

Inhalt

1.	Einleitung	1
2.	Theoretischer Teil	3
2.1	Depressive Störungen: Diagnostik und Klassifikation	3
2.1.1	Definition	3
2.1.2	Von einem vermeintlich ätiologischen zu einem deskriptiven Ansatz: explizite Kriterien und Operationalisierung	4
2.2	Epidemiologie depressiver Störungen: Wie häufig sind depressive Störungen?	9
2.2.1	Definition, Methoden, Untersuchungsansätze, Epidemiologie .	9
2.2.2	Falldefinition	12
2.2.3	Diagnostik psychischer Störungen: Diagnostische Interviews und Fallidentifikation	12
2.2.4	Wie häufig sind depressive Störungen?	14
2.2.5	Nehmen depressive Störungen zu?	19
2.2.6	Zusammenfassung	26
2.3	Depressive Störungen: Ätiologie und Pathogenese aus psychologischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Adoleszenz	28
2.3.1	Biologische Modelle	28
2.3.2	Psychologische Modelle	32
2.3.3	Psychosoziale Modelle	34
2.3.4	Geschlechterdifferenzen	36
2.3.5	Komorbidität	36
2.3.6	Bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle	38
2.3.7	„Sturm und Drang“, eine erhöhte Risikozeit für Depressionen?	39
2.3.8	Psycho-soziale Erklärungsmodelle bei Jugendlichen	40
2.3.9	Fazit	42
3.	Fragestellungen	43
4.	Methode	45
4.1	Die EDSP	45
4.2	Stichprobe	46
4.3	Interviewer, Training und Durchführung der Feldarbeit	48
4.4	Erhebungsinstrument und Fallidentifikation	50
4.4.1	Das M-CIDI Interview	50
4.4.2	Falldefinition und Fallidentifikation für das depressive Syndrom und die Diagnosen der depressiven Störungen	52

4.5	Instrumente und Operationalisierung von Korrelaten und Risikofaktoren	57
4.6	Statistische Analyse	60
5.	Ergebnisse	65
5.1	Die Ergebnisse der Basisuntersuchung – Deskriptiver Teil	65
5.1.1	Wie häufig sind 14- bis 24jährige von depressiven Störungen betroffen (Lebenszeit- und Querschnitts-(12-Monats- Befunde)?	65
5.1.2	Welche Symptomkonstellationen sind am häufigsten?	70
5.1.3	In welchem Alter beginnen depressive Störungen?	71
5.1.4	Wie lange dauern depressive Episoden an und wie treten sie auf?	75
5.1.5	Verlaufsformen depressiver Episoden	78
5.1.6	Psychosoziale Beeinträchtigungen bei Personen mit einer MDE oder dysthymen Störung.	78
5.1.7	Wie häufig nehmen 14- bis 24jährige psychosoziale und therapeutische Dienste in Anspruch?	86
5.1.8	Zusammenfassung der Ergebnisse der Basisuntersuchung.	90
5.2	Biosoziale und psychosoziale Assoziationen.	92
5.2.1	Welche soziodemographischen Faktoren sind mit depressiven Störungen assoziiert?	92
5.2.2	Die Lebensereigniswelt depressiver und gesunder 14- bis 24jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener	94
5.2.3	Indikatoren für soziale Unterstützung	106
5.2.4	Zusammenfassung	108
5.3	Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren	110
5.3.1	Ist die familiäre Belastung der Eltern mit psychischen Störungen ein Vulnerabilitäts- oder Risikomarker?	110
5.3.2	Wie häufig sind Depressionen mit anderen Störungen verknüpft und ergeben sich systematische frequentielle Komorbiditätsmuster?	111
5.3.3	Assoziationen mit frühkindlichen Temperamentsvariablen im Sinn von „Behavioral Inhibition“	117
5.3.4	Assoziationen mit traumatischen Erlebnissen (nach PTSD) und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD).	120
5.3.5	Assoziationen mit belastender lebensgeschichtlicher Veränderung: Trennung oder Tod der Eltern	121
5.3.6	Zusammenfassung und abschließendes Modell.	122
5.4	Exkurs: Wie stark und in welchen Aspekten wirken primäre Angst- und somatoforme Störungen auf das Depressionsrisiko?	129
5.4.1	Primäre Angststörungen und primäre somatoforme Störungen beeinflussen den Beginn und die Häufigkeit von Depressionen	129

5.4.2	Je länger die primäre Störung, desto höher das Risiko?	131
5.4.3	Führen primäre Angststörungen und primäre somatoforme Störungen zu längeren und häufigeren Depressionen?	132
5.5	Zwanzig Monate später: 20-Monatsinzidenz und kumulierte Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen ursprünglich 14- bis 17-jähriger	134
5.5.1	Wieviele neue Fälle von depressiven Störungen traten im Zeitraum von der ersten bis zu der zweiten Befragungswelle auf (Inzidenzraten und Lebenszeitbefunde), und was kann über die natürlichen Verläufe ausgesagt werden?	134
5.5.2	In welchem Alter beginnen die depressiven Störungen bei den 15- bis 19-jährigen?	136
5.5.3	Stabilität von Depressionen im Vergleich von Basiserhebung T0 und Follow-Up (T1)	138
5.5.4	Verläufe und klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in der Follow-Up-Untersuchung bei Probanden mit einer depressiven Diagnose in der Basisbefragung (T0) . . .	139
5.6	Die Suche nach Kohorteneffekten	141
5.6.1	Geburtskohorteneffekte in zwei Jahrgangsgruppen	141
5.6.2	Geburtskohorteneffekte in beiden Geschlechtern	143
5.6.3	Geburtskohorteneffekte in zwei Jahrgangsgruppen	145
5.6.4	Sind die Kohorteneffekte charakteristisch für depressive Störungen?	146
6.	Diskussion	149
6.1	Depressive Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind häufig	149
6.2	Geburtskohorteneffekte: Nehmen depressive Erkrankungen zu?	153
6.3	Implikationen der Befunde für die ätiologische sowie die klinisch-psychologische Interventionsforschung bei Depressionen	158
6.3.1	Ätiologische und pathogenetische Implikationen	158
6.3.2	Klinisch-psychologische Implikationen	162
	Zusammenfassung	163
	Literatur	165
	Anhang	188
	A: Die E-Sektion des M-CIDI (dysthyme und depressive Störungen) . .	188
	B: Münchener Ereignisliste: MEL	195
	C: Daily Hassles	200
	D: Behavioral Inhibition	202
	E: Ergänzende Tabellen	204