analyse: Kinder, die im Alter von sieben Jahren aufgrund ihrer Verhaltensbeschreibungen als depressiv eingestuft wurden, zeigen im Urteil ihrer Klassenlehrer konstant wesentlich mehr Konzentrationsprobleme im Unterricht als jene Kinder, deren depressive Symptomatik bei Schuleintritt entweder eher gering war oder die überhaupt keine depressiven Symptome zeigten ($F = 7{,}45$, $p < .000$; vgl. Tab. 10).

Es fällt auf, daß die beiden depressiven Gruppen von Kindern in dieser ersten basalen Verhaltensdimension – im Gegensatz zu den folgenden Kennwerten – von den Lehrern praktisch identisch eingestuft werden, sich also hinsichtlich dieses Symptoms offensichtlich völlig gleichen. Hingegen können Kinder mit einzelnen depressiven Symptomen im Alter von sieben Jahren hinsichtlich ihrer Konzentrationsprobleme symptomfreien Kindern gleichgestellt werden. Dies gilt für die gesamte untersuchte Zeitspanne von 9 bis 15 Jahren.

Der zeitliche Verlauf des Merkmals verdeutlicht, daß die Unterschiede in der Konzentrationsfähigkeit depressiver und nichtdepressiver Kinder vom Schuleintritt bis zur Adoleszenz invariant bestehenbleiben ($F = 0{,}2$, n.s.; vgl. Tab. 10). In bezug auf Probleme der Konzentrationsfähigkeit kann man aufgrund dieses Ergebnisses von einer hohen Symptomstabilität der Störung sprechen. Dieser Befund bestätigt damit die Angemessenheit dieses diagnostischen Kriteriums des DSM III auch für Kinder und Jugendliche. Die Ergebnisse können aber auch als erste Validierung der Klassifikation mit sieben Jahren angesehen werden: Die Einteilung unterschiedlicher Symptombilder bleibt in späteren Entwicklungsstufen in bezug auf Konzentrationsprobleme erhalten; Kinder mit wenigen oder keinen Symptomen im Alter von sieben Jahren lassen sich auch später von den Kindern beziehungsweise Jugendlichen unterscheiden, die im Alter von sieben Jahren eindeutige Symptome aufwiesen.

Abbildung 4: Entwicklungsveränderungen von *Konzentrationsproblemen* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren



DUNCAN-Test: S, M > W, N* S, M > W, N* S, M > W, N*

* $p < .05$

Die Konzentrationsprobleme aller Kinder nehmen insgesamt gesehen während der untersuchten Zeitspanne wenig zu ($F = 2{,}11$, n.s.; vgl. Tab. 10), und auch nicht differentiell bei einzelnen Gruppen unterschiedlicher depressiver Symptomatik. Das Lehrerurteil ist also insgesamt hinsichtlich dieser Dimension als ein stabiler und invarianter Verhaltensindikator zu betrachten – trotz wechselnder Lehrer und erheblicher Unterschiede in den schulischen Anforderungen während dieser Entwicklungsspanne.

Tabelle 10: *Konzentrationsprobleme* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

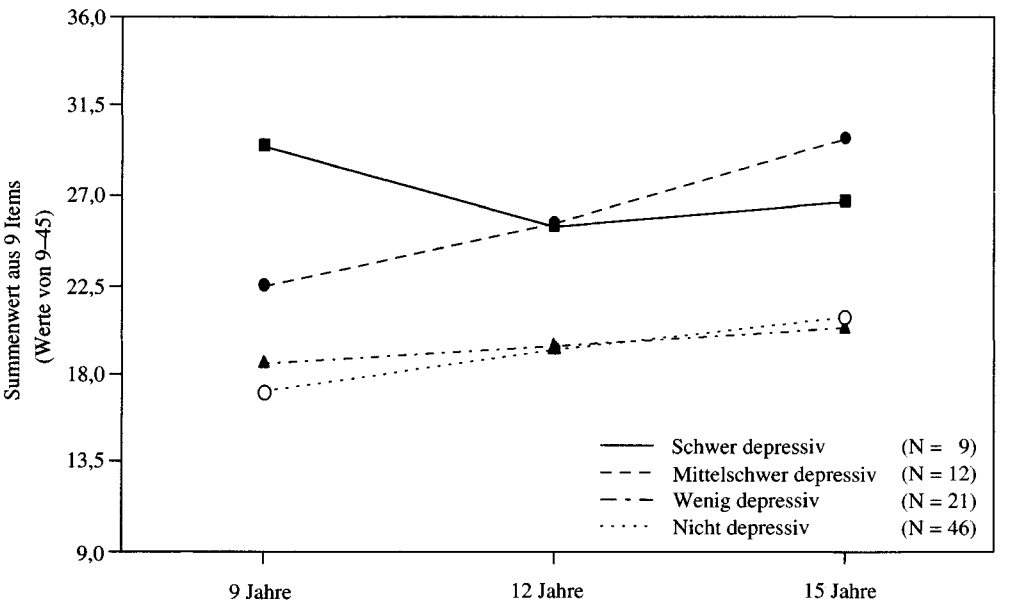
Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	7746,80	2582,27	7,45	0,000
Zeit	2	422,98	211,49	2,11	n.s.
Zeit × Depression mit 7 Jahren	6	117,97	19,66	0,20	n.s.

2. Verstärkte Tendenz zum sozialen Rückzug

Die Tendenz zu sozialem Rückzug ist nach den diagnostischen Kriterien des DSM III ebenfalls ein Merkmal der chronisch-depressiven Störung. Die eng damit verknüpfte Problematik des Vermeidungsverhaltens von Kindern nach traumatischen Trennungen oder von Kindern mit zurückweisenden oder wenig affektiven Müttern wurde in bezug auf bindungstheoretische Modelle depressiver Störungen ausführlich dargestellt. Auf den noch unklaren funktionalen Zusammenhang zwischen Rückzugsverhalten und depressiven Störungen wurde dabei hingewiesen (vgl. Abschnitt 2.2.3). Der aktive Rückzug von sozialem Kontakt kann als ein hervorstechendes Merkmal akut-depressiver Zustände bei Erwachsenen angesehen werden (wenngleich dies nicht in den diagnostischen Kriterien des DSM III für die akut-depressive Störung verankert ist). Wie verhält es sich aber bei Kindern und Jugendlichen?

Abbildung 5 und Tabelle 11 veranschaulichen das Ergebnis der entsprechenden Analysen zum Zusammenhang von frühen depressiven Symptomatiken und späterem Rückzugsverhalten im Unterricht. Ähnlich wie hinsichtlich ihrer Konzentrationsprobleme werden Kinder, die im Alter von sieben Jahren als depressiv beurteilt wurden, von den Lehrern insgesamt als wesentlich stärker sozial zurückgezogen beurteilt als die nichtdepressiven Kinder gleichen Alters. Dies gilt zunächst über alle untersuchten Altersstufen hinweg ($F = 14{,}87$, $p < .000$; vgl. Tab. 11).

Abbildung 5: Entwicklungsveränderungen von *sozialem Rückzug* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren



DUNCAN-Test: S > M > N* S, M > W, N* S, M > W, N*

* $p < .05$

Etwas anders verhält es sich, wenn man die beiden Depressionsgruppen in ihrem Verlauf betrachtet: Während die Kinder mit mittlerer depressiver Symptomatik zunächst deutlich weniger Rückzug im Unterricht zeigen als die Kinder mit schwerer Symptomatik und sich im Alter von neun Jahren nicht signifikant von Kindern mit wenigen Symptomen unterscheiden, nimmt ihr Rückzugsverhalten später im Vergleich zu den schwer depressiven Kindern konstant zu ($F = 2{,}11$, $p < .06$; vgl. Tab. 11). Im Alter von 12 und 15 Jahren unterscheiden sie sich nicht mehr von den Kindern mit anfänglich schwerer Symptomatik, deren Rückzugsverhalten zu Beginn der Adoleszenz eher abnimmt. Von der insgesamt wesentlichen Zunahme des Rückzugsverhaltens aller Kinder ($F = 3{,}81$, $p < .03$) sind daher hauptsächlich Kinder mit mittlerer depressiver Symptomatik bei Schuleintritt betroffen.

Tabelle 11: *Sozialer Rückzug* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	2556,04	852,01	14,87	0,000
Zeit	2	206,23	103,11	3,81	0,024
Zeit × Depression mit 7 Jahren	6	342,38	57,06	2,11	0,055

Ungeachtet des unterschiedlichen Entwicklungsverlaufs bleibt festzuhalten, daß beide Depressionsgruppen sich durchgängig mehr von ihren Mitschülern und Lehrern zurückziehen als Kinder, die keine depressiven Merkmale im Alter von sieben Jahren zeigten. Daher kann auch in diesem Fall zunächst davon ausgegangen werden, daß das diagnostische Kriterium „sozialer Rückzug" des DSM III für die weniger schwere, chronische Form der Störung im Prinzip auch für Kinder und Jugendliche angemessen ist. Jedoch weisen die Ergebnisse in die Richtung, daß dieses Merkmal entwicklungsbedingten Veränderungen unterworfen ist, die möglicherweise eine stärkere Unterscheidung zwischen verschiedenen Störungsformen notwendig machen. Darauf wird in der Diskussion der Befunde dieses Kapitels näher eingegangen werden (Abschnitt 4.3). Auch dieser Befund kann als Validierung der Klassifikation im Alter von sieben Jahren angesehen werden, da die Einteilung in depressive und nichtdepressive Kinder auch in bezug auf sozialen Rückzug während späterer Entwicklungsstufen weitgehend bestehenbleibt.

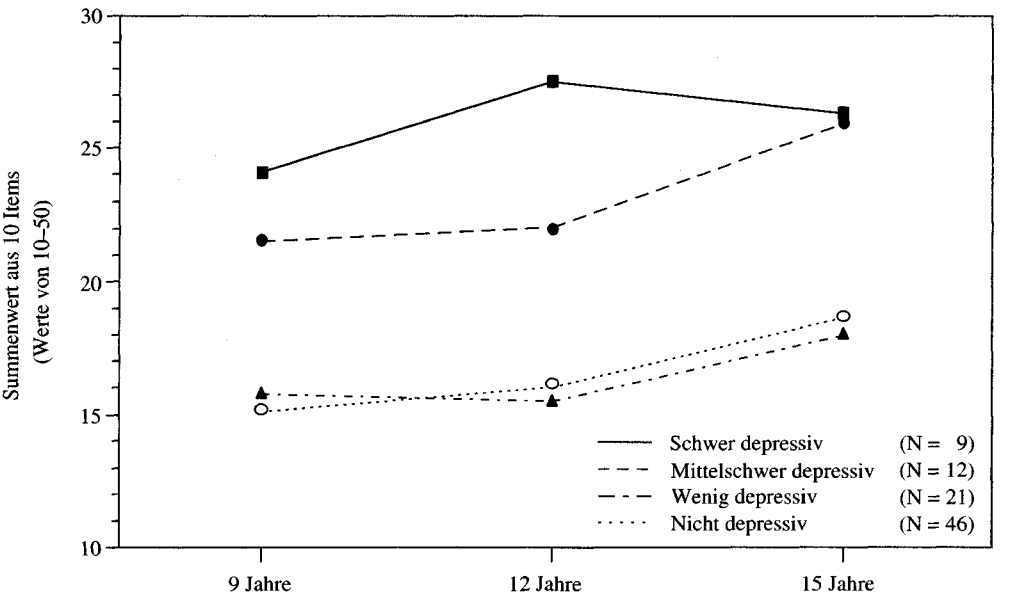
3. Erhöhte Tendenz zu hilflosem und ängstlichem Verhalten

Aufgrund theoretischer Überlegungen im Zusammenhang mit dem Konzept der *Erlernten Hilflosigkeit* (vgl. Abschnitt 2.2.2) konnte angenommen werden, daß Kinder mit frühen depressiven Merkmalen sich später in der Schule insgesamt gesehen hilfloser und ängstlicher verhalten als Kinder ohne entsprechende Symptomatik. Typische

Merkmale dieses Verhaltens sind etwa häufiges Weinen, schnelles Resignieren angesichts eines Problems oder Schwierigkeiten, die eigenen Rechte gegenüber anderen zu verteidigen. Kinder mit erhöhter Tendenz zu hilflosem und ängstlichem Verhalten werden von den Lehrern auch als empfindlicher, ängstlicher, unsicherer und „traurigerer" beschrieben als ihre Mitschüler (vgl. Tab. IV des Anhangs). Obwohl diese Verhaltensweisen aus theoretischer Sicht als typisch für depressive Störungen angesehen werden müssen, finden sie sich nur teilweise (wie etwa der traurige und niedergeschlagene Gesichtsausdruck) unter den diagnostischen Kriterien des DSM III. Abbildung 6 und Tabelle 12 verdeutlichen dagegen, daß in bezug auf diese Verhaltensweisen die diagnostischen Kriterien des Manuals möglicherweise nicht ausreichend sind: Wie erwartet verhalten sich Kinder, die zu Schulbeginn als depressiv eingestuft wurden, in allen untersuchten Altersstufen wesentlich hilfloser und ängstlicher als Kinder ohne entsprechende Symptomatik im Alter von sieben Jahren ($F = 15{,}97$, $p < .000$; vgl. Tab. 12).

Ähnlich wie im Fall von Konzentrationsproblemen und sozialem Rückzug unterscheiden sich die Kinder, bei denen anfangs keine depressiven Symptome festgestellt werden konnten, hinsichtlich hilflosen und ängstlichen Verhaltens faktisch nicht von jenen, die nur einzelne Symptome zeigten. Bei beiden Gruppen kann das in Frage

Abbildung 6: Entwicklungsveränderungen von *hilflosem/ängstlichem Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren



DUNCAN-Test: S, M > W, N* S > M > W, N* S, M > W, N*

* $p < .05$

Tabelle 12: *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	3042,93	1014,31	15,97	0,000
Zeit	2	302,64	151,32	6,06	0,003
Zeit × Depression mit 7 Jahren	6	95,84	15,97	0,64	n.s.

stehende Verhalten in der mittleren Kindheit und zu Beginn der Adoleszenz kaum beobachtet werden, und es nimmt im Verlauf der Pubertät nur geringfügig zu. Die allgemeine Zunahme von Angst und Hilflosigkeit während der Adoleszenzphase scheint für diese Entwicklungsperiode typisch zu sein ($F = 6{,}06$, $p < .003$; vgl. Tab. 12).

Kinder mit anfänglicher mittlerer depressiver Symptomatik sind dagegen weit mehr von Angst und Hilflosigkeit betroffen. Bei ihnen nimmt dieses Symptom im Verlauf der Pubertät auch am stärksten zu. Sie unterscheiden sich mit 15 Jahren nicht mehr von den Kindern, die bei Schuleintritt die schwersten depressiven Symptome zeigten. Dennoch sind sie im Alter von zwölf Jahren weniger hilflos und ängstlich als die schwer depressiven Kinder und ähneln im Symptomverlauf eher den normalen Kindern. Kinder mit anfänglich schweren depressiven Symptomen zeigen zu allen untersuchten Entwicklungsperioden am meisten Hilflosigkeit und Angst. Bei ihnen nimmt die Ausprägung dieses Symptoms bereits zu Beginn der Adoleszenz zu, also früher als bei allen anderen Kindern. Ihr Symptomverlauf kann jedoch trotz dieser Zunahme als weitgehend konstant angesehen werden.

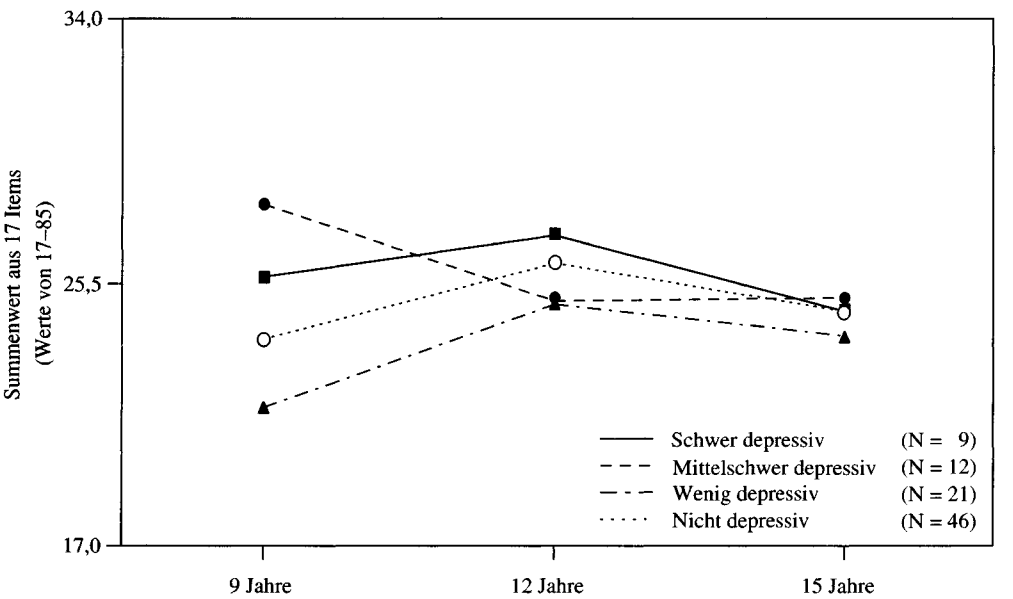
Auch Hilflosigkeit und Angst scheinen demnach typische und weitgehend entwicklungsinvariante Symptome depressiver Störungen zu sein, wie aufgrund der Theorie der *Erlernten Hilflosigkeit* bereits vermutet wurde. Wiederum unterstreichen die Befunde zu diesem Problemverhalten die Validität der entwickelten Klassifikation mit sieben Jahren. Sollten sich diese Befunde replizieren lassen, wäre eine Erweiterung der diagnostischen Kriterien des DSM III um dieses Symptom bei Kindern und Jugendlichen notwendig. Auch hier wäre jedoch, ähnlich wie bei sozialem Rückzug, im Hinblick auf verschiedene Formen der Störung eine gewisse entwicklungsbedingte Differenzierung in Erwägung zu ziehen, insofern man die beiden Gruppen unterschiedlicher Symptomatik als Ausdruck verschiedener Formen der kindlichen Depression betrachtet. Darauf wird im Verlauf der Diskussion der Ergebnisse zur Symptomstabilität depressiver Störungen noch näher eingegangen werden (Abschnitt 4.3).

4. Keine vermehrten negativen und aggressiven Verhaltensweisen

Das Verhältnis früher depressiver Störungen zu späteren negativen und aggressiven Verhaltensweisen (die letzte der vier basalen Verhaltensdimensionen) war aus theoretischer Sicht nicht klar vorauszusagen. Versteht man diese Verhaltensdimension als

Operationalisierung der nosologischen Kategorie der Verhaltensstörungen, so sollten depressive Störungen im Sinne von eindeutigen Störungsbildern von ihnen klar abgegrenzt werden können (diskriminante Validität). Mit anderen Worten sollten die im Alter von sieben Jahren als depressiv klassifizierten Kinder sich auf dieser Dimension nicht von den anderen Kindern unterscheiden. Es finden sich jedoch in der Literatur einige Hinweise darauf, daß innerhalb des Konzeptes der *maskierten Depression* (vgl. Abschnitt 2.1.2) ausagierendes Verhalten als Kennzeichen depressiver Störungen in der mittleren Kindheit angesehen werden kann (Cytryn & McKnew, 1972; Carlson & Cantwell, 1980). Im DSM III werden dementsprechend „Reizbarkeit" oder „übermäßiger Zorn" (gegenüber Eltern oder Pflegepersonen) bei Kindern als ein Hinweis auf die chronisch-neurotische Störungsform der Depression gewertet (vgl. Abschnitt 2.1.4). Unklar war jedoch, inwieweit die hier untersuchte Operationalisierung von negativem und aggressivem Verhalten sich mit typischen ausagierenden Verhaltensweisen „maskiert depressiver" Kinder deckt. Wir gingen eher davon aus, daß der hier untersuchte Summenwert eine zu grobe Kennzeichnung negativer und aggressiver Verhaltensweisen darstellt, als daß er dieses spezifische Verhalten des Ausagierens abdecken konnte. Abbildung 7 und Tabelle 13 veranschaulichen die Unterschiede zwischen depressiven und nichtdepressiven Kindern in bezug auf *negatives und aggressives Verhalten* im Untersuchungszeitraum:

Abbildung 7: Entwicklungsveränderungen von *negativem und aggressivem Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren



DUNCAN-Test: M > W*

* $p < .05$

Tabelle 13: *Negatives und aggressives Verhalten* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	206,12	68,70	0,44	n.s.
Zeit	2	49,17	24,58	0,41	n.s.
Zeit × Depression mit 7 Jahren	6	210,00	35,00	0,58	n.s.

Insgesamt gesehen zeigen die einzelnen Gruppen fast keine Unterschiede hinsichtlich negativer Verhaltensweisen. Die im Alter von sieben Jahren als depressiv klassifizierten Kinder sind nicht aggressiver oder negativer im Unterricht als andere, normale Kinder (F = 0,44, n.s.; vgl. Tab. 13). Die im Alter von neun Jahren bestehenden, ohnehin geringen Unterschiede verschwinden mit fortschreitender Entwicklung zunehmend, obgleich diese zeitliche Veränderung ebenfalls nicht als wesentlich angesehen werden kann (F = 0,58, n.s.; vgl. Tab. 13). Auch die Kinder mit schweren depressiven Störungsbildern im Alter von sieben Jahren zeigen nicht mehr aggressives oder negatives Verhalten als normale Kinder und gleichen ihnen im Entwicklungsverlauf dieses Verhaltensmerkmals. Bei ihnen können auch hier keine Anzeichen für die Verdecktheit depressiver Störungsbilder durch ausagierendes Verhalten oder andere Symptome festgestellt werden.

Auffallend ist allerdings erneut der abweichende Entwicklungsverlauf negativer Verhaltensweisen bei den mittelschwer depressiven Kindern. Sie verhalten sich mit neun Jahren tendenziell am negativsten und aggressivsten (wobei die Unterschiede nur in bezug auf die Kinder mit Einzelsymptomen im Alter von sieben Jahren signifikant sind). Mit Beginn der Pubertät scheint jedoch, ganz anders als bei allen anderen Kindern, dieses Verhalten abrupt nachzulassen. Mit 12 Jahren verhalten sie sich tendenziell am wenigsten negativ und aggressiv. Obwohl diese Befunde statistisch gesehen keine Bedeutung haben, lassen sie sich möglicherweise als Indiz dafür werten, daß das Konzept der *maskierten Depression* für minder schwere Formen der Störung eine gewisse Gültigkeit haben könnte. Dies würde die Aufnahme dieses Symptoms innerhalb der diagnostischen Kriterien der *dysthymen Störung* (chronisch-neurotische Depression) des DSM III für Kinder unterstreichen.

Zusammengefaßt deuten die Ergebnisse jedoch darauf hin, daß depressive Störungen von der Kategorie der Verhaltensstörungen während des gesamten untersuchten Zeitraumes klar unterschieden werden können (diskriminante Validität), womit ein weiterer Beleg für die Rechtfertigung dieser Störungskategorie gegeben ist (vgl. Abschnitt 2.1.1). Darüber hinaus belegen die Befunde ein weiteres Mal die Validität der in dieser Untersuchung vorgenommenen Klassifikation depressiver Störungsbilder im Alter von sieben Jahren.

4.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Der vorausgegangene erste Abschnitt des empirischen Teils dieser Arbeit verfolgte im wesentlichen zwei Ziele: Zum einen wurde mit Hilfe eines neu entwickelten Klassifikationsschemas der Versuch unternommen, unstandardisiertes Material der Verhaltensbeobachtung durch Laien hinsichtlich depressiver Verhaltensweisen und Reaktionsmuster auszuwerten. Zum anderen wurde anhand von standardisierten Verhaltensbeschreibungen von Lehrern untersucht, in welcher Weise sich das Symptombild depressiver Störungen in der Kindheit und Adoleszenz in bezug auf bestimmte Verhaltensmerkmale entwickelt und verändert. Im Hinblick auf die geschilderte unklare diagnostische Situation depressiver Störungen in der Kindheit sollte dies eine weitere Klärung erbringen, ob die heute sehr verbreitete Annahme eines in weiten Bereichen entwicklungsinvarianten Störungsbildes *(Symptomstabilität)* gerechtfertigt erscheint.

Die Konstruktion eines neuen Klassifikationsschemas im Alter von sieben Jahren geschah aus mehreren wichtigen Gründen: Es sollte zunächst eine diagnostische Ausgangsbasis bereits im Alter von sieben Jahren (also zu Beginn der gesamten Längsschnittstudie) geschaffen werden, um spätere Verhaltensmerkmale depressiver Kinder anhand von Lehrerbeobachtungen untersuchen zu können. Mit einem von Lehrerdaten unabhängigen Maß war auch die Möglichkeit gegeben, die Validität von standardisierten Lehrerbefragungen in bezug auf depressive Symptome zu ermitteln. Ferner sollte mit dem vorhandenen Material der Längsschnittstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" ein möglichst langer Entwicklungszeitraum untersucht werden, um die Veränderung depressiver Störungen über kritische Entwicklungsphasen hinweg verfolgen zu können. Das erschien insbesondere im Hinblick auf die Untersuchung der Vorhersagekraft und damit der klinischen Relevanz früher depressiver Störungsmuster *(prädiktive Validität)* von vordringlicher Bedeutung zu sein, da dieses Kriterium einen wichtigen Bestandteil des psychiatrischen Störungskonzeptes darstellt. Auf die damit zusammenhängenden sozialpolitischen Konsequenzen wurde bereits hingewiesen (vgl. Kap. 2). Ferner ergab die Klassifikation eine Einschätzung der Prävalenz bereits zu Beginn der Schulzeit, wodurch ätiologische Faktoren des Schulalters und Entwicklungseinflüsse einer neuen sozialen Umwelt (Schule) besser kontrolliert werden können. Mit Blick auf Präventionsmöglichkeiten sollte schließlich auch die Aussagekraft von Laienbeobachtungen zur schnelleren Erkennung psychischer Problemzustände beurteilt werden.

Das entwickelte Klassifikationsschema erwies sich mit Blick auf die deutlichen und spezifischen späteren Verhaltensunterschiede der als depressiv beziehungsweise nichtdepressiv klassifizierten Kinder als weitgehend valide und brauchbar (vgl. Abschnitt 4.2.3): Wichtige depressionsrelevante Merkmale wie zum Beispiel die Tendenz zu sozialem Rückzug, zu Konzentrationsstörungen und zu hilflosem und ängstlichem Verhalten konnten durch die Klassifikation über einen langen Entwicklungszeitraum hinweg zuverlässig vorhergesagt werden *(konvergente Validität)*. In bezug auf späteres aggressives und negatives Verhalten, ein Merkmal, das als eher depressionsuntypisch angesehen werden muß, erbrachte die vorgenommene Klassifikation dagegen keine Unterschiede zwischen depressiven und nichtdepressiven Kindern zu späteren Meßzeitpunkten. Die diagnostische Indifferenz des Instrumentes gegenüber anderen Stö-

rungsbildern der Kindheit, insbesondere gegenüber Verhaltensstörungen, konnte damit belegt werden *(diskriminante Validität)*. Dies gilt jedoch nicht für die verschiedenen Angstsyndrome, die in diagnostischen Manualen genannt werden. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, daß das Klassifikationsschema auch viele Aspekte dieser Störungsbilder mit erfaßt. Im DSM III werden drei Angstsyndrome des Kindes- und Jugendalters genannt, die deutliche Überschneidungen mit Symptomen der Depression zeigen. Hier sind insbesondere das *Angstsyndrom mit Trennungsangst* und das *Angstsyndrom mit Überängstlichkeit* zu nennen (vgl. Abschnitt 2.2.4). In diagnostischen Studien an klinischen Stichproben konnte mehrmals gezeigt werden, daß das Symptombild von Kindern oft Kriterien sowohl von Angstsyndromen als auch von depressiven Störungen erfüllt (vgl. Kazdin, 1990). Dieser als *Komorbidität* bezeichnete Umstand könnte ein Hinweis darauf sein, daß diese in ihren Symptomen verwandten Syndrome entweder ähnlichen Ursprungs sind, verschiedene Aspekte einer gemeinsamen Störung darstellen oder ätiologisch das eine Syndrom eine Folge des anderen ist. Bisher konnte jedoch das Verhältnis dieser beiden Syndrome nicht weiter geklärt werden; hier ist weitere Forschung nötig. Auch im hier entwickelten Klassifikationsschema konnte diesbezüglich keine weitere Abgrenzung vorgenommen werden, weil dazu das Material nicht ausreichend war. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, daß bestimmte Angstsyndrome, soweit sie deutliche Symptomüberschneidungen zur Depression aufweisen, in der Klassifikation mit erfaßt wurden.

Auch hinsichtlich der diagnostischen Kriterien der depressiven Störung konnte das entwickelte Klassifikationsschema nicht alle relevanten Merkmale erfassen. Das betrifft zum einen somatische Symptome wie Eß- und Schlafverhalten der Kinder, zum zweiten suizidale Merkmale des Kindes, beides Aspekte, die in einer Interviewsituation nicht durch Beobachtung diagnostiziert werden können. Auch über die zeitliche Persistenz des Symptombildes konnten aufgrund des Materials nur unvollständige Aussagen gemacht werden. Insofern muß daher zusammenfassend gesagt werden, daß wichtige Hinweise für die Reliabilität und Validität des Instrumentes zwar vorliegen, daß aber aufgrund der Datenlage nicht abschließend beurteilt werden kann, inwieweit Überschneidungen mit Angstsyndromen vorliegen und welchen klinischen Status die hier vorgenommene Diagnose hat. Hier könnte nur ein empirischer Vergleich dieses Klassifikationsschemas mit anderen, bereits ausreichend validierten diagnostischen Instrumenten Klärung bringen. Inwieweit verläßliche Verfahren für diese Entwicklungsstufe überhaupt zum jetzigen Zeitpunkt vorliegen, ist jedoch bisher unklar geblieben.

Hinsichtlich der Prävalenz depressiver Störungsbilder bei isländischen Stadtkindern im Schuleintrittsalter von sieben Jahren ergab sich mit Hilfe des entwickelten Verfahrens folgendes Bild: Unterscheidet man bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen zwischen einer schweren akuten (*Typ A* nach Kendell, 1976) und einer weniger schweren, chronisch-neurotischen Form der Störung (*Typ B*, wie oben), so ergeben sich in der hier untersuchten Stichprobe aus einer städtischen Umgebung Islands Vorkommensraten von 4,5 Prozent bis etwa 10 Prozent für die schwerere, akute Form und Raten von 13,6 Prozent bis etwa 19 Prozent für die weniger schwere, chronisch-neurotische Form der Depression bei Kindern im frühen Schulalter (die Zahlen schwanken in Abhängigkeit vom betrachteten Klassifikationsgrenzwert der schweren Form der

Depression). Diese Raten erscheinen mit Blick auf vergleichbare Untersuchungen sehr hoch. Zieht man die Charakteristiken der hier untersuchten Extremgruppenstichprobe in Betracht, so ergeben sich Raten von etwa 2 Prozent bis 19 Prozent (*Typ A* oder schwerere Form) und Raten von 6,5 Prozent bis etwa 21 Prozent (*Typ B* oder weniger schwere Form). Diese extremen Schwankungen zeigen, daß die Prävalenz depressiver Störungen offensichtlich in erheblichem Maße von Stichprobencharakteristiken beeinflußt wird. Da die untersuchte Stichprobe das jeweils obere und untere Drittel einer hypothetischen Verteilung des allgemeinen Fähigkeitsniveaus repräsentiert, kann man davon ausgehen, daß die „wahren" Werte der Vorkommenshäufigkeit depressiver Störungen zwischen den genannten Extremwerten anzusiedeln sind. Da man jedoch nicht von einer Linearität dieses Merkmals ausgehen kann, können zunächst nur die genannten Eckwerte als Orientierung dienen. Hier muß weitere Forschung Klärung bringen.

Möglicherweise liegen aber auch noch andere Gründe für die hohen Prävalenzraten vor: Zum einen ist nicht auszuschließen, daß innerhalb des Klassifikationsverfahrens zu niedrige Schwellenwerte gewählt wurden, oder daß bei einigen der Kinder eine nur kurzzeitige depressive Verstimmung vorlag, was aufgrund des vorhandenen Materials nicht vollständig zu klären war. Insofern kann der diagnostische Status dieses Instrumentes trotz der aufgezeigten prädiktiven Validität nicht als restlos erwiesen angesehen werden. Weiterhin ist denkbar, daß die Prävalenz der Depression bei (isländischen) Kindern aus mehreren Gründen tatsächlich höher ist, als bisherige Studien zeigen. Hier wäre erstens der kulturelle Raum, in dem die Untersuchung stattfand, zu nennen. Es ist (allerdings eher literarisch) bekannt, daß Menschen nordischer Länder einen stärkeren Hang zur Depressivität zeigen als beispielsweise Bewohner des südeuropäischen Raums. Ein wichtiges Indiz hierfür wären die bisher unbestätigten Berichte, daß Island eine der höchsten Suizidraten der Welt unter seinen Jugendlichen aufweist. Zweitens ist aber auch denkbar, daß auch heute noch viele Forscher und Praktiker dazu neigen, die Störung zu wenig zu beachten oder sie anderen Störungsbildern zuzuordnen. Die oben angesprochene Komorbidität von depressiven Syndromen und Angstsyndromen wäre ein deutlicher Hinweis in diese Richtung. Schließlich kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, daß die Störung bei Kindern in westlichen Kulturen im Zunehmen begriffen ist.

Die Untersuchung der *Symptomstabilität* der depressiven Störung geschah in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe eines wiederholt verwendeten standardisierten Lehrerfragebogens, der aus mehreren gebräuchlichen Instrumenten zur Lehrerbefragung zusammengesetzt war. Die Untersuchung seiner Struktur ergab ein über die Meßzeitpunkte hinweg weitgehend invariantes Vier-Faktoren-Modell des Schülerverhaltens, das inhaltlich die Verhaltensdimensionen *Konzentrationsprobleme, negatives und aggressives Verhalten, sozialer Rückzug* und *allgemeine Hilflosigkeit und Ängstlichkeit* widerspiegelt. Die innere Homogenität dieser Verhaltensdimensionen erwies sich als hoch. Die Analyse späterer Verhaltensunterschiede der im Alter von sieben Jahren hinsichtlich ihrer Depressivität klassifizierten Kinder ergab, daß depressive Kinder sich von nichtdepressiven Kindern hinsichtlich mehrerer Verhaltensdimensionen weitgehend konstant und zeitlich invariant unterscheiden: Über den untersuchten Entwicklungszeitraum hinweg, also von der mittleren Kindheit bis zur Adoleszenz, zeigten

die als depressiv klassifizierten Gruppen von Kindern wesentlich größere Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme im sozialen Kontakt und Hilflosigkeit und Ängstlichkeit als die Gruppe der Kinder, die im Alter von sieben Jahren keine depressive Symptomatik gezeigt hatten. Andererseits erwiesen sich die depressiven Kinder insgesamt als nicht aggressiver oder negativer in ihrem Verhalten als ihre nichtdepressiven Mitschüler. Diese hervorstechende zeitliche Stabilität allgemeiner Verhaltensunterschiede zwischen depressiven und nichtdepressiven Kindern kann als Zeichen dafür gewertet werden, daß – zumindest was die hier untersuchten Dimensionen anbelangt – von einer *hohen Stabilität des Symptombildes* der Depression bei Kindern und Jugendlichen gesprochen werden kann. Die Annahme von im Prinzip identischen klinischen Erscheinungsbildern der Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, wie sie innerhalb des DSM III implizit getroffen wurde, kann nach diesen Befunden zumindest in Teilen unterstützt werden. Unklar bleibt, inwieweit diese Stabilität einzelner Symptome auch für andere wichtige Merkmale depressiver Störungen gilt, wie zum Beispiel für ein gestörtes Eß- und Schlafverhalten, für suizidale Gedanken oder Handlungen sowie für allgemeine Gefühle der Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit oder Schuld. Dies konnte mit dem vorhandenen Material der Lehrerbefragung nicht geklärt werden. Dennoch zeigen die Ergebnisse auf, daß dieses Instrument durchaus in der Lage ist, bestimmte, eher verhaltensorientierte depressive Merkmale von Kindern valide zu diagnostizieren.

Die Ergebnisse sprechen also für eine prinzipielle Angemessenheit der diagnostischen Kriterien innerhalb des DSM III. So konnte erstens bestätigt werden, daß eine *verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit* einen wichtigen Indikator eines depressiven Störungsbildes darstellt, ungeachtet des Alters oder der Entwicklungsperiode des Kindes beziehungsweise Jugendlichen. Dieser Befund könnte ein Hinweis darauf sein, daß eine gestörte Informationsverarbeitung ein zentraler Bestandteil der Störung ist, wie dies auch von der Kognitiven Theorie der Depression (vgl. Abschnitt 2.2.1) vermutet wird. Denkbar ist aber auch, daß dieser Befund eine erhöhte Sensibilität der Lehrer für Konzentrationsprobleme widerspiegelt, da es unmittelbar mit schulischer Leistung zusammenhängt („Mitarbeit"). Zweitens erwies sich auch das Kriterium *sozialer Rückzug* (innerhalb des DSM III ein Merkmal der chronisch-depressiven oder auch *dysthymen* Störung) als ein stabiles Kennzeichen des depressiven Syndroms. Stärker berücksichtigt werden müßten dagegen nach diesen Befunden Anzeichen *hilflosen und ängstlichen Verhaltens,* die innerhalb des DSM III bisher lediglich durch das Leitsymptom *depressive Verstimmung* Eingang gefunden haben. Es wäre zum Beispiel denkbar, daß die inhaltliche Konkretisierung dieser Verhaltensdimension durch die einzelnen Lehrerfragen eine weitere Operationalisierung der diagnostischen Kriterien des DSM III zulassen würde. Die Befunde zum *aggressiven und negativen Verhalten* zeigen, daß die Unterscheidung des DSM III zwischen *Verhaltensstörungen* und *affektiven* Störungen bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll ist: Dieses Verhalten spielt nach den hier vorgestellten Befunden fast keine Rolle innerhalb depressiver Störungsbilder.

Betrachtet man dagegen die *Verhaltensunterschiede der beiden unterschiedenen Depressionsgruppen* in bezug auf die Merkmale sozialer Rückzug, Hilflosigkeit und Ängstlichkeit sowie Aggressivität und Negativität, so sprechen sie für eine Differenzie-

rung der diagnostischen Kriterien der verschiedenen Störungs*formen* der Depression für die mittlere Kindheit: Versteht man die im Alter von sieben Jahren vorgenommene Unterscheidung zwischen mittlerer und schwerer depressiver Symptomatik als Ausdruck der Unterscheidung zwischen der weniger schweren, chronisch-neurotischen Form der Störung *(Typ B* oder *dysthyme* Störung) und der akuten, schweren Form mit psychotischen Tendenzen *(Typ A* oder *typische depressive Episode),* so müßte auf der einen Seite das Merkmal *sozialer Rückzug* in die Klassifikation der akuten Störungsform für Kinder und Jugendliche mit aufgenommen werden. Die hier untersuchten Kinder mit schwerer Symptomatik zeigen in ihrem Entwicklungsverlauf durchgängig die meisten Probleme hinsichtlich ihres Rückzugsverhaltens, und sie lassen sich während der gesamten untersuchten Zeitspanne deutlich von normalen Kindern unterscheiden. Auf der anderen Seite dieses diagnostische Kriterium vor der Adoleszenz offensichtlich nur sehr eingeschränkt für Kinder mit anfänglich weniger schweren („chronisch-neurotischen") depressiven Reaktionen. Diese Kinder zeigen im Unterschied zu den schwer Depressiven in der mittleren Kindheit weit weniger Rückzugstendenzen und weniger hilfloses und ängstliches Verhalten, dagegen eine gewisse Tendenz zu Aggressivität und Negativität. Zu Beginn der Pubertät verschwinden diese Unterschiede zwischen den Depressionsgruppen jedoch rasch, wobei sich die weniger depressiven Kinder den schwer depressiven angleichen. Diese Befunde sind möglicherweise ein Hinweis darauf, daß für die minder schwere *dysthyme Störung* das Konzept der *maskierten Depression* (vgl. Abschnitt 2.1.2) vor der Adoleszenz eine gewisse Berechtigung hat. Die Tendenz zu verstärktem negativem und aggressivem Verhalten dieser Kinder in dieser Entwicklungsperiode könnte man als ein „Ausagieren" innerer Spannungen interpretieren, das später einem angepaßteren und zurückgezogeneren, aber auch hilfloseren Verhalten Platz macht. Für diese Störungsform müßten in bezug auf sozialen Rückzug, hilflos-ängstliches sowie aggressives Verhalten entwicklungsabhängigere Kriterien gewählt werden, sofern sich diese Befunde replizieren lassen. Für Kinder mit schweren depressiven Symptomen bereits zu Schuleintritt gilt dies jedoch nicht: Sie zeigen sehr deutliche und weitgehend unveränderte Zeichen der Depression auch während der mittleren Kindheit. Bei ihnen kann man aufgrund der hier dargestellten Befunde nicht von einer „Maskierung" der Depression sprechen.

Für den Fortgang der Untersuchung sind diese Befunde zur Stabilität einzelner depressiver Symptome höchst relevant. Es kann nun davon ausgegangen werden, daß zur Untersuchung der Entwicklung individueller Störungsmuster und der *prädiktiven Validität* der Störung insgesamt keine grundsätzlich verschiedenen diagnostischen Kriterien verwendet werden müssen. Ferner ist mit diesen Ergebnissen klargeworden, welche Symptome bei der Konstruktion eines diagnostischen Instrumentes zur Untersuchung der Stabilität der Störung berücksichtigt werden müssen. Die Konstruktion eines solchen Instrumentes auf der Basis des Lehrerfragebogens und die Ergebnisse der Untersuchung der prädiktiven Validität der Störung finden sich im nächsten Kapitel.

Kapitel 5
Prädiktive Validität der Diagnose depressiver Störungen bei Kindern: Die Stabilität depressiver Muster vom Schuleintritt bis zur Adoleszenz

Im folgenden wird die zweite Kernfrage der vorliegenden Arbeit, die Frage nach dem zeitlichen Verlauf beziehungsweise der Stabilität depressiver Störungen *(Syndromstabilität)*, empirisch beleuchtet. Wie im ersten Teil des Buches ausgeführt wurde, kann aus theoretischen Überlegungen heraus vermutet werden, daß depressiven Störungen psychische Strukturen zugrunde liegen, deren Merkmale auf eine ontogenetisch frühe Entstehung hindeuten. Innerhalb der Kognitiven Theorie der Depression werden diese Strukturen als *depressogene Schemata* bezeichnet. Es wurde darauf hingewiesen, daß die Inhalte dieser Schemata sowie die durch sie hervorgerufenen Informationsverarbeitungsprozesse bei erwachsenen Menschen weitgehend ohne Teilnahme des Bewußtseins sind und daher nur mühsam rekonstruiert und verändert werden können (vgl. Abschnitt 2.2.1). Nimmt man an, daß die triviale Struktur dieser Verarbeitungsmuster auf eine frühe Entstehung in der Entwicklung schließen läßt, folgt aus dem Vorhandensein auch bei depressiven Erwachsenen, daß sie während der Entwicklungsperioden nach ihrer Entstehung weitgehend stabil erhalten geblieben sind und kaum Veränderungen unterworfen waren. Mit anderen Worten müßte es sich bei depressogenen Schemata um psychische Strukturen handeln, die einen zentralen Bereich der Persönlichkeit darstellen und nicht ohne weiteres veränderbar sind. Interpretiert man im Sinne der Entwicklungspsychopathologie den Prozeß ihrer Entstehung als Ausdruck von nicht vollständig gelösten Entwicklungsaufgaben der entsprechenden Entwicklungsperiode, so kann man gemäß dem Postulat der *Mobilität* von Verhaltensfunktionen[1] (Santostefano, 1978) schlußfolgern, daß sie auch beim Übergang in neue Entwicklungsphasen weitgehend unverändert erhalten bleiben (vgl. Abschnitt 2.3.2). Dies würde bedeuten, daß bei einem depressiven Syndrom, das bereits zu einem frühen Entwicklungszeitpunkt vorhanden ist, im weiteren Verlauf ein hohes Risiko späterer depressiver Störungen festgestellt werden müßte. Anders ausgedrückt: Es müßte sich erweisen, daß es einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer frühen Störung und einer Störung in späteren Entwicklungsphasen, etwa in der Adoleszenz, gibt *(Syndromstabilität)*. Ließe sich ein solcher Zusammenhang nachweisen, so könnte man aufgrund einer validen Diagnose depressiver Störungen im Kindesalter präzisere Angaben über den weiteren Verlauf der Störung in der Adoleszenz und über das Rückfallrisiko machen. Dies würde nicht nur eine Frühprävention

[1] Dieses Postulat ähnelt dem psychoanalytischen Konzept der Regression und besagt, daß komplexere Verhaltenssysteme in bestimmten Situationen zugunsten von primitiveren aufgegeben werden.

depressiver Störungen ermöglichen, sondern auch klären, ob depressiven Zuständen eine eigenständige Störungskategorie mit einem spezifischen und vorhersagbaren Verlaufsmuster eingeräumt werden muß *(prädiktive Validität)*.

In den folgenden Untersuchungen zur Entwicklung der Depression von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz wird versucht, Antworten auf diese Fragen zu finden. Im ersten Teil dieses Kapitels wird das Untersuchungsmodell der folgenden empirischen Analysen dargestellt. Anschließend wird die Konstruktion der diagnostischen Instrumente geschildert, die zur Untersuchung depressiver Störungen in der mittleren Kindheit und Adoleszenz herangezogen wurden. Es handelt sich hierbei zunächst um eine aus dem bereits dargestellten Lehrerfragebogen abgeleitete Depressionsskala, die auf der Basis der Ergebnisse zur Symptomstabilität depressiver Störungen entwickelt wurde. Die Charakteristik dieses Meßverfahrens und die auf ihr basierenden Prävalenzen depressiver Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren werden berichtet. Für diese Altersstufen wurde weiterhin auf der Basis der Items der Depressionsskala ein Klassifikationsverfahren entwickelt, das den Vergleich der Klassifikation im Alter von sieben Jahren mit nachfolgenden Meßzeitpunkten ermöglicht (Abschnitt 5.2.3). Die sich aus dieser Klassifikation ergebenden Prävalenzraten im Alter von 9, 12 und 15 Jahren werden berichtet und mit den aus dem kontinuierlichen Maß gewonnenen Raten verglichen.

Die Analyse der *Stabilität depressiver Störungen* sollte den unterschiedlichen Facetten des Stabilitätsbegriffs Rechnung tragen, wie sie im theoretischen Teil dargelegt wurden (vgl. Abschnitt 2.3.1). Die Untersuchung der Stabilität depressiver Störungen beginnt daher mit der *differentiellen Entwicklung* der Depressivität der mit sieben Jahren klassifizierten Kinder (Abschnitt 5.3.1). In dieser Analyse wird erörtert, inwieweit die im Alter von sieben Jahren als depressiv eingestuften Kinder auch zu späteren Meßzeitpunkten deutlich höhere Anzeichen von Depressivität in ihrem Verhalten zeigen als jene Kinder, bei denen kein depressives Syndrom bei Schuleintritt festgestellt wurde. In einer zweiten Analyse wird die *normative Stabilität* der Störung untersucht. Hier geht es um die Frage, inwieweit die Relationen der Depressionskennwerte der einzelnen Kinder über einen langen Zeitraum bestehenbleiben (Abschnitt 5.3.2). Schließlich werden die Schicksale der einzelnen Kinder genauer betrachtet: Die Untersuchung *individueller Entwicklungsmuster* beleuchtet den Zusammenhang zwischen frühen und nachfolgenden Entwicklungsstufen. Hier geht es insbesondere um die Frage, inwieweit beim Übergang in die Pubertät Entwicklungsverläufe von Kindern sich verändern oder stabil bleiben. Damit einher geht auch die Frage nach dem Rückfallrisiko früh „erkrankter" Kinder beziehungsweise der Chronizität der depressiven Störung bei Kindern (Abschnitt 5.3.3). Abschließend werden die Befunde nochmals zusammengefaßt und auf ihre nosologische Bedeutung hin erörtert.

5.1 Untersuchungsmodell

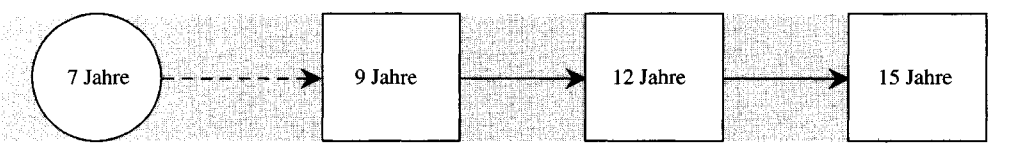
Die Längsschnittstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (Edelstein, Keller, & Schröder, 1989) bot die Möglichkeit, die Entwicklung von Kindern über einen langen Zeitraum zu verfolgen. Damit war auch die Möglichkeit gegeben zu

untersuchen, wie die weitere Entwicklung der mit sieben Jahren als depressiv klassifizierten Kinder aussah. Dazu mußte ein zweites diagnostisches Instrument entwickelt werden, das auch die Möglichkeit eines Vergleichs mit den Daten der Siebenjährigen bot. Abbildung 8 veranschaulicht das longitudinale Meßmodell zur Untersuchung der Entwicklung depressiver Störungen zu den erhobenen Meßzeitpunkten.

Im Alter von sieben Jahren wurden die Kinder anhand von unstrukturierten Verhaltensbeschreibungen, die die Interviewer der Studie nach Beendigung der Untersuchungssitzungen anfertigten, auf ihre depressive Verhaltenssymptomatik hin klassifiziert. Die Auswertung dieses Materials, die Konstruktion des Klassifikationsverfahrens sowie die entsprechenden Befunde wurden beschrieben (Abschnitt 4.1). Abbildung 8 veranschaulicht nochmals kurz die diagnostischen Kriterien der Klassifikation depressiver Störungen im Alter von sieben Jahren.

Im Alter von 9, 12 und 15 Jahren wurde zur Diagnose depressiver Störungen eine Auswahl von Items des bereits ausführlich dargestellten Lehrerfragebogens herangezogen, der bei der Untersuchung einzelner depressiver Symptome verwendet wurde. Auf der Basis der diagnostischen Kriterien des DSM III für die *dysthyme Störung* und der Befunde zur Stabilität des Symptombildes der Störung im vorausgegangenen Abschnitt (4.2) wurden aus dem Fragebogen 20 Items ausgewählt, die in besonderer Weise depressive Verhaltensmerkmale erfassen. Abbildung 8 veranschaulicht die Struktur dieser *Depressionsskala* anhand ihrer einzelnen Subskalen, die als diagnostische Kriterien zu verstehen sind. Die Verhaltensdimensionen *Konzentrationsprobleme, sozialer Rückzug* und *Hilflosigkeit und Ängstlichkeit,* die sich in den vorausgegangenen Analysen zur Symptomstabilität als depressionsrelevant erwiesen, finden

Abbildung 8: Das longitudinale Meßmodell zur Untersuchung der *Entwicklung* depressiver Störungen



Im Alter von 7 Jahren:

qualitative Auswertung von *drei unstandardisierten Verhaltensbeschreibungen* der Interviewer und Klassifikation nach den Kriterien:

- depressive Grundstimmung
- Passivität
- Konzentrationsschwierigkeiten
- leise und langsame Stimme
- gehemmte und agitierte Körperbewegungen
- niedriges Energieniveau
- geringes Selbstwertgefühl

Im Alter von 9, 12 und 15 Jahren:

meßwiederholte *Depressionsskala,* bestehend aus 20 Items, entwickelt aus einem 77 Items umfassenden *Lehrerfragebogen* zum sozialen und unangepaßten Verhalten des Kindes im Schulsetting

Subskalen der Depressionsskala:	Items
– trauriger Gefühlsausdruck	2
– negatives Selbstkonzept	6
– passives Verhalten	4
– mangelnde Konzentration und Interesse	4
– sozialer Rückzug	4

dabei als Subskalen der Depressionsskala Eingang in die weiteren Analysen („mangelnde Konzentration und Interesse", „sozialer Rückzug" und „passives Verhalten" in Abb. 8). Die Konstruktion der Depressionsskala sowie Daten zu ihrer Meßcharakteristik und den Verteilungseigenschaften des aus ihr abgeleiteten Kennwertes *Depressivität* werden im folgenden Abschnitt (Abschnitt 5.2) dargestellt.

Auf der inhaltlichen Basis der Depressionsskala wurde zusätzlich eine *dichotome Klassifikation* depressiver Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren entwickelt, um die Vergleichbarkeit mit den Daten der Siebenjährigen zu gewährleisten. Die Subskalen wurden dabei als diagnostische Einzelkriterien definiert. Diese Klassifikation wurde bei der Analyse *individueller Entwicklungsmuster* verwendet (Abschnitt 5.3.3). Die Darstellung der Struktur der Klassifikationsregeln findet sich im Anschluß an die Beschreibung der Depressionsskala und ihrer empirischen Eigenschaften (Abschnitt 5.2.3).

5.2 Die Diagnose dysthymer Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren: Depressionsmaß und Klassifikation auf der Basis des Lehrerfragebogens

Im vorangegangenen Abschnitt wurde das Meßmodell zur Untersuchung der prädiktiven Validität depressiver Störungen von der Kindheit bis zur Adoleszenz grob charakterisiert. Im folgenden Abschnitt werden die dazu verwendeten diagnostischen Kenngrößen (der Summenwert für *Depressivität* und das Vorliegen/Nichtvorliegen eines depressiven Syndroms) im einzelnen erläutert und erste Auswertungsergebnisse zum Auftreten der Störung im Alter von 9, 12 und 15 Jahren geschildert. Die im DSM III postulierte zeitliche Invarianz des Symptombildes hatte sich in bezug auf die untersuchten Verhaltensmerkmale bereits als prinzipiell angemessen erwiesen (vgl. Kap. 4). Deswegen wurde entschieden, die diagnostischen Parameter für die Altersstufen der mittleren Kindheit und der Adoleszenz einheitlich zu gestalten und auf eine entwicklungsangepaßte Variation der Kriterien zu verzichten. Die möglicherweise daraus resultierende Ungenauigkeit hinsichtlich der Unterscheidung einzelner depressiver Störungsbilder *(Typ A* und *Typ B)* erschien insofern vertretbar, als die Unterschiede der beiden Störungsformen gegenüber ihren gemeinsamen Charakteristiken gering und hauptsächlich nur im Alter von neun Jahren zu verzeichnen waren. Zudem erschienen sie als noch zu ungesichert, um sie innerhalb der longitudinalen Untersuchung der gesamten Störung systematisch zu berücksichtigen.

5.2.1 Auswahl der Items nach DSM III – Kriterien der *dysthymen Störung*

Die Auswahl der Items für die Depressionsskala erfolgte zunächst konzeptuell anhand der diagnostischen Kriterien des DSM III für die *dysthyme Störung.* Diese Störung kann als die chronische Form der unipolaren Depression verstanden werden. Sie ist geprägt von einer chronischen Störung der Stimmung und des Antriebs, die langanhaltend, jedoch von Phasen mit normaler Stimmung unterbrochen sein kann. Das DSM III nennt als zeitliches Kriterium für das Vorliegen einer solchen Störung die

Zeitspanne von einem Jahr bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Abschnitt 2.1.4). Dabei sollten die normalen Phasen nicht länger als einige Monate andauern. Die Symptome sind denen der akuten Form der Depression *(typische depressive Episode)* vergleichbar, jedoch sind sie nicht so schwer und dauerhaft (APA, 1980, S. 231). Für die Konstruktion der Depressionsskala schienen die Kriterien der *dysthymen Störung* insofern geeignet zu sein, als man davon ausgehen kann, daß die Einschätzung des Verhaltens und der Merkmale der Kinder durch die Klassenlehrer sich auf eine größere Zeitspanne bezieht und somit eher eine zeitlich summative Beurteilung der Kinder darstellt als eine auf eine konkrete Situation bezogene Einschätzung, wie sie eine Diagnose nach den Kriterien für die *typische depressive Episode* erfordert. Da die Klassenlehrer die Kinder in der Regel mindestens ein halbes Jahr und meist erheblich länger beobachten konnten, kann das zeitliche Kriterium der Diagnose als annähernd erfüllt angesehen werden.

Der Lehrerfragebogen wurde zunächst daraufhin untersucht, welche Items inhaltlich die diagnostischen Kriterien des DSM III abdecken können. Es ergab sich, daß für 5 der 13 angegebenen Einzelsymptome Items aus dem Fragebogen geeignet erschienen, jedoch die Anzahl der Items für ein spezifisches Symptom sehr unterschiedlich war. Die fünf diagnostischen Kriterien, die durch diese Auswahl abgedeckt werden konnten, waren im einzelnen: *„depressive Verstimmung", „Gefühle der Unzulänglichkeit sowie Verlust der Selbstachtung", „Verminderung von Aufmerksamkeit und Konzentration", „verminderte Aktivität und Verlangsamung"* und *„sozialer Rückzug"*. Tabelle 14 stellt die Auswahl der Items aus dem Lehrerfragebogen mit ihrer Zuordnung zu den genannten diagnostischen Kriterien der *dysthymen Störung* dar:

Wo es aufgrund geeigneter Items möglich erschien, wurde bei der Auswahl darauf geachtet, daß jedes Einzelkriterium gleichgewichtig in die Skala eingeht. Für die Kriterien unter „C, weitere Symptome" ließ sich das tun, nicht jedoch für das Kriterium *„depressive Verstimmung"*, für das insgesamt nur zwei Items gefunden werden konnten. Um diese Ungleichgewichtigkeit auszugleichen, wurden unter dem Kriterium *„Verlust der Selbstachtung"* zwei weitere Items in die Skala aufgenommen. Dies erschien möglich, da aus der Sicht der Kognitiven Theorie der Depression eine niedrige Selbstachtung eng mit depressiven Gefühlszuständen in Verbindung steht (vgl. Abschnitt 2.2.1). Weiterhin ist zu beachten, daß die in Tabelle 14 unter „C, weitere Symptome" aufgeführten Items inhaltlich den Verhaltensdimensionen *Konzentrationsprobleme, sozialer Rückzug* und *Hilflosigkeit und Ängstlichkeit* entsprechen, die sich bereits bei der Untersuchung einzelner Symptome der depressiven Störung als wichtige Merkmale erwiesen hatten (Kap. 4).

Die ausgewählten Symptombereiche schienen auch unter theoretischen Gesichtspunkten angemessen zu sein und relevante Kernbereiche der Störung abzudecken: Dies gilt zum einen für das (Leit-)Kriterium *„depressive Verstimmung"*, des weiteren auch für das Symptom *„Gefühle der Unzulänglichkeit und Verlust der Selbstachtung"*, das, wie in der Erörterung des kognitiven Ansatzes zur Depression (Beck, 1967; Kovacs & Beck, 1986) deutlich wurde, als ein wichtiger Indikator für depressogene Selbstschemata (vgl. Abschnitt 2.2.1) gewertet werden kann. Die Kriterien *„verminderte Aktivität und Verlangsamung"* und *„Verminderung von Aufmerksamkeit und Konzentration"* wurden entsprechend als Operationalisierungen des Konstruktes *Erlernte*

Tabelle 14: Depressionsskala aus 20 Items des Lehrerfragebogens, basierend auf Diagnosekriterien der *dysthymen Störung* (DSM III)

Item[1]	Inhalt der Schüler/die Schülerin (ist) ...	Faktorladungen auf Faktor *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
A) Depressive Verstimmung				
P 45	bekümmert, traurig	.61	.67	.58
P 50	weint oft	.58	.47	.45
B) Verlust der Selbstachtung (negatives Selbstkonzept)				
P 41	hat „Minderwertigkeitsgefühle"	.79	.89	.84
P 26	unsicher	.78	.80	.75
P 28	leicht überredbar	.65	.54	.57
K 22	wird von anderen bestimmt und dominiert	.62	.70	.58
K 26	hat Schwierigkeiten, seine/ihre Rechte gegenüber anderen Kindern zu verteidigen	.65	.72	.68
K 16 (-)	selbstsicher genug, seine/ihre eigene Meinung auszudrücken	-.54	-.64	-.37
C) Weitere Symptome				
	Verlust von Konzentration und Interesse			
K 62	gibt leicht auf, wenn er/sie mit einem Problem konfrontiert ist	.54	.67	.60
P 43	unruhig, ruhelos	.50	.43	.43
P 35	langweilt sich in der Schule	.63	.47	.40
K 51 (-)	kann Aufmerksamkeit und Interesse an der Tätigkeit aufrechterhalten	-.51	-.44	-.32
	verminderte Aktivität und Verlangsamung (Passivität)			
K 31	unfähig sich zu beschäftigen, ohne daß andere ihn/sie anleiten	.56	.63	.65
K 13	benötigt übermäßiges Lob und Ermutigung um ihn/sie zur Teilnahme an Aktivitäten zu bewegen	.50	.50	.42
K 28	trödelt, wenn er/sie aufgefordert wird, etwas zu tun	.56	.38	.34
S 14 (-)	wartet nicht, bis andere auf ihn/sie zukommen, sondern macht den ersten Schritt	-.51	-.43	-.42
	sozialer Rückzug			
P 29	zieht sich von anderen zurück	.48	.46	.37
P 04	introvertiert	.61	.67	.32
P 01	schüchtern, gehemmt	.70	.71	.49
K 18	hat nicht den Mut, bei anderen Hilfe zu suchen, oder entzieht sich, wenn andere um Hilfe bitten	.53	.63	.61

[1] K: Item aus *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977).
S: Item aus *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966).
P: Item aus *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975).

Hilflosigkeit verstanden, dessen Bezüge zur depressiven Störung bereits in Abschnitt 2.2.2 genauer geschildert wurden. Das Kriterium *„sozialer Rückzug"* wurde als Indikator im Zusammenhang der bindungstheoretischen Konzeption von Depression betrachtet, wie sie in Abschnitt 2.2.3 beschrieben wurde.

Diagnosekriterien der *dysthymen Störung* des DSM III, die eher introspektive Daten über die Kinder verlangten, konnten dagegen durch die Items des Lehrerfragebogens nicht abgedeckt werden. Dies betrifft insbesondere die Kriterien *„niedriges Energieniveau"*, *„pessimistische Einstellung zur Zukunft und Grübeln"*[2] und *„wiederkehrende Gedanken an Suizid"*. Ebenfalls konnten Kriterien nicht berücksichtigt werden, die sich entweder auf Verhalten außerhalb des schulischen Kontextes bezogen oder für die die Items des Fragebogens nur uneindeutige Hinweise liefern konnten. Dies war bei den Kriterien *„Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf"* beziehungsweise *„Reizbarkeit oder übermäßiger Zorn"* der Fall. Dennoch erschienen die für die Skala zur Verfügung stehenden Merkmale wichtige und zur Diagnose einer *dysthymen Störung* ausreichende Indikatoren zu liefern. Doch auch hier können nur systematische Vergleiche dieses Instruments mit anderen, bereits validierten Depressionsskalen wie etwa dem *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs & Beck, 1977) eine weitere Klärung erbringen. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht geleistet werden.

5.2.2 Depressionsskala im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

5.2.2.1 Reliabilität und Validität

Die so definierte Depressionsskala wurde nach der Itemauswahl einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Dabei ergab sich für jeden Meßzeitpunkt (Alter 9, 12 und 15 Jahre) ein hoher interner Zusammenhang der Skala. Im Alter von 9 Jahren wurde ein Cronbach α von .93 errechnet, im Alter von 12 Jahren ein α von .93, und im Alter von 15 Jahren ergab sich ein α von .92. Damit kann die Skala zu allen Meßzeitpunkten als hoch reliabel angesehen werden.

Ein weiterer Hinweis auf die Validität der Skala ergab sich neben inhaltlichen Gesichtspunkten aus einer weiteren faktorenanalytischen Untersuchung des gesamten Lehrerfragebogens: Tabelle 14 enthält als Zusatzinformation die Faktorladungen der Items auf dem Faktor *„Hilflosigkeit/Ängstlichkeit"* dieser Faktorenanalyse. Bei dieser Analyse wurden ebenfalls vier Faktoren extrahiert. Im Unterschied zu der in Abschnitt 4.2.2 geschilderten Faktorenextraktion wurde bei der hier verwendeten Analyse jedoch eine schiefwinklige Rotation der Faktoren durchgeführt, um die Varianzaufklärung der einzelnen Faktoren zu maximieren und um die inhaltlichen Komponenten der einzelnen Faktoren sowie ihre Überschneidungen präziser fassen zu können. Es ergab sich dabei ein dem Faktor *„Hilflosigkeit/Ängstlichkeit"* der oben berichteten Orthogonalrotation (vgl. Abschnitt 4.2.2) sehr ähnlicher Faktor, der inhaltlich viele Merkmale eines depressiven Syndroms aufwies. Die fast durchgängig hohen Ladungen der ausgewählten Items auf diesem Faktor bei der schiefwinkligen Rotation können als ein zusätzlicher Indikator der Konstruktvalidität der gebildeten

---

[2] Bei diesem Kriterium hätten unter Umständen Daten aus dem Schülerfragebogen der Hauptstudie herangezogen werden können. Es wurde jedoch entschieden, diesen aufgrund der Unterschiedlichkeit des Materials nicht zu berücksichtigen.

Depressionsskala angesehen werden, wenn man diesen Faktor als Erlernte Hilflosigkeit und damit als zentrales Symptom einer depressiven Persönlichkeitsstruktur interpretiert. Die anderen drei Faktoren konnten inhaltlich ebenso als *„Konzentration/ Interesse"*, *„negatives und aggressives Verhalten"* und *„sozialer Rückzug"* interpretiert werden, wie dies schon bei der oben beschriebenen ersten Analyse der Fall war.

5.2.2.2 Summenwert für *Depressivität*

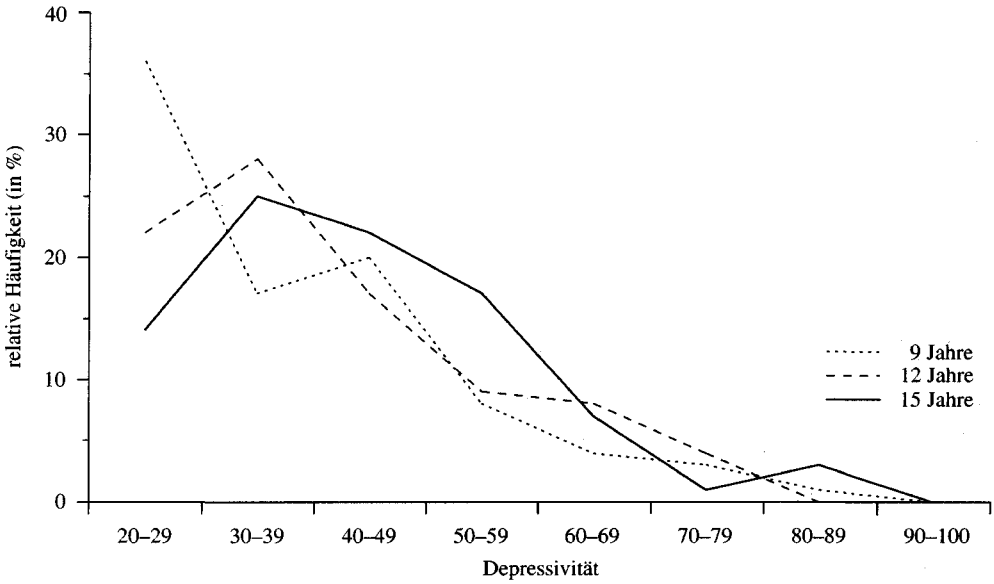
Zur Bestimmung der normativen Stabilität depressiver Störungen im Entwicklungsverlauf von der mittleren Kindheit bis zur Adoleszenz (9 bis 15 Jahre) sowie zur Analyse der differentiellen Entwicklung von Gruppen mit unterschiedlicher Symptomatik im Alter von 7 Jahren wurde für jedes Individuum aufgrund der Antworten auf der Depressionsskala ein Summenwert für *Depressivität* berechnet, wobei die Antworten auf die einzelnen Items ungewichtet in die Berechnung eingingen. Dies schien aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung der Skaleneigenschaften der Depressionsskala gerechtfertigt, da die Items ein homogenes Itemcluster bildeten. Auf die Verwendung von Faktorwerten als mögliche Alternative zur Generierung eines kontinuierlichen Depressionsmaßes wurde verzichtet, da einerseits Faktorwerte bereits eine Gruppennormierung beinhalten, andererseits aber auch die genaue und longitudinal konsistente inhaltliche Festlegung eines Faktors bei der Verwendung herkömmlicher Faktorenanalysen nicht gesichert ist. Eine Standardisierung erschien ebenfalls nicht wünschenswert, da die Ausgangsitems nicht normal verteilt waren und insofern eine Normierung am Gruppenmittelwert eine unnötige Verzerrung mit sich gebracht hätte. Ein einfacher Summenwert erschien geeigneter, die ursprünglichen Verteilungs- und Skaleneigenschaften inhaltlich eindeutiger abzubilden. Das so gewonnene Maß hat eine theoretische Streubreite von 20 bis 100. Abbildung 9 und Tabelle 15 veranschaulichen die Verteilungseigenschaften des Depressionsmaßes im Alter von 9, 12 und 15 Jahren. Zum Zweck der anschaulicheren Darstellung wurden dabei die Werte in sinnvolle Maßzahlklassen zusammengefaßt.

Wie Abbildung 9 und Tabelle 15 veranschaulichen, steigt die so ermittelte Depressivität der Kinder beziehungsweise Jugendlichen mit Beginn der frühen Adoleszenz deutlich an und erreicht die höchsten Werte (im Gruppenmittel) im Alter von 15 Jahren. Dies kann als weiterer Beleg der Validität des Maßes bewertet werden, insofern es

Tabelle 15: Kennwerte des Summenwertes *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Altersstufe	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	Streubreite
9 Jahre	37,54	13,96	34	20–82
12 Jahre	39,89	13,85	36	21–72
15 Jahre	43,61	14,44	42	20–83

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung des Summenwertes *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren



einen Befund vieler Studien in bezug auf die Entwicklung depressiver Störungen repliziert (vgl. Rutter, 1986): Mit Beginn der Pubertät steigt üblicherweise die Prävalenzrate der Störung deutlich an, was häufig mit den in diesem Lebensabschnitt stattfindenden hormonellen Veränderungen in Verbindung gebracht wird (Rutter, 1986; Kovacs & Paulauskas, 1984). Die „schiefe" Verteilungscharakteristik der Kennwerte für Depressivität kann als Beleg für die „Pathologie" des Merkmals angesehen werden.

5.2.3 Klassifikation depressiver Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Auf der Basis der Itemauswahl nach Tabelle 14 wurde zusätzlich zum Kennwert für Depressivität ein Klassifikationsschema entwickelt, das eine dichotome Klassifizierung der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich des Vorliegens/Nichtvorliegens einer depressiven Störung zum jeweiligen Meßzeitpunkt erlaubte. Ziel dieser Klassifikation war es, Ausgangswerte für die Untersuchung individueller longitudinaler Entwicklungsmuster der Störung zu erhalten.

Üblicherweise wird zur Unterscheidung von depressiven und nichtdepressiven Fällen beim Vorliegen eines kontinuierlichen Maßes aus einer Ratingskala in der Literatur ein Vorgehen gewählt, bei dem die Verteilung dieses Maßes an dem Wert geteilt wird, der eine Standardabweichung über dem Gruppenmittelwert liegt (vgl. etwa Beck & Kovacs, 1986). Fälle, die oberhalb dieses Wertes liegen, werden dabei als Fälle im Sinne

des Vorliegens einer depressiven Störung betrachtet. Bei Fällen, die unterhalb dieses kritischen Wertes liegen, wird dagegen keine Störung angenommen (im folgenden soll dieses Kriterium auch als *normatives* Kriterium bezeichnet werden). Ein solches Vorgehen ist jedoch weitgehend arbiträr und inhaltlich nur durch Verweis auf die Verteilungseigenschaften des Merkmals innerhalb der Stichprobe zu rechtfertigen. Es ist daher auch nur für bereits untersuchte Populationen normiert. Des weiteren ist ein solches Vorgehen in jenen Fällen erschwert, bei denen die Verteilung am kritischen Wert eine hohe Dichte aufweist und daher der mögliche Fehler bei der Klassifikation groß ist.

Für die vorliegende Arbeit wurde aus mehreren Gründen ein anderes Vorgehen gewählt. Erstens schienen die Stichprobeneigenschaften (vgl. Abschnitt 3.1), insbesondere die Zusammensetzung der Stichprobe, es nicht zuzulassen, ein Trennungskriterium zu verwenden, das eine homogene Stichprobe voraussetzt. Dies macht auch die Verteilung des Depressionsmaßes anhand Abbildung 9 deutlich, die eine deutliche positive Schiefe aufweist und deshalb durch Mittelwert und Standardabweichung nur untypisch abgebildet werden kann. Die Verwendung des normativen Kriteriums würde möglicherweise zur Folge haben, daß Fälle mit klarer depressiver Problematik nicht als solche klassifiziert würden, da die diesem Kriterium zugrundeliegende theoretische Normalverteilung nach rechts verschoben ist. Zum zweiten erschien auch die Gleichgewichtung der Items, wie sie das normative Kriterium implizit enthält, zur Klassifikation im hier vorliegenden Falle nicht geeignet, da die Anzahl der Items der verschiedenen depressiven Symptome nicht konstant gehalten werden konnte. Zum dritten war es aber auch ein Anliegen dieser Arbeit, die Stabilität der depressiven Störung im nicht-normativen Sinne zu untersuchen, was die Verwendung eines anderen, inhaltlich begründbaren Trennungskriteriums voraussetzt.

Der Grundgedanke der hier vorgenommenen Klassifikation depressiver Symptomatik ist daher ein inhaltliches Vorgehen, das einem klinischen Urteil in Anlehnung an die Kriterien für die *dysthyme Störung* des DSM III entspricht und nicht auf statistischen Parametern basiert. Das hierzu verwendete Klassifikationsmodell besteht aus mehreren hierarchisch angeordneten Regeln, wobei den Leitsymptomen *depressive Verstimmung* und *negatives Selbstkonzept* eine übergeordnete Rolle zukommt. Die Operationalisierung der Symptome *depressive Verstimmung, negatives Selbstbild, Passivität, Konzentrationsmängel* und *sozialer Rückzug* geschah dabei durch die fünf Subskalen, wie sie in Tabelle 14 dargestellt wurden. Dies ermöglichte zunächst die gleichwertige Berücksichtigung der Symptome unabhängig von der Anzahl der sie definierenden Items. Die zunächst fünfstufigen Items wurden dazu aufgrund ihrer inhaltlichen Skalenbeschreibung dichotomisiert. Die Skalenbeschreibung der Items auf dem Fragebogen lautete: „1 = fast nie", „2 = selten", „3 = manchmal", „4 = oft" und „5 = fast immer". Es wurde festgelegt, daß der von einem Item beschriebene Sachverhalt vorliegt, wenn auf dem Fragebogen die Häufigkeit des betreffenden Verhaltens mit „manchmal" (= 3), „oft" (= 4) oder „fast immer" (= 5) angegeben wurde, das heißt, es wurde zwischen den Werten 2 und 3 dichotomisiert. Dies schien aufgrund der Häufigkeitsverteilungen der Einzelitems gerechtfertigt, da die Mittelwerte aller Items sich zwischen Werten von 1,5 und 2,3 bewegten, und bei allen Items weit mehr als die Hälfte der Fälle auf die Werte 1 oder 2 fielen. Somit konnte davon ausgegangen

werden, daß Werte von 3 oder mehr bereits ein recht auffälliges Verhalten kennzeichnen. Die so dichotomisierten Items dienten als Ausgangsbasis der Klassifikation.

Klassifikationsregeln

Leitsymptom der depressiven Störung ist nach DSM III-Kriterien die *depressive Verstimmung.* Leider standen zur Bestimmung dieses Symptoms insgesamt nur zwei Items zur Verfügung (siehe auch Tab. 14 unter „A"). Um die diagnostische Eindeutigkeit sicherzustellen, wurde daher entschieden, daß das Symptom *negatives Selbstkonzept* (Tab. 14, „B") dem eigentlichen Leitsymptom gegenüber als gleichrangig einzustufen ist. Dies geschah unter der Hypothese, daß negative Selbstschemata eine herausragende Stellung innerhalb der depressiven Dynamik haben (wie in Abschnitt 2.2.1 näher ausgeführt wurde), und daß depressive Affekte auch eine Folge solcher Strukturen sein können. Die Hauptregel des verwendeten hierarchischen Klassifikationssystems wurde daher folgendermaßen festgelegt: Eine depressive Störung liegt vor, wenn e n t w e d e r eine *depressive Verstimmung* o d e r ein *negatives Selbstkonzept* vorliegt und z u s ä t z l i c h noch *eindeutige Anzeichen für das Vorliegen weiterer Symptome* vorhanden sind. Es wurde davon ausgegangen, daß ein *negatives Selbstkonzept* dann vorliegt, wenn mindestens drei der sechs dichotomisierten Items unter „B" in Tabelle 14 von den Lehrern positiv im Sinne des Vorliegens eines Symptoms beantwortet waren. Ebenso wurde im Fall der *depressiven Verstimmung* verfahren; eine solche wurde als vorliegend festgelegt, wenn eines der beiden Items unter „A" entsprechend positiv beantwortet war. Das Vorliegen weiterer Symptome neben den beiden Leitsymptomen wurde folgendermaßen definiert: Eindeutige Anzeichen für die Symptome *Konzentrationsverlust, Passivität* und *sozialer Rückzug* lagen dann vor, wenn mindestens die Hälfte (also sechs) der diese Symptome konstituierenden Beschreibungen für das betreffende Kind/den betreffenden Jugendlichen galten. Um die Klassifikationsregeln überschaubar zu halten, wurde bei diesen Begleitsymptomen auf eine weitere Differenzierung verzichtet. Die so festgelegte Regel stellt jedoch sicher, daß mindestens zwei der drei in Tabelle 14 unter „C" genannten Symptome vorliegen, da jedes von ihnen durch vier Items operationalisiert wird. Dies schien auszureichen, um die Annahme eines eindeutigen Vorliegens mehrerer Begleitsymptome zu rechtfertigen.

Zusammenfassend und in einfacheren Worten lautet daher die hier verwendete Klassifikationsregel für die depressive Störung folgendermaßen: Ein Kind/Jugendlicher wurde dann als depressiv klassifiziert, wenn es/er nach den Angaben seines Lehrers oft traurig aussah beziehungsweise oft weinte oder häufig eine geringe Selbstachtung zeigte u n d z u s ä t z l i c h entweder oft unkonzentriert und passiv war, oder oft passiv und sozial zurückgezogen, oder häufig unkonzentriert war und sich oft von sozialen Kontakten zurückzog. Auf der Basis dieser Klassifikation wurden in der weiteren empirischen Analyse individuelle Entwicklungsmuster identifiziert und typische Entwicklungspfade dieser Störung aufgezeigt. Das Summenmaß für *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren wurde dagegen für die Bestimmung der normativen Stabilität und zur Analyse der differentiellen Entwicklung der mit 7 Jahren klassifizierten Gruppen mit depressiver Symptomatik verwendet. Diese Untersuchungen finden sich im Anschluß an diesen Abschnitt (Abschnitt 5.3).

5.2.4 Häufigkeit der Störung im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Je nach den verwendeten Kriterien ergaben sich auf der Basis der beiden beschriebenen Maße teilweise recht unterschiedliche Prävalenzen depressiver Störungen für die mittlere Kindheit und Adoleszenz in der untersuchten Stichprobe. Betrachtet man das kontinuierliche Maß für *Depressivität* aus der Depressionsskala (Tab. 14) und wählt man Trennungskriterien, wie sie in der Literatur üblicherweise verwendet werden[3] (vgl. z. B. Whitman & Leitenberg, 1990), so kommt man zu folgenden Ergebnissen: Im Alter von 9 Jahren konnten insgesamt 16 Kinder (= 18,2 %) mit depressiven Störungen subklinischen Niveaus in der Stichprobe identifiziert werden, darunter 4 Kinder mit schwerer, wahrscheinlich klinischer Symptomatik (= 4,5 %). Im Alter von 12 Jahren fanden sich in der Stichprobe bereits insgesamt 19 depressive Kinder (= 21,6 %), von denen 5 (= 5,7 %) als schwer depressiv angesehen werden mußten. Im Alter von 15 Jahren dagegen sank die Rate der als depressiv eingestuften Kinder unter die Prävalenz mit 9 Jahren. Hier wurden nach dieser Methode nur insgesamt 11 der untersuchten Kinder (= 12,5 %) als depressiv eingestuft, darunter 4 (= 4,5 %) als schwer depressiv. Dieses Ergebnis erscheint insofern seltsam, als üblicherweise gerade in der Adoleszenz ein starkes Ansteigen der Prävalenzraten beobachtet werden kann (vgl. Rutter, 1986). Dieses vermeintliche „Absinken" der Auftretenshäufigkeit der Störung in der Pubertät erklärt sich aus dem allgemeinen Anstieg der Depressivität, der bei der Mehrzahl der untersuchten Jugendlichen unabhängig von depressiven Syndromen der Kindheit festgestellt werden konnte, und einer damit einhergehenden Verschiebung des Klassifikationsgrenzwertes nach oben (vgl. Abb. 9 und Tab. 15). Hier zeigt sich deutlich die Abhängigkeit dieses Klassifikationsverfahrens von Stichprobeneigenschaften und allgemeinen entwicklungsbedingten Veränderungen. Die Raten der schwer depressiven Fälle, die man nach diesem Verfahren erhält, erscheinen dagegen realistisch und vergleichbar mit der Prävalenz schwer depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren. Offensichtlich haben die Veränderungen der Verteilung auf Extremfälle wenig Einfluß. Damit kann mit einiger Sicherheit vermutet werden, daß diese Fälle in jedem Fall richtig klassifiziert wurden.

Betrachtet man jedoch die Ergebnisse aus dem hierarchischen Klassifikationsverfahren, das im vorausgegangenen Abschnitt beschrieben wurde, so kommt man zu einem etwas anderen Bild für die untersuchten Meßzeitpunkte (bei diesem Verfahren wurde nicht zwischen verschiedenen Ausprägungsgraden oder Formen der Störung unterschieden). Hier wurden im Alter von 9 Jahren 17 Kinder (19,3 %) mit depressiven Störungen identifiziert, im Alter von 12 Jahren ebenfalls 17 Kinder. Während diese Prävalenzen durchaus vergleichbar mit den Zahlen nach dem ersten, normativen Verfahren sind, ändert sich das Bild im Alter von 15 Jahren. Zu diesem Meßzeitpunkt konnten nach dem Verfahren der hierarchischen Klassifikation 30 Fälle (34,1 %) mit einem zumindest mittelschweren depressiven Syndrom festgestellt werden, also bei

[3] Nach diesem Verfahren wird wie erwähnt festgelegt, daß Kinder mit mehr als einer Standardabweichung über dem Mittelwert der Sichprobe liegenden Werten als depressiv eingestuft werden, und Kinder mit mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittel als schwer oder im klinischen Sinne depressiv gelten.

mehr als einem Drittel der untersuchten Stichprobe! Dieser Wert erscheint auf den ersten Blick sehr hoch und erinnert an die sehr hohen Prävalenzraten des Klassifikationsverfahrens mit sieben Jahren. Doch scheinen die Werte des hierarchischen Klassifikationsverfahrens den natürlichen Verlauf, insbesondere das wiederholt festgestellte Ansteigen der Prävalenzraten während der Adoleszenz (vgl. etwa Kazdin, 1990), angemessener abzubilden als die mit Hilfe des normativen Kriteriums gewonnenen Werte. Auch das Absinken der Auftretensrate zu Beginn der Schulzeit scheint typisch für die depressive Störung zu sein (Rutter, 1986); es äußert sich in beiden der untersuchten Verfahren in ähnlicher Weise. Aufgrund der beschriebenen Unklarheiten des normativen Klassifikationsverfahrens wurde für die Untersuchung individueller Entwicklungsmuster das zweite, hierarchische Klassifikationsverfahren gewählt (vgl. Abschnitt 5.3).

Untersucht man die nach dem Klassifikationsverfahren identifizierten Fälle im Alter von 15 Jahren nach ihrer Herkunft innerhalb der Stichprobe, so stellt man wiederholt eine sehr ungleiche Verteilung auf die beiden Teilstichproben mit hohem und niedrigem Fähigkeitsniveau zu Schuleintritt fest: Während nur 6 (13,0 %, bezogen auf die Teilstichprobe) der im Alter von 15 Jahren als depressiv klassifizierten Jugendlichen der Teilstichprobe mit anfänglich hoher Fähigkeit zugeordnet sind, sind es in der Teilstichprobe mit niedrigem Fähigkeitsniveau 24 Jugendliche (oder 57,1 %, bezogen auf diesen Teil der Stichprobe). Prävalenzen in dieser Größenordnung findet man sonst nur in den oben zitierten Untersuchungen an klinischen Populationen (etwa McConville, Boag et al., 1973). Nach diesen Werten müßte man die Prävalenz depressiver Störungen subklinischen Niveaus bei isländischen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren also auf 13 Prozent bis etwa 57 Prozent schätzen, je nach untersuchter Stichprobe. Die Rate für die Teilstichprobe mit hohem Fähigkeitsniveau erscheint damit durchaus vergleichbar mit den Raten neuerer Studien: In einer kulturell vergleichbaren Untersuchung bei schwedischen Jugendlichen einer urbanen Normalpopulation konnten vor kurzem Prävalenzen von etwa 10 Prozent festgestellt werden (Larsson & Melin, 1990). Ähnliche Werte werden aus neueren US-amerikanischen Studien bei Jugendlichen normaler Populationen berichtet (Überblick in: Larsson & Melin, 1990). Teri (1982) stellte sogar bei insgesamt 32 Prozent der von ihm untersuchten US-amerikanischen Jugendlichen moderate bis schwere Depressionen fest.

Dennoch kann hier, ähnlich wie bei der Klassifikation der Siebenjährigen, nicht ausgeschlossen werden, daß hier trotz sorgfältiger Strukturierung des Klassifikationsverfahrens, ein zu niedriger Schwellenwert angenommen und damit die Prävalenz insgesamt zu hoch geschätzt wurde. Wie bereits in Abschnitt 4.1.3 erörtert, sind neben einer zu niedrig gewählten Klassifikationsgrenze und der Charakteristik der untersuchten Stichprobe noch andere Ursachen für die hier ermittelten hohen Prävalenzen denkbar, wie etwa die kulturelle Tendenz zur Depression oder die hohe Suizidrate unter isländischen Jugendlichen, die ebenfalls auf eine hohe Depressionsproblematik hindeutet.

5.3 Die Stabilität depressiver Störungen *(Syndromstabilität)*

Im nun folgenden Abschnitt werden anhand der beschriebenen Depressionsmaße aus den Abschnitten 4.1 und 5.2 Kontinuität und Veränderung depressiver Störungen in der Entwicklung der Kinder vom Schuleintritt bis ins Adoleszenzalter von 15 Jahren untersucht. Aufgrund der bereits berichteten Ergebnisse zur Stabilität depressiver Symptome in diesem Entwicklungszeitraum ist zu vermuten, daß die depressive Störung selbst ebenfalls entwicklungsinvariante Elemente aufweist. Es lassen sich dabei konzeptuell mehrere Arten von Stabilität unterscheiden (vgl. Abschnitt 2.3). Diese Stabilitätsaspekte depressiver Störungen werden in den folgenden Abschnitten genauer analysiert und auf ihre nosologische Bedeutung hin interpretiert.

Im ersten Abschnitt wird die *Stabilität von Unterschieden* der im Alter von sieben Jahren als depressiv beziehungsweise nichtdepressiv klassifizierten Kinder in bezug auf ihre Depressivität zu späteren Meßzeitpunkten (operationalisiert durch das Summenmaß aus Abschnitt 5.2.2) untersucht. Diese Art der zeitlichen Stabilität kann auch als *differentielle Stabilität* bezeichnet werden. Sie ist mit dem bereits erwähnten Begriff der *ipsativen Stabilität* (Kagan, 1980; vgl. Abschnitt 2.3.1) vergleichbar.

Im zweiten Abschnitt wird die sogenannte *normative Stabilität* (Kagan, 1980), also die Konstanz von individuellen Rangplätzen innerhalb der Stichprobe in bezug auf Depressivität untersucht. Diese Art der Stabilität wird üblicherweise durch ein korrelatives Maß konkretisiert, das einen stichprobenbezogenen Kennwert der Stabilität darstellt und den statistischen Zusammenhang zweier meßwiederholter Variablen abbildet. Dabei lassen sich jedoch über die absolute Veränderung einzelner Individuen ohne Bezug auf die Stichprobe keine Aussagen machen. Im vorliegenden Fall soll die normative Stabilität des Depressionskennwertes im Alter von 9, 12 und 15 Jahren untersucht werden.

Im Anschluß daran wird die dritte Form von Stabilität analysiert: die *Stabilität* der depressiven Störung *innerhalb individueller Entwicklungsmuster* vom Schuleintritt bis zur Adoleszenz. Diese Art der Stabilität berührt unmittelbar die Frage, inwieweit es auf individueller Ebene eine Kontinuität der Störung gibt, die sich auf bereits in frühen Jahren ausgebildete Störungsmuster bezieht. Ziel dieser Untersuchung ist es, typische Entwicklungsverläufe der Störung zu identifizieren, die Aussagen darüber zulassen, wie dauerhaft die Störung ist und in welcher Entwicklungsphase möglicherweise erhöhte Sensibilitäten bestehen, die ihre Entstehung begünstigen. Die theoretische Erörterung zu Beginn der Arbeit hat gezeigt, daß mit einiger Sicherheit erwartet werden kann, daß frühe depressive Symptomatiken ein erhöhtes Risiko für einen chronischen Verlauf der Störung darstellen. Deutliche Hinweise auf einen chronischen Verlauf finden sich auch in zwei neueren Längsschnittstudien zur Depression bei Kindern und Jugendlichen (Kovacs, Feinberg et al., 1984b; Kovacs & Gatsonis, 1989; McGee & Williams, 1988).

Ziel der folgenden Analysen ist eine empirische Grundlage, von der aus genauere Aussagen darüber getroffen werden können, wie stabil die Störung über unterschiedliche Entwicklungsphasen hinweg ist. Daraus können Rückschlüsse über mögliche Ursachen gezogen und Möglichkeiten der Früherkennung von chronischen Verlaufsformen aufgewiesen werden. Letztlich dienen diese Erörterungen auch der präziseren

nosologischen Abgrenzung des Störungsbildes und einer zunehmenden Anerkennung der Störung als eigenständige Kategorie in zukünftigen psychiatrischen Klassifikationssystemen für Kinder und Jugendliche.

5.3.1 Die Entwicklung der Depressivität der bei Schuleintritt klassifizierten Kinder

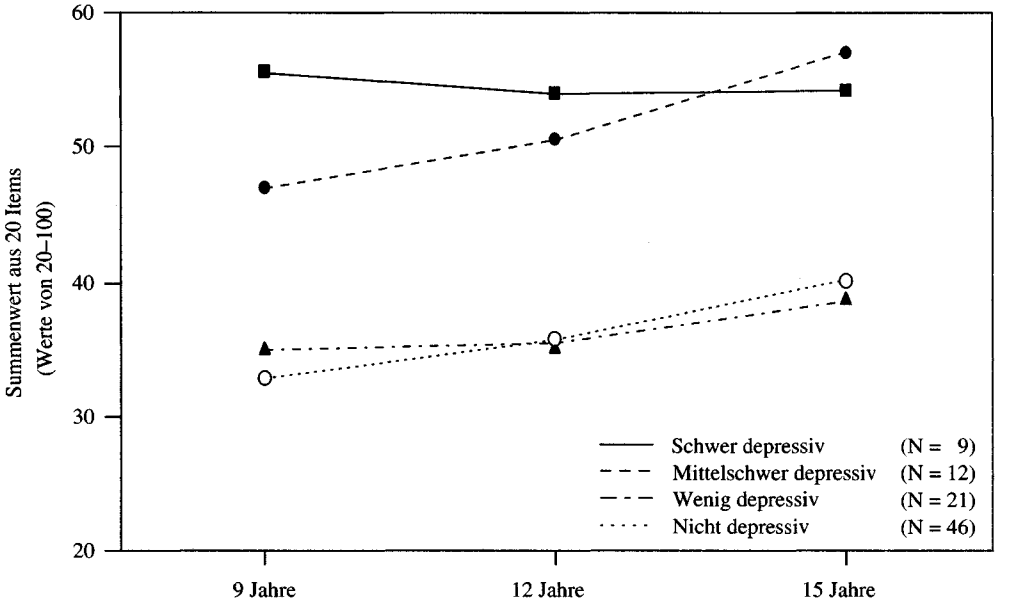
Zur Untersuchung der *differentiellen Stabilität* depressiver Symptomatik im Alter von sieben Jahren wurde ein Untersuchungsplan verwendet, der schon bei der Untersuchung zur Entwicklung und zum Verlauf einzelner Verhaltensmerkmale *(„Symptome")* zur Anwendung kam (vgl. Abschnitt 4.2.3). Als Maß für die *Depressivität* der Kinder und Jugendlichen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren wurde das auf der bereits beschriebenen Depressionsskala basierende Summenmaß verwendet. Die Ausgangsfrage dieser Analyse ist, ob und inwieweit sich die Unterschiede in der Ausprägung der Depression der 7jährigen zu späteren Meßzeitpunkten replizieren lassen.

Die hier untersuchte differentielle Stabilität der Depressivität ist mit dem Begriff der *ipsativen Stabilität* (Kagan, 1980) insofern eng verwandt, als sie gleichsam eine interindividuelle Entsprechung zur intraindividuellen Konstanz von Verhaltensdispositionen darstellt: Unter der ipsativen Stabilität wurde die anhaltende Tendenz einer Person verstanden, stets dasselbe Verhalten in einer bestimmten Situation an den Tag zu legen und nicht andere Verhaltensweisen, die ebenfalls möglich wären, zu „probieren" (etwa auf Streßsituationen eher mit Hilflosigkeit als mit erhöhter Aktivität zu reagieren). Entsprechend dieser intraindividuell konstanten Disposition wird hier unter einer *differentiellen Stabilität* der Depression die anhaltende Tendenz bestimmter Gruppen von Kindern verstanden, im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen erhöhte depressive Reaktionen zu zeigen. Diese zeitliche Konstanz von interindividuellen Unterschieden hinsichtlich späterer depressiver Reaktionen kann als ein Maß dafür angesehen werden, inwieweit ein etwa im Alter von sieben Jahren vorliegendes depressives Syndrom auf depressive Reaktionen in späteren Entwicklungsstadien schließen läßt *(prädiktive Validität).* Zeigt sich bei den als depressiv klassifizierten Siebenjährigen später ebenfalls eine erhöhte Depressivität im Vergleich zu den übrigen Kindern, so könnte man auch von einer stabilen *depressiven Verhaltensdisposition* sprechen, die sich in der weiteren Entwicklung nicht wesentlich verändert.

Abbildung 10 und Tabelle 16 (siehe S. 148) zeigen die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf dem abhängigen Faktor *Depressivität.* Die Analyse zeigt deutlich, daß die beiden Gruppen, die im Alter von sieben Jahren als depressiv klassifiziert wurden, über den gesamten Untersuchungszeitraum wesentlich depressiver bleiben als die Kinder ohne oder mit wenigen depressiven Symptomen im Alter von sieben Jahren ($F = 16{,}55$, $p < .000$, vgl. Tab. 16).

Dieser Befund repliziert die deutlichen Verhaltensunterschiede zwischen den einzelnen Depressionsgruppen, wie sie bereits bei der Untersuchung der Entwicklung und Veränderung einzelner Symptombereiche festgestellt wurden (vgl. Abschnitt 4.2.3). Er belegt eindrücklich die vermutete Stabilität auch der gesamten Störung über die großen Entwicklungsveränderungen dieser Zeitspanne hinweg. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse ein leichtes, aber signifikantes Ansteigen der Depressivität bei allen

Abbildung 10: *Depressivität* im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren



DUNCAN-Test: S, M > W, N* S, M > W, N* S, M > W, N*

* $p < .05$

untersuchten Kindern der Stichprobe mit Beginn der Adoleszenz ($F = 4{,}52$, $p < .02$, vgl. Tab. 16). Dies kann als weiterer Indikator der Validität des hier verwendeten Depressionskennwertes gelten, da ein Ansteigen depressiver Symptomatiken mehrfach als typisch für diese Entwicklungsphase festgestellt werden konnte (Rutter, 1986; Kazdin, 1990).

Die bereits festgestellten Entwicklungsunterschiede von Kindern mit unterschiedlich schweren Symptombildern im Alter von sieben Jahren lassen sich auf der Ebene der depressiven Gesamtsymptomatik wiederfinden: Kinder ohne oder mit wenigen an-

Tabelle 16: Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	13337,60	4445,87	16,55	0,000
Zeit	2	802,82	401,41	4,52	0,012
Zeit × Depression mit 7 Jahren	6	465,99	77,66	0,87	n.s.

fänglichen depressiven Symptomen zeigen auch zu späteren Meßzeitpunkten kein deutliches depressives Verhalten. Dieser Befund unterstreicht nochmals die Validität der Klassifikation (insbesondere die Kennzeichnung dieser beiden Gruppen als *nicht depressiv*) im Alter von sieben Jahren. Kinder mit mittlerer oder schwerer depressiver Symptomatik zu Schuleintritt erweisen sich dagegen insgesamt auch später als diejenigen, die wesentlich depressiver sind und bleiben (vgl. *Duncan-Test* in Abb. 10). Zwischen diesen beiden als unterschiedlich schwer depressiv klassifizierten Gruppen im Alter von sieben Jahren lassen sich außerdem tendenziell jene Entwicklungsunterschiede feststellen, die sich auch schon bei der Untersuchung einzelner Symptome herauskristallisierten (vgl. hierzu Abschnitt 4.2.3): Kinder mit mittelschwerer Gesamtsymptomatik im Alter von sieben Jahren zeigen in der mittleren Kindheit tendenziell weniger depressives Verhalten als Kinder mit schwer depressiver Symptomatik im Alter von sieben Jahren, die über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg konstant das depressivste Verhalten zeigen. Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen scheint sich jedoch zu Beginn und im Verlauf der Pubertät zu verlieren, da die mittelschwer depressiven Kinder während dieser Phase einen wesentlichen Anstieg in ihren depressiven Reaktionen zeigen (vgl. Abb. 10). Dieser Befund stützt die Angemessenheit der Unterscheidung verschieden schwerer Störungsbilder der Depression bei Kindern, wie dies zum Beispiel innerhalb der Klassifikation affektiver Störungen im DSM III vorgesehen ist (die *typische depressive Episode* als schwererer akuter Typ sowie die *dysthyme Störung* als minder schwerer, chronischer Typ). Obwohl die Verlaufsunterschiede zwischen den beiden Depressionsgruppen statistisch gesehen keine Signifikanz erreichen ($F = 0{,}87$, n. s.; vgl. Tab. 16), kann doch auch auf der Grundlage dieses Befundes mit einiger Vorsicht vermutet werden, daß das Konzept der *maskierten Depression* bei Kindern mit weniger schweren depressiven Störungsbildern beziehungsweise mit einer dysthymen Störung eine gewisse Gültigkeit für die mittlere Kindheit haben könnte. Diese Vermutung wurde bereits bei der Analyse des unterschiedlichen zeitlichen Verlaufs einzelner Symptome geäußert (vgl. Abschnitt 4.2.3) und wird hier auf der Basis der Gesamtsymptomatik nochmals unterstrichen: Kinder mit minder schweren, subakut-chronisch depressiven Syndromen scheinen demnach vor der Adoleszenz tendenziell weniger deutliches depressives Verhalten zu zeigen, dagegen vermehrt aggressive und negative Verhaltensweisen. Zu Beginn und im Verlauf der Pubertät gleichen sie sich jedoch in ihrer Symptomatik den schwer depressiven Fällen an und sind von diesen im Alter von 15 Jahren nicht mehr zu unterscheiden. Der Anstieg ihres depressiven Verhaltens weist sie eindeutig als Fälle mit depressiven Störungen aus. Ihr Entwicklungsverlauf scheint im Unterschied zu Kindern mit schwerer akuter Depression im Alter von sieben Jahren jedoch gewissen Veränderungen unterworfen zu sein, deren genaue Ursache – vor allem im Unterschied zu schwer depressiven Fällen – bisher unklar geblieben ist.

Abgesehen von diesen, insgesamt gesehen eher geringen, Unterschieden zwischen möglicherweise verschiedenen Formen der depressiven Störung bei Kindern muß man also zusammenfassend von einer *hohen differentiellen Stabilität* der Störung ausgehen. Um zu prüfen, inwieweit die relativ großen und stabilen Unterschiede zwischen den im Alter von sieben Jahren als *depressiv* beziehungsweise *nicht depressiv* klassifizierten Kindern unter Umständen auf andere Einflußfaktoren (wie etwa die allgemeine Fä-

higkeit oder die Intelligenz der Kinder) zurückzuführen sind, wurde eine weitere Varianzanalyse durchgeführt, in der die Effekte des *allgemeinen Fähigkeitsniveaus* beziehungsweise der Intelligenz (gemessen durch den *Raven-Test* im Alter von sieben Jahren) durch Entfernen („Auspartialisieren") der gemeinsamen Varianz von *Depressivität* und *allgemeiner Fähigkeit* beziehungsweise Intelligenz kontrolliert wurden (einfaktorielle Kovarianzanalyse mit Meßwiederholung auf dem Faktor *Depressivität*).

Wie Tabelle 17 zeigt, konnten die hier dargestellten Ergebnisse zur *differentiellen Stabilität* der Depression auch bei statistischer Kontrolle dieser anfänglichen Merkmalsunterschiede weitgehend repliziert werden ($F = 9{,}31$, $p < .000$; vgl. Tab. 17). Dieser Befund läßt den Schluß zu, daß die hier festgestellte hohe Stabilität von Unterschieden der depressiven Reaktionen der Kinder beziehungsweise Jugendlichen trotz der hohen Prävalenz in der weniger befähigten Teilstichprobe nicht nur auf anfänglich bestehende Unterschiede in der allgemeinen Fähigkeit oder in der Intelligenz der Kinder zurückgeführt werden kann, sondern auch Ausdruck der unterschiedlichen depressiven Symptomatik im Alter von sieben Jahren ist. Allerdings scheinen bei Schuleintritt der Kinder bestehende allgemeine Fähigkeitsunterschiede auf die spätere Depressivität einen besonders großen Einfluß zu haben ($F = 27{,}93$, $p < .000$; vgl. Tab. 17). Der Einfluß der Intelligenz auf die spätere Entwicklung depressiver Reaktionen scheint demgegenüber vergleichsweise gering ($F = 4{,}14$, $p < .05$) zu sein.

Der hier festgestellte hohe Einfluß anfänglicher allgemeiner Fähigkeitsunterschiede auf die weitere Entwicklung depressiver Reaktionen kann folgendermaßen verstanden werden: Wie bereits bei der Klassifikation depressiver Symptomatiken im Alter von sieben Jahren festgestellt wurde, enthält die Substichprobe niedrigen Fähigkeitsniveaus bedeutend mehr Kinder mit frühen depressiven Syndromen. Bei der Interpretation dieses Befundes wurde darauf hingewiesen, daß die Stratifizierung der Stichprobe durch das allgemeine Fähigkeitsniveau auch als Aufteilung der Population in einen „normalen" und einen weniger befähigten Teil mit erhöhter Auftretenswahrscheinlichkeit pathologischer Merkmale verstanden werden kann (vgl. Abschnitt 4.1.3). Diese Interpretation wird durch den oben dargestellten Befund zusätzlich unterstrichen: Der weniger befähigte Teil der Stichprobe erweist sich auch im Hinblick auf die hier untersuchten späteren Entwicklungsstadien als die Gruppe mit erheblich größeren pathologischen (speziell depressiven) Verhaltensauffälligkeiten.

Tabelle 17: Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik, dem allgemeinen Fähigkeitsniveau und der Intelligenz mit 7 Jahren (Ergebnisse der einfaktoriellen Kovarianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	4393,03	1464,34	9,31	0,000
Kovariaten:					
Allgemeine Fähigkeit (7 Jahre)	1	4391,76	4391,76	27,93	0,000
Intelligenz (Raven, 7 Jahre)	1	651,45	651,45	4,14	0,045

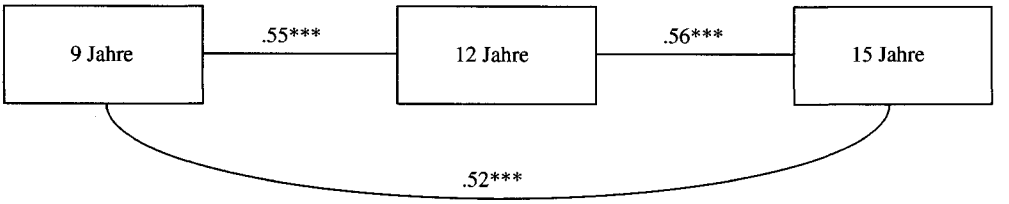
5.3.2 Die normative Stabilität der Störung

Wie erwähnt, läßt die Bestimmung der *normativen Stabilität* Aussagen darüber zu, in welchem Umfang die Rangfolge der untersuchten Fälle zwischen zwei verschiedenen Zeitpunkten bestehenbleibt. Mit anderen Worten, es wird dabei untersucht, wie sehr einzelne Fälle ihre relative Position innerhalb der untersuchten Gesamtgruppe behalten. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß dieses Stabilitätsmaß häufig als die eigentliche und einzig empirisch konkretisierbare zeitliche Stabilitätsform mißverstanden wird (vgl. hierzu Abschnitt 2.3.1). Um ein verdeutlichendes Beispiel zu nennen: Eine hohe normative Stabilität wäre etwa dann gegeben, wenn die Reihenfolge der guten und schlechten Schüler einer Schulklasse in den Mathematikzensuren sich vom siebten zum achten Schuljahr nicht oder kaum verändert. Schüler A wäre dann immer noch der „Primus" im Mathematikunterricht der achten Klassenstufe, Schüler B würde nach wie vor den dritten Platz in der Klasse behaupten usw. Allerdings könnte sich das Gesamtniveau der Klasse im achten Schuljahr in Mathematik um mehr als eine Notenstufe verschlechtert haben, ohne daß dies die hohe normative Stabilität der Mathematikzensuren beeinflussen würde. An diesem Beispiel wird deutlich, daß diese Form der Stabilität über das absolute Niveau eines Merkmals oder dessen Entwicklung wenig aussagt. Selbst der perfekte Erhalt der Klassenrangordnung sagt noch nichts darüber aus, wie gut oder schlecht ein einzelner Schüler oder die Klasse als ganze im Fach Mathematik geblieben ist. Dementsprechend läßt dieses Stabilitätsmaß im Falle von depressiven Störungen auch keine Aussagen über die qualitative Höhe der Depressivität und deren Konstanz beziehungsweise Veränderung zu.

Diese auf das relative Verhältnis der untersuchten Fälle einer Stichprobe in bezug auf ein bestimmtes Merkmal abzielende Definition von zeitlicher Stabilität wird jedoch in psychologischen Untersuchungen häufig zur Bestimmung der Stabilitätseigenschaften eines Merkmals herangezogen. Daher soll diese Form der Konkretisierung von Stabilität, meist operationalisiert durch einen (korrelativen) Stabilitätskoeffizienten auch hier, im Sinne einer Ergänzung, untersucht werden. Da mit sieben Jahren kein ausreichend differenzierendes Maß für Depression zur Verfügung stand, wurde auf die Einbeziehung dieser Altersstufe verzichtet. Abbildung 11 veranschaulicht die Stabilitätskoeffizienten des Summenmaßes für Depressivität im Alter von 9 bis 15 Jahren.

Wie Abbildung 11 zeigt (siehe S. 152), ergibt sich für eine Zeitspanne von drei beziehungsweise sechs Jahren ein ungewöhnlich hoher und sehr signifikanter statistischer Zusammenhang der Depressivität zwischen den verschiedenen Altersstufen. Besonders auffallend ist dabei, daß die normative Stabilität auch über einen Zeitraum von sechs Jahren kaum unter den Wert für die dreijährigen Intervalle zurückfällt. Dies ist bemerkenswert, da üblicherweise Stabilitätskoeffizienten in entwicklungspsychologischen Untersuchungen mit dem Anwachsen des Zeitintervalls linear abnehmen (Kagan, 1980). Insofern kann dieses Ergebnis als Indiz für eine *ungewöhnlich hohe relative Entwicklungsstabilität* der depressiven Störung gewertet werden. Mit anderen Worten: Vergleicht man einzelne Kinder beziehungsweise Jugendliche hinsichtlich ihrer Depressivität zu verschiedenen Meßzeitpunkten, so verändert sich ihre relative Depressivität wenig, Fall A bleibt depressiver als Fall B. Umgekehrt kann dieser

Abbildung 11: *Normative Stabilität* des Summenwertes Depressivität im Alter von 9, 12 und 15 Jahren: Produktmomentkorrelationen



*** $p < .000$; $N = 88$

Befund auch auf eine hohe Trennschärfe des Depressionskennwertes hinweisen, setzt man eine zeitliche Stabilität der relativen Depressivität voraus. Über die absoluten Veränderungen der Depressivität der Kinder beziehungsweise Jugendlichen können auf dieser Basis jedoch noch keine Aussagen gemacht werden (Kagan, 1980).

5.3.3 Individuelle Entwicklungsmuster der Depression: Das Risiko der Chronizität

Die bisher berichteten Analysen zur Syndromstabilität der depressiven Störung zeigen, daß die im Alter von sieben beziehungsweise neun Jahren diagnostizierten Unterschiede in bezug auf die Ausprägung der Depression auch in nachfolgenden Entwicklungsstadien weitgehend bestehenbleiben. Über individuelle Entwicklungsverläufe, also über die Schicksale einzelner Kinder, können auf dieser Basis jedoch ebensowenig eindeutige Aussagen getroffen werden wie über den typischen Verlauf der Störung. Um von diesen Aspekten der Störung ein klareres Bild zu erhalten, muß die *intraindividuelle* Konstanz beziehungsweise Veränderung depressiver Störungsmuster untersucht werden. Die Frage hierbei ist, ob es einerseits bestimmte, häufig auftretende Entwicklungsmuster gibt und andererseits Verlaufscharakteristiken, die selten oder gar nicht vorkommen und daher als untypisch für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen angesehen werden können. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht erscheinen besonders diejenigen Veränderungen bedeutsam, die sich beim Übergang in eine neue Entwicklungsperiode, also in diesem Falle von der Kindheit zur Adoleszenz, vollziehen. Auf die im Vergleich zur Kindheit bisher festgestellte erhöhte Auftretensrate der Störung in der Adoleszenz wurde bereits hingewiesen (Rutter, 1986). Aus einem längsschnittlichen Blickwinkel erscheint es in bezug auf dieses Phänomen besonders interessant zu prüfen, ob und inwieweit depressiven Störungen in der Adoleszenz schon in der Kindheit auftretende Depressionen vorausgehen, oder ob diese Störung bei Jugendlichen eher eine Erscheinung ist, die aus sich selbst heraus verstanden werden muß und keine Vorläuferstrukturen in der Phase der Kindheit hat. Wie erwähnt, vermuteten verschiedene Autoren in diesem Zusammenhang, daß das vermehrte Auftreten der Störung in der Adoleszenz durch Veränderungen der kognitiven Kompetenz (das Erreichen der formal-operatorischen Kompetenz) in dieser Entwicklungsperiode verursacht ist (vgl. Rutter, 1987; vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.1). Es

wurde bereits darauf hingewiesen, daß empirische Befunde diese Vermutung zu widerlegen scheinen (Kovacs & Paulauskas, 1984); dennoch bleibt das vermehrte Auftreten der Störung in der Pubertät erklärungsbedürftig und deutet an, daß die Frage nach der Kontinuität depressiver Störungen in der Entwicklungsperiode zwischen Kindheits- und Adoleszenzphase noch weitgehend unbeantwortet ist.

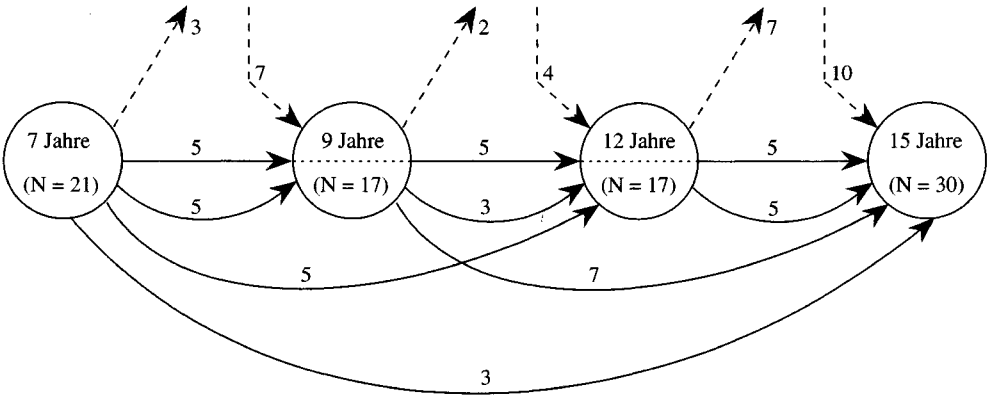
Um in diesen Fragen einer empirisch fundierten Antwort näher zu kommen und um dem individuellen Schicksal der bereits mit sieben Jahren als depressiv klassifizierten Kinder nachzugehen, wurden *individuelle längsschnittliche Entwicklungsmuster* gebildet, die im folgenden näher beschrieben werden. Sie dienen als Basis der nachfolgenden Analysen zum Zusammenhang der verschiedenen Entwicklungsphasen (Kindheit und Jugend) in bezug auf depressive Störungen *(prädiktive Validität* und *Chronizitätsrisiko).*

Auf der Basis ihrer depressiven Verhaltenssymptome wurden alle Kinder nach dem Klassifikationsschema im Alter von 7 Jahren (vgl. Abschnitt 4.1.1) einerseits und der Klassifikation unter Berücksichtigung der ausgewählten Lehrerfragen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren (vgl. Abschnitt 5.2.3) andererseits zu jedem Meßzeitpunkt in jeweils zwei Gruppen eingeteilt: Fälle *mit* und *ohne depressive Symptomatik* im entsprechenden Alter. Es ergaben sich daraus insgesamt vier dichotome Klassifizierungen der Kinder in bezug auf das Vorliegen einer Depression im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren. Aus diesen vier dichotomen Kennwerten wurden individuelle Muster der depressiven Entwicklung gebildet. Jedes einzelne Muster symbolisiert dabei das Schicksal eines einzelnen Kindes beziehungsweise Jugendlichen in bezug auf depressive Störungen in seiner Entwicklung. Dargestellt wird jeder einzelne Entwicklungsverlauf durch ein „digitales" Zahlenmuster, dessen einzelne Positionen die untersuchten Altersstufen des Falles (Kindes/Jugendlichen) repräsentieren. Die erste Position steht dabei für das Alter von 7 Jahren, die letzte für das Alter von 15 Jahren. Die dazwischenliegenden Positionen repräsentieren die übrigen beiden Altersstufen. Beispielsweise bedeutet das Muster „0001", daß das betreffende Kind lediglich im Alter von 15 Jahren als depressiv klassifiziert wurde, ein Muster von „1101" dagegen, daß es sich hierbei um ein Kind handelt, das mit Ausnahme von 12 Jahren stets als depressiv eingestuft worden ist. Tabelle 18 gibt einen Einblick, welche longitudinalen Entwicklungsmuster in der untersuchten Stichprobe identifiziert werden konnten und wie häufig sie jeweils anzutreffen waren. Abbildung 12 (siehe S. 154) veranschaulicht die Entwicklungspfade der (depressiven) Kinder/Jugendlichen, wie sie durch die vierstelligen Entwicklungsmuster repräsentiert sind, in graphischer Form. Es wurden dabei nur Fälle in das Schema aufgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt als depressiv klassifiziert wurden. Die Zahlenwerte geben die Anzahl der Kinder des jeweiligen Entwicklungspfades an. Pfeile in das Schema hinein sowie aus dem Schema heraus verweisen auf den Eintritt in einen depressiven Entwicklungspfad beziehungsweise auf das endgültige Verlassen eines solchen Pfades im Untersuchungszeitraum.

Wie Tabelle 18 veranschaulicht, waren nach dieser Analyse mehr als die Hälfte (46 Fälle oder 52,3 %) der untersuchten Kinder beziehungsweise Jugendlichen zu keinem der untersuchten Zeitpunkte depressiv[4]. Von den übrigen 42 Fällen, die minde-

[4] Fußnote 4 auf Seite 154.

Abbildung 12: Entwicklungspfade der depressiven Störung vom frühen Schulalter bis in die Adoleszenz (7 bis 15 Jahre)



stens einmal zu irgendeinem Zeitpunkt unter einer depressiven Störung litten, konnten zunächst 5 Fälle (5,7 %) identifiziert werden, die dauerhaft und durchgängig depressiv waren. Bei weiteren 8 Fällen (9,1 %) wurde zu drei der vier untersuchten Meßzeitpunkten eine depressive Störung diagnostiziert, davon bei 5 Fällen (5,7 %) bereits erstmals im Alter von sieben Jahren (diese Fälle werden durch die Muster „1011" und „1101" repräsentiert). Demnach litten in der hier untersuchten Stichprobe insgesamt mindestens 13 Fälle oder 14,8 Prozent zu allen oder fast allen untersuchten Altersstufen durchgängig unter Depressionen[5].

Rechnet man zusätzlich (wie in Tab. 18) noch jene 6 (bzw. 10, siehe Anm. in Tab. 18) Fälle, die sowohl mindestens einmal in der Kindheit als auch einmal in der Adoleszenz als depressiv klassifiziert wurden, zu den chronischen Fällen hinzu, so erhöht sich die *Gesamtrate chronisch depressiver Fälle* auf 21,6 Prozent (bzw. 26,1 %; wie oben). Von diesen Fällen mit chronisch depressiven Störungen litten wiederum insgesamt 13 (bzw. 17) Fälle oder umgerechnet 68,4 Prozent (bzw. 73,9 %), also mehr als die Hälfte, bereits im Alter von sieben Jahren an einer mittleren bis schweren depressiven Symptomatik. Nach diesen Ergebnissen ist die Prävalenz subklinischer, chronisch-depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen der städtischen Gebiete Islands auf ungefähr 15 bis 25 Prozent zu schätzen. Bei ungefähr 5 Prozent aller Kinder muß sogar von einem deutlichen klinischen Bild anhaltender, chronischer Depression ausgegangen werden.

Wie aus Tabelle 18 weiterhin ersehen werden kann, läßt sich auch eine deutlich vermehrte Anzahl von Fällen finden (N = 10, 11,4 %), die erst im Alter von 15 Jahren

---

[4] Sie werden durch das Muster „0000" repräsentiert. Von diesen 46 Fällen konnten im Alter von 7 Jahren bereits 32 Kinder (oder annähernd 70 %) mit Hilfe des Klasssifikationsverfahrens eindeutig als Fälle ohne jegliche depressive Symptomatik identifiziert werden. Dies spricht für die prognostische Validität dieses Verfahrens.

[5] Von diesen eindeutig *chronisch depressiven* Fällen konnten im Alter von sieben Jahren wiederum bereits zehn Kinder (oder 76,9 % aller eindeutig chronischen Fälle) mit Hilfe des beschriebenen Klassifikationsschemas identifiziert werden.

Tabelle 18: Longitudinale individuelle Entwicklungsmuster depressiver Störungen

Beschreibung		Longitudinales Muster		Häufigkeit			
		7–9 Jahre	12–15 Jahre	einzeln	in %	kumuliert	in %
I.	keine Depression	00	00	46	52,3	46	52,3
II.	anhaltende depressive Symptomatik („chronisch depressiv")	01	01	3	3,4		
		01	11	3	3,4		
		10	01	3	3,4		
		10	11	1	1,1		
		11	01	4	4,5		
		11	11	5	5,7	19	21,6
		[10	*10]**	*[4]*	*[4,5]*	*[23]*	*[26,1]*
III.	spontanes Abklingen der Symptomatik	01	00	1	1,1		
		10	00	3	3,4		
		11	00	1	1,1	5	5,7
IV.	Adoleszenz- („Pubertäts-") Depression	00	01	10	11,4		
		00	10	3	3,4		
		00	11	1	1,1	14	15,9

* Dieses Muster konnte zunächst nur bedingt der Kategorie II zugeordnet werden, weil hier mit 15 Jahren keine depressive Symptomatik vorlag. Jedoch konnte aufgrund von weiteren Analysen entschieden werden, daß 3 der 4 Kinder mit diesem Muster mit einiger Sicherheit auch im Alter von 15 Jahren noch relativ „depressiv" waren (siehe auch Text).

depressive Störungen entwickeln, dagegen vor der Pubertät depressionsfrei waren. Betrachtet man auch 12jährige bereits als Adoleszente, so erhöht sich die Rate derer, die erst während dieser Entwicklungsphase depressive Störungen entwickeln, auf über 15 Prozent (vgl. Tab. 18). Man muß also nach diesen Daten davon ausgehen, daß der Übergang in diese Entwicklungsphase Veränderungen mit sich bringt, die entweder selbst Ursachen sich entwickelnder depressiver Störungen darstellen oder aber zumindest die Eigenschaft haben, bereits latente depressive Strukturen zur Ausbildung einer deutlich erkennbaren Störung anzuregen, und damit die Funktion eines auslösenden Faktors besitzen. Auf jeden Fall spricht dieser Befund dafür, daß die Entwicklungsphase der Adoleszenz in bezug auf depressive Störungen eine eigene Qualität besitzt, die sich nicht restlos auf bereits früher vorhandene Bedingungen reduzieren läßt. Dieses „Neuauftreten" von Depressionen in dieser Entwicklungsspanne ist vermutlich für das wiederholt berichtete starke Ansteigen der Prävalenz der Störung (vgl. Rutter, 1986; Kazdin, 1990) in der Pubertät verantwortlich zu machen. Weitere Analysen konnten jedoch zeigen, daß bei der Hälfte der „neu" depressiven Fälle im Alter von 15 Jahren bereits mit 9 Jahren eine depressive Symptomatik vorlag, die für eine Klassifikation dieser Fälle als depressiv beinahe ausreichend war. Daher ist es nicht ausgeschlossen, daß zumindest bei einem erheblichen Teil dieser Fälle bereits entsprechende psychische Vorbedingungen (etwa in Form bestimmter kognitiver Verarbeitungsmuster) vorhanden waren, die die Ausbildung einer Depression in der Adoleszenz begünstigten.

Die durch die vierstelligen Muster („0000" bis „1111") beschriebenen *Entwicklungspfade* depressiver und nichtdepressiver Kinder wurden unter der Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen frühen depressiven Störungen in der Kindheit und späteren depressiven Zustandsbildern in der Adoleszenz zusätzlich in vier Grundmuster zusammengefaßt, die ebenfalls Tabelle 18 zu entnehmen sind. Dafür wurden die individuellen Entwicklungsmuster zwischen 9 und 12 Jahren geteilt und jede Hälfte für sich betrachtet. Die ersten beiden Positionen (also 7 und 9 Jahre) stehen dabei für die *Kindheit,* die beiden letzten (12 und 15 Jahre) für die *Adoleszenz.* Die sich logisch daraus ergebenden *vier Grundmuster des Zusammenhangs zwischen Kindheit und Adoleszenz* können folgendermaßen charakterisiert werden: *Muster I* umfaßt alle Kinder, die zu keinem Zeitpunkt als depressiv klassifiziert wurden und somit als Fälle, die weder in der Kindheit noch in der Adoleszenz eine depressive Symptomatik aufweisen. Es tritt erwartungsgemäß am häufigsten auf (52,3 %). *Muster II* enthält dagegen alle Kinder, die sowohl vor der Pubertät (also im Alter von 7 oder 9 Jahren) bereits als depressiv charakterisiert wurden als auch in der Pubertät depressiv waren. Diese Fälle können (mit den entsprechenden Vorbehalten) als Kinder mit einer *chronisch depressiven Störung* bezeichnet werden, da sie eine anhaltende depressive Symptomatik in verschiedenen Entwicklungsphasen zeigen. Unter allen Kindern, die zu irgendeinem Zeitpunkt mindestens einmal als depressiv klassifiziert wurden, ist dieses Muster chronischer Symptomatik das häufigste, wie Tabelle 18 deutlich macht. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, daß die durch dieses Muster spezifizierte Gruppe von Kindern sieben der neun Kinder repräsentiert, die im Alter von sieben Jahren eine derart schwere depressive Symptomatik zeigten, daß wahrscheinlich bereits die klinische Diagnose einer akut-depressiven Störung nach DSM III gerechtfertigt gewesen wäre. Weitere Analysen ergaben, daß auch beim Muster „1010" die Symptomatik mit 15 Jahren (in der Tab. 18 in eckigen Klammern aufgeführt) in drei von vier Fällen nur knapp unter dem Muster „1011" lag. Daher muß, wie bereits erwähnt, von einer relativen Häufigkeit dieses Musters beziehungsweise dieser chronischen Form der Störung von ungefähr 25 Prozent in der untersuchten Stichprobe ausgegangen werden. Bei ungefähr 8 Prozent der Fälle liegt darüber hinaus im Alter von sieben Jahren bereits ein klinisches Erscheinungsbild vor.

Muster III zeichnet sich durch ein Vorhandensein der Störung in der mittleren Kindheit und ihres Fehlens in der Adoleszenz aus. Dieses Muster deutet auch auf ein „Abklingen" der depressiven Symptomatik beziehungsweise auf ein „Hinauswachsen" aus dieser Störung hin. Es kam jedoch in der Stichprobe nur bei insgesamt fünf Fällen (= 5,7 %) vor. Allerdings enthielt diese Gruppe auch zwei Kinder, die mit 7 Jahren eine schwere depressive Symptomatik aufwiesen. Diese beiden Fälle lagen jedoch hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik im Alter von 12 beziehungsweise 15 Jahren nur knapp unter der jeweiligen Klassifikationsgrenze[6], weswegen sie eher dem Muster II

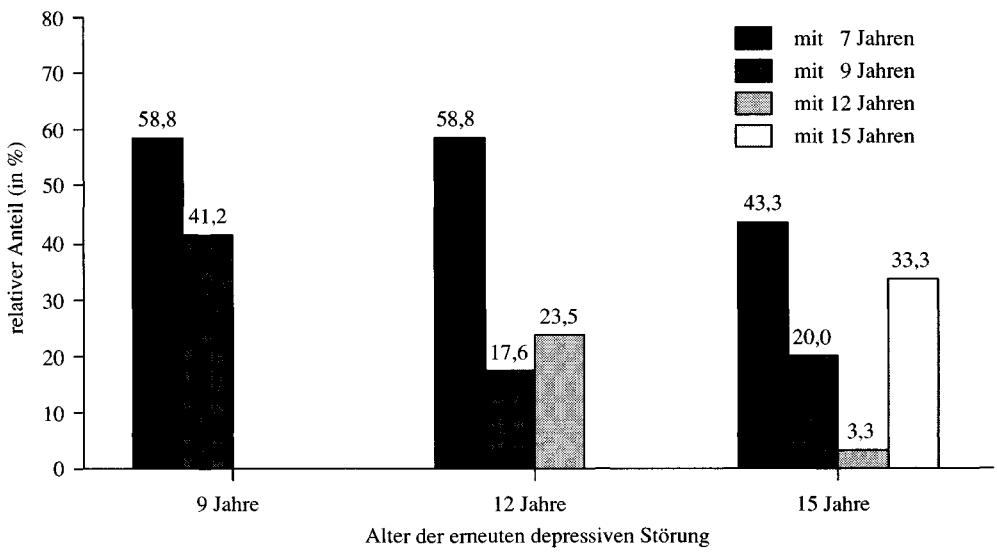
[6] Dazu wurde festgestellt, in welchem Quartil der Verteilung des Depressions-Summenwertes die jeweils in Frage stehenden Fälle anzutreffen waren. *Knapp unter der Klassifikationsgrenze* bedeutet, daß der betreffende Fall im 4. Quartil der Verteilung lag.

zuzuordnen gewesen wären. Insofern kann man bei diesem sehr selten auftretenden Muster von einem eher untypischen Verlauf der Störung sprechen. *Muster IV* faßt schließlich alle Kinder zusammen, die erst im Verlauf der pubertären Veränderungen depressive Symptome entwickelten. Daher kann dieses Muster auch als *Pubertätsdepression* bezeichnet werden. Unter den drei Grundmustern mit depressiven Symptomatiken kommt es am zweithäufigsten vor.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für einen starken Zusammenhang zwischen Depressionen in der Kindheit und Depressionen während der Adoleszenz, und damit für eine hohe intraindividuelle Stabilität der Störung auch über unterschiedliche Entwicklungsperioden hinweg ($chi^2 = 27{,}10$, $df = 1$, $p < .000$). Die chronische Verlaufsform der Störung kommt in der untersuchten Stichprobe insgesamt viermal häufiger vor als das „spontane" Abklingen oder „Auswachsen" depressiver Symptomatiken und fast doppelt so häufig wie das erstmalige Auftreten der Störung in der Adoleszenz (die sogenannte *Pubertätsdepression*). Zusätzlich konnte festgestellt werden, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der hier diagnostizierten chronisch-depressiven Fälle die Störung bereits bei der ersten Untersuchung zu Beginn der Schulzeit, also im Alter von sieben Jahren, aufgefallen war. Abbildung 13 verdeutlicht diesen Zusammenhang zwischen dem ersten Auftreten einer depressiven Störung und einem zweiten, späteren Auftreten bei allen zu irgendeinem Zeitpunkt als depressiv diagnostizierten Fällen in der Stichprobe.

Danach zeigt sich auch hier, daß Kinder, die bereits im Alter von 7 Jahren an einer depressiven Störung litten, unter den depressiven 9- und 12jährigen stets am häufigsten vertreten waren ($chi^2 = 14{,}17$, $df = 1$, $p < .000$; Alter 9 und 12 Jahre). Sogar unter den depressiven Jugendlichen im Alter von 15 Jahren waren die meisten bereits mit

Abbildung 13: *Alter des erstmaligen Auftretens* einer depressiven Symptomatik bei depressiven Kindern von 9, 12 und 15 Jahren



7 Jahren schon einmal an dieser Störung erkrankt und damit häufiger anzutreffen als jene, die erst mit 15 Jahren das erste Mal eine solche Störung entwickelten ($chi^2 = 9{,}50$, $df = 1$, $p < .003$). Dies spricht nicht nur für einen starken Zusammenhang zwischen Kindheit und Adoleszenz (oder für eine *hohe prädiktive Validität* der Störung), sondern auch für Ursachen der Störung, die bereits vor Beginn der Schulzeit zu suchen sind.

Das Risiko der Chronizität

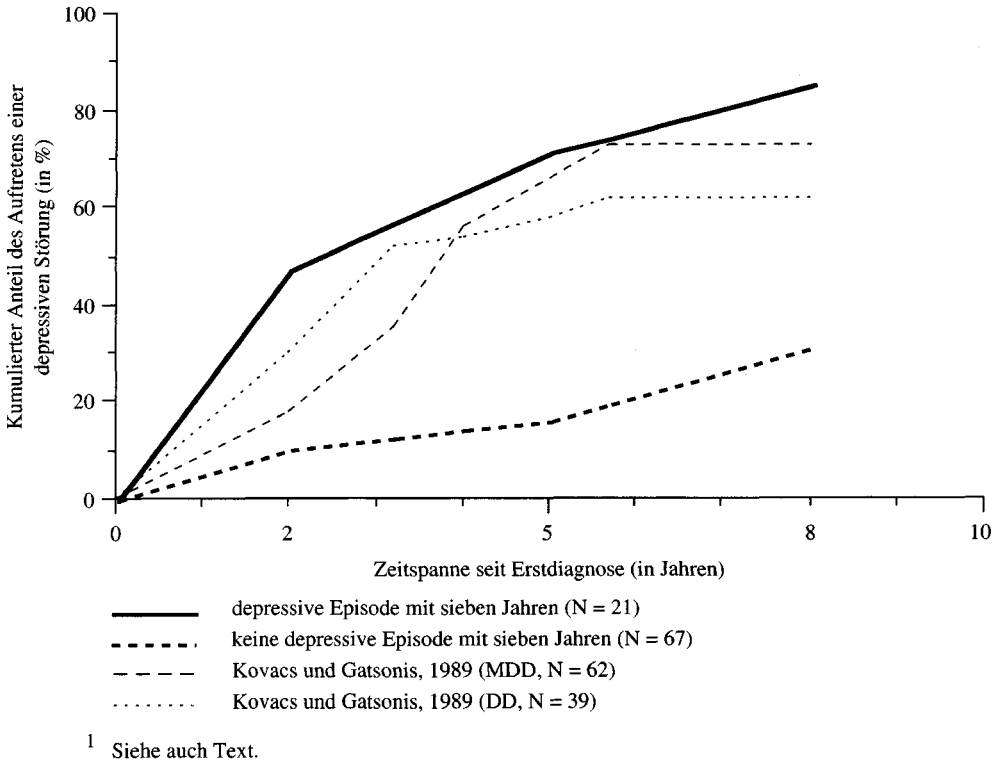
Die geschilderten Ergebnisse deuten an, daß das Vorliegen einer depressiven Störung schon in der Kindheit, speziell bereits bei Schuleintritt im Alter von sieben Jahren, einen erheblichen Risikofaktor für ihr wiederholtes Auftreten während der Kindheit, aber auch während der Adoleszenz darstellt. Abbildung 13 verdeutlichte, daß immerhin fast 60 Prozent der depressiven 9jährigen bereits mit 7 Jahren unter einer depressiven Störung litten.

Wenn man diese Rate aus umgekehrter Blickrichtung betrachtet, zeigt fast die Hälfte (47,6 %) der depressiven 7jährigen bereits mit 9 Jahren eine erneute depressive Symptomatik (oder war zu diesem Zeitpunkt immer noch depressiv; das kann aufgrund der Datenlage nicht entschieden werden). Das bedeutet ein wiederholtes beziehungsweise andauerndes Auftreten der Störung bei nahezu der Hälfte aller betroffenen Fälle innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren. Drei Jahre später, also im Alter von 12 Jahren, wurde sogar bei fast drei Viertel (71,4 %) der Kinder, die bereits im Alter von 7 Jahren als depressiv diagnostiziert worden waren, eine in der Zwischenzeit aufgetretene weitere depressive Störung festgestellt. Abbildung 14 veranschaulicht dieses hohe *Rückfallrisiko* von Kindern, die schon zu einem frühen Zeitpunkt an depressiven Störungen gelitten hatten, im Vergleich zu Kindern, die im Alter von 7 Jahren keine depressive Symptomatik zeigten.

Am Ende des für diese Studie zur Verfügung stehenden Untersuchungszeitraumes, also nach acht Jahren vom Untersuchungsbeginn an, war die Rate der mehrmals als depressiv diagnostizierten ehemals depressiven 7jährigen bereits auf 85,7 Prozent angewachsen. In sechs von sieben Fällen erleiden folglich Kinder, die bereits im Schuleintrittsalter unter einer depressiven Störung litten, bis zur Adoleszenz beziehungsweise bis ins Alter von 15 Jahren mindestens einen weiteren depressiven Rückfall.

Abbildung 14 enthält zum Vergleich außerdem Daten zum Rückfallrisiko, die aus einer anderen Längsschnittstudie zur Depression bei Kindern stammen: Kovacs und Mitarbeiter (Kovacs, Feinberg et al., 1984a, b; Kovacs & Gatsonis, 1989) untersuchten die prädiktive Validität unterschiedlicher klinischer Diagnosen depressiver Zustände an einer klinischen Stichprobe von 104 Kindern und Jugendlichen im Schulalter (8 bis 13 Jahre). Auf der Grundlage eines wiederholt angewandten halbstrukturierten klinischen Interviews wurden die Fälle entsprechend den diagnostischen Vorgaben des DSM III klassifiziert. Die Anfangsklassifikation ergab in 46 Fällen die Diagnose einer *typischen depressiven Episode (Major Depressive Disorder,* in Abb. 14 abgekürzt als *MDD),* also einer schweren akuten depressiven Störung. In weiteren 23 Fällen konnten die Autoren eine *dysthyme Störung (Dysthymic Disorder,* abgekürzt *DD),* also eine chronisch-neurotische depressive Störung, feststellen. Bei 16 der untersuchten Kinder

Abbildung 14: *Kumulatives Auftretensrisiko* einer depressiven Störung innerhalb eines Zeitraumes von acht Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik im Alter von sieben Jahren (mit Vergleichsdaten[1] von Kovacs & Gatsonis, 1989)



[1] Siehe auch Text.

ergab sich aufgrund der Symptome eine Diagnose beider Störungsformen (MDD/DD; diese Kinder sind in Abb. 14 doppelt vertreten). Bei der Mehrzahl der Kinder erfüllte das klinische Syndrom außerdem die Kriterien weiterer Störungsbilder *(Komorbidität),* in der Hauptsache von Angstsyndromen. Die Kinder wurden im ersten Jahr bis zu viermal, in jedem weiteren Jahr bis zu zweimal untersucht. Bisher wurden Daten aus einem neunjährigen Untersuchungszeitraum berichtet. Neben der altersabhängigen Veränderung des klinischen Bildes untersuchten die Autoren insbesondere das Rückfallrisiko bei unterschiedlichen Ausgangsdiagnosen der Depression sowie das Risiko der Entwicklung verschiedener anderer, depressionsverwandter Störungsbilder (unter anderem von Angstsyndromen). Teile der Untersuchungsergebnisse von Kovacs und Gatsonis (1989) sind in Abbildung 14 wiedergegeben; sie enthält die zeitabhängigen kumulativen Risiken der Entwicklung einer erneuten *typischen depressiven Episode* unter den Bedingungen zweier verschiedener Anfangsdiagnosen *(typische depressive Episode, MDD* und *dysthyme Störung, DD).*

Wie Abbildung 14 verdeutlicht, kommen Kovacs und Gatsonis (1989) in bezug auf die prädiktive Validität depressiver Störungen zu Ergebnissen, die grundsätzlich mit den hier dargestellten vergleichbar sind: Innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren hat bereits über die Hälfte der Fälle mit der Anfangsdiagnose einer akut-depressiven Störung (MDD) wieder einen Rückfall erlitten, und ebenso die Hälfte aller Fälle mit einer *dysthymen Störung* am Anfang der Studie. Nach sechs Jahren waren im Fall einer Anfangsdiagnose der *typischen depressiven Episode* bereits etwa 72 Prozent, also fast drei Viertel der Fälle, erneut an einer schweren Depression erkrankt, im Fall einer anfänglichen *dysthymen Störung* über 60 Prozent. Sowohl im Verlauf als auch in der Höhe sind diese Rückfallrisiken bei anfänglich diagnostizierten depressiven Störungsbildern mit den Daten der hier berichteten Untersuchung vergleichbar. Die insgesamt etwas niedriger liegenden Rückfallraten bei Kovacs und Gatsonis (1989) erklären sich wahrscheinlich aus den strengeren diagnostischen Kriterien, die die Forscher zur Definition eines „Rückfalles" benutzten: Während in der vorliegenden Studie die etwas schwächeren Kriterien der *dysthymen Störung* verwendet wurden, legten Kovacs und Mitarbeiter ihrer Untersuchung die strengeren Kriterien der *typischen depressiven Episode* zugrunde.

Insgesamt sprechen jedoch die Ergebnisse beider Studien übereinstimmend für ein hohes Risiko des erneuten Rückfalls bei depressiven Störungen, oder, anders gesagt, für eine hohe Vorhersagekraft von Diagnosen depressiver Störungen auch bei Kindern und Jugendlichen. Dabei scheinen verschiedene Formen der Störung einen nur unwesentlich unterschiedlichen zeitlichen Verlauf zu haben, und treten daher hinter den Befund eines hohen Chronizitätsrisikos depressiver Störungen an Bedeutsamkeit zurück. Die hier berichteten Befunde decken sich auch mit den Ergebnissen zweier älterer Längsschnittstudien, bei denen vergleichbare Chronizitätsraten von der Kindheit zur Adoleszenz (Poznanski, 1980/81; Poznanski, Krahenbuhl et al., 1976; Poznanski & Zrull, 1970) sowie von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter (Zeitlin, 1986) festgestellt wurden, deren Befunde jedoch bisher aufgrund unzureichender Untersuchungsmethoden kaum eindeutige Aussagen über den genauen Störungsverlauf zuließen.

5.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die vorangegangenen Untersuchungen zur Stabilität oder Kontinuität depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfolgten das Ziel, die im theoretischen Teil des Buches dargestellten Annahmen über Ursachen und Mechanismen der Depression bei Kindern empirisch zu untermauern. Dies betraf vor allem die aus mehreren theoretischen Konzepten abgeleitete Vermutung, daß depressive Syndrome, zumindest aber deren innerpsychische Grundlage bei Kindern, bereits in einem sehr frühen Alter entstehen können und auf psychischen Strukturen basieren, die möglicherweise sehr resistent gegen entwicklungsbedingte Veränderungen sind. Zum einen kann für diese Annahme auf die Tatsache verwiesen werden, daß selbst bei depressiven Erwachsenen bestimmte realitätsunangemessene Strukturen der Informationsaufnahme und -verarbeitung in bezug auf Selbstbewertungsprozesse (sogenannte *depressogene Schemata,* vgl. Abschnitt 2.2.1) typisch sind, deren einfache Struktur und weitgehende Bewußt-

seinsferne auf eine frühe Entstehungsphase hindeuten. Zum anderen erweisen sich diese depressogenen Strukturen bei Erwachsenen als sich fortwährend selbst verstärkende negative Handlungs-, Interpretations- und Affektmuster, deren „Teufelskreis" nur schwer zu durchbrechen ist und meist fremde Hilfe erfordert. Es ist daher unwahrscheinlich, daß eine solche Struktur, wenn sie bereits bei Kindern bestehen sollte, von diesen ohne fremde Hilfe aufgelöst werden kann, da sie – im Unterschied zu Erwachsenen – noch nicht über die kognitiven Möglichkeiten verfügen, solche Handlungs- und Affektstrukturen bei sich selbst zu reflektieren. Sollten solche depressogenen Strukturen bereits in frühem Alter entstehen, müßten sie dementsprechend weitgehend unverändert über größere Einschnitte der Enwicklung bestehenbleiben. Es ist bekannt, daß depressive Störungen im Erwachsenenalter einen hohen Grad an Persistenz und eine Tendenz zur periodischen Wiederkehr zeigen. Gelänge der Nachweis einer ähnlichen Kontinuität der Störung auch für Kinder und Jugendliche, dann wäre dies ein wichtiger Beleg für die Angemessenheit der dargestellten theoretischen Konzepte zu diesem Phänomen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen.

Die vorausgehenden Analysen verfolgten jedoch noch ein weiteres, nicht weniger wichtiges Ziel: Es wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, daß die Existenz depressiver Störungen bei Kindern und – wenngleich weniger deutlich – auch bei Jugendlichen in der Fachliteratur bisher noch nicht allgemein anerkannt ist. Eine valide Prognose des zukünftigen Störungsverlaufs auf der Basis von aussagekräftigen und operationalisierbaren Diagnosen könnte daher unter Umständen der wesentliche Bestandteil des psychiatrischen Störungsbegriffs sein, der die Charakterisierung depressiver Störungen bei Kindern und auch bei Jugendlichen konkretisieren und zu einer nosologischen Kategorie hin verdichten könnte. Die Rechtfertigung einer eigenständigen diagnostischen Kategorie depressiver Störungen für das Kindes- und Jugendalter in diesem Sinne hätte nicht unerhebliche Bedeutung für die Früherkennung, Prävention und Behandlung depressiver Syndrome insbesondere bei Kindern.

Die vorliegende Arbeit untersuchte den Verlauf depressiver Störungen, ihre Stabilität und Kontinuität sowie die prädiktive Validität diagnostischer Klassifizierungen depressiver Symptome in einem Entwicklungszeitraum von Beginn des Schulalters bis ins mittlere Jugendalter zu vier Erhebungszeitpunkten. Wir verwendeten zur Diagnose beziehungsweise Klassifizierung depressiver Störungen zwei Meßverfahren, die aus dem bereits vorhandenen Material der übergeordneten longitudinalen Studie entwickelt wurden. Zum ersten Meßzeitpunkt, also im Alter von sieben Jahren, wurden die Kinder auf der Basis ihres Verhaltens in Interviewsituationen vier Gruppen mit unterschiedlicher Depressivität zugewiesen, davon zwei mit eindeutig depressiven Syndromen (vgl. hierzu Abschnitt 4.1). In den nachfolgenden Altersstufen geschah die Bestimmung der depressiven Symptomatik anhand von standardisierte Lehrerfragebögen, aus denen auf der Basis der diagnostischen Kriterien der *dysthymen Störung* (DSM III, APA, 1980) eine Reihe von Items zu insgesamt 5 der 13 aufgeführten Symptome ausgewählt wurden. Diese Auswahl von Items bildete zum einen eine meßwiederholte Depressionsskala mit einem Summenwert für die Ausprägung der Depressivität der Kinder und Jugendlichen, zum anderen die Grundlage einer dichotomen Klassifikation der Fälle mit Blick auf das Vorliegen einer dysthymen Störung zum jeweiligen Meßzeitpunkt. Eine solche zusätzliche Klassifikation erschien notwen-

dig, da die Kriterien einer Einteilung der Kinder/Jugendlichen in depressive/nichtdepressive Fälle auf der Basis des Depressivitätskennwertes nicht eindeutig genug erschienen und sich die Klassifikation an die diagnostischen Richtlinien des Manuals möglichst eng anlehnen sollte.

Inhaltlich konnten nur bestimmte Bereiche des im DSM III beschriebenen Symptombildes der *dysthymen Störung* abgedeckt werden: Das vorhandene Material erlaubte die Einschätzung *depressiver Verstimmungen, Gefühle der Unzulänglichkeit und mangelnden Selbstachtung, Konzentrationsstörungen, eine verminderte Aktivität* und *Tendenzen zum sozialen Rückzug,* soweit sie im Schulkontext beobachtet werden konnten. Introspektive Daten (wie *pessimistische Weltsicht* oder *Suizidgedanken*) oder Daten, die somatische Aspekte berühren beziehungsweise eine Beobachtung des Kindes/Jugendlichen außerhalb des Schulrahmens notwendig gemacht hätten (wie *Schlaf- und Eßgewohnheiten*), konnten dagegen nicht berücksichtigt werden. Unklar blieb, inwieweit im von uns verwendeten Lehrerfragebogen Items enthalten waren, die eine bei dieser Störung postulierte *erhöhte Tendenz zur Reizbarkeit oder Zorn gegenüber Erwachsenen* hätten treffend umschreiben können. Dieses Kriterium wurde daher ebenfalls nicht berücksichtigt.

Bei der Konstruktion der Depressionsskala und des Klassifikationsverfahrens wurden zusätzlich die bereits dargestellten Befunde zu Art und Stabilität typischer Symptome des Störungsbildes (vgl. hierzu Abschnitt 4.2) herangezogen: Es konnte erstens davon ausgegangen werden, daß die Verhaltensdimensionen *Konzentrationsprobleme, sozialer Rückzug* und *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit* in engem Bezug zu depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen stehen und als wesentliche Symptome des Störungsbildes angesehen werden müssen. Sie gingen zu gleichen Teilen in die entwickelten Meßverfahren ein. Zum zweiten erschien es gerechtfertigt, keine altersabhängigen diagnostischen Kriterien zu verwenden, da das Störungsbild der Depression sich in bezug auf diese Verhaltensbereiche im untersuchten Entwicklungszeitraum als weitgehend konstant erwiesen hatte. Daher wurden im Alter von 9, 12 und 15 Jahren die gleichen Instrumente verwendet. Reliabilitätsanalysen erbrachten den Nachweis einer hohen Reliabilität der 20 Items umfassenden Depressionsskala. Zur Validierung konnten neben den Befunden zur Entwicklung einzelner Symptombereiche auch Ergebnisse aus Faktorenanalysen herangezogen werden. Das Klassifikationsverfahren bestand in Anlehnung an das diagnostische Vorgehen des DSM III aus einer Reihe von hierarchischen Klassifikationsregeln, bei denen die Kriterien *depressive Verstimmung* und *verminderte Selbstachtung* als alternative übergeordnete Symptome der Störung angesehen wurden.

Die mit Hilfe dieser Instrumente festgestellten *Prävalenzen depressiver Störungen* in der untersuchten Stichprobe bewegen sich im Alter von 9 und 12 Jahren zwischen 4 und 6 Prozent für die schwere, klinisch relevante Form der Störung, deren Erscheinungsbild bei näherer Betrachtung die klinische Diagnose einer *typischen depressiven Episode* (DSM III, APA, 1980) wahrscheinlich gemacht hätte. Subklinische Formen der Störung konnten für diesen Entwicklungsabschnitt auf der Basis dieser Verfahren in weiteren 13 bis 16 Prozent der Fälle identifiziert werden. Damit wurde für diesen Entwicklungsabschnitt eine leicht verminderte Prävalenz der Störung gegenüber dem Beginn der Schulzeit festgestellt. Die Auftretensrate der Störung lag im Alter von 9 und

12 Jahren insgesamt um etwa 4 Prozent unter den Ergebnissen der Klassifikation im Alter von 7 Jahren. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, daß für diese Unterschiede die Verwendung unterschiedlicher Diagnosemethoden (vgl. hierzu Abschnitt 5.1, Untersuchungsmodell) verantwortlich gemacht werden muß. Insgesamt gesehen erschienen die Prävalenzraten jedoch wiederum ähnlich genug zu sein, um von einer Vergleichbarkeit der beiden diagnostischen Instrumente ausgehen zu können. Im Alter von 15 Jahren ergab sich hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit der Störung ein etwas weniger deutliches Bild. Je nach Trennungskriterien konnten hier zwischen 8 und 29 Prozent der Fälle als subklinisch depressiv ausgemacht werden, und weiterhin etwa 5 Prozent mit einem klinischen Ausprägungsgrad der Störung. Aufgrund des wiederholt berichteten Anstiegs der Prävalenzrate der Störung im Verlauf der Adoleszenz kann jedoch davon ausgegangen werden, daß die „wahre" Auftretensrate eher an der oberen Grenze des genannten Spektrums liegt. Daraus ergibt sich die grobe Schätzung, daß bis zu einem Drittel der untersuchten Jugendlichen im Alter von 15 Jahren unter mindestens subdepressiven Zuständen litten. Die Höhe dieser Rate erscheint unter Berücksichtigung der Stichprobenzusammensetzung und gängiger Verhaltensauffälligkeiten unter isländischen Jugendlichen zwar nicht völlig unangemessen; dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, daß im Rahmen der verwendeten Verfahren insgesamt zu niedrige Schwellenkriterien angesetzt wurden beziehungsweise daß bei Hinzuziehung weiterer diagnostischer Information eine Reihe von Fällen aus der Klassifikation hätte ausgeschlossen werden können.

Hinsichtlich der *Stabilität* und *prädiktiven Validität* der Störung ergaben sich bei der weiteren longitudinalen Analyse der Daten ähnliche Befunde, wie sie zum Teil schon aus anderen längsschnittlichen Untersuchungen zur Depression bei Kindern und Jugendlichen bekannt wurden (vgl. insbesondere Kovacs, Feinberg et al., 1984b; Kovacs & Gatsonis, 1989). Es konnte unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte der Stabilität (vgl. Kagan, 1980) gezeigt werden, daß bereits im Alter von sieben Jahren bestehende Unterschiede im depressiven Erscheinungsbild der Kinder auch in nachfolgenden Entwicklungsperioden bis in die Adoleszenz hinein bestehenbleiben (Abschnitt 5.3.1). Dabei ließ sich zeigen, daß diese Kontinuität nicht nur auf „depressionsfremde" Merkmale der Kinder zurückzuführen ist, also etwa auf Intelligenzunterschiede oder auf Merkmale der untersuchten Stichprobe (also insbesondere auf die großen Unterschiede in der allgemeinen Fähigkeit bei Schuleintritt), sondern darüber hinaus durch die depressiven Merkmale der Kinder bei Schulbeginn erklärt werden kann. Die beiden mit sieben Jahren identifizierten Gruppen von Kindern mit mittlerem beziehungsweise schwerem depressivem Syndrom waren über die gesamte untersuchte Zeitspanne hinweg wesentlich depressiver als die Kinder ohne beziehungsweise mit wenigen depressiven Symptomen, und sie unterschieden sich im Entwicklungsverlauf nur wenig voneinander. Lediglich mit neun Jahren konnten bei der Gruppe mit mittlerer Depressivität im Alter von sieben Jahren tendenziell geringere Depressionswerte festgestellt werden, die als Ausdruck einer gewissen Überdeckung oder *Maskierung* der Depression durch vermutlich ausagierende Verhaltensweisen interpretiert werden können. Mit Beginn der Pubertät werden diese Kinder jedoch zunehmend depressiver, und damit verschwinden diese ohnehin eher tendenziellen Unterschiede zwischen den hier unterschiedenen Depressionsgruppen.

Auch die relativen Unterschiede einzelner Kinder in bezug auf ihre Depressivität bleiben zwischen den untersuchten Altersstufen konstant *(normative Stabilität)*. Ungeachtet der absoluten Veränderungen der Depressivität bleiben die Rangordnungen der Kinder deutlich erhalten. Der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten war für longitudinale Untersuchungen über einen solchen Zeitraum sehr hoch ($r > .50$, zwischen allen Meßzeitpunkten) und nahm auch mit dem doppelten Zeitintervall kaum ab. Auch dieser Befund spricht für eine außergewöhnlich hohe Stabilität der depressiven Störung in Kindheit und Jugendalter, zumindest was die Stabilität relativer Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen betrifft.

Ein weiterer wesentlicher Befund zur Stabilitätsfrage ergab sich aus der Untersuchung *individueller Entwicklungsmuster* der Depression über einen Zeitraum von 7 bis 15 Jahren. Mit Hilfe der zu jedem der vier Meßzeitpunkte vorgenommenen Klassifikation der Kinder/Jugendlichen in depressive/nichtdepressive Fälle konnten die Entwicklungsverläufe der einzelnen Kinder beziehungsweise Jugendlichen abgebildet und ihrerseits nach Ähnlichkeit/Unähnlichkeit klassifiziert werden. Abgesehen von typischen Häufungen bestimmter Entwicklungsmuster wurden vier übergeordnete Klassen von Entwicklungsverläufen definiert, deren unterschiedliche Auftretensfrequenz in der Stichprobe Aussagen darüber zuließ, welche Entwicklungspfade beim Übergang zwischen Kindheit und Adoleszenz als typisch für depressive Störungen angesehen werden müssen. Dabei zeigte sich, daß in etwas mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle weder in der Kindheit noch in der Adoleszenz depressive Störungen angetroffen werden. Dies ist aufgrund der gegebenen Stichprobenmerkmale erwartbar, denn auch bei den Kindern niedrigen Fähigkeitsniveaus handelte es sich nicht um eine klinische Stichprobe (vgl. hierzu Kap. 3 und Abschnitt 4.1.3). Im Gegensatz hierzu mußten bei ungefähr einem Viertel der Stichprobe, mindestens aber bei 15 Prozent chronische depressive Störungen auf subklinischem Niveau festgestellt werden. Diese Kinder beziehungsweise Jugendlichen mußten sowohl in der Kindheit (und dort meist bereits mit sieben Jahren) als auch in der Adoleszenz jeweils mindestens einmal als depressiv klassifiziert werden. Bei ungefähr 5 Prozent aller Fälle stellten wir sogar eine über alle Meßzeitpunkte anhaltende Depressivität fest. Bei diesen Fällen liegt die Annahme einer bereits klinischen Auffälligkeit nahe. Zwei Drittel bis drei Viertel aller chronisch depressiven Kinder konnten bereits mit sieben Jahren durch die Klassifikation der Verhaltensbeobachtungen erfaßt werden.

Hingegen konnten nur sehr wenige Kinder mit einem Entwicklungsverlauf identifiziert werden, der auf ein dauerhaftes Abklingen der Depression in der Adoleszenz hindeutet, die also lediglich in der Kindheit unter einer solchen Störung litten. Im günstigsten Fall waren es gerade 10 Prozent aller Fälle, wahrscheinlich aber letztlich bedeutend weniger, wenn man ihre Depressionswerte für die Adoleszenzphase genauer betrachtet: Hier können nur drei Fälle (also keine 4 %) identifiziert werden, deren Daten den eindeutigen Schluß erlauben, daß sie als Jugendliche offensichtlich keine depressiven Beschwerden mehr haben. Den vierten der möglichen übergeordneten Entwicklungspfade, also die Ausbildung depressiver Störungen erst in der Adoleszenz, beschritten ungefähr 11 bis 15 Prozent aller Kinder beziehungsweise Jugendlichen der Stichprobe. Die meisten von ihnen wurden sogar erst im Alter von 15 Jahren erstmalig entsprechend diagnostiziert. Eine nähere Betrachtung ergibt zwar bei einigen dieser

Fälle auch erhöhte Depressionswerte in der Kindheit, jedoch kann bei dieser Gruppe insgesamt im Unterschied zu den chronisch-depressiven Kindern beziehungsweise Jugendlichen nicht davon ausgegangen werden, daß sich die Entwicklung der Störung restlos auf Vorbedingungen früherer Entwicklungsphasen reduzieren läßt. Nach diesen Daten sind Depressionen in der Pubertät als Phänomen mit einer gewissen Eigendynamik anzusehen, deren Ursachen nur bedingt in der Kindheit zu suchen sind. Jedoch kann man nach diesen Daten grob geschätzt bei ungefähr drei von fünf depressiven Jugendlichen davon ausgehen, daß bereits in der Kindheit entsprechende Störungen aufgetreten sind.

Insgesamt sprechen diese Daten eine deutliche Sprache. Besonders die Analyse individueller Entwicklungsmuster der Depression zeigt deutlich, daß der überwiegende Teil der bei Schuleintritt als depressiv klassifizierten Kinder spätestens beim Einsetzen oder im Verlauf der Pubertät erneut unter depressiven Zuständen zu leiden hat. Auch der Vergleich mit Daten anderer Studien erweist, daß das Risiko eines depressiven Rückfalls (oder sogar wiederholter Rückfälle) bei Kindern und Jugendlichen – ähnlich wie bei Erwachsenen – außerordentlich hoch ist. Faßt man die Ergebnisse mehrerer Studien zusammen, läßt sich das Rückfallrisiko wie folgt grob umreißen: Je nach Schwere des anfänglichen Symptombildes kann man nach zwei Jahren bereits bei 20 bis 50 Prozent aller ehemals depressiven Fälle eine erneute Störung beobachten. Nach vier Jahren sind es bereits unter allen Anfangsbedingungen mehr als die Hälfte, manchmal sogar über 60 Prozent aller Fälle, die unter neuen Depressionen leiden. Nach acht Jahren hat sich das Rückfallrisiko noch um weitere 10 bis 20 Prozent erhöht. Mit anderen Worten, bei 60 bis 80 Prozent aller depressiven Kinder kann nach spätestens acht Jahren eine erneute Störung beobachtet werden. Bei den meisten dieser Kinder beziehungsweise Jugendlichen wird die Störung aller Wahrscheinlichkeit nach bereits wesentlich früher wieder auftreten.

Die eingangs gestellte Frage nach der Stabilität depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen und der Vorhersagekraft ihrer Diagnose kann aufgrund dieser Daten recht klar beantwortet werden. Depressionen scheinen in ähnlicher Weise wie bei Erwachsenen auch bei Kindern und Jugendlichen ein wiederkehrendes Phänomen zu sein. Sie scheinen sich auch von ihrer Phänomenologie her nicht gravierend von Störungsbildern bei Erwachsenen zu unterscheiden. Vieles spricht dafür, daß die Störung um so entwicklungsresistenter ist, je früher sie auftritt. Mit geeigneten Diagnoseverfahren und unter Berücksichtigung nonverbaler Information können weit mehr als die Hälfte der von chronischen Störungsbildern betroffenen Kinder identifiziert werden. Kinder, bei denen diese Störung in der weiteren Entwicklung auf Dauer verschwindet (was früher häufig angenommen wurde), scheint es dagegen nach mehreren übereinstimmenden Befunden sehr selten zu geben. Sollten sich diese Befunde replizieren und möglicherweise sogar bis ins Erwachsenenalter fortsetzen lassen, so wäre ein wichtiger Schritt zur weiteren Validierung beziehungsweise nosologischen Fundierung des Störungsbildes bei Kindern getan. Möglicherweise könnten weitere longitudinale Befunde aber auch mehr Klarheit bringen, welche Zusammenhänge zwischen depressiven Zuständen in der Kindheit und im Erwachsenenalter bestehen, und damit auch zu einem besseren und erweiterten Verständnis der Störung bei Erwachsenen beitragen.

Kapitel 6
Geschlechts-, Schicht- und Fähigkeitsunterschiede bei depressiven Kindern und Jugendlichen: Depression und Stichprobenmerkmale

Dieses Kapitel widmet sich der Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen in der Kindheit und Adoleszenz in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit, dem Geschlecht und dem allgemeinen Fähigkeitsniveau der Probanden bei Schuleintritt. Schichtunterschiede in der Prävalenz dieser Störung wurden bisher in der Literatur selten berichtet, wenngleich soziale Schicht, als ganzheitliches Maß der Beschreibung von Unterschieden in der Lebenswelt und in den sozialen Gelegenheitsstrukturen von Kindern und Jugendlichen begriffen, möglicherweise eine wichtige Randbedingung pathologischer Prozesse darstellt. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in bezug auf das Auftreten der Störung wurden dagegen häufiger untersucht und bereits auf ihre entwicklungspsychopathologische Bedeutung hin interpretiert (vgl. Rutter, 1986). Die Abhängigkeit des Auftretens depressiver Störungsbilder von der allgemeinen Begabung und Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen wurde bisher in der Literatur noch nicht untersucht, sie wurde jedoch im Verlauf dieser Arbeit bereits für das Schuleintrittsalter nachgewiesen (vgl. Abschnitt 4.1.3). Ferner wurde auf den großen Einfluß der allgemeinen Begabung auf den Entwicklungsverlauf der Depressivität hingewiesen (Abschnitt 5.3.1). Ergänzend werden hier die Prävalenzunterschiede der Störung hinsichtlich dieses Einflußfaktors in späteren Entwicklungsstadien berichtet.

6.1 Soziale Schicht

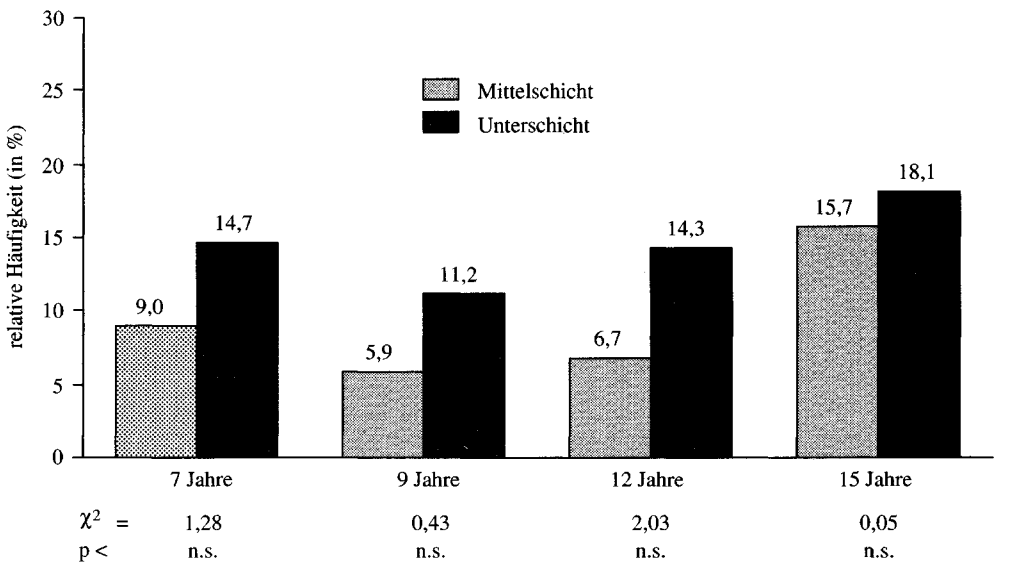
Prävalenzen für Kinder beziehungsweise Jugendliche aus der Unter- und Mittelschicht der isländischen städtischen Bevölkerung im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren

Das in der Hauptstudie „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur" (vgl. Edelstein, Keller, & Schröder, 1989) verwendete sechsstufige ordinale Maß sozialer Ungleichheit (Björnsson, Edelstein, & Kreppner, 1977), das unter anderem den Stichprobenplan mit konstituiert (vgl. Abschnitt 3.1), wurde für die folgende Untersuchung zwischen der dritten und vierten Schicht dichotomisiert. Dies geschah, weil für die einzelnen Stufen dieses Maßes mit einer so geringen Auftretenshäufigkeit depressiver Fälle zu rechnen war, daß eine differentielle Untersuchung nicht möglich gewesen wäre. Das dichotome Maß repräsentiert dabei einerseits die unteren Schichten (im folgenden kurz als *Unterschicht* bezeichnet), andererseits die höheren Schichten, die auch zusammengefaßt als *Mittelschicht* verstanden werden können. Abbildung 15 stellt die Verteilung der de-

pressiven Fälle im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren der Kinder beziehungsweise Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer Schichtzugehörigkeit dar.

Wie Abbildung 15 mit den zugehörigen statistischen Prüfgrößen zeigt, konnten zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikante Schichtunterschiede in der Prävalenz depressiver Störungen bei Kindern beziehungsweise Jugendlichen gefunden werden, wenngleich nach Augenschein tendenzielle Unterschiede bestehen, besonders im Alter von zwölf Jahren. Interessant ist dabei, daß in der Pubertät die ohnehin geringen Schichtunterschiede fast völlig verschwinden. Mit Vorsicht kann hieraus gefolgert werden, daß hinsichtlich depressiver Störungen bei Kindern der isländischen Stadtbevölkerung keine beziehungsweise sehr geringe Schichtunterschiede bestehen. Dieser Befund steht in Einklang mit bisher berichteten Befunden zu Schichtunterschieden in normalen und klinischen Stichproben aus unterschiedlichen Kulturkreisen: So konnten Kashani und Mitarbeiter (1983) in ihrer Untersuchung depressiver Phänomene in einer klinischen Stichprobe von 6- bis 12jährigen Kindern in Neuseeland keine signifikanten Schichtunterschiede in der Auftretenshäufigkeit feststellen, obwohl es auch in dieser Untersuchung eine etwas erhöhte Prävalenz der Störung in der Unterschicht gab. In der bereits geschilderten US-amerikanischen Langzeituntersuchung zum Verlauf depressiver Störungen bei Kindern von 8 bis 13 Jahren aus einer klinischen Population fanden auch Kovacs und Mitarbeiter (1984a) keine Schichtunterschiede in der Prävalenz der Störung. Lefkowitz und Tesiny (1980) stellten in ihrer erwähnten Untersuchung zur Validität von soziographischen Diagnoseverfahren eine nur geringfügig erhöhte Tendenz zur Depressivität bei Kindern aus der Unterschicht in New York fest. Nach diesen Befunden kann zunächst ein unspezifischer Einfluß sozioökonomischer

Abbildung 15: Relative Häufigkeit depressiver Störungen in *Mittel-* und *Unterschicht* im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren



	7 Jahre	9 Jahre	12 Jahre	15 Jahre
χ^2 =	1,28	0,43	2,03	0,05
p <	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Faktoren auf die Genese depressiver Störungen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Dennoch existieren möglicherweise spezifische, in den unteren Schichten eher vorhandene Faktoren, die das Auftreten dieser Störung begünstigen können. Zukünftige Untersuchungen müßten sich hier unter Umständen auf schichtspezifisch unterschiedliche Erziehungsstile konzentrieren. Eine genauere Erklärung für das weitgehende Fehlen von Schichteinflüssen steht bisher aus, weil bislang Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Umwelt und Depression überhaupt fehlen.

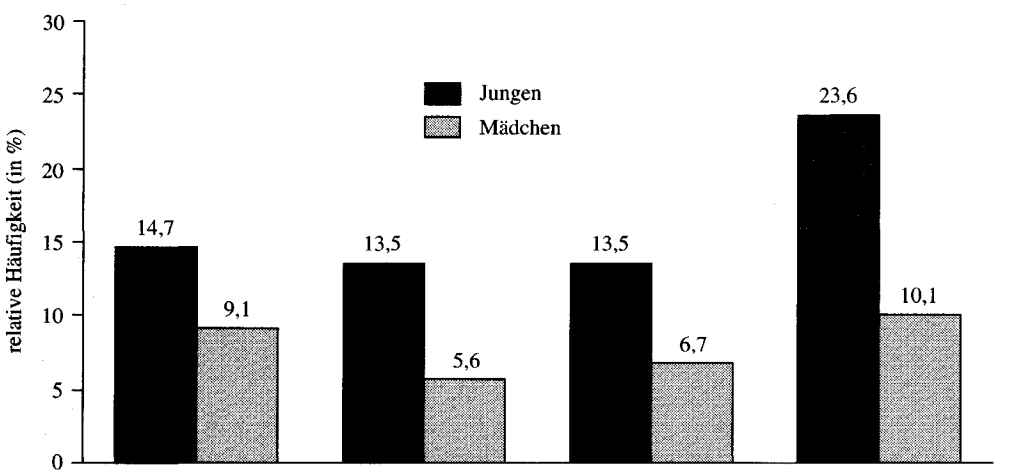
6.2 Geschlecht

Prävalenzen für Jungen und Mädchen im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren

Abbildung 16 zeigt klare und statistisch gesicherte Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen im Auftreten der Störung im Alter von 15 Jahren. Jungen sind in der untersuchten Stichprobe in diesem Alter ungefähr doppelt so häufig von depressiven Störungen betroffen wie Mädchen. In die gleiche Richtung, wenn auch nicht so ausgeprägt, weisen die Unterschiede in den vorangegangenen Altersstufen: Jungen der isländischen Stadtbevölkerung scheinen nach diesen Ergebnissen wesentlich häufiger depressive Störungbilder zu entwickeln als Mädchen, und zwar sowohl in der Kindheit als auch in der Adoleszenz.

Dieses Ergebnis ist im Vergleich zu den bisher berichteten Geschlechtsunterschieden in der Adoleszenz eher überraschend: Nach den meisten bisherigen Untersuchungen

Abbildung 16: Relative Häufigkeit depressiver Störungen bei *Jungen* und *Mädchen* im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren



	7 Jahre	9 Jahre	12 Jahre	15 Jahre
χ^2 =	1,28	3,37	2,34	6,84
p <	n.s.	.07	n.s.	.01

litten Mädchen in der Pubertät weitaus häufiger an depressiven Störungen als Jungen (vgl. Rutter, 1986; Kazdin, 1990). Im präadoleszenten Alter waren aufgrund bisheriger Befunde dagegen die Jungen häufiger depressiv als die Mädchen. Dieser Befund konnte hier lediglich für die Präadoleszenz repliziert werden, obwohl die Unterschiede in dieser Entwicklungsphase statistisch gesehen nicht signifikant sind (vgl. Abb. 16). In der Adoleszenz zeigt sich jedoch in der vorliegenden Untersuchung der häufiger berichtete Wechsel in den Prävalenzen zwischen Jungen und Mädchen nicht. Jungen der isländischen Stadtbevölkerung sind im Vergleich zu den Mädchen in der Adoleszenz sogar noch häufiger depressiv als in vorangegangenen Entwicklungsperioden. Ob der häufiger berichtete Wechsel in den Prävalenzraten bei männlichen und weiblichen Jugendlichen möglicherweise in Island in höherem Alter zu beobachten ist, konnte mit den vorliegenden Daten nicht entschieden werden. Jedoch gibt es Hinweise darauf, daß das beschriebene Phänomen möglicherweise nicht in allen Ländern zu beobachten ist: In der erwähnten Langzeituntersuchung von Kashani und Mitarbeitern (Kashani, McGee et al., 1983; McGee & Williams, 1988) an einer neuseeländischen Stichprobe wurden im Alter von 11 und 13 Jahren ebenfalls weitaus mehr männliche als weibliche Probanden mit depressiven Störungen identifiziert. Bei den Jungen waren darüber hinaus depressive Störungen wesentlich andauernder und schwerer als bei den Mädchen.

Bislang liegen keine schlüssigen Erklärungen für die unterschiedlichen Befunde zu Geschlechtsunterschieden in der Prävalenz depressiver Störungen vor. Die bisherigen Ergebnisse deuten auf möglicherweise starke kulturelle Einflüsse hin, deren Vermittlungsglied unter Umständen kulturell unterschiedliche Geschlechtsidentitäten von Jungen und Mädchen sind. Eine solche Interpretation des vermehrten und geschlechtsspezifischen Auftretens depressiver Störungen in der Pubertät könnte eine Erklärung dieser Phänomene durch biologisch-physiologische Veränderungen (vgl. Rutter, 1986) möglicherweise ergänzen. Untersuchungen zur Depression bei Jugendlichen unterschiedlicher Kulturkreise und Geschlechtsidentitäten müssen hier weitere Klärung bringen.

6.3 Allgemeine Fähigkeit bei Schuleintritt

Prävalenzen depressiver Störungen bei Kindern beziehungsweise Jugendlichen im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren mit hohem versus niedrigem Fähigkeitsniveau bei Schuleintritt

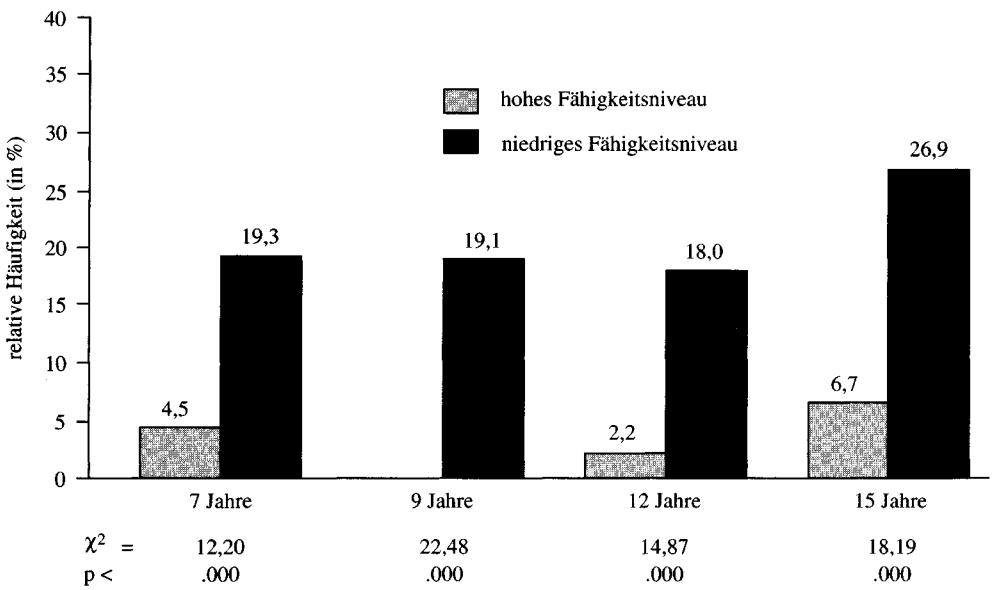
Abbildung 17 (siehe S. 170) zeigt die unterschiedliche Auftretenshäufigkeit der depressiven Störung in Gruppen mit unterschiedlichem allgemeinem Fähigkeitsniveau bei Schuleintritt. Wie berichtet (vgl. Abschnitt 3.1), wurden die Lehrer gebeten, ein informelles dreistufiges Urteil über den unterschiedlichen allgemeinen Entwicklungsstand (Fähigkeitsniveau) der Kinder abzugeben (hohes, mittleres sowie niedriges Niveau). In die hier untersuchte Stichprobe (wie auch in der Hauptstudie, vgl. Edelstein, Keller, & Schröder, 1989) wurden dabei nur Kinder mit hohem versus niedrigem Fähigkeitsniveau einbezogen. Die daraus resultierende Stichprobencharakteristik war bereits in Abschnitt 4.1.3 ausführlich diskutiert worden. Im Alter von

sieben Jahren zeigte sich eine stark erhöhte Prävalenz der Störung in der Teilstichprobe mit niedrigem Fähigkeitsniveau. Auch in späteren Entwicklungsabschnitten sind diese Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit in Abhängigkeit vom anfänglichen Fähigkeitsniveau der Kinder festzustellen, wie Abbildung 17 verdeutlicht.

Keines der Kinder mit anfänglich hohem Fähigkeitsniveau war im Alter von 9 Jahren depressiv. Mit 12 und 15 Jahren gab es zwar einige depressive Fälle in diesem Teil der Stichprobe, jedoch sind die Unterschiede in der Prävalenz im Vergleich zu den Kindern mit anfänglich niedrigem Fähigkeitsniveau zu allen Meßzeitpunkten der Untersuchung sehr groß und statistisch gut abgesichert.

Die durchgängig wesentlich höhere Prävalenz depressiver Störungen in der Teilstichprobe mit anfänglich niedrigem Fähigkeitsniveau ist zunächst nicht ohne weiteres verständlich, da im allgemeinen bei depressiven Störungen keine oder nur geringe Abhängigkeiten von der allgemeinen Intelligenz beobachtet werden können (vgl. DSM III, 1980). Auch in der vorliegenden Untersuchung konnte lediglich ein geringer Einfluß der allgemeinen Intelligenz auf die depressive Entwicklung festgestellt werden (vgl. Abschnitt 5.3.1). In Abschnitt 4.1.3 wurde jedoch darauf hingewiesen, daß die durch das Fähigkeitsurteil der Lehrer definierten Teilstichproben auch als Stichproben unterschiedlicher Auftretenswahrscheinlichkeit pathologischer Auffälligkeiten im allgemeinen interpretiert werden können. In der Stichprobe mit niedrigem Fähigkeitsniveau können daher weitaus mehr Kinder mit unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten erwartet werden als in der Stichprobe mit hohem Fähigkeitsniveau, die in vieler Hinsicht auch als eine normale Stichprobe angesehen werden kann.

Abbildung 17: Relative Häufigkeit depressiver Störungen im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren in Abhängigkeit vom *allgemeinen Fähigkeitsniveau bei Schuleintritt*



Damit zusammenhängend ist noch eine weitere Erklärung für die unterschiedlichen Prävalenzraten in den beiden Teilstichproben denkbar: Möglicherweise besaßen die Lehrer bei der anfänglichen Beurteilung der allgemeinen Begabung der Kinder bei Schuleintritt eine hohe *diagnostische Sensibilität* in bezug auf pathologische, besonders aber depressive Verhaltensmerkmale der Kinder, so daß eine erhöhte Auftretensrate in der Teilstichprobe mit niedriger Begabung auch eine adäquate Einschätzung des durch pathologische Prozesse verminderten Entwicklungsstandes der Kinder widerspiegelt. Daß gerade depressive Störungen davon besonders berührt werden, kann aus theoretischer Sicht nicht verwundern: Gerade leistungsbezogene Prozesse (für die Lehrer berufsbedingt ein Augenmerk besitzen) scheinen eine besondere Affinität zu depressiven Störungen aufzuweisen (vgl. auch die in Abschnitt 2.2.1 geschilderte Untersuchung von Dweck & Reppucci, 1973). Dies ergibt sich auch aus den Befunden über die Schulleistungen depressiver Kinder, über die im folgenden Kapitel berichtet wird.

Ein solches Verständnis der Prävalenzunterschiede in den beiden Teilstichproben legt nahe, daß die diagnostische Kompetenz von Lehrern in Zukunft stärker zur Identifizierung von Kindern mit potentiellen Entwicklungsschwächen herangezogen werden sollte. Zumindest sollte die diagnostische Kompetenz von Lehrern systematischer untersucht werden, als dies bisher im Bereich depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen der Fall war.

Kapitel 7
Depression und Schulleistungen

Zum Abschluß des empirischen Teils der Arbeit wird eine erste Untersuchung des Zusammenhangs zwischen depressiven Störungen und den allgemeinen Schulleistungen dargestellt. Wie mehrfach erwähnt, ist aus theoretischer Sicht (Motivations- und Handlungsdefizite als kennzeichnendes Merkmal depressogener Schemata bzw. Attributionsstile) ein negativer Zusammenhang der Störung mit Schulleistungen zu erwarten. Empirisch wurde dieser vermutete Zusammenhang allerdings bisher wenig untersucht. Eine Ausnahme stellt die Untersuchung von Lefkowitz und Tesiny (1980) dar. Sie konnten in ihrer Untersuchung zu soziographischen Diagnoseverfahren depressiver Merkmale in der Schule hinsichtlich mehrerer Leistungsmerkmale einen Zusammenhang zwischen niedrigeren Schulleistungen und depressiven Verhaltensweisen feststellen.

Schulleistungen wurden in der Hauptstudie (vgl. Edelstein, Keller, & Schröder, 1989) am Ende eines jeden Schuljahres erhoben. Dabei stellt das hier verwendete Maß für Schulleistungen einen Mittelwert aus den Leistungen in mehreren Einzelfächern jeder Jahrgangsstufe dar. Die Fächer wurden aufgrund faktorenanalytischer Untersuchungen der Einzelnoten ausgewählt. In der Hauptsache repräsentieren die den Mittelwert konstituierenden Einzelnoten Leistungen in Fächern mit akademisch-intellektuellen Inhalten (im Unterschied zu handwerklichen und sportlichen Inhalten). Dieser Faktor erklärte in den faktorenanalytischen Untersuchungen im Mittel etwa 65,5 Prozent der gemeinsamen Varianz der Schulnoten (Edelstein, Keller, & Schröder, 1989). Die den Einzelnoten zugrundeliegende Skala ist ein künstlich gebildetes fünfstufiges Maß, da in den isländischen Schulen unterschiedliche Notensysteme (meistens auf der Basis einer Zehnerskala) verwendet wurden (siehe dazu ebenfalls Edelstein, Keller, & Schröder, 1989).

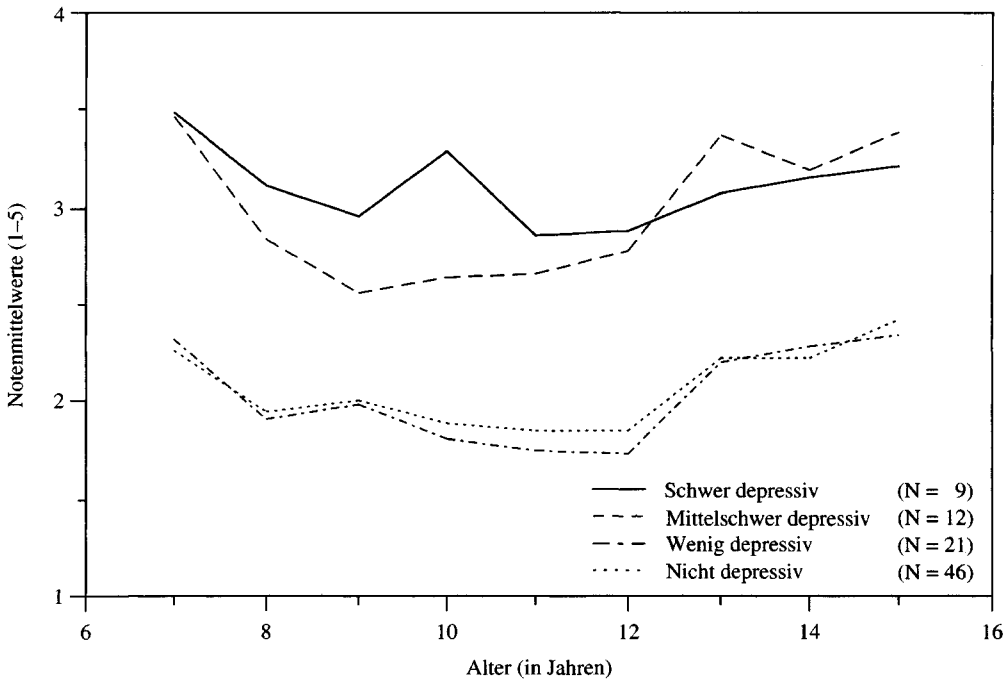
Der Zusammenhang von depressiven Symptomatiken mit der allgemeinen Schulleistung wurde in der vorliegenden Untersuchung wie folgt untersucht: Die im Alter von sieben Jahren unterschiedenen depressiven Symptomatiken (vgl. hierzu Abschnitt 4.1) wurden mit den Schulleistungen aller Klassenstufen in einem varianzanalytischen Untersuchungsplan mit Meßwiederholung in Beziehung gesetzt. Die abhängige Dimension war dabei der für jede Klassenstufe berechnete Mittelwert aus den „akademischen" Fächern (siehe oben). Die Fragestellung lautete, inwieweit sich frühe depressive Symptomatiken in stabiler und konstanter Weise auf die Schulleistungen der Kinder in allen nachfolgenden Klassenstufen negativ auswirken. Abbildung 18 und Tabelle 19 zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung (zum Verständnis von Abb. 18 sei erwähnt, daß ein höherer Notenmittelwert eine niedrigere Schulleistung darstellt,

vergleichbar dem deutschen Notensystem mit eins als bester, sechs als schlechtester Note).

Wie vermutet, zeigen die Ergebnisse einen über die Entwicklung stabilen und deutlichen Einfluß früher depressiver Symptomatiken auf die allgemeinen Schulleistungen in allen Klassenstufen ($F = 8{,}76$, $p < .000$, siehe Tab. 19). Der signifikante Zeitfaktor in Tabelle 19 erklärt sich aus dem unregelmäßigen zeitlichen Verlauf der Notenmittelwerte insgesamt. Wie auch in den anderen Analysen dieser Untersuchung unterscheiden sich die Kinder ohne beziehungsweise mit geringen depressiven Symptomen im Alter von sieben Jahren im Hinblick auf ihre späteren Schulleistungen nicht voneinander. Sie haben jedoch konstant bessere Zensuren als die Kinder mit mittlerer beziehungsweise schwerer depressiver Symptomatik im gleichen Alter (eine Ausnahme bilden ihre Leistungen im Alter von neun Jahren).

Tendenziell gleichen sich die Zensuren der beiden Depressionsgruppen im untersuchten Zeitraum. Jedoch sind die mittelschwer depressiven Kinder in der mittleren Kindheit insgesamt noch etwas leistungsstärker (im Alter von 10 Jahren sogar in statistisch

Abbildung 18: *Schulnotenmittelwerte* im Alter von 9 bis 15 Jahren in Abhängigkeit von depressiven Symptomatiken im Alter von 7 Jahren



DUNCAN-Test: Alter 9 Jahre: S > W, N*
Alter 10 Jahre: S > M > W, N*
* $p < .05$ alle übrigen Altersstufen: S, M > W, N*

Tabelle 19: Notenmittelwerte im Alter von 9 bis 15 Jahren in Abhängigkeit von der depressiven Symptomatik mit 7 Jahren (Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Faktor	df	SS	MS	F	pr > F
Depression mit 7 Jahren	3	139,52	46,51	8,76	0,000
Zeit	8	27,46	3,43	20,79	0,000
Zeit × Depression mit 7 Jahren	24	6,12	0,25	1,54	0,047

bedeutsamer Weise). Dieser Effekt wird jedoch mit Beginn der Pubertät nivelliert, und im Alter von 15 Jahren erhalten die mittelschwer depressiven insgesamt gesehen sogar tendenziell schlechtere Zensuren als die mit 7 Jahren schwer depressiven Kinder. Der unterschiedliche Entwicklungsverlauf in den Zensuren der beiden Depressionsgruppen zeigt sich auch in dem schwach signifikanten Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Zeit und Depression ($F = 1{,}54$, $p < .05$, vgl. Tab. 19).

Wie in anderen Analysen (vgl. Abschnitt 4.2.3) ergibt sich auch bei den Schulleistungen das Bild, daß die Kinder mit mittelschwerer depressiver Symptomatik im Alter von sieben Jahren in der mittleren Kindheit weniger starke Auffälligkeiten (in diesem Fall schlechte Zensuren) zeigen als die mit sieben Jahren schwer depressiven Kinder. Jedoch geht bei den Fällen mit mittlerer Symptomatik der Anstieg der Depressivität zu Beginn der Adoleszenz offensichtlich auch mit einem Nachlassen in den Schulleistungen einher. Kinder mit anfänglich schwerer Symptomatik haben dagegen auch in der mittleren Kindheit sehr schlechte Zensuren. Dies könnte mit einer unverändert hohen Depressivität in diesem Entwicklungsabschnitt (vgl. Abschnitt 5.3.1) in Zusammenhang stehen.

Die beschriebenen Entwicklungsunterschiede zwischen den beiden Depressionsgruppen können als weiterer Hinweis auf die Existenz unterschiedlicher Störungsformen interpretiert werden, nachdem ähnliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen bereits in bezug auf einzelne Verhaltensmerkmale (vgl. Abschnitt 4.2.3) und im Hinblick auf einen unterschiedlichen Entwicklungsverlauf der Depressivität (vgl. Abschnitt 5.3.1) aufgezeigt werden konnten. Es wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen (vgl. Abschnitt 4.3), daß eine mittlere depressive Symptomatik Ausdruck einer *dysthymen Störung* sein könnte, deren Symptombild in der mittleren Kindheit mehr von ausagierenden Verhaltensweisen und einer gewissen „Maskierung" der Depression geprägt ist, als dies für die schwerere Form der Störung *(typische depressive Episode)* gilt.

Insgesamt dürften die hier vorliegenden Ergebnisse zum Einfluß depressiver Störungen auf die allgemeinen Schulleistungen den Betrachter erschrecken. Sollten sie repliziert werden, so würden sie nochmals die Benachteiligung unterstreichen, die depressive Kinder infolge ihrer Störung auch in der Schule (und möglicherweise auch danach) erleiden. Sie machen die Notwendigkeit früher Prävention und Intervention deutlich, sollen diese Kinder nicht ein Leben lang unter dieser Beeinträchtigung leiden.

Kapitel 8
Zusammenfassende Überlegungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung beschreibt aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive Forschungsgeschichte, Modelle und diagnostische Probleme depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter und untersucht anhand einer longitudinalen Stichprobe unter isländischen Kindern im Alter von 7 bis 15 Jahren (N = 88) individuelle und syndromspezifische Enwicklungsverläufe und Verhaltenskorrelate depressiver Störungen im Schulkontext. Die untersuchte Stichprobe ist eine Teilstichprobe des Projektes „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur", das die Entwicklung der Kognition, der sozialen Kognition sowie der Persönlichkeit isländischer Kinder von der Kindheit bis zur Adoleszenz sowie die reziproken Beziehungen zwischen diesen Entwicklungsbereichen untersucht (Edelstein, Keller, & Schröder, 1989). Es wurden innerhalb der vorliegenden Studie erste Schätzungen von Prävalenzraten dieser Störung in der städtischen Bevölkerung Islands vorgenommen sowie deren Abhängigkeit von Geschlecht, Schicht und allgemeinem Fähigkeitsniveau bei Schuleintritt untersucht. Weiterhin wurden Zusammenhänge dieser Störung mit verminderter Schulleistungsfähigkeit deutlich gemacht.

Den Hintergrund der vorliegenden Explorationsstudie bilden *Kontroversen über den nosologischen Status* der depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen und ihrer Beziehung zu anderen entwicklungsabhängigen Strukturen, insbesondere der kognitiven Entwicklung und der Entwicklung des Selbst. Zwar kann inzwischen als gesichert angenommen werden, daß die Störung auch bei präpubertären Kindern bereits auftreten kann, doch wird das bis heute von einigen Forschern mit dem Hinweis auf die geringe Auftretenshäufigkeit der Störung und den kognitiven Entwicklungsstand in der mittleren Kindheit bezweifelt. Zahlreiche substantielle Fragen können nicht als geklärt angesehen werden. Dies betrifft zum einen die Frage nach einer alters- und entwicklungsabhängigen Symptomatik der Störung sowie ihrer altersangemessenen Diagnostik beziehungsweise Klassifikation. Des weiteren ist bisher unklar geblieben, ob und inwieweit kognitive Prozesse der formal-operativen Stufe notwendige Vorbedingungen der Ausbildung depressiver Störungen oder bestimmter Symptome der Störung bei Jugendlichen sind, oder ob vielmehr eine bereits bestehende depressive Störung die Entwicklung kognitiver Strukturen beeinflußt beziehungsweise behindert. Drittens gibt es bisher nur wenig Studien, die den Entwicklungsverlauf sowie die zeitliche Stabilität und Veränderung der Störung über einen längeren Zeitraum untersucht haben. Daher ist derzeit weitgehend unklar, inwieweit sie zeitlich stabil und invariant ist und inwieweit frühe depressive Symptomatiken ihr Auftreten etwa in der Pubertät beeinflussen beziehungsweise bedingen. Neuere Längsschnittuntersuchun-

gen zeigen jedoch, daß von einer hohen Chronizität bestimmter Störungsbilder sowie von einem hohen Rückfallrisiko bei früh auftretenden Störungen auszugehen ist (Kovacs, Feinberg et al., 1984a, b; Kovacs & Gatsonis, 1989). Viertens muß als ungeklärt betrachtet werden, wie bisher gefundene Unterschiede der altersabhängigen Auftretenshäufigkeit der Störung sowie deren Geschlechtsspezifität interpretiert werden können. Schließlich lassen sich über mögliche Mechanismen und Ursachen der Störung sowie deren entwicklungszeitlicher Lokalisation aus theoretischer Sicht nur vorläufige Aussagen treffen. Aus der Perspektive der Bindungstheorie (Bowlby, 1982) können bestimmte, intern repräsentierte Bindungsmuster (Modelle von unsicheren, instabilen und teilweise bedrohlichen Bindungserfahrungen mit primären Bindungspersonen) für die Ausbildung der Störung verantwortlich gemacht werden. Unter Bezugnahme auf kognitive und lerntheoretische Ansätze zur Depression, besonders der *Kognitiven Theorie der Depression* (Beck, 1967) und des Modells der *Erlernten Hilflosigkeit* (Seligman & Maier, 1967; Abramson, Seligman et al., 1978), sind bestimmte kognitive Strukuren (*depressogene Schemata* und internale, stabile und globale Attributionsmuster) maßgeblich an der Genese der Störung beteiligt, deren Entstehung in der Kindheit zwar vermutet, jedoch nicht als gesichert gelten kann. Dennoch konvergieren die genannten Theorien hinsichtlich der für die Störung verantwortlich gemachten Strukturen und Prozesse sowie hinsichtlich möglicher Ursachen.

Die vorliegende empirische Studie widmet sich unter Bezugnahme auf diese theoretischen Modelle der Depression der Beantwortung einer Reihe der genannten Fragen. Im Zentrum der empirischen Analysen stehen die Untersuchung der Entwicklungsabhängigkeit des Symptombildes depressiver Störungen von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz sowie die Untersuchung unterschiedlicher Stabilitätsindikatoren aus entwicklungspsychopathologischer Perspektive. Daneben werden die Validität von Laien- und Lehrerdiagnosen in bezug auf depressive Störungen sowie Prävalenzunterschiede in bezug auf demographische Variablen systematisch untersucht. Der empirische Teil der Studie schließt mit dem Nachweis der negativen Auswirkung depressiver Störungen auf die allgemeine Schulleistung der Kinder und Jugendlichen. Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der allgemeinen kognitiven Entwicklung und der Entstehung depressiver Reaktionen konnte dagegen im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft werden und bedarf weiterer Studien.

Zur *Klassifikation und Diagnose* der depressiven Störung wurden in Anlehnung an die diagnostischen Kriterien des DSM III (APA, 1980) neue Instrumente der Diagnose depressiver Symptomatiken bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Zum einen wurde im Alter von sieben Jahren auf der Basis unstandardisierter Verhaltensbeschreibungen („Laienurteile") ein mehrstufiges Klassifikationsschema nonverbalen depressiven Verhaltens entwickelt. Zum zweiten wurde auf der Basis gebräuchlicher standardisierter Instrumente der Lehrerbefragung eine 20 Items umfassende Depressionsskala konstruiert, die depressives Verhalten im Schulkontext nach Einschätzung der Lehrer mißt. Diese Skala wurde im Alter von 9, 12 und 15 Jahren angewendet. Hintergrund der Entwicklung dieser Instrumente bildeten Überlegungen zur altersgerechten Diagnose depressiver Störungen im Schuleintrittsalter auf der Basis nonverbalen Verhaltens sowie zur stärkeren Verwendung von diagnostisch relevantem Lehrer-

wissen in Klassifikations- und Diagnoseprozessen bei depressiven Störungen von Kindern.

Verhaltenskorrelate depressiver Störungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren wurden mit Hilfe eines standardisierten Lehrerfragebogens erhoben, der aus drei Teilen gebräuchlicher Instrumente der Lehrerbefragung bestand (*Kohn Competence Scale,* Kohn, 1977; *Classroom Behavior Inventory,* Schaefer & Aaronson, 1966; *Behavior Problem Checklist,* Quay & Peterson, 1975). Dieser 77 Items umfassende Lehrerfragebogen wurde faktorenanalytisch untersucht. Daraus ergab sich ein zeitlich stabiles Vier-Faktoren-Modell mit den Faktoren *Konzentration/Interesse, negatives und aggressives Verhalten, sozialer Rückzug* und *Hilflosigkeit/Ängstlichkeit.* Die vier Faktoren konnten zu allen Meßzeitpunkten ungefähr 60 Prozent der gemeinsamen Varianz des Fragebogens erklären. Die Ergebnisse der faktorenanalytischen Untersuchung des Fragebogens decken sich dabei weitgehend mit vergleichbaren diagnostischen multivariaten Faktorenmodellen (vgl. Kohn, 1977). Auf der Basis dieses Faktorenmodells wurden inhaltlich zeitinvariante Verhaltenskennwerte des sozialen und aufgabenbezogenen Schulverhaltens der Kinder und Jugendlichen gebildet. Die so gewonnenen Verhaltensskalen wiesen eine hohe innere Homogenität zu allen Meßzeitpunkten auf.

Die ermittelten Verhaltenskennwerte wurden mit der Klassifikation depressiver Symptomatiken der Kinder im Alter von sieben Jahren varianzanalytisch in Beziehung gesetzt. Daraus ergab sich folgendes Bild der Entwicklung depressiver Verhaltenskorrelate von der mittleren Kindheit bis in die Adoleszenz: Es konnte erwartungsgemäß gezeigt werden, daß im Alter von sieben Jahren die als depressiv klassifizierten Kinder sich im Unterschied zu den als nichtdepressiv klassifizierten Kindern zu allen späteren Altersstufen nach Einschätzung der Lehrer signifikant mehr zurückzogen, sich hilfloser und ängstlicher verhielten und mehr Konzentrationsprobleme im Unterricht hatten. In bezug auf aggressives und negatives Verhalten konnten keine Unterschiede zwischen den depressiven und nichtdepressiven Gruppen festgestellt werden. Lediglich die neunjährigen Kinder, die eine mittelschwere depressive Symptomatik im Alter von sieben Jahren aufgewiesen hatten, verhielten sich signifikant aggressiver und negativer im Vergleich zu Mitschülern, die mit sieben Jahren sehr wenige depressive Symptome gezeigt hatten. Jedoch verschwand dieser Unterschied im Verlauf der weiteren Entwicklung. Im Alter von 15 Jahren waren alle untersuchten Gruppen in bezug auf ihr aggressives Verhalten nahezu identisch. Die Ergebnisse können zur Stützung der These herangezogen werden, daß depressive Störungen hinsichtlich wesentlicher Symptomatiken im Verhalten (Konzentrationsprobleme, sozialer Rückzug und Hilflosigkeit) zeitlich stabil und relativ invariant zu beobachten sind und trotz massiver Entwicklungsveränderungen in dieser Zeitspanne durch Lehrereinschätzungen valide gemessen werden können. Ebenfalls kann dieses Ergebnis als Hinweis darauf gewertet werden, daß unstandardisierte Verhaltensbeschreibungen durch Laien (in diesem Fall die Interviewer der Studie) zur validen Diagnose depressiver Störungen bei siebenjährigen Kindern unter Verwendung eines dafür entwickelten Klassifikationssystems auf DSM III-Basis herangezogen werden können.

Diese Ergebnisse stehen *in Einklang mit verschiedenen theoretischen Modellen der Entstehung und Funktion depressiver Störungen:* Innerhalb des Depressionsmodells der Kognitiven Theorie der Depression (Beck, 1967) können Konzentrationsprobleme,

Selbstwertdefizite und hilfloses Verhalten als Ausdruck dysfunktionaler kognitiver Strukturen und Prozesse (depressogener Schemata) verstanden werden, die sich hauptsächlich auf das Selbstbild beziehen und Affektlage sowie Handeln des Individuums in negativer Weise beeinflussen. Innerhalb der Theorie der *Erlernten Hilflosigkeit* können sowohl Konzentrationsprobleme als auch hilfloses und passives, ängstliches Verhalten als Ausdruck negativer, dysfunktionaler Attributionsmuster und verfestigter Mißerfolgserwartungen angesehen werden, die zu jenem Zustand der Passivität und Apathie führen, der mit dem Terminus „erlernte Hilflosigkeit" umschrieben wird.

In der vorliegenden Arbeit wird in bezug auf die Entstehung und den Verlauf der Störung und die für sie verantwortlich gemachten Funktionsmuster die These vertreten, daß *depressogene kognitiv-affektive Strukuren des Selbst sowie depressive kognitive Stile* aller Wahrscheinlichkeit nach in der frühen Entstehungsphase des Selbst entwickelt werden, also etwa ab dem Alter von zwei Jahren. Dies kann an ihrer meist globalen und undifferenzierten Struktur festgemacht werden, die in Zusammenhang mit der für diese Phase typischen Überschätzung der eigenen Fähigkeit zur Kontrolle externer Ereignisse *(magisches Denken)* gebracht werden kann. Unter der Voraussetzung einer kontinuierlich negativ geprägten weiteren Interaktionsgeschichte mit den primären Bindungspersonen kann angenommen werden, daß die so entstandenen negativen Selbstbilder sich verfestigen und als Basis weiteren depressionsrelevanten Verhaltens und Erlebens dienen. Mithin kann unter dem entwicklungspsychopathologischen Postulat der zeitlichen Kohärenz von Funktionsmustern mit einiger Sicherheit vermutet werden, daß früh auftretende depressive Störungsbilder eine hohe Wahrscheinlichkeit des chronischen Verlaufs der Störung in sich bergen.

Die Untersuchung der *longitudinalen Entwicklung depressiver Störungen* erfolgte in der vorliegenden Studie auf der Grundlage einer, aus dem erwähnten Lehrerfragebogen entwickelten, 20 Items umfassenden Depressionsskala. Eine varianzanalytische Untersuchung der zeitlichen Entwicklung der so definierten Depressivität der Kinder in Abhängigkeit von ihren depressiven Symptomatiken kurz nach Schuleintritt erbrachte das Ergebnis, daß die als depressiv klassifizierten Kinder zu allen Meßzeitpunkten konstant signifikant depressiver waren als die im Alter von sieben Jahren als nichtdepressiv klassifizierten Kinder. Da in dieser Analyse die Einflußfaktoren Intelligenz und allgemeine Fähigkeit bei Schuleintritt kontrolliert wurden, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, daß erstens die Störung innerhalb der untersuchten Stichprobe eine hohe differentielle Stabilität aufweist, zweitens die verwendeten unterschiedlichen Diagnoseinstrumente relativ valide sind, und drittens eine frühe depressive Symptomatik spätere Depressivität vorhersagen kann. Um der letzten Schlußfolgerung noch genauer nachzugehen, wurden mit Hilfe dichotomer Klassifikationen im Alter von 7, 9, 12 und 15 Jahren individuelle longitudinale Entwicklungsmuster untersucht, auf deren Grundlage vier Typen des depressiven Entwicklungsverlaufs identifiziert werden konnten: konstant depressionsfreie Kinder, Kinder mit anhaltender depressiver Symptomatik, Kinder, bei denen eine frühe Störung in der Pubertät verschwindet (spontanes Abklingen), und schließlich Kinder/Jugendliche, die erst mit Eintritt in die Pubertät depressive Symptome zeigten. Es ergab sich daraus, daß Kinder mit chronischen Störungen insgesamt viermal häufiger in der untersuchten

Stichprobe vorkommen als Kinder, bei denen die Symptomatik in der weiteren Entwicklung abklingt, und doppelt so häufig wie Kinder mit einer sogenannten „Pubertätsdepression". Das Ergebnis wird als zusätzlicher Hinweis interpretiert, daß ein frühes Auftreten der Störung einen hohen Risikofaktor für eine chronische Verlaufsform der Störung darstellt und daß Ursachen der Störung noch früher in der Vorgeschichte des Kindes zu suchen sind.

Die geschilderten Ergebnisse der Studie hinsichtlich der longitudinalen Entwicklung depressiver Störungen können die These eines stabilen, chronischen Verlaufs unter der Voraussetzung des frühen Auftretens depressiver Symptomatiken unterstützen *(prädiktive Validität).* Jedoch können keine Aussagen darüber gemacht werden, inwieweit die Stabilität auf interne stabile Strukturen des Selbst zurückzuführen ist. Unter der Berücksichtigung der Diskussion um die *internale versus externale Bedingtheit von Stabilität* und Kontinuität (vgl. Kagan, 1980) lassen sich auch andere Interpretationsfolien denken. Es ist durchaus möglich, daß eine hohe Stabilität depressiven Verhaltens auch auf stabile Umwelt- und Verstärkungsbedingungen (z. B. stabiler Familienkontext) zurückzuführen ist. Ein Hinweis in dieser Richtung ist zum Beispiel das tendenziell vermehrte Vorkommen depressiver Störungen in der Unterschicht der hier untersuchten Stichprobe. Unterschichtkinder sind aber aller Wahrscheinlichkeit nach hinsichtlich ihrer Explorations- und Erfolgsmöglichkeiten, vermittelt über den Familienkontext, stärker beziehungsweise öfter benachteiligt, was häufigere Mißerfolgserlebnisse und damit eine verstärkte Tendenz zur Entwicklung erlernter Hilflosigkeit wahrscheinlicher macht.

In der Vergangenheit wurden die *altersabhängige Symptomatik* depressiver Störungen und unterschiedliche Formen der Störung kontrovers diskutiert. Besonders das Konzept der sogenannten „maskierten" Depression fand lange Zeit große Beachtung. Hier ging man davon aus, daß präpubertäre Kinder keine offene depressive Symptomatik zeigen, sondern die Depression sich eher durch andere Verhaltensweisen manifestiert (z. B. Wutanfälle, Bettnässen, somatische Beschwerden). Differentielle Untersuchungen der beiden mit sieben Jahren als depressiv klassifizierten Gruppen von Kindern (mittlere versus schwere Symptomatik) erbrachten hinsichtlich des Entwicklungsverlaufs folgende Ergebnisse: Die beiden Depressionsgruppen unterschieden sich tendenziell sowohl in bezug auf eine altersabhängig unterschiedliche Depressivität als auch hinsichtlich der unterschiedlichen Ausprägung einzelner depressiver Verhaltensmerkmale. Dabei zeigten Kinder mit einer mittleren depressiven Symptomatik im Entwicklungsverlauf zunehmend mehr Depressivität, während die als schwer depressiv klassifizierten Kinder weitgehend konstant hoch depressiv waren. Ähnliche Trends ließen sich für sozialen Rückzug und hilflos-ängstliches Verhalten aufzeigen. Zusätzlich waren die mittelschwer depressiven Kinder im Alter von neun Jahren tendenziell aggressiver und negativer. Dies läßt darauf schließen, daß Kinder mit einer frühen mittelschweren Symptomatik möglicherweise unter einer mehr verdeckten Depression leiden und in der mittleren Kindheit mehr zum Ausagieren neigen als Kinder, die bereits mit sieben Jahren eine schwer depressive Symptomatik zeigen. Damit fände das Konzept der „maskierten" Depression für Kinder mit früher mittelschwerer depressiver Symptomatik eine partielle Unterstützung. Für Fälle mit schwerer Symptomatik

gilt dies allerdings nicht. Die Ergebnisse sind jedoch eher als Trends zu werten, die weiter abgesichert werden müssen.

Mehrere Studien konnten in der Vergangenheit auch altersabhängige *Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen* in bezug auf depressive Störungen feststellen (vgl. Rutter, 1986a). Jungen wurden in der Kindheit und Präadoleszenz häufiger als depressiv eingestuft, während in der Pubertät und im Erwachsenenalter mehr Mädchen/Frauen als Jungen/Männer unter der Störung leiden. Die Gründe hierfür müssen als weitgehend ungeklärt angesehen werden. In der vorliegenden Untersuchung konnte diese Umkehrung der altersabhängigen Häufigkeitsrate nicht festgestellt werden. Eher war sogar ein gegenteiliger Trend auszumachen. Es wurden zu allen Zeitpunkten relativ konstant mehr Jungen als depressiv klassifiziert, wobei der Unterschied nur im Alter von 15 Jahren signifikant war. Die Ursachen dieser Unterschiede sind unklar. Unter Umständen ist eine Interpretation unter Bezugnahme auf identitätstheoretische Konzepte angemessener als biologische Erklärungsansätze, da die Pubertät bei isländischen Jugendlichen eher früher einsetzt als zum Beispiel in Deutschland. Zur Klärung müssen noch weitere Erhebungen durchgeführt werden, insbesondere in höherem Alter der Jugendlichen und unter Verwendung größerer Stichproben.

Depression und Schulerfolg

Einige wenige Studien konnten in der Vergangenheit zeigen, daß depressive Störungen den Schulerfolg erheblich beeinträchtigen können, was unter theoretischen Gesichtspunkten (insbesondere den vermuteten Motivations- und Handlungsdefiziten bei depressiven Störungen) auch plausibel ist. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, daß Kinder mit frühen depressiven Symptomatiken konstant und signifikant schlechtere Zensuren hatten als ihre nichtdepressiven Mitschüler. Dies verweist eindrücklich auf die Notwendigkeit der Früherkennung und Prävention der Störung.

Ausblick

Unter metatheoretischen Überlegungen im Zusammenhang mit allgemeinen Konzepten der Entwicklung, der Kontinuität und der Veränderung wird ein wichtiger Aspekt der vorliegenden Studie deutlich: Die Psychopathologie, die Pädopsychopathologie und die Entwicklungspsychologie standen in ihren theoretischen Konzepten lange Zeit weitgehend unvermittelt nebeneinander. Erst in jüngster Zeit sind verstärkte Bemühungen sichtbar, die theoretischen Strukturen der jeweiligen Disziplinen stärker aufeinander zu beziehen. Der daraus resultierende interdisziplinär zu verstehende Ansatz der Entwicklungspsychopathologie sowie die wachsenden Forschungsbemühungen zur neoanalytischen Bindungstheorie nach Bowlby haben einen jahrelang vernachlässigten Forschungsgegenstand erneut ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt: die Verwobenheit und Interdependenz kognitiver und affektiver Strukturen in der Entwicklung. Gerade diese wechselseitige Abhängigkeit affektiver und kognitiver Komponenten ist jedoch ein charakteristisches Merkmal depressiver Strukturen und Phänomene, deren Entstehungsbedingungen und Entwicklungsverlauf allerdings bisher weitgehend unklar geblieben sind. Möglicherweise kommt daher der weiteren, insbesondere der longitudinalen Forschung in diesem Bereich nicht nur eine unmittelbare

Bedeutung zur Aufklärung dieses Störungsbildes zu, sondern darüber hinaus eine zentrale Rolle innerhalb eines wachsenden allgemeinen Verständnisses der Verknüpfung kognitiver und affektiver Entwicklungsprozesse.

Die vorliegende Studie konnte hinsichtlich der Frage des Zusammenhangs zwischen kognitiver und affektiver Entwicklung lediglich einen vorbereitenden Beitrag leisten, indem sie die Stabilität pathologischer depressiver Strukturen in einem Zeitraum massiver kognitiver Entwicklungsveränderungen aufzeigen konnte. Die Frage nach der Verwobenheit kognitiv-depressiver Strukturen mit der allgemeinen kognitiven Entwicklung bleibt jedoch weiterhin eine offene Frage und ein wichtiger Gegenstand zukünftiger Forschung im Bereich depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie hat möglicherweise auch hohe Relevanz für die weitere theoretische Fundierung der Entwicklungspsychopathologie.

Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt zukünftiger Forschung sollte die Untersuchung der Interdependenz von Störungsbildern der Angst und solchen der Depression sein. Im Verlauf der Arbeit wurde mehrfach auf das wiederholt beobachtete gemeinsame Auftreten von depressiven Störungsbildern und Angstsyndromen hingewiesen (Komorbidität). Jedoch ist das Verhältnis dieser pathologischen Bereiche zueinander noch weitgehend unklar. Als Ausdruck dieser konzeptuellen Unklarheiten kann die Tatsache angesehen werden, daß in diagnostischen Manualen eine hohe Überschneidung in den Symptombildern der verschiedenen Störungsformen festzustellen und damit die diagnostische Abgrenzung nicht gesichert ist.

Ein weiteres Ziel der Forschung könnte nach den hier vorliegenden Ergebnissen in der systematischeren Prüfung und Entwicklung von Möglichkeiten der Laiendiagnose in bezug auf depressive Störungen bei Kindern liegen, wie auch in der Weiterentwicklung und Validierung von Lehrerurteilsskalen zur Messung der Störung. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, wie genau Lehrer „ihre" Kinder einzuschätzen in der Lage sind. Dieses Wissen sollte im Hinblick auf Prävention mehr genutzt werden. Validierungsstudien mit traditionellen Diagnosemethoden wären ein nächster Schritt in diese Richtung.

Schließlich sind die genauen Ursachen depressiver Störungen bei Kindern (wie auch bei Erwachsenen!) bisher noch nicht eindeutig geklärt. Sicherlich wird man Riemann (1984) in den Grundzügen seiner Ausführungen zustimmen können, wenn er in frühen Versagungserlebnissen, in Verbindung mit einer in sich geschlossenen kindlichen Erfahrungswelt, wichtige Ursachen der depressiven Störung sieht:

> Die (...) Folge von frühen Versagungserlebnissen ist, daß sie dem Kinde das Gefühl geben, nicht liebenswert zu sein. Das pflegt die Basis tiefer Minderwertigkeitsgefühle abzugeben – man muß es ja einmal erlebt haben, geliebt worden zu sein, um sich für liebenswert halten zu können, und wenn man es nicht erlebt hat, muß es wohl an einem selbst liegen, ist man eben nicht liebenswürdig. Dieses Minderwertigkeitsgefühl hängt auch damit zusammen, daß das Kind noch keine Vergleichsmöglichkeiten in diesem Alter hat (gemeint ist die Stillphase; Anm. V.H.); es kann daher nicht realisieren, daß seine Eltern nicht liebesfähig sind; seine Welt ist für es ‚die' Welt und wie seine Eltern sind, sind offenbar ‚Eltern überhaupt'." (Riemann, 1984, S. 83)

Offen bleibt dabei jedoch einerseits eine präzise und empirisch begründete Beschreibung der Mangelerlebnisse von depressiven Kindern und deren psychosoziale Randbedingungen, andererseits aber auch die Frage, ob und inwieweit spezifische Entwicklungsperioden identifiziert werden können, in denen Versagungserlebnisse bei der Ausbildung depressogener Strukturen besonders wirksam werden. Riemann bleibt in

dieser Frage innerhalb des von der Psychoanalyse vorgegebenen Rahmens, indem er auf die Stillphase als maßgeblichen Entwicklungsabschnitt verweist. Im Rahmen der hier vorgegebenen Arbeit wurde unterstrichen, daß aus anderem theoretischem Blickwinkel möglicherweise auch die Phase der Individuation, also der beginnenden Entwicklung des kindlichen Selbstkonzepts, einen kritischen Zeitabschnitt in der Genese der Disposition für depressive Störungen darstellt.

Zukünftige Forschung wird sich dieser Fragen annehmen müssen, um einen besseren Einblick in die Entstehungsdynamik depressiver Störungen bei Kindern wie auch bei Erwachsenen zu erhalten. Ihre Klärung ist auch eine wichtige Voraussetzung zur Schaffung entsprechender Präventions- und Interventionsmöglichkeiten für gefährdete Kinder im psychosozialen Raum – wo dies möglich erscheint. Mit einer konsequenten Verfolgung der bislang offengebliebenen Fragen zur Entstehung von depressiven Störungen könnte auch der langwährende Mythos der nicht heilbaren *endogenen Depression* eine zunehmend rationale und empirisch fundierte Grundlage erhalten, und darüber hinaus möglicherweise als ein Produkt eines allzusehr naturwissenschaftlich-materialistisch orientierten Denkens entlarvt werden.

Anhang

A. Basisdimensionen des Verhaltens im Schulkontext: Skalenbeschreibung mit Faktorladungen

Tabelle I: Die zur Definition des Faktors *„Konzentrationsprobleme"* ausgewählten 16 Items und ihre Faktorladungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Item[1]	Inhalt der Schüler/die Schülerin (ist) ...	Faktorladung im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
P 32	unkonzentriert	.84	.84	.79
K 31	unfähig, sich ohne Anleitung zu beschäftigen	.83	.71	.61
P 12	unaufmerksam	.80	.83	.79
K 03	verliert leicht das Interesse	.76	.77	.65
K 50	verbringt die Zeit ziellos	.74	.79	.78
K 44	zeigt wenig Interesse an Aufgaben	.73	.70	.71
P 15	träge, schwer von Begriff	.71	.78	.75
P 23	geistig abwesend	.68	.71	.72
P 43	unruhig, ruhelos	.51	.58	.53
P 30	oft verwirrt	.50	.40	.41
S 13	beobachtet sorgsam	-.61	-.73	-.56
S 10	arbeitet im Unterricht ernsthaft mit	-.73	-.82	-.81
S 01	ist aufmerksam trotz Ablenkung	-.73	-.82	-.72
S 04	bleibt bei der Arbeit bis zum Ende	-.74	-.79	-.76
S 07	läßt sich voll auf die Sache ein	-.75	-.84	-.79
K 51	kann Aufmerksamkeit und Interesse an der Tätigkeit aufrechterhalten	-.80	-.82	-.75

[1] K: Item aus *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977).
S: Item aus *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966).
P: Item aus *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975).

Tabelle II: Die zur Definition des Faktors *„negatives Verhalten"* ausgewählten 17 Items und ihre Faktorladungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Item[1]	Inhalt der Schüler/die Schülerin (ist) ...	Faktorladung im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
S 03	ungeduldig, wenn er/sie nicht bekommt, was er/sie will	.83	.84	.82
S 12	jammert oder weint, wenn er/sie nicht „seinen/ihren Willen bekommt"	.79	.86	.68
P 02	hitzig, aufbrausend	.76	.78	.78
P 34	stört	.74	.82	.80
P 03	negativ, ablehnend	.72	.64	.74
K 39	stößt, hänselt und schikaniert andere	.71	.80	.80
K 49	auftrumpfend gegenüber anderen	.70	.79	.84
P 44	unverschämt	.70	.72	.78
P 40	aggressiv	.66	.61	.54
S 09	nachtragend nach Auseinandersetzungen	.66	.60	.74
K 64	hat Schwierigkeiten, Regeln zu beachten	.64	.54	.65
K 33	widersetzt sich Regeln	.64	.76	.73
K 11	reagiert auf Vorschläge des Lehrers mit Stirnrunzeln, Schulterzucken, Schmollen	.60	.82	.83
K 30	reagiert negativ auf Vorschläge	.59	.70	.71
K 52	hält andere von der Arbeit ab	.54	.71	.66
K 58	stört die Arbeit von anderen	.52	.77	.78
K 43	nimmt Sachen anderer, ohne zu fragen	.29	.53	.62

[1] K: Item aus *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977).
S: Item aus *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966).
P: Item aus *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975).

Tabelle III: Die zur Definition des Faktors *„sozialer Rückzug"* ausgewählten 9 Items und ihre Faktorladungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Item[1]	Inhalt der Schüler/die Schülerin (ist) ...	Faktorladung im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
P 04	introvertiert	.70	.47	.75
P 29	zieht sich von anderen zurück	.70	.72	.79
P 01	schüchtern, gehemmt	.60	.25	.60
K 18	hat nicht den Mut, bei anderen Hilfe zu suchen, oder entzieht sich, wenn andere um Hilfe bitten	.20	.21	.50
K 25a	bekommt leicht positive Aufmerksamkeit von anderen	-.48	-.34	-.58
S 05	nimmt gerne an gemeinsamen Aktivitäten teil	-.60	-.64	-.65
S 08	ist gerne mit anderen zusammen	-.69	-.72	-.75
S 02	möchte gerne mit anderen zusammen sein	-.70	-.70	-.82
S 14	wartet nicht, bis andere auf ihn/sie zukommen, sondern macht den ersten Schritt	-.73	-.56	-.77

[1] K: Item aus *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977).
S: Item aus *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966).
P: Item aus *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975).

Tabelle IV: Die zur Definition des Faktors *„Hilflosigkeit/Ängstlichkeit"* ausgewählten 10 Items und ihre Faktorladungen im Alter von 9, 12 und 15 Jahren

Item[1]	Inhalt der Schüler/die Schülerin (ist) ...	Faktorladung im Alter von 9 Jahren	12 Jahren	15 Jahren
P 07	empfindsam, empfindlich	.61	.80	.61
P 14	ängstlich	.59	.81	.64
P 50	weint oft	.58	.53	.67
P 26	unsicher	.45	.76	.65
P 41	hat „Minderwertigkeitsgefühle"	.44	.77	.68
P 45	bekümmert, traurig	.39	.52	.57
K 22	wird von anderen bestimmt und dominiert	.29	.52	.53
K 26	hat Schwierigkeiten, seine/ihre Rechte gegenüber anderen Kindern zu verteidigen	.28	.54	.70
K 18	hat nicht den Mut, bei anderen Hilfe zu suchen, oder entzieht sich, wenn andere um Hilfe bitten	.24	.37	.44
K 62	gibt leicht auf, wenn er/sie mit einem Problem konfrontiert ist	.19	.44	.47

[1] K: Item aus *Kohn Competence Scale* (Kohn, 1977).
S: Item aus *Classroom Behavior Inventory* (Schaefer & Aaronson, 1966).
P: Item aus *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1975).

B. Ratinganweisung zur Klassifikation depressiver Syndrome anhand unstandardisierter Beschreibungen des Verhaltens von siebenjährigen Kindern in einer psychologischen, nichtklinischen Interviewsituation

1. Ratingverfahren und Kategorien

Es liegen zu jedem Kind *drei* Beschreibungen vor. Die Interviews wurden im Alter von sieben Jahren durchgeführt. Die Interviewer wurden gebeten, das Verhalten und die Auffälligkeiten des Kindes innerhalb der Interviewsituation mit eigenen Worten zu beschreiben. Jede Interviewerbeschreibung ist *getrennt* zu beurteilen. Jede Beschreibung sollte zunächst einmal im ganzen gelesen werden. Danach sollten die Textstellen markiert werden, die aufgrund der unten aufgeführten Symptome für eine depressive Grundstruktur sprechen. *Hauptsymptome* sind mit „++", Begleitsymptome mit „+" zu markieren. Textstellen, die im Sinne der unten aufgeführten Symptome *gegen* eine depressive Grundstruktur sprechen, sind mit „–" beziehungsweise mit „– –" (im Falle eines Widerspruchs zu einem Hauptkriterium) zu markieren. Informationen, die die genannten Symptome nicht berühren, werden nicht weiter berücksichtigt. Am Ende sollte jede der drei Interviewerbeschreibungen zunächst *getrennt* nach folgender Skalierungsanweisung beurteilt werden.

Skalierungsanweisung für Einzelprotokolle:

Code	Definition der Kategorie
0	Es liegen keine Hauptsymptome vor beziehungsweise nur schwache Anzeichen für nur ein Hauptsymptom.
1	Es liegen bis zu zwei Hauptsymptome und wenige Begleitsymptome vor. Der Gesamteindruck besagt, daß das Kind zwar einzelne depressive Symptome hat, aber von seiner Struktur nicht depressiv ist und auch augenblicklich nicht unter einer depressiven Grundstimmung leidet.
2	Es liegen mindestens drei Hauptsymptome vor, jedoch ist kein vollständiges Symptombild zu erkennen. Die Anzahl der Begleitsymptome ist dabei untergeordnet, jedoch ist der Gesamteindruck zweifelsfrei, daß das Kind unter einer depressiven Symptomatik leidet. Fälle mit eindeutiger depressiver Grundstimmung und zwei weiteren Hauptsymptomen sind ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen.
3	Alle oder nahezu alle Hauptsymptome liegen vor. Die Beschreibung des Kindes weist eine vollständige oder nahezu vollständige Liste aller Symptome auf (einschließlich der Begleitsymptome). Das Kind wirkt stark „neurotisch", die Interaktion mit dem Interviewer ist aufgrund einer starken Passivität und „Dumpfheit" des Kindes sehr erschwert oder nahezu unmöglich.

2. Errechnung des Endscores (Klassifizierung des Kindes)

Die abschließende Beurteilung der so gewonnenen Einzelscores für jede Verhaltensbeschreibung erfolgt nach folgendem Muster:

Endscore	Beschreibung	Klassifikationsmuster der Einzelprotokolle[1]		
0	keine depressive Symptomatik	(000)	(100)	(00.)[2]
1	einzelne depressive Symptome oder singuläre depressive Symptomatik	(110) (200)	(111) (210)	(11.) (20.)
2	anhaltende mittlere depressive Symptomatik	(220) (320)	(221)	(222)
3	anhaltende schwere depressive Symptomatik	(321)	(322)	(332)

[1] Scores der Einzelprotokolle nach Skalierungsanweisung unter 1, Ratingverfahren.

[2] In Fällen, in denen nur zwei Protokolle vorlagen (N = 5), wurde davon ausgegangen, daß beim dritten Interview keine Symptomatik vorlag.

Falls nur zwei Beschreibungen vorliegen, müssen *beide* Einzelscores größer als „0" sein, damit ein Endscore größer als „0" vergeben werden kann. Die Höhe des Endscores kann dann aus obiger Tabelle entnommen werden, indem man den niedrigsten Wert aus dem Muster streicht.

3. Liste der einzelnen Kriterien (Symptome)

Leitsymptom:

++ Allgemeine Anzeichen für depressive Grundstimmung.
Unbewegter, anhaltend trauriger Gesichtsausdruck, manchmal starr, unter Umständen mit aufgesetzt und überspielend wirkendem oder gänzlich fehlendem Lächeln. Das Kind wirkt niedergeschlagen und trübsinnig. Beispiel: „seems worried", „looks sad and repressed", „seems to be lonely", „never/hardly smiles". Auch indirekte Beschreibungen eines depressiven Ausdrucks sollten berücksichtigt werden, wie zum Beispiel „child is preoccupied".

Hauptsymptome:

++ Generelle Passivität in der Interaktion mit dem Interviewer. Mangel an spontanen Äußerungen.
Der Interviewer muß alle Antworten „herauspressen", das Kind äußert keine spontanen Fragen oder Gedanken oder gibt nicht zu verstehen, wenn es eine Frage nicht verstanden hat. Es zögert generell mit den Antworten.

++ Konzentrationsschwierigkeiten, -mängel und Verlangsamung des Denkens. Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen.
Dabei ist darauf zu achten, daß es sich nicht etwa um „Ablenkstrategien" des Kindes handelt, sondern um ein Verhalten, daß das Kind „dumm", „gelangweilt" oder „apathisch" erscheinen läßt. Es wirkt abwesend oder hat erkennbare Schwierigkeiten, klar und schnell zu denken. Es zögert stets mit der Antwort; es wirkt unentschlossen und leicht zu beeinflussen. Es paßt sich oft der (vermeintlich) richtigen Antwort an und wirkt sehr bemüht, „alles richtig zu machen".

++ Leise, undeutliche, langsame, schwer verständliche Stimme.
Keine Beurteilung des Vokabulars oder der grammatikalischen Fähigkeiten, sondern des kommunikativen Ausdrucks: Der Interviewer hat Mühe, das Kind zu verstehen, weil es so leise, monoton oder verlangsamt und auch sehr wenig spricht (Redearmut).

++ Niedriges Selbstwertgefühl und negatives Selbstbild.
Anzeichen können entweder direkt vom Kind kommen oder indirekt vom Interviewer geäußert werden. Beispiel: „child suffers from a low self-esteem", „does not think highly of himself".

++ Gehemmte oder ruhelose (agitierte) Körperbewegungen.
Entweder ist das Kind unfähig stillzusitzen und zupft und zieht an seinen Haaren, seiner Haut oder seiner Kleidung. Oder aber das Kind bewegt sich verlangsamt, nur sehr wenig oder gar nicht, und dies stets in einer gehemmten Art und Weise. Beispiel: „moved hardly at all", „sat on the edge of the chair". Oft ist der Text jedoch uneindeutig hinsichtlich der Bewegungsweise des Kindes. Wenn zum Beispiel das Kind nur am Anfang der Sitzung etwas „steif" wirkt, sich aber im Laufe der Sitzung entspannt, ist keine Wertung zu vergeben. Ebenso ist bei widersprüchlichen Aussagen zu verfahren.

++ Tendenz zur schnellen Ermüdung (niedriges Energieniveau).

Weitere Symptome („Begleitsymptome"):

+ Kind ist schüchtern und introvertiert

+ Kind vermeidet den Blickkontakt mit dem Interviewer

+ Generelle Interesselosigkeit an Tests, Geschichten und Bildern
(Bezieht sich nicht auf einzelne Aufgaben!) Das Kind wirkt gelangweilt

+ Schwierigkeiten im Ausdruck eigener Gedanken und Gefühle

+ Orale Verhaltensauffälligkeiten
Zum Beispiel „fingers in his mouth", „fingers in his face", „chewing his nails" ...

+ Uninformiertheit über eigene Person und Lebensumstände
Kind weiß seinen Geburtstag nicht oder nicht, wo es wohnt, oder kennt den Beruf des Vaters oder der Mutter nicht

4. Ratingschema zur Klassifizierung der offenen Verhaltensbeschreibungen

Kriterien (Symptome)	ID: Protokoll 1	2	3	ID: Protokoll 1	2	3	ID: Protokoll 1	2	3
A) Depressive Grundstimmung									
B) Hauptsymptome									
- Passivität/Abhängigkeit									
- Konzentrationsschwierigkeiten/ Entschlußlosigkeit									
- leise, undeutliche Stimme									
- gehemmte/ruhelose Körperbewegungen									
- schnelle Ermüdung (niedriges Energieniveau)									
- negatives Selbstbild									
C) Begleitsymptome									
- Schüchternheit									
- kein Blickkontakt									
- Interesselosigkeit									
- Ausdrucksprobleme									
- orale Verhaltensauffälligkeiten									
- Uninformiertheit									
Einzelscores									
Endscore									

C. Beispiele von Interviewerbeschreibungen der Kinder im Alter von sieben Jahren ("first impression") – Vier exemplarische Fälle mit jeweils drei Einzelbeschreibungen durch verschiedene Interviewer

1. Keine depressive Symptomatik

No first impression.
Dark hair, healthy looking, rather big and mature girl. Complexion dark and she was wearing earrings. She was calm and quiet. She sat calmly, no fiddling, but she was not frozen. She did not talk much, but she gave good answers, and she listened carefully inspite of noise outdoors. Sometimes she told me about her own experience and gave examples. She did not use childish sentences, and her grammar was correct. Pronunciation was good, but her big front teeth affected it a little bit. She did not use stoppers frequently. She spoke in a low voice, she neither yawned nor sighed. She did not fiddle with her face.
She seemed to be interested, and she liked doing this. I think she is doing well at school and has got good friends. But the test showed that she does not trust many people nor her parents.
Perhaps she feels excluded?
A little defensive.

An intelligent appearing girl. I judge this mainly from her face. She has large clear eyes. This is a girl of average height with no identifying marks. Her face is rather pale, she moved only very slightly during the interview and was extremely natural and relaxed. She spoke in a moderate voice, although it did happen that she lowered her voice. Especially if her answer was "I don't know" she sometimes lowered her voice. But on the whole she spoke moderately well and clearly. It was rather easy for her to express herself, she hesitated only slightly and there were no lengthy silences. On the whole she tried to answer everything I ask her about, but (gave) rarely or hardly any comments from herself. The contact between us was friendly, the girl often looked into my eyes and smiled at me. She was neither shy nor worried nor was she open, somewhere in between. She was very cooperative, did everything I asked her to, and seemed to be interested. When I asked her in between how she liked the picture stories, she said "fine," and at the end she said that this had all been enjoyable and nothing had been dull. She never showed any sign of being tired or bored. I would like to know more about the girl's family and from what type of home she comes. I cannot judge about her defensiveness.

(X) is rather tall and slender, a very pretty girl with naturally curly brownish hair. Her front teeth were noticeably crooked. The girl had an unusually nice complexion, intelligent eyes, and was very calm and quiet in her behavior. I felt certain at once that (X) was a child of high ability, and this opinion was confirmed as the tests progressed. The girl sat quietly during the test, seemed to be very interested, and devoted herself to the tasks. In connection with questions about class inclusion she appeared a little insecure at first, but then she seemed to understand the rule, enjoyed using it, and her answers were always the same. And then we are including everything (:) the pens, the kittens, etc., and it was nice to see her face when she realized completely (...). The girl was, in general, fairly secure in connection with the tasks and had a warm smile. When I tried to get her into conflict, she often smiled insecurely at me, but yet always put forth the right opinion. Seemed to look up to me as a teacher. A very good relationship was established with the girl, and I thoroughly enjoyed being with her. (X) told me about her family – that she had an 11-year-old brother and an 18-year-old sister, and that she had inherited lots of Barbie dolls from her sister and seemed happy with that. She is probably the youngest in the family. Her mother works during part of the day, and her father works in an electrical shop, from what I understood. She told me that they had all gone to Spain last summer, and she seemed to be very happy with her home and very well-balanced. She attended kindergarten here in (...) before she started school here. In connection with defensiveness, I would give her a 0.

2. Geringe depressive Symptomatik

A very usual boy. Rather thin, did not look healthy. He sat very calm and relaxed and innocent. He did not move much, and when he moved he did so in a calm and natural way. He spoke through his nose, and that irritated his speech. He did not speak much more than absolutely necessary. He often covered his mouth with his hands. He spoke rather childishly. He was very sincere and innocent. It was nice being with him even if he did not say much. The atmosphere was relaxed, and we established good contact.
If one would encourage him, I am sure he would make some progress. He tried to get around the problems by saying "I do not know." I had difficulties in making him try to think about the questions. I do not think he knows where he stands.
He is rather boyish, but a little bit too calm. I would like to know more about his interests.
He is a low-ability child and rather defensive.

(X) is blond, of average height, slim, a very refined boy, rather pale. He was rather calm, sat quietly, but did move a little more during the latter half of the interview, but rather calmly, though. He was rather relaxed, timid in the beginning. He had good control over his movements, rather firm regarding that matter. He spoke rather unclearly. It sounded as if he had defective tonsils. One could hear it from his voice, it sounded as if it came from his throat, not at all through his nose. Well, he answered relatively often "Just because." His vocabulary was not very large. Cheerful, friendly, and cooperative, very polite, rather closed than open, or perhaps only timid. Rather feminine or refined. Not at all defensive.

No special first impression. This is a rather small and slender boy. No identifying particulars. He moved only slightly during the interview, was on his knees up on a chair with his arms on the table supporting his cheeks. He was in that position during the major part of the interview. Held both hands under his cheeks. He spoke rather unclearly and often replied "I don't know." Was silent for some length of time. Spoke in a rather low voice, but nonetheless he could generally be heard. The contact was friendly, and the boy looked into my eyes and smiled at me, but he seemed to have very limited interest and offered nothing original anywhere. He very often replied "I don't know" and made no further effort to think any more about the questions so as to be able to give me some other reply. He did not indicate to me that he did not understand the questions and he showed no signs of boredom. Nor did he tell me that he was bored. His interest was very limited. I think this lack of interest was for the most part due to his lack of ability, because the boy saw no connection in the pictures and had a very difficult time seeing the connections in the first picture story, and saw no connection in the second story. His replies if possible were limited to one word; and during the friendship story I really don't think he said any lengthy sentence. I should like to know how this boy does in school. He appeared to be rather pleased with himself in that respect. He said he did very well everywhere and did not appear to suffer any inferiority complex. I would most of all like to know about his standing or results in his schoolwork.

She did not impress me in any special way, except that I found her quite small compared to her age. She looked like a doll, with earrings and long hair. She sat calm, but she seemed to be impatient. Her movements were often a little clumsy. She did not talk much, but clearly. She spoke like a seven-year-old. I did not succeed in establishing good contact, no matter how I tried. She tried to look as if she were interested, but one could clearly see that she was anything but interested.
She did not express herself more than just necessary. I tried to reinforce her and awake her interest, but nothing helped. She began many of her answers with "I don't know." I had to press her and then it came. It was difficult to make her talk. She seemed to be able to do more than she showed. She seemed to doubt her abilities.
Fitted the sex role.
I would like to know how she is doing at school.
I think she belongs to the high-ability group, but she may equally well be a low-ability child.
Strongly defensive.

(X) is a rather small and slender girl. She has blond, rather long, thick hair, and she was very quiet when she first entered, and a little shy, and did not seem to be very self-confident. I was not able to realize at once whether she belongs to the high-ability or the low-ability group. I felt that she had been well-disciplined, a well-disciplined high-ability child, but when the interview progressed, I began thinking that she was a low-ability child. (X) was noticeably pale-faced, I thought. She sat quietly during the tests, and seemed to enjoy the tasks, without talking too much about them or mentioning them in particular. Her vocabulary was somewhat childish, and she also (committed) some rather silly grammatical errors, but yet she seemed to have sufficient vocabulary to express what she had to do. Contact with the girl was rather courteous and quite normal. She was not especially talkative, and she did not establish further contact. She was fairly secure in her opinions, but yet her answers could be changed by getting her into conflict. She used a great deal of "just because (...)" explanations, and had some difficulties in explaining the verbal class inclusion tasks. The girl seemed to avoid taking a positive stand. (...) When I asked whether she did well and how she had done, she really said that she didn't know. When I asked whether her mother had not told her whether she was doing well in school or not, so as to find out about her ideas about herself, she said: "I always forget what mother tells me." Does not seem to want to take a firm stand herself. The girl was noticeably feminine, I felt, even though her dress was quite normal: a sweater and slacks. (X) told me about the family, that she had one brother who was five, that he was spending time now with his grandmother, and that she was at another lady's because her parents were on the Canary Islands. She said her father was a sailor on a transatlantic ship, and that her mother sometimes cleaned for others. In other respects, the girl said very little about her family and friends, and nothing except what I asked about. I believe the girl was rather defensive.

(X) is rather small for her age with two pigtails, blond hair, and a pale face, (...) rather good-looking with a serious expression on her face, appears quiet and withdrawn. (...) She seems a very normal child in every way. She impresses me as the difficult Icelandic child. Rather reserved, rather shy, says nothing of her own accord and does not ask any questions. She is rather closed and defensive, but nonetheless her cooperation is fairly good, especially in the picture story. The friendship story produced rather little by way of reaction. Her vocabulary, it seemed to me, was rather poor, her grammar incorrect, and it is not especially easy for her to express herself (...) because she is not completely able to cope with the vocabulary and has a rather limited vocabulary, and furthermore because she is rather closed. I don't quite feel able to determine whether this is a high ability or a low-ability child, but I am more inclined to think that she belongs to the low-ability group, if I compare her to the girl that I just had interviewed before, these two being in the same class. I also feel that there is a great difference in their abilities in many ways. However, there is a question of whether (X)'s moral maturity is somewhat less than her classmate's. Her friend (Z) said that (X) was her best friend, but (X) puts it differently and puts her much lower on the list of her girlfriends. Rather little was known about her family affairs. She did tell me that she had only one younger brother. Her father is a sailor, and her mother does not work outside the home. In other respects she did not say anything spontaneous about any single thing. I thought nothing was unnatural about this girl, but, as mentioned, she is rather defensive. She was clearly somewhat nervous and tense, and it was a little difficult for her to explain what the people were thinking about in the picture story. But in other respects her tolerance was about average, compared to other children. There were no unnatural habits. However, she did lick her fingers or stick them in her mouth very often, but that appears to be so common among these seven-year-old children, that it can hardly be considered unnormal.

4. Schwere depressive Symptomatik

One could say that I liked him, but no more. He was very shy, and he almost did not dare to come with me. He is average size – not small – blond and good-looking, when one does not notice all his tics. He shook his head when he came, and he shook his head when he left. He stopped when he sat down, but then he pouted his lips, and he made faces while talking. He sat frozen almost all the time the testing session lasted. Neither did he move his feet nor hands. He did not talk much and used stoppers. He never looked into my eyes, he did not smile even as I tried hard to be more amusing than usually. His sentences were childish. He did not give any examples from his own life. He only talked when I spoke to him.
I would not be surprised if he were not doing well in school. He is repressed at home, and perhaps he has not got many friends. I never got into contact with him.
Strongly defensive.

As soon as (X) entered, I saw he was very slow and withdrawn. I could hardly get a word out of him until a long time had passed. He answered with "yes" and "no" and no more could be gotten from him. He was very hesitating when he sat down in the chair that I told him to sit in, and he put his hands before his face immediately as if in a defensive position. (X) is an average child with fairly dark brown hair and no particular identification in his appearance. He is a very well-kept child, although it appeared to me that he bit his fingernails. I asked (X) the usual questions, such as when he was born, but he was unable to tell me. Said he was born or had his birthday during the summertime. He did not know whether it was June, July, or August when I asked him. Only replied "I don't know" in a very low voice so that I could hardly hear it. I then went to deal with the tests and thought to myself that this would probably take a long time. The boy had a great deal of difficulty in expressing himself, and I saw that he had a very noticeable tic which perhaps he shows even more when he is under stress and nervous, so that when he had said a few words at the time it was as if his mouth grew stiff, his lips shut forward, and he said nothing for a long time. Together with this, his head started nodding and this is very noticeable. I don't know whether I should call this a tic or an unnatural reaction under tension. His hands were also very shaky when I asked him to touch certain things. He wanted to avoid touching them himself but I asked him to pick things off a sheet of paper, and then I saw that his hands shook a great deal and he had difficulties doing this. As we progressed, I did reach fair contact with him, but I recognized it from the fact that he began to feel a little better when he relaxed slightly. Nonetheless, it was clear how difficult he found it to verbalize his emotions and thoughts. He was also very insecure in his replies in verbal classification, and I often noticed that if he got the impression from me that he had given a wrong answer he withdrew his words, changed his mind, and then, at the same time, I noticed his nodding of his head, and it appeared as if the words froze in his mouth. He was unable to speak for a little while. I asked the boy about his family, and he said he had a younger and an older sister and said that he often played with his younger sister. His mother appears to be at home and I could not see that he was in any way neglected physically. In connection with the "unasked question"[1] it would be interesting to know how well he adapts to other children in school or whether it's difficult for him to play with other children of the same age. It would also be interesting to find out how his relationship is towards other members of the family and especially his parents. This comes into my mind when I try to make sense of his strong reaction when he got the impression from me that he had made a mistake.

No special first impression. The boy is rather tall, slender, no identifying particulars, rather pale-faced. He hardly moved at all, sat on a chair opposite me with his hands in his lap, and did not move at all. He was very stiff or tense and said very little. He sighed heavily sometimes in between, and, at the start, he appeared very worried and bit his lip. At times he drew in his breath sharply, and it was as if he held it for a time and then let the air seep out again very slowly. He spoke in a rather low voice and often answered "I don't know" and then generally in a very low tone of voice. I don't know whether it was heard on the tape. It was very difficult to get any other answers from him, especially in the friendship story. It was a little better during the pictures, but there, however, he had difficulties in seeing their connections. He generally did not hesitate very much, but instead quickly brought out the answer "I don't know" or some similar reply. His face was completely without any reaction. He avoided eye contact with me. He was most certainly worried and shy also. He was not at all open. (...) He said nothing about himself outside the tests and only answered those questions I put before him and offered nothing original.

---

[1] *Die Interviewer waren angewiesen festzuhalten, welche Fragen ihnen beim Erleben des Kindes in den Sinn kamen, die sie dem Kind aber nicht stellen konnten.*

Literaturverzeichnis

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49–74.

Achenbach, T. M. (1979). The child behavior profile. *International Journal of Mental Health, 7,* 24–42.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). Taxonomic issues in child psychopathology. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 65–93). New York: Plenum.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. V., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17–57). London: Academic Press.

Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploration behavior of one-year-olds in a strange-situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior,* Vol. 4 (pp. 113–136). London: Methuen.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.* 3rd ed. (DSM III). Washington, DC: Author. (Autorisierte deutsche Ausgabe: Weinheim: Beltz, 1984)

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.* 3rd ed. revised (DSM III-R). Washington, DC: Author.

Annell, A. L. (Ed.). (1971). *Depressive states in childhood and adolescence.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Arend, R., Gove, F. L., & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development, 50,* 950–959.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. In J. H. Masserman (Ed.), *Depression: Theories and therapies.* New York: Grune & Stratton.

Beck, A. T., & Kovacs, M. (1986). Maladaptive cognitive structures in depression. In J. C. Coyne (Ed.), *Essential papers on depression* (pp. 240–258). New York: University Press.

Björnsson, S., Edelstein, W., & Kreppner, K. (1977). *Explorations in social inequality: Stratification dynamics in social and individual development in Iceland* (Studien und Berichte, 38). Berlin: Max Planck Institute for Human Development and Education.

Boesch, E. E. (1984). The development of affective schemata. *Human Development, 27,* 173–183.

Bowi, U., & Reinhard, H. G. (1988). Erlernte Hilflosigkeit und Depression. *Acta Paedopsychiatrica, 51* (2), 90–97.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger.* London: Hogarth Press. (deutsch: München: Kindler, 1976)

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, November 1976. *British Journal of Psychiatry, 130,* 201–210.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression.* London: Hogarth Press. (deutsch: Frankfurt a. M.: Fischer, 1983)

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York: Basic. (ursprüngliche Ausgabe: 1969)

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research.* Monographs of the Society for the Research in Child Development, Vol. 50 (1–2), 3–35.

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research and teaching. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171–246). Chicago: McNally.

Cantwell, D. P. (1983). Depression in childhood: Clinical picture and diagnostic criteria. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence: An update* (pp. 3–18). New York: Spectrum.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 137,* 445–449.

Carlson, G. A., & Garber, J. (1986). Developmental issues in the classification of depression in children. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 399–434). New York: Guilford.

Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1984). Toward a transactional model of childhood depression. In D. Cicchetti & K. Schneider-Rosen (Eds.), *Childhood depression.* New directions for Child Development, No. 26 (pp. 5–27). San Francisco: Jossey-Bass.

Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin, 94,* 472–505.

Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 129,* 149–155.

Dörner, K. (1969). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie.* Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt.

Dörner, K., & Plog, U. (1984). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie.* Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Dweck, C. S., & Reppucci, N. D. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology, 25,* 109–116.

Edelstein, W. (1979, May). *Project Child Development and Social Structure.* Paper presented at the Congress of the Scandinavian Association of Psychology, Reykjavik, Iceland.

Edelstein, W., & Hofmann, V. (1989, April). *The development of depressive reactions in childhood and adolescence: A longitudinal study.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.

Edelstein, W., Keller, M., & von Essen, C. (1983, August). *Moral awareness, action, decision and moral consistency.* Paper presented at the 7th biennial meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, München.

Edelstein, W., Keller, M., & Schröder, E. (1990). Child development and social structure: Individual differences in development. In P. B. Baltes, D. L. Featherman, & R. M. Lerner (Eds.), *Life-span development and behavior,* Vol. 10 (pp. 151–185). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Edelstein, W., Schröder, E., Kliegl, R., Spellbrink, W., Zébergs, D., & Baker, D. (1984). Das Projekt „Kindliche Entwicklung und soziale Struktur". In K. E. Grossmann & P. Lütkenhaus (Hrsg.), *Bericht über die 6. Tagung Entwicklungspsychologie in Regensburg,* Bd. 2 (S. 247–295). Regensburg: Universität Regensburg.

Eisenberg, L. (1986). When is a case a case? In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 469–478). New York: Guilford.

Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research.* Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 50 (1–2), 147–166.

Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family,* Vol. 3 (pp. 77–98). New York: Wiley.

Glaser, K. (1968). Masked depression in children and adolescents. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development, 1,* 345–355.

Glaser, W. R. (1978). *Varianzanalyse.* Stuttgart: Fischer.

Graham, P. J. (1980). Depressive disorders in children – A re-consideration. *Acta Paedopsychiatrica, 46* (5–6), 285–296.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist, 13,* 673–685.

Hautzinger, M. (Hrsg.), & Beck, A. T. (Mitarb.). (1981). *Kognitive Therapie der Depression.* München: Urban & Schwarzenberg.

Jacobsen, T., & Hofmann, V. (1989, April). *Security of attachment at age seven as related to social and cognitive functioning in middle childhood and adolescence.* Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.

Kagan, J. (1980). Perspectives on continuity. In O. G. Brim, Jr. & J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development* (pp. 27–74). Cambridge: Harvard University Press.

Kagan, J. (1982). The emergence of self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 23,* 363–381.

Kagan, J. (1984). Continuity and change in the opening years of life. In R. N. Emde & R. J. Harmon (Eds.), *Continuities and discontinuities in development* (pp. 15–39). New York: Plenum.

Kashani, J. H., Husain, A., Shekim, W. O., Hodges, K. K., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1981). Current perspectives on childhood depression: An overview. *American Journal of Psychiatry, 138,* 143–153.

Kashani, J. H., McGee, R. O., Clarkson, S. E., Anderson, J. C., Walton, L. A., Williams, S., Silva, P. A., Robins, A. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1983). Depression in a sample of nine-year-old children: Prevalence and associated characteristics. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1217–1223.

Kashani, J. H., & Simonds, J. F. (1979). The incidence of depression in children. *American Journal of Psychiatry, 136* (9), 1203–1205.

Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 605–620.

Kazdin, A. E. (1989). Identifying depression in children: A comparison of alternative selection criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17* (4), 437–454.

Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31* (1), 121–160.

Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 504–510.

Kendell, R. E. (1976). The classification of depression: A review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry, 129,* 15–28.

Kerr, M., Hoier, T. S., & Versi, M. (1987). Methological issues in childhood depression: A review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry, 57* (2), 193–198.

Klein, D. C., Fencil-Morse, E., & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 33,* 508–516.

Kohlberg, L., LaCrosse, J., & Ricks, D. (1972). The predictability of adult mental health from childhood behavior. In B. Wolman (Ed.), *Manual of childhood psychopathology* (pp. 1217–1284). New York: McGraw-Hill.

Kohn, M. (1977). *Social competence, symptoms and underachievement in childhood.* Washington, DC: Winston & Sons.

Kovacs, M. (1986). A developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: The clinical interview. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 435–465). New York: Guilford.

Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist, 44* (2), 209–215.

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood* (pp. 1–25). New York: Raven.

Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984a). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41,* 229–237.

Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984b). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry, 41,* 643–649.

Kovacs, M., & Gatsonis, C. (1989). Stability and change in childhood-onset depressive disorders: Longitudinal course as a diagnostic validator. In L. N. Robins & J. Barrett (Eds.), *The validity of psychiatric diagnosis* (pp. 57–75). New York: Raven.

Kovacs, M., & Paulauskas, S. L. (1984). Developmental stage and the expression of depressive disorders in children: An empirical analysis. In D. Cicchetti & K. Schneider-Rosen (Eds.), *Childhood depression.* New Directions for Child Development, No. 26 (pp. 59–80). San Francisco: Jossey-Bass.

Kuhn, R. (1988). Die Erlebnisweise kindlicher Depression. In H.-J. Friese & G.-E. Trott (Hrsg.), *Depression in Kindheit und Jugend* (S. 165–170). Bern: Huber.

Larsson, B., & Melin, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18* (1), 91–103.

Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin, 85,* 716–726.

Lefkowitz, M. M., & Tesiny, E. P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48* (1), 43–50.

Lewis, H. B. (1986). The role of shame in depression. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 325–339). New York: Guilford.

Main, M. (1977). Analysis of a peculiar form of reunion behavior seen in some day-care children: Its history and sequelae in children who are home reared. In R. Webb (Ed.), *Social development in childhood: Day-care programs and research* (pp. 33–78). Baltimore: Hopkins.

Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: A working paper. In K. Immelmann, G. W. Barlow, L. Petrinovich, & M. Main (Eds.), *Behavior and development: The Bielefeld interdisciplinary project* (pp. 651–693). Cambridge: Cambridge University Press.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation.* Monographs of the Society for the Research in Child Development, Vol. 50 (1–2), 66–105.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood: Ablex.

Malmquist, C. (1971). Depressions in childhood and adolescence. *New England Journal of Medicine, 284,* 887–892, 955–961.

Matas, L., Arend, R. A., & Sroufe, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49,* 547–556.

McCauley, E., Mitchell, J. R., Burke, P., & Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (6), 903–908.

McConville, B. J., Boag, L. C., & Purohit, A. P. (1973). Three types of childhood depression. *Canadian Psychiatric Association Journal, 18,* 133–138.

McGee, R., & Williams, S. (1988). A longitudinal study of depression in nine-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27* (3), 342–348.

Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior.* New York: Holt.

Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology.* New York: Appleton.

Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 435–442.

Norman, D. A., Rumelhart, D. E., & the LNR Research Group (1975). *Explorations in cognition.* San Francisco: Freeman.

Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63,* 28–33.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1981). Self-blame and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 41,* 253–259.

Petti, T. A. (1983). Depression and withdrawal in children. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 293–321). New York: Plenum.

Piaget, J. (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum.* Stuttgart: Klett. (frz. Originalausgabe: Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1959)

Piaget, J., & Inhelder, B. (1977). *Von der Logik des Kindes zur Logik des Heranwachsenden.* Olten: Walter. (frz. Originalausgabe: Paris: Presses Universitaires de France, 1958)

Poznanski, E. O. (1980/81). Childhood depression: The outcome. *Acta Paedopsychiatrica, 46,* 297–304.

Poznanski, E. O., Krahenbuhl, V., & Zrull, J. P. (1976). Childhood depression: A longitudinal perspective. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 15,* 491–501.

Poznanski, E. O., & Zrull, J. P. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overly depressed children. *Archives of General Psychiatry, 23,* 8–15.

Puig-Antich, J., & Gittelmann, R. (1982). Depression in childhood and adolescence. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 379–392). Edinburgh, London: Churchill-Livingstone.

Quay, H. C. (1986). A critical analysis of DSM III as a taxonomy of psychopathology in childhood and adolescence. In T. Millon & G. L. Kuerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology. Towards the DSM IV* (pp. 151–165). New York: Guilford.

Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1975). *Manual for the Behavior Problem Checklist.* Unpublished manuscript.

Riemann, F. (1984). *Grundformen der Angst.* München, Basel: E. Reinhardt.

Robertson, J., & Robertson, J. (1971). Young children in brief separation: A fresh look. *Psychoanalytic Study of the Child, 26,* 264–315.

Rochlin, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 7,* 299–316.

Rutter, M. (1974). Sex differences in children's responses to family stress. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family,* Vol. 3 (pp. 165–196). New York: Wiley.

Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 3–30). New York: Guilford.

Rutter, M. (1987). The role of cognition in child development and disorder. *British Journal of Medical Psychology, 60,* 1–16.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge: Cambridge University Press.

Sandler, J., & Joffe, W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis, 46,* 88–96.

Santostefano, S. (1978). *A biodevelopmental approach to clinical child psychology.* New York: Wiley.

Schaefer, E. S., & Aaronson, M. R. (1966). *Classroom Behavior Inventory: Preschool to primary.* Unpublished manuscript. (Available from School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.)

Schröder, E. (1984). Ein Sequenzmodell der kognitiven Entwicklung am Beispiel konkreter Operativität. In K. E. Grossmann & P. Lütkenhaus (Hrsg.), *Bericht über die 6. Tagung Entwicklungspsychologie in Regensburg,* Bd. 2 (S. 278–283). Regensburg: Universität Regensburg.

Schröder, E. (1989). *Vom konkreten zum formalen Denken. Individuelle Entwicklungsverläufe im Alter von 7 bis 15 Jahren.* Bern: Huber.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology, 74,* 1–9.

Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (1986). A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 223–249). New York: Guilford.

Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Explanatory style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 235–238.

Spellbrink, W. (1984). Abwehr und Bewältigungsstrategien von der mittleren Kindheit bis zur frühen Adoleszenz: Probleme der Messung von Ich-Prozessen. In K. E. Grossmann & P. Lütkenhaus (Hrsg.), *Bericht über die 6. Tagung Entwicklungspsychologie in Regensburg,* Bd. 2 (S. 287–291). Regensburg: Universität Regensburg.

Spellbrink, W., & Edelstein, W. (1985). Zur Bedeutung von Ich-Prozessen für den Schulerfolg. *Unterrichtswissenschaft, 3,* 249–265.

Spiel, W., & Spiel, G. (1990). Zur nosologischen Klassifikation in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie – Grundsätzliche Bemerkungen. In A. Seva et al. (Eds.), *The European handbook of psychiatry and mental health* (in press).

Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions on early conditions, II. *Psychoanalytic Study of the Child, 2,* 313–342.

Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *The Minnesota symposia on child psychology,* Vol. 16 (pp. 41–83). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55,* 17–29.

Steinmeyer, E. M. (1984). *Depression und gelernte Hilflosigkeit* (Lehr- und Forschungstexte Psychologie, Bd. 8). Heidelberg: Springer.

Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 10,* 277–284.

Trad, P. V. (1986). *Infant depression. Paradigms and paradoxes.* New York: Springer.

Ushakov, G. K., & Girich, Y. P. (1971). Special features of psychogenetic depression in children and adolescents. In A. L. Annell (Ed.), *Depressive states in childhood and adolescence* (pp. 510–516). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Van Ijzendoorn, M. H., & Tavecchio, L. W. C. (1987). The development of attachment theory as a Lakatosian research program: Philosophical and methodological aspects. In L. W. C. Tavecchio & M. H. van Ijzendoorn (Eds.), *Attachment in social networks* (pp. 3–31). Amsterdam: Elsevier.

Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L. A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development, 50,* 821–829.

Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development.* New York: International Universities Press.

Whitman, P. B., & Leitenberg, H. (1990). Negatively biased recall in children with self-reported symptoms of depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18* (1), 15–27.

Worchel, F., Nolan, B., & Willson, V. (1987). New perspectives on child and adolescent depression. *Journal of School Psychology, 25* (4), 411–414.

Zeitlin, H. (1986). *The natural history of psychiatric disorder in children.* Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs, No. 29. London: Oxford University Press.

Veröffentlichungen aus dem Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (über den Buchhandel beziehbar)

I. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Klaus Hüfner, Jens Naumann, Helmut Köhler und Gottfried Pfeffer
Hochkonjunktur und Flaute: Bildungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland 1967–1980.
361 S. Erschienen 1986.

Knut Nevermann
Der Schulleiter.
Juristische und historische Aspekte zum Verhältnis von Bürokratie und Pädagogik.
314 S. Erschienen 1982.

Gerd Sattler
Englischunterricht im FEGA-Modell.
Eine empirische Untersuchung über inhaltliche und methodisches Differenzierung an Gesamtschulen.
355 S. Erschienen 1981.

Diether Hopf
Mathematikunterricht.
Eine empirische Untersuchung zur Didaktik und Unterrichtsmethode in der 7. Klasse des Gymnasiums.
251 S. Erschienen 1980.

Christel Hopf, Knut Nevermann und Ingo Richter
Schulaufsicht und Schule.
Eine empirische Analyse der administrativen Bedingungen schulischer Erziehung.
428 S. Erschienen 1980.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Projektgruppe Bildungsbericht (Hrsg.)
Bildung in der Bundesrepublik Deutschland.
Daten und Analysen.
Bd. 1: Entwicklungen seit 1950.
Bd. 2: Gegenwärtige Probleme.
1404 S. Erschienen 1980.

Helga Zeiher, Hartmut J. Zeiher und Herbert Krüger
Textschreiben als produktives und kommunikatives Handeln.
Bd. I: Beurteilung von Schülertexten.
254 S. Erschienen 1979.

Helga Zeiher, Hartmut J. Zeiher und Herbert Krüger
Textschreiben als produktives und kommunikatives Handeln.
Bd. III: Synergetischer Textunterricht.
170 S. Erschienen 1979.

Klaus Hüfner und Jens Naumann
Konjunkturen der Bildungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland.
Bd. 1: Der Aufschwung (1960–1967).
307 S. Erschienen 1977.

Peter Damerow, Ursula Elwitz, Christine Keitel und Jürgen Zimmer
Elementarmathematik: Lernen für die Praxis?
Ein exemplarischer Versuch zur Bestimmung fachüberschreitender Curriculumziele.
182 und 47 S. Erschienen 1974.

Lothar Krappmann
Soziologische Dimensionen der Identität.
Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen.
231 S. Erschienen 1971 (Standardwerke der Psychologie, 7. Auflage 1988).

II. Campus Verlag, Frankfurt/New York

Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und
Johannes Huinink (Hrsg.)
Vom Regen in die Traufe:
Frauen zwischen Beruf und Familie.
483 S. Erschienen 1991.

Hans-Peter Blossfeld
Kohortendifferenzierung und Karriereprozeß.
185 S. Erschienen 1989.

Michael Bochow und Hans Joas
Wissenschaft und Karriere.
Der berufliche Verbleib des akademischen Mittelbaus.
172 S. Erschienen 1987.

Hans-Peter Blossfeld, Alfred Hamerle und
Karl Ulrich Mayer
Ereignisanalyse.
Statistische Theorie und Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
290 S. Erschienen 1986.

Christel Hopf, Knut Nevermann und
Ingrid Schmidt
Wie kamen die Nationalsozialisten an die Macht.
Eine empirisches Analyse von Deutungen im Unterricht.
344 S. Erschienen 1985.

Hans-Peter Blossfeld
Bildungsexpansion und Berufschancen.
Empirische Analysen zur Lage der Berufsanfänger in der Bundesrepublik.
191 S. Erschienen 1985.

III. Andere Verlage

Dietrich Goldschmidt
Die gesellschaftliche Herausforderung der Universität.
Historische Analysen, internationale Vergleiche, globale Perspektiven.
297 S. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1991.

Paul B. Baltes and Margret M. Baltes (Eds.)
Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences.
397 pp. Cambridge University Press, Cambridge 1990.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and Richard M. Lerner (Eds.)
Life-Span Development and Behavior.
368 pp. Vol. 10. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1990.

Karl Ulrich Mayer and Nancy Brandon Tuma (Eds.)
Event History Analysis in Life Course Research.
320 pp. The University of Wisconsin Press, Madison, Wis. 1990.

Achim Leschinsky and Karl Ulrich Mayer (Eds.)
The Comprehensive School Experiment Revisited: Evidence from Western Europe.
211 pp. Verlag Peter Lang, Frankfurt a. M./Bern/New York/Paris 1990.

Hans J. Nissen, Peter Damerow und Robert K. Englund
Frühe Schrift und Techniken der Wirtschaftsverwaltung im alten Vorderen Orient.
Informationsspeicherung und Verarbeitung vor 5000 Jahren.
Katalog zur gleichnamigen Ausstellung Berlin-Charlottenburg, Mai–Juli 1990.
222 S. Verlag Franzbecker, Bad Salzdetfurth 1990.

Arbeitsgruppe Bildungsbericht am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland.
Ein Überblick für Eltern, Lehrer und Schüler.
462 S. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek 1990 (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe).

Arbeitsgruppe am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland.
Ein Überblick für Eltern, Lehrer und Schüler.
Japanische Ausgabe: 348 S. Toshindo Publishing Co., Ltd., Tokyo 1989.

Kurt Kreppner and Richard M. Lerner (Eds.)
Family Systems and Life-Span Development.
416 pp. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1989.

Johannes Huinink
Mehrebenensystem-Modelle in den Sozialwissenschaften.
292 S. Deutscher Studienverlag, Wiesbaden 1989.

Erika M. Hoerning und Hans Tietgens (Hrsg.)
Erwachsenenbildung: Interaktion mit der Wirklichkeit.
200 S. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1989.

Michael Wagner
Räumliche Mobilität im Lebensverlauf.
226 S. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1989.

Eberhard Schröder
Vom konkreten zum formalen Denken.
328 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1989.

Hans-Peter Blossfeld, Alfred Hamerle and Karl Ulrich Mayer
Event History Analysis: Statistical Theory and Application.
297 pp. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1989.

Bernhard Schmitz
Einführung in die Zeitreihenanalyse.
235 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1989.

Detlef Oesterreich
Lehrerkooperation und Lehrersozialisation.
159 S. Deutscher Studien Verlag, Weinheim/Basel 1988.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and Richard M. Lerner (Eds.)
Life-Span Development and Behavior.
337 pp. Vol. 8. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1988.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and Richard M. Lerner (Eds.)
Life-Span Development and Behavior.
338 pp. Vol. 9. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1988.

Bernhard Schmitz
Zeitreihenanalyse in der Psychologie.
Verfahren zur Veränderungsmessung und Prozeßdiagnostik.
304 S. Deutscher Studien Verlag, Weinheim/Basel 1987.

III. Andere Verlage (Fortsetzung)

Hans-Uwe Hohner
Kontrollbewußtsein und berufliches Handeln.
201 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1987.

Margret M. Baltes and Paul B. Baltes (Eds.)
The Psychology of Control and Aging.
415 pp. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1986.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and Richard M. Lerner (Eds.)
Life-Span Development and Behavior.
334 pp. Vol. 7. L. Erlbaum, Hillsdale, N.J. 1986.

Axel Funke, Dirk Hartung, Beate Krais und Reinhard Nuthmann
Karrieren außer der Reihe.
Bildungswege und Berufserfolge von Stipendiaten der gewerkschaftlichen Studienförderung.
256 S. Bund-Verlag GmbH, Köln 1986.

Jürgen Staupe
Parlamentsvorbehalt und Delegationsbefugnis.
Zur „Wesentlichkeitstheorie" und zur Reichweite legistativer Regelungskompetenz, insbesondere im Schulrecht.
419 S. Duncker & Humblot, Berlin 1986.

Ernst-H. Hoff
Arbeit, Freizeit und Persönlichkeit.
Wissenschaftliche und alltägliche Vorstellungsmuster.
229 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1986.

Ernst-H. Hoff, Lothar Lappe und Wolfgang Lempert (Hrsg.)
Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung.
288 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1986.

John R. Nesselroade and Alexander von Eye (Eds.)
Individual Development and Social Change: Explanatory Analysis.
380 pp. Academic Press, New York 1985.

Michael Jenne
Music, Communication, Ideology.
185 pp. Birch Tree Group Ltd., Princeton, N.J. 1984.

Max Planck Institute for Human Development and Education
Between Elite and Mass Education.
Education in the Federal Republic of Germany.
348 pp. State University of New York Press, Albany 1983.

Margit Osterloh
Handlungsspielräume und Informationsverarbeitung.
369 S. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1983.

IV. Reihe STUDIEN UND BERICHTE des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung

Im Buchhandel erhältliche Bände (über den Verlag Klett-Cotta zu beziehen)

38 Sigurjón Björnsson and Wolfgang Edelstein in collaboration with Kurt Kreppner
Explorations in Social Inequality.
Stratification Dynamics in Social and Individual Development in Iceland.
172 S. Erschienen 1977.
ISBN 3-12-98242 0-0

39 Reinhard Franzke
Berufsausbildung und Arbeitsmarkt.
Funktionen und Probleme des „dualen Systems".
211 S. Erschienen 1978.
ISBN 3-12-98243 0-8

40 Beate Krais
Qualifikation und technischer Fortschritt.
Eine Untersuchung über Entwicklungen in der industriellen Produktion.
143 S. Erschienen 1979.
ISBN 3-12-98244 0-5

41 Jürgen Baumert
in Zusammenarbeit mit Diether Hopf
Curriculumentwicklung und Lehrerfortbildung für die Berliner Gesamtschulen.
Ergebnisse von Lehrerbefragungen zur curriculumbezogenen Fortbildung und zur Rekrutierung von Gesamtschullehrern.
167 S. Erschienen 1980.
ISBN 3-12-98245 0-2

42 Manfred Auwärter
Sprachgebrauch in Abhängigkeit von Merkmalen der Sprecher und der Sprechsituation.
Eine soziolinguistische Untersuchung.
365 S. Erschienen 1982.
ISBN 3-12-98246 0-X

43 Eberhard Schröder
Entwicklungssequenzen konkreter Operationen: Eine empirische Untersuchung individueller Entwicklungsverläufe der Kognition.
112 S. Erschienen 1986.
ISBN 3-608-98247-7

44 Diether Hopf
Herkunft und Schulbesuch ausländischer Kinder.
Eine Untersuchung am Beispiel griechischer Schüler.
114 S. Erschienen 1987.
ISBN 3-608-98248-5

45 Hans-Peter Füssel
Elternrecht und Schule.
Ein Beitrag zum Umfang des Elternrechts in der Schule für Lernbehinderte.
501 S. Erschienen 1987.
ISBN 3-608-98249-3

46 Detlef Oesterreich
Die Berufswahlentscheidung von jungen Lehrern.
115 S. Erschienen 1987.
ISBN 3-608-98251-5

47 Ursula M. Staudinger
The Study of Life Review: An Approach to the Investigation of Intellectual Development Across the Life Span.
211 S. Erschienen 1989.
ISBN 3-608-98252-3

48 Doris Sowarka
Weisheit im Kontext von Person, Situation und Handlung.
Eine empirische Untersuchung alltagspsychologischer Konzepte alter Menschen.
275 S. Erschienen 1989.
ISBN 3-608-98253-1

49 Jutta Allmendinger
Career Mobility Dynamics.
A Comparative Analysis of the United States, Norway, and West Germany.
169 S. Erschienen 1989.
ISBN 3-608-98254-X

50 Georgios Papastefanou
Familiengründung im Lebensverlauf.
Eine empirische Analyse sozialstruktureller Bedingungen der Familiengründung bei den Kohorten 1929–31, 1939–41 und 1949–51.
185 S. Erschienen 1990.
ISBN 3-608-98255-8

51 Volker Hofmann
Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend.
Eine entwicklungspsychopathologische Längsschnittuntersuchung.
197 S. Erschienen 1991.
ISBN 3-608-98256-6

52 Ulman Lindenberger
Aging, Professional Expertise, and Cognitive Plasticity.
The Sample Case of Imagery-Based Memory Functioning in Expert Graphic Designers.
130 S. Erschienen 1991.
ISBN 3-608-98257-4

V. Reihe MATERIALIEN AUS DER BILDUNGSFORSCHUNG

Beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung erhältliche Bände (nicht über den Buchhandel beziehbar)

8 Helmut Köhler
Quellen der Bildungsstatistik.
Eine kommentierte Zusammenstellung statistischer Veröffentlichungen.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1977. DM 8,-

12 Wolfgang Lempert
Untersuchungen zum Sozialisationspotential gesellschaftlicher Arbeit.
Ein Bericht.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1977. DM 11,-

13 Helmut Köhler
Der relative Schul- und Hochschulbesuch in der Bundesrepublik Deutschland 1952 bis 1975.
Ein Indikator für die Entwicklung des Bildungswesens.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1978. DM 10,-

15 Marianne Müller-Brettel
Die Diskussion der Arbeitslehre 1964–1979.
Eine annotierte Bibliographie.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1979. DM 8,-

16 Klaus Stanjek
Die Entwicklung des menschlichen Besitzverhaltens.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1980. DM 13,-

17 Claudia von Grote
Die Bedeutung der soziolinguistischen Kodes für die kommunikativen Fähigkeiten eines Sprechers.
Eine empirische Analyse der objektiven Kommunikationseffizienz schichtenspezifischer Sprechweisen in variierenden situativen Kontexten.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1980. DM 28,-

18 Ulf Homann
Die Diskussion der Schulpflichtverlängerung in der Bundesrepublik Deutschland 1949 bis 1979.
Eine annotierte Bibliographie.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1981. DM 10,-

19 Helmut Köhler und Luitgard Trommer
Quellen der Bildungsstatistik auf Länder- und Gemeindeebene.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1981. DM 12,-

20 Wilke Thomssen
Verarbeitung von beruflichen und betrieblichen Erfahrungen.
Gruppendiskussionen mit Befragten der Maschinenschlosserstudie über ausgewählte Ergebnisse dieser Studie.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1981. DM 20,-

21 Karl Anders
Von Worten zur Syntax: Spracherwerb im Dialog.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1982. DM 19,-

22 Siegfried Reuss
Die Verwirklichung der Vernunft.
Hegels emanzipatorisch-affirmative Bildungstheorie.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1982. DM 52,-

23 Jürgen Peter Hess
Empirische Sozialforschung und automatisierte Datenverarbeitung.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1982. DM 17,-

25 Wolfgang Hoebig
Bedürftigkeit – Entfremdung der Bedürfnisse im Kapitalismus.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1984- DM 37,-

26 Gundel Schümer
Daten zur Entwicklung der Sekundarstufe I in Berlin (West).
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1985. DM 19,-

28 Ingeborg Tölke
Ein dynamisches Schätzverfahren für latente Variablen in Zeitreihenanalysen.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1986. DM 17,-

29 Ulrich Trommer
Aufwendungen für Forschung und Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland 1965–1983.
Theoretische und empirisch-statistische Probleme.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1987. DM 32,–

30 Karl Ulrich Mayer and Nancy Brandon Tuma (Eds.)
Applications of Event History Analysis in Life Course Research.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1987. DM 48,–

31 Ellen A. Skinner, Michael Chapman and Paul B. Baltes
The Control, Agency, and Means-Ends Beliefs Interview.
A new Measure of Perceived Control in Children (School Domain).
Ein neues Meßinstrument für Kontrollüberzeugungen bei Kindern (Bereich Schule).
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1988. DM 9,–

32 Friedrich Edding (Hrsg.)
Bildung durch Wissenschaft in neben- und nachberuflichen Studien.
Tagungsbericht.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1988. DM 11,–

33 Hans Oswald und Lothar Krappmann unter Mitarbeit von Christa Fricke
Soziale Beziehungen und Interaktionen unter Grundschulkindern.
Methoden und ausgewählte Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojektes.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1988. DM 16,–

34 Christoph Droß und Wolfgang Lempert
Untersuchungen zur Sozialisation in der Arbeit 1977 bis 1988.
Ein Literaturbericht.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1988. DM 12,–

35 Karl Ulrich Mayer und Erika Brückner
Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung.
Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929–1931, 1939–1941, 1949–1951.
Teil I, Teil II und Teil III.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1989. DM 39,–

36 Wilfried Spang und Wolfgang Lempert
Analyse moralischer Argumentationen.
Beschreibung eines Auswertungsverfahrens.
Textteil: Grundlagen, Prozeduren, Evaluation.
Anhang: Interviewleitfaden, Tonbandtranskript und Auswertungsbeispiele.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1989. DM 29,–

37 Helmut Köhler
Neue Entwicklungen des relativen Schul- und Hochschulbesuchs.
Eine Analyse der Daten für 1975 bis 1987.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1990. DM 10,–

38 Clemens Tesch-Römer
Identitätsprojekte und Identitätstransformationen im mittleren Erwachsenenalter.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1990. DM 25,–

39 Gundel Schümer
Medieneinsatz im Unterricht.
Bericht über Ziel, Anlage und Durchführung einer Umfrage in allgemeinbildenden Schulen.
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1991. DM 24,–

40 Hans-Peter Füssel und Achim Leschinsky (Hrsg.)
Reform der Schulverfassung.
Wieviel Freiheit braucht die Schule?
Wieviel Freiheit verträgt die Schule?
Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 1991. DM 13,–

VI. Außerhalb der Reihen

Beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung erhältliche Bände (nicht über den Buchhandel beziehbar)

Wolfgang Schneider and Wolfgang Edelstein (Eds.)
Inventory of European Longitudinal Studies in the Behavioural and Medical Sciences.
A Project Supported by the European Science Foundation.
Max Planck Institute for Psychological Research, Munich and Max Planck Institute for Human Development and Education, Berlin 1990, 557 S.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)
Entwicklung und Lernen.
Beiträge zum Symposium anläßlich des 60. Geburtstages von Wolfgang Edelstein.
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1990, 98 S.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)
Normative Voraussetzungen und ethische Implikationen sozialwissenschaftlicher Forschung.
Beiträge zum Symposium anläßlich des 75. Geburtstages von Dietrich Goldschmidt.
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1990, 108 S.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)
25 Jahre Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
Festvorträge.
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1989, 48 S.

Friedrich Edding
Mein Leben mit der Politik.
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1989, 126 S.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)
Gewerbliche Unternehmen als Bildungsträger.
Beiträge zum Symposium anläßlich des 80. Geburtstages von Friedrich Edding.
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1989, 126 S.

Nicht über den Buchhandel erhältliche Schriftenreihen aus dem Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

- Beiträge aus dem Forschungsbereich Entwicklung und Sozialisation bzw. Schule und Unterricht.
- Literatur-Informationen aus der Bildungsforschung.

Stand: Mai 1991