

Essau, Cecilia A. / Petermann, Franz und Conradt, Judith

Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 8, S. 322-328

urn:nbn:de:bsz-psydok-38558

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILLICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen

Cecilia A. Essau, Franz Petermann und Judith Conradt

Zusammenfassung

Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung war es, Häufigkeiten und Korrelate von Symptomen von Angst und Depression mittels der Revised Ontario Health Study Scales zu erfassen. Die Probanden waren 215 Jugendliche im Alter von 11–19 Jahren. Bemerkenswert ist die hohe Rate von Suizidgedanken der 11–12jährigen Jungen (23,1%) und der 17–19jährigen Mädchen (26,7%). Depressionssymptome korrelierten signifikant mit Arztbesuchen und kritischen Lebensereignissen. Die Implikationen der Ergebnisse für die klinische Praxis und Forschung werden diskutiert.

1 Einleitung

Neuere epidemiologische Studien zeigen, daß Angststörungen und Depression die häufigsten psychischen Störungen bei Erwachsenen sind (ROBINS et al. 1984; WITTCHEN et al. 1992). Die meisten Betroffenen berichten über einen frühen Beginn der Störungen, der vorwiegend vor dem 20. Lebensjahr lag (WITTCHEN u. ESSAU 1993). Daten über den Beginn der Störung werden meist auf der Grundlage von Erinnerungen Betroffener retrospektiv erhoben. Demzufolge ist die Reliabilität retrospektiver Aussagen über das erstmalige Auftreten möglicherweise fragwürdig. Deshalb ist es wichtig, das Auftreten von Angst- und Depressionssymptomen bereits bei Jugendlichen zu untersuchen.

Studien zur Angst und Depression im Jugendalter wurden erst in den frühen achtziger Jahren zu einem bedeutsamen Forschungsfeld. Die Vernachlässigung dieser Störungen bei Jugendlichen ist auf eine falsche Einschätzung und sogar Leugnung der Existenz von Angst und Depression in dieser Altersgruppe zurückzuführen (POZNANSKI 1983). Viele Jahre wurde angenommen, daß Jugendliche, die Anzeichen von Angst oder Depression aufweisen, gerade eine normale, wenngleich schwierige Entwicklungsphase durchliefen. Beispielsweise manifestiert sich eine Depression bei Jugendlichen häufig durch Verhaltensstörungen, Aggression, Hyperaktivität sowie Delinquenz und weniger in den für Erwachsene typischen klinischen Symptomen (CYTRYN u. MCKNEW 1972). Verschiedene Studien legen nahe, daß depressive Symptome möglicherweise ihren Niederschlag in der eingeschränkten Fähigkeit finden, angemessen mit Anforderungen im Unterricht umzugehen, sowie mit der Unfähigkeit, angemessen mit Gleichaltrigen zu interagieren (SHAW 1988).

Neuere Forschungsergebnisse aus der Jugendpsychologie legen nahe, daß es viele Jugendliche gibt, die diesen Lebensabschnitt ohne Probleme durchlaufen. Die Mehrheit der jungen Menschen bewältigt diesen Lebensabschnitt erfolgreich ohne größere psychische Störungen, indem sie in positivem Sinne eine persönliche Identität sowie positive Sozialkontakte entwickeln und gleichzeitig enge Beziehungen zu ihren Herkunftsfamilien aufrechterhalten (POWERS et al. 1989). Auf der anderen Seite wurde durch Studien der siebziger Jahre deutlich, daß psychische Schwierigkeiten in der Jugend oft in ernste psychiatrische Störungen im Erwachsenenalter münden (RUTTER et al. 1976). Längsschnittstudien zeigen, daß Angst und Depression bei manchen Jugendlichen über Jahre bestehenbleiben und in einigen Fällen vielleicht Vorboten oder Risikofaktoren für andere psychische Störungen sind (ESSAU u. PETERMANN 1995 a, b; KOVACS 1985). Man fand heraus, daß insbesondere Verhaltensstörungen und Drogenmißbrauch relativ häufig mit depressiven Störungen bei Jugendlichen einhergehen (PUIG-ANTICH 1980). Diese und andere Studien zeigen, daß es unangemessen ist, Schwierigkeiten wie Depressionen als normale Phänomene der Jugendzeit zu betrachten. Es wird darauf hingewiesen, daß Erhebung, Diagnose, Prävention und Behandlung für diese Altersgruppe durchaus notwendig ist.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Aussagen über die Häufigkeit und Korrelate von Angst-(Überängstlichkeitsstörung und Trennungsangst) und Depressionssymptomen zu untersuchen. Um diese Information zu gewinnen, ist es notwendig, diagnostische Instrumente, die reliabel, inhaltsvalide und ökonomisch sind, zu verwenden. Es existiert eine Reihe von Fragebögen für die Erhebung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wie beispielsweise der „Youth Self Report“ (ACHENBACH u. EDELBROCK 1987). Obwohl viele Fragebögen pratikel sind und gute psychometrische Eigenschaft besitzen, haben sie einen gewichtigen Nachteil: Sie erhalten Items, die nicht den Symptomen entsprechen, die zur Feststellung psychischer Störungen nach dem DSM-III-R herangezogen werden. Die Revised Ontario Health Study Scales (OCHS-Skala) von BOYLE et al. (1993) dagegen enthält solche Items, auf der Basis von DSM-III-R-Kriterien zur Messung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Demnach sind die Hauptziele der vorliegenden Studie:

- die Tauglichkeit der OCHS-Skala zu prüfen; es wird untersucht, wie häufig Symptome von Angst und Depression bei den Jugendlichen der Stichprobe auftreten;

- die Beziehung zwischen der Anzahl von Symptomen und soziodemographischen Faktoren zu bestimmen;
- die Beziehung zwischen der Anzahl von Symptomen und der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen herzustellen;
- die Beziehung zwischen der Symptomanzahl und Lebensereignissen zu erklären. Des weiteren sollen die Befunde der Untersuchung mit den Ergebnissen der kanadischen Studie von BOYLE et al. (1993) verglichen werden.

2 Methoden

Stichprobe: An der Studie nahmen 215 Bremer Jugendliche eines öffentlichen Gymnasiums teil. Sie besuchten die Klassen 8–12 und waren zwischen 11 und 19 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 14,7 Jahren (Standardabweichung 1,80), es waren 97 Jungen und 118 Mädchen.

Vorgehen: Zunächst wurde die Studie der Schulleitung sowie den Lehrern und den betroffenen Schülern kurz vorgestellt; die Eltern der Kinder, die sich freiwillig zur Teilnahme gemeldet hatten, wurden schriftlich über die Erhebung informiert, und ihre Einverständniserklärung eingeholt. Die Erhebung selbst fand während einer normalen Schulstunde statt. Den Jugendlichen wurde erklärt, daß es in dem Fragebogen darum ginge, persönliche Gefühle und Verhaltensweisen von Schülern zu erkunden. Die Schüler wurden über die Freiwilligkeit der Studie informiert und gebeten, die Checkliste so genau wie möglich zu beantworten. Während der Unterrichtsstunde blieb die Versuchsleiterin (J.C.) im Klassenzimmer, um eventuell auftretende Fragen zu beantworten und die Bögen wieder einzusammeln.

Meßinstrument: Es wurden die Revised Ontario Health Study Scales (OCHS-Skala; BOYLE et al. 1993) benutzt, die entwickelt wurden, um in einer kanadischen Stichprobe auf der Basis von DSM-III-R-Kriterien eine Messung von Verhaltensstörungen, oppositionellem Trotzverhalten, Hyperaktivitätsstörung, Überängstlichkeitsstörung, Trennungsangst und Depression zu untersuchen. Diese Skala wurde ins Deutsche übertragen und diente als Grundlage der Erhebung. In der vorliegenden Arbeit werden nur die Daten von Angst (Überängstlichkeitsstörung und Trennungsangst) und Depression dargestellt.

Die Evaluation der revidierten OCHS-Skala ergab, daß sie in angemessener Weise über psychometrische Eigenschaften wie Reliabilität und Validität verfügt, um effizient psychische Störungen bei Kindern auf der Basis von DSM-III-R-Kriterien zu erheben (BOYLE et al. 1993); aus diesem Grund wurde ein Selbstbeobachtungsbogen gewählt. Eine weitere Rolle spielte die Möglichkeit eines Datenvergleichs zwischen der kanadischen Studie und der vorliegenden Erhebung, die relative Kostengünstigkeit und die einfache Erhebungsart.

Bei jedem Item der Checkliste konnten die Scores 0, 1 oder 2 erreicht werden. 0 bedeutete, „trifft gar nicht zu“, 1 bedeutete „trifft manchmal zu“, und 2 bedeutete „trifft oft zu“. Der Zeitrahmen der Einschätzung bezog sich auf die vergangenen sechs Monate.

Einige Symptome des DSM-III-R wurden in den OCHS-Skala (BOYLE et al. 1993) durch mehrere Items operationalisiert. Das war beispielsweise der Fall bei dem Symptom „deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät“, das operationalisiert wurde durch „habe ohne Diät viel abgenommen“ und „habe ohne Diät viel zugenommen“. Für beide Items wurden die Scores 0, 1 oder 2 vergeben. Der höchste Score der beiden Items wurde dann dem jeweiligen Symptom zugeordnet.

Ein soziodemographischer Fragebogen war der Checkliste vorangestellt, in dem Alter und Geschlecht anzugeben waren, sowie die Frage nach kritischen Lebensereignissen („Gab es in den letzten sechs Monaten einschneidende Veränderungen in Deinem Leben?“ „Wenn ja, welche?“), wobei die Schüler selbst die Einordnung positiv bzw. negativ vornahmen. Des weiteren wurde die Häufigkeit von Arztbesuchen in den letzten sechs Monaten erhoben (Anzahl der Arztbesuche), die Anzahl enger Freundinnen oder Freunde beziehungsweise die Tatsache, keine Freunde zu haben. Zum Abschluß wurde die Frage danach gestellt, wie oft pro Woche sich der Schüler mit seinen Freunden oder Freundinnen außerhalb der Schule trifft.

3 Ergebnisse

Häufigkeiten von Angst- und Depressionssymptomen: Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten der Symptome von Trennungsangst für die Gesamtstichprobe sowie nach Geschlechtern unterschieden. Ein Symptom gilt dann als vorhanden, wenn 1 (manchmal) oder 2 (oft) angekreuzt wurde. Am häufigsten genannt wurde das Symptom „ich Sorge mich, daß nahestehenden Personen etwas Schlimmes passiert“ (66,4%), gefolgt von „befürchte, von Personen, die ich liebe, durch ein schlimmes Ereignis getrennt zu werden“ (46,0%). Ein signifikanter Geschlechterunterschied konnte lediglich für das Item „bleibe lieber zu Hause bei vertrauten Menschen, als zur Schule zu gehen“ festgestellt werden, bei dem die Jungen signifikant höhere Scores erreichten (Chi-Quadrat = 5,83; $p = 0,02$).

Im Hinblick auf die Überängstlichkeitsstörung (Tab. 2) wurden beim Item „mache mir viele Sorgen um die Zukunft“ mit 78,6% am häufigsten positive Antworten gegeben. Am zweithäufigsten war das Item „mache mir Sorgen über Fähigkeiten in Sport, Schule, Familie, mit Freunden“ (72,6%). Im Vergleich Mädchen zu Jungen ergaben sich einige signifikante Geschlechterunterschiede. Die Mädchen erreichten signifikant höhere Scores bei den Symptomen „mache mir viele Sorgen, ob das, was ich tue, richtig ist“ (Chi-Quadrat = 6,09; $p = 0,01$), sowie bei den körperlichen Beschwerden ohne bekannte Ursache. Dies zeigte sich für „Übelkeit und Brechreiz“ (Chi-Quadrat = 4,87; $p = 0,03$) und auch für „Bauchschmerzen und Krämpfe“ (Chi-Quadrat = 11,92; $p = 0,001$).

Das am häufigsten auftretende Depressions-symptom war „es fällt mir schwer, mich zu entscheiden“ (82,8%), gefolgt von „Übermüdung“ (76,3%). Beim Vergleich der Häufigkeiten depressiver Symptome bei Mädchen und

Tab. 1: Symptommhäufigkeiten der Störung mit Trennungsangst nach Geschlecht

	positive Antworten in Prozent (1 oder 2 angekreuzt)		
	Gesamt	Jungen	Mädchen
1. habe Alpträume über Trennung von lieben Menschen	17.2	12.4	21.2
2. bin sehr unglücklich, wenn ich von Eltern oder anderen vertrauten Personen getrennt bin	43.0	39.2	46.2
3. Sorge mich, daß nahestehenden Personen etwas Schlimmes passiert	66.4	63.9	68.4
4. bleibe lieber zu Hause bei vertrauten Menschen, als in die Schule zu gehen	22.8	30.9	16.1
5. habe Angst, ohne vertraute Personen in der Nähe schlafen zu gehen	12.1	11.3	12.7
6. vermeide es, allein zu sein	38.8	39.6	38.1
7. fühle mich krank, bevor ich von lieben Menschen eine zeitlang getrennt bin	15.8	13.4	17.8
8. bekomme Wutanfälle, Schreikrämpfe oder jammere, wenn die Eltern weggehen wollen	1.4	1.0	1.7
9. befürchte, von Personen, die ich liebe, durch ein schlimmes Ereignis getrennt zu werden	46.0	42.3	49.2

Tab. 2: Symptommhäufigkeiten der Störung mit Überängstlichkeit nach Geschlecht

	positive Antworten in Prozent (1 oder 2 angekreuzt)		
	Gesamt	Jungen	Mädchen
1. mache mir viele Sorgen um die Zukunft	78.6	74.2	82.2
2. mache mir viele Sorgen, ob das, was ich tue, richtig ist	67.0	57.7	74.6
3. mache mir Sorgen über Fähigkeiten in Sport, Schule, Familie, mit Freunden	72.6	68.0	76.3
4. bin befangen, schäme mich	30.5	28.9	31.9
5. will immer hören, daß alles in Ordnung ist	52.6	55.7	50.0
6. habe körperliche Beschwerden ohne bekannte Ursache:			
- anhaltende oder plötzliche Schmerzen	25.4	27.1	23.9
- Kopfschmerzen	59.3	53.6	64.1
- Übelkeit oder Brechreiz	13.6	7.4	18.9
- Bauchschmerzen oder Krämpfe	34.6	21.1	44.7
7. ausgeprägte Anspannung oder Unfähigkeit, sich zu entspannen	46.0	45.4	46.6

Jungen fallen bei drei Items wesentliche Unterschiede auf (Tab. 3). Verglichen mit den Mädchen erreichten die Jungen signifikant höhere Werte bei den Items „habe kein Interesse an Dingen, die normalerweise für mich interessant sind“ ($\chi^2 = 8,11$; $p = 0,004$), und „verletze mich selbst, versuche mich umzubringen“ ($\chi^2 = 5,95$; $p = 0,01$). Die Mädchen erreichten signifikant höhere Werte beim Item „Entscheidungsschwierigkeiten“ als Jungen ($\chi^2 = 4,45$; $p = 0,04$).

Die Häufigkeit suizidaler Vorstellungen oder suizidalen Verhaltens ist besonders beachtenswert. 15,9% der Schüler haben an Selbstmord gedacht, und 5,6% haben bereits selbstverletzendes Verhalten an den Tag gelegt oder sogar versucht, sich umzubringen. Bei detaillierterer Analyse wird deutlich, daß suizidale Vorstellungen bei Mädchen mit dem Alter zunehmen, wohingegen bei Jungen kein klares Muster zu erkennen ist (Tab. 4). Bei der Gruppe der 11-12 und der 15-16 Jahre alten Jungen können hohe

Raten suizidaler Vorstellungen beobachtet werden. Jungen der jüngsten Altersgruppe erreichten den höchsten Prozentsatz für selbstverletzendes Verhalten oder Selbstmordversuch.

Altersunterschiede: Bei der Störung mit Trennungsangst fällt auf, daß in der Gruppe der 13-14jährigen bei fast allen Items die höchsten Werte erreicht wurden. Bei den Älteren nahm die Häufigkeit einiger spezifischer Symptome wieder ab. Dazu zählen „bin sehr unglücklich, wenn ich von Eltern oder anderen vertrauten Personen getrennt bin“ und „sorge mich, daß nahestehenden Personen etwas Schlimmes passiert“. Bezüglich der Überängstlichkeitsstörung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen festgestellt werden.

Verschiedene spezifische Depressionssymptome nehmen mit dem Alter in signifikantem Maße zu. Dazu gehören „bin häufig ganz erschöpft oder müde“, „bin unglücklich, traurig, niedergedrückt“ und „bin schlapp, energielos, ma-

Tab. 3: Häufigkeit depressiver Symptome nach Geschlecht

DSM-III-R Depressionssymptome	positive Antworten in Prozent (1 oder 2 angekreuzt)		
	Gesamt	Jungen	Mädchen
1. Depressive Verstimmung			
– bin unglücklich, traurig, niedergedrückt	56.3	50.5	61.0
– bin schlecht gelaunt	69.3	68.0	70.3
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten			
– habe kein Interesse an Dingen, die normalerweise für mich interessant sind	26.2	36.1	17.9
– habe keinen Spaß an Dingen, die mir sonst Spaß machen	29.3	34.0	25.4
3. erheblicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät			
– habe ohne Diät viel abgenommen	11.7	9.3	13.7
– habe viel zugenommen, ohne zu wollen	14.0	9.3	17.9
4. Schlaflosigkeit oder übermäßiger Schlaf			
– habe Schlafstörungen	33.7	32.4	34.8
– schlafe mehr als andere in meinem Alter	17.8	16.5	18.8
5. Psychomotorische Unruhe oder Hemmung			
– bin ruhelos, zappelig, kann schlecht stillsitzen	43.3	42.3	44.1
– bin schlapp, energielos, mache langsame Bewegungen	35.3	39.2	32.2
6. Müdigkeit oder Energieverlust	76.3	78.4	74.6
7. Gefühle der Wertlosigkeit oder exzessive oder unangemessene Schuldgefühle			
– fühle mich wertlos oder unterlegen	29.0	28.9	29.1
– habe Schuldgefühle, die ich eigentlich gar nicht zu haben brauche	38.1	32.0	43.2
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Entscheidungsunfähigkeit			
– es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren	67.9	73.2	63.6
– es fällt mir schwer, mich zu entscheiden	82.8	76.3	88.1
9. Suizidale Gedanken oder Verhalten			
– denke an Selbstmord	15.9	19.8	12.7
– verletze mich selbst; versuche, mich umzubringen	5.6	10.3	1.7

Tab. 4: Suizidale Vorstellungen und Verhalten nach Geschlecht und Alter¹

DSM-III-R Depressionssymptome		Altersgruppen			
		11–12	13–14	15–16	17–19
Denke an Selbstmord					
	Jungen	23.1	14.3	24.2	14.3
	Mädchen	–	11.5	14.5	26.7
Verletze mich selbst; versuche, mich umzubringen					
	Jungen	23.1	7.1	8.8	4.8
	Mädchen	–	3.8	–	6.7

¹ = positive Antworten in Prozent, 1 oder 2 angekreuzt

che langsame Bewegungen“. Die Häufigkeit eines Items nahm mit dem Alter signifikant ab: „verletze mich selbst, versuche, mich umzubringen“.

Verteilung der Scores für Angst- und Depressionssymptome: Es wurden die Gesamtscores für die Symptome der Angststörungen und Depression berechnet. Für diese Analyse wurden alle positiven Scores (1 = manchmal und 2 = oft)

addiert, um die Gesamtscores zu erhalten. Jungen und Mädchen unterschieden sich nicht signifikant in der Gesamtheit der Symptome von Trennungsangst (Jungen: Mittelwert = 2,91 Standardabweichung = 1,67; Mädchen: Mittelwert = 2,72 Standardabweichung = 1,79), Überängstlichkeitsstörung (Jungen: Mittelwert = 3,91 Standardabweichung = 1,67; Mädchen: Mittelwert = 4,26 Standard-

abweichung = 1,48) und Depression (Jungen: Mittelwert = 4,77 Standardabweichung = 1,82; Mädchen: Mittelwert = 4,74 Standardabweichung = 1,74).

Bei detaillierterer Analyse ergab sich bei den Jungen eine Abnahme der Symptome von Trennungsangst, je älter sie wurden, bei den Mädchen wurde jedoch eine Zunahme der Symptome deutlich (Abb. 1). Des weiteren stellte sich heraus, daß die Mädchen der Altersgruppe der 17-19jährigen signifikant mehr Symptome von Trennungsangst hatten als die Jungen der gleichen Altersgruppe ($t = -2,3$; $p = 0,03$). Ähnliche Resultate ergaben sich für die Störung mit Überängstlichkeit. Auch hier nahmen die Symptome bei Mädchen mit dem Alter zu, wohingegen sie bei den Jungen abnahmen (Abb. 2). In der Gruppe der 17-19jährigen erreichten die Mädchen die höchsten, die Jungen die niedrigsten Werte. Für diese Altersgruppe wurde ein signifikanter Geschlechterunterschied festgestellt ($t = -2,68$; $p = 0,01$).

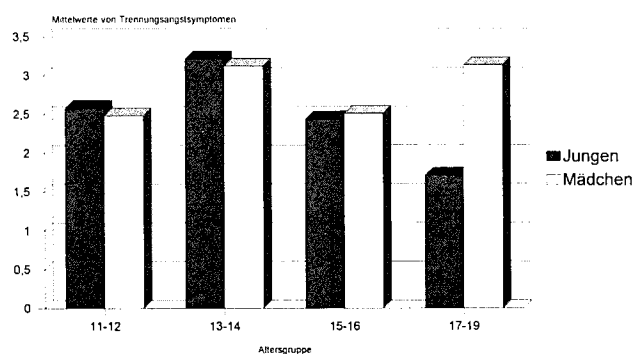


Abb. 1: Symptome von Trennungsangst nach Alter und Geschlecht

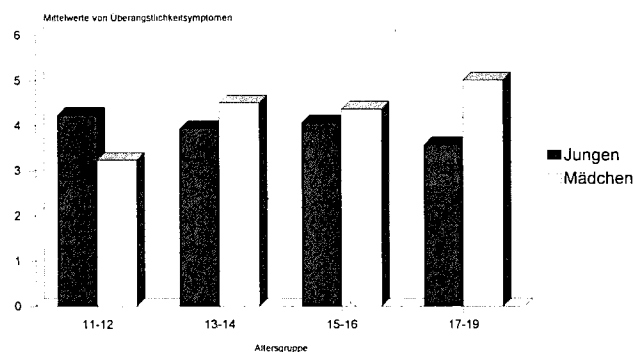


Abb. 2: Symptome von Überängstlichkeit nach Alter und Geschlecht

Der Durchschnitt depressiver Symptome nahm mit dem Alter bei Mädchen zu, wobei die höchste Steigerungsrate zwischen der Altersgruppe der 11-12jährigen und der Gruppe der 13-14jährigen lag (Abb. 3). Bei den Jungen gab es auch einen Anstieg zwischen den Altersgruppen der 11-12 und 15-16jährigen, bei der Gruppe der 17-19jährigen nahmen die Symptome wieder ab.

Korrelate von Angststörungen und Depression: Bei allen untersuchten Angststörungen konnten keine Korrelationen mit Lebensereignissen, Arztbesuchen und der Anzahl von Freunden festgestellt werden. Depression korrelierte signifikant mit Lebensereignissen ($r = 0,19$; $p = 0,009$). Weiter-

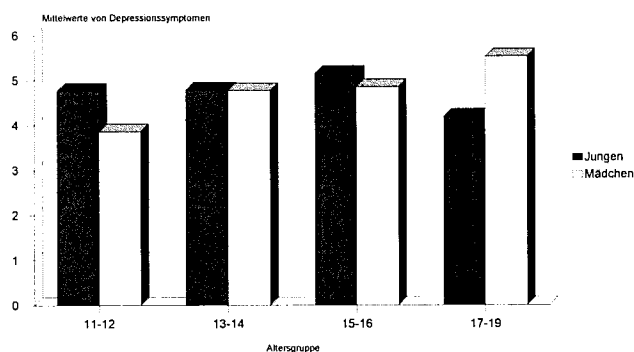


Abb. 3: Symptome von Depression nach Alter und Geschlecht

re Analysen ergaben eine signifikante Korrelation zwischen Lebensereignissen und depressiven Symptomen bei Jungen ($r = 0,24$; $p = 0,02$), aber nicht bei Mädchen.

Depression korrelierten signifikant mit der Häufigkeit von Arztbesuchen ($r = 0,18$; $p = 0,01$). Interessant ist, daß diese Korrelation bei Mädchen ($r = 0,26$; $p = 0,005$), aber nicht bei Jungen beobachtet werden konnte.

Interkultureller Vergleich zwischen Bremen und Ontario: Ein großer Vorteil der vorliegenden Studie ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Verwendung derselben Checklist-Items (BOYLE et al. 1993). Zu diesem Zweck wurden die Daten der 12-16jährigen herangezogen ($N = 176$). Leichte Unterschiede zwischen den deutschen und den kanadischen Jugendlichen hinsichtlich der Häufigkeit berichteter Angst- und Depressionssymptome konnten festgestellt werden. Die kanadischen Jugendlichen erreichten bei fast allen Items höhere Werte als die deutschen Jugendlichen, besonders im Hinblick auf das Item „bekomme Wutanfälle, Schreikrämpfe oder jammere, wenn die Eltern weggehen wollen“, „bin befangen, schäme mich“ und „habe körperliche Beschwerden ohne bekannte Ursachen“.

Leichte Unterschiede ergaben sich für die Items „bin häufig ganz erschöpft oder müde“ und „fällt mir schwer, mich zu entscheiden“. Hierbei wiesen die deutschen Schüler im Vergleich mit den kanadischen Schülern höhere Scores auf. Ein weiterer Unterschied ergab sich bei dem Item „schlafe mehr als andere in meinem Alter“. Hier erreichten die kanadischen Jugendlichen höhere Scores als die deutschen.

4 Diskussion

Bei einer Stichprobe von 215 Bremer Gymnasiasten wurden Symptome von Angst und Depression nach Häufigkeiten und Korrelaten untersucht. Die Ergebnisse wurden mit den Ergebnissen der kanadischen Studie von BOYLE et al. (1993) verglichen. Unseren Ergebnissen zufolge sind einige Symptome von Angststörungen und Depression altersspezifisch, sie häufen sich in bestimmten Altersgruppen. Bei den Angststörungen ließ sich ein Anstieg der Symptome von Trennungsangst zwischen der Gruppe der 11-12jährigen und der Gruppe der 13-14jährigen beobachten. Bei den Depressionssymptomen waren Erschöp-

fung, niedergedrückte Stimmung und Energielosigkeit hauptsächlich bei älteren Schülern anzutreffen. Unterschiede in der Art depressiver Symptome in den verschiedenen Altersgruppen wurden auch von anderen Autoren festgestellt. In der Studie von GOODYER und COOPER (1993) war es das Symptom „Hoffnungslosigkeit“, das bei den 11–12jährigen Mädchen am häufigsten berichtet wurde, „Gewichtsverlust und Schuldgefühle“ traten bei den 12–14jährigen Mädchen am häufigsten auf und in der Altersgruppe der 15–16jährigen Mädchen waren es „Reizbarkeit und Unruhe“. Von anderen Autoren wurde berichtet, daß bei Kindern eine niedergedrückte Erscheinung, somatische Beschwerden und psychomotorische Unruhe am häufigsten sind, wohingegen die bei Jugendlichen vermehrt auftretenden Symptome Verlust von Lebensfreude, Hoffnungslosigkeit, Gewichtsveränderungen und Drogen- bzw. Alkoholmißbrauch sind (CARLSON u. KASHANI 1988). Die Unterschiede der Depressionssymptome in den verschiedenen Altersgruppen könnten vom Entwicklungsstand der befragten Personen abhängig sein.

Ein überraschendes Ergebnis war die hohe Rate der Selbstmordgedanken, der willentlichen Selbstverletzungen und Selbstmordversuche der 11–12jährigen Jungen (23,1%). Die Gründe für dieses Ergebnis sind unklar, möglicherweise besteht in dieser Altersgruppe eine besondere Vulnerabilität für selbstschädigendes Verhalten. Angesichts der Tatsache, daß Selbstmord bei Jugendlichen eine häufige Todesursache ist, verdient dieses Ergebnis besondere Beachtung. Es wäre sinnvoll, weitere Ursachenforschung zu betreiben. Dasselbe gilt für die Gruppe der 17–19jährigen Mädchen, in der 26,7% Selbstmordgedanken und 6% selbstverletzendes Verhalten berichten. Es wäre interessant, der Frage nachzugehen, inwieweit die hohe Rate von Selbstmordgedanken der 17–19jährigen Mädchen mit den Anforderungen zusammenhängt, die die rollenspezifische Sozialisation mit sich bringt, bei der in zunehmendem Maße sehr widersprüchliche Erwartungen miteinander in Einklang gebracht werden müssen.

Die große Häufigkeit von Selbstmordgedanken und selbstverletzendem Verhalten ist unerwartet hoch, stimmt aber mit den Ergebnissen anderer Autoren überein. ANDREWS und LEWINSOHN (1992) berichten Prävalenzen von Selbstmordgedanken bei Jugendlichen der Klassen 9–12 von 21%, bei Selbstmordversuchen Raten von 7,1%. Nach der epidemiologischen Studie von ROSENBERG et al. (1987) ist Selbstmord bei den 15–24jährigen die zweithäufigste Todesursache.

Weder bei Angststörungen noch bei Depression gab es signifikante Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Gesamtheit der Symptome. Auch ANDERSON et al. (1987) fanden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei depressiven Störungen. In anderen Studien wurden jedoch 2–3 mal höhere Raten depressiver Symptome bei Mädchen als bei Jungen erhoben (KASHANI et al. 1987; FLEMING et al. 1989). Die Gründe für diese inkonsistenten Ergebnisse sind unklar. Auf Symptomebene konnten jedoch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen festgestellt werden. Jungen bleiben lieber zu Hause bei vertrauten Personen, als zur Schule zu gehen, wohingegen sich

Mädchen eher Sorgen um die Richtigkeit des eigenen Verhaltens machen. Bei den Mädchen sind körperliche Beschwerden ohne bekannte Ursache stärker ausgeprägt als bei den Jungen. Auch bei einigen Depressionssymptomen waren Geschlechtsunterschiede signifikant. Jungen lagen höher bei den Items „habe kein Interesse an Dingen, die normalerweise für mich interessant sind“, und „verletze mich selbst oder versuche, mich umzubringen“, während Mädchen signifikant höhere Scores beim Item „Entscheidungsschwierigkeiten“ erreichten.

Im Vergleich zwischen den Ergebnissen der Bremer und der kanadischen Studie (BOYLE et al. 1993) wurden im Hinblick auf einzelne Symptome von Angststörungen Unterschiede deutlich. Die kanadischen Schüler äußerten signifikant häufiger ihren Unmut, wenn die Eltern weggehen wollten. Ebenso waren Befangenheit und Scham sowie körperliche Beschwerden ohne bekannte Ursachen bei der kanadischen Stichprobe häufiger. Die Bremer Jugendlichen hatten eher die Tendenz, sich mehr Sorgen um die Zukunft sowie um die Richtigkeit des eigenen Verhaltens zu machen und auch mehr Wert auf Bestätigung von außen zu legen als ihre kanadischen Altersgenossen. Bei Depressionssymptomen wurden nur geringe Unterschiede zwischen der deutschen und der kanadischen Studie festgestellt.

Bei den Mädchen korrelierten Arztbesuche mit depressiven Symptomen. Andere Autoren berichten ähnliche Ergebnisse, die nahelegen, daß heranwachsende Mädchen eher ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen als Jungen gleichen Alters (MCGEE et al. 1990). Warum Mädchen mit hoher Anzahl depressiver Symptome häufiger Arztbesuche machen, ist nicht klar. Möglicherweise sind sie stärker um ihre Gesundheit besorgt oder haben ein anderes Gesundheitsverständnis. Bekannt ist, daß Mädchen mehr mit ihrem Körperkonzept und Gewicht beschäftigt sind, und daß sie häufiger als Jungen körperliche Probleme berichten. Im Gegensatz dazu neigen Jungen eher zu Drogen- und Alkoholmißbrauch (DUBOW et al. 1990).

Das Vorliegen einer signifikanten positiven Korrelation zwischen Depressionssymptomen und Arztbesuchen ist für die Planung im Gesundheitswesen von Bedeutung, insbesondere, wenn man die bei Erwachsenen erhobenen Daten miteinbezieht. Wie WITTCHEN und ESSAU (1990) berichten, machen erwachsene Patienten mit jeglicher Form psychischer Störungen 83–100% häufiger Arztbesuche als Patienten ohne psychische Störungen. Sie klagen häufiger über körperliche Beschwerden, obwohl sie nicht notwendigerweise häufiger an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen leiden. Des weiteren ist beachtenswert, daß ein großer Teil der Patienten mit psychischen Störungen weder in psychiatrischer noch in psychologischer, sondern lediglich in allgemeinärztlicher Behandlung ist (WITTCHEN u. ESSAU 1990). Die Fähigkeit, psychische Störungen zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln beziehungsweise behandeln zu lassen, ist bei Allgemeinmedizinerinnen unterschiedlich stark vorhanden. Überlastungen im Gesundheitswesen, die zu kurzen Konsultationszeiten führen und mangelnde Ausbildung und Übung der Allgemeinmediziner bei der Diagnose psychischer Störungen können oft zur Verknennung einer Störung führen. Das kann bedeuten, daß der

Patient auf der Suche nach Hilfe von Arzt zu Arzt wandert und verschiedene körperliche Beschwerden vorbringt, ohne daß eine psychische Störung überhaupt erkannt wird („doctor shopping“). Unnötige medizinische Behandlungen mit all ihren Risiken für den Patienten sowie erhöhte und vor allem sinnlose Ausgaben im Gesundheitswesen sind die Folge. Besonders bei Jugendlichen ist die Früherkennung psychischer Störungen von großer Bedeutung, da sich Fehlbehandlungen und Nichterkennung negativ auf den Entwicklungsverlauf auswirken können. Deshalb ist eine besondere Ausbildung von Allgemeinmedizinern im Hinblick auf die Diagnose psychischer Störungen dringend erforderlich (WITTCHEN u. ESSAU 1990).

Einige Begrenzungen der vorliegenden Studie müssen aufgezeigt werden. Zum einen wurde die gesamte Stichprobe an einer einzigen Bremer Schule rekrutiert und stellt aufgrund der eher privilegierten Lernsituation der Schüler eines Gymnasiums sowie der Lage in einem Stadtteil mit hohem sozioökonomischen Status kaum einen Querschnitt durch die Bremer Schülerschaft dar. Deshalb kann sie nicht als repräsentativ für Jugendliche in Deutschland angesehen werden. Des weiteren ist eine größere Stichprobe erforderlich, um zu einer angemesseneren Beschreibung von Häufigkeiten und Korrelaten der Symptome von Angststörungen und Depression zu gelangen. Ungeachtet dieser Einschränkungen ist offensichtlich, daß Angst- und Depressionssymptome bei den Jugendlichen der Stichprobe häufig auftreten. Es wäre wichtig, in Längsschnittuntersuchungen zu erforschen, inwieweit diese Symptome bei Jugendlichen stabil sind. So gewonnene Informationen könnten hilfreich sein, die Rate von Spontanremissionen bei Jugendlichen mit der Symptomatik von Angst und Depression einzuschätzen sowie zu klären, wann Interventionen angebracht sind.

Summary

Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents

The main aim of the present study was to examine the frequency and correlates of anxiety and depressive symptoms. Anxiety and depressive symptoms were evaluated by means of the Revised Ontario Health Study Scales. The probands were 215 adolescents aged 11 to 19 years. An important finding was the high rates of suicidal thought in the 11-12 year old boys (23.1%) and the 17-19 year girls (26,7%). Our result also showed a significant correlation between depressive symptoms and doctor's visit and critical life events. The implication of the results for clinical practice and research were discussed.

Literatur

ACHENBACH T. M./EDELBOCK, C. (1987): Manual for the youth self-report and profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. – ANDERSON, J. C./WILLIAMS, S./MCGEE, R./SILVA, P. A. (1987): DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. Archives of General Psychiatry, 44, 69-76. – ANDREWS, J. A./LEWINSOHN, P. M. (1992): Suicidal attempts among

older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 31, 655-661. – BOYLE M. H./OFFORD, D. R./RACINE, Y./FLEMING, J. E./SZATMARI, P./SANFORD, M. (1993): Evaluation of the Revised Ontario Health Study Scales. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 2, 189-213. – CARLSON, G. A./KASHANI, J. H. (1988): Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. American Journal of Psychiatry, 145, 1222-1225. – CYTRYN, L./MCKNEW, D. H. (1972): Proposed classification of childhood depression. American Journal of Psychiatry, 129, 149-155. – DUBOW, E. F./LOVKO, K. R./KAUSCH, D. C. (1990): Demographic differences in adolescents' health concern and perceptions of helping agents. Journal of Clinical Child Psychology, 19, 44-54. – ESSAU, C. A./PETERMANN, U. (1995 a): Depression. In: F. PETERMANN: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe. – ESSAU, C. A./PETERMANN U. (1995 b): Angst. In: F. PETERMANN: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe. – FLEMING, J. E./OFFORD, D. R./BOYLE, M. H. (1989): Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario Child Health Study. British Journal of Psychiatry, 155, 647-654. – GOODYER, I./COOPER, P. J. (1993): A community study of depression in adolescent girls II: The clinical features of identified disorder. British Journal of Psychiatry, 163, 374-380. – KASHANI, J. H./CARLSON, G. A./BECK, N. C./HOEPER, E. W./CORCORAN, C. M./MCALLISTER, J. A. (1987): Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. American Journal of Psychiatry, 144, 931-934. – KOVACS, M. (1985): The natural history and course of depressive disorders in childhood. Psychiatric annals, 15, 387-389. – MCGEE, R./FEEHAN, M./WILLIAMS, S./PARTRIDGE, F./SILVA, P. A./KELLY, J. (1990): DSM-III disorders in a large sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 611-619. – POWERS, S. I./HAUSER, S. T./KILLNER, L. A. (1989): Adolescent mental health. American Psychologist, 44, 200-208. – POZNANSKI, E. O. (1982): Controversy and conflicts in childhood depression. Journal of Children in Contemporary Society, 15, 3-10. – PUIG-ANTICH J. (1980): Affective disorders on childhood: A review and perspective. Psychiatric Annals, 15, 387-389. – ROBINS, L. N./HELZER, J. E./WEISSMAN, M. M./ORVASHEL, H./GRUENBERG, E./BURKE, J. D. JR./REGIER, D. A. (1984): Lifetime prevalence of psychiatric disorders at three sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-959. – ROSENBERG, M./SMITH, J./DAVIDSON, L./CONN, J. (1987): The emergence of youth suicide: An epidemiologic analysis and public health perspective. Annual Review of Public Health, 8, 417-440. – RUTTER, M./GRAHAM, P./CHADWICK, O. F. D./YULE, W. (1976): Adolescent turmoil: Fact or fiction? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 949. – SHAW, J. A. (1988): Childhood depression. Medical Clinics of North America, 72, 831-845. – WITTCHEN, H. U./ESSAU, C. A. (1990): Assessment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in Primary Care. In: N. SARTORIUS/D. GOLDBERG/G. DE GIROLAMO/J. COSTA E SILVA/L. LECRUBIER/H. U. WITTCHEN: Psychological Disorders in General Medical Settings. Toronto: Hogrefe. – WITTCHEN H. U./ESSAU, C. A. (1993): Epidemiology of Anxiety Disorders. In: R. MICHELS: Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Company. – WITTCHEN, H. U./ESSAU, C. A./VON ZERSSEN, D./KRIEG, J. C./ZAUDIG, M. (1992): Lifetime and Six-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich Follow-Up Study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 241, 247-258.

Anschrift der Verfasser: Dr. Cecilia Ahmoi Essau, Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität Bremen, Grazer Straße 2, 28359 Bremen.