

Editorial

Depression im Kindes- und Jugendalter – Einführung in den Themenschwerpunkt

Martin Hautzinger¹ und Franz Petermann²

¹ Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

² Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Zusammenfassung. Depressive Symptome und Störungen stellen im Kindes- und vor allem im Jugendalter ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem dar. In diesem Artikel erfolgt eine knappe Übersicht über entwicklungsabhängige Äußerungen der Depression, epidemiologische Befunde, Risiko- und Entstehungsbedingungen sowie dem wissenschaftlichen Stand zu Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Einige ungeklärte Probleme und offene Forschungsfragen werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Depression, Jugendalter, Kindheit

Depression in childhood and adolescence – Introduction to the special issue

Abstract. Depression in children and adolescents is a serious and common health problem. A brief review of age-dependent symptoms, epidemiological data, and risk factors, and means of intervention and prevention is provided. Some unresolved questions are pointed out.

Key words: depression, adolescence, childhood

Affektive Störungen und insbesondere depressive Störungsbilder sind vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet (Lewinsohn, Hops et al., 1993, 1998; Essau & Dobson, 1999; Ihle et al., 2000; Groen & Petermann, 2002). Sie stellen eine Störungsform mit unterschiedlichen, in vielen Fällen lang anhaltenden negativen Auswirkungen auf die persönliche und psychosoziale Entwicklung der Betroffenen dar (Rohde et al., 1994; Orvaschel et al., 1995; Klein, Lewinsohn & Seeley, 1997; Geller et al., 2001; Fergusson & Woodward, 2002; Jaffee et al., 2002). Charakteristisch für depressive Störungen ist es, dass sich über die letzten Jahrzehnte das Alter bei Erstauftreten signifikant vorverlagert hat und sich die Auftretensrate im Jugendalter positiv beschleunigt.

Den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zufolge kann sich im Kindes- und Jugendalter eine depressive Episode bzw. eine Major Depression in einer gleichen oder sehr ähnlichen Kernsymptomatik wie bei Erwachsenen äußern. Auch in empirischen Studien ergab sich eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der Symptome über unterschiedliche Entwicklungsstufen. Jedoch zeigten sich ebenso einige, in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand unterschiedlich häufig auftretende Störungsanzeichen (s. Tab. 1).

Epidemiologie

Verschiedene epidemiologische Studien belegen heute die hohe Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen im Jugendalter. Die Prävalenz der Depression im Kindesalter scheint bedeutend niedriger zu sein. In dieser Altersstufe sind depressive Symptome und Störungen jedoch auch bis heute weit aus weniger häufig untersucht.

Die Ein-Monats-Prävalenz unipolarer Depressionen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt bei ca. 6% (Kessler et al., 1996), wobei die höchste Prävalenz in aktuellen epidemiologischen Studien in der Gruppe der weiblichen Jugendlichen in ihren späten Teenagerjahren liegt. Für Jugendliche (12 bis 18 Jahre) ist mit einem Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen von 4 bis 7% (bezogen auf 1 Jahr) bzw. 25% (bezogen auf 10 Jahre) zu rechnen (Costello et al., 2002; Lewinsohn, Rohde et al., 1993). Dieses (Lebenszeit-) Risiko ist für Jugendliche mit früherer depressiver Symptomatik deutlich höher (36%), als für Jugendliche ohne frühere Symptome (13%; Rohde et al., 1994). Für bipolare Störungen liegt das Erkrankungsrisiko (bezogen auf 10 Jahre) von Jugendlichen bei etwa 1% (Geller & Luby, 1997; Lewinsohn et al., 1995, 2000). Liegen gewisse Risikobedingungen vor, wie etwa ein depressiver Elternteil, dann

Tabelle 1. Unterschiedliche Symptomakzentuierung bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Essau & Petermann, 2002; S. 301)

Kinder	Jugendliche
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Beschwerden • Depressive körperliche Erscheinung • Reizbarkeit • Psychomotorische Unruhe • Sozialer Rückzug • Stimmungsschwankungen • Trennungsängste 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungs- und Sinnlosigkeit • Negative Zukunftserwartungen • Psychomotorische Verlangsamung • Vermehrtes Schlafbedürfnis (Hypersomnie) • Gewichtsveränderungen • Anhedonie • Suizidale Gedanken und Verhaltensweisen • Wahnphänomene • Drogen- und Alkoholkonsum

Kasten 1. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Probleme depressiver Kinder und Jugendlicher (Groen & Petermann, 2002)

- Beeinträchtigte soziale Kompetenzen und mehr zwischenmenschliche Probleme (z. B. schlechtere Beziehungen zu Gleichaltrigen, Eltern und Geschwistern, geringere Beliebtheit, soziale Ablehnung),
- Rückzug, Passivität und weniger Freizeitbeschäftigungen,
- reduzierte Leistungsfähigkeit, verringertes Konzentrations- und Durchhaltevermögen,
- schulische Probleme (wie z. B. schlechtere Leistungen, Überforderung, mehr Fehlzeiten, vorzeitige Schulabbrüche),
- negative Denkmuster (wie z. B. Selbstwertprobleme und Pessimismus),
- Selbstmordgedanken und -versuche,
- weitere psychische oder körperliche Auffälligkeiten (z. B. Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen, Ängste, delinquentes Verhalten, auffälliges Essverhalten, körperlich-gesundheitliche Probleme).

erhöhen sich diese Risikoschätzungen um den Faktor 2 bis 6 (Geller et al., 1994; Weissman et al., 1997; Hautzinger, 1998; Laucht, Esser & Schmidt, 2002; Lieb et al., 2002). Auch aus Erhebungen bei erwachsenen Depressiven weiß man, dass bis zu 40% das Ersterkrankungsalter als in der Kindheit oder Jugend liegend angeben (Geller & Luby, 1997). Empirische Evidenz besteht dahingehend, dass depressive Symptome in der Kindheit die Entwicklung depressiver Störungen im Jugendalter begünstigen (Pine et al., 1998) und dass einer jugendlichen Depression in bis zu 50% der Fälle eine Depression im frühen Erwachsenenalter folgt (Rao et al., 1999). Bipolare

Störungen sind vor dem 13. Lebensjahr bislang nicht beobachtet worden (Costello et al., 1996), doch ist bis heute die Prävalenz bipolarer Störungen in der Kindheit und Jugend nicht sicher bekannt (Costello et al., 2002).

Eine Depression geht mit zahlreichen negativen Begleiterscheinungen und Folgen für die Betroffenen einher. Verschiedene Studien belegen, dass depressive Kinder und Jugendliche deutlich mehr psychosoziale Beeinträchtigungen und Probleme bei der Alltagsbewältigung zeigen als unauffällige Altersgenossen (s. Kasten 1).

Risiken und Entstehungsbedingungen

Noch vor wenigen Jahren dominierte die Überzeugung, dass Kinder und pubertierende Jugendliche noch keine depressiven Störungen erleiden können. Heute besteht die Aufgabe darin, Antworten auf die Fragen zu finden, welche Faktoren die weite Verbreitung sowie die stetige Zunahme und die systematische Vorverlagerung des Alters bei Erstauftreten der Depression bedingen. Hier gilt es auch zu untersuchen, ob das wahre Ersterkrankungsalter für affektive Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter in vielen Fällen nicht sogar in der Kindheit liegt. Bis heute fehlen weitgehend Studien zu depressiven Störungen vor dem 10. Lebensjahr (vgl. Essau & Petermann, 2002). Vor allem müssen in Zukunft mehr Längsschnittstudien zur Entwicklung depressiver Symptome und Störungen über unterschiedliche Altersspannen konzipiert werden.

Auch die gegenwärtig vorliegenden diagnostischen Instrumente sind noch unbefriedigend und wenig entwicklungsspezifisch. Vor allem die differenzialdiagnostische Unterscheidung von Angststörungen, Verhaltensstörungen (Waligora, 2003), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sowie Essstörungen von den affektiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist bis

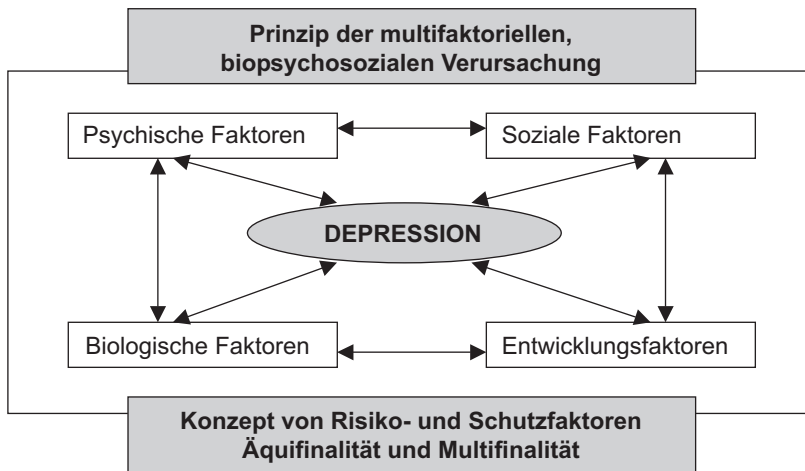


Abbildung 1. Risikobedingungen der Depression (Groen & Petermann, 2002).

heute problematisch. Hinzu kommen die hohen Komorbiditäten dieser Störungen (Angold et al., 1999) und damit verbunden die Frage der zeitlichen und ursächlichen Abfolge des Auftretens bzw. des Übergangs einer Störung in eine andere.

Auch im Hinblick auf die Bedeutung und Wirkungsweise möglicher risikoerhöhender und -mildernder Faktoren bei der Genese affektiver Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter ist die gegenwärtige empirische Befundlage noch als vorläufig zu bezeichnen (vgl. Groen & Petermann, 2002). Es ist zum Beispiel noch unzureichend empirisch gesichert, ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß und welcher Form die Bereitschaft für eine affektive Störung genetisch determiniert wird. Auch ist unklar, welche Auswirkungen die hormonellen bzw. anatomischen Veränderungen in der Pubertät auf die Affektivität, das Selbstwertgefühl, die Identitätsbildung und die soziale Rolle der Jugendlichen und in diesem Zusammenhang auf die Entwicklung depressiver Symptome und Störungen ausüben. Ebenso muss weiter geklärt werden, welche genaue Rolle persönliche Charakteristika, wie etwa eine erhöhte Stressanfälligkeit, verzerrte kognitive Verarbeitungsmuster, eine negative Affektivität oder eine dysfunktionale Emotionsregulation (Horn & Hautzinger, 2003) und kontextuellen Faktoren, wie Stress und kritische Lebensereignisse sowie andere Merkmale der sozialen Umgebung, bei der Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen spielen.

Alle heutigen ätiologischen Konzepte für depressive Störungen gehen von einem Zusammenwirken unterschiedlicher bio-psycho-sozialer Faktoren aus (s. Abb. 1). Das Auftreten einer Depression stellt nach der heute von der Mehrzahl der Wissenschaftler geteilten Überzeugung eine Transaktion von vielfältigen Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilitäten und Resilienzen dar (Alsaker & Dick, in press; Cyranowski et al., 2000;

Groen & Petermann, 2002; Hautzinger, 1991, 1998; McCauley et al., 2001; Rutter, 2002). Dabei wird aus entwicklungspsychopathologischer Perspektive angenommen, dass eine depressive Störung in verschiedenen Entwicklungsphasen und in unterschiedlichen Fällen auf ganz unterschiedlichen Risiken und Entwicklungswegen beruhen kann (Äquifinalität). Ebenso wissen wir heute, dass viele risikoerhöhende Faktoren (wie etwa ein affektiv erkrankter Elternteil oder eine dysfunktionale Emotionsregulation) nicht spezifisch für eine Depression sind, sondern auch das Auftreten anderer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter begünstigen (Multifinalität; Cicchetti & Toth, 1998).

Intervention und Prävention

Depressionsspezifische Behandlungsprogramme und psychotherapeutische Interventionen wurden bislang vor allem für ältere Jugendliche entwickelt und evaluiert; dabei verfolgen die meisten der bisher vorliegenden Ansätze eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehensweise (Lewinsohn, Clarke & Hautzinger, 1999; Asarnow et al., 2001). Die dabei nachgewiesenen positiven Effekte, die deutlich über den Wirkungen der antidepressiven Pharmakotherapie liegen (vgl. Michael & Crowley, 2002), werden jedoch zum Teil durch die hohen Rückfallzahlen während den Nachuntersuchungsintervallen (Birmaher et al., 2000) geschmälert. Hier sind deutliche Anstrengungen und Optimierungen, zum Beispiel längere, intensivere, zielgruppengerechtere Therapiemaßnahmen erforderlich, bevor evidenzbasierte und entwicklungsgemäße Interventionen zur Behandlung der Depression für verschiedene Altersgruppen und unterschiedliche Erscheinungsformen der Störung vorliegen.

Auch wenn es als gesichert gilt, dass die Auswirkungen vorliegender Vulnerabilitäten und Risikofaktoren durch verschiedene Resilienz- und Schutzfaktoren reduziert werden können (Dumont & Provost, 1999; Gore & Aseltine, 1995; Hakim-Larson & Essau, 1999; Herman-Stahl & Petersen 1996; Muris et al., 2001; Tiet et al., 1998), existieren derzeit noch kaum Programme zur Prävention affektiver Störungen, insbesondere bei Risikogruppen (Pössel & Hautzinger, 2003; Wiesner & Reitzle, 2001). Empirische Evidenzen zur Annahme, durch psychologische und psychoedukative Maßnahmen auf die Entwicklung affektiver Störungen im Kindes- und Jugendalter Einfluss nehmen zu können, sind insgesamt noch spärlich, aber zum Teil vielversprechend (Clarke et al., 2001; Gillham et al., 1995; Mufson et al., 1999; Groen, Pössel, Al-Wiswasi & Petermann, 2003). In Zukunft muss weiter systematisch geprüft werden, welche

Präventionsstrategien sich als wirksam erweisen – etwa im Hinblick auf die Auswahl geeigneter Zielpopulationen (z. B. Kinder depressiver Eltern, subklinisch auffällige Kinder und Jugendliche, ganze Schulklassen) oder im Hinblick auf die Faktoren, die durch eine Präventionsmaßnahme beeinflusst werden sollen. Dies können Faktoren aufseiten des Kindes/Jugendlichen sein (z. B. dysfunktionale Kognitionen, Bewältigungsstile, soziale Kompetenzen) und/oder Merkmale des sozialen Umfeldes (z. B. Interaktions-/Erziehungsstil der Bezugspersonen, Krankheitsbewältigung der Eltern; Wiesner & Reitzle, 2001).

Zu den Inhalten des Themenschwerpunkts

Dieses Themenheft stellt Beiträge zusammen, die einige der zuvor aufgeworfenen Fragenkomplexe angehen. So wird in zwei Beiträgen (Horn & Hautzinger, 2003; Waligora, 2003) auf soziale und psychische Entwicklungsfaktoren depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Es geht insbesondere um die Rolle der Affektregulation, die Bedeutung sozialer Stützsysteme und die Zusammenhänge depressiver Symptome mit normverletzenden Verhaltenstendenzen. Hieraus werden Empfehlungen für die Verhinderung bzw. die Risikoreduktion depressiver Störungen abgeleitet. Eine Arbeit (Pössel & Hautzinger, 2003) stellt den gegenwärtigen Kenntnisstand zur Prävention depressiver Störungen zusammen, um nach kritischer Diskussion daraus Empfehlungen für die Forschung und Praxis abzuleiten. Eine vierte Arbeit (Groen, Pössel, Al-Wiswasi & Petermann, 2003) zeigt in einer konkreten Anwendung die Wirkungen und Möglichkeiten eines schulbasierten universellen Präventionsprogramms auf. Dieses neu entwickelte Präventionsprogramm ist in einer Studie mit Kontrollgruppendesign und Elf-Monats-Follow-up hinsichtlich seiner Effekte auf unterschiedliche Outcome-Variablen geprüft worden.

Diese Auswahl an Arbeiten soll den Lesern das Thema Depression im Kindes- und Jugendalter bewusster machen beziehungsweise dazu beitragen, dieses Thema im Bewusstsein zu behalten. Wir wollten nicht ein umfassendes Bild zu diesem Problem geben, sondern drei in diesem Feld aktiven Arbeitsgruppen eine Plattform bieten. Insbesondere die Frage der Vorbeugung affektiver Störungen wird gegenwärtig verstärkt diskutiert. Gerade in diesem Feld erscheint der Bezug zu wissenschaftlichen Standards und die Bereitschaft zur kritischen Reflexion wichtig. Sollte dies durch die ausgewählten Arbeiten gelingen, sind wir in unseren Bemühungen um dieses wichtige Forschungs- und Praxisthema ausreichend entschädigt.

Literatur

- Alsaker, F. D. & Dick, A. (in press). Depression and suicide. In L. Goosens & S. Jackson (Eds.), *Handbook of adolescent development: European perspectives*. Hove: Psychology Press.
- Angold, A., Costello E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H. & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth. Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 33–47.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R. E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29–36.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221–241.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127–1134.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A. et al. (1996). The Great Smoky Mountain study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129–1136.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., Mark, J. S. et al. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529–542.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in life time rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21–27.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experiences of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343–363.
- Essau, C. A. & Dobson, K. S. (1999). Epidemiology of depressive disorders. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Depressive disorders in children and adolescents* (pp. 69–104). Northvale: Aronson.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (2002). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5. korr. Auflage; S.291–322). Göttingen: Hogrefe.
- Fergusson, D. M. & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcome of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225–231.
- Geller, B., Fox, L. & Clark, K. (1994). Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6 to 12 year old depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 461–468.
- Geller, B. & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder. A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1168–1176.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K. & Craney J. L. (2001). Adult psychosocial outcome of prepubertal major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 673–677.

- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H. & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children. Two year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343–351.
- Gore, S. & Aseltine, R. H. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301–327.
- Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1768–1776.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S. & Petermann, F. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 164–174.
- Hakim-Larson, J. & Essau, C. A. (1999). Protective factors and depressive disorders. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Depressive disorders in children and adolescents* (pp. 319–337). Northvale: Aronson.
- Hautzinger, M. (1991). Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute* (S. 236–248). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Herman-Stahl, A. & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733–753.
- Horn, A. B. & Hautzinger, M. (2003). Emotionsregulation und Gedankenunterdrückung: Aspekte der Entwicklung von Depression und deren Implikationen. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 133–144.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 263–275.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R. & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 215–222.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM diagnoses in the general population. Results from the nation comorbidity study. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17–30.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1997). Psychosocial characteristics of adolescents with a past history of dysthymic disorder: Comparison with adolescents with past histories of major depressive and non-affective disorders, and never mentally ill controls. *Journal of Affective Disorders*, 42, 127–135.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 127–134.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hautzinger, M. (1999). Psychologische Interventionen bei Depressionen im Jugendalter. *Verhaltenstherapie*, 9, 124–130.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133–144 (correction 517).
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorder in a community sample of older adolescents. Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 454–463.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (2000). Bipolar disorders during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disorder*, 2, 281–293.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 56–63.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765–794.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. & Fischer, S. A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110–120.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H. & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offsprings. A prospective longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365–374.
- McCauley, E., Pavlidis, K. & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: The child and the social environment. In I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (2nd. ed.; pp. 46–78). Cambridge: Cambridge University Press.
- Michael, K. D. & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247–269.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D. & Garfinkel, R. (1999). The efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573–579.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 555–565.
- Orvaschel, H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1525–1535.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. S., Brook, J. S. & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56–64.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 154–163.
- Rao, U., Hammen, C. & Daley, S. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood. A 5-year longitudinal study of young women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 908–915.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1289–1298.
- Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture and developmental influences. *Archives of General Psychiatry*, 59, 996–1000.

- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S. & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191–1200.
- Waligora, K. (2003). Normbrechendes Verhalten, Körperbeschwerden und depressive Symptombelastung bei Schülerinnen und Schülern – Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? *Kindheit und Entwicklung*, 12, 145–153.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramarane, P., Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents. 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932–940.
- Wiesner, M. & Reitzle, M. (2001). Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 248–257.

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Christophstraße 2
72072 Tübingen

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
der Universität Bremen
Grazer Straße 6a
28203 Bremen