

Bindung und frühe Störungen der Entwicklung

Dr. H. H. Brüssel  
Klett Cotta Verlag 2011

MIRI KEREN

Depression in der frühen Kindheit:  
Gibt es sie, wie zeigt sie sich, wie ist sie zu behandeln?

### Einführung: Die Entstehung des Konzepts der frühkindlichen Depression

Das Konzept der Depression im frühen Kindesalter (0-3 Jahre) und im Kleinkindalter (3-5 Jahre) hat eine sehr ähnliche Entstehungsgeschichte wie das der Depression in der Adoleszenz und auch das der Depression im Schulalter. Am Anfang stand die überraschende Entdeckung ähnlicher bzw. gleicher Symptome in einer spezifischen Alterspopulation: L. Gytryn (1971) war der Erste, der über depressive Symptome (Traurigkeit, Rückzugsverhalten, funktionelle Beeinträchtigung, soziale Isolation, Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit) bei jungen Heranwachsenden mit chronischen Krankheiten berichtete. Dieses klinische Bild wurde zunächst als eine Art Mimikry der Depression des Erwachsenenalters angesehen und erst später als eigenständige Entität mit einmaligen Facetten, einem einmaligen Verlauf und einmaligen Reaktionen auf die Medikation erkannt (Gytryn & McKnew 1996; Emslie et al. 1997). Das Gleiche ereignete sich in Bezug auf die Depression im Kindesalter: In der Annahme, dass Kinder noch kein voll ausgebildetes Selbstgefühl hätten, hielt man Depressionen im Schulalter noch in den 1960er und 1970er Jahren für unmöglich. Eine Pilotstudie von Puig und Mitarbeitern (Puig-Antich et al. 1978) brachte dann die Validierung des Konzepts der vorpubertären Depression um einen großen Schritt voran. In der Folge zeigten Kovacs et al. (1984a, b), dass die Depression als signifikante Erkrankung mit langfristigen Auswirkungen schon bei Sechsjährigen vorkommt. Jüngere empirische Daten, wie sie von Luby et al. (2003a, c) vorgelegt wurden, bestätigten schließlich das Vorkommen von Depressionen bereits im Vorschulalter. Ungachtet des sehr frühen Berichts über ein klinisches Syndrom, das Spitz (1946) als »anaktische Depression« bezeichnete, dauerte es also viele Jahre, bis der Gedanke, schon sehr kleine Kinder könnten depressiv sein, akzeptiert und in der Lehre weitergegeben wurde.

Depression in der frühen Kindheit

### Theoretische Überlegungen zur Depression im frühen Kindesalter

So wie es von Kindern im Schulalter lange Zeit hieß, sie seien unfähig, eine Depression zu entwickeln, weil sie noch kein Überblick (diejenige intrapsychische Struktur, die von jeher in einem Zusammenhang mit der Depression gebracht wird) hätten, so dauerte es auch viele Jahre bis zur Revision der Annahme, Kleinst- und Kleinkinder könnten wegen ihrer noch begrenzten emotionalen Kompetenzen und kognitiven Fertigkeiten nicht depressiv sein. Widlöcher (1986) definierte drei Hauptkomponenten der Depression: die Traurigkeit bzw. den psychischen Schmerz, die psychomotorische Verlangsamung und den Verlust der Selbstachtung. Die Fähigkeit, Traurigkeit – psychischen Schmerz – zu empfinden, ist mithin eine Voraussetzung der Depression. Der Erste, der auf das Vorkommen von psychischem Schmerz bei Säuglingen schloss, war René Spitz (1946). Nach seinen Beobachtungen kann psychischer Schmerz in extremen Fällen zum Tod des Kindes führen, unabhängig vom Vorhandensein von Nahrung und Schutz. Spitz beschrieb das Vorkommen eines depressiven Syndroms bei hospitalisierten Säuglingen. In der Tat hatten alle diese Kinder eine Trennung von ihren Eltern erfahren und zeichneten sich durch Apathie, einen traurigen Gesichtsausdruck und mangelnde Responsivität gegenüber alternativen Bezugspersonen aus. Gedehtstörungen und schwere psychomotorische Retardierung waren die Regel. Das von Spitz so bezeichnete Syndrom der »anaktischen Depression« implizierte, dass sich eine frühzeitige und gravierende psychosoziale Deprivation auf die Ausbildung des affektiven Systems der betroffenen Kinder auswirkt.

Die grundlegende Bedeutung der Beobachtungen von René Spitz wurde jahrzehntelang verkannt, vielleicht weil sie in extremen sozialen Situationen erfolglos waren, nämlich bei Heimkindern, deren Eltern im Krieg umgekommen waren. Dagegen fanden neurobiologische Problematiken wie der infantile Autismus oder der frühe Ausbruch einer schizophrener Erkrankung mehr Beachtung in der Kinderpsychiatrie. Schließlich brachte Bowlby (1983) den Gedanken der Depression sehr kleiner Kinder in Reaktion auf die Trennung von der Bezugsperson erneut ins Gespräch. Er schilderte drei Stadien dieser Depression: Das erste Stadium ist von Angst, Protest, Schreien, Schlaf- und Essstörungen gekennzeichnet; dann folgt das zweite Stadium als vollentwickeltes depressives Syndrom in Form von Apathie, psychomotorischer Verlangsamung und Verlust des Interesses an der Umgebung; das dritte Stadium zeigt sich als anhaltende Apathie, ungeachtet der Rückkehr der Bezugsperson. Ebenso wie Spitz betrachtete also auch Bowlby Depressionen bei Säuglingen noch als durch die (mehr

oder weniger permanente) Trennung von der Bezugsperson bedingt. Als einer der ersten Kliniker stelle dann Kreisler (1987) einen Zusammenhang zwischen lebensbedrohlichen Essstörungen und einer Depression im Kleinkindalter her. Er beschrieb mehrere Fälle von tödlichen psychogenem Erbrechen bei Kindern unter 24 Monaten, die, wie er sich ausdrückte, »nicht leben wollen«, und dehnte Freuds (1920) Begriff des »Lebenstriebes« (»Lusttrieb«) im Gegensatz zum fehlenden Lebenswillen (»Todestrieb«) auf Säuglinge aus. Und Lebovici (1985) machte anhand seiner klinischen Beobachtungen auf die Fähigkeit des kleinen Kindes aufmerksam, unbewusst und schmerzliche Familienkonflikte wahrzunehmen, und brachte damit auch den intergenerativen Aspekt der Entwicklung des Selbst- ins Gespräch.

### *Forschungen zum Thema der emotionalen Kompetenz des kleinen Kindes*

Einen wichtigen Schritt stellte die Kombination dieser signifikanten, aber etwas anekdotenhaften klinischen Beobachtungen mit den Ergebnissen von Studien über die Entstehung der Emotionen und der emotionalen Kompetenz in der frühen Kindheit dar. Izard et al. (1980) zeigten, dass zwei Monate alte Kinder Emotionen wie Interesse, Zufriedenheit und Leid entwickeln können, während acht Monate alten Kindern acht verschiedene Emotionen »gelingen« (Freude, Zufriedenheit, Ärger, Widerwillen, Überraschung, Interesse und Traurigkeit). In einem nächsten Schritt konnte gezeigt werden, dass kleine Kinder imstande sind, die emotionalen Äußerungen anderer Personen wahrzunehmen und darauf zu reagieren: Cohn und Tronick (1983) entwickelten ein mittlerweile wohl-bekanntes Paradigma, das »still face«-Experiment, um die Reaktionen drei Monate alter Kinder auf einen depressiv-annutenden Zustand der Mutter zu studieren. Sie stellten fest, dass die Kinder anfangs mit Protest reagierten, dann ermüdeten und es schließlich vermieden, die Mutter anzusehen. Die Affektabstimmung zwischen Kind und Mutter ist von Stern (1992) als wesentlicher Schritt in der adaptiven Emotionsregulation beschrieben worden, verstanden als »die Fähigkeit, ein breites Spektrum von Emotionen zu empfinden und die Intensität und Dauer spezifischer Emotionen zu regulieren« (Luby 2000). Und die jüngere neurobiologische Forschung geht von der Existenz eines neurophysiologischen Mechanismus aus, des Spiegelneuronen-Mechanismus oder »mirror-neuron mechanism« (Rizzolatti & Craighero 2004; Gallese et al. 2004), dem eine wichtige Rolle beim Verstehen der Handlungen und Emotionen anderer Personen zugeschrieben wird. In der Tat hängt ja eine komplexe Kommunikation über den Gesichtsausdruck mit entsprechenden Spezialisierungen der für

die Gesichtsbewegungen zuständigen Hirnareale zusammen. Die Entstehung emotionalen Gewahrseins (Voraussetzung von Empathie) könnte eine neurologische Basis in spezialisierten Zellen des Neocortex haben, nämlich in den Spindelzellen, die mit unseren selbst-bewussten Emotionen in Verbindung gebracht werden, und in den Spiegelneuronen, die erwiesenermaßen in Reaktion auf kommunikative Gesichtsbewegungen aktiviert werden (Parr et al. 2005). Leslie et al. (2004) bringen den Gedanken eines rechtshemisphärischen Spiegelsystems als neurologisches Substrat für Empathie ins Gespräch. Parallel dazu wissen wir inzwischen, dass die rechte Hemisphäre in der frühen Kindheit dominant ist, so wie auch die frühen Bindungserfahrungen im täglichen Leben des kleinen Kindes dominant sind. Es ist verlockend, wenn auch noch immer sehr gewagt, an einen Zusammenhang zwischen diesem Spiegelsystem und dem von Winnicott (1974) beschriebenen Phänomen des interaktiven Spiegels zwischen Mutter und Kind zu denken.

Es gilt heute als gesichert, dass schon Dreijährige imstande sind, den einen oder anderen eigenen emotionalen Zustand zutreffend zu identifizieren und zu benennen (Denham 1986). Das bedeutet, dass sie Traurigkeit mitteilen können. Ebenso können sie den emotionalen Zustand einer Person anhand einer Zeichnung identifizieren, die deren Gesichtsausdruck wiedergibt, und diesen Zustand mit einer entsprechenden sozialen Situation in Verbindung bringen, was das Entstehen einer »theory of mind« anzeigt (Dunn et al. 1991). Diese frühen emotionalen Kompetenzen liefern die theoretische Basis für unsere Suche nach einer Erklärung dafür, dass und wie schon sehr kleine Kinder depressive Symptome entwickeln können.

### **Die Ätiologie der frühkindlichen Depression**

#### ***Primär oder sekundär (= durch die Umgebung des Kindes bedingt)***

Die Einbeziehung von Depressionen in die offizielle Diagnostische Klassifikation (DC 0–3 R) für Säuglinge und Kleinkinder (Arbeitsgruppe Zero to Three 2005) war schon in sich ein sehr bedeutsamer Schritt im Prozess der Konzeptualisierung klinischer Sachverhalte, wie sie von Kinderpsychiatern in unterschiedlichen Institutionen rund um die Welt festgestellt werden, und für die Konzipierung von Forschungsprojekten zum Thema der frühen Affektstörungen. Gut konzipierte Studien sind angesichts der vielen bisher unbeantworteten Fragen dringend notwendig. Eine der wichtigsten Fragen lautet unserer Ansicht nach, ob Depressionen kleiner Kinder endogener Natur sein können – was im

Fall älterer Kinder und Heranwachsender durchaus möglich ist – oder ob sie in jedem Fall reaktiv, also durch schädliche Faktoren in der Umgebung der betroffenen Kinder bedingt sind.

Angesichts der offensichtlichen absoluten Abhängigkeit kleiner Kinder von ihrer primären Bezugsperson ist diese Frage im Fall vieler Störungen, wie sie in dieser Altersgruppe beobachtet werden, in der Tat relevant. Von mancher Seite wird argumentiert, man solle die Symptome des Kindes als Reflex einer maldaptiven Beziehung zu seinen Eltern ansehen, in deren Folge es zur Internalisierung einer verzerrten Wahrnehmung und zu neurobiologischen Veränderungen komme. Diese wiederum bildeten die Basis für spätere Störungen, die sich unabhängig von der primären Beziehung bereits im Vorschulalter einstellen. Luby und Kollegen (Luby & Morgan 1997; Luby et al. 2004a) untersuchten eine Population von 156 Vorschulkindern im Alter zwischen 3 und 5½ Jahren mit Blick auf die Frage, ob sich hier ein »melancholischer Typ« der Depression, vergleichbar dem, wie er bei depressiven Erwachsenen diagnostiziert wird, identifizieren ließe.

Die depressive Gruppe wurde in Probanden mit dem Merkmal der *Anhedonie* und Probanden ohne dieses Merkmal unterteilt und sowohl einer Vergleichsgruppe mit anderen psychiatrischen Diagnosen – etwa Aufmerksamkeitsstörung und/oder oppositionell-troztiges Verhalten – als auch einer Vergleichsgruppe gesunder Probanden gegenübergestellt. Von den 54 als depressiv identifizierten Vorschulkindern zeigten 57% das Merkmal der Anhedonie; die Depression dieser Kinder war vergleichsweise schwerer, sie zeigten stärkere Veränderungen in der Cortisolstressreaktion, in ihrer Familiengeschichte gab es mehr Fälle einer »Major Depression«, sie waren psychomotorisch stärker retardiert, und ihre Stimmung hellte sich angesichts erfreulicher Geschehnisse nicht auf. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass diese Untergruppe der Depression große Ähnlichkeit mit der melancholischen Depression des Erwachsenen habe und schon bei dreijährigen Kindern manifest sein könne.

Diese Ergebnisse sind zwar außerordentlich interessant, beantworteten aber noch immer nicht die grundlegende Frage nach der Ätiologie – endogen vs. reaktiv – der frühkindlichen Depression, denn es könnte argumentiert werden, dass diese Kinder, die mittlerweile Vorschulkindern waren, in ihren ersten drei Lebensjahren eine Depression erlitten, die ihnen durch die Familie, nämlich durch das elterliche Erziehungsverhalten, übermietet wurde und nicht notwendig auf dem »primären« genetischen oder biologischen Weg. Nach allem, was wir wissen, ist bisher noch keine vergleichbare Studie mit Kindern unter drei Jahren durchgeführt worden.

### *Frühkindliche Depression unter identifizierbaren schädlichen Lebensumständen*

#### *Elternverlust und lang anhaltende Trauer*

Dies ist bereits unter dem Begriff der »anaktischen Depression« beschrieben.

#### *Schwere Psychopathologie der Mutter*

Die Auswirkungen einer *Depression der Mutter* auf einen Säugling sind ausgiebig untersucht worden, beginnend mit der bahnbrechenden Studie von Cohn & Tronick (1983), die ein Paradigma der mimischen Depression der Mutter entwickelten (das »still face«-Verfahren) und aufzeigten, dass schon drei Monate alte Kinder sensibel auf den Ausdruck negativer Affekte im Gesicht ihrer Bezugsperson reagieren. Field und ihre Mitarbeiter (Field 1984) verglichen die Reaktionen von Kindern depressiver und von Kindern gesunder Mütter auf das »still face«-Verfahren. Sie stellten fest, dass die erstgenannte Gruppe nicht die normalen Reaktionen von Ärger und Protest zeigte, und erklärten das damit, dass diese Kinder depressiver Mütter sich den flachen und/oder negativen Emotionen ihrer Bezugsperson bereits angepasst hätten. Diese Befunde ließen auf einen möglichen anhaltenden Effekt der Exposition gegenüber depressiven Bezugspersonen auch über die unmittelbaren Interaktionen mit dem Kind hinaus schließen – ein Schluss, der durch eine spätere Studie erhärtet wurde: Field et al. (1988) stellten fest, dass die kleinen Kinder depressiver Mütter zwar mit anderen Bindungspersonen (dem Vater, der Tagesbetreuerin) besser interagierten, ihre Reaktionen in Bezug auf die Interaktion mit unvertrauten erwachsenen Personen aber anscheinend generalisiert hatten.

*Biologische Befunde bei den kleinen Kindern depressiver Mütter:* Ein vermindertere Vagotonus (erfasst mit Hilfe der Herzfrequenzvariabilität, einer physiologischen Messung der Funktion des Parasympathicus bei der Stressregulierung) bei den kleinen Kindern depressiver Mütter im Verlauf von Face-to-face-Interaktionen (Pickens & Field 1995) warf die Frage auf, ob biologische Veränderungen in dieser Population eine Verbindung mit »Charakterzügen« eingehen und letzten Endes von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung unabhängig werden können.

Größeres Interesse fand diese Frage in der Folge von Berichten über eine Reihe von EEG-Untersuchungen bei depressiven Erwachsenen und bei den kleinen Kindern depressiver Mütter. Eine stärkere rechtsfrontale Aktivierung (rechtsfrontale Asymmetrie) bei geringerer linksfrontaler Aktivierung ist für gesunde Erwachsene in »normalen« negativen Affektzuständen charakteristisch,

während das umgekehrte Muster für positive Affektzustände gilt. Das gleiche asymmetrische Muster wurde bei zehn Monate alten Kindern in Reaktion auf Videoaufnahmen mit fröhlichen oder traurigen Inhalten beobachtet (Davidson & Fox 1982). Eine rechtsfrontale Asymmetrie fand sich bei 3 Monate bzw. 6 Monate alten Kindern depressiver Mütter (Field et al. 1995). Auch fehlte bei solchen Kindern die bei der Kontrollgruppe gefundene größere rechtsfrontale Aktivierung während einer als belastend empfundenen Trennung von den Müttern (Dawson et al. 1992). Erstanlicherweise ist von ähnlichen EEG-Mustern bei depressiven Erwachsenen berichtet worden (Henriques & Davidson 1991). Um die Dinge zusammenzufassen: Alle diese kontingenten Feststellungen bezüglich der rechtsfrontalen Asymmetrie lassen sich mit einer biologischen Vulnerabilität des kleinen Kindes für eine spätere Depression in Zusammenhang bringen – eine Vulnerabilität, die in den ersten Lebensmonaten dadurch erworben wurde, dass es mit einer depressiven Mutter konfrontiert wurde. Und möglicherweise besteht auch ein Zusammenhang zwischen dieser These und den von Luby (Luby et al. 2003b) beobachteten stressbedingten Veränderungen des Cortisolspiegels bei Vorschulkindern mit depressiver Störung, die den für Erwachsene beschriebenen Veränderungen ebenfalls entsprechen.

Eine *Schizophrenie der Mutter* wird mit abnormen Interaktionsmustern kleiner Kinder sowohl gegenüber der Bezugsperson als auch gegenüber anderen in Zusammenhang gebracht, z. B. mit dem Fehlen von Fremdenangst, mit unsicheren Bindungen (Nalslund et al. 1984a, b) und mit einer verminderten Fähigkeit, sich dem sozialen Umfeld zuzuwenden, es zu regulieren und zu steuern (Harvey et al. 1985; Mednick et al. 1981). Nach allem, was wir wissen, ist bisher noch von keinem möglichen Zusammenhang zwischen einer Schizophrenie der Mutter und einer depressiven Störung des kleinen Kindes berichtet worden, und es gibt auch noch keine Studien über die kleinen Kinder schwer zwangsgestörter Mütter. In unserer klinischen Tätigkeit hatten wir es allerdings mit mehreren Fällen einer durch die schwere Zwangsstörung der Mutter bedingten Depression des kleinen Kindes zu tun. André Green (Green 2004) hat das Konzept der »toten Mutter« eingeführt, um unabhängig von der psychiatrischen Diagnose der Mutter alle klinischen Zustände zu erfassen, in denen die Mutter psychisch für das Kind nicht präsent ist. Laut Green identifiziert sich das kleine Kind mit der »Leere« der Mutter, um letztlich eben doch in Kontakt mit ihr zu bleiben. In Green's klinischer Perspektive führt eine solche frühe Erfahrung oft zu schweren Persönlichkeitsstörungen des späteren Erwachsenen, bei dem »Leere« das herausragende Symptom ist und der sich als Patient einer Linderung seines Leidens widersetzt.

### *Gewaltexposition und frühe traumatische Erfahrungen*

Diese beeinflussen nachweislich (Kaufman & Henrich 2000) die Qualität der interpersonellen Beziehungen kleiner Kinder (das äußert sich als aggressives und/oder als Rückzugsverhalten gegenüber Peers), ihre Affektsteuerung (Freudlosigkeit, Interessiertheit, daneben Wein- und Zornanfalle) und die Entwicklung ihres Selbst (also ihr Selbstverständnis, ihre Selbstachtung und ihre Selbstwirksamkeit). Wenn solche Kinder zu einem sehr frühen Zeitpunkt in ihrem Leben vorgestellt werden, fällt auf, dass sie traurig aussehen und die Kriterien einer Depression erfüllen; wenn sie bereits das Kleinkindalter erreicht haben, trägt ihnen gewöhnlich ihr aggressives Verhalten die Aufmerksamkeit der Fachleute ein; die zugrunde liegende depressive Dynamik ist aber die gleiche. Die Behandlung gestaltet sich in der Regel komplex, wenn es die Bezugspersonen selbst sind, die weiterhin für negative Bindungserfahrungen sorgen.

### *Lebensbedrohliche Krankheit*

Golse & Keren (2000) haben die klinischen Phänomene unter die Lupe genommen, die an der depressiven Störung sehr junger Kinder beteiligt sind, die wegen einer lebensbedrohlichen Krankheit stationär aufgenommen wurden. Neben der Wirkung der Hospitalisierung selbst – die heute ja nicht mehr so nachteilig ist wie früher, weil den Kinderärzten klar ist, wie wichtig die Anwesenheit der Eltern am Krankenbett ihres Kindes ist – betonen Golse und Keren vor allem, dass ein kleines Kind es sehr wohl wahrnimmt, wenn seine Eltern und/oder das Krankenhauspersonal angesichts der drohenden Todesgefahr dazu neigen, aufzugeben und es emotional im Stich zu lassen (Phänomene der vorweggenommenen Trauer der Eltern). Das kleine Kind, vorzeitig der Einsamkeit des Todes überlassen, ist dann in der Tat in Gefahr, eine depressive Reaktion zu entwickeln, vor allem wenn es sich frühere Episoden des Rückzugs der Eltern wieder vor Augen führt.

### *Chronische physische Schmerzen*

Gauvain-Piquard & Meignier (1993) haben klinische Beobachtungen und Berichte über die Reaktionen kleiner Kinder auf Schmerzen und auf die insoweit mangelnde Aufmerksamkeit des pädiatrischen Teams zusammengetragen. Zu diesen Reaktionen zählen Rückzugsverhalten und ein Verstummen, das wie eine autistische Reaktion wirkt.

## Diagnose der Depression in der frühen Kindheit

Luby et al. (2003a) machen darauf aufmerksam, dass die Kriterien des DSM-IV für das Vorliegen einer Depression zwar die besonders schwer affizierten Vorschulkinder, nicht aber die erhebliche Zahl von Kindern berücksichtigen, die potentiell signifikante, wenn auch weniger schwere Symptome zeigen. Die modifizierten Kriterien des DSM-IV, die nicht mehr auf einer mindestens zweiwöchigen Dauer der Erkrankung bestehen, erfassen nun neben dieser zuletzt genannten Gruppe auch Kinder mit den Kernsymptomen von Traurigkeit/Reizbarkeit und Anhedonie, auch wenn sie nicht die fünf geforderten Symptome zeigen. Luby et al. (2003a; 2004b) empfehlen die Heranziehung der *Preschool Feelings Checklist*, in der sie ein schnelles und sensibles Instrument zur Erfassung depressiver Störungen bei kleinen Kindern sehen.

Die revidierte diagnostische Klassifikation für Säuglinge- und Kleinkinder unter drei Jahren – DC: 0–3R (Arbeitsgruppe Zero to Three 2005) – stellt eine in Bezug auf die kindliche Entwicklung sensible Modifikation der Kriterien des DSM-IV-R dar. Allerdings muss angemerkt werden, dass eine empirische Prüfung dieser operationalen Kriterien noch aussteht.

*Typ I: Die Major Depression* wird wie folgt definiert: *Fünf* der nachstehend aufgeführten Symptome, *darunter auf jeden Fall eines der beiden erstgenannten*, müssen mindestens zwei Wochen lang an einer Mehrzahl von Tagen und jeweils über den größeren Teil des Tages hinweg vorhanden sein:

1. Depressive Stimmung, entweder durch eine direkte Äußerung des Kindes (etwa »Ich bin traurig«) angezeigt oder von anderen beobachtet (das Kind wirkt traurig oder ist weinerlich).
2. Deutlich verringertes Vergnügen oder Interesse an allen oder nahezu allen Aktivitäten.
3. Signifikante(r) Gewichtsverlust/Gewichtszunahme (Veränderung des Körpergewichts innerhalb eines Monats > 5%) oder signifikant verminderte/vermehrter Appetit oder Ausbleiben der erwarteten Gewichtszunahme.
4. Schlaflosigkeit oder Hypersomnie.
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Verlangsamung.
6. Müdigkeit oder vermindertes Energieniveau.
7. Offensichtliche Gefühle der Wertlosigkeit oder unangemessenes Schuldgefühl im Spiel (etwa selbstbestrafende Handlungen und selbstbestrafendes Spiel) oder in der unmittelbaren Äußerung des Kindes.

8. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Schwierigkeiten mit dem Problemlösen, Schwierigkeiten mit dem Eingehen auf die Bezugspersonen und/oder Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit konstant zu halten.

9. Wiederkehrende Anspielungen auf Tod oder Suizid oder Versuche der Selbstschädigung. Das Kind kann diese Symptome durch Gedanken und Aktivitäten, im Spiel oder durch ein potentiell letales Verhalten demonstrieren.

*Typ II: Die nicht näher bezeichnete Depressive Störung* setzt das Vorhandensein von drei oder vier der neun für den Typ I beschriebenen Symptome, *darunter mindestens eines der beiden erstgenannten*, über eine Zeitspanne von mindestens zwei Wochen voraus.

### Differentialdiagnose

*Organische* Krankheiten wie raumfordernde Läsionen, Schilddrüsenunterfunktion, Stoffwechselstörungen sollen bei allen Kindern mit depressiven Symptomen ausgeschlossen werden, vor allem in Fällen einer endogenen Depression, d.h. in jenen Fällen, in denen kein auslösender Faktor in der Umgebung auszumachen ist.

Bei Vorliegen einer schweren psychosozialen Deprivation muss die Diagnose einer frühkindlichen *Deprivations-/Missbehandlungsstörung* in Betracht gezogen werden. Bei Vorliegen eines signifikanten Traumas muss eine *frühkindliche posttraumatische Belastungsstörung* als erste Diagnose in Betracht gezogen werden.

Bei sehr jungen präverbalen und zurückgezogenen Kindern kann *Autismus* mit der Diagnose einer Depression verwechselt werden. *Eine Anpassungsreaktion* mit depressiven Merkmalen sollte in Betracht gezogen werden, wenn die depressiven Symptome nicht schwer sind und im Kontext eines eindeutigen Stressfaktors auftauchen, an den das kleine Kind sich allmählich anpasst.

### Die Prävalenz der Diagnose »Depression« in kinderpsychiatrischen Einrichtungen

Seit der Einführung des DC:0–3 bemühen sich kinderpsychiatrische Einrichtungen in aller Welt ganz besonders um die Diagnostik der an sie überwiesenen Kinder und Eltern. Diese gebräuchliche Klassifizierung hat ungachtet ihrer Begrenzungen den großen Vorteil, dass sie den Vergleich der Häufigkeit von Diagnosen zulässt, wie sie von Kinderpsychiatern gestellt werden. Berichte über die Prävalenz der Diagnose »Depression« reichen von 3% (N = 343) in einer

portugiesischen Klinik (Cordeiro & Caldera Da Silva 2003) über 1,2% (N = 85) in einer Pariser Einrichtung (Guedeny et al. 2003) bis zu 0,5% (N = 414) in einer israelischen Klinik (Keren et al. 2003). Wie Emde (Emde & Wise 2003) ausführt, wird die Verteilung der verschiedenen Diagnosen von der Art der Einrichtung (Ambulanz versus Allgemeinkrankenhaus usw.) beeinflusst. Diese Zahlen sind daher wahrscheinlich nicht absolut, aber es ist klar, dass die Diagnose »Depression« in allen drei Einrichtungen gestellt wurde. Das DC0-3R definiert genauere Richtlinien, die dazu beitragen werden, die Qualität der epidemiologischen Daten zur Depression in der frühen Kindheit zu verbessern.

### Behandlung

Nach allem, was wir wissen, gibt es keine Vergleichsdaten zu den Behandlungsformen bei depressiven Störungen kleiner Kinder. Eine Mutter-Kind-Psychotherapie (Lieberman et al. 2000), der Aufbau eines stützenden Systems, Therapie und Medikation für kranke Mütter, die Platzierung außerhalb der Familie – alle diese Maßnahmen sollten je nach den spezifischen Merkmalen der auslösenden Umweltfaktoren angewandt werden. Richtlinien für antidepressive Medikationen sind bisher nicht veröffentlicht worden. SSRIs (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sollten nur in extrem schweren Fällen in Erwägung gezogen werden, wenn andere Behandlungen nicht wirken.

### Prognose

Die einstige pessimistische Beurteilung möglicher Hilfen für Kinder, die eine frühe Deprivation erlitten haben, ist zunehmend einer optimistischeren Sicht gewichen, die auf langjährigen Folgeuntersuchungen wie der von Harmon et al. (1982) beruht: Diese Autoren verfolgten die Entwicklung eines Jungen von der frühesten Kindheit bis in die Pubertät. Das Kind, das im Waisenhaus lebte, hatte im Alter von 8 Monaten an einer anaklitischen Depression gelitten, hatte sich nach 7½ Monaten davon erholt – dies entgegen den älteren Befunden von Spitz (1946), denen zufolge nicht zu erwarten sei, dass ein Kind, dessen anaklitische Depression länger als drei Monate dauert, sich davon erholen wird – und war im Alter von 20 Monaten adoptiert worden. Noch im Vorschulalter durchlebte der Junge drei Episoden einer *Major Depression*, ausgelöst jeweils durch die Trennung von einer primären mütterlichen Figur – Rückkehr ins Waisenhaus nach dem Zerfall der ersten Adoptivfamilie, neue Adoption im Alter von 3½ Jahren, erneutes Scheitern des Adoptivverhältnisses und wiederum Rückkehr ins Wai-

senhaus. Im Alter von 7½ Jahren begann der Junge eine psychoanalytische Psychotherapie, die drei Jahre dauerte; danach wurde er ein weiteres Mal adoptiert, diesmal mit Erfolg. Folgeuntersuchungen in der Zeit des Heranwachstums zeigten einen 12-jährigen, der in der Schule und zu Hause einigermaßen gut zurecht kam, aber anscheinend den Wunsch hatte, die Therapie von seiner Vergangenheit abzukoppeln. Es war deutlich, dass die Therapie synergetisch im Sinne der seelischen Widerstandsfähigkeit des Jungen wirkte und die potentiell katastrophale Wirkung mehrerer fehlgeschlagener Adoptionen abfederte.

Nach allem, was wir wissen, gibt es bisher noch keine Untersuchung zum Verlauf einer Depression von der frühesten bis in die spätere Kindheit. Luby & Markotsky (2003) überlegen, ob Kinder, die im Vorschulalter depressiv sind und eine bipolare Familiengeschichte haben, im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung möglicherweise in die Manie wechseln. Wenn man an den oben angesprochenen Zusammenhang affektiver Symptome mit biologischen Veränderungen im Gehirn gefährdeter Säuglinge und Kleinkinder denkt, dann erscheint die Identifizierung depressiver Symptome in der frühen Kindheit und im Vorschulalter als höchst bedeutsam. Darüber hinaus wäre es interessant, der noch unbeantworteten Frage nach dem Vorkommen endogener Depressionen in der frühesten Kindheit nachzugehen und Verlauf wie Prognose solcher Depressionen mit den frühen Depressionen vom reaktiven Typ zu vergleichen.

### Ein klinischer Fall:

#### Die mannigfachen Facetten der frühkindlichen Depression

H. war zwei Jahre alt, als sie in unserer kinderpsychiatrischen Abteilung vorgestellt wurde, weil sie nicht sprach, sich an ihre Mutter klammerte und ihr Gesicht meist ausdruckslos blieb. Die Mutter berichtete, sie sei frustriert und ärgerlich auf das Kind, dessen Klammerverhalten sie nicht ertragen könne. Sie klagte auch darüber, dass H. nachts häufig aufwache und dass sie schlecht aß. H. war das jüngste von drei Kindern. Die Mutter zog eindeutig den älteren Sohn vor. H.s Schwester gab sich große Mühe, der Mutter zu gefallen. Der Vater war ein hart arbeitender Mann, nicht gesprächig, aber kooperativ. Die Mutter arbeitete als professioneller Clown.

Der psychiatrische Status des Kindes war der folgende: H. war nicht gut gepflegt, zeigte einen flachen Affekt, antwortete dem Beobachter durch Augenkontakt, spielte aber überhaupt nicht. Sie hielt sich sehr eng an ihre Mutter, die ihrerseits versuchte, die Tochter wegzuschleppen. Zu diesem Zeitpunkt war es schwierig, das intellektuelle Niveau des Kindes einzuschätzen.

Zunächst wurde die Diagnose einer Entwicklungsverzögerung bei schwer gestörter Sprachentwicklung gestellt, die allerdings das Klammerverhalten des Kindes, die Tatsache, dass es überhaupt nicht spielte, und den flachen Affekt nicht erklärte. Daher wurde die zusätzliche Diagnose einer Depression gestellt. Der Familie wurde angeboten, sie abwechselnd zu zweit (Mutter und H.) und zu dritt zur Therapie zu empfangen. In einer der ersten Sitzungen mit Mutter und Kind war die Mutter sehr angespannt und wurde der Therapeutin gegenüber beinahe aggressiv, als diese sie bat, versuchsweise mit H. zu spielen. Sie sagte: »Ich komme mir vor, als würde ich getestet, so als wüsstest Sie, dass ich es nicht schaffe.« Diese ungewöhnliche Bemerkung öffnete gewissermaßen die »Bühse der Pandora«, d. h. ließ die eigene Kindheitsgeschichte der Mutter deutlich werden, eine Geschichte von Lernschwierigkeiten und der Erfahrung des Kindes, mit seinen Bindungsanliegen von der Mutter zurückgewiesen zu werden. H.s Mutter hatte es verstanden, ihre unglaublich geringe Selbstachtung und ihr armseliges Körperbild zu verbessern, indem sie zum Clown wurde – zu einem traurigen Clown. Die beschriebene Sitzung ermöglichte es uns, die maladaptiven Projektionen dieser Mutter (lediglich) ihrem dritten Kind gegenüber zu erkennen: H.s verzögertes Entwicklungsverhalten war ein Nachklang der Kindheitserfahrungen ihrer Mutter – Erfahrungen von Fehlschlag und Zurückweisung – und brachte das Kind dazu, unbewusst das abweisende Verhalten der Mutter zu wiederholen. In der gleichen Sitzung räumte die Mutter ein, dass sie ihre Tochter physisch misshandle.

Auf diese Eröffnung folgte eine Sitzung mit beiden Eltern. Der Vater bestätigte die Misshandlungen und berichtete, dass seine Frau auch ihm gewalttätig begegne. Dann erzählte er, dass auch er als Kind misshandelt worden sei. Es folgten Anspielungen auf sadomasochistische Elemente in der sexuellen Beziehung des Paares. Wir schalteten die Kinderschutzbehörde ein. Die Mutter erklärte sich bereit, eine Individualtherapie zu beginnen, aber dann erlitt sie einen depressiven Zusammenbruch und musste stationär aufgenommen werden. Der Vater blieb mit den drei Kindern allein, und es wurde eine Pflegefamilie engagiert, die ihn bei ihrer Betreuung und Versorgung half. Paradoxerweise besserte sich H.s Zustand in der Zeit der Abwesenheit ihrer Mutter: Sie begann zu sprechen (auch wenn ihr Sprechen noch immer sehr beeinträchtigt war), ihre Stimmung hellte sich auf, und sie begann zu spielen.

Dieser Fall macht meiner Ansicht nach deutlich, dass wir nur dann eine Chance haben, eine Depression zu entdecken und zu behandeln, wenn wir sie in unsere Differentialdiagnose für jedes kleine Kind aufnehmen, das uns *aus welchem Grinden auch immer* überwiesen wird.

## Fazit

In diesem Beitrag haben wir uns mit der Einzigartigkeit der klinischen Entität »frühkindliche Depression« und mit dem allmählich gewachsenen Bewusstsein dafür befasst, dass kleine Kinder in einem erheblichen Maß depressiv sein können. Neurobiologische Studien aus jüngster Zeit haben zudem eine beeindruckende Gesamtheit von Erkenntnissen erbracht, die auf biologische Korrelate der Depression bei kindlichen Hochrisikopatienten verweisen, die ihrerseits die Entwicklung des Gehirns beeinflussen. Wir haben uns ferner mit Problemen der Depressionsdiagnostik im Fall kindlicher Patienten und mit den diagnostischen Kriterien nach der diagnostischen Klassifikation »Zero to Three« befasst. Viele Fragen bleiben unbeantwortet, so etwa die Frage danach, ob die Depression bei kleinen Kindern endogen sein kann oder ob sie immer reaktiv ist, also bedingt durch schädliche Faktoren der Umgebung wie etwa eine psychische Störung der Mutter, unbewältigte Trauer, schwere psychosoziale Deprivation, chronischen Schmerz oder eine lebensbedrohliche Krankheit. Der Frage nach der Diskontinuität bzw. Kontinuität der Depression von der frühen Kindheit bis in ein fortgeschrittenes Lebensalter werden, die zugleich unterschiedliche Behandlungsformen miteinander vergleichen.

## Literatur

- Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a. M. (Fischer Taschenbuch Verlag).
- Cohn, J.F. & Tronick, E.Z. (1983): Three month old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, S. 334–335.
- Cordero, M.J. & Caldeira Da Silva, P. (2003): Diagnostic classification: Results from a clinical experience of three years with DC:0-3. *Infant Mental Health Journal*, 24 (4), S. 349–364.
- Gyryn, L. (1971): Factors in psychosocial adjustment of children with chronic illness and handicaps. *Clinical Proceedings*, Children's Hospital, Washington, DC., 28, S. 85–90.
- Gyryn, L. & McKnew, D. (1996): *Growing up sad, childhood depression and its treatment*. New York (W. W. Norton).
- Davidson, R. & Fox, N. (1982): Asymmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in human infants. *Science*, 218, S. 1235–1237.
- Dawson, G., Grofer Klingler, L., Panagiotides, H. et al. (1992): Infants of mothers with depressive symptoms: Electroencephalographic and behavioral findings related to attachment status. *Development and Psychopathology*, 4, S. 67–80.

- Denham, S.A. (1986): Social cognition, pro-social behavior, and emotion in preschoolers: Contextual validation. *Child Development*, 57, S. 194–201.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C. et al. (1991): Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62, S. 448–455.
- Emde, R.N. & Wise, B.K. (2003): The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*, 24 (4), S. 437–446.
- Emshie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A. et al. (1997): A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54 (11), S. 1031–1037.
- Field, T.M. (1984): Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, S. 532–537.
- Field, T.M., Healy, B., Goldstein, S. et al. (1988): Infants of depressed mothers show »depressed« behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, S. 1569–1579.
- Field, T.M., Fox, N., Ricks, J. et al. (1995): Relative right frontal EEG activation in 3–6 month old infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, S. 358–363.
- Fraiberg, S. (1982): Pathological defenses in infancy. *Psychanalytische Quarterly*, 51, S. 612–635.
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. *GW*, Bd. XIII.
- Gallese, V., Keyers, C. & Rizzolatti, G. (2004): A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 8 (9), S. 396–403.
- Gauvain-Piquard, A. & Meignier, M. (1993): *La douleur de l'enfant*. Paris (Calmann-Lévy).
- Golse, B. & Keren, M. (2000): The pediatric team and the consulting child psychiatrist and the hospitalized depressed infant. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 37 (3), S. 97–204.
- Green, A. (2004): *Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebenswahrismus und Todeswahrismus*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Guedeney, N., Guedeney, A., Rabouan, C. et al. (2003): The Zero-to-three Diagnostic Classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Mental Health Journal*, 24 (4), S. 313–336.
- Harmon, R.J., Wagonfeld, S. & Emde, R.N. (1982): Anacitic depression: A follow-up from infancy to puberty. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 37, S. 67–94.
- Harvey, P.D., Weintraub, S. & Neale, J.M. (1985): Short report: Span of apprehension deficits in children vulnerable to psychopathology: A failure to replicate. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, S. 410–413.
- Henriques, J. & Davidson, R. (1991): Left frontal hypoactivation in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, S. 535–545.
- Izard, C.E., Huebner, R.R., Risser, D., McGinness, G. et al. (1980): The young infant's ability to produce discrete emotional expressions. *Developmental Psychology*, 16, S. 132–140.
- Kaufman, J. & Henrich, C. (2000): Exposure to violence and early childhood trauma. In: C.H. Zeanah Jr. (Hrsg.): *Handbook of infant mental health*, a. a. O., S. 195–207.
- Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2003): A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Mental Health Journal*, 24 (4), S. 337–348.
- Kovacs, M., Feinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. et al. (1984a): Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, S. 229–237.
- Kovacs, M., Feinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. et al. (1984b): Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, S. 643–649.
- Kreisler, L. (1987): *Le nouvel enfant au désordre psychosomatique. Éducation et culture*. Toulouse (Privat), S. 207–239.
- Lebovici, S. (1985): Approche familiale. In: S. Lebovici, R. Diakne, M. Soulé (Hrsg.), *Noncena traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Bd. 1. Paris (Quadrige/PUF), S. 44–74.
- Leslie, K.R., Johnson-Frey, S.H. & Grafton, S.T. (2004): Functional imaging of face and hand imitation: Towards a motor theory of empathy. *Neuroimage*, 21 (2), S. 601–607.
- Lieberman, A., Silverman, R. & Pawl, J.H. (2000): Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In: C. Z. Zeanah Jr. (Hrsg.), *Handbook of infant mental health*, a. a. O., S. 472–484.
- Luby, J.L. (2000): Depression. In: C. Z. Zeanah Jr. (Hrsg.), *Handbook of infant mental health*, a. a. O., S. 382–396.
- Luby, J.L. & Morgan, K. (1997): Characteristics of an infant/preschool psychiatric clinic sample: Implications for clinical assessment and nosology. *Infant Mental Health Journal*, 8 (2), S. 209–220.
- Luby, J.L. & Marakotsky, C. (2003): Depressed preschoolers with bipolar family history: A group at high risk for later switching to mania? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (2), S. 187–197.
- Luby, J.L., Marakotsky, C., Heffelfinger, A. et al. (2003a): Modification of DSM IV criteria for depressed preschool children. *American Journal of Psychiatry*, 160, S. 1169–1172.
- Luby, J.L., Heffelfinger, A., Marakotsky, C. et al. (2003b): Alterations in stress cortisol reactivity in depressed preschoolers relative to psychiatric and no-disorder comparison groups. *Archives of General Psychiatry*, 60 (12), S. 1248–1255.
- Luby, J.L., Heffelfinger, A., Marakotsky, C. et al. (2003c): The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, S. 340–348.
- Luby, J.L., Marakotsky, C., Heffelfinger, A. et al. (2004a): Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: Evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *American Journal of Psychiatry*, 161 (11), S. 1998–2004.
- Luby, J.L., Heffelfinger, A., Koenig-McNaught, A.L. et al. (2004b): The Preschool Feelings Checklist: A brief and sensitive screening measure for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (6), S. 708–717.
- Mednick, S.A., Schulzinger, F. & Venables, P.H. (1981): A fifteen-year follow-up of children with schizophrenic mothers (Denmark). In: S.A. Mednick & A.E. Baert (Hrsg.), *Prospective longitudinal research: An empirical basis for the prevention of psychosocial disorders*. Oxford, UK (Oxford University Press), S. 286–295.
- Naslund, B., Petsson-Blennow, I., McNeil, T.R. et al. (1984a): Offspring of women with non organic psychosis: Fears of strangers during the first year of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, S. 435–444.

- Nalslund, B., Persson-Blennow, I., McNeil, T.F. et al. (1984b): Offspring of women with non organic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, S.231–241.
- Paré, L.A., Waller, B.M. & Fugate, J. (2005): Emotional communication in primates: Implications for neurobiology. *Current Opinions in Neurobiology*, 15 (6), S.716–720.
- Pickens, J. & Field, T.M. (1995): Facial expressions and vagal tone in infants of depressed and non depressed mothers. *Early Development and Parenting*, 4, S.83–89.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L.L. & Chambers, W.J. (1978): Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 17, S.695–707.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004): The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, S.169–192.
- Spitz, R. (1946): Anaclitic depression: An enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, S.47–53.
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Widlöcher, D. (1986): *Die Depression. Logik eines Leidens – psychanalytisch, biologisch, historisch, sozial*. München (Piper).
- Winnicott, D. W. (1974): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Ders., *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Zeman, C.Z., Jr. (Hrsg.), *Handbook of infant mental health*, 2. Aufl. New York (Guilford Press).
- Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: 0–3R*. Revised edition. Arlington, VA.

LYNNE MURRAY

## Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie<sup>1</sup>

Wenn Mutter oder Vater an einer Depression leiden, haben die Kinder ein erhöhtes Risiko, selbst an dieser Störung zu erkranken. Noch ist relativ wenig darüber bekannt, wie im Verlauf der Kindheit und zumal im Säuglings- und Kleinkindalter eine Vulnerabilität für Depressionen entsteht. Die vorliegende Arbeit berichtet über die Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie zur Entwicklung von Kindern, die – vor dem Hintergrund einer postpartalen Depression ihrer Mütter – von ihrer Geburt an bis zum Alter von 16 Jahren beobachtet wurden. Der Beitrag hebt den Anteil der sich entwickelnden Mutter-Kind-Beziehung, bestimmter physiologischer Funktionen sowie der sozialen Beziehungen der Probanden am Zustandekommen einer frühen Vulnerabilität für Depressionen hervor.

### Depression: Prävalenz und Risiko

Ein Verständnis von Entstehung und Vorkommen von Depressionen vor dem Erwachsenenalter – und das heißt in der Regel: Beginn vor dem 17. Lebensjahr (Harrington et al. 1990; Jaffee et al. 2002) – ist fraglos schon in sich wichtig. Dass depressive Episoden in diesem Lebensalter mit besonders ungünstigen Prognosen zusammengehen, was Schweregrad, Chronizität und Rückfallrisiko angeht, verleiht dem Thema allerdings noch zusätzliche Bedeutung (Hammen et al. 1990). Deutliche Gemeinsamkeiten in Bezug auf das Vorkommen dieser Störung bei Eltern und Kindern finden sich sowohl in »Top-down«-Stichproben, die den Nachwuchs depressiver Eltern erfassen – sei es aus dem klinischen Umfeld (Weissman et al. 2006; Hammen et al. 1990) oder aus der allgemeinen Bevölkerung (Hammen & Brennan 2003; Beardslee et al. 1993) –, als auch in »Bottom-up«-Stichproben von Eltern depressiver Kinder (siehe den Überblick bei Beardslee et al. 1998). Zwillingsstudien verweisen auf einen genetischen Beitrag zur Depression im Kindesalter, zeigen aber zugleich, dass fraglos auch Umweltinflüsse daran beteiligt sind. Unter den möglichen familiären Einflüssen