

**Depressive Störungen im mittleren Erwachsenenalter:
Die Bedeutung distaler und proximaler Belastungen
und positiver Faktoren**

Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
(ILSE)

Inauguraldissertation zur Erlangung
des Grades eines Dr. phil. an der Fakultät für
Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von
Dipl.-Soz., Dipl.Geront. Elke Voss

Heidelberg, im April 2006

Dekan: Herr Prof. Dr. K. Roth
Erstbetreuer: Herr Prof. Dr. A. Kruse
Zweitbetreuer: Herr Prof. Dr. M. Martin

1	EINFÜHRUNG	5
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	7
2.1	Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie der Major Depression	7
2.1.1	Beschreibung der Störung und diagnostische Kriterien (nach DSM-III R)	8
2.1.2	Epidemiologie	9
2.1.3	Verlauf und Prognose	10
2.1.4	Suizidalität	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2.1.5	Komorbidität	11
2.2	Modelle zur Depressionsgenese: Vulnerabilität und Lebensereignisse	12
2.2.1	Begriffsdefinition: Diathese / Vulnerabilität	14
2.2.2	Diathese-Stress-Modelle zur Depressionsgenese	15
2.2.3	Erlernte Hilflosigkeit und dysfunktionaler kognitiver Stil	19
2.2.4	Das sozial-strukturelle Depressionsmodell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)	22
2.2.5	Tiefenpsychologische Annahmen: Verlust/emotionaler Mangel	25
2.2.6	Das Typus Melancholicus Konzept: Persönlichkeit und Vulnerabilität	27
2.3	Die Rolle vorauslaufender depressiver Episoden	29
2.3.1	Gewohnheitsdepression oder die Kindling-Hypothese	29
2.3.2	Änderungen in der kognitiven Informationsverarbeitung	30
2.3.3	Änderungen im interpersonellen Stil	31
2.3.4	Neurohumorale Veränderungen und abgesenkte Stressregulation	33
2.4	Vulnerabilität als Langzeitfolge von Kindheitsbelastungen	34
2.5	Differentielle Entwicklungspfade: Risikofaktoren und Schutzfaktoren	37
2.5.1	Risikofaktorenforschung und kindliche Entwicklung	38
2.5.2	Konzeptuelles Modell Resilienz und Schutzfaktoren	41
2.5.3	Zusammenfassung: Kapitel 2.2 bis 2.5	45
2.6	Der klinisch-epidemiologische Lebensereignisansatz	47
2.6.1	Das Stresskonzept von Selye (1956)	48
2.6.2	Lebensereignisinventare und ihre theoretischen Hintergrundannahmen	50
3	STAND DER FORSCHUNG: LEBENSSTRESS UND DEPRESSION	56
3.1	Relevante Merkmale von Lebensstress	57
3.1.1	Negative und/oder positive Lebensereignisse	57
3.1.2	Majore und/oder minore Lebensereignisse	58
3.1.3	Akute Ereignisse und/oder chronische Belastungen	59
3.1.4	Abhängige und/oder unabhängige Ereignisse	60
3.1.5	Bestehende Kontroversen in der Datenerhebung und Analyse	62
3.2	Kausal-, genetisch- und Verlaufs-orientierte Studien	65
3.2.1	Kausal-orientierte Forschung zur Rolle zeitnaher aversiver Lebensereignisse	66
3.2.2	Genetisch-orientierte Studien und emotionale Labilität (Neurotizismus)	69
3.2.3	Lebensereignisse und verlaufsorientierte Studien	72
3.2.4	Implikationen für die eigene Arbeit	75

3.3	Belastende Kindheitsereignisse und Schutzfaktoren	76
3.3.1	Belastende Kindheitsereignisse und Depression	77
3.3.2	Multiple Kindheitsbelastungen und ihre Effekte	78
3.3.3	Kindheitsbelastungen und Rückfall und Neuerkrankung	81
3.3.4	Schutzfaktoren in der Entwicklung (Resilienz)	84
3.3.5	Implikationen für die eigene Arbeit: Kindheitsbelastungen	88
4	FRAGESTELLUNG	90
5	METHODE	96
5.1	Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters	96
5.2	Stichprobe und Studieneinschlusskriterien	97
5.3	Zusammenfassende Darstellung des Forschungsdesigns	102
5.4	Erhebungsinstrumente und gemessene Konstrukte	104
5.4.1	Biographische Exploration (halbstrukturiertes Interview) und Spontanbericht	104
5.4.2	Belastende/aversive Kindheitserlebnisse	106
5.4.3	Positive Ressourcen (Schutzfaktoren)	109
5.4.4	Zeitnahe stressbesetzte Ereignisse	115
5.4.5	Anzahl somatischer Erkrankungen	117
5.4.6	Depressive Verstimmung zum Erhebungszeitpunkt	117
5.4.7	Erfassung von psychischen Störungen (Major und minore Depression)	118
5.4.8	Eine kritische Betrachtung der retrospektiven Methode	118
5.5	Statistische Analysen	122
6	ERGEBNISSE	125
6.1	Soziale Lagemerkmale, psychiatrische und somatische Komorbidität	125
6.1.1	Soziale Charakteristika der depressiven Verlaufsgruppen	125
6.1.2	Psychiatrische Komorbidität und Anzahl somatischer Erkrankungen	127
6.2	Anzahl und Kumulation belastender Ereignisse	128
6.2.1	Depressivität und Neurotizismus	129
6.2.2	Anzahl und Kumulation belastender distaler und proximaler Ereignisse	130
6.3	Die Prävalenz spezifischer Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse	133
6.3.1	Die Prävalenz spezifischer belastender Kindheitsereignisse (KBE)	134
6.3.2	Die Prävalenz spezifischer proximaler Ereignisse (ZSE)	136
6.4	Belastende Kindheitsereignisse und Verlauf	140
6.4.1	Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse	141
6.4.2	Langzeiteffekte spezifischer Ereignisse, von Kombinationen und Kumulation	143
6.5	Zeitnahe Ereignisse und Verlauf	147
6.5.1	Korrelative Beziehungen der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse	147
6.5.2	Zeitnahe Ereignisse, ihre Kumulation und der Verlauf einer Depression	149
6.6	Kindheitsbelastungen und zeitnahe Belastungen (multivariat)	153

6.6.1	Korrelative Beziehungen der distalen und proximalen Belastungsereignisse	153
6.6.2	Belastende Kindheitsereignisse und zeitnahe Ereignisse (multivariat)	155
6.6.3	Effektänderung zeitnaher Ereignisse: gegebene / ohne Kindheitsbelastung	159
6.6.4	Interaktionseffekte spezifischer Kindheits- und zeitnaher Ereignisse	162
6.7	Positive Faktoren: Entwicklung und Verlauf der Depression	165
6.7.1	Die Prävalenz positiver Faktoren	165
6.7.2	Der Einfluss positiver Faktoren auf Entwicklung und Verlauf	166
6.7.3	Interaktionen: Kindheitsbelastungen, zeitnahe Ereignisse, positive Faktoren	168
6.8	Distale und proximale Risiko- und Schutzfaktoren (multivariat)	170
6.8.1	Risiko- und positive Faktoren: Lebenszeitdepression mit Remission	170
6.8.2	Risiko- und positive Faktoren: Rückfall	172
6.8.3	Risiko- und positive Faktoren: „Späte“ Neuerkrankung	173
6.9	Zusammenfassende Darstellung der Befunde	174
7	INTERPRETATION UND DISKUSSION	179
7.1	Beeinträchtigungen des Ressourcenhaushaltes	180
7.2	Depressive Stimmung, Neurotizismus und belastende Ereignisse	183
7.3	Prävalenz und Gewichtung spezifischer Kindheitsbelastungen	185
7.4	Prävalenz und risikoerhöhende Effekte der zeitnahen Ereignisse	189
7.4.1	Rückfall und minore und abhängige Ereignisse – Gewohnheitsdepression?	191
7.4.2	Neuerkrankung im mittleren Erwachsenenalter	193
7.4.3	Kumulation und/oder spezifische Einzelereignisse	194
7.5	Wirkmechanismen der Kindheitsbelastungsfaktoren	196
7.6	Wirkmechanismen der positiven Faktoren	199
7.7	Diskussion der umfassenden Modelle	203
7.8	Zusammenfassung und Ausblick	205
	DANKSAGUNG	211
8	LITERATUR	212

1 Einführung

Depressive Störungen sind weltweit mit die häufigsten Erkrankungen, deren Bedeutung gerade für das mittlere Erwachsenenalter häufig unterschätzt wird (Gesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation, 2002; Global Burden of Disease Studie, Murray & Lopez, 1996). Bis zum Jahr 2020 sollen sie nach den Herz-Kreislaufkrankungen den zweiten Rangplatz unter den am stärksten belastenden Krankheitsformen einnehmen. Depressive Störungen sind bereits jetzt – unter Berücksichtigung der mit gesundheitlichen Einschränkungen verbrachten Lebensjahre (DALY: disability adjusted life year) – bei jungen Menschen bis 44 Jahren nach AIDS die „verheerendste Krankheit“ (Jahresbericht der WHO 2001). Folgt man den Prävalenzangaben (Häufigkeit des Auftretens) der jüngsten epidemiologischen Surveys zur Erfassung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung, so ist davon auszugehen, dass fast jeder Sechste irgendwann im Laufe seines Lebens depressiv erkrankt. So berichtet der US- amerikanische National Comorbidity Survey Replication (NCS-R, Kessler, 2003) Lebenszeitprävalenzen von 16,2% für depressive Erkrankungen. Für die Bundesrepublik Deutschland zeigten die Daten des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ lebenszeitbezogen eine Abschätzung von 18,1% (Wittchen, Müller, Schmidt kunz, Winter & Pfister, 2000).

Die Grundlage dieser Arbeit bilden Daten der Interdisziplinären Längsschnitt-Studie des Erwachsenenalters (ILSE) mit ihren bisherigen zwei, vier Jahre auseinanderliegenden, Erhebungszeitpunkten. Zieht man die Prävalenzzahlen der ILSE für die 1950/52 Geborenen heran, dann hatten bis einschließlich des zweiten Erhebungszeitpunktes fast 23% mindestens eine manifeste Episode einer Major Depression erlitten und weitere 5% waren von einer leichteren (subsyndromalen) Form der Störung betroffen.

Angesichts der hohen Prävalenzen depressiver Störungen und ihrer hohen individuellen, sozialen und gesundheitsökonomischen Bedeutung (Helmchen & Reischies, 2005; Lepine et al., 1997; Wittchen, 2000) treten Fragen sowohl nach Ursachen als auch nach präventiven und intervenierenden Maßnahmen in den Vordergrund. Nach Wittchen (2005) stehen wir vor einer „epidemischen“ Ausbreitung der depressiven Erkrankungen: „Die modernen Lebensverhältnisse sollen zur Ausbreitung der Erkrankung beitragen. Die wachsende Zahl von Scheidungen, die Arbeitslosigkeit, Vereinsamung und der Verlust klarer Lebensstrategien – das Aufbrechen fester Strukturen birgt Belastungen, denen mancher nicht gewachsen ist“ (zitiert nach Kartte, Schweikle, Stolze & Futh, 2005, S.19).

Gegenstand dieser Arbeit ist zum einen die Darstellung der Art und Häufigkeit belastender Lebensereignisse und –bedingungen bei depressiven und psychisch gesunden

Personen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Zum anderen wird die Frage verfolgt, warum ein Teil der Menschen den „modernen Lebensverhältnissen“ und auf sie auftreffenden stressbesetzten Lebensereignissen und –bedingungen nicht gewachsen ist (d. h. vulnerabel ist) und (zum wiederholten Mal) eine depressive Störung entwickelt. Hierbei konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf Personen im mittleren Erwachsenenalter (1950/52 Geborene). Diese Altersgruppe zeigt hohe Auftretenshäufigkeiten von Depressionen (Barth, Voss, Martin, Fischer-Cyrules, Pantel & Schröder, 2002; Voss, Barth, Pantel, Martin, Schmitt & Schröder, in Druck; Cross National Collaborative Group, 1992) und diesem Lebensabschnitt wird hoher Anforderungsgehalt zugesprochen (berufliche Belastungen, familiäre Belastungen, Auseinandersetzung mit dem Übergang in das junge Alter; Clark-Plaskie & Lachman, 1999; Ellguth et al., 1998; Greve, 2005; Martin & Willis, 2005; Moen & Wethington, 1999; Perrig-Chiello, 2003). Klauer (1990) diskutiert in einer Abhandlung das mittlere Erwachsenenalter als „langweiliges Plateau“ oder krisenbehaftete Zeit. Er kommt zu dem Schluss, dass die allermeisten Erwachsenen zwischen dem 35. und dem 50. Lebensjahr in irgendeiner Form einen Einschnitt, Übergang oder Wendepunkt erleben, und die Konfrontation mit potenziell „kritischen“ Ereignissen wie Scheidung, Tod des Partners, Krankheit, Wohnortwechsel oder Arbeitsplatzverlust eher die Regel als die Ausnahme ist. Bis auf wenige Ausnahmen (bspw. den MIDMAC-Forschungsverbund, Lachman & James, 1997; Martin & Willis, 2005; die schweizerische interdisziplinäre Langzeitstudie zum mittleren Lebensalter, Perrig-Chiello & Höpflinger, 2001) ist in der längsschnittlichen entwicklungspsychologischen Forschung der Bereich des mittleren Erwachsenenalters bisher jedoch vernachlässigt worden (Martin, Martin, Schmitt & Sperling, 2000; Perrig-Chiello, 2003). Auch Filipp und Staudinger (2005) verweisen in ihrem Vorwort zur „Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters“ auf dieses Manko in der Forschung. Dies sei umso bedauerlicher, als die meisten Menschen gerade in dieser Zeit sich auf dem Höhepunkt ihrer Kompetenzen – gepaart mit einem hohen Ausmaß an gesellschaftlicher Partizipation und Einflussnahme – befinden. Und es sei das mittlere Erwachsenenalter (entwicklungspsychologische Kontinuität von Bewältigungs- und Handlungsstrategien), das zudem die Weichen dafür stellt, welchen Kurs Menschen in ihr „Drittes“ und „Viertes“ Alter nehmen werden (auch Martin & Hofer, 2004; Martin & Willis, 2005). Mit der Untersuchung ungünstiger/entwicklungsgefährdender Bedingungen im mittleren Erwachsenenalters können so Risikofaktoren in der Vorhersage von Gesundheit und Zufriedenheit identifiziert werden, die für das Erreichen und den Erhalt eines selbstständigen

Lebens im weiteren Alternsprozess von Bedeutung sind (Filipp & Aymanns, 2005; Filipp & Staudinger, 2005; Greve, 2005; Martin & Willis, 2005; Perrig-Chiello, 2003).

Sowohl spezifische Theorien zur Genese und dem Verlauf einer Depression (bspw. die Theorie der erlernten Hilflosigkeit, das sozial-strukturelle Depressionsmodell von Brown und Harris (1978), tiefenpsychologische Modellannahmen, siehe hierzu Abs. 2.2) als auch Befunde aus dem Bereich der Entwicklungspsychopathologie (bspw. Rutter, 1989, siehe Abs. 2.4 und 2.5) verweisen hier auf Kindheit und Jugend als einem Lebensabschnitt, in welchem der Grundstein für eine erhöhte Anfälligkeit (Vulnerabilität) bzw. Widerstandskraft für die Entwicklung einer depressiven Störung gelegt werden kann. Demzufolge werden in der vorliegenden Arbeit nicht nur die im mittleren Erwachsenenalter aufgetretenen Belastungen einbezogen. Betrachtet werden gleichfalls distale belastende Erfahrungen (beispielsweise Verlust eines Elternteils oder ständige Disharmonie in der Familie, familiäre Gewalt), aber auch positive Erfahrungen und Gegebenheiten (weiter Lebensraum und hoch stützende förderliche Eltern) und ihre Auswirkungen auf die Ausbildung und den Verlauf einer depressiven Störung. Von besonderem Interesse ist hierbei auch das Zusammenwirken der weit zurückliegenden (30 Jahre) und der zeitnahen Ereignisse für den Verlauf einer Depression.

Ausgehend vom zweiten Erhebungszeitpunkt der ILSE können drei differentielle depressive Verlaufsgruppen (remittiert Gebliedene: kein Rückfall in den Erhebungszwischenjahren; Teilnehmer mit einem Rückfall und Teilnehmer mit einer „späten“ Ersterkrankung in den Erhebungszwischenjahren) einer Gruppe „psychisch Unauffälliger“ (keine Diagnose einer DSM-III-R- Störung, weder zu T1 noch zu T2) gegenübergestellt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil dieser Arbeit gliedert sich in die folgenden drei Hauptbereiche: Erstens erfolgt eine Darstellung des depressiven Störungsbildes, der Diagnostik und Epidemiologie, zweitens werden spezifische Modelle zur Depressionsgenese und zur Rolle aversiver Lebensereignisse im Rahmen einer Diathese vorgestellt und drittens werden die theoretischen Hintergrundannahmen und methodischen Kontroversen des klinisch-epidemiologischen Lebensereignisansatzes aufgezeigt.

2.1 Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie der Major

Depression

Hier dargestellt wird die Symptomatik der depressiven Störung bzw. der Episode einer Major Depression nach den diagnostischen Kriterien des DSM-III-R (American Psychiatric

Association, 1991). Es folgen Angaben zur Epidemiologie, Verlauf und Prognose, hoher Selbstmordgefährdung und Komorbidität mit körperlichen und weiteren psychischen Erkrankungen.

2.1.1 Beschreibung der Störung und diagnostische Kriterien (nach DSM-III R)

Depressive Erkrankungen werden seit den frühen 90er Jahren auf der Grundlage expliziter diagnostischer Kriterien nach der International Classification of Diseases, mittlerweile in der 10. Revision (ICD 10, World Health Organization, 1991) oder dem Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV, APA, 1994; DSM III-R, 1991) erfasst. Das DSM IV oder das DSM III-R ist das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene Diagnosemanual psychischer Erkrankungen.

In den neuen Ausgaben der ICD und im DSM-III-R ist die triadische Klassifikation in endogene, reaktive und neurotische Störung aufgehoben. Sie versuchen, auf einer rein deskriptiven und atheoretischen Ebene zu bleiben und keine ätiologischen Annahmen in ihre Klassifikationen einfließen zu lassen. Klassifikationskriterien sind der Schweregrad und die Symptommerkmale.

Bei der Depression (Major Depression / depressive Episode einer MD) handelt es sich um ein Syndrom, welches durch eine Vielzahl von Einzelsymptomen bestimmt werden kann. Charakteristisch ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. Depressionen als eigenständiges Krankheitsbild bedeuten mehr als normale Niedergeschlagenheit und Traurigkeit als Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis. Depression meint eine Störung des Gefühlslebens, die sich weniger in wirklicher Trauer als in einem Leeregefühl, einem Gefühl der Gefühllosigkeit äußert. Hoffnungslosigkeit, Abwertung der eigenen Person und anderer, Schlafstörungen, Energiemangel, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Nachlassen des Appetits sind häufige begleitende Symptome. Unrealistische negative Fehleinschätzungen, im Sinne dysfunktionaler Kognitionen (Beck, 1974) über die eigene Vergangenheit, die Gegenwart, die finanzielle Situation, die Partnerbeziehung usw. können dazu kommen.

Wesentliche Merkmale für das Vorliegen einer Episode einer Major Depression (MD) sind eine mindestens zweiwöchige Zeitspanne mit entweder depressiver Stimmung oder Verlust des Interesses/der Freude an fast allen Aktivitäten (sog. A-Kriterien). Weiterhin müssen mindestens vier zusätzliche Symptome aus der folgenden Kriterienliste gegeben sein: 1) Veränderungen in Appetit oder Gewicht, 2) Veränderungen in Schlaf und psychomotorischer Aktivität, 3) Energiemangel, 4) Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, 5) Schwierigkeiten beim Denken, bei der Konzentration oder der Entscheidungsfindung oder 6)

wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidabsichten, Suizidpläne oder Suizidversuche. Um die Diagnose einer Episode einer MD zu stellen, muss mindestens ein A-Symptom, begleitet von mindestens vier der nachgeordneten Symptome gegeben sein. Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei aufeinanderfolgenden Wochen an fast jedem Tag die meiste Zeit des Tages anhalten. Außerdem muss klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder sonstigen wichtigen Funktionsbereichen gegeben sein. Das Hauptmerkmal der Major Depression ist eine Störung der Stimmung mit einem vollständigen oder partiellen depressiven Syndrom, welches nicht auf irgendeine andere körperliche oder psychische Störung zurückzuführen ist (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R, Revision; Deutsche Bearbeitung und Einführung: Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991; vgl. auch Kruse & Re, 2005).

Für die Erfassung depressiver Störungen werden halbstandardisierte Interviewleitfäden angewandt, die eine objektive Feststellung des Vorhandenseins der in den Diagnosesystemen definierten Symptome erlauben (bspw. das Strukturierte Klinische Interview für DSM-III-R, Wittchen et al., 1991).

2.1.2 Epidemiologie

Der bundesweite Gesundheitssurvey aus dem Jahre 1998 hat erstmals auf repräsentativer klinisch-epidemiologischer Grundlage nachgewiesen, dass über 10 Prozent der deutschen Bevölkerung im vorangegangenen Jahr an einer wochen- oder monatelangen Depression gelitten haben (Wittchen, 2000). Der deutsche Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ wurde vom Max-Planck-Institut 1998/1999 auf der Grundlage der Hauptstichprobe des Bundesgesundheits surveys durchgeführt. Der Zusatzsurvey umfasste eine Stichprobe von N=4181 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die diagnostische Klassifikation erfolgte nach DSM-IV-Kriterien durch klinisch geschulte Untersucher. 6,3% litten an einer akuten Depression, dies entspricht 3,1 Mio. Bundesbürger. Frauen waren mit 7,8% signifikant häufiger betroffen als Männer (4,8%). Jährlich erkrankten in Deutschland nach Daten des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie etwa 4,4% der Männer bzw. 13,5% der Frauen an einer Depression. Das entspricht 7,8 Millionen Betroffenen (2,8 Mio. Männer und 5 Mio. Frauen). Lebenszeitbezogen ergab sich eine Abschätzung von 18,1%, dies bedeutet, dass acht bis neun Millionen der erwachsenen deutschen Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr zumindest einmal im Leben unter einer depressiven Störung gelitten hat. Frauen sind mit 24,5% deutlich häufiger betroffen als Männer mit 11,9% (Wittchen et al., 2000).

In der ersten pan-europäischen Studie zur Prävalenz von Depression in der Allgemeinbevölkerung DEPRES I (Gastpar, 2001) mit über 78 000 Einwohnern aus Belgien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Spanien und Großbritannien fand sich eine depressive Symptomatik bei insgesamt 17% der Befragten (Major Depression: 7% und minore Depression: 2%; Deutschland: 3,8% / 1,9%). Wittchen und andere verweisen darauf, dass erst seit wenigen Jahren national und international die außerordentliche klinische, soziale und gesundheitsökonomische Bedeutung depressiver Erkrankungen erkannt wird (Wittchen, 2000; Kruse, 1989b; Kruse, 2005b; Lepine et al., 1997). Eine gut verständliche Messziffer für die sozialen Auswirkungen sind die Anzahl der Krankheitstage pro depressivem Patienten. Die Ergebnisse der DEPRES I Studie zeigen, dass die Anzahl der Krankheitstage parallel zur Zunahme des Schweregrades der Depression ansteigt und bei der Major Depression (MD) 4,5-mal so hoch ist wie bei nicht depressiv Erkrankten (MD: 12,7 Tage und Nicht-Erkrankte: 2,9 Tage).

Die Inzidenzschätzungen (neue Fälle pro Jahr) liegen bei 1-2 Neuerkrankungen auf 100 Personen. Analysen der Inzidenzkurven deuten an, dass sich depressive Störungen in jeder Altersstufe manifestieren können. Das mittlere Ersterkrankungsalter liegt für Frauen bei 31,7 Jahren und für Männer bei 33 Jahren. Depressionen treten in allen Lebensaltern auf mit einem Ersterkrankungsgipfel zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr (Vorverlagerung dieses Altersgipfels, früher 30. bis 40. Lebensjahr).

Die Prävalenz depressiver Erkrankungen in einer Allgemeinpraxis liegt bei 10-20%. Nur in etwa zwei Drittel dieser Fälle wird die depressive Störung auch als solche erkannt. Man muss davon ausgehen, dass sich 50% der depressiv Erkrankten nie an einen Arzt wenden (Gastpar, 2001; Helmchen & Reischies, 2005; Heuft, Kruse & Radebold, 2006; Wittchen et al., 2000).

2.1.3 Verlauf und Prognose

Depressive Störungen sind in der Regel episodische Erkrankungen. Circa ein Drittel bis die Hälfte remittiert vollständig innerhalb eines Jahres, ein Drittel erleidet einen Rückfall und ein weiteres Drittel behält eine Restsymptomatik zurück. Die Daten der mittlerweile 25-Jahre laufenden Zürich-Studie zeigen, dass Personen mit einer Depression über 20% ihres Lebens in depressiven Episoden zubringen und auch zwischen den Episoden häufig noch eine Restsymptomatik gegeben ist (Angst, 1992). In 75–80% der Fälle kam es zum erneuten Auftreten einer Episode. Zwischen 15-20% der depressiven Patienten entwickelten sogar eine chronische Störung.

Bei der Hälfte bis zwei Drittel der Patienten geht im Verlauf unter Behandlung, z. T. auch unbehandelt, die Symptomatik weitgehend zurück, so dass sie wieder ihre gewohnte Leistungsfähigkeit besitzen und das alte Selbst hervortritt – einzelne Beschwerden können jedoch weiter bestehen. Im Verlauf von 20 Jahren erleidet ein Patient durchschnittlich 5 bis 6 depressive Episoden (Wittchen et al., 2000). Die durchschnittliche Dauer einer Episode wird auf 16 Wochen geschätzt. Depressive Erkrankungen haben einen erheblichen Anteil an den Gründen für eine vorzeitige Berentung. 1995 wurden 18629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt. Das entspricht ca. 6,3% aller Frühberentungen im Jahr 1995. Das mittlere Berentungsalter lag zwischen 50 und 54 Jahren (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998).

2.1.4 Suizidalität

Depressive Störungen sind mit erheblichem persönlichem Leid und Mitbetroffenheit der Angehörigen verbunden. Personen mit einer solchen Störung weisen insgesamt das höchste Selbstmordrisiko aus. Die Suizidrate liegt je nach Schweregrad der depressiven Symptomatik zwischen 4% bei allen depressiven Syndromen und 15% bei depressiven Patienten, die wegen dieser Störung stationär behandelt wurden (Helmchen & Reischies, 2005; Schmidtke et al., 1996). Etwa die Hälfte aller Suizide (dies waren im Jahr 2000 11065 Personen, im Vergleich dazu, an Unfällen jeder Art verstarben 20328 Personen; Todesursachen nach Statistisches Bundesamt Deutschland, 2002) werden von Menschen begangen, die eindeutig depressiv erkrankt sind. In jedem zehnten Fall gehen Depressionen mit konkreten Selbstmordplänen einher (Wittchen, 2000). Mehr als 80% der Patienten, die an einer „endogenen“ Depression leiden, denken an Suizid (Schmidtke et al., 1996). Personen, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben, wiederholen innerhalb von zwei Jahren diese Handlung mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 15 und 35%.

2.1.5 Komorbidität

Depressionen weisen mit 75-90% eine hohe Rate an weiteren psychischen Erkrankungen (psychiatrische Komorbidität) auf. Speziell für die Major Depression ist davon auszugehen, dass in 60-75% zusätzlich Sucht- und Angsterkrankungen und in ca. 18% der Fälle zusätzlich Persönlichkeitsstörungen auftreten. Depressive Erkrankungen mit einer Komorbidität für andere psychische Störungen haben eine schlechtere Prognose als reine depressive Erkrankungen. Psychiatrische Komorbidität scheint in neuerer Zeit zuzunehmen (Roy-Byrne, Stang, Wittchen, Ustun, Walters & Kessler, 2000).

Depressionen beeinflussen den Verlauf einer Vielzahl von körperlichen Erkrankungen. Sie verlängern auch die Dauer stationärer Aufenthalte und können die Sterblichkeit erhöhen (bspw. bei AIDS, Cook et al., 2004). Auch Patienten mit psychosomatischen oder chronischen körperlichen Erkrankungen leiden in über 10% der Fälle zusätzlich an einer Depression (Heuft, Kruse & Radebold, 2006; Kruse & Re, 2005). Bei ca. 15% der internistischen und chirurgischen Patienten liegt eine aktuelle depressive Störung vor, bei neurologischen Patienten sogar bei ca. 30-35% (Rundell, 1996). Körperliche Erkrankungen können Depressionen auslösen, umgekehrt gehören körperliche Beschwerden regelmäßig zu den Symptomen einer Depression, und Depressionen stellen einen Risikofaktor für viele körperliche Erkrankungen dar (Rundell, 1996; siehe auch Heuft, Kruse & Radebold, 2006), insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So sollen 14-47% aller Patienten, die mit einer Angina pectoris ins Krankenhaus kommen, eine depressive Symptomatik aufweisen, und diese Personen tragen im Vergleich zu den nicht depressiven ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko, im folgenden Jahr einen Herzinfarkt zu erleiden. Untersucht man Patienten mit depressiven Symptomen nochmals nach 10 Jahren, dann haben sie im Vergleich zu den nicht depressiven ein fast zweifach höheres Risiko eine koronare Herzkrankheit zu entwickeln (Ferketich, Schwartzbaum & Moeschberger, 2001).

2.2 Modelle zur Depressionsgenese: Vulnerabilität und Lebensereignisse

Die Entwicklung einer depressiven Störung wird im Zusammenhang mit lebensgeschichtlich-biografischen Entwicklungen (z. B. Eltern-Kind-Beziehung), mit der gesellschaftlich-kulturellen Einbettung der Person (Erziehungsstil, Leistungsorientiertheit, religiöse und andere Eingebundenheit in die Gemeinde), mit auslösenden Ereignissen und chronischen Belastungen (Lebensereignisse) und der biologisch-konstitutionellen Ausstattung der Person (Endogenität, Genetik) gesehen. Die Ätiologie und Pathogenese sind bis heute nicht ausreichend geklärt, und zwar weder von der biologischen (Neurobiochemie, Chronobiologie, Psychophysiologie, Genetik) noch von der psychologischen (lerntheoretisch, tiefenpsychologisch, biografisch, soziologisch) Seite her (Wolfersdorf, 1995, S. 332). Diese Feststellung von Wolfersdorf verweist bereits auf die Vielzahl und Heterogenität von Faktoren, denen in der Entwicklung und dem weiteren Verlauf einer depressiven Störung – neben Kindheitsbelastungsfaktoren und zeitnahen stressbesetzten Ereignissen - Relevanz zugesprochen wird. Auch von Seiten der Risikofaktorenforschung wird von einem multikausalen Bedingungsgefüge für die Erkrankung an einer Depression ausgegangen (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990; Paykel, 2003; Wittchen et al., 2000). Biografische,

akute und chronische Stressbelastungsereignisse bilden eine Teilklasse dieses Gefüges. Neben dem Geschlecht (Frauen sind 2-3mal häufiger von einer depressiven Erkrankung betroffen) sind als Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für eine depressive Erkrankungen empirisch gesichert:

- Akute und chronische psychosoziale (Stressbelastungs-) Faktoren wie Trennung, Arbeitslosigkeit, Lebenskrisen, Verlusterlebnisse und Einsamkeit (Brilman & Ormel, 2001; Brown & Harris, 1989; 1996; Kessing, Agerbo & Mortensen, 2003);
- Familiengenetische Faktoren: Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, ist bei Verwandten ersten Grades von depressiv Erkrankten deutlich erhöht (das Lebenszeitrisiko soll zwischen 34% und 60% liegen) und es finden sich unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten bei eineiigen und zweieiigen Zwillingen (Farmer et al., 2000; Mendlewicz, 1985, in Hautzinger und de Jong-Meyer, 1990, S.144);
- Neurobiologische Veränderungen/herabgesetzte Stressregulation: Störungen der Signalübertragung innerhalb und zwischen den Nervenzellen sowie endokrinologische Einflüsse (beispielsweise Sapolsky, 1996; 2001; Wittchen et al., 2000) plus Störung der Schlaf-Wach-Regulation.
- Bestimmte dysfunktionale Kognitionsstile (Beck, 1974);
- Vorangehende Angststörung und Substanzmissbrauch (Wittchen et al., 2000);
- Bestimmte chronische körperliche Erkrankungen (z. B. chronisches Schmerzsyndrom) (Rundell, 1996).

Die Aussage von Wolfersdorf bleibt aber dahingehend bestehen, dass die genaue Wirkweise dieser Risikofaktoren nicht ausreichend geklärt ist. Dies betrifft insbesondere den Stellenwert und die Wirkweise lebensgeschichtlich biografischer, akuter und chronischer psychosozialer (Stressbelastungs-) Faktoren im weiteren Verlauf einer depressiven Erkrankung.

Nachfolgend wird herausgearbeitet, worin die Rolle von stressbesetzten Lebensereignissen und belastenden Kindheitserfahrungen sowie ihrer Wirkweise in formalen Modellen und theoretisch ätiologischen Konzeptionen zur Entwicklung einer depressiven Störung und deren weiterem Verlauf gesehen wird. Der theoretische Teil beginnt mit einer Begriffsdefinition und der Darstellung dreier formalisierter Modelle zur Erklärung des Zusammenwirkens von prädisponierenden Faktoren und stressbesetzten Lebensereignissen in der Entwicklung einer depressiven Störung (Diathese-Stress-Modelle nach Monroe & Simons, 1991). Im folgenden Kapitel wird anhand mehrerer theoretischer Konzeptionen zur Entwicklung und dem weiteren Verlauf einer Depression folgendes herausgearbeitet: a) Was

charakterisiert eine depressive Person, in welchen Aspekten sind ihre Vulnerabilitäten zu sehen? b) Welche weiteren intrapersonalen und externalen Veränderungen können durch eine einmal aufgetretene depressive Episode in Gang gesetzt werden und somit den Ressourcenhaushalt eines depressiven Menschen weiter beeinträchtigen? c) Welche positiven Ressourcen (entwicklungsfördernde Bedingungen) können die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer depressiven Störung günstig beeinflussen?

2.2.1 Begriffsdefinition: Diathese / Vulnerabilität

Traditionelle oder historische Forschungsbemühungen zum Verständnis vorauslaufender Bedingungen für die Entwicklung von psychischen Störungen suchten lange Erklärungen in zwei Richtungen. Erstens wurde die Ansicht vertreten, dass Individuen, die eine psychische Störung entwickeln, sich bereits prämorbid (vor der Erkrankung) von jenen unterscheiden, die dies nicht tun (Beard, 1881). Diese Unterschiede wurden als konstitutionelle Wesensmerkmale gesehen. So verweist Tellenbach (1976) in seinen Abhandlungen zum Konzept des Typus Melancholicus (ein zur schwersten Form der Depression neigender Typus mit hoher Rückfallgefährdung) darauf, dass bereits im Corpus Hippocraticum (400 v. Chr.) von einem schwarzgalligen, an ein Temperament gebundener Typus ausgegangen wird, der gefährdet sei, von der Krankheit Melancholie befallen zu werden (S. 4). Termini wie Diathese oder Erkrankungsanfälligkeit gehörten lange zum aktiven Wortschatz in der Psychiatrie (Monroe & Simons, 1991). Zweitens wurde die Ansicht vertreten, dass Stress (eine Teilklasse davon sind stressbesetzte Lebensereignisse) eine wesentliche Rolle spielt bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen (Hawkes, 1857). Aber auch diese Forschungsrichtung sieht, dass nicht jeder – auch unter den widrigsten Umständen – notwendigerweise eine Störung entwickelt (Dohrenwend & Dohrenwend, 1979), also die Konstitution/Diathese in irgendeiner Weise eine Rolle spielen muss. In der neueren, sozialpsychologisch bzw. sozial-strukturell orientierten Depressionsforschung wurde der Begriff einer Diathese von der Arbeitsgruppe um Brown (1978; 1989) und auch um Dohrenwend (1986) durch den Begriff Vulnerabilitätsfaktoren ersetzt.

Der Kern des Vulnerabilitätskonzeptes ist, dass es Bedingungen spezifiziert, die die Bewältigung von auftretenden Belastungen erschweren oder unmöglich machen, indem Bewältigungsressourcen gebunden werden, die beim Auftreten einer schweren Belastung dann nicht mehr zur Verfügung stehen (Brown & Harris, 1978). Vulnerabilität bezeichnet Bedingungen, die alleine nicht zum Ausbruch einer Depression führen, sondern beim Auftreten eines belastenden Ereignisses die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruches mittelbar erhöhen. Solche Vulnerabilitätsfaktoren können psychischer oder sozialer Natur

sein. Ein Vulnerabilitätsfaktor mit allgemeiner Auswirkung wird beispielsweise in der Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht gesehen (Brown & Harris, 1989). Damit verbunden sind ein niedriger Bildungsstand, ein geringes verfügbares Einkommen und fehlende Kenntnisse über potenziell unterstützende Institutionen. Ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor sozialer Art wird in fehlender sozialer Unterstützung beim Auftreten von belastenden Ereignissen gesehen. Auch hier soll der vulnerabilitätserhöhende Effekt durch das Fehlen von Ressourcen zur Bewältigung (emotionaler Beistand oder auch materielle Unterstützung) vermittelt werden.

Der Vulnerabilitätsfaktorenbegriff in den Modellen von Dohrenwend (1986) umfasst Personmerkmale (genetische Vulnerabilität, körperliche Behinderungen, individuelle Fähigkeiten, Persönlichkeitsdispositionen) und soziale Situationen. Unter Persönlichkeitsdispositionen sind solche Merkmale zu verstehen, die im Alltag das normale Funktionieren des Individuums nicht beeinträchtigen, aber beim Auftreten von außergewöhnlichen Anforderungen zu einer Erhöhung der subjektiv erlebten Belastung führen.

Vulnerabilitätsfaktoren können auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von lebensverändernden Ereignissen beeinflussen. Die meisten Lebensereignisse und chronischen Schwierigkeiten lassen sich auch auf bestimmte Verhaltensmerkmale des Individuums zurückführen. In einer Sekundäranalyse von Lebensereignisstudien fand Champion (1990), dass Vulnerabilitätsfaktoren neben ihren belastungsverstärkenden Effekten das Auftreten lebensverändernder Ereignisse wahrscheinlicher machen (auch Kendler & Karkowski-Shuman, 1997; Van Os & Jones, 1999; Van Os, Park & Jones, 2001).

Zu Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts entwarfen Monroe und Simons (1991) auf der Grundlage der überwiegend empirisch pragmatisch orientierten Lebensereignisforschung (zahlreicher voliegender Studien zum Zusammenhang von Lebensereignissen und Depression, jedoch ohne theoretische Fundierung bzw. Modellannahmen) drei formalisierte Modelle, die die mögliche Interaktion von prädisponierenden Faktoren (Vulnerabilitätsfaktoren/Diathese) und stressbesetzten Ereignissen für die Entwicklung einer depressiven Störung abbilden.

2.2.2 Diathese-Stress-Modelle zur Depressionsgenese

Unter den ersten, die in den sechziger Jahren die spezifische Terminologie der Diathese-Stress-Interaktionen entwickelten, fanden sich Theorien zur Schizophrenie (Bleuler, 1963). In den achtziger Jahren übernahmen auch Theorien zur Depression diese Annahmen (bspw.

Bebbington, 1987; Beck, 1987). Die Basisprämisse lautet: Stress aktiviert eine Diathese (Vulnerabilität / Erkrankungsneigung) und bringt die angelegte Möglichkeit zur Erkrankung zur Entfaltung. Hierbei bezogen sich frühe Formulierungen des Diathese-Stress-Modells auf biologische (konstitutionelle) Faktoren (Beard, 1881). Es wurde davon ausgegangen, dass die Diathese vor ihrer Aktivierung vollständig latent sei. Wie zuvor ausgeführt (Abs. 2.2.1), gehen neue Konzeptualisierungen davon aus, dass andere Bereiche von Prädisposition als Diathese in Betracht kommen, insbesondere kognitive und soziale Vulnerabilitätsfaktoren (Bebbington, 1987; Beck, 1987; Brown & Harris, 1978; 1989; Dohrenwend, 1986). Diese Erweiterungen werfen Fragen auf bezüglich der potenziellen Effekte einer solchen Diathese auf die Stresssensitivität für Ereignisse und bezüglich des eigenen Generierens von Lebensstress (Forschung von Kendler et al., 1997; 1998; Van Os et al., 1999; 2001). Die Rolle von stressbesetzten bzw. belastenden Ereignissen als „ätiologische Faktoren“ im Umfeld einer depressiven Episode kann somit in Frage gestellt werden. Monroe und Simons (1991) verweisen darauf, dass gegenwärtig zumindest drei alternative Ansichten für die Interaktion von Stress und Diathese gegeben sind.

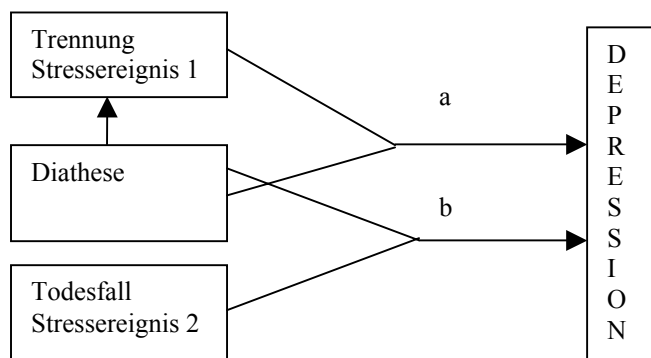


Abbildung 1: Diathese-Stress-Interaktionen: Modell 1 (Monroe & Simons, 1991)

Im Modell 1 (Abb. 1) ist das gemeinsame Auftreten von Stress und Diathese eine notwendige Bedingung für die Entwicklung einer Depression. Es wird angenommen, dass die Diathese sowohl stressbesetzte Ereignisse mit hervorbringen kann (von dem Verhalten der Person abhängige Ereignisse wie z. B. Stressereignis 1 in Abb. 1), dass es aber auch von der Diathese unabhängige belastende Ereignisse gibt (wie z. B. Stressereignis 2 in Abb. 1). Beide müssen bewältigt werden und können durch die vulnerabilitätserhöhenden Effekte der Diathese zur Depression führen. Innerhalb dieses Modells wirkt die Diathese auf zwei Stufen. Sie erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens jener Bedingungen, die notwendig sind um eine Depression auszulösen (Pfad a). Jedoch sind Diathese abhängige Ereignisse nicht immer

notwendig, um eine Depression auszulösen, da auch Ereignisse unabhängig von der Diathese oder dem Verhalten der Person auftreten können und so die Diathese aktiviert werden kann (Pfad b).

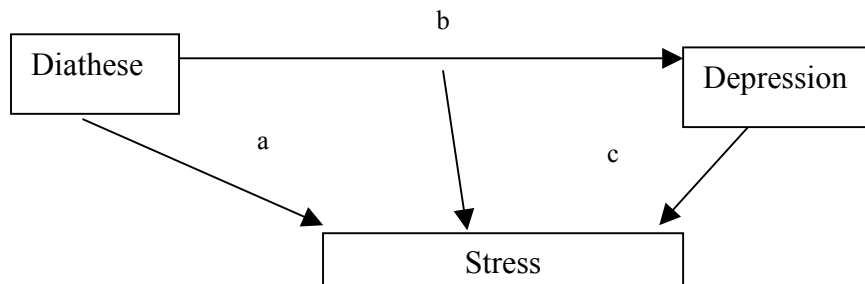


Abbildung 2: Diathese-Stress-Interaktionen: Modell 2 (Monroe & Simons, 1991)

Im Modell 2 (Abb. 2) ist die Diathese die einzige notwendige Bedingung für die Entwicklung einer Depression. Hier wird Stress als Folge des Diathese-Ausdrucks (Pfad a) oder einfach als Konsequenz der beginnenden Depression (Prodromalphase, Pfad b und c) konzipiert. Innerhalb dieser biologischen Perspektive leisten stressbesetzte Lebensereignisse nur einen geringen ätiologischen Beitrag. Eine prädisponierte Person soll zunehmend irritierbarer werden, sich sozial zurückziehen, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen entwickeln. Diese Prodromi führen zu Störungen in den Sozialbeziehungen und am Arbeitsplatz. Stressoren sind demzufolge die Konsequenz der Diathese beeinflussten Prodromalphase (Pfad b) oder dem Ausbruch der Depression selbst (Pfad c).

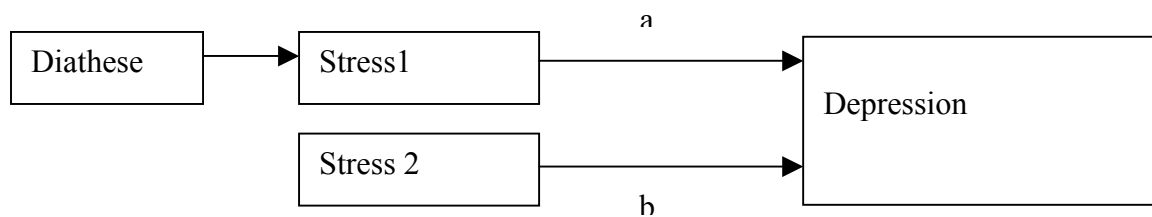


Abbildung 3: Diathese-Stress-Interaktionen: Modell 3 (Monroe & Simons, 1991)

Im Modell 3 (Abb. 3) ist die einzige notwendige Bedingung für die Entwicklung einer Depression der Lebensstress. Hier wird spezifischen Stressoren und der Geschlechtszugehörigkeit, dem sozio-ökonomischen Status sowie dem Familienstand wesentliche Bedeutung für den Beginn einer Depression zugesprochen (Pearlin, 1989; Turner, Wheaton & Lloyd, 1995). Die Aktivierung der Diathese ist im Modell 3 irrelevant. Nach Pearlin (1989) sind stressreiche Lebensereignisse und -bedingungen im strukturellen Kontext verwurzelt. Die Depression tritt auch unabhängig vom Ausmaß der Diathese auf (Pfad b).

Was als Diathese gesehen wird, kann rekonzeptualisiert werden als Stresseigenschaft. Attribute der Person (oder ihres sozialen Kontextes, ihres sozialen Status) bringen die Prozesse hervor, die die Auftretenswahrscheinlichkeit des erforderlichen Stressors erhöhen (Pfad a). Die Aktivierung der Diathese wird als irrelevant gesehen für den Beginn der Depression verglichen mit ihrem generierenden Potenzial für Stressoren.

Jedes der drei Modelle beinhaltet eine Vielzahl von theoretischen und praktischen Implikationen für intervenierende Maßnahmen. Diathese-Stress-Modelle sind für das Verständnis von möglichen Zusammenhängen zwischen belastenden Lebensereignissen und depressiven Erkrankungen ein nutzbare Konzepte, in denen sowohl individuelle als auch ereignisspezifische Faktoren berücksichtigt werden. Es bleibt anzumerken, dass der Ansatz von Monroe und Simons jedoch nur einer risikofaktorenorientierten Betrachtungsweise Rechnung trägt. Die Bedeutung von sozialen Ressourcen und Kompetenzen in der Bewältigung auftretender Belastungsereignisse wird vernachlässigt, insofern der Blick auf die Diathese bzw. Vulnerabilität konzentriert ist.

Nachfolgend wird anhand mehrerer theoretischer Konzeptionen zur Entwicklung und dem weiteren Verlauf einer Depression herausgearbeitet, a) worin die spezifische depressogene Vulnerabilität gesehen werden kann, die eine adäquate Bewältigung stressbesetzter bzw. belastender Ereignisse erschwert, b) welchen kongruenten (spezifischen) Ereignissen Auslösefunktion zugesprochen wird und c) Annahmen dazu, wie es zur Ausbildung der Vulnerabilität bzw. Prädisposition kommt. Gleichfalls erfolgt eine Betrachtung der Rolle moderierender Faktoren zum Beispiel eine bereits einmal aufgetretene depressive Episode und Neurotizismus; vgl. Post, 1992 und Kendler et al., 2000). Zur Beantwortung der Frage welche Personcharakteristika (Prädisposition oder Vulnerabilität) und Ereignischarakteristika lassen ein Ereignis zur Belastung werden, die dann zum Ausbruch einer depressiven Episode führen kann und worin werden die Wurzeln der Prädisposition bzw. Vulnerabilität gesehen (welche Rolle nehmen hierbei Kindheitsbelastungsfaktoren ein) wurden die folgenden theoretischen Konzeptionen herangezogen: Zwei kognitionspsychologische Theorien, einmal die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) und zum anderen die kognitive Theorie von Beck (dysfunktionale kognitive Stile, 1974), das sozial-strukturelle Depressionsmodell (auch Vulnerabilitäts-Stress-Modell benannt) von Brown und Harris (1978, 1989), tiefenpsychologische Konzeptionen (Bowlby, 1991; Wolfersdorf, 1995) sowie das Typus-Melancholicus-Konzept von Tellenbach (1976). Zur Beantwortung der Frage, ob die Rolle bzw. der Stellenwert stressbesetzter

Lebensereignisse bei Personen mit Mehrfacherkrankung gegenüber Personen mit einer erstmalig auftretenden Depression ein anderer sein kann, wird einmal das psychobiologische Modell der Gewohnheitsdepression von Post (1992), zwei Modelle zu Änderungen des interpersonellen Stils (Lewinsohn, 1974 und Coyne, 1976a/b) sowie die Modellannahmen von Teasdale (bspw. 1988) zur differentiellen Aktivierung kognitiver Systeme besprochen.

2.2.3 Erlernte Hilflosigkeit und dysfunktionaler kognitiver Stil

Kontrolle ist ein zentraler Begriff in der Stressliteratur, speziell der situativ bedingte Verlust oder die Bedrohung der Möglichkeiten, auf Ereignisse oder Abläufe Einfluss zu nehmen (bspw. Philipp & Aymanns, 2005; Greve, 2005). Es wurden Persönlichkeitskonstrukte entwickelt, die die Wahrnehmung von Kontrollierbarkeit der Umwelt (Antonovsky, 1987) oder die Überzeugung der eigenen Fähigkeit zur Bewältigung in den Mittelpunkt stellen (Bandura, 1977). Unkontrollierbarkeit kann sich durch Situationen ergeben, die tatsächlich oder in der subjektiven Wahrnehmung Möglichkeiten eines aktiven Herangehens, bzw. einer aktiven Bewältigung blockieren. Hierunter fallen beispielsweise Verlustereignisse, die in ihren Konsequenzen nicht aktiv verändert werden können, wie Todesfälle, nicht wiederherstellbare Unfallfolgen (bspw. Philipp & Aymanns, 2005). Das Individuum gerät dabei in einen Zustand allgemeiner Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit (Beck, 1974; Seligman, 1975; Bowlby, 1991). Hier ist die Schnittstelle zur Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) als zentralem Merkmal eines depressiven Individuums. Gleichfalls betont Beck (1974) als zentrales Element, das Erleben von Hoffnungslosigkeit. Sowohl die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (1975), deren Reformulierung von Abramson, Seligman und Teasdale (1978) als auch die kognitive Theorie von Beck (1974) benennen Unkontrollierbarkeit von Ereignissen, Hilflosigkeitserleben, Hoffnungslosigkeitserleben als zentrale Elemente. Beide werden nun dargestellt.

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) fußt auf der klassischen Lerntheorie und wurde im Rahmen tierexperimenteller Forschung entwickelt. Erfährt ein Tier Nichtkontrolle über aversive Umgebungsbedingungen, dann entwickelt es daraus hilfloses Verhalten. Nichtkontrolle wird definiert als Unabhängigkeit von Verhalten und Umweltkontingenzen. Die Reformulierung von Abramson, Seligman und Teasdale (1978) verbesserte die Übertragung des Modells auf den Menschen und depressive Störungen. Als zentrale Thesen gelten: Sind subjektiv bedeutsame Ereignisse unkontrollierbar, lernt der Mensch, dass sein Verhalten und dessen Konsequenzen in der Umwelt unabhängig voneinander sind. Er erlernt Hilflosigkeit. Diese Erfahrungen der Nichtkontrolle führen in Folge zu motivationalen, emotionalen und kognitiven Defiziten wie auch zu physiologischen

und vegetativen Veränderungen, die den entsprechenden Veränderungen bei Depressionen ähnlich sind. Also, eine vorausgehende Erfahrung der Nichtkontrolle über subjektiv bedeutsame Ereignisse und eine sich daraus entwickelnde Erwartung auch zukünftig ohne Kontrolle, d. h. hilflos zu sein, kann eine Depression bedingen und motivationale, emotionale und kognitive Defizite entstehen lassen so wie physiologische und vegetative Veränderungen in Gang setzen. Entscheidend hierbei ist, die subjektiv-kognitive Erwartung hilflos zu sein, auch wenn objektiv Kontrolle besteht. Die erlernte Erfahrung wird auf andere, neue, zukünftige Situationen generalisiert. Eine häufige Erfahrung von Nichtkontrolle kann dazu führen, dass die Person sich nach den Ursachen für ihre Hilflosigkeit fragt. Die Art der Ursachenzuschreibung (also die Kausalattribution) bestimmt dann die Chronizität, Stabilität und Universalität der emotionalen, motivationalen, motorischen, vegetativen und kognitiven Veränderungen. Also nicht mangelnde Kontrolle an sich, sondern der subjektive Prozess der kognitiven Verarbeitung ist wesentlich, der Prozess, der das Misslingen der Kontrolle der eigenen Person zuschreibt. Ist die Kausalattribution internal, stabil und global, baut sich eine Misserfolgserwartung für die Bewältigung zukünftiger Ereignisse auf.

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit geht von der zentralen Prämisse aus, dass die Depression (depressive Verstimmung) eine Konsequenz der Erfahrung von Unkontrollierbarkeit von Ereignissen ist (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Nach Hautzinger und deJong-Meyer (1990) herrscht eine Kontroverse um die Gültigkeit dieser Theorie. Es lassen sich einige Studien finden, denen es gelingt zu zeigen, dass depressive Symptome in der Folge der erwähnten negativen Ursachenzuschreibung auftreten, doch gibt es mindestens gleich viele Arbeiten, die diesen Zusammenhang nicht belegen können. Was belegt ist, ist dass zwischen derart ungünstigen Attributionsmustern und negativem Befinden eine Korrelation besteht. Vor allem hinsichtlich des klinischen Bildes einer Depression ist die ätiologische Rolle dieser kognitiven Stile völlig offen.

Beck (1974) geht davon aus, dass Grundlage einer depressiven Erkrankung eine kognitive Störung ist. Alle anderen depressiven Symptombereiche seien die Folge der ätiologisch bedeutsam veränderten kognitiven Struktur. Das Hauptmerkmal depressogener kognitiver Prozesse und Strukturen wird darin gesehen, dass sie die Realität in unterschiedlichem Grade verzerren. Inhaltlich (kognitive Triade) lassen sich bei Depressiven eine negative Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft festmachen. Typische kognitive Verzerrungen und dysfunktionale Kognitionen werden als willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Abstraktionen, Übergeneralisierungen etc. bezeichnet. Sie sind unfreiwillig, automatisch, perseverierend und plausibel. Informationstheoretisch sind sie als

Schemata recht stabile, überdauernde Muster der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung von Reizen. Diese Schemata entstehen durch belastende Erfahrungen im Sozialisationsprozess, aktuelle stressreiche oder traumatische Erfahrungen oder durch die Akkumulation subtraumatischer, negativer Erfahrungen. Mit dem Entstehen der depressiven Schemata setzt ein zirkuläres Feedbackmodell ein, wodurch es zur Verfestigung, Vertiefung und Aufrechterhaltung der Depression und der damit kausal verknüpften Kognitionen kommt. Dies blieb nicht unwidersprochen. Es verbleibt kritisch anzumerken, dass dysfunktionale kognitive Muster außerhalb depressiver Episoden nicht gefunden wurden, d. h. sie sind keine ätiologischen Faktoren.

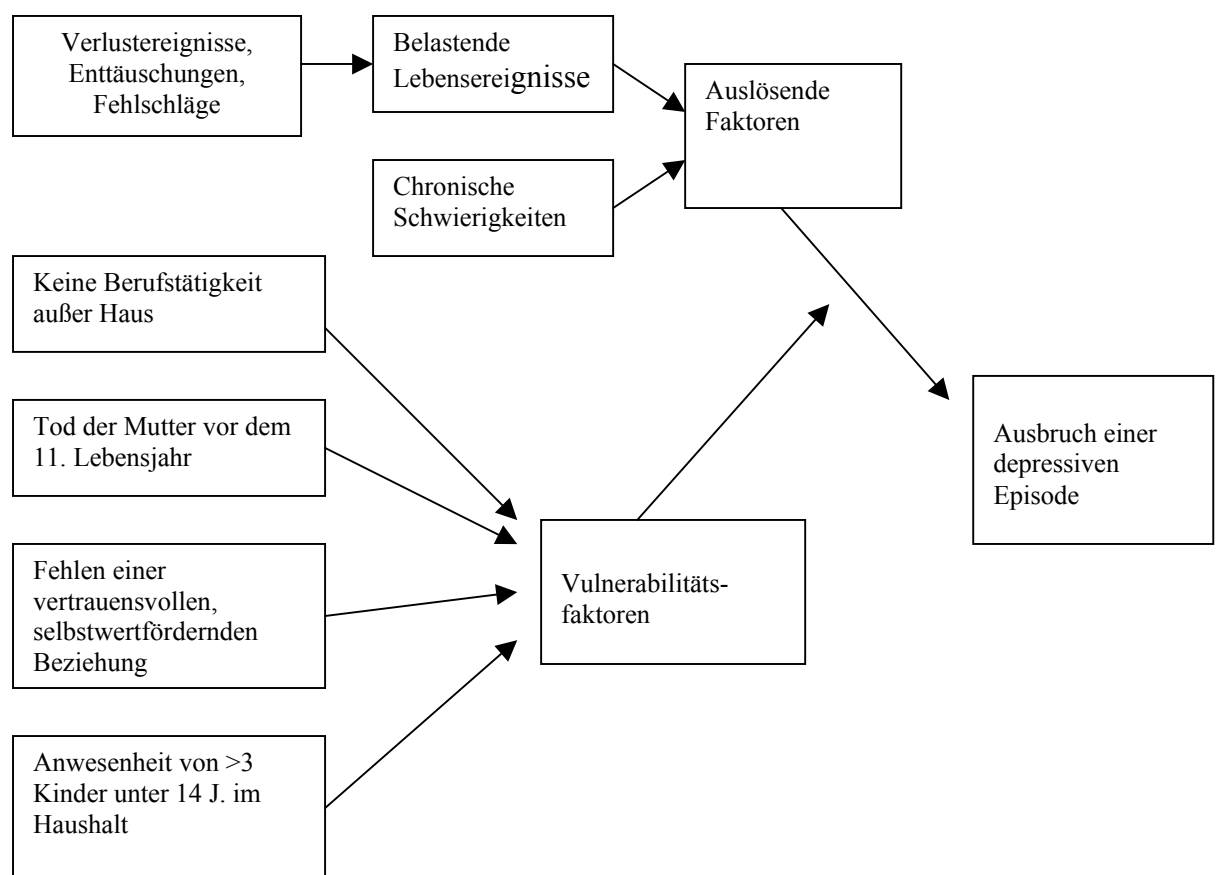
Der Zusammenhang zwischen ungünstigen Attributionsstilen, Denkstilen und Depression (Symptomhypothese) gilt jedoch als gesichert (Hautzinger & deJong-Meyer, 1990). Auch Teasdale (1988) vertritt die Annahme, dass endogene Veränderungen der Stimmung primär seien und die Veränderungen der Kognitionen Folge der depressiven Herabgestimmtheit sind. Depressive Herabgestimmtheit wird oft wenig klar als Veränderung der Dinge, Verminderung der Empfindungsfähigkeit, Gefühle von Hemmung und Unfähigkeit, fehlendes Gefühl für andere zu entwickeln benannt.

Zusammenfassung: Beide Ansätze betonen das Erleben von belastenden Erfahrungen (in der Biografie als auch aktuell), die mit Nichtkontrolle verbunden sind, als wesentliche Faktoren im Generieren von Hilflosigkeitserleben und dem Erleben von Hoffnungslosigkeit. Sie verweisen auf die Relevanz von Kindheitsbelastungsfaktoren. Nach den Annahmen der Theorie der erlernten Hilflosigkeit wird als depressogene Prädisposition bzw. Vulnerabilität die Misserfolgserwartung für die Bewältigung zukünftiger Ereignisse (erlernte Hilflosigkeit), und deren Genese in der Erfahrung von Nichtkontrolle über subjektiv bedeutsame Situationen und die Art der Ursachenzuschreibung (also die Kausalattribution) gesehen. Nach den Annahmen der kognitiven Theorie von Beck werden als Prädisposition typische kognitive Verzerrungen und dysfunktionale Kognitionen, die informationstheoretisch als Schemata recht stabile, überdauernde Muster der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung von Reizen sind, gesehen. Auch diese Schemata entstehen durch belastende Erfahrungen im Sozialisationsprozess, aktuelle stressreiche oder traumatische Erfahrungen oder durch die Akkumulation subtraumatischer, negativer Erfahrungen.

Auch Brown und Harris (1989) greifen bei der Darstellung ihrer Befunde aus gemeindebezogenen Studien zu Lebensereignissen und Depression auf die Beck'sche Theorie sowie auf die Theorie zur erlernten Hilflosigkeit zurück. Für sie sind diese depressogenen Schemata und Hilflosigkeitserleben Vulnerabilität generierende Faktoren.

2.2.4 Das sozial-strukturelle Depressionsmodell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Die von Brown und Harris (1989) getroffene Hauptannahme beinhaltet, dass der Beginn einer Depression aus der Lebensstruktur erwächst, in die der Betroffene eingebettet ist und in die frühe biografische Erfahrungen eingeflossen sind. Angesprochen wird das permanente Wechselspiel zwischen dem sich entwickelnden Selbst in der Kindheit und Jugend und den sozial-strukturellen Faktoren bzw. Gegebenheiten der Umwelt. Dazu gehören auch notwendige Übergänge in Ausbildung und Beruf, Etablierung einer Lebenspartnerschaft, die auf das Individuum in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen / Lebensabschnitten auftreten.



Brown & Harris, 1978; entnommen und modifiziert aus Geyer (1999, S.105)

Abbildung 4: Ein Zweifaktorenmodell des Ausbruchs einer depressiven Episode

In dem Modell (siehe Abbildung 4, Brown & Harris, 1978, erweitert 1989) werden Depressionen als durch zwei Faktoren bedingt angesehen: a) Auslösende Faktoren (belastende Lebensereignisse und chronische Schwierigkeiten, insbesondere Verlustereignisse, Enttäuschungen und Fehlschläge) und b) Vulnerabilitätsfaktoren (beispielsweise negative und nicht selbstwertfördernde Elemente in der Partnerbeziehung, herabgesetztes

Selbstwertgefühl). Als zentrale auslösende Faktoren für eine depressive Episode fanden Brown und Harris in der Camberwell-Studie (1978) und der prospektiven Islington-Studie (1986) spezifische Typen von schweren Ereignissen (mit Verlustcharakter) und fortbestehender Lebensprobleme. Folgende Kriterien zur Definition von Verlustereignissen wurden herangezogen: Gesundheitsbezogene Verluste, Verlust einer wertvollen Idee/Überzeugung, Unterbrechung der Erwartung, dass ein Anderer zu einem hält, seiner Treue und Ehrlichkeit, ein Ereignis, dass das Subjekt dazu bringt bei sich selbst nach diesen Eigenschaften zu fragen (z.B. Tochter nimmt Heroin), Ereignisse, die dazu führen, dass die Identität in ihren Grundfesten erschüttert wird (z.B. Entdeckung, dass Ehemann bisexuell). Eingeschlossen wurden auch Verluste, die Enttäuschungen beinhalten, definiert als das Wiederauftreten eines Problemes, dass man als erledigt betrachtet hatte oder zumindest als deutlich gebessert angenommen hatte. Nicht nur schwerwiegende negative Ereignisse, sondern auch schwierige Lebensumstände zeigten einen additiven Beitrag zur Erhöhung des Depressionsrisikos. Als mit Einfluss nehmend werden auch die sozialen Lebensbedingungen, insbesondere die Zugehörigkeit zur sozial benachteiligten Schicht (Frauen aus Arbeiterhaushalten) gesehen.

Als Vulnerabilitätsfaktoren wurden Mangel an einer intimen, emotional positiven und Selbstwert stützenden Sozialbeziehung, drei und mehr Kinder unter 14 Jahren im Haushalt, keine Berufstätigkeit außer Haus (Arbeiterhaushalte und alleinerziehende Mütter in Islington) und Verlust der Mutter in der Kindheit durch Tod gefunden. Vulnerabilitätsfaktoren für sich alleine beinhalten kein erhöhtes Depressionsrisiko, sie verstärken aber beim Auftreten auslösender Faktoren deren Wirkung und erhöhen darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Dem Mangel an sozialer Unterstützung wird eine Schlüsselrolle zugesprochen.

Aus theoretischer Perspektive wird in herabgesetztem Selbstwertgefühl die gemeinsame Eigenschaft gesehen, die den Vulnerabilitätsfaktoren zugrunde liegt. Der Mangel an einer emotional positiven und Selbstwert stützenden Sozialbeziehung (das Fehlen einer engen Partnerbeziehung) als Vulnerabilitätsfaktor beinhaltet, dass soziale Unterstützung auftretende Belastungen abpuffern kann und darüber die Erkrankungswahrscheinlichkeit vermindert. Eine gute Partnerbeziehung wurde nicht nur als protektiv hinsichtlich eines Depressionsausbruchs gefunden, sondern ihr Fehlen kann auch zu einer Chronifizierung einer bereits bestehenden Erkrankung führen (Brown & Moran, 1994).

Die Anwesenheit von drei und mehr Kindern unter 14 Jahren im Haushalt bindet erhebliche finanzielle und Zeitressourcen, die dann bei der aktiven Bewältigung von akut

auftretenden Problemen fehlen. Die Auswirkungen dieses Vulnerabilitätsfaktors sollte insbesondere in Bevölkerungsschichten mit einer geringen Verfügbarkeit verschiedenster Ressourcen zum Tragen kommen (Arbeiterhaushalte).

Keine Berufstätigkeit außer Haus (Arbeitslosigkeit) vermindert insbesondere die individuellen Bewältigungsressourcen auf finanzieller Seite. Der individuelle Bewegungsspielraum wird eingeeengt. Als eine direkte Auswirkung wird die Verminderung der Selbsteinschätzung und die Tendenz zu aktivem Handeln gesehen.

Als vierter Vulnerabilitätsfaktor benennen Brown und Harris (1978) den frühen Verlust der Mutter, wenn dieser zu mangelnder Fürsorge führt (1989). Der Hintergrund dieses Vulnerabilitätsfaktors sollte sein, dass das Fehlen einer primären Bezugsperson zu defizitären Lernerfahrungen führt. Als Reaktion auf ein Verlustereignis können sich im ersten Schritt relativ spezifische Gefühle von Hoffnungslosigkeit einstellen. Die Person hat üblicherweise eine bedeutende Quelle von Wertschätzung oder Verstärkung verloren, die sie von einer Person, einer Rolle oder einer Idee bezogen hatte. Wenn sich diese spezifischen Gefühle der Hoffnungslosigkeit zu einem allgemeinen Hoffnungslosigkeitserleben weiterentwickeln, dann formieren sie sich zu einer zentralen Eigenschaft der depressiven Störung selbst. Hier verweist Brown auf Aaron Beck (1967) und seine kognitive Theorie der Depression.

1978 weisen Brown und Harris darauf hin, dass ein Viertel der von ihnen untersuchten depressiven Patienten ohne auslösendes Ereignis klinisch auffällig wurden. Daraufhin wurde ein weiterer Faktor in das Modell aufgenommen, den sie Empfänglichkeit oder „susceptibility“ nennen und der eine latente biologische Bereitschaft einer Person ausdrückt, aufgrund eines minimalen Anstoßes eine Depression zu entwickeln.

Seit den frühen 70er Jahren haben Brown und Mitarbeiter Depression als zentrale Thematik behandelt. Die kontinuierliche Verknüpfung von Lebensereignissen und Depression führte zu detaillierten Erkenntnissen über ihre Entwicklungsbedingungen und ihrem Verlauf. Positiv an dem Modell von Brown und Mitarbeitern ist, dass Ereignisse spezifiziert werden, die eine depressogene Wirkung zeigen (Verlustereignisse). Die Wirkweise der Vulnerabilitätsfaktoren wird spezifiziert, indem die Annahme getroffen wird, dass sie zum möglichen Ausbruch einer depressiven Episode nur über eine Erhöhung der Effekte zeitnaher aversiver Ereignisse beitragen. Eher kritisch verbleibt anzumerken, dass die in dem Modell aufgeführten Vulnerabilitätsfaktoren (die ja in empirischen Studien ermittelt wurden) sehr heterogen sind und selbst Stressoren darstellen können und nicht nur Ressourcen zur Bewältigung einer belastenden Situation binden: „keine Berufstätigkeit außer Haus“ und „kleine Kinder im Haushalt“ verweisen auf schwierige Lebensbedingungen bzw. chronischen

Stress; der frühe Tod der Mutter kann sowohl im Rahmen fehlender Fürsorge (emotionale Mangelsituation) als auch fehlender Lernerfahrungen diskutiert werden. Das Fehlen einer stützenden Partnerbeziehung verweist sowohl auf fehlende Ressourcen als auch auf eine mögliche Störung des Bindungsstiles. Die gemeinsame Basis (Wirkweise) dieser sehr heterogenen Faktoren wird in ihrer Auswirkung auf das Selbstwertgefühl gesehen. Sie binden Ressourcen zur Bewältigung – sie kreieren aber auch zusätzlichen Stress. Weiterhin wurden in den Brown-Studien nur Frauen untersucht und es bleibt die Frage, ob dieses Modell nur auf Frauen anwendbar ist.

2.2.5 Tiefenpsychologische Annahmen: Verlust/emotionaler Mangel

Sowohl in der Literatur als auch in der Forschung zum Zusammenhang von Lebensereignissen und Depression wird Verlust- und Trennungsergebnissen hohe Bedeutung zugesprochen. Dies dürfte unter anderem auch auf die entsprechenden Arbeiten von John Bowlby aus den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts zurückgehen.

Konsequenzen von Verlustereignissen (Bowlby, 1991)

In einer Reihe von Untersuchungen trug Bowlby (1991) Befunde zu den Auswirkungen von Todesfällen von Kindern auf die Eltern sowie den Folgen von Elternverlust für Kinder zusammen. Bowlby beschreibt vier Phasen der Bewältigung eines solch schweren Verlusterlebnisses: Trauer und Betäubung, Suche nach der verlorenen Person, Desorganisation und Verzweiflung, und schließlich eine Phase von mehr oder weniger gelungener Reorganisation des Lebens mit der Integration zuvor bestehender und neuer Elemente.

Bowlby (1991) verglich auch Partnerverlust mit der Trauer nach dem Tod eines Kindes. So soll beim Tod eines Partners, auch wenn er abzusehen war, die volle Trauerreaktion erst danach einsetzen. Bei dem Tod eines Kindes (bei vorausgehender Erkrankung) jedoch bereits nach der Diagnose (Betäubungsphase). Das Gelingen einer Neuorientierung des Lebens ist hierbei stark von der Beziehung der Eltern zueinander abhängig. Mögliche Folgen des Todes eines Kindes für Eltern und Geschwister sieht Bowlby in emotionalen Störungen bis hin zur Depression, Psychosen und elterlicher Scheidung.

Umgekehrt untersuchte Bowlby auch die Reaktionen von Kindern auf den Verlust eines Elternteils. Er fand bei Kindern latente, weit in die Zukunft reichende Auswirkungen. Auch wenn das Kind die Zeit direkt nach dem Verlust und seine Jugendzeit ohne sichtbare gravierende Beeinträchtigungen übersteht, kann bei einem weiteren Verlust (Partner) im Erwachsenenalter auch das Risiko für die Entwicklung einer depressiven Episode erhöht sein.

Emotionale Mangelsituationen

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten wird eine Depression als Reaktion einer Person auf einen eingetretenen realen, oder auch subjektiv erlebten oder antizipierten Verlust von für die eigene Person wichtigen Personen, auf Verlust und Einschränkung von Lebensmöglichkeiten, Lebensplänen, auf Einschränkungen im eigenen Selbstbild, in der körperlichen Integrität, der Gesamtheit und Konstanz der psychophysischen Selbstverfügbarkeit gesehen (Wolfersdorf, 1995). Parallel zu Brown und Harris (1989) und auch Tellenbach (1976) geht Wolfersdorf davon aus, dass eine Depression sowohl einen aktuellen wie auch lebensgeschichtlich-biografischen Bezug hat. 1967 prägte Wisdom (zitiert nach Wolfersdorf, 1995) in Anlehnung an Freud (1917) und Abraham (1924) den Begriff der „primären narzißtischen Wunde“, die der Depressive in der Kindheit empfangen habe. Die Auslösung eines depressiven Zustandsbildes im späteren Leben durch einen tatsächlichen (oder subjektiv als solchen erlebten oder antizipierten) Verlust oder die innerseelische Aktivierung eines einmal geschehenen Verlustes ist die Wiederholung dieser frühkindlichen Enttäuschung und Verwundung. Sie wird auch als Ursache für das Bedürfnis nach kompensatorischer Liebe gesehen (dies wird als orale Überbedürftigkeit des Depressiven nach Zuwendung bezeichnet). Für Wolfersdorf sind die häufig in der Kindheit Depressiver zu findenden emotionalen Mangelsituationen zentral. Hierbei wird unter Mangel das Fehlen wachstumsfördernder Auseinandersetzungen von Kind und Bezugsperson gefasst (siehe bindungstheoretische Annahmen, Kapitel 2.4.1).

Eine frühe Mangelerfahrung kann die Entwicklung eines globalen Gefühls des existenziellen Zuwenig bedingen. Für Menschen, die in solchen emotionalen und narzisstischen Mangelsituationen aufwachsen, kann jede Einschränkung, jeder Verlust, jedes Zurückbleiben hinter eigenen und fremden Ansprüchen wieder ein zentrales Mangelgefühl und eine Wiederbelebung der primären narzißtischen Wunde bedingen (Wolfersdorf, 1995).

Als zentrale Ängste Depressiver und darauf bauender Vermeidungsstrategien werden benannt (Wolfersdorf, 1995): Angst vor

- Alleinsein, Herausfallen aus der schützenden Geborgenheit
- Verlust bzw. Bedrohung von Sicherheit
- Verlust der Liebe bedeutender Anderer
- Verlust von Nähe, Trennung, Distanz
- Verlust von Achtung, Wertschätzung, Anerkennung
- Ohnmacht, Hilflosigkeit
- Verlust von körperlicher Selbstverfügbarkeit, Integrität

Tiefenpsychologische Grundannahmen gehen von einer frühkindlichen Mangelenerfahrung im emotionalen Versorgungsbereich aus, was zu einem tiefen Gefühl existentieller Lebensunfähigkeit und einem Defizit im Bereich des Selbstwertgefühls führt. Kompensationsversuche sind Substitution des eigenen Wertgefühls durch Fremdwert (Leistungsorientiertheit, Normorientiertheit) sowie das Eingehen symbiotisch-stabilisierender Beziehungen, die ein überstarkes Bedürfnis nach Nähe, Verständnis und Zuwendung befriedigen (orale Bedürftigkeit). Als auslösende Faktoren der Depression werden Ereignisse gesehen, welche die konstante Verwirklichung dieser Kompensationsstrategien behindern: Verlassenwerden, Abhängigkeit von einem anderen und damit Angst verlassen zu werden, Nachlassen der Verlässlichkeit körperlicher Funktionen, unerwartete Erkrankung, Erinnerung an den eigenen Tod durch Versterben von Freunden, Angehörigen; Verlust als wichtig erachteter Körperteile und damit Verlust körperlicher Integrität; Frustration von Plänen; Bevorzugung anderer Personen vor der eigenen und Nicht-Verwirklichung von Lebenskonzepten (Wolfersdorf, 1995).

Das psychoanalytische Modell nach Wolfersdorf beschreibt sowohl die Elemente einer Prädisposition zu einer depressiven Störung (Defizit im Bereich des Selbstwertgefühls aufgrund eines existentiellen Mangelgefühls, dies führt zu stark störanfälligen Kompensationsversuchen wie Aufbau eigenen Wertgefühls durch Fremdwert über Leistungsorientiertheit und Normorientiertheit sowie das Eingehen symbiotisch-stabilisierender Beziehungen, die ein überstarkes Bedürfnis nach Nähe, Verständnis und Zuwendung befriedigen sollen); die Entwicklung dieser Prädisposition (emotionale Mangelsituation in der Biografie, dem Fehlen wachstumsfördernder Beziehungen) sowie spezifische Lebensereignisse (jedes Ereignis, das diese Kompensationsversuche – aus subjektiver oder objektiver Sicht untergräbt), die eine Depression auslösen können. Im psychodynamischen Modell nach Wolfersdorf sind stressbesetzte Lebensereignisse und Lebensbedingungen nur vor dem Hintergrund einer erworbenen Vulnerabilität bedeutsam.

2.2.6 Das Typus Melancholicus Konzept: Persönlichkeit und Vulnerabilität

Mit dem Typus-Melancholicus-Konzept wird eine bestimmte Strukturierung der Persönlichkeit als Prädisposition für die Entwicklung einer depressiven Störung postuliert. Das Typus-Melancholicus-Konzept wurde 1961 von Tellenbach in die Psychiatrie eingeführt und findet mittlerweile zunehmend Bestätigung in der Forschung (Mundt et al., 1997, in Fiedler, 2000). Nach Mundt und Fiedler (1996) kann man ca. 50% aller schwer depressiven Patienten zu dieser Personengruppe zählen. Bei den Betroffenen handelt es sich um Personen, die durch eine hohe Gewissenhaftigkeit auffallen sowie durch hypernomen Eingebundenheit in

soziale Systeme. Diese ausgeprägte Gewissenhaftigkeit bzw. Normorientiertheit birgt ein hohes Vulnerabilitätsrisiko, wenn sich der Persönlichkeitsstil angesichts verändernder Anforderungen oder in Krisen nicht mehr als tragfähig erweist. Melancholisch Depressive weisen nicht nur eine besondere Schwere in der Erkrankung auf, sie befinden sich auch zumeist mitten in existenziellen Krisen oder müssen schwerwiegende Lebensabschnitte bewältigen.

Hubertus Tellenbach (1976) betont das Zusammenspiel spezifischer Wesensmerkmale, teilweise genetisch bedingt, teilweise erwachsen aus dem familiären Umfeld und der gegebenen Kultur (der dort herrschenden Erziehungsprinzipien, Normen, Erwartungen), der persönlichen Lebenssituation und einem auftretenden Ereignis. Als prädisponierend für eine pathogene Entwicklung zur Depression wird die ganz spezifische Ordnung sowohl in den Arbeitsbezügen als auch den mitmenschlichen Bezügen gesehen, die es dem so strukturierten Individuum nicht möglich machen, auf Ereignisse, die eine Änderung des Verhaltens erfordern, adäquat zu reagieren. Als Auslöser gilt jedes Ereignis, das die feste Ordnung stört und ein Anforderungspotenzial zur Änderung in sich trägt (Renovierung, Umzug, Krankheit etc.).

In diesem Sinne kann der Ansatz von Tellenbach als Erweiterung des Brownschen Ansatzes gesehen werden, da über die Verlustereignisse hinaus sehr vielfältigen Ereignissen (auch minoren) ein möglicher depressogener Effekt beim Auftreffen auf eine entsprechend „vulnerable“ Person eingeräumt wird.

Nach Tellenbach braucht ein melancholisch Depressiver eine bestimmte Art der Strukturierung seiner Umweltbezüge, um den Alltag meistern zu können. Dies zeigte sich sowohl im Beruf als auch insbesondere in seinen privaten, mitmenschlichen Bezügen. Tellenbach verweist auf die Unabdingbarkeit der festen Ordnung, um das seelische Gleichgewicht halten zu können. Nach Tellenbach liegen eingreifende Ordnungsstörungen regelmäßig im Vorfeld der Phasen. Das Bedrohliche liegt in der Weise, wie Ordnung selbst bejaht und gelebt wird, und dass daran die Selbstverwirklichung gebunden sei. Einige Grundsituationen des Typus Melancholicus scheinen darin übereinzustimmen, dass der in ihnen engagierte Mensch spezifisch durch einen bestimmten Modus des Ordnung-habens und In-Ordnung-seins gekennzeichnet ist, und dass immer dann, wenn diese Ordnung als ernstlich bedroht erfahren wird, zugleich eine Bedrohung des Daseins insgesamt gegeben ist.

J. Zutt (1953, in Tellenbach, 1976, S. 77) führte den Begriff der Ordnung in die Psychiatrie ein. Er versteht darunter Ordnungen, in denen ein Subjekt steht bzw. denen es gegenübersteht, selbst ordnend und Ordnung erfahrend, sich Ordnung fügend oder solche

verwerfend. Die spezifische Form eines primären „Subjekt-Welt-Bezuges“, in der ein einzelner geborgen ist, nennt Zutt „Daseinsordnung“. Deren Erschütterung kann für den Einzelnen von Entbergung, Mißtrauen, Angst gefolgt sein (Wohnordnung/Umzugsdepression).

2.3 Die Rolle vorauslaufender depressiver Episoden

In mehreren klinischen Verlaufsstudien wurde gefunden, dass Rückfälle vermehrt ohne vorausgehenden Lebensstress auftreten. So fanden Hunt, Bruce-Jones und Silverstone (1992) nur bei einem Fünftel der Rückfälle ein schwerwiegendes Lebensereignis im Vorfeld. Auch Brown & Moran (1994) fanden in einer Stichprobe von 127 Frauen, die die psychiatrischen Abteilungen zweier Kliniken im nördlichen London aufsuchten, dass bei Ersterkrankten zu 59% ein schwerwiegendes Ereignis im Vorfeld gegeben war, bei mehrfach Erkrankten dagegen nur zu 22%.

Im Folgenden wird dargestellt, inwiefern eine einmal aufgetretene depressive Episode zu Veränderungen im biologischen Substrat (dem neuroendokrinen System, Post, 1992; Sapolsky, 2001), zur Änderung in der kognitiven Informationsverarbeitung (Teasdale, 1988) und zu Änderungen des interpersonellen Stils (Coyne, 1976a, 1976b; Lewinsohn, 1974) führen kann. Diese intraindividuellen Veränderungen können sowohl zu einer Änderung in der Reagibilität auf Umweltereignisse führen als auch das Auftreten spezifischer interpersoneller Ereignisse mithervorbringen und somit das Wiederauftreten einer depressiven Episode begünstigen.

2.3.1 Gewohnheitsdepression oder die Kindling-Hypothese

Das bekannteste psychobiologische Modell ist jenes von Post (1992), das sowohl eine Episodensensibilisierung als auch eine Sensibilisierung für Umweltreize postuliert und als Erklärung für die Ausbildung von „Gewohnheitsdepressionen“ dient. Das Modell von Post beruht auf dem Prinzip einer gesteigerten Empfindlichkeit (sensitization) für anfänglich nicht pathogene Reize. So konnte für Anfallsleiden (Epilepsie) in Tierversuchen gezeigt werden, dass eine fortgesetzte elektrophysiologische Stimulation, die jeweils unterhalb der anfänglichen Schwelle waren, um einen Anfall zu erzeugen, schließlich einen Anfall auslösten. Nach genügend vielen Induktionen traten diese Anfälle spontan auf. Diese Entwicklung von exogener Auslösung zu autonomem Auftreten ohne externe Stimulation wird als „kindling“ bezeichnet. Das Modell bietet Hinweise darauf, wie sich der Übergang von extern ausgelösten hin zu autonomen depressiven Episoden vollziehen könnte. Zur weiteren neurobiologischen Beeinflussung führt Post aus, dass eine Aktivierung der Neurotransmittersysteme nicht nur kurzzeitige neuronale Veränderungen hervorruft, sondern

gleichzeitig eine Kaskade intrazellulärer Veränderungen in Gang gesetzt wird, insbesondere auf der Ebene von Gen-Transkriptionen, die zu lang andauernden Effekten auf die Reaktivität des Organismus führen können. Neben einer erhöhten Empfindlichkeit für Stressoren (Reagibilität auf Umweltreize) wird auch eine erhöhte Sensibilität für die Manifestation weiterer depressiver Episoden (Episodensensibilisierung) postuliert. Das Auftreten einer depressiven Episode und die damit einhergehenden Neurotransmitter- und Peptidveränderungen (Corticotropin Releasing Factor plus Schilddrüsenhormon) können Spuren (Narben) hinterlassen, die eine Prädisposition für zukünftige Episoden darstellen (den Weg bahnen). Bei Mehrfacherkranken (den Individuen mit einem Rückfall in der vorliegenden Arbeit) kann es also Post und anderen zufolge, zu einem zunehmend autonomen Verlauf mit minimalem auslösendem Stress gekommen sein (siehe auch Sapolsky, 2001).

Kendler, Thornton und Gardner (2000) konnten mit den Daten einer Langzeitverlaufsstudie des Virginia-Zwillingsregisters (1943 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 36,3 Jahre) bestätigen, dass die ätiologische Rolle von stressbesetzten Lebensereignissen für die Entwicklung einer Major Depression bei Individuen mit einem Rückfall gegenüber einer Ersterkrankung herabgesetzt ist. Folgende Ergebnisse wurden berichtet: Von 0 bis 9 depressiven Episoden ging der depressogene Effekt von stressbesetzten Lebensereignissen substantiell mit steigender Episodenanzahl zurück, verblieb aber im signifikanten Bereich. War keine depressive Episode vorausgegangen, lag der depressogene Effekt (Odd Ratio) für stressbesetzte Lebensereignisse bei 9,4, bei acht vorausgegangenen Episoden lag er bei 3,1 und bei neunzehn vorausgegangenen Episoden wieder bei 5,0. Dieses Muster blieb stabil auch unter Hinzunahme der Schwere der Ereignisse, des genetischen Risikos und der Begrenzung auf unabhängige Ereignisse.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Assoziation zwischen der Anzahl vorausgehender Episoden und dem pathogenen Einfluss von stressbesetzten Lebensereignissen auf die Ausbildung einer depressiven Episode möglicherweise kausal und zweiphasig ist. Bis zu neun Episoden lässt sich ein Rückgang des pathogenen Einflusses beobachten und dann erfolgt eine Stabilisierung der Effekte. Diese Ergebnisse sprechen für die Kindling-Hypothese. Sie lassen aber auch die Annahme einer Schwelle zu, ab welcher das Gehirn/das neuronale System nicht mehr zusätzlich sensitiviert wird für den depressiven Zustand.

2.3.2 Änderungen in der kognitiven Informationsverarbeitung

Eine einmal aufgetretene depressive Episode kann zu erheblichen Veränderungen in der kognitiven Informationsverarbeitung führen, indem sie die Aktivierung negativer

Denkprozesse erleichtert (Teasdale, 1983, 1988). Teasdales differentielle Aktivations-Hypothese basiert auf der semantischen Netzwerktheorie. Diese erklärt die Effekte der aktuellen Stimmungsabhängigkeit und Stimmungskongruenz auf die Erinnerung bzw. auf das, was erinnert wird (Blaney, 1986; Bower 1981). Wird also eine Person durch ein äußeres Ereignis in eine traurige Stimmung versetzt, dann werden auch negative Erinnerungsstrukturen aktiviert. Eine sich ausbreitende Aktivierung von ähnlichen negativen Gedächtnisstrukturen im Gehirn bringt weitere traurige Erinnerungen zum Bewusstsein, welche dann die negative Emotion aufrechterhalten und den weiteren Abruf von negativen Erinnerungen verstärken (Bower, 1981). Aufbauend auf dieser Forschung trifft Teasdale die Annahme, dass fehlangepasste, negative Denkprozesse aktiviert werden, wenn eine Person leicht depressiv ist, und diese bestehen fort, wenn die depressive Episode an Schwere und Dauer zunimmt. Die differentielle Aktivationshypothese beschreibt somit einen Teufelskreis zwischen negativen Erinnerungen, trauriger Stimmung und negativer Interpretation neuer Ereignisse, die eine persistierende depressive Bedingung schaffen. Teasdale nimmt an, dass viele der frühen Erfahrungen von „chronisch“ Depressiven aversiv und /oder unkontrollierbar waren und auch als solche erinnert werden. Der Beginn der Depression macht den Abruf solcher negativer Erinnerungen leichter, als den Abruf von glücklichen Erinnerungen. Dieser negative Zyklus im Denken kreiert eine beständige depressive Bedingung (Teasdale & Barnard, 1993). Hieraus kann für Personen mit einem Rückfall, da der negative Zyklus im Denken bereits gebahnt wurde, parallel zu den Annahmen einer Gewohnheitsdepression (Post, 1992) angenommen werden, dass auch auf geringere Stressoren bzw. ohne erkennbare Stressbelastung ein Rückfall auftreten kann.

2.3.3 Änderungen im interpersonellen Stil

Negative soziale Interaktionen sind für Rückfall und chronische Depression mitverantwortlich (Coyne, 1976a, 1976b; Lewinsohn, 1974). Lewinsohn (1974) nimmt an, dass die mangelnden sozialen Fertigkeiten Depressiver, ihr herabgesetztes prosoziales Verhalten und die Reduktion in der Fähigkeit, sich an positiven Ereignissen zu freuen, das Erleben positiver Verstärkung in der Umwelt reduzieren (Verstärkerverlusttheorie). Coynes Theorie des depressiven Kreislaufes beschreibt, wie der Depressive aufgrund seiner Symptome und emotionalen Bedürfnisse negatives Feedback aus dem sozialen Umfeld erhält; der folgende Rückzug von Unterstützung und Aufmerksamkeit aus dem sozialen Umfeld hält dann den depressiven Zyklus aufrecht.

Die Theorie von Lewinsohn (1974) baut auf der Arbeit von Skinner (1953) und Costello (1972) auf. Beide gehen davon aus, dass Depression das Resultat eines Mangels an

positiver Verstärkung in dem sozialen Umfeld ist. Lewinsohn trifft folgende Annahmen: a) Es gibt eine kausale Beziehung zwischen dem Mangel an positiver Verstärkung und Dysphorie (dauerhafter depressiver Verstimmung). b) Depressives Verhalten wird aufrechterhalten und unterstützt durch das soziale Umfeld und zwar durch Interessensbekundung und Mitleid. c) Defizitäre soziale Fertigkeiten gehen oft einem Abbau von positiver Verstärkung aus dem Umfeld voraus. Parallel zu Coyne nimmt er weiterhin an, dass depressives Verhalten zwar kurzfristig Unterstützung erhöhen kann, dass es aber längerfristig aversiv auf die Umgebung wirkt und dann zu Rückzug und Rückgang der Unterstützung führt (Lara & Klein, 1999). Lewinsohns Theorie fand Unterstützung in verschiedenen Studien, in denen gezeigt werden konnte, dass Depressive weniger soziale Fertigkeiten aufweisen als nichtdepressive Kontrollpersonen, weniger zwischenmenschliche Interaktionen zeigen und weniger positive Verstärkung und höhere Raten aversiver Erfahrungen zeigen sowie auf andere sehr viel langsamer reagieren (Gotlib, 1982; Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980).

Coyne (1976a, 1976b) befasst sich mehr mit dem Einfluss, den das depressive Verhalten selbst auf die Familie und den Freundeskreis über die Zeit hinweg ausübt. Er geht davon aus, dass die konstante Forderung des Depressiven nach Sympathie, Interesse und Mitgefühl mit der Zeit für das nahe Umfeld lästig wird und weitere Interaktionen unerfreulich und nicht wünschenswert werden lässt (Lara & Klein, 1999). Die Depressiven bemerken, dass die unterstützenden Worte der anderen zunehmend gezwungen sind und das Umfeld feindseliger wird. Als Reaktion auf diese Wahrnehmung soll dann der Depressive noch abhängiger und hilfloser werden in seinem Bemühen, die ursprüngliche Aufmerksamkeit und Unterstützung wieder abzurufen. Dies wiederum soll zu noch negativeren Reaktionen bis hin zur Zurückweisung in Freundeskreis und Familie führen.

Es existieren mehrere Studien, die überprüft haben, ob Depressive eine feindliche Umwelt für sich selbst kreieren. So fand beispielsweise Coyne (1976a; Coyne et al. 1987), dass klinisch Depressive bereits in einem 20-minütigen Telefongespräch negative Gefühle und Zurückweisung bei einer Zielperson induzierten. Coyne geht weiterhin davon aus, dass chronische interpersonelle Schwierigkeiten die Dauer einer Depression beeinflussen. So fanden auch Brown und Moran (1994) in einer Gemeindestichprobe, dass schwere interpersonelle Probleme mit einer erwachsenen Schlüsselperson oder einem Kind, die entweder kurz vor Ausbruch oder während depressiver Episode auftraten, das Fortbestehen der Symptomatik beim 12-Monats-Follow-Up voraussagen konnten. Auch Swindle, Cronkite und Moos (1989) fanden, dass bestehender Familienkonflikt Depressionen in einem 4-Jahres-Follow-Up voraussagen konnte.

2.3.4 Neurohumorale Veränderungen und abgesenkte Stressregulation

Depressionen können neurowissenschaftlichen Befunden zufolge als eine Störung der adaptiven Funktionen des Gehirns aufgefasst werden (Sapolsky, 2001). Mit neuen bildgebenden Verfahren wie der Positronen-Emissionstomografie (PET) konnte gezeigt werden, dass bei Depressiven wichtige Hirnfunktionen und sogar die Struktur der grauen Masse im Vergleich zu Gesunden deutlich verändert ist (Sapolsky, 2001) und eine schlechte Stressregulation bei der Ausbildung von depressiven Episoden eine zentrale Rolle spielt.

Bisher standen vor allem zwei neuroendokrinologische Systeme im Zentrum des Interesses: Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNR) und die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse (HPT) (vgl. Rubin & Poland, 1983; in Hautzinger et al. 1990, S. 147). Die HHNR-Achse wird von Norepinephrin in ihrer Wirkweise gehemmt, während Serotonin und Acetylcholin stimulierenden Einfluss nehmen. Das Verbindungsglied von diesen Neurotransmittern zu dem endokrinen System stellt ein Neuropeptid dar, der sogenannte Corticotrope Releasing Factor (CRF). Dieser kontrolliert über hormonelle Prozesse (ACTH) die Kortisol-Ausschüttung der Nebennierenrinde und erzeugt das Gefühl von Angst. Normalerweise schüttet der Körper diese Hormone aus, wenn akute Gefahr droht. Bei Gesunden lässt dieser Effekt wieder nach, sobald die bedrohliche Situation überstanden ist. Über eine Rückkoppelung zum Gehirn wird die Hormonproduktion gedrosselt. Bei Depressiven scheint diese Rückkoppelung zu versagen. Depressive weisen im Vergleich zu Gesunden eine erhöhte Kortisolkonzentration im Blut, im Urin und in der Cerebrospinalflüssigkeit auf (Rubin & Poland, 1983).

Als spezifischer Indikator der Hyperaktivität der HHNR-Achse gilt die Reaktion des Körpers auf Dexamethason (DST). Dexamethason unterdrückt die Cortisolproduktion für mindestens 24 Stunden. Manche Depressive zeigen bereits nach deutlich kürzerer Zeit als Gesunde und andere psychisch Erkrankte wieder normale und somit deutlich höhere Kortisolwerte. Dieser „early escape“ gilt als Hinweis für die Hyperaktivität der HHNR-Achse bei (endogen) Depressiven (Hautzinger et al. 1990, S.148).

Das aktuellste biologische Depressionsstressmodell geht von einem „CRF (Corticotropin-Releasing-Factor)-Over-Drive“ als Folge und Mediator eines andauernden, nicht adaptierbaren Stresses aus (Sapolsky, 1996, 2001). Als ein weiterer wesentlicher pathogenetischer Mechanismus in der Depression wird eine Herrunterregulierung der Glucocorticoid-Rezeptoren als Folge der erhöhten Kortisol-Spiegel angenommen (z. B. Lupien et al. 1998). Besonders in seiner hippocampalen Lokalisation soll dieser Vorgang zu einer

Disinhibition der negativen Rückkoppelung in der HHNR-Achse führen (Sapolsky, 1996; Perry, 2001).

Nach Sapolsky (2001) führen Depressionen im Verlauf der ersten Jahre zu einer Hippocampusatrophie. Diese Atrophie soll eindeutig erst im Verlauf der Depression entstehen. Die funktionelle Kernspintomografie verbildlicht wie Depressionen zu nachweisbaren Stoffwechselveränderungen im Gehirn führen. Längerdauernde Depressionen hinterlassen demzufolge, genau wie längerdauernder Schmerz, Spuren im Gehirn (siehe auch Post, 1992).

Die Annahme einer Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bei unbehandelten depressiven Patienten ist in der Forschung unbestritten. Zustandsabhängig finden sich eine erhöhte Freisetzung von Kortikotropin-Releasing-Hormon, adrenokortikotropem Hormon und Cortison sowie eine fehlende Unterdrückungsreaktion (Suppression) im Dexamethason-Test. Diese Veränderungen entsprechen einer Aktivierung von stressassoziierten Systemen. Eine solche Überaktivität der stressassoziierten Systeme kann sowohl die Wahrnehmung von als auch die Bewältigung von zeitnahen belastenden Ereignissen deutlich erschweren. Neurowissenschaftliche Befunde/Annahmen lassen verständlich werden, wie es zu einer dauerhaften Erhöhung der Sensitivität auf belastende Ereignisse kommen kann (insbesondere bei Nichterkennen der Depression und fehlender Behandlung). Diese Erhöhung der Effektsensitivität müsste sich wiederum insbesondere bei Personen mit einer Mehrfacherkrankung zeigen, da nach Sapolsky eine Hippocampusatrophie und damit eine verminderte hippocampale Neurogenese erst im Verlauf der Depression entstehen soll.

2.4 Vulnerabilität als Langzeitfolge von Kindheitsbelastungen

Kindheitsbelastungen können sowohl die soeben angesprochenen biologischen (neurohumoralen) Änderungen in der Stressregulation mitbedingen als auch emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen in Gang setzen, die lebenslange Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit aufweisen können (Egle, Hardt, Nickel, Kappis & Hoffmann, 2002; Rutter, 1989; Rutter & O'Connor, 2004). Egle und Mitarbeiter entwarfen auf der Basis einer integrativen Betrachtung von multidisziplinären Befunden (aus dem Bereich der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychopathologie und der modernen Neurowissenschaften) ein bio-psychopathologisches Vulnerabilitätsmodell (Egle et al., 2002). In dem Modell werden Anhaltspunkte gegeben, wie es zur Ausbildung von „überdauernden“ Vulnerabilitäten (erhöhte Sensitivität gegenüber Stressoren, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Änderungen) durch Kindheitsbelastungsfaktoren kommen kann. Auf der

Basis dieser überdauernden Vulnerabilitäten kann sich ein breites Spektrum an körperlichen Störungen (bspw. Minderwuchs) und psychischen Störungen (bspw. depressive Störungen und Angststörungen) entwickeln. Insbesondere wird Vulnerabilität aufgrund von Bindungsstörungen betont: Dies steht sowohl in Einklang mit den berichteten tiefenpsychologischen Modellannahmen, zur hohen Prävalenz emotionaler Mangelsituation in der Kindheit von depressiv erkrankten Menschen (siehe auch Abs. 2.2.5), dem sozialstrukturellen Depressionsmodell von Brown und Harris (1989), den Annahmen von Teasdale (1988) und vielen anderen. Wie sich eine solche Vulnerabilität entwickelt und darstellt wird im Folgenden näher ausgeführt.

Vulnerabilität aufgrund von Bindungsstörungen

Die frühe Eltern-Kind-Beziehung bildet die Basis für alle nachfolgenden Beziehungen und ihr Misslingen führt zur Ausbildung einer relativ überdauernden Behinderung in der Fähigkeit, im Erwachsenenalter enge und vertrauensvolle Beziehungen aufbauen zu können (Bowlby, 1977). Die Schlüsselbedrohung kommt aus dem Langzeiteffekt der frühen Bindungserfahrungen, die die Ausbildung der nachfolgenden Bindungen formen.

Bowlby (1977) konstatiert, dass Fürsorgepersonen zwei Rollen innehaben: Erstens müssen sie verfügbar sein und sich verantwortlich fühlen für die aufkommenden Bedürfnisse des Kindes. Zweitens müssen sie einschreiten, wenn das Kind in Schwierigkeiten ist (Schutz gewähren). Pathogene Elternschaft beinhaltet 1) Eltern, die sich kontinuierlich unverantwortlich fühlen und nicht auf das betreuungserweckende Verhalten des Kindes reagieren und / oder aktiv solche Forderungen zurückweisen, 2) Diskontinuitäten in der elterlichen Fürsorge und 3) Elternteile, die die normale Eltern-Kind-Beziehung umdrehen. Längsschnittstudien konnten zeigen, dass diese früh determinierte Form des Bindungsverhaltens mit recht hoher Konstanz bis ins Erwachsenenalter die Gestaltung von Beziehungen zu anderen Menschen prägt (Fremmer-Bombik & Grossmann, 1993, in Egle et al., 2002; Grossmann & Grossmann, 2004). Weiterhin ist auch eine transgenerationale Weitergabe belegt. So konnte beispielsweise Elder, George und Shanahan (1996) eine substantielle Kontinuität in der Beziehungsqualität der Eltern und der ihrer Kinder sowie eine intergenerationelle Reproduktion von ungeeigneter Elternschaft und familiärem Stress aufzeigen.

Mangelhafte Fürsorge fixiert das Individuum auf Gefühle von Hilflosigkeit, erleichtert Gefühle von Inferiorität und Selbstherabsetzung und macht das Individuum vulnerabel für Frustrationserlebnisse oder Deprivation durch nachfolgende Liebesobjekte. Bowlby nahm an,

dass solche elterliche Deprivation zu einem ängstlichen Bindungsstil beim Kind führt. Das Kind ist ängstlich, unsicher und abhängig und unter Stress dazu prädisponiert, neurotische Symptome, insbesondere Depressionen auszubilden. Fürsorge- und Schutzverletzungen machen das Kind vulnerabel mit der Konsequenz eines niedrigen Niveaus von Selbstwertgefühl und positiver Selbsteinschätzung (Parker, 1992). Dysfunktionale elterliche Einstellungen fördern „dysfunktionale Selbstschemata“ im Kind und systematische kognitive Störungen und erhöhen somit die Anfälligkeit für Lebensstress (Perris, 1988).

Weiterhin kann ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigen. Tierexperimentelle Untersuchungen belegen eine enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungsstörungen einerseits und endokrinen Reaktionen auf das Stressverarbeitungssystem und körperliches Wachstum andererseits (Meany et al., 1993). Früher Stress bei Kindern kann zu einer gesteigerten ACTH-Reaktion auf CRF führen, d. h. zu einer Sensitivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHNR)-Achse (Heim & Nemeroff, 1999; Kaufman et al., 1997).

Abhängig von der Dauer der gemachten aversiven Erfahrung soll nur eine begrenzte Erholung möglich sein. Langanhaltende oder häufig sich wiederholende biologische bzw. psychosoziale Stresseinwirkungen im Verlauf des Lebens führen über erhöhte Glucocorticoid-Spiegel (De Bellis et al., 1994) zu Schädigungen des Hippocampus (Bremner, 1999) und Einbußen im deklarativen Gedächtnis, d. h. zu erheblichen kognitiven Einschränkungen (Lupien et al., 1998). Weiterhin führen sie über erhöhte Dopamin/Noradrenalin-Spiegel zu Schädigungen im Bereich des orbitalen Cortex präfrontalis (z. B. Braun et al., 2000) sowie zu einer anhaltenden Dysfunktion des autonomen Nervensystems (Perry, 2001).

Egle und Mitarbeiter (2002) kommen auf der Grundlage dieser Befundlage zu der Schlussfolgerung, dass früh einwirkende Kindheitsbelastungsfaktoren, insbesondere Verletzungen des genetisch determinierten Bindungsbedürfnisses durch sexuellen und körperlichen Missbrauch und Vernachlässigung, zu einer lebenslang erhöhten Stressvulnerabilität führen können. Hierbei nimmt eine verstärkte CRF-Ausschüttung biologisch eine zentrale Rolle ein (Heim & Nemeroff, 2001). Eine solche Dysfunktion der stressassoziierten Systeme kann einmal die Entwicklung multipler körperlicher Beschwerden bewirken (Heim et al., 2000). Zum anderen kann es über Schädigungen im Bereich des orbitalen Cortex präfrontalis zu Einschränkungen in der kognitiven Stressbewältigung wie Coping, Planung und Organisation von Handlungen und der Hemmung ungeeigneter Antworten kommen.

Im Folgenden werden einmal weitere mögliche Wege der Überleitung von aversiven Erfahrungen in der Kindheit und Jugend in eine psychische Störung im Erwachsenenalter betrachtet (Risikofaktorenforschung). Zum anderen wird mit der Einführung des Konzeptes der differentiellen Entwicklungspfade (entwicklungsgefährdende und entwicklungsfördernde Bedingungen), der Schutzfaktoren und der psychosozialen Resilienz der Blick auch auf mögliche positive Ressourcen in der Biografie, die das Risiko für die Erkrankung an einer Depression und deren weiteren Verlauf positiv beeinflussen können, gerichtet. Leitfrage der Forschung zu differentiellen Entwicklungsbedingungen war und ist: Warum entwickeln sich manche Kinder trotz außerordentlicher Belastungen zu „gesunden“ Erwachsenen, während andere dauerhaft geschädigt werden?

2.5 Differentielle Entwicklungspfade: Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Frühe Längsschnittstudien mit Kindern und Adoleszenten aus problembehafteten, unterprivilegierten Verhältnissen (Garmezy et al., 1985; Rutter, 1985; Rutter & Quinton, 1984; Werner & Smith, 1989), die im Schnittpunkt von Risikoforschung und Entwicklungspsychologie angesiedelt waren, konnten wesentliche Erkenntnisse über differentielle Entwicklungsbedingungen vermitteln. So konnte die hohe Bedeutung und Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren (entwicklungsgefährdenden und entwicklungsfördernden Bedingungen) in der Betreuungsumwelt und in der Person des Kindes auf die Beziehung von Bewältigung und Entwicklung aufgezeigt werden.

Im Schnittpunkt der Interessen von klinisch-psychologischer Ätiologieforschung und Entwicklungspsychologie hat sich zu Beginn der 80er Jahre die neue Disziplin der „Developmental Psychopathology“ herausgebildet. Ulich (1988) übersetzt dies mit Entwicklungspsychologie psychischer Störungen, die Mainzer Arbeitsgruppe um Egle und Hoffmann (2000) spricht von Entwicklungspsychopathologie. Ein wesentliches Ziel dieser Bestrebungen war die Annäherung von Entwicklungspsychologie und Klinischer Psychologie, bzw. das vergleichende Studium normativer und nicht-normativer Entwicklung. Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Beziehungen zwischen frühen Entwicklungen und späten Störungen keineswegs eindeutig oder direkt sind (Rutter, 1987), stellte sich die Frage, inwieweit es überhaupt möglich ist, Fehlentwicklungen und spätere Störungen aus Entwicklungsprozessen und Merkmalsausprägungen in jeweils früheren Lebensphasen vorherzusagen (Rutter, 1987; Ulich, 1988). Die Forscher sahen sich deshalb vor die Aufgabe gestellt, distale Einflussfaktoren und ihr Zusammenhang mit proximalen Verursachungen herausarbeiten zu müssen (Cicchetti & Toth, 1998). Die Frage nach der Vorhersagbarkeit von

Entwicklung und Fehlentwicklung schließt die Frage nach der Rolle bestimmter Risiko- und Schutzfaktoren ein. Somit kann die Risikoforschung als ein wichtiger Kernbereich der Entwicklungspsychopathologie angesehen werden.

2.5.1 Risikofaktorenforschung und kindliche Entwicklung

Die Risikofaktorenforschung thematisiert intra- und interindividuell unterschiedliche Bedingungen von Entwicklung und Fehlentwicklung und betont, dass das Gewicht eines möglichen Einflussfaktors stets im Zusammenhang mit vielen anderen Bedingungen gesehen werden muss (Rutter, 1987). Aus diesem Zusammenhang ergeben sich dann bestimmte Wahrscheinlichkeiten von Entwicklung und Fehlentwicklung. Anstelle von deterministischen und monokausalen Entwicklungskonzepten (wie der mütterlichen Deprivationstheorie) wurden in Folge probabilistische und multidimensionale Modelle formuliert. Bis in die 70er Jahre wurden jedoch überwiegend entwicklungsgefährdende Bedingungen und Fehlentwicklungen betrachtet. Zentrale Befunde sind:

- Chronische Disharmonie in der Familie, niedriger sozioökonomischer Status, große Familien und geringer Wohnraum, Kriminalität eines Elternteils, psychische Störungen der Mutter, Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle (z. B. Polizei) wurden als entwicklungsgefährdende Bedingungen identifiziert (Rutter, 1987).
- Entscheidend ist die Wechselwirkung und die kumulative Wirkung verschiedener Stressoren. Ein Risikofaktor alleine erhöht noch nicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsstörungen, während bereits zwei Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit um das Vierfache erhöhen. Aus den Längsschnittstudien von Rutter (1985), Rutter und Quinton (1984), Werner und Smith (1992) und Cederblad et al. (1994) ist vor allem bei der Kumulation von Risiken eine Störungsentwicklung wahrscheinlich. Das Zusammenwirken einzelner Faktoren kann linear additiv, multiplikativ oder sogar exponentiell sein (Bender & Lösel, 2000).
- Erfahrungen haben auf allen Altersstufen Auswirkungen und nicht nur in der frühen Kindheit. Frühkindliche Belastungen oder Störungen können durch spätere positive Erfahrungen ausgeglichen oder korrigiert werden (immer in Abhängigkeit von der Dauer und der Schwere der Erfahrung (Rutter & O'Connor, 2004).

Betont wird die Vielfältigkeit der individuellen Entwicklung: So folgt insbesondere die soziale Entwicklung mehr als einem Pfad und hat mehr als einen Endpunkt, d. h. es existiert eine Pluralität von Entwicklungspfaden (Multifinalität). Aber unter gewissen Umständen kann es zu Langzeitereignisketten von aversiven frühen Erfahrungen kommen. Hierbei wird auch von indirekten Effekten derartiger belastender früher Erfahrungen auf die Entwicklung

ausgegangen (Rutter, 1989). Der Einfluss (die Wirkung) eines aversiven Faktors in der Kindheit kann sowohl zu einer direkten Verhaltensänderungen führen, aber auch eine Art Kettenreaktion in Gang setzten, so dass ein „bad thing“ zum anderen führt (Brown & Harris, 1989; Rutter, 1989). Rutter (1989) skizziert folgende Wege, wie Belastungsfaktoren zu psychischen Störungen im Erwachsenenalter führen können:

- Sie können unmittelbar zu Störungen führen, die dann, weitgehend unabhängig von diesen Auslösern, bis ins Erwachsenenalter andauern.
- Sie können zu körperlichen Veränderungen führen, welche die spätere Gesundheit beeinflussen.
- Sie können direkt zu anderen Verhaltensmustern führen, die trotz Einwirkung zum Zeitpunkt des akuten Ereignisses erst einige Jahre später die Form einer offensichtlichen Störung bekommen. Durch Wiederholung bilden sich gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen aus, die selbstverstärkend wirken und die auch von der Umwelt verstärkt werden. Nach Rutter und Kollegen gibt es Hinweise darauf, dass junge Menschen internale Arbeitsmodelle ihrer gemachten Erfahrungen und ihrer Interaktionen mit anderen aufbauen (Bretherton & Mulholland, 1999; Teasdale & Barnard, 1993). Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass kognitive/affektive Verarbeitungsprozesse zumindest teilweise an der Überleitung von aversiven Erfahrungen in schlecht angepasstes Verhalten beteiligt sind.
- Sie können zu einer Veränderung der Stressempfindlichkeit oder der Bewältigungsmechanismen führen, was wiederum bei späteren belastenden Ereignissen die Anfälligkeit für Störungen erhöht (vgl. Kapitel 2.4 zu Veränderungen im neuroendokrinen System, die durch Belastungen in der Kindheit, insbesondere Bindungsstörungen verursacht sind).
- Sie können das Selbstkonzept, die Einstellungen oder den kognitiven Zustand verändern, was einen Einfluss auf die Bewältigungsfähigkeit späterer belastender Situationen hat. Kindheitsbelastungsfaktoren können eine überdauernde Vulnerabilität für spätere psychische Störungen erzeugen, indem sie zu herabgesetztem Selbstwertgefühl und dem Gefühl, Probleme nicht meistern zu können, führen. Diese Annahme wird auch von Brown und Harris (1989) als einer jener Mechanismen zwischen mangelhafter gefühlsbezogener Fürsorge in der Kindheit und der Vulnerabilität für eine Depressionen im Erwachsenenleben vertreten (vgl. Kapitel 2.4).

- Schließlich können sie durch Beeinflussung der Wahl des sozialen Umfeldes und Verhinderung günstiger Rahmenbedingungen eine Wirkung auf späteres Verhalten haben. Individuelles Verhalten oder Erfahrungen in der Kindheit dienen als Vorlage, die Nachfolgeumwelten im Erwachsenenalter mitzuformen. Diese Annahme beruht auf den Befunden, dass frühe aversive Erfahrungen häufig das Individuum dazu veranlassen, sich in einer Art und Weise zu verhalten oder sich selbst in Umstände zu bringen, die zu einem Wiederauftreten von psychosozialen Widrigkeiten prädisponieren. So konnte für ehemals heimuntergebrachte (aufgrund der Scheidung der Eltern und/oder der psychischen Störung eines Elternteils) weibliche Jugendliche gezeigt werden, dass fehlendes Planungsverhalten bei der schulischen und beruflichen Ausbildung (Schulabbruch) und bei der Wahl eines (devianten) Partners, das Risiko für eine spätere Depression erhöhte (Brown & Harris, 1989; Quinton & Rutter, 1988). In einer prospektiven Studie mit 94 heimuntergebrachten Mädchen und 51 Mädchen aus der Allgemeinbevölkerung konnte Quinton, Rutter und Liddle (1988) zeigen, dass die ehemals heimuntergebrachten Mädchen als Erwachsene ein geringeres Niveau psychosozialer Anpassung aufwiesen und auch eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, selbst schlechte Eltern zu werden. Das gleiche gilt für die Wahl des Partners (Quinton & Rutter, 1988), eine zu frühe, überstürzte Heirat, um ungünstigen familiären Umständen zu entkommen, unbefriedigende Ehe und Scheidung (Brown & Harris, 1989). Das kontinuierliche Formen der Umwelt wächst aus Effekten des individuellen Verhaltens auf die Reaktionen der Umwelt.

Neben den genannten Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit von psychischen Störungen oder Erkrankungen erhöhen, hat sich die Forschung in den letzten Jahren verstärkt der Bedeutung von Schutzfaktoren (protektiven Faktoren) zugewandt. Seit Ende der 70er Jahre etablierte sich das Konzept der „protektiven“ Faktoren im Bereich der psychiatrischen Risikofaktorenforschung (bspw. Garnezy, 1985; Rutter, 1987). Es entwickelte sich aus dem verwandten Begriff der Resilienz. „The term used to describe the positive pole of individual differences in people’s response to stress and adversity” (Rutter, 1987, S. 316). Der Blick richtete sich auf Möglichkeiten und Bedingungen der Bewältigung von Belastungen und Krisen. Dieser Perspektivenwechsel drückt sich auch in der Etablierung neuer Begriffspaare aus, wie Belastung *und* Bewältigung (coping), Risiko- *und* Schutzfaktoren (protective factors), Vulnerabilität *und* Widerstandskraft (resilience), die neben negativen auch positive Aspekte und Ressourcen des Individuums betonen (Ulich, 1988; siehe auch Filipp &

Aymanns, 2005; Staudinger & Greve, 2001). Im folgenden Kapitel wird deshalb ausführlicher auf Resilienz und die Bedeutung von Schutzfaktoren eingegangen.

2.5.2 Konzeptuelles Modell der Resilienz und Schutzfaktoren

Forschungen zu Resilienz oder auch psychologischer Widerstandsfähigkeit weisen eine lange Forschungstradition im Bereich der Entwicklung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter auf (Rutter, 1987). Erst seit den neunziger Jahren wird dieses Konzept auch im Bereich der Entwicklung im Erwachsenenalter verwendet. Die Resilienzforschung interessiert sich dabei vor allem für jene Schutzfaktoren und -prozesse, die trotz risikohafter Bedingungen eine relativ gesunde Entwicklung ermöglichen. Unter Schutzfaktoren versteht man Einflussfaktoren, die die Auswirkungen von Risikofaktoren oder risikobehafteten Situationen im Sinne einer Reduzierung des Risikos von Erkrankungen abpuffern können und damit gleichzeitig die psychische Widerstandskraft (Resilienz) stärken. Garnezy (1985, zitiert nach Rutter, 1987) beispielsweise identifizierte bei stark unterprivilegierten, jedoch gegenüber Belastungen widerstandsfähigen Kindern als Schutzfaktoren a) die Persönlichkeit des Kindes, sein Selbstwertgefühl und seine Selbstachtung, b) den familiären Zusammenhalt, das Fehlen von Misstimmung und die Abwesenheit von ständigen Streitereien und c) die Verfügbarkeit bzw. der Zugang zu externalen Stützsystemen, die die Anpassungsbemühungen des Kindes ermutigen und verstärken.

Unter Resilienz wird nicht nur das Phänomen verstanden, sich unter schwierigen Lebensumständen gesund und kompetent zu entwickeln, sondern auch die relativ eigenständige Erholung von einem Störungszustand (Bender & Lösel, 2000; Rutter, 1987; Staudinger & Greve, 2001). Resilienz betrifft die Variation in den Reaktionen auf Belastungen und sollte nicht als fixes Attribut (Persönlichkeitsdisposition) eines Individuums betrachtet werden. Jene Individuen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt erfolgreich mit einer spezifischen Problematik umgehen konnten, können beim Auftreten anderer Schwierigkeiten aversiv reagieren. Gemeint ist keine absolute, sondern eine relative Widerstandskraft gegenüber belastenden Lebensumständen und Ereignissen. Sie variiert über die Zeit und Umstände hinweg und basiert auf komplexen Interaktionen von Anlage und Umwelt sowie von Person und Situation (Bender & Lösel, 2000; Filipp & Aymanns, 2005; Greve, 2005; Rutter, 1985, 1987; Staudinger & Greve, 2001).

In vereinfachender Weise kann das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren so beschrieben werden, dass psychische Gesundheit das Resultat eines Gleichgewichtes zwischen ihnen darstellt (Bender & Lösel, 2000; Staudinger & Greve, 2001). In dem Maße, in dem protektive Faktoren die Wirkung von Risikofaktoren kompensieren, wird die psychische

Gesundheit aufrechterhalten. Übersteigen die Risiken vorhandene personale und/oder externale Ressourcen, kommt es zu einem Verlust des Gleichgewichtes, der in Kompetenzdefiziten und/oder Störungsbildungen resultiert. Das Konzept des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren hat in der Entwicklungspsychopathologie weite Verbreitung gefunden, wird aber leicht missverstanden. So sind Merkmale nicht per se risikohaft oder protektiv. Die Unterscheidung hat primär heuristische Funktion für die Analyse der Ätiologie oder Bewältigungsprozesse. Die jeweilige Auswirkung einzelner Faktoren ist immer im Kontext anderer Einflüsse zu sehen (Bender & Lösel, 2000; Rutter, 1989; Staudinger & Greve, 2001). Es mag zwar zunächst sinnvoll erscheinen, bei einer Variablen den positiven Pol als protektiv und den negativen als risikohaft aufzufassen. Ob diese Festlegung empirisch Bestand hat, ist jedoch immer in Bezug auf eine spezifische Störung zu prüfen (Bender & Lösel, 2000; Staudinger & Greve, 2001). Bender und Lösel (2000) verweisen dazu auf Luthar, der bereits 1993 die Notwendigkeit betont, vom Konzept einer „overall resilience“ zu spezifischeren Aussagen hinsichtlich verschiedener Risikograde, Anpassungsdimensionen, Moderatorwirkungen etc. zu kommen. Beispielsweise kann geringe Intelligenz ein Risikofaktor für die Entwicklung von Delinquenz darstellen, überdurchschnittliche Intelligenz jedoch bei anderen Risiken eine Schutzfunktion übernehmen. Umgekehrt deutet sich aber an, dass Intelligenz, isoliert gesehen, mit internalisierenden Störungen (z. B. Depression) positiv korreliert ist, in anderen Zusammenhängen jedoch weder eine Risiko- noch Schutzfunktion nachweisbar ist (Luthar & Ziegler, 1991).

Im Sinne des Moderatoransatzes von Rutter (1987) wird dann von protektiven Faktoren gesprochen, wenn diese – bei ansonsten vergleichbarem Risiko – zwischen Fällen differenzieren, in denen ein Risikofaktor gegeben war bzw. nicht gegeben war. Die definierende Eigenschaft eines protektiven Faktors (Rutter verwendet den Terminus „protektiver Mechanismus“) liegt darin, dass in einer Risikosituation eine Modifikation der Reaktionen eines Individuums stattfindet. Der Effekt ist indirekt und abhängig von der Art der Interaktion. In diesem Sinne sind Vulnerabilität und Schutz die negativen und positiven Pole desselben Konzeptes und keine differenten. „The essence of the concept is that the vulnerability or protective effect is evident only in combination with the risk variable“ (Rutter, 1987, S. 317). Beispielsweise zeigten sich keine Effekte von Planungsverhalten bei der Wahl des Partners in gering mit Risikofaktoren belasteten Populationen (z. B. gut situierte Jugendliche mit emotional stützenden Eltern). Dieser trat jedoch beim Auftreten von Risikofaktoren (z. B. bei früher in Heimen untergebrachten Jugendlichen) deutlich zutage.

Rutter (1987) plädiert weiterhin für die Verwendung von Termini wie „Prozess“ oder „Mechanismus“ anstelle von „Variable“ oder „Faktor“. Keine Variable an sich stellt einen direkten Risikofaktor dar oder kreiert indirekt einen. Vielmehr ist es der Prozess oder Mechanismus, und nicht die Variable, der ihre Funktion bestimmt. Nach Rutter reicht deshalb die Feststellung, dass beispielsweise akademischer Erfolg oder hohe Selbstwirksamkeit protektiv sind, alleine bei weitem nicht aus. Darüber hinaus muss die Entwicklung und Veränderung dieser Eigenschaften im Lebensverlauf ins Blickfeld gerückt werden. Protektion in diesem Sinne ist mehr als ein Mangel an Vulnerabilität, wenn der Prozess eine Veränderung von einer risikobehafteten hin zu einer angepassten Entwicklung beinhaltet. Er betont parallel zu Staudinger und Greve (2001) die Bedeutung der Prozessorientierung in der Resilienzforschung.

Wie bereits erwähnt, wird seit Mitte der 90er Jahre insbesondere im Rahmen der Lebensspannen-Psychologie und der Bewältigungsforschung die Relevanz des Resilienzkonzeptes auch für die Untersuchung der Bewältigung von Krisen und Belastungen im Erwachsenenalter und Alter (Filipp & Aymanns, 2005; Ryff, Singer, Dienberg Love & Essex, 1998; Staudinger & Greve, 2001) betont. Aus der Perspektive einer Lebensspannen-Psychologie kann nach Staudinger und Greve (2001) das Phänomen der Resilienz mit dem Begriff der Plastizität von Entwicklung beschrieben werden. Die Plastizität (Reservekapazität) einer Person kann demnach als ein Index für die Möglichkeit eines Individuums angesehen werden, mit Anforderungen und Herausforderungen der eigenen Entwicklung, auch bei gegebenen Beeinträchtigungen des Entwicklungsstandes fertig zu werden. Sie betrachten Resilienz als eine Form von Plastizität, die sich mit dem Erhalt oder Wiedererlangen normaler Entwicklung beschäftigt. Staudinger und Greve unterscheiden zwei Realisierungsbedingungen von Resilienz: So stellt Resilienz einerseits ein „endogenes“ Phänomen dar, wenn Menschen von sich aus, d. h. ohne externe Unterstützung oder Intervention, eine stabile Entwicklung zeigen. Andererseits kann Resilienz von außen unterstützt oder verstärkt werden.

In der klassischen Resilienzliteratur wird zwischen der Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma und dem Erhalt der Funktionsfähigkeit trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände unterschieden. Diese Funktionen von Resilienz sollten nach Staudinger und Greve (S. 101) gerade im Alter durch die Funktion des Verlustmanagements ergänzt werden, da es mit zunehmendem Alter mehr beeinträchtigende Ereignisse gibt, die als unumkehrbarer Verluste (von Personen, von körperlichen, geistigen und sozialen Funktionen) zu charakterisieren sind. Sie schlagen darüber hinaus vor, einen

individuenzentrierten Zugang zu verfolgen, in dem die Risiko- und protektiven Konstellationen innerhalb einer Person in das Zentrum der Betrachtung rücken (vgl. auch Filipp & Aymanns, 2005).

Ähnlich wie Rutter (1989) verweisen Staudinger und Greve darauf, dass Resilienz häufig als eine (in gewissem Ausmaß genetisch verankerte) Persönlichkeitseigenschaft definiert wird. Hier sei z. B. auf das von Block (Block & Block, 1980; nachfolgend von Klohnen, 1996) eingeführte Konstrukt der Ego-Resilienz verwiesen. Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft wird oft mit einer Konnotation verwendet, die sich einseitig stark an aktionalen Konzepten wie Ego-control und Self-regulation orientiert. Eine Konzeptualisierung von Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft erscheint auch aus der Sicht einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne wenig fruchtbar. Der Gebrauch von Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft wird schwierig, wenn sich die jeweiligen Inhalte, das, was eine resiliente Eigenschaft ausmacht oder nicht, erst aus der jeweiligen Lebens- oder besser Risikokonstellation heraus empirisch ermittelt. Staudinger und Greve (2001) aber auch Rutter (1987, 1989) und Bender und Lösel (2000) betonen den relationalen Charakter des Konstruktes der Resilienz. Mit relationalem Charakter ist gemeint, dass Resilienz durch eine bestimmte Person-Situation-Konstellation definiert ist.

Die Nutzung eines relationalen Begriffes von Resilienz macht eine Spezifizierung der Elemente des postulierten *Beeinträchtigungs-Ressourcen-Systems* (d. h. der Person-Situation-Konstellation) notwendig. Sowohl auf der Beeinträchtigungs- als auch auf der Ressourcenseite können psychologische (Kognitionen, soziale Beziehungen, Selbst und Persönlichkeit) von nicht-psychologischen (materiell, sozial, sozio-ökonomisch, biologisch) Faktoren unterschieden werden. Eine nicht-psychologische Entwicklungsbeeinträchtigung wäre z. B. das Vorliegen von Armut, eine psychologische beispielsweise emotionale Vernachlässigung. Das Ressourcenprofil einer Person kann sich nach Staudinger und Greve (2001) insgesamt im negativen, neutralen oder positiven Bereich bewegen. Verschiedene Ressourcenbereiche können jedoch sehr unterschiedlich ausgestattet sein: Ein Individuum kann etwa eine emotional stabile Persönlichkeit mitbringen, aber eher geringe intellektuelle Ressourcen aufweisen, finanziell gut gestellt aber gesundheitlich sehr anfällig sein.

Das Konzept der Resilienz (das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren) und die damit einhergehende ressourcenorientierte Sichtweise kann ein fruchtbarer Ansatz für die Betrachtung der Entwicklung und des weiteren Verlaufs einer depressiven Störung im mittleren Erwachsenenalter sein. Das Konzept berücksichtigt, dass Menschen, die mit Belastungen konfrontiert sind, nicht nur Opfer (Viktimisierung) sind, sondern auch

Ressourcen aufweisen können, die zu einer Bewältigung einer Belastung beitragen können, auch bei gegebenen weiteren Risikofaktoren. Es ist auch ein fruchtbarer Ansatz für die Betrachtung der Frage, wie ein alternder Mensch auch bei auftretenden schweren Belastungen (Verlusten), relativ zufrieden bleibt und eine Bewältigung der Belastung möglich wird, ohne dass eine depressive Verstimmung, die in einer Depression einmünden kann, auftritt (z.B. Filipp & Aymanns, 2005; Heuft, Kruse & Radebold, 2006; Kruse, 2005b; Kruse & Re, 2005). Kruse und Schmitt (1998a) wählten eine solche ressourcen-orientierte Herangehensweise in ihrer Untersuchung zur psychischen Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen. Sie analysierten die Zusammenhänge zwischen erlebter Belastung aufgrund von Hilfsbedürftigkeit, dreier Indikatoren psychischen Befindens (Zufriedenheit mit sozialen Kontakten und Lebensrückblick, depressive Tendenzen, subjektive Alterssymptome) und personalen sowie externalen Ressourcen zur Bewältigung. Berechnet wurden beispielsweise Interaktionseffekte zwischen dem Grad erlebter Belastung, und handlungsorientierter Bewältigung und depressiver Verstimmung. Erlebte Belastung verbunden mit handlungsorientierter Bewältigung führte zu einer Abnahme der depressiven Verstimmung, und erlebte Belastung verbunden mit hoher erlebter Qualität der medizinischen Versorgung führte zu einem noch höheren Rückgang der depressiven Verstimmung.

2.5.3 Zusammenfassung: Kapitel 2.2 bis 2.5

Im folgenden sollen nun die in Abschnitt 2.2 (Modelle zur Depressionsgenese: Vulnerabilität und Lebensereignisse) bis Abschnitt 2.5 (Differentielle Entwicklungspfade: Risikofaktoren und Schutzfaktoren) vorgestellten theoretischen Konzepte zur Genese und dem weiteren Verlauf einer Depression sowie zur Rolle von Vulnerabilität und Belastungen unter einer ressourcenorientierten Perspektive zusammenfassend dargestellt werden.

Ressourceneinschränkungen psychologischer Art (Kognitionen, soziale Beziehungen, Selbst und Persönlichkeit) sind zu sehen in dysfunktionalem kognitivem Stil (Kognitive Trias nach Beck, 1974) bzw. Änderungen in der kognitiven Informationsverarbeitung, insbesondere bei wiederholt auftretenden depressiven Episoden (differentielle Aktivationshypothese, Teasdale, 1988), Hilflosigkeitserleben/Misserfolgserwartung (Seligman, 1975; Brown & Harris, 1989), abgesenktem Selbstwertgefühl als zentraler Eigenschaft, die die Bewältigung zukünftiger Belastungen erschwert (Brown & Harris, 1989; Wolfersdorf, 1995) und emotionaler Überbedürftigkeit (Wolfersdorf, 1995). Insbesondere aufgrund eines fehlenden Selbstwertgefühles und emotionaler Überbedürftigkeit können sich dann stark störanfällige Kompensationsstrategien herausbilden. Dazu gehören eine symbiotische Beziehungsgestaltung (Wolfersdorf, 1995) bzw. ein gestörter interpersoneller Stil (Coyne,

1976; Lewinsohn, 1974), überhöhte Normorientiertheit und Leistungsbezogenheit und Rigidität (hypernorme Eingebundenheit in soziale Systeme; Tellenbach, 1976; Wolfersdorf, 1995).

Ressourceneinschränkungen nicht-psychologischer Art (biologisch) können einmal in neurohumoralen Veränderungen, die, insbesondere bei unbehandelter Depression, zu einer dauerhaft herabgesetzten Stressregulation führen können, gesehen werden (Sapolsky, 2001; Wittchen, 2005). Zum anderen kann nach den Annahmen der Kindling-Hypothese (Post, 1992 und Kendler et al., 2000) bei wiederholt an einer Depression erkrankten Personen eine Bahnung zur depressogenen Reaktion gegeben sein (Episodensensibilisierung oder Gewohnheitsdepression).

Auf Seiten der *entwicklungsgefährdenden Bedingungen* wird den folgenden Kindheitsbelastungen hohe Bedeutung für die Entwicklung der benannten Ressourceneinschränkungen zugesprochen: a) Emotionale Mangelsituationen in der Kindheit (bspw. Wolfersdorf, 1995; Egle et al., 2002), b) fehlende Fürsorge aufgrund des Todes der Mutter (Brown & Harris, 1989) und c) Verletzungen des genetisch determinierten Bindungsbedürfnisses (emotionale Vernachlässigung, sexueller und körperlicher Missbrauch, Gewalt in der Familie; Egle et al., 2002). Alle Benannten beziehen sich hierbei auf Arbeiten von Bowlby (Bindungstheorie, 1977; 1991).

Auf der *positiven Ressourcenseite* können förderliche, positive Erfahrungen in der Kindheit und Jugend, gerade über den Aufbau eines hohen Selbstwertgefühls und Selbstachtung (bspw. Rutter, 1989; Garnezy, 1985), den Ressourcenhaushalt verbessern und so die Bewältigung auftretender Problemsituationen erleichtern. Dies sollte auch für familiären Zusammenhalt und das Fehlen von Missstimmung, die Abwesenheit von ständigen Streitereien und die Verfügbarkeit bzw. der Zugang zu externalen Stützsystemen, die die Anpassungsbemühungen des Kindes ermutigen und verstärken, zutreffen.

Auf der *Belastungsseite (stressbesetzte zeitnahe Lebensereignisse und -bedingungen)* wird insbesondere Ereignissen, die mit dem Erleben von Entwertung, Erniedrigung und Verlust (Brown, Harris, Hepworth & Robinson, 1995; 1989; Wolfersdorf, 1995) verbunden sind, eine risikoe erhöhende Bedeutung für das Auftreten einer depressiven Episode zugesprochen. Diese Art von Ereignissen ist kongruent zur gegebenen Vulnerabilität bei einer Depression. Je nach Art der Vulnerabilität (Typus-Melancholicus-Persönlichkeit, die als stark leistungsbezogen und hypernormorientiert charakterisiert wird oder aber einer Episodensensibilisierung) wird in sehr vielfältigen Belastungssituationen (Umzug, Operation, Beförderung) ein depressionsförderndes Risiko gesehen (Tellenbach, 1976; Post, 1992).

2.6 Der klinisch-epidemiologische Lebensereignisansatz

In den bisherigen Betrachtungen stand die depressive Person, die mit den Belastungen konfrontiert ist, und deren Vulnerabilitäten im Vordergrund. Im nächsten Teil der Arbeit erfolgt nun ein Wechsel auf die Seite der zeitnahen/aktuellen Stressoren. Was charakterisiert Ereignisse, die in einem Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung stehen? Im Zusammenhang mit der Darstellung spezifischer Theorien zur Depressionsgenese wurde bereits auf Ereignisse hingewiesen, denen für das Auslösen einer depressiven Episode und deren weiteren Verlauf Bedeutung zugesprochen wird. Mit der anschließenden Darstellung des klinisch-epidemiologischen Lebensereignisansatzes, einschließlich des Stresskonzeptes von Selye (1956), wird einmal aufgezeigt, warum stressbesetzten Ereignissen überhaupt eine pathogene Kompetenz zukommen kann. Zum anderen werden die erheblichen methodischen und inhaltlichen Kontroversen in Bezug auf die beiden folgenden Frage aufgegriffen: Welche Ereignisse sind relevant für die Entwicklung einer depressiven Störung und wie sind diese zu erheben und zu analysieren. Aus der Beachtung der methodischen (konzeptuellen) Kontroversen konnten wesentliche Hinweise für das eigene methodische Vorgehen dieser Arbeit abgeleitet werden.

Die klinisch-psychologische oder sozial-epidemiologische Forschungstradition beschäftigt sich seit Mitte der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts mit der Frage nach der ätiologischen Bedeutung stressbesetzter Lebensereignisse für psychische (Depression, Schizophrenie, Angststörungen) und somatische (insb. Herzinfarkt, Krebs) Störungen. Von mehreren Forschern wird festgestellt (bspw. Blum, 2000; Dittmann, 1991; Geyer, 1999), dass die Lebensereignisforschung überwiegend empirisch-pragmatisch ausgerichtet und eine theoretische Untermauerung eher spärlich sei. Die Erklärung von Belastungswirkungen stressbesetzter Lebensereignisse bzw. die Begründung potenziell pathogener Konsequenzen erfolge in diesem Zusammenhang immer unter Bezugnahme auf stresstheoretische Modelle (Blum, 2000; Dittmann, 1991, Kaplan & Damphousse, 1997). Als gemeinsame Grundannahme verschiedener Theorieansätze zu stressbesetzten bzw. kritischen Lebensereignissen gilt, dass diese relevante Veränderungen im sozialen und/oder individuellen Alltagsleben bewirken (d.h. das bis dato aufgebaute Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt erschüttern können) und damit besondere Verarbeitungs-, Anpassungs- oder Neuorientierungsleistungen verlangen, die unter bestimmten Bedingungen bezüglich bestimmter Effekte „kritisch“ werden können (z. B. Klauer & Filipp, 1995; Dittmann, 1991; Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve & Skodol, 1993;).

Eines der wenigen theoretischen Konzepte mit einer bedeutenden Auswirkung auf die frühe Lebensereignisforschung und der Entwicklung standardisierter Lebensereignisinventare ist jenes von Hans Selye, das im Folgenden dargestellt wird.

2.6.1 Das Stresskonzept von Selye (1956)

Die frühe Lebensereignisforschung ging davon aus, dass alle Lebensveränderungen, auch potenziell positive wie eine Heirat oder die Geburt eines Kindes, durch die erforderlichen Anpassungsleistungen der Entwicklung und dem Ausbruch von Erkrankungen Vorschub leisten können. Diese Annahmen entsprechen der Stresskonzeption von Selye (entwickelt in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts). Stress wird danach als eine stereotype Antwort des Organismus auf alle an ihn gestellten Anforderungen gesehen. Die Stressreaktion stellt eine Anpassung an Belastungssituationen dar und verläuft in drei Phasen, die Selye unter dem Begriff des „Allgemeinen Adaptationssyndroms“ zusammenfasste. In der Alarmphase (erste Phase) treten Ruhelosigkeit und erhöhte Spannung auf. Beinhaltet die Situation eine starke Bedrohung, tritt ein Zustand von Schock und Depression ein. Kortikosteroide werden ausgeschüttet, und der Organismus versucht, durch neurohumorale Aktivierungen ein Gleichgewicht wiederherzustellen. In der zweiten Phase, der Widerstandsphase, bleibt die erhöhte Aktivitätsbereitschaft erhalten, und in der dritten Phase, der Erschöpfungsphase, kehren Symptome der Alarmphase in abgeschwächter Form zurück.

Die physiologischen Manifestationen dieses Reaktionskomplexes bestehen aus einer Nebennierenrindenhypertrophie, einer Atrophie der Thymusdrüsen oder der Lymphknoten sowie Beschädigungen der Magenwände. Diese Reaktionen wurden als universell und unspezifisch gesehen, d. h. sie sollten bei jedem Stressor auftreten. Selye postulierte deshalb auch, dass angenehme und unangenehme Ereignisse biologisch gesehen die gleiche Stresswirkung erzielen können. Diese Annahme war der Ausgangspunkt für die Entwicklung der ersten standardisierten Lebensereigniserhebungsinstrumente von Holmes und Rahe (1967), in die sowohl positive als auch negative Ereignisse aufgenommen wurden.

Die Idee der Unspezifität von Stressoren wurde von Selye selbst (1974) revidiert. In den siebziger Jahren führte Selye die Unterscheidung zwischen Eustress und Distress ein. Der auf negative Ereignisse folgende Distress steht nach seiner Ansicht mit größerer Wahrscheinlichkeit mit Krankheit in Verbindung als der durch positive Ereignisse bedingte Eustress. Eustress ist mit positiven Empfindungen und dem Fehlen krankheitsauslösender Effekte verbunden und erreicht selten die gleiche Intensität und Dauer wie Distress. Diese korrigierte Annahme konnte durch methodenkritische Studien (z. B. Ross & Mirowsky, 1979) im Rahmen der Lebensereignisforschung bestätigt werden. In Folge wurde die Rolle von

Lebensereignissen mit positiver Qualität (Neubeginnereignisse wie eine neue Partnerschaft oder Zugewinnereignisse) eher in Bezug auf eine verlaufsverbessernde Funktion bei gegebener Erkrankung untersucht.

Selyes Beitrag für die theoretische Fundierung der Lebensereignisforschung wurde mehrfach hervorgehoben (z. B. Pearlin, 1989; Badura, 1993), es fand jedoch keine aktive Auseinandersetzung mit seiner Stresskonzeption statt, etwa, indem untersucht wurde, ob und wie laborexperimentelle Befunde auf die Lebensereignisforschung übertragbar sind. Selye entwickelte seine Stresskonzeption in Tierversuchen unter extremen Bedingungen. Weiner kritisierte denn auch, dass die im Labor hergestellten Bedingungen in der Realität kaum so auftreten (Weiner, 1992, in Geyer, 1999). Er führt weiterhin aus, dass die Annahmen einer unspezifischen, über verschiedenartige Situationen gleichartigen Stressreaktion nicht aufrechterhalten werden kann. Eine erhöhte Cortisolproduktion tritt beim Menschen zwar auf, aber unter anderen Bedingungen als beim Versuchstier (bei der Antizipation schwieriger Aufgaben, bei unvorhergesehenen Situationen, Unterernährung, Depression, und während chronisch unkontrollierbarer Bedingungen). Die interindividuellen Variationen sind sehr hoch. Die große Variabilität physiologischer Korrelate, wie z. B. hormonelle Sekretionsmuster oder immunologische Reaktionen, führt Weiner (1992, in Geyer, 1999) neben Charakteristika auftretender Stressoren auf interindividuelle unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeiten zur Bewältigung zurück. Dies ist wiederum abhängig von den Ressourcen, die einem Individuum zur Verfügung stehen. Ein weiterer Faktor wird in der individuellen Wahrnehmung und Ereignisseinschätzung durch die betroffene Person selbst gesehen, die nicht mit den tatsächlichen Fähigkeiten und vorhandenen Ressourcen übereinstimmen muss (Lazarus & Folkman, 1984).

Vor dem Hintergrund der Stresskonzeption von Selye wurden Untersuchungen durchgeführt und interpretiert. Nach Geyer (1999) dürfte die tatsächliche Bedeutung von Selyes Stresskonzeption jedoch über die einer allgemeinen Orientierungshypothese nicht hinausgehen. Er konstatiert eine eher instrumentelle Übernahme des Grundgedankens, dass jede gestellte Anforderung Stress bedeutet, und dass mit der Dauer der Anforderung die Wahrscheinlichkeit einer Erschöpfungsphase und damit das Erkrankungsrisiko steigt. Es wird zwar auf Selyes Konzept Bezug genommen, jedoch findet sich weder in empirischen noch theoretischen Arbeiten der Lebensereignisforschung eine kritische Auseinandersetzung damit.

2.6.2 Lebensereignisinventare und ihre theoretischen Hintergrundannahmen

Listeninventare mit fester Ereignisgewichtung

In den sechziger Jahren entwickelten Holmes und Rahe, aufbauend auf der Forschung von Selye, das folgende Lebensereignis-Krankheitsmodell und darauf aufbauender standardisierter Listeninstrumente zur Erhebung von stressbesetzten Ereignissen. Ihr psychosozial orientierter Ansatz postulierte, dass zwischen gravierenden bzw. kumulierenden Lebensereigniserfahrungen in relativ kurzen Zeitabschnitten einerseits und Ausbruch, Schwere und Verlauf psychischer und physischer Störungen und Krankheiten andererseits ein kausaler Zusammenhang besteht: „The greater the life change or adaptive requirement, the greater the vulnerability or lowering of resistance to disease, and the more serious the disease that does develop“ (Holmes & Masuda, 1974, zitiert nach Dittmann, 1991, S. 51).

Die durch stressbesetzte Lebensereignisse provozierten Veränderungen werden als per se wirksam und in dem Ausmaß bezüglich psychophysiologischer Reaktionen als belastend oder stressreich sowie die Widerstandsschranke gegen Krankheiten schwächend gesehen. Sie stören die homöostatische bzw. „adaptive“ Balance eines Organismus und erfordern entsprechende Anpassungsleistungen, die nach ihrer Art und Dauer schädigend wirken (z. B. Holmes & Masuda, 1974, S.68). In Anlehnung an Selye (1956) wurde angenommen, dass die resultierende Belastungsqualität eines Ereignisses unabhängig ist von seiner positiven oder negativen Wertigkeit.

Die von Holmes und Rahe (1967) nach diesen Annahmen entwickelten Lebensereignis-Erhebungsinstrumente (Schedule of Recent Experiences (SRE) und die Social-Readjustment-Rating-Scale (SRRS)) dienten infolge als Grundlage vieler neuerer Instrumentenentwicklungen. Die SRRS besteht beispielsweise aus einer Liste von 43 positiven und negativen Lebensereignissen, denen jeweils feste Life-Change-Unit-Weights (LCU) zugeordnet sind, die der durchschnittlich eingeschätzten, notwendigen Wiederanpassungsleistung bei der Konfrontation mit einem Lebensereignis entsprechen sollen. Die Gesamtbelastung bzw. Wiederanpassungsrate einer Person in einem bestimmten Zeitraum ergibt sich dann als einfache Summierung der einzelnen LCU-Werte über die jeweils erlebten Ereignisse (Kumulierungshypothese). Somit wird ein rein additives Zusammenhangsmodell postuliert. Die Ereignisse, die in die Liste aufgenommen wurden, sind sowohl angenehmer als auch unangenehmer Natur. Entscheidend für die Aufnahme von Ereignissen war nicht ihre Belastungsqualität, sondern allgemein ihre Charakterisierung als lebensverändernd. Es wurde in keiner Veröffentlichung von Holmes und Rahe auf die Analogie zu Selyes Stresskonzeption hingewiesen, und so blieb auch deren Modifikation mit

der Differenzierung in Distress (krankheitsfördernd) und Eustress (nicht krankheitsfördernd) ohne Einfluss auf diese Richtung der Lebensereignisforschung. Die Hintergrundannahme des Instrumentes, dass jede Lebensveränderung einer Erkrankung Vorschub leisten kann, wurde jedoch durch empirische Befunde der Lebensereignisforschung korrigiert. Es gilt als unumstritten, dass nur belastende Ereignisse für den Ausbruch und den Verlauf von Erkrankungen bedeutsam sind (Cohen, 1988; Ross & Mirowski, 1979).

Bereits in den ersten 10 Jahren nach der Veröffentlichung der SRRS gab es mehr als 1000 publizierte Studien, die den Zusammenhang zwischen stressbesetzten Ereignissen und unterschiedlichen Typen von Erkrankungen untersucht haben (Kessler, 1997). Die nachfolgende Forschung mit Maßen zur psychischen Gesundheit (Screeningskalen für unspezifischen psychologischen Distress) führten zur Herausnahme einiger Ereignisse, die eher als Krankheitsvorläufer gesehen werden können (Veränderungen der Schlafgewohnheiten, der Essgewohnheiten und sexuelle Probleme), wie auch zur Anpassung der Ereignisliste an spezifische Populationen.

Kritisch zu bewerten ist an dem Fragebogenansatz, dass alle stressbesetzten Ereignisse eines gegebenen Typus äquivalent sind. Das einzelne Belastungsereignis und seine subjektive Bedeutung sind in dieser Forschungsrichtung kaum von Interesse. Gegenstand der Aufmerksamkeit sind die Kumulationen von Belastungsereignissen in einem bestimmten Zeitraum und ihr Risikogehalt im Hinblick auf jede Art von Störung (Klauer & Filipp, 1995). Ende der 70er und Anfang der 80er-Jahre fand ein Perspektivenwechsel in der Forschung zu Stress und psychischer Gesundheit statt. Die Befunde zur Korrelation zwischen kumulierten Maßen zu stressreichen Lebensereignissen und Indizes der psychischen Gesundheit zeigten lediglich moderate Zusammenhänge im Bereich von .10 bis maximal .30. Die Varianzaufklärung durch Unterschiede in den Stressbelastungsmaßen war niedriger als 10 Prozent, und von daher von geringer praktischer Bedeutung (z. B. Aneshensel, 1992). Insbesondere die Depressionsstudien der Arbeitsgruppe um Brown (z. B. Brown & Harris, 1978), durchgeführt mit einem neu entwickelten Interviewverfahren zur Erhebung stressbesetzter Ereignisse, konnten zeigen, dass das Einbeziehen dimensionaler Aspekte von einzelnen Belastungsereignissen (Ausmaß des Verlustes, Ausmaß der Bedrohung, Grad der Kontrollierbarkeit der Konsequenzen) eine deutliche Verbesserung bei der Prädiktion des Zusammenhangs zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und Major Depression mit sich bringen (Shrout et al., 1989; Thoits, 1983).

Bei der Berücksichtigung dieser dimensionalen Aspekte wurden zwei Strategien verfolgt. In einer Vorgehensweise nimmt das Individuum selbst eine subjektive Gewichtung

vor (Sarason, Johnson & Siegel, 1978). Ausgangspunkt waren die Arbeiten von Lazarus und die sozialpsychologische Stresstheorie. Nach Lazarus liegt dann eine Stresssituation vor, wenn eine Diskrepanz zwischen Bewältigungsmöglichkeiten und Situationsanforderungen wahrgenommen wird (Lazarus & Folkman, 1984). In späteren Weiterentwicklungen der Theorie betonte Lazarus (1991) die Funktion von Emotionen als Vermittler zwischen der Wahrnehmung und dem Stresserleben. Bei der Konstruktion von Ereignisinventaren mit subjektiver Gewichtung wurde auf Erkenntnisse der sozialpsychologischen Stressforschung aufgebaut. In labor- und feldexperimentellen Studien wurden Bedingungen identifiziert, die als unangenehm und belastend erlebt werden. Als zentrale Dimensionen wurden Unkontrollierbarkeit des Eintritts und des Verlaufes von Ereignissen sowie die Vorhersehbarkeit von Ereignissen gefunden (bspw. Glass & Singer, 1972). In einer anderen Vorgehensweise werden objektive Informationen über das Individuum und seine Lebenssituation herangezogen, um vom Individuum unabhängig eine untersucherbasierte Einstufung der Schwere eines Ereignisses vornehmen zu können (kontextuelles Vorgehen der Arbeitsgruppe um Brown & Harris, 1989). Die von Brown und Mitarbeitern entwickelte Methode der Kombination detaillierter Interviews, einer interviewergestützten Beurteilung und kontextbezogener Belastungseinschätzung ist bis heute das einzige Verfahren dieser Art geblieben, das einen größeren Bekanntheitsgrad erreicht hat. Man kann die Life Event and Difficulties Schedule (LEDS) deshalb als eine eigene Linie innerhalb der Lebensereignisforschung betrachten (Geyer, 1999).

Die erste Strategie der subjektiven Gewichtung wurde insbesondere bei Untersuchungen zu psychiatrischen Störungen als unbrauchbar eingestuft, da sie konfundiert sein kann mit der emotionalen Reaktion des Individuums auf ein gegebenes Ereignis und dessen erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Bewältigung (Brown, 1989; Kessler, 1997; Harris, 1996; Paykel & Cooper, 1992). Weiterhin ist die Gefahr eines systematischen Bias bezogen auf die Wahrnehmung der Schwere eines Ereignisses gegeben, wenn psychisch Unauffällige im Vergleich zu psychisch Auffälligen ein Ereignis einstufen (Zimmerman, 1983; Harris, 1996). Konsequenterweise wurde bei der Untersuchung des Zusammenhanges von stressbesetzten Lebensereignissen und psychischer Störung auf eine subjektive Schweregradeinstufung durch das Individuum verzichtet (Dohrenwend et al., 1993; Kessler, 1997; Klauer & Filipp, 1995) und einer kontextuellen Schweregradeinstufung durch den Interviewer der Vorzug gegeben.

Die kontextuelle Erhebung von Lebensereignissen

Die Entwicklung der Life-Event and Difficulty Schedule (LEDS) von Brown und Harris (1978) vermeidet dieses Problem der subjektiven Wertigkeit und möglichen Konfundierung mit dem Erkrankungsgeschehen selbst. Die LEDS ist in fast allen wichtigen Untersuchungen zur Erfassung von Lebensereignissen und Depression zur Anwendung gekommen. Ihre Entstehungsgeschichte geht ebenfalls bis in die 60er Jahre zurück. Die zentrale Prämisse ist, dass Lebensereignisse aufgrund ihrer kontextuellen Merkmale für die Betroffenen unangenehm sind. Beginnend mit ersten Studien zum Einfluss von Lebensereignissen auf das Auftreten depressiver Episoden wurden zahlreiche Fallvignetten und –beispiele aufgenommen. Daraus wurde eine große Menge von Regeln und Beispielbeschreibungen zusammengestellt, anhand derer abgeleitet werden kann, ob und wie ein Ereignis zu kodieren ist. Durch Erfragen des Kontextes (d. h. der spezifischen biografischen Umstände, in denen das Individuum lebt) wird eine Einschätzung des Grades der Bedrohlichkeit vorgenommen.

Hier wird ein Schwellenmodell realisiert. Die Grundannahme ist, dass es von einer kritischen Ereignisbelastung an oder ab einer kritischen Zahl von Ereignissen zu einer überproportionalen Steigerung von Erkrankungsrisiken kommt. Die Wahrscheinlichkeitsfunktion ist als logistische Kurve beschreibbar. Der Unterschied zum linear additiven Modell besteht in der Annahme eines kritischen Belastungsmaßes. Es bleibt aber offen, ob dieser Wert durch die Kumulation von Belastungen zu einem Zeitpunkt oder durch das Auftreten eines einzigen schweren Ereignisses erreicht wird (Filipp, 1990).

Es wurde in Folge in zahlreichen Studien demonstriert (einen Überblick geben Brown & Harris, 1989), wie sich die Vorhersage einer Major Depression verbessern lässt, wenn die kontextuelle Bedrohung eines Ereignisses berücksichtigt wird. So wurde beispielsweise der Tod eines Nachbarn schwerer eingestuft, wenn das Individuum, das dieses Ereignis berichtet, eine auf dem Lande lebende ältere Person ist, hausgebunden wegen Invalidität, deren Hauptquelle des sozialen Kontaktes eben genau in den wöchentlichen Besuchen des Nachbarn bestanden. Um solche kontextuelle Information zu erhalten, sind intensive persönliche Interviews und qualitative Proben erforderlich, die zu einer präzisen Charakterisierung der Ereignisse führen können. Die kontextuelle Methode hat erhebliche Vorzüge bezüglich des Erinnerns von Ereignissen aber auch Probleme, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Erstens kann eine depressive Episode, die nach dem Ereignis auftritt, das kontextuelle Schweregradrating beeinflussen, indem der Interviewte spezifische negative Aspekte der Gesamtsituation aufgrund seiner depressiven Verstimmung hervorhebt. D. h. es handelt sich

hier um Aspekte, die nur geschildert werden aufgrund der depressiven Verstimmung. Es besteht also ein Risiko der Konfundierung der Schweregradratings mit der Major Depression (Bebbington, 1987).

Zweitens muss auch von einem konzeptuellen Problem ausgegangen werden (Dohrenwend et al., 1993; Kessler, 1997). Im Lauf der siebziger Jahre sind die frühen, allgemeinspsychologisch orientierten Stresskonzeptionen einer differenzierteren Betrachtung gewichen. Zunehmend betont wurde die Rolle stressmodifizierender Faktoren und die individuelle emotionale Ansprechbarkeit auf ein Ereignis (hohe interindividuelle Variabilität) (Kessler, 1997; Paykel, 2001). Die individuelle Schwelle, ab der eine erfolgreiche Adaptation nicht mehr möglich ist, sollte weder intraindividuell noch interindividuell eine feste Größe sein; sie sollte durch situative Faktoren und Personmerkmale modifizierbar sein.

Die Lebensereignisforschung ist an stressmodifizierenden Faktoren wie Aspekten der Persönlichkeit und Situationsvariablen im Umfeld des Individuums, das dem Stress ausgesetzt ist, interessiert. Modifizierende Faktoren, die die Assoziation zwischen den Effekten der stressbesetzten Lebensereignisse und einer Major Depression beeinflussen, sollen untersucht werden. Das kontextuelle Ratingverfahren kann die Untersuchung von stressmodifizierenden Faktoren insofern behindern, als Informationen über sie (beispielsweise eine fehlende Partnerschaft bei eintretender Invalidität) in das Schweregradrating einfließen (Kessler, 1997; Dohrenwend et al., 1993). Diese Informationen, die von Brown und Harris für die Schweregradeinstufung von Ereignissen genutzt werden, sollten eher als Annahmen bezüglich der Stressmodifikation gesehen werden, die dann nicht mehr untersucht werden können, da sie in das Schweregradrating eingeflossen sind. Das bevorzugende Vorgehen sollte sein, diese Hypothesen einer Testung zu unterziehen und auf ein Schweregradrating zu verzichten. Diese Vorgehensweise wird in Inventaren ohne Ereignisgewichtung verfolgt.

Inventare ohne Ereignisgewichtungen

Inventare ohne Ereignisgewichtung bestehen aus einer einfachen Liste von Ereignissen, denen eine belastende Wirkung, die zum Ausbruch einer Erkrankung beitragen kann, zugesprochen wird. Ereignisse, die für einen definierten Zeitraum genannt werden, werden einfach addiert oder nach Einzelkategorien (Todesfall, Unfall) in die Analyse eingeführt (Glass, Kasl & Berkman, 1997; Stronks et al., 1998). Es werden keine Annahmen über differentielle Belastungen gemacht, die Umstände des Einzelfalles bleiben außer Betracht. Die Anwendung von Inventaren ohne feste Gewichtung sind deshalb in Erwägung zu ziehen, weil in mehreren Studien Vergleiche durchgeführt wurden bezüglich der Frage, ob gewichtete oder ungewichtete Lebensereignismaße eine bessere Prädiktion psychosomatischer Symptome

leisten. Ross und Mirowsky (1979) fanden, dass der Prädiktionwert von Skalen wie der SRRS oder auch von Skalen, die auf der Ereignisseinschätzung durch Befragte basieren, nicht größer ist als das Ergebnis der Summierung potenziell unangenehmer Ereignisse.

Auf der Basis von Lebensereignisdaten, die mit dem Life Events and Difficulties Schedule gewonnen wurden, konstruierten Brugha, Bebbington, Tennant und Hurry (1985) eine Liste mit 12 Klassen von Ereignissen, die mit großer Wahrscheinlichkeit als bedrohlich erlebt werden. Nach den Angaben von Brugha et al. (1985) decken die genannten Kategorien 77% der Lebensereignisse ab, die mit einer schweren kontextuellen Bedrohung einhergehen und mit Erkrankung assoziiert sind.

Untersuchungen mit Zentralregisterdaten

Ein schwerwiegender methodischer Einwand gegen Untersuchungen zum Zusammenhang von Depression und Lebensereignissen besteht darin, dass dieser Zusammenhang möglicherweise durch einen systematischen „Recall Bias“ zwischen aktuell Depressiven und Nicht-Depressiven bedingt sein kann (Harris, 1996). Retrospektive Erhebungen sind auch in prospektiven Studien üblich, wenn die Information zu zwischenzeitlich aufgetretenen Ereignissen und depressiven Episoden erst bei der Nachfolgeerhebung erfasst wird. Ein Großteil der Studien berücksichtigt nicht, dass das Berichten von stressbesetzten Lebensereignissen mit Depression assoziiert sein kann. So konnte Cohen, Towbes und Flocco (1988) zeigen, dass das experimentelle Induzieren einer depressiven Verstimmung einherging mit einer erhöhten Anzahl berichteter belastender Ereignisse. Kendler und Karkowski-Shuman (1997) dokumentierten im Rahmen von Zwillingsstudien eine signifikant erbliche Komponente im Berichten von unabhängigen und abhängigen Ereignissen, die rückführbar sein kann auf stabile Differenzen im Berichtsstil. Diese wiederum sind mit der genetischen Veranlagung für eine Depression assoziiert. Dieses Problem der stimmungskongruenten Verzerrung und des differenziellen Berichtsstiles kann mit „objektivem“ Datenmaterial (öffentliche/staatliche Registrierung spezifischer Daten), die in sogenannten Zentralregisterdateien verwaltet werden, überwunden werden. Zeigt sich bei diesen „objektiv“ erhobenen aversiven Lebensereignissen gleichfalls ein Zusammenhang mit dem Auftreten einer depressiven Episode, dann kann von einem „wahren“ risikoerhöhenden Effekt dieser Ereignisse auf die Entwicklung einer Depression ausgegangen werden.

In einer neuen, populationsbasierten Fall-Kontrollstudie von Kessing, Agerbo und Mortensen (2003) wurde auf Daten des dänischen Zentralregisters für psychiatrische Forschung (alle Klinikaufnahmen), des medizinischen Registers für vitale Statistik (Daten zu den Todesursachen) und auf die integrierte Datenbasis für längsschnittlich orientierte

Arbeitsmarktforschung (Familienstand und Beschäftigungsstatus) zugegriffen und alle Einweisungen in psychiatrische Stationen von 1981 bis 1998, soziodemografische Daten als auch Todesfälle/Selbstmorde bei Verwandten ersten Grades erfasst. Einbezogen wurden Daten von 13006 Patienten mit der Diagnose einer Depression bei ihrer Erstaufnahme in eine psychiatrische Klinik und eine nach Geschlecht und Alter parallelisierte Kontrollgruppe von 260108 Individuen. Eine kurz zurückliegende Scheidung, Arbeitslosigkeit und Selbstmord eines Verwandten ersten Grades waren mit einem erhöhten Risiko für eine Klinikerstaufnahme mit der Diagnose einer Depression assoziiert. Todesfälle aufgrund anderer Ursachen als Selbstmord zeigten keinen signifikanten Effekt. Selbstmord bei einem nahen Familienmitglied war assoziiert mit einem 2- bis 3-fach erhöhten Risiko für die Diagnose einer Depression. Selbstmord der Mutter zeigte einen stärkeren Effekt als Selbstmord des Vaters. Eine Klinikeinweisung der Mutter vor dem Selbstmord erhöhte ebenfalls das Risiko um das 2,3-fache. Eine Scheidung im vorausgegangenen Jahr, Arbeitslosigkeit und eine Behinderung verdoppelten das Depressionsrisiko. Es wurden keine Geschlechtsunterschiede gefunden bezüglich der Effekte von Verlustereignissen und interpersonellen Problemen (auch Kessler & McLeod, 1984; Maciejewski, Prigerson & Mazure, 2001; Nazroo, Edwards & Brown, 1997). Tod eines Kindes, Tod des Vaters und Nicht-Verheiratetsein erhöhten die Effekte für Männer leicht. Aus dieser Studie kann geschlossen werden, dass die Assoziation zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und Depression nicht aufgrund einer systematischen Verzerrung oder anderen Berichtsstiles gegeben ist.

Nach den ersten Bemühungen von Holmes und Rahe (1967), Lebensstress anhand von Ereignislisten zu quantifizieren, und den zahlreichen Untersuchungen, in denen es nicht gelang, aus der mittels Ereignislisten berechneten „Life-Change“ Belastung resultierende Störungen mit nennenswerter Genauigkeit vorherzusagen (Klauer & Philipp, 1995), richteten sich die Forschungsbemühungen auf eine verbesserte Charakterisierung von Lebensereignissen, die als relevante Vorläufer von psychischen Störungen gelten können (Brown & Harris, 1989). Welche Ereignisse mit welchen Merkmalen in der neueren Forschung zu Depression und Lebensereignissen von Bedeutung sind, wird im folgenden Teil der Arbeit dargestellt.

3 Stand der Forschung: Lebensstress und Depression

Seit mehr als vierzig Jahren hat sich eine Vielzahl von empirischen Studien dem Zusammenhang von stressbesetzten Lebensereignissen und Depression gewidmet (vgl. die Überblicksarbeiten von Kessler, 1997; Paykel & Cooper, 1992 und Paykel, 2001). Sie

differieren erheblich im methodischen Vorgehen hinsichtlich der Art der Erhebung stressbesetzter Ereignisse, der Art der Betrachtung/Auswertung (aggregierte Studien, die zumeist einen Gesamtbelastungsscore über die Summe aufgetretener Ereignisse in einem gegebenen Zeitraum berechnen versus auf Einzelereignisse fokussierte Studien) und hinsichtlich ätiologisch-orientierter Fragestellungen (Onset-Forschung versus Verlaufsbetrachtungen). Je nachdem, ob das Forschungsinteresse eher konzentriert ist auf die Rolle von stressbesetzten Lebensereignissen als möglichen Auslöser für eine Depression (Onset-Forschung) oder ihre Rolle im Zusammenhang mit dem weiteren Verlauf einer Depression untersucht wurde, existieren erhebliche Kontroversen darüber, welche stressbesetzten Ereignisse (nur unabhängige versus abhängige, majore versus minore, akute versus chronische) wie (kumulierte Maße versus Einzelbetrachtung versus Muster) über welchen Zeitraum (3 Monate bis mehrere Jahre) betrachtet werden sollten. Welche Rolle weiteren verursachenden Faktoren als auch moderierenden Faktoren (insbesondere genetisch mit determinierten Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer Unterstützung) im Zusammenhang mit der Wirkweise von stressbesetzten Lebensereignissen zugesprochen werden kann, wird gleichfalls nach wie vor äußerst kontrovers diskutiert. Im Folgenden werden einige wesentliche Studien der unterschiedlichen Bereiche dargestellt, und es wird expliziert, worauf sich derzeitige Forschungsbemühungen ausrichten sollten.

3.1 Relevante Merkmale von Lebensstress

Nachfolgend wird herausgearbeitet, welchen Ereignissen mit welchen Merkmalen (dimensionalen Aspekten) in der neueren Forschung zu Depression und stressbesetzten bzw. kritischen Lebensereignissen Relevanz zugesprochen wird.

3.1.1 Negative und/oder positive Lebensereignisse

Nicht jedes Lebensereignis führt zu einer Störung. Obwohl Holmes und Rahe (1967) den Anstieg in der Wiederanpassungsleistung als die kritische Eigenschaft ansahen, die eine unspezifische Vulnerabilität zu fast jeder Art von Erkrankung fördert, zeigte die Nachfolgeforschung das Gegenteil (Paykel & Cooper, 1992). Im Rahmen methodenkritischer Studien (bspw. Ross & Mirowsky, 1979) wurde festgestellt: 1) Ereignisse mit negativer Qualität sagen psychische Gesundheit bzw. Störungen am besten voraus. Die stärksten statistischen Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomen war durch eine einfache Addition unangenehmer Ereignisse zu erreichen (Korrelation $r=.32/r=.26$), für positive Ereignisse wurden keinerlei Zusammenhänge gefunden. Es ist also nicht das Ausmaß der geforderten Wiederanpassungsleistung, die die Assoziation zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und psychischer Störung bedingt. 2) Die Gewichtung der stressbesetzten

Lebensereignisse führt zu einer Unterschätzung ihrer Effekte bzw. nicht zur Verbesserung der Assoziation zwischen negativen Ereignissen und Maßen des psychologischen Distress. So untersuchten beispielsweise Ross und Mirowsky (1979) anhand einer Stichprobe von 720 Männern und Frauen 23 verschiedene Modi der Gewichtung von Lebensereignissen. Es wurden positive und negative Ereignisse, die entweder ungewichtet oder gewichtet waren, gegeneinander getestet. Abhängige Variablen waren psychiatrische Symptome. Als wichtiges Ergebnis ist festzuhalten, dass die beste Prädiktion von Symptomen durch eine einfache Addition unangenehmer Ereignisse geleistet wurde. Alle anderen Gewichtungsverfahren hatten keine prädiktive Bedeutung (zit. nach Geyer, 1999). Daraufhin richtete sich der Blick auf eine mögliche verlaufverbessernde Funktion, die von Lebensereignissen mit positiver emotionaler Qualität (insbesondere Neubeginn- oder positive Zugewinnereignisse, Brown & Harris, 1989) ausgehen kann. Ihre möglichen positiven Effekte wurden in mehreren klinischen Verlaufsstudien untersucht und als eher gering eingestuft (z. B. Brown, Adler & Bifulco, 1988). Auch die Ergebnisse der Münchner Follow-up-Studie (Wittchen & von Zerssen, 1988) sprachen nicht für eine potenziell verlaufverbessernde Funktion derartiger Lebensereignisse.

3.1.2 Majore und/oder minore Lebensereignisse

Schwere Lebensereignisse zeigen einen Einfluss auf Depression (Brown & Harris, 1989; Paykel, 2001; Shrout et al., 1989). Innerhalb dieser wird wiederum nur einer Untergruppe (Verlustereignissen) besondere Relevanz zugesprochen (Paykel, 2001). Jedoch ist die Häufigkeit von solch schweren Ereignissen (schwere interpersonelle Verluste oder das Nichterreichen eines Leistungszieles) relativ selten verglichen mit dem Auftreten minorer Ereignisse oder chronischer Belastungen (Monroe & Simons, 1991). Heftige Kontroversen gab es demzufolge um die Frage, inwiefern auch minoren, im alltäglichen Leben auftretenden Problemen und Widrigkeiten, die einzeln wenig belasten, in ihrer Gesamtheit die individuellen Bewältigungskapazitäten aber wesentlich stärker beanspruchen können als majore Lebensereignisse, Relevanz für die Entwicklung einer Depression zugesprochen werden kann (Monroe & Simons, 1991). Die Auseinandersetzung wurde ausgelöst durch eine Untersuchung von Kanner, Coyne, Schaefer und Lazarus (1981), die eine Skala zur Erfassung von Alltagswidrigkeiten, die „Daily Hassles Scale“, mit Lebensereignissen konkurrierend in Beziehung setzten. Alltagsschwierigkeiten korrelierten hierbei stärker mit Symptomen negativen subjektiven Wohlbefindens als stressbesetzte Lebensereignisse. Negative alltägliche Ereignisse (daily hassles) sind häufig und stehen in Verbindung mit einer ganzen Bandbreite von psychischen und körperlichen Gesundheitsfolgen (Geyer, 1999). Sie

korrelierten in einer anderen Studie (deLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982) aber auch sehr hoch mit positiven alltäglichen Ereignissen. Es bleibt daher offen, ob sie nicht einfach nur ein hohes individuelles Aktivitätsniveau reflektieren. Es kann jedoch auch sein, dass tägliche Widrigkeiten im Kontext eines majoren Ereignisses vermehrt auftreten und damit erneut verdeutlichen, wie extreme Belastungen das Alltagsleben beeinflussen (Monroe & Simons 1991). Dohrenwend und ShROUT (1985) vertreten die Position, dass viele Items der Hassles-Skalen Indikatoren psychischer Beschwerden darstellen und dass die berichteten Zusammenhänge aus diesen Konfundierungen erklärbar sind. Sie führten statistische Analysen durch und fanden, dass Faktoren, die auf der Basis der Hassles-Items gebildet wurden, mit der Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis et al., 1974) bis zu $r=.73$ korrelierten und somit auch Folge/Ausdruck einer psychischen Störung sein können. Aufgrund dieser Kritikpunkte muss der Status des Daily-Hassles-Konzeptes als ungeklärt gelten (Fernandez & Sheffield, 1996). Das Konzept bedeutet für die Lebensereignisforschung daher bestenfalls eine Ergänzung (Geyer, 1999).

3.1.3 Akute Ereignisse und/oder chronische Belastungen

Der depressogene Effekt akuter, abgegrenzter Ereignisse wie Todesfälle oder Arbeitsplatzverlust wurde gleichfalls kontrovers diskutiert in Bezug zu den depressogenen Effekten eher chronischer oder intermittierender Ereignisse ohne feste zeitliche Zuordnung, wie fortbestehende finanzielle oder partnerschaftliche Probleme (Kessler, 1997; 2000). So fanden Avison und Turner (1988), dass chronische Belastungen, wie andauernde finanzielle Sorgen und Probleme mit den eigenen Eltern, in stärkerer Beziehung zur Schwere depressiver Erkrankungen standen als aktuelle Lebensereignisse. Treten aktuelle stressbesetzte Ereignisse zu bereits bestehenden Lebensproblemen oder Rollenkonflikten hinzu, dann erhöht sich ihre depressionsfördernde Wirkung (Brown & Harris, 1989). Brown und Harris erklären diesen erhöhenden Effekt dadurch, dass majore Ereignisse, die auf bereits existierende Probleme aufreffen, das Erleben von Hoffnungslosigkeit erhöhen (Beck, 1974; Abramson et al., 1989). Für chronische Probleme wird es sehr schwierig zu bestimmen, warum zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Störung einsetzt. Anstelle eines akut einsetzenden Stresseffektes kann es zu einem eher graduellen, chronischen Rückzug kommen, der die Störung verursachen kann. Nimmt man chronischen Stress in Erklärungsmodelle auf, ist die Kenntnis zusätzlicher Komponenten notwendig, um den Zeitpunkt des Zusammenbruchs zu erklären. Chronische Widrigkeiten können verantwortlich sein für das Auftreten eher chronischer Formen einer Störung (z. B. Dysthymie, Brown, Bifulco, Harris & Bridge, 1986) oder den Ausbruch von

Störungen mit ausgedehnter Entwicklungszeit (z. B. Herzerkrankungen, Brown & Harris, 1989).

Klauer und Filipp (1995) halten eine Unterscheidung zwischen chronischen und akuten Ereignissen oftmals für irreführend. Sie argumentieren, dass bei einer genaueren Betrachtung verschiedener Formen von Belastungsereignissen viele Lebensereignisse „nichts anderes als „Markierungspunkte“ am Beginn oder Ende längerwährender Belastungssituationen darstellen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes der in Langzeitarbeitslosigkeit übergeht, Scheidung nach langandauernden Eheproblemen u.a.)...“ (Klauer & Filipp, 1995, S.160) und dass viele in der Literatur verwendete Ereignislisten ohnehin chronische Belastungen umfassen.

3.1.4 Abhängige und/oder unabhängige Ereignisse

Abhängige Ereignisse werden definiert als durch die Person selbst, ihr Verhalten bzw. ihre Vulnerabilität mit hervorgerufen. Sie sind häufiger bei mehrfach erkrankten Depressiven (Rückfall) als bei Ersterkrankungen zu beobachten. Hieraus folgt, dass es Ereignisklassen gibt (insbesondere interpersonelle Ereignisse), die zumindest teilweise durch die Depression selbst hervorgerufen werden können und dann wiederum weitere Episoden auslösen (Hammen, 1991; Harkness et al., 1999). Individuen mit vorausgegangener depressiver Episode haben auch außerhalb von depressiven Episoden mehr stressbesetzte Lebensereignisse (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Beziehung zwischen abhängigen Ereignissen und Depression größer ist als zwischen unabhängigen Ereignissen und Depression (z. B. Skärsäter, Agren & Dencker, 2001). Stressbesetzte Lebensereignisse werden aber üblicherweise retrospektiv erfasst. Dies betrifft auch prospektive Studien, wenn die Information zu zwischenzeitlich aufgetretenen Ereignissen und depressiver Symptomatik zwischen den Erhebungswellen erst bei der zweiten Erhebung erfragt wird. Hieraus ergibt sich ein wesentliches methodisches Problem für kausale Schlussfolgerungen. Dies führte zur Forderung, dass insbesondere im Bereich der Onset-Forschung zwischen von der Person möglicherweise abhängigen und unabhängigen Ereignissen zu differenzieren sei (Paykel & Cooper, 1992).

Welch große Bandbreite von Ereignissen in der kausal orientierten Onset-Forschung als potenziell abhängig definiert werden, lässt sich gut am Beispiel einer neuen schwedischen Studie von Skärsäter, Agren und Dencker (2001) demonstrieren, in welcher eine Lebensereignisliste von Paykel und Brown (1993, zitiert in Skärsäter et al., 2001) zum Einsatz kam. Skärsäter et al. (2001) betrachteten vergleichend 40 ambulante Patienten mit der Diagnose einer Major Depression (DSM-IV) mit einer gesunden Kontrollgruppe (N=19)

bezüglich des Belastetseins mit stressbesetzten Lebensereignissen im vorausgegangenen 12-Monatszeitraum. Zwanzig stressbesetzte Lebensereignisse der folgenden drei Kategorien wurden erfragt: vier unabhängige Ereignisse (Tod des Ehepartners, Tod eines nahen Familienmitgliedes, schwere Erkrankung eines nahen Familienmitgliedes und schwere Erkrankung eines nahen Freundes), 15 abhängige Ereignisse (größere finanzielle Schwierigkeiten, beruflicher/geschäftlicher Misserfolg, Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Trennung, Arbeitslosigkeit für mehr als einen Monat, juristische Auseinandersetzungen, gesteigerte Auseinandersetzungen mit der Familie, Berentung, ungünstige Veränderungen bei der Arbeit, neuer Arbeitsplatz und Umzug) sowie ein gesundheitsbezogenes Ereignis.

Es traten keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der durchschnittlichen Anzahl unabhängiger Ereignisse (0,5 vs. 0,3), jedoch hinsichtlich der Anzahl der abhängigen Ereignisse (1,4 vs. 0,2) auf. Dies galt insbesondere für gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (22,5% vs. 0%) und anderen Familienmitgliedern (17,5% vs. 0%), für Umzug (12,5% vs. 5,3%) und bezüglich der körperlichen Gesundheit (0,7 vs. 0). Skärsäter und Kollegen schließen daraus, dass Depressive ihr Umfeld sowohl formen als auch darauf reagieren und dass die Konsequenzen der Depression dazu führen, neue stressbesetzte Ereignisse zu generieren. Aus diesem Grunde wurde in der kausal auf „Onset“ hin favorisierten Forschung die Analyse von krankheitsunabhängigen Ereignissen favorisiert.

Untersucht man dagegen die den möglichen Verlauf modifizierende Wirkung von stressbesetzten Lebensereignissen und -bedingungen, dann sollte nach Wittchen und von Zerssen (1988) davon ausgegangen werden, dass die in der klassischen Lebensereignisforschung postulierten Zusammenhänge keine zentrale Rolle spielen. Sie treffen diese Aussage aufgrund ihrer Befunde aus der siebenjährigen Verlaufsbeobachtung ehemals depressiver Patienten der Münchner-Follow-up-Studie. Zur Prüfung verlaufsmodifizierender Effekte seien sehr viel komplexere Modelle und Grundannahmen notwendig. Es sei fraglich, ob das Grundparadigma der differenzierten Lebensereignisforschung, nur mit der Krankheit nicht konfundierte Stressmaße zu verwenden, in der Verlaufsbeobachtung sinnvoll ist. Angesichts der Vielfalt chronisch belastender Lebensbedingungen sollte eher von Summationseffekten ausgegangen werden, bei denen sich die Belastungswirkungen durch die Kombination verschiedener Belastungsquellen addieren (Wittchen & von Zerssen, 1988, S.302; auch Keller, 1997; Klauer & Filipp, 1995; Reck, 2000).

Wie deutlich wurde, ist es schwierig, verschiedene Typen von Lebensereignissen und Stressoren (minore und majore, chronische und akute, abhängige und unabhängige)

voneinander abzugrenzen, und die Annahme der Unabhängigkeit dieser Belastungstypen scheint kaum haltbar. Aus diesem Grund wird von verschiedenen Autoren betont (Keller, 1997; Klauer & Philipp, 1995; Reck, 2000; Wittchen & von Zerssen, 1988), dass diese einzelnen Typen von Stressoren nicht isoliert betrachtet werden sollten, da sie keine konkurrierenden Belastungstypen darstellen, sondern oft erst als Ganzes belastend wirken und Summationseffekte haben können. Eine Unterscheidung ist deshalb möglich, aber nicht unbedingt sinnvoll, da sie der „dynamischen Verflochtenheit“ unterschiedlicher Formen von Erfahrungen keine Rechnung trägt (Filipp, 1995, S. 295). Um ein realistisches, das weite Spektrum vieler Facetten des alltäglichen Lebens umfassendes Bild der Bedeutung verschiedener belastender Ereignisse für Personen zu erhalten, ist es deshalb wichtig, das Zusammenwirken einer breiten Palette stressbesetzter Ereignissen zu untersuchen.

3.1.5 Bestehende Kontroversen in der Datenerhebung und Analyse

Nach wie vor bestehen Kontroversen über das Zeitfenster der Wirksamkeit von stressbesetzten Lebensereignissen. D. h. über welchen Zeitraum sollen stressbesetzte Ereignisse erhoben werden? Weiterhin besteht noch Bedarf an Forschung zur Frage, ob multiple auftretenden Lebensereignissen eine additive und/oder multiplikative Wirkung auf das Risiko eine depressive Episode zu entwickeln, zukommt. Desweiteren wird auch über die Rolle chronischer Belastungen als Mediatoren für die risikoerhöhenden Effekte akut auftretender Belastungsereignisse weiter nachgedacht.

Zeitfenster der Wirksamkeit der Effekte

Das Risiko, in den ersten sechs Monaten nach dem Auftreten von extrem negativen Ereignissen eine Depression zu entwickeln, wird von Paykel und Cooper (1992) auf 6:1 (Odd Ratio) geschätzt. Es soll weiterhin mit zeitlichem Abstand zum Ereignis rapide abfallen. Die meisten Studien betrachteten demzufolge eine Zeitspanne von einem Monat bis zu einem Jahr (Kessler, 1997; Paykel & Cooper, 1992; Paykel, 2001). Kritisch ist anzumerken, dass es aber auch Studien gibt, die deutlich längere Zeitfenster der Wirksamkeit fanden. Kessing et al. (2003) betrachteten für Änderungen im Familienstand und Beschäftigungsstatus ein Jahr vor Erkrankung und für Todesfälle lag die Zeitspanne zwischen einem Tag und 22 Jahren, für Selbstmord lag sie zwischen einem Tag und 28 Jahren. Auch Romanov, Varjonen, Kaprio und Koskenvuo (2003) zogen einen Zeitraum von 5 Jahren heran. Wittchen und von Zerssen (1988) betrachteten in der Münchner Follow-up-Studie einen Zeitraum von sieben Jahren.

Kendler, Karkowsky und Prescott (1998) untersuchten mit den Langzeitdaten von 1898 Zwillingen des Mid-Atlantic Zwillingsregisters die Frage, ob von einer bestimmten festgelegten oder immer gleichen Dauer des Einflusses stressbesetzter Lebensereignisse

ausgegangen werden kann oder ob es nicht individuelle Klassen von Ereignissen mit unterschiedlich langen Effekten für die Entwicklung einer depressiven Episode gibt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden alle Daten im Rahmen eines Face-to-face Interviews und nachfolgend durch zwei Telefoninterviews erhoben. Zwischen dem ersten und letzten Erhebungszeitraum lagen circa 5 Jahre (das Alter der Zwillinge war bei der Dritterhebung 35,1 Jahre). Erfasst wurden 15 Klassen zeitnaher stressbesetzter Ereignisse und das Vorliegen einer DSM-III-R Major Depression (SKID) in einem 12-Monatszeitraum.

Die Assoziation zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und dem Beginn einer Major Depression war am höchsten im Monat des Auftretens (mit einer 2,5-fachen Risikoerhöhung für Netzwerkereignisse bis zu einer 17,9-fachen für die Erfahrung von Gewalt) und wurde für chronische Probleme ausgedehnt auf eine Zeitperiode von 6 Monaten. Eine Risikoperiode bis zu zwei Monaten zeigten körperlicher Übergriff, Verlust einer Vertrauensperson, Eheprobleme und Probleme am Arbeitsplatz. Eine Risikoperiode über diesen Zeitraum hinaus zeigten größere finanzielle Probleme und interpersonelle Schwierigkeiten. Weiterhin zeigten sich hochspezifisch für eine Major Depression Tod in der Familie (Ehepartner/Kind) mit einer Risikoerhöhung um den Faktor 6,3. Entgegen den Annahmen von Brown und Harris (1989) wurde ein depressogener Effekt sowohl für Ereignisse mit hoher Bedrohung als auch für weniger schwerwiegende Ereignisse gefunden. Diese Befunde deuten an, dass die depressogenen Effekte mit zeitlichem Abstand zu einem Ereignis absinken können, aber je nach Art des Ereignisses in unterschiedlicher Stärke. Chronische Belastungen zeigten ein deutlich längeres Zeitfenster der Wirksamkeit.

Kumulative und/oder multiplikative Effekte

Eine zentrale Annahme vieler klinischer Studien ist, dass eine Anhäufung stressbesetzter Ereignisse eine additive Risikowirkung auf die Entwicklung einer Depression haben kann (Brostedt & Pedersen, 2003; Geyer, 1999; Keller, 1997; Reck, 2000; Romanov et al., 2003; Surtees & Ingham, 1980). Gemessen wird jeweils die Globalbelastung in einem definierten Zeitraum, die durch Aufaddieren der aufgetretenen Lebensereignisse berechnet wird. In einer schwedischen Zwillingsstudie untersuchten Brostedt und Pedersen (2003) den Zusammenhang zwischen Ereignisanzahl/Ereignistyp und der Erkrankungswahrscheinlichkeit für eine affektive Störung an einer Gruppe von 1377 Zwillingen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer affektiven Störung zu erkranken, nahm mit steigender Ereignisanzahl zu – allerdings nur bis zu einer Anzahl von drei Ereignissen. Danach sank sie wieder ab. Die Autoren deuteten dies als Hinweis auf einen Sättigungseffekt, ab dem ein weiterer Anstieg keinen Einfluss mehr hat. Auch Romanov und Mitarbeiter (2003) fanden in der populationsbasierten

finnischen Zwillingsstudie einen solchen Effekt: Die Prävalenz von Depression betrug bei Männern mit der höchsten Anzahl von stressbesetzten Ereignissen 21%, gegenüber 2% bei Männern mit der geringsten Ereignisanzahl. Bei Frauen waren dies 24% zu 6%. Je mehr stressbesetzte Ereignisse berichtet wurden, desto höher war auch das Risiko für eine Depression (der risikoe erhöhende Effekt, der von vielen stressbesetzten Ereignissen ausging, betrug 8,47 bei monozygotischen Zwillingen und 8.4 bei dizygotischen).

Auch in der Zwillingsstudie von Kendler, Karkowsky und Prescott (1998) wurde der Einfluss multipler stressbesetzter Ereignisse überprüft und drei Wirkmodelle einander gegenübergestellt: Zunächst wurde ein negatives interaktives Modell (Brown & Harris, 1989) überprüft, in welchem eine Schwelle angenommen wird, d. h. ein schweres Ereignis kann in einer Gruppierung von Ereignissen ausreichend sein. Weiterhin wurde das Decay-Modell von Surtees (1989) getestet, in welchem die Annahme getroffen wird, dass jedes Ereignis einen residualen Effekt hinterlässt und sich eine zusätzliche additive Prädiktion ergibt, wenn ein weiteres Ereignis hinzutritt. Schließlich wurde ein positives interaktives Modell untersucht, das von multiplikativen Effekten von Ereignissen und nicht nur additiven Effekten ausgeht. Die Ergebnisse von Kendler et al. (1998) stützten ein solches positives interaktives Modell: Das am besten passende Modell beinhaltete einen linearen und signifikant quadratischen Term (also multiplikative Effekte und nicht nur additive Effekte). Das Risiko für den Beginn einer Major Depression stieg proportional mit steigender Anzahl multipler Ereignisse: Lag kein Ereignis vor, dann betrug das Risiko 0,87% Erkrankungen, bei einem Ereignis war die Rate 3,4%, bei zwei 6,8% und bei drei war sie 23,8%.

Fokussierte Studien und die Bedeutung chronischer Belastungen

Ein Großteil der Studien zum Zusammenhang von stressbesetzten Lebensereignissen und dem Beginn (de Graaf, 2001; Brostedt & Pederson, 2003; Romanov et al., 2003) beziehungsweise dem weiteren Verlauf einer Depression (Keller, 1997; Reck, 2000) betrachtet den Einfluss aggregierter Maße stressbesetzter Ereignisse. Dem steht ein eher geringerer Teil fokussierter Studien, die spezifische Ereignisse untersuchten (z. B. Arbeitsplatzverlust, Dew, Bromet & Schulberg, 1987; Verwitwung, Umberson, Wortman & Kessler, 1992; Scheidung, Aseltine & Kessler, 1993) gegenüber. Gerade diese fokussierten Studien sollten aber die stärkste Evidenz für eine Assoziation zwischen stressbesetzten Ereignissen und Depression zeigen (Kessler, 1997). Entsprechend fand jede der drei benannten Studien, dass schwere stressbesetzte Lebensereignisse deutlich das Risiko für eine Depression erhöhen. Ein Nachteil dieser fokussierten Studien ist allerdings, dass sie keinen Vergleich der Effektstärken multipler belastender Ereignisse auf die Entwicklung einer Depression erlauben.

In den letzten zehn Jahren erfuhren auch chronische Stressoren zunehmend wachsende Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 3.1.3). Dies geht zurück auf eine lange Tradition epidemiologischer Forschung zu chronischer Arbeitsüberlastung bzw. Stress am Arbeitsplatz und daraus resultierenden negativen Gesundheitsfolgen (bspw. House & Cottington, 1986). Auch chronische Eheschwierigkeiten und Depression wurden untersucht (bspw. Gotlib & McCabe, 1990). Es konnte gezeigt werden, dass chronischer rollenbezogener Stress (Arbeitsrolle, Ehepartnerrolle) mit einer chronischen depressiven Verstimmung einhergeht (Pearlin, 1989; Gotlib, Wheaton & Lloyd, 1995). Chronischer rollenbezogener Stress kann die Effekte von stressbesetzten Lebensereignissen erhöhen, wenn das Ereignis in einem solchen bereits problembehafteten Kontext auftritt (bspw. Brown & Harris, 1989). In den oben benannten fokussierten Studien wird chronischer Stress als Mediator für die Effekte der akuten Lebensereignisse auf eine Major Depression gesehen. So soll beispielsweise der negative Effekt von Arbeitslosigkeit auf eine Major Depression mindestens teilweise mediiert werden über resultierende finanzielle Belastungen (Kessler, 1997), und die Beziehung zwischen dem Verlust des Ehepartners und Depression soll nach der Studie von Umberson et al. (1992) teilweise mediiert werden durch soziale Isolation. Demzufolge weist Kessler (1997) darauf hin, dass die zukünftige Forschung eine Aufschlüsselung der Wirkweise der Effekte von stressbesetzten Lebensereignissen durch die Hinzunahme von chronischen Stressoren (wie finanzielle Belastungen, juristische Auseinandersetzungen, Probleme in der Partnerschaft) berücksichtigen sollte.

3.2 Kausal-, genetisch- und verlauforientierte Studien

Mittlerweile konnte in einem beachtlichen Teil der kausal-orientierten Forschung ein signifikanter Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und vorausgehenden aversiven Lebensereignissen bestätigt werden (Brown & Harris, 1989; Paykel, 2001, 2003). Dabei soll es sich bei über 90% der stressbesetzten Lebensereignisse im Vorfeld einer Depression um Verlustereignisse handeln (Paykel, 2001). Dies wurde insbesondere in den Gemeindestudien der Arbeitsgruppe um Brown und Harris, in die allerdings nur Frauen einbezogen wurden, demonstriert. In allen 10 Studien, die bis 1989 mit der LEADS Lebensereignisse erhoben hatten und die in der weiblichen Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden, fand sich bei fast drei Viertel der Onset-Fälle ein provozierendes Ereignis von ätiologischer Bedeutung im Vorfeld. Trotzdem muss vermerkt werden, dass aber nur eine von fünf Frauen, bei denen ein schwerwiegendes negatives Ereignis vorlag, eine manifeste Depression entwickelten.

3.2.1 Kausal-orientierte Forschung zur Rolle zeitnaher aversiver Lebensereignisse

Im Folgenden werden einige wesentliche Befunde zu Depression und Lebensereignissen, die im Rahmen des kontextuellen Ansatzes von Brown und Harris (1978; 1989) aufgezeigt werden konnten, dargestellt. Bezug genommen wird auf drei gemeindebezogene Studien mit Frauen (Bedford College, University of London): Die Camberwell-Studie (1978), die Outer-Hebrides-Studie (1981) und die Islington-Studie (1986).

Die Camberwell-Studie (Querschnitt, frühe 70er Jahre, Süd-London, Brown & Harris, 1978) setzte sich aus zwei Zufallsstichproben von 458 Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren zusammen. Die Lebensumstände und die psychiatrische Anamnese wurden mit einer Kurzform des Psychiatric State Examination (PSE, Wing, Cooper & Sartorius, 1974, zitiert in Brown & Harris, 1989) erhoben. Obwohl überwiegend Frauen der Arbeiterklasse aus einem Innenstadtbezirk einbezogen wurden, enthielt die Stichprobe auch Frauen aus der Mittelschicht sowie 114 Frauen, die wegen einer früheren Depression ambulant psychiatrisch behandelt worden waren.

1975 und 1976 fand eine Wiederholung der Camberwell-Studie in einer dörflichen Region auf den schottischen Hebriden statt (Brown & Prudo, 1981; Prudo, Harris & Brown, 1984). In der sogenannten Outer Hebrides-Studie sollte überprüft werden, ob sich die in der Stadt gezeigten Zusammenhänge zwischen Depression und vorauslaufenden Lebensereignissen auch in ländlichen Regionen finden lassen. Der Großteil der einbezogenen Frauen war auf den Inseln geboren und lebte auf kleinen Bauernhöfen oder stammte aus Zwergbetrieben (Fischer); die Religiosität bzw. die Eingebundenheit in kirchliche Aktivitäten spielte hier eine bedeutende Rolle.

Anfang der 80er Jahre wurde in einem Innenstadtbezirk von Nordlondon mit 404 Frauen eine 1-Jahres-Follow-Up-Studie zur Erfassung des Beginns einer manifesten affektiven Störung durchgeführt (Islington-Studie; Brown & Bifulco, 1985; Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridges, 1986). Theoretische Annahmen zur Rolle von Selbstwertgefühl/Selbstachtung und sozialer Unterstützung wurden hier überprüft (siehe Abschnitt 2.2.4). Einbezogen wurden Frauen aus Arbeiterhaushalten mit mindestens einem Kind im Haushalt, da die Camberwell-Studien gezeigt hatten, dass diese Frauen ein besonderes Risiko trugen, eine depressive Störung zu entwickeln. Weiterhin wurden alleinerziehende Frauen einbezogen. Bei der Ersterhebung wurden sowohl Maße zur Qualität der persönlichen Beziehungen, das Ausmaß der erhaltenen sozialen Unterstützung, Selbstwertgefühl und psychiatrische Störung bis T1 erfasst. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde jede psychiatrische Störung im Follow-Up, aufgetretene Lebensereignisse und

fortbestehende Schwierigkeiten, die aktuelle soziale Unterstützung während jeder bedeutenden Krise als auch die Reaktionen der Frauen auf Ereignisse und Schwierigkeiten erhoben.

Längerfristige Bedrohung, Schweregrad, Verlustcharakter

In der Camberwell Studie wurde gefunden, dass nur eine längerfristig gegebene Bedrohung (d. h. über 7 bis 10 Tage nach Auftreten des Ereignisses) und der Fokus des Ereignisses (auf die Person selbst oder einen nahen Angehörigen gerichtet) in Zusammenhang mit einer Risikoerhöhung für eine Depression standen (Brown & Harris, 1978). Bezieht man weiterhin mit ein, ob das Ereignis ein Verlustereignis war (zur Definition von Verlustereignissen siehe Abschnitt 2.2.4) und ob es dem oberen oder unteren Schweregradbereich angehörte, dann verbessert sich der Zusammenhang: 32% der Frauen mit einem Ereignis aus dem oberen Schweregradbereich und Verlustelementen entwickelten eine Depression, verglichen mit 11% der verbleibenden Frauen mit einem anderen schweren Ereignis. Nicht nur schwerwiegende negative Ereignisse, sondern auch schwierige Lebensumstände zeigten einen additiven Beitrag zur Erhöhung des Depressionsrisikos. Tritt das Ereignis in einem Bereich ein, in dem a) die Frau stark involviert ist oder in dem b) bereits Probleme bestehen oder c) der durch Rollenkonflikte gekennzeichnet ist, dann kommt es zu einer deutlichen Erhöhung (dreifach) des depressogenen Effektes (Brown, 1989). Hierbei zeigte sich eine bestehende Problematik (chronische Probleme) als alleine nicht ausreichend, um eine Depression auszulösen. Beides, bestehende Problematik und akutes Ereignis mussten für die Entwicklung einer Depression gegeben sein. Chronische Schwierigkeiten traten hinsichtlich ihrer auslösenden Effekten gegenüber akuten Ereignissen zurück, ihre Bedeutung wurde daher auch weniger intensiv untersucht.

Soziale Unterstützung, geringes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmung

Mit den prospektiven Islington-Daten untersuchten Brown und Mitarbeiter (1986) die Rolle sozialer Unterstützung und vorausbestehender depressiver Verstimmung für das Auftreten einer manifesten depressiven Episode in einem 12 Monatsintervall. Negative Elemente in der Kernbeziehung (nicht Selbstwert stützendes Verhalten des Partners), herabgesetztes Selbstwertgefühl und chronische subsyndromale Verstimmung waren hoch korreliert mit dem Auftreten einer klinischen Depression. Eine hohe Erkrankungsrate zeigte sich nur in der Gruppe derjenigen Frauen, die sowohl negative Elemente in der Kernbeziehung und herabgesetztes Selbstwertgefühl oder subklinische Symptome als internes Maß aufwiesen. Obwohl nur 26% (80/303) der Frauen in diese Hochrisikogruppe fielen, traten 81% (26/32) aller Erkrankungsfälle in dieser Gruppe auf. Eine nähere Betrachtung dieser Hoch-Risiko-

Frauen zeigte: Chronisch depressive Verstimmung war hoch korreliert mit niedrigem Selbstwertgefühl $r=.61$ und mit negativen Elementen in der Kernbeziehung $r=.51$. Die Auftretenshäufigkeit von Depression bei Frauen mit subklinischer Symptomatik war rückführbar auf den Zusammenhang dieser Symptomatik mit markanten Lebensschwierigkeiten und dazutretenden kongruenten Ereignissen. Es fand sich kein Hinweis in den Daten, dass eine subklinische Symptomatik unabhängig von den benannten psychosozialen Faktoren eine ätiologische Rolle spielt (Brown, Bifulco, Harris & Bridge, 1986).

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass fehlende elterliche Fürsorge in enger Beziehung stand zur gegenwärtigen Lebensstruktur und dem kombinierten Maß (negative Elemente in der Kernbeziehung und/oder herabgesetztes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmung). Frauen mit einem Mangel an elterlicher Fürsorge zeigten zu 47% (34/72) auch negative Elemente in der Kernbeziehung und/oder herabgesetztes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmung, verglichen mit 19% (44/231) der anderen. Der Mangel an elterlicher Fürsorge stand aber in keiner Beziehung zum Auftreten von zusätzlichen aversiven Ereignissen.

Eine Modifikation des Ansatzes von Brown und Harris wurde in dem Decay-Modell von Surtees und Ingham (1980) vorgeschlagen. In dem Modell wird davon ausgegangen, dass die Belastung durch ein bestimmtes Lebensereignis nachwirkt, d. h. mit einer konstanten Rate über die Zeit hinweg langsam absinkt und schließlich verschwindet. Das Modell geht von zwei Grundannahmen aus: 1) Die Absinkrate ist für alle Ereignisse gleich und die Belastungswerte lassen sich summieren. 2) Die Belastung durch chronische Schwierigkeiten kann als konstanter Effekt hinzugezählt werden. Der Grad an Belastung zu einem gegebenen Zeitpunkt kann somit aus der Summe der aktuellen Lebensereignisse, den Werten früherer Ereignisse und chronischer Belastungen ersehen werden.

Brown und Harris (1989) diskutieren dann auch die Möglichkeit, dass die Effekte einzelner negativer Ereignisse sich aufsummieren können in der Erhöhung des Depressionsrisikos. Sie verweisen einmal auf das Vorgehen von Holmes und Rahe (1967), die gleichfalls eine solche Additivität annahmen und deswegen auch Gesamtbelastungsscores berechneten, aber den möglichen Beitrag von aufeinander bezogenen Ereignissen vernachlässigten. Die Camberwell-Befunde legten jedoch nahe, dass es zum größten Teil der Einfluss eines Einzelereignisses von ausreichender Schwere war, der das Risiko erhöhte. Das Gleiche gilt für die Betrachtung chronischer Schwierigkeiten. Wurde berücksichtigt, dass ein schweres Ereignis mehrere Bereiche (bereits bestehende Probleme, Rollenkonflikt, Bereich

hoher Involviertheit) betrifft, dann fand sich eine Verdoppelung des Depressionsrisikos mit jeder hinzukommenden Dimension und zwar von 27% für eine Dimension, 50% für zwei und 100% bei allen dreien. Der Effekt trat aber immer innerhalb des Kontextes eines schweren Ereignisses auf.

Die Annahme einer konstanten Abnahmerate für Lebensereignisse mit gleichem Belastungsgrad und die Annahme der Additivität von Ereignissen sind nach Brown und Harris weder nötig noch haltbar (1989).

3.2.2 Genetisch-orientierte Studien und emotionale Labilität (Neurotizismus)

Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts treten Verursachungsprozesse von Lebensereignissen selbst zunehmend in das Blickfeld der (genetischen) Forschung zu Stress und Depression (Zwillingsstudien: Kendler et al., 1997; Romanov et al., 2003; Van Os & Jones, 1999; Van Os, Park & Jones, 2001; Studien mit Geschwisterdesign: Farmer et al., 2000; Goldberg, 2001). Ausgangspunkt waren die in Abschnitt 3.1.4 dargestellten Befunde zu abhängigen und unabhängigen Lebensereignissen. So fand beispielsweise Hammen (1991), dass von der Person abhängige Ereignisse häufiger bei unipolar Depressiven als bei psychisch gesunden Kontrollpersonen anzutreffen sind. Dieser Unterschied zeigte sich nicht bei von der Person und ihrem Verhalten unabhängigen Ereignissen (auch Harkness, Monroe, Simons & Thase, 1999).

Mit den Daten des Mid-Atlantic-Zwillingsregisters untersuchten beispielsweise Kendler und Karkowski-Shuman (1997) den Anteil von Umwelt- und/oder genetischer Komponenten in der Ausbildung einer Major Depression. Betrachtet wurden 44 stressbesetzte Lebensereignisse in den vorausgegangenen 12 Monaten. Die Forscher fanden eine familiäre Ähnlichkeit in dem Ausmaß und der Art aufgetretener Belastungen und eine nochmals höhere Übereinstimmung bei eineiigen Zwillingen. Dies führte zu der Schlussfolgerung, dass genetische Faktoren (ein gemeinsamer familialer Faktor wie bspw. hohe Ausprägung in emotionaler Labilität) sowohl die „Erkrankungsanfälligkeit“ für eine Depressionsentwicklung nach dem Auftreten einer Belastung als auch das Risiko auch außerhalb depressiver Episoden spezifischen Lebensereignissen ausgesetzt zu sein, erhöhen. Über ein Drittel der Beziehung zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und Depression wurde als nicht kausal angesehen. Kendler postulierte daraufhin die „These der Selbstselektion in hochriskante Umwelten“. Dies heisst, ein genetisch verankertes Personmerkmal erhöht die Erkrankungsanfälligkeit und bedingt gleichsam personale Verhaltensweisen, die dazu führen können, dass die Person einem belastenden Lebensmilieu ausgesetzt ist (Wahl eines delinquenten Partners oder Ausbildungsabbruch).

Ein solcher familialer Faktor, der sowohl die Neigung, nach dem Auftreten von Lebensereignissen eine Depression zu entwickeln, als auch das Risiko, auch außerhalb depressiver Episoden spezifischen Lebensereignissen ausgesetzt zu sein, bedingen könnte, wird in Neurotizismus (emotionaler Labilität) gesehen. So konnte wiederholt gezeigt werden, dass das Ausmaß emotionaler Labilität der beste Prädiktor für eine Major Depression ist (Van Os & Jones, 1999; Van Os, Park & Jones, 2001). Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen dem Niveau von Neurotizismus und dem Ausmaß an Stress, der notwendig war, um eine depressive Episode auszulösen, gefunden (Ormel & Wohlfarth, 1991). D. h., ist eine hohe Ausprägung in emotionaler Labilität gegeben, dann ist auch die Sensitivität, auf Lebensereignisse depressogen zu reagieren, erhöht. Ferner konnten Van Os und Jones (1999) mit den Daten der British Longitudinal Birth Cohort (1946 Geborene) zeigen, dass die Auftretenshäufigkeit stressreicher Lebensereignisse im mittleren Erwachsenenalter durch hohe emotionale Labilität in der Kindheit vorausgesagt werden konnte.

Die Annahme zur Kofamiliarität von Major Depression und ähnlichen stressbesetzten Lebensereignissen blieb nicht unwidersprochen. So konnte in der Cardiff-Depressions-Studie (Farmer, Harris, Redman, Sadler, Mahmood & McGuffin, 2000), in der Geschwisterpaare bezüglich der Ähnlichkeit und Anhäufung stressbesetzter Lebensereignisse und der familialen Neigung zu Depression untersucht wurden, eine solche Kofamiliarität nicht bestätigt werden. Das Lebenszeitrisiko für eine Major Depression betrug für die Geschwister von Depressiven verglichen mit den Geschwistern von Gesunden 9,74, obwohl sich die Gruppen nicht bezüglich der Auftretenshäufigkeit von Lebensereignissen unterschieden. Mehrere Kategorien von Lebensereignissen zeigten eine signifikante Korrelation zwischen den Geschwistern, diese war aber rückführbar auf geteilte Ereignisse, die beide Geschwister durchlebten. Eine Major Depression hat eine familiäre Komponente. Die familialen Effekte von Lebensereignissen wurden jedoch weitgehend erklärt durch geteilte Erfahrungen. Es fand sich kein Beleg für einen gemeinsamen Faktor, der sowohl eine Major Depression als auch die Exposition (das Generieren) für bestimmte Lebensereignisse beeinflusst.

Ein weiterer Einwand gegen Neurotizismus als alleinigem bzw. dominierendem Faktor, der sowohl die depressive Erkrankungsanfälligkeit erhöht, indem er die Ereignissensitivität ansteigen lässt (die Bewältigungskapazität absinken lässt), und gleichzeitig zum Auftreten einer erhöhten Anzahl von Belastungen beitragen soll, wird in seiner fehlenden zeitlichen Stabilität gesehen. Neurotizismus wird als genetisch determiniert gefasst und damit als relativ zeitstabil – aber mit einer Ausdehnung des Zeitintervalls zwischen den Erhebungen werden die Test-Retest-Korrelationen niedriger (z. B. Ormel &

Rijsdijk, 2000). Loehlin (1992) schätzt den Vererbungsanteil von Neurotizismus auf 40 bis 45 Prozent. Die Konkordanz bei monozygotischen Zwillingen, die getrennt aufwachsen liegt niedriger als jene von monozygotischen Zwillingen, die gemeinsam aufwachsen (0.38 vs. 0.46). Dies lässt eine starke Umweltkomponente vermuten. Demzufolge sollte Neurotizismus (emotionale Labilität) als mehr oder weniger stabiles Maß von Symptomen gesehen werden und Veränderungen der Lebenssituation können auch die Ausprägung von emotionaler Labilität verändern (Goldberg, 2001).

Zusammenfassend kann hier festgestellt werden, dass die genetische Determination für emotionale Labilität unter 50 Prozent liegt und das Niveau emotionaler Labilität nicht zeitstabil ist. Dies lässt auch eine bidirektionale Betrachtung zu. Soziale Faktoren (Kindheitsbelastungsereignisse und soziale Benachteiligungen im Erwachsenenleben) können die Ausprägung emotionaler Labilität erhöhen und auch unabhängig vom Niveau emotionaler Labilität zur Entwicklung einer Depression beitragen (siehe auch Kapitel 2.4.1 zu Vulnerabilität aufgrund von Bindungsstörungen; auch Goldberg, 2001).

Kritische Würdigung: Eine wesentliche Implikation dieser Forschung ist, dass eine mögliche prädisponierende Wirkung von (dispositionalen) Personmerkmalen hinsichtlich des Eintretens von Ereignissen zu erwarten ist und beachtet bzw. analysiert werden sollte. Auch im Rahmen persönlichkeitspsychologischer Modellvorstellungen wird von einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen Person- und Situationsmerkmalen ausgegangen. Individuen sind auch (Ko-)Produzenten ihrer eigenen Entwicklungsumgebung, indem sie bestimmte Umwelten gezielt aufsuchen oder vermeiden (bspw. Greve, 2005; Kruse & Schmitt, 2002; Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999).

Spezifische biografische Ereignisse bzw. die Wahrscheinlichkeit, mit der man von solchen Ereignissen betroffen wird, können selbst Ausdruck und Folge spezifischer individueller Merkmale und Dispositionen sein (bspw. Kruse, 2005a; Monroe & Simons, 1991; Ormel & Wohlfahrt, 1991; Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999). Weitere Forschung deutet an, dass dispositionale Personmerkmale auch im Hinblick auf den erlebten Belastungsgrad und die Bewältigung von Ereignissen Einfluss nehmen (bspw. Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999). Dabei sind, in Abhängigkeit von der jeweiligen Persönlichkeitsdimension, sowohl protektive als auch belastungssteigernde Wirkungen denkbar. So neigen Personen mit hoher emotionaler Labilität (Neurotizismus) eher zu maladaptiven Bewältigungsreaktionen und ausgeprägterem Stresserleben als solche mit einer geringen Ausprägung dieser Disposition (bspw. Watson & Hubbard, 1996, in Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999).

3.2.3 Lebensereignisse und verlaufsorientierte Studien

Der überwiegende Teil der Untersuchungen zum Zusammenhang von stressbesetzten Lebensereignissen und Depression gehört in den Bereich der sogenannten Onset-Forschung. Ein geringerer Teil widmete sich der Betrachtung ihrer Effekte auf den weiteren Verlauf einer depressiven Störung im Rahmen klinischer Fall-Kontrollstudien. Der Einfluss von stressbesetzten Ereignissen auf den Verlauf von Depressionen wurde auch von Brown und Mitarbeitern untersucht (Brown et al., 1988, Brown & Moran, 1994). Diese Studien implizieren, dass für die milderen Formen von Depression (epidemiologische Stichproben/Gemeindestichproben) positive Ereignisklassen und sogenannte Neubeginn-Ereignisse den Verlauf verbessern und negative Ereignisse neutralisieren können. Weiterhin wurde gefunden, dass stressbelastete Ereignisse die Wahrscheinlichkeit einer Besserung verringern und das Risiko für einen Rückfall erhöhen, aber nicht mehr bei schweren chronischen Verläufen (Andrews et al., 1993; Paykel et al., 1996, in Reck, 2000). Für den deutschsprachigen Raum sind hier die siebenjährige Münchner Verlaufsbeobachtung ehemals stationärer depressiver Patienten (Wittchen & von Zerssen, 1988) sowie die beiden zweijährigen Verlaufsstudien von Keller (1997) mit Patientenkollektiven der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Reichenau und Weißenau, und von Reck (2000) mit einem Heidelberger Patientenkollektiv zu nennen. Eine Schweizer Studie von Bodenmann, Schwerzman und Cina (2000) betrachtete remittiert gebliebene Depressive, Depressive mit fortbestehender milder und schwerer Symptomatik und eine Kontrollgruppe von Gesunden vergleichend bezüglich stressbesetzter Lebensereignisse und weiterer Belastungsmaße, wie täglichen Widrigkeiten.

Rückfall

Die Münchner-Follow-up-Studie (Wittchen & von Zerssen, 1988), in der zwischen endogen (der depressiven Indexepisode ging kein erkennbarer Lebensstress voraus) und neurotisch Depressiven (der depressiven Indexepisode ging vorgelagerter Lebenszeitstress voraus) sowie zwischen krankheitsunabhängigen und potenziell abhängigen Ereignissen unterschieden wurde, basiert auf Daten von Patienten, deren Indexaufnahme zwischen 1973 und 1975 lag und die nach sechs bis acht Jahren erneut untersucht wurden. Die Stichprobe bestand aus 23 endogen Depressiven, 37 neurotisch Depressiven sowie 40 Patienten mit Angstneurose oder Phobie. Zu den Patientengruppen wurden Vergleichsgruppen gebildet, indem aus einer umfassenden Bevölkerungsstichprobe diejenigen Personen mit hoher Symptomatik nachuntersucht wurden. Es wurden 48 Depressive und 38 Individuen mit Angststörung gefunden. Weiterhin wurde eine parallelisierte Vergleichsgruppe Gesunder gebildet.

Nur die neurotisch Depressiven zeigten sowohl vor als auch in den ersten Jahren nach der Indexbehandlung signifikant mehr Lebensereignisse und chronisch belastende Lebensbedingungen als die Kontrollgruppe. Sie zeigten insbesondere eine erhöhte Anzahl von Ereignissen in den Bereichen Ehe/Partnerschaft, Eltern/Familie sowie Wohnen, Finanzen und Tod nahestehender Personen. Bei den neurotisch depressiven Personen, deren Zustand sich verbessert hatte, war selbst bei Berücksichtigung ausschließlich krankheitsunabhängiger Ereignisse die Anzahl der Lebensereignisse signifikant niedriger als bei Personen, deren Zustand sich nicht gebessert hatte. Dieser Unterschied zeigte sich auch in der Gesamtzahl chronischer Belastungen. Die erwarteten Unterschiede hinsichtlich positiver Ereignisse traten nicht auf.

Keller (1997) untersuchte mit den Verlaufsdaten von 164 Patienten den Einfluss von stressbesetzten Lebensereignissen und -bedingungen auf einen Rückfall. Er fand dabei heraus, dass der Lebensstress vor der stationären Aufnahme eine dosisabhängige prognostische Bedeutung für den nachstationären Verlauf hatte. Patienten mit einem belastenden Lebensereignis bzw. einer belastenden Lebensbedingung hatten eine deutlich geringere Rückfallrate als Patienten, die zwei und mehr belastende Ereignisse vor der Aufnahme angegeben hatten. Belastende Lebensereignisse im nachstationären Zeitraum waren gleichfalls mit Rückfall verknüpft (Häufung in einem 3 Monatsintervall vor dem Rückfall). Die Anzahl der bisherigen depressiven Episoden hatte keinen signifikanten Prädiktionswert für einen Rückfall im Katamnesezeitraum. Auch die Lebensstresskennwerte unterschieden sich nicht bei Patienten mit verschiedenen Vorgeschichten, weder im Zeitraum vor der Aufnahme noch im Katamnesejahr. Dieser Befund spricht gegen die Annahmen der „Kindling Hypothese“ (siehe Abschnitt 2.3.1 zur Gewohnheitsdepression).

Reck (2000) untersuchte mit einem prospektiven Längsschnittdesign über einen Zeitraum von zwei Jahren die rückfallprädiktive Bedeutung stressbesetzter Lebensereignisse und -bedingungen für den Krankheitsverlauf stationär behandelte depressiver Patienten in Heidelberg (N=50). Einbezogen war auch ein Querschnittsvergleich mit gesunden Kontrollpersonen (N=26) für den drei Monatezeitraum vor der Klinikaufnahme. Differenziert wurde nach aktuellen und chronischen Ereignissen sowie nach Neubeginn- und Verlustereignissen. Die zusammenfassende Betrachtung belegte die Relevanz von stressbesetzten Lebensereignissen und -bedingungen für den Krankheitsverlauf stationär behandelte, depressiver Patienten. Die depressiven Patienten wiesen drei Monate vor der Aufnahme signifikant mehr unerwünschte und belastende Lebensereignisse und -bedingungen sowie weniger erwünschte Lebensbedingungen auf als die gesunden

Kontrollpersonen. Im Zwei-Jahres-Verlauf hatten insbesondere die von den Patienten als subjektiv stark belastend eingeschätzten Ereignisse eine hohe rückfallprädiktive Bedeutung.

Sowohl die Befunde von Keller (1997) als auch die gleichartigen Befunde von Reck (2000) stehen in Widerspruch zu den Befunden von Paykel et al. (1996) und Andrew et al. (1993), die keine rückfallprädiktive Bedeutung von Lebensereignissen im Krankheitsverlauf bei stationär behandelten depressiven Patienten finden konnten (zitiert in Reck, 2000). Auch die Kindling-Hypothese konnte nicht bestätigt werden. In der Studie von Reck (2000) unterschieden sich erstmals und mehrfach Erkrankte im Vorfeld ihrer depressiven Erkrankung nicht hinsichtlich der Anzahl stressbesetzter Lebensereignisse. Gleichfalls wurde parallel zu Keller keine signifikante Beziehung zwischen der Episodenanzahl in der Krankheitsvorgeschichte und der Anzahl stressbesetzter Lebensereignisse und -bedingungen gefunden. Kritisch anzumerken ist hier, dass sowohl Keller als auch Reck aggregierte Stressmaße (Summen von belastenden Lebensereignissen und -bedingungen) und nicht die Effekte von Einzelereignissen betrachtet haben. Sie können somit keine Aussage dazu treffen, ob sich Mehrfacherkrankte in der Art der Ereignisse (eher minore) von Ersterkrankten unterscheiden lassen.

Remittiert Gebliebene und aktuell Depressive

In der Schweizer Studie untersuchten Bodenmann, Schwerzman und Cina (2000) die Verteilung unterschiedlicher Stressbelastungen (stressbesetzte Lebensereignisse in dem vorausgegangenem Jahr, tägliche Widrigkeiten und aktuelle Belastungen in verschiedenen Bereichen) bei ehemals und aktuell Major Depressiven (21 Remittierte, 21 schwach und 18 mäßig bis schwer Depressive) im Vergleich mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe (N=120). 54% der Personen der klinischen Stichprobe waren Frauen. Datenerhebung war 1998; Zum Einsatz kamen das Beck-Depressionsinventar (Beck, Rush, Shaw und Emery, 1986, zitiert in Bodenmann et al., 2000), ein Fragebogen zu kritischen Lebensereignissen (FKL) basierend auf der SRRS (Holmes & Rahe, 1967) und ein Fragebogen zu täglichen Widrigkeiten (Konfrontation mit täglichen Mikrostressoren im letzten Monat, nach Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981).

Aktuell Depressive berichteten häufiger als die gesunden Kontrollpersonen von eigener schwerer Krankheit, die eigene Person betreffenden Behinderungen, schweren Konflikten mit Familienangehörigen, schwerwiegenden Konflikten mit dem Partner, Auszug eines Familienmitgliedes, Behinderung einer nahestehenden Person und dem Tod einer nahestehenden Person. Die remittiert Gebliebenen hingegen unterschieden sich nur bei „eigene schwere Krankheit“ von den gesunden Kontrollpersonen (24% vs. 8%).

Weiterhin schätzten Patienten, die aktuell eine mittlere bzw. schwere Depression erlitten, die erlebte Belastung aufgrund der eigenen Krankheit, Behinderung, der sozialen Konflikte und des Auszuges eines Familienmitgliedes schwerer ein als die Kontrollgruppe und die remittiert Gebliebenen. Remittierte beurteilten die Belastung durch stressbesetzte Lebensereignisse in der Regel ähnlich wie die Personen aus der gesunden Kontrollgruppe.

Bei der Skala zur Erfassung der täglichen Widrigkeiten lagen fast durchgängig signifikante Unterschiede zwischen den Depressiven einerseits und den Remittierten sowie der Kontrollgruppe andererseits vor. Depressive geben unabhängig vom Schweregrad der Depression am meisten Stress aufgrund von täglichen Widrigkeiten an, während Remittierte und die Kontrollgruppe signifikant niedrigere Werte haben und sich statistisch nicht voneinander unterscheiden.

Hier ist an die Untersuchung von Dohrenwend und ShROUT (1985) zu erinnern, die zeigen konnten, dass viele Items der Hassles-Skalen Indikatoren psychischer Beschwerden darstellen und dass die berichteten Zusammenhänge aus diesen Konfundierungen erklärbar sein können.

3.2.4 Implikationen für die eigene Arbeit

Kaplan und Damphousse (1997) sowie Kessler (1997) kritisieren, dass Studien häufig entweder nur die kumulativen Effekte von Lebensereignissen oder die Auswirkungen einzelner (oder sehr weniger) Ereignisse untersuchen. Sie sind der Meinung, dass dies einerseits dazu führen kann, dass bestimmte Lebensereignisse, die möglicherweise bedeutsam für die Entstehung einer Erkrankung sind, gar nicht entdeckt werden. Andererseits könnten Effekte, die auf ein bestimmtes Ereignis zurückgeführt werden, eigentlich durch andere, mit dem betrachteten Ereignis in Verbindung stehende Ereignisse hervorgerufen worden sein. Sie schlagen deshalb vor, das ganze Spektrum von Ereignissen gleichzeitig zu untersuchen.

Neue Untersuchungen, die den Verlauf depressiver Störungen betrachten, sollten sowohl abhängige Ereignisse als auch chronische Belastungen einbeziehen, da diese gleichfalls bewältigt werden müssen und sich ihre Effekte aufaddieren bzw. gegenseitig potenzieren können (Keller, 1997; Klauer & Philipp, 1995; Reck, 2000; Wittchen & von Zerssen, 1988). Nur zu dokumentieren, dass stressbesetzte Lebensereignisse zu einer Depression führen können, liefert keinerlei Einsicht in die Dynamik der viel komplexeren Situation, in welcher potenziell abhängige Ereignisse vor dem Beginn der Depression auftreten. Diese komplexen Situationen müssen untersucht werden. So können potenziell abhängige Ereignisse Vorläufer und Konsequenz einer Depression sein (Brostedt & Pedersen, 2003; Kessler, 1997). Die Exposition mit stressbesetzten Ereignissen ist nach Kendler und

Karkowsky-Shuman (1997) nicht zufällig. Die Gemeinsamkeit von einer familialen Disposition für Depression, als auch für das Durchleiden ähnlicher Lebensereignisse (das Selbstgenerieren ähnlicher Lebensereignisse aufgrund des Dispositionsfaktors) sollten im Blickpunkt stehen angesichts vorausgehender depressiver Episoden und Risikofaktoren für eine Depression.

Neue Untersuchungen sollten ihren Schwerpunkt auf die Betrachtung von Ereignisgruppierungen legen (Kessler, 1997). So konnte beispielsweise konsistent gezeigt werden, dass der Tod des Partners bei Männern stärker mit Depression zusammenhängt als bei Frauen (bspw. Stroebe & Stroebe, 1983, in Kessler, 1997, sowie in Kruse, 2002). Ist Verwitung für Männer also ein anderer Stressor als für Frauen oder können Männer mit emotionalen Verlusten schlechter umgehen? Für Verwitung (Umberson et al., 1992) wurde gefunden, dass der höhere depressogene Effekt bei Männern teilweise rückführbar war auf eine ganze Reihe von sekundären Stressoren, die bei Frauen nicht auftreten. Beispielsweise führte der Tod des Partners bei Männern zu einer signifikanten Abnahme des Kontaktes und der emotionalen Nähe zwischen dem überlebenden Elternteil und den Kindern. Dies zeigte sich jedoch nicht bei Frauen. Es existieren weitere solcher fokussierter Studien bspw. zu Scheidung (Aseltine & Kessler, 1993). In allen Studien wurden weitere, eventuell nachfolgende stressbesetzte Ereignisse und resultierende chronische Belastungen mitbetrachtet, die Effekte auf eine Major Depression ausüben können. Ein konsistenter Befund dieser Studien ist, dass ein Teil der Assoziation zwischen spezifischen stressbesetzten Ereignissen und Depression rückführbar ist auf mediierende Effekte von chronischen Belastungen.

3.3 Belastende Kindheitsereignisse und Schutzfaktoren

In zahlreichen Studien konnte ein Zusammenhang von belastenden Kindheitserlebnissen und dem Auftreten von psychischen Störungen im Erwachsenenalter nachgewiesen werden (Kessler & Magee, 1993; Kessler et al., 1997; Kessler, 2000a; Egle, Hoffmann und Steffens 1997; Egle et al., 2002). Es sind nicht nur einzelne, sehr schwerwiegende Erlebnisse wie sexueller Missbrauch oder körperliche Mißhandlung, die negative Auswirkungen auf psychisches Wohlergehen im Erwachsenenalter zeigten, sondern auch eine große Spannbreite von belastenden Kindheitserlebnissen. Weiterhin zeigte sich konsistent in Untersuchungen zu entwicklungsbedeutsamen Risiko- und Schutzfaktoren, dass ein erheblicher Anteil junger Menschen – auch mit den extremsten Widrigkeiten behaftet – es schafft, relativ unbeschadet aus diesen Erfahrungen hervorzugehen. Im Folgenden werden für beide Bereiche wesentliche Studien und bestehender Forschungsbedarf aufgezeigt.

3.3.1 Belastende Kindheitsereignisse und Depression

Folgenden Faktoren in der kindlichen Umwelt wird in der Forschungsliteratur Relevanz für die Entwicklung einer Major Depression zugesprochen: Ablehnung von Seiten der Eltern und mangelhafte elterliche Fürsorge, emotionsloses Kontrollverhalten und dysfunktionale Ehe der Eltern (Harkness & Monroe, 2002; Parker, 1992; Rutter, 1989) und Gewalt in der Familie (Kessler & Magee, 1993). Risikoerhöhende Effekte für Alkoholprobleme und weitere Psychopathologie der Eltern wurden ebenfalls in einer ganzen Reihe von „Hochrisiko“-Studien mit Kindern eines depressiven oder alkoholkranken Elternteils gefunden (bspw. Fendrich et al. 1990) und in Studien zur Familiengeschichte depressiv Erkrankter (bspw. Gershon et al. 1982; Weissman et al. 1984, zitiert in Kessler & Magee, 1993). Es ist ein konsistenter Befund, dass eine familiäre Belastung mit Alkoholproblemen und Psychopathologie (als Indikatoren für eine belastete Kindheit) wesentliche Prädiktoren darstellen für eine Depression im Erwachsenenalter. Es gibt weiterhin Belege dafür, dass eine Beziehung besteht zwischen dem frühen Tod eines Elternteils und einer späteren Depression, wenn ersteres zu mangelhafter Fürsorge führt (Brown & Harris, 1989).

Zahlreiche Studien verweisen auf die zentrale Rolle eines Mangels an Fürsorge als Schlüsselrisikofaktor für die Entwicklung einer Major Depression im Erwachsenenalter (Parker, 1992). So soll beispielsweise der negative Effekt von Trennung der Eltern, Trennung von den Eltern und Tod eines Elternteils durch inadäquate Fürsorge im Anschluss an das Ereignis verursacht werden (Tennant et al., 1980, zitiert in Parker, 1992). In einem weiteren Review von Tennant (1988), in welchem zahlreiche Studien mit unterschiedlichen Trennungserfahrungen betrachtet wurden (Evakuierungen während des zweiten Weltkrieges, berufstätige Eltern, durch Schulbesuch bedingt), kommt Tennant zu dem Schluss, dass diese Trennungen nicht das Risiko erhöhten, an einer Major Depression zu erkranken. Eine Risikoerhöhung sei aber gegeben bei langen Trennungszeiten aufgrund ehelicher Probleme der Eltern und aufgrund der Erkrankung eines Elternteils. Auch der Erziehungsstil der Eltern wurde in zahlreichen Studien betrachtet, denen die Forschungshypothese zugrunde lag, dass die Erfahrung eines hoch kontrollierenden Elternverhaltens zusammen mit mangelhafter Fürsorge das Risiko für eine Depression im Erwachsenenalter ansteigen lässt (Harkness & Monroe, 2002; Parker, 1992).

In ihrer Londoner Untersuchung (Walthamstow, 1978) zu den Folgen eines frühen Verlustes der Mutter (Tod der Mutter vor dem 11ten Lebensjahr) und einem damit einhergehenden erhöhten Depressionsrisiko im Erwachsenenalter konnten Harris, Brown und Bifulco (1986) zeigen, dass bestimmte Ereignisse in Kindheit und Jugend negative

Ereignissequenzen auslösen können, die dann zu einer erhöhten Belastung mit stressbesetzten Ereignissen im Erwachsenenalter führen. Die Sequenz begann mit einer zeitweisen Trennung von den Eltern (diese führte in einigen Fällen zur Heimunterbringung). Diese führte zu einem erhöhten Risiko (3,6mal) für das Vorliegen mangelhafter elterlicher Fürsorge. Mangelhafte elterliche Fürsorge war verbunden mit einem 2,5-fach erhöhten Risiko einer vorehelichen Schwangerschaft. Eine voreheliche Schwangerschaft erhöhte das Risiko für einen zukünftigen unzuverlässigen Ehepartner und machte es wahrscheinlicher, dass die Jugendliche bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit nicht aufwärts mobil war. Mangelhafte Fürsorge erhöhte unabhängig davon auch die Wahrscheinlichkeit stärkerer Gefühle von Hilflosigkeitserleben bzw. niedrigerem Selbstwertgefühl. Jeder dieser drei Stränge war assoziiert mit einer steigenden Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter. Diese Verbindungen waren voneinander abhängig. So führte eine elterliche Scheidung nicht zu einem erhöhten Depressionsrisiko, wenn sie nicht gleichzeitig verbunden war mit mangelhafter elterlicher Fürsorge. Das gleiche galt für eine voreheliche Schwangerschaft bei Vorhandensein günstiger Bewältigungsbedingungen.

3.3.2 Multiple Kindheitsbelastungen und ihre Effekte

Die soeben dargestellten konsistenten Befunde eines Zusammenhangs zwischen spezifischen Kindheitsbelastungsereignissen und Depression im Erwachsenenalter beruhen im Wesentlichen auf der Betrachtung einzelner bzw. einer geringen Anzahl von Kindheitsbelastungsereignissen und deren bivariater Zusammenhänge mit Depression. Der Großteil der Studien zogen ihre Schlussfolgerungen nur aufgrund der Betrachtung eines Kindheitsbelastungsereignisses bzw. der aversive Effekt wurde nur für eine Belastung bestimmt. Dies betrifft insbesondere Langzeitstudien, die sexuellen Missbrauch untersuchten (Romans, Martin, Anderson, O'Shea & Mullen, 1995). Gefunden wurde dann, dass es sexueller Missbrauch ist und nicht ein gemeinsames Auftreten von Widrigkeiten, die mit einem negativen Ausgang verbunden sind. Selten werden die Effekte von aufeinander bezogenen Widrigkeiten gemessen. Kessler (2000) konstatiert dies für mangelhafte Fürsorge, Scheidung sowie Alkohol- und Drogenkonsum eines Elternteils (z. B. Velleman & Orford, 1993). Harris, Brown und Bifulco (1986; 1990) konnten zeigen, dass Verlustereignisse in der Kindheit oft verbunden sind mit Missbrauchereignissen und Vernachlässigung als erschwerende Faktoren. Die Annahme einzigartiger Effekte von spezifischen Belastungsereignissen kann nicht aufrechterhalten werden (Kessler, 2000). Einschließlich der beiden Studien von Kessler und Magee (1993; 1994) sowie Kessler, Davis und Kendler (1997) gibt es bis heute jedoch nur wenige Studien, die mehrere

Kindheitsbelastungsereignisse integrierend betrachtet und auch multiple Effekte für eine Major Depression vergleichend überprüft haben. Alle kommen jedoch zu dem Schluss, dass Kindheitsbelastungsereignisse üblicherweise in Gruppen auftreten (Mullen et al., 1996; Portegijs et al., 1996; Romans et al., 1993, in Kessler, 2000a).

Momentan existieren, mit Ausnahme der beiden amerikanischen Studien von Kessler und Magee (1993; 1994) mit den Daten des American Changing Lives Surveys (ACL) und von Kessler, Davis und Kendler (1997) mit den Daten des National Comorbidity Surveys, keine Untersuchungen zu den vergleichbaren Effekten von multiplen Kindheitsbelastungen auf die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter. Dabei gibt es Hinweise, dass beispielsweise chronische Eheschwierigkeiten der Eltern stärker mit einer Depression im Erwachsenenalter assoziiert sind als eine Scheidung der Eltern und dass der Effekt einer elterlichen Scheidung eher zurückführbar ist auf vorhergehende Streitigkeiten zwischen den Eltern.

Auch Schoon und Montgomery (1997) fanden mit den Daten der National Child Development Studie, in der Daten von über 10 000 Individuen von der Geburt (1958) bis zum Alter von 33 Jahren gesammelt wurden, dass finanzielle Belastungen und Spannungen im Elternhaushalt, von anderen Kindern schikaniert und gehänselt werden, der Kindheit bevorzugt Dinge alleine zu tun und der sozio-ökonomische Status der Eltern Einfluss nehmen auf die Entwicklung einer depressiven Störung bis zum 30 Lebensjahr. Weder der Tod eines Elternteils noch Scheidung zeigten im multivariaten Modell einen bedeutsamen Einfluss.

Mit den Daten von 5877 Teilnehmer des National Comorbidity Surveys (im Alter von 15-54 Jahren) betrachteten Kessler, Davis und Kendler (1997) vergleichend die bivariaten und multivariaten Effekte von 26 Kindheitsbelastungsereignissen auf eine Major Depression. Psychische Störungen wurden mit dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI, WHO, 1990) erhoben. Aufgrund der Forschungsliteratur wurden die folgenden Belastungsereignisse (vier übergeordnete Kategorien) einbezogen:

- Interpersonelle Verlustereignisse (Tod der Mutter, Tod des Vaters, elterliche Trennung bzw. Scheidung, elterliche Abwesenheit für mehr als sechs Monate und Abwesenheit des Befragten für mehr als sechs Monate);
- Interpersonelle Traumata (verbale Aggression von Seiten der Eltern, Vergewaltigung-einmalig und wiederholt, sexuelle Belästigung-einmalig und wiederholt, Überfall, Entführung, schwerer körperlicher Angriff);
- Elterliche Psychopathologie (Mutter / Vater Depression, generalisierte Angststörung, Alkohol- bzw. Drogenproblematik und antisoziale Persönlichkeitsstörung);

- Weitere Traumata (lebensbedrohlicher Unfall oder Erleiden einer Naturkatastrophe oder eine andere Erfahrung außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung, traumatische Erfahrung, die einer nahestehenden Person passiert war und Zeuge eines Traumas).

Alle Kindheitsbelastungsereignisse wurden dichotomisiert kategorisiert. Es wurden zunächst bivariate und dann multivariate logistische Regressionen berechnet, um die risikoerhöhenden Effekte der Kindheitsbelastungen auf eine Lebenszeitdepression und Rückfall bzw. Ersterkrankung im 12-Monatsintervall vor dem Interview zu bestimmen.

Die *bivariate* Betrachtung der Risikoerhöhung (Odd Ratios) zeigte eine große Variation zwischen den Belastungsereignissen der vier übergeordneten Kategorien. Alle Maße zur elterlichen Psychopathologie sagten eine Major Depression am konsistentesten vorher. Alle erhöhten signifikant das Risiko für eine Major Depression um das 1,8- (Drogen- bzw. Alkoholproblematik der Mutter) bis 3-fache (depressive Erkrankung der Mutter). Ihnen folgten die interpersonellen Traumata mit Risikoerhöhungen zwischen 1,7 (aggressive, gewalttätige Mutter) und 3,0 (wiederholter sexueller Missbrauch). Von den anderen traumatischen Ereignissen erhöhte ein Unfall das Risiko für eine Major Depression um den Faktor 2,1 und die Tatsache, Zeuge eines Traumas geworden zu sein, erhöhte das Risiko um das 2,5-fache. Kein Verlustereignis prädizierte eine Major Depression. Auch innerhalb dieser übergeordneten Kategorie fand sich eine große Spannbreite. Der größte Effekt wies eine Scheidung/Trennung der Eltern auf (OR von 1,5).

In der *multivariaten* Betrachtung ging die Effektgröße aller zuvor dargestellten Kindheitsbelastungsereignisse deutlich zurück (bspw. ging der risikoerhöhende Effekt einer depressiven Erkrankung der Mutter vom 3-fachen auf das 1,9-fache zurück). Insbesondere fand sich für die Maße der elterlichen Psychopathologie die höchste proportionale Reduktion in der Anzahl bedeutender risikoerhöhender Effekte ($OR > 1,5$), wenn von der bivariaten Berechnung der risikoerhöhenden Effekte auf eine multivariate Berechnung gewechselt wurde. Dieser Befund drückt aus, dass Kindheitsbelastungsereignisse miteinander korrelieren (gemeinsam auftreten) und dass es nicht jede der Einzelbelastungen ist, die den depressogenen Effekt ausübt, sondern das größere Set von Kindheitsbelastungen, in welche sie eingebettet sind. Das Set sagt die nachfolgende Störung voraus. Es fanden sich keine systematischen Geschlechtsunterschiede in der Assoziation zwischen den Kindheitsbelastungsfaktoren und Major Depression.

Die Ergebnisse stimmen überein mit anderen Studien (Kessler und Magee, 1993; Mullen et al., 1993; Portegijs et al., 1996), die gleichfalls Zusammenhänge zwischen

unterschiedlichen Kindheitsbelastungsereignissen fanden. Die Mehrzahl der risikoerhöhenden Effekte spezifischer Kindheitsbelastungen geht zurück, wenn dieses gemeinsame Auftreten kontrolliert wird. Mullen et al. (1996) schließen denn auch, dass die Matrix von Kindheitsbelastungsereignissen, aus der im Verbund auftretende Kindheitsbelastungen hervorgehen, bedeutender sei als die Einzelkomponenten der Kindheitsbelastungen, die die Ereignisgruppierung bilden. Spezifischen Kindheitsbelastungen wird im Allgemeinen kein bedeutender Effekt für eine nachfolgende psychopathologische Störung zugesprochen, wenn sie alleine auftreten und nicht als Teil einer Gruppierung. Zukünftige Studien sollten deshalb eine große Spannbreite von Kindheitsbelastungsereignissen einbeziehen und sich nicht auf einzelne konzentrieren (Kessler et al., 1997).

Kritisch anzumerken verbleibt, dass in der Untersuchung von Kessler und Mitarbeitern (1997) zwar ein Vergleich der Effektgrößen differenter Kindheitsbelastungsereignisse durchgeführt wurde und weiterhin geprüft wurde, inwiefern der Effekt singulärer Kindheitsbelastungen von einer bivariaten Betrachtung in der multivariaten Betrachtung zurückgeht. Es wurden allerdings keine Interaktionseffekte der Kindheitsbelastungsfaktoren berechnet, d. h. es wurden keine Kombinationen gemeinsam auftretender Kindheitsbelastungsereignisse gebildet. Weiterhin werden auch keine Angaben zu korrelativen Zusammenhängen zwischen den einbezogenen Kindheitsbelastungsereignissen berichtet.

3.3.3 Kindheitsbelastungen im Zusammenhang mit Rückfall und Neuerkrankung

Weiterhin liegen nur wenige Studien vor, in denen die Effekte der Kindheitsbelastungsfaktoren auf eine Ersterkrankung und auf den weiteren Verlauf einer depressiven Störung unterschieden wurden. Aufgrund dieses Mangels ist es schwierig, kausale Pfade zu bestimmen. Wenn Kindheitsbelastungsereignisse überdauernde intrapsychische Vulnerabilitäten erzeugen, könnten beispielsweise frühe Verlusterlebnisse nicht nur zu einem frühen Erstbeginn einer Depression führen sondern auch zu gestörten Bindungsstilen. Diese könnten dann wiederum eine depressogene Reaktion auf Verlustereignisse während des gesamten Lebens bedingen. Sollte dies der Fall sein, dann sollten Kindheitsbelastungsereignisse auch mit einem Rückfall und einer späten Ersterkrankung assoziiert sein. Während Brown et al. (1994) und Zlotnick et al. (1995) diese Annahmen in ihren Studien bestätigten, fanden andere nur einen Zusammenhang mit einer Ersterkrankung (Faravelli, Paterniti & Scarpato, 1995; Pollack et al., 1996). Verschiedene Kindheitsbelastungsfaktoren sind mit einem erhöhten Risiko für eine Depression in der Jugendzeit und der frühen Kindheit verbunden (Goodyear, 1990), und eine einmal aufgetretene Depression ist mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden (Angst, 1992). Die

beobachtete Beziehung zwischen Kindheitsbelastungsereignissen und einer Depression im Erwachsenenalter kann eventuell zurückzuführen sein auf den mediiierenden Effekt einer sehr frühen Ersterkrankung auf einen Rückfall im Erwachsenenalter (Harrington et al. 1990). Diese sehr früh auftretenden Depressionen können die Nachfolgeumwelten so formen (zum Beispiel zu einer fehlenden Partnerschaft führen), dass diese unkorrekterweise interpretiert werden als Beleg für mediiierende Effekte von Variablen wie sozialer Unterstützung (Kessler, 1997; 2000).

Dieses potenzielle Problem zeigt sich insbesondere in Studien, die den Einfluss eines mediiierenden Effektes von unsicherem Bindungsverhalten auf die Assoziation zwischen Elternverlust in der Kindheit und Erwachsenenendepression dokumentiert haben (Harris, Brown & Bifulco, 1990; Parker & Hadzi-Pavlovic, 1984). In der Studie von Parker und Hadzi-Pavlovic wurden Frauen untersucht, deren Mütter in der Kindheit verstorben waren. Ein Mangel an substituierender Fürsorge von Seiten des Vaters bzw. der Stiefmutter war signifikant assoziiert mit einer hohen Ausprägung von depressiver Verstimmung und depressiver Erkrankung im Erwachsenenalter. Diese Verbindung zeigte sich nicht in der Gruppe von Frauen, die einen unterstützenden Ehepartner hatten. Hieraus folgerten Parker und Hadzi-Pavlovic, dass die erfolgreiche Etablierung einer stützenden intimen Beziehung weitgehend die Vulnerabilität oder Diathese für die Ausbildung einer Depression durch mangelhafte elterliche Fürsorge korrigieren kann. Nach Kessler und Magee (1993) sowie Kessler (1997; 2000) ignoriert diese Schlussfolgerung die Alternativhypothese, wonach das Versagen bei der erfolgreichen Etablierung intimer Beziehungen und eine gegenwärtige Depression beide durch Episoden früherer Depressionen bedingt sein können. Werden die Effekte des Elternteilverlustes mediiert durch eine frühere Depression, dann muss das Vorhandenein bzw. Nichtvorhandensein einer stützenden Partnerbeziehung als Marker gesehen werden für ein anderes Risiko (Kraemer et al., 1997).

Kessler und Magee (1993) plädieren für die Untersuchung der Frage, ob - und wenn ja welche - Kindheitsbelastungen mit einem Rückfallrisiko im Erwachsenenalter assoziiert sind. Weiterhin sollte dann untersucht werden, welche Umweltmediatoren für die Effekte der Kindheitsbelastungen auf einen Rückfall verantwortlich sind. Eine Analyse des Rückfallrisikos ist besonders bedeutsam angesichts der Tatsache, dass die große Mehrheit von depressiven Episoden im Erwachsenenalter Rückfälle sind (Angst, 1992). Ein erster Schritt in diese Richtung ist die separate Betrachtung der Effekte von Kindheitsbelastungsereignissen auf das Auftreten einer Lebenszeitdepression und auf einen Rückfall. Gefordert sind Studien mit einem Design, das eine Unterscheidung erlaubt zwischen Kindheitsbelastungsfaktoren als

Prädiktoren für eine Ersterkrankung und solchen für einen Rückfall in repräsentativen Gemeindestichproben.

Das Zeitfenster der Wirksamkeit

Kessler und Magee (1993) betrachteten mit den Daten des American Changing Lives Survey (ACL-Studie) die Auswirkungen von 8 unterschiedlichen Kindheitsbelastungsereignissen auf die Entwicklung einer frühen (vor dem 20 Lebensjahr) oder späten Erstmanifestation und auf den Rückfall einer Depression im Erwachsenenalter. Die ACL-Studie ist eine längsschnittlich angelegte Haushaltsbefragung, deren Basiserhebung 1986 mit 3617 Personen durchgeführt wurde. 1989 konnte mit 2867 Personen eine Nacherhebung durchgeführt werden. Kindheitsbelastungsereignisse wurden erst bei der Nacherhebung anhand einer kurzen Serie von Fragen eingeschlossen. Im Folgenden sind die Art der Ereignisse sowie ihre Häufigkeitsverteilung aufgeführt: Früher Tod der Mutter (3,8%), früher Tod des Vaters (6,3%), schwere Eheprobleme der Eltern (17,5%), Scheidung der Eltern (7,5%), Gewalt in der Familie (11,2%), Alkoholprobleme in der Familie (18,4%), Psychopathologie eines Elternteils (7,0%), Abwesenheit einer engen und vertrauensvollen Beziehung zu irgendeinem Erwachsenen (17,7%). Alle Kindheitsbelastungsereignisse wurden dichotomisiert kategorisiert und mussten vor dem 16ten Lebensjahr aufgetreten sein.

Zu T2 hatten 10,2% der Befragten eine depressive Episode im vorausgegangenen 12 Monatszeitraum erlitten, davon wurden 14,5% als Ersterkrankungen eingestuft, 62,5% als Rückfälle und 23% als chronisch depressiv. Es wurde eine Zeitanalyse mit dem Ersterkrankungsalter durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass fünf der einbezogenen Kindheitsbelastungen signifikant mit dem Auftreten einer Depression im 12-Monats-Follow-Up assoziiert waren. Dies gilt für Alkoholprobleme in der Familie, Psychopathologie eines Elternteils, Gewalt in der Familie, Eheschwierigkeiten der Eltern und Scheidung. Bis auf Scheidung der Eltern zeigten diese Kindheitsbelastungen einen signifikanten Effekt auf die Entwicklung einer Lebenszeitdepression. Auf die Entwicklung einer Depression nach dem 20. Lebensjahr wirkten sich Alkoholprobleme in der Familie, eheliche Probleme der Eltern und Gewalt in der Familie aus. Drei der acht Kindheitsbelastungsfaktoren erhöhten signifikant das Risiko für einen Rückfall um das 1,6- bis 2-fache (elterliche Psychopathologie, Gewalt in der Familie und Scheidung).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bestimmte Kindheitsbelastungsereignisse wie elterliche Psychopathologie oder Gewalt in der Familie einen frühen Erstbeginn einer Depression auslösen können und diese dann eine gewisse Eigendynamik entwickeln kann.

Nichtsdestotrotz existieren Kindheitsbelastungen mit einem konstanten Effekt wie Alkoholprobleme und Eheprobleme der Eltern.

Kessler und Magee (1993) verweisen selbst auf die Begrenztheit ihrer Studie bezüglich a) der Kürze der Liste von Fragen zu dem Vorliegen von Kindheitsbelastungen, die erhoben wurden, und b) der diagnostischen Erfassung zum Vorliegen einer depressiven Störung anhand lediglich eines Items. Das Muster dieser Befunde sollte in Datensätzen mit adäquateren Maßen replizierbar sein. Sieben der acht Kindheitsbelastungen sind assoziiert mit einer Lebenszeitdiagnose einer Depression und nur drei mit einem Rückfall (elterliche Psychopathologie, Gewalt in der Familie und Scheidung der Eltern). Nur Gewalt in der Familie war auch mit einer Ersterkrankung nach dem 20. Lebensjahr assoziiert.

Dieser Befund konnte mit den Daten des National Comorbidity Surveys (NCS, Kessler, Davis & Kendler, 1997) repliziert werden. Es wurde darüber hinaus festgestellt, dass ein erhöhtes Risiko für eine Major Depression für eine Reihe von Jahren (bis zu einer Dekade) nach der Exposition mit Kindheitsbelastungen gegeben war. Hier handelt es sich um ein deutlich längeres Zeitintervall der Wirksamkeit von Kindheitsbelastungsfaktoren, als es in üblichen Lebensereignisstudien mit zeitnahen Ereignissen gefunden wurde.

Kessler und Magee (1993) beklagen, dass bis dato wenig bekannt sei über Interaktionen von Kindheitsbelastungsereignissen mit zeitnäheren Ereignissen im Erwachsenenalter und ihrer Effekte auf die Kontinuität einer Depression. „This kind of information could be increased substantially if future research explicitly distinguished between the effects of childhood adversities on first onset of depression and recurrence, and carefully explored the mediators of each of these components“ (S. 686).

3.3.4 Schutzfaktoren in der Entwicklung (Resilienz)

Die bekannteste Studie, die sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf vergleichend betrachtet hat, dürfte die 30 Jahre laufende Studie von Werner und Smith (1982; 1992) sein. In der Kauai-Studie wurde ein kompletter Geburtsjahrgang von der pränatalen Phase bis zum Beginn des 4. Lebensjahrzehnts verfolgt, wobei speziell entwicklungsrelevante Risiko- und Schutzfaktoren und die Entwicklung von Vulnerabilität und Widerstandskraft untersucht wurden. Die Ergebnisse sprechen zunächst für eine kumulative Wirkung von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren. Ein Drittel der Kinder wurde als Risikokinder eingestuft, weil sie neben dem Auftreten von perinatalen Komplikationen in ärmliche Verhältnisse hineingeboren wurden, ihre Mütter einen niedrigen Bildungsgrad hatten und Trennungen, Scheidungen, Alkoholismus oder psychischen Erkrankungen der Eltern erleben mussten. Zwei Drittel dieser Risikokinder entwickelten ernste Lern- oder

Verhaltensstörungen bis zum Alter von zehn Jahren oder neigten zu Kriminalität, psychischen Störungen oder einer Schwangerschaft vor dem 18. Lebensjahr. Ein Drittel der Risikokinder entwickelte sich gut. Von diesen konnte im Alter von 30 Jahren 26 Männer und 36 Frauen nachuntersucht werden. Alle Männer und Frauen hatten eine berufliche Ausbildung absolviert und waren überwiegend vollzeitberufstätig. Drei von vier der Befragten waren mit dem Erreichten zufrieden. Beruflicher Erfolg wurde als primäres Ziel angegeben (weit vor einer guten Ehe, Kindern oder Freundschaften). Frauen haben im Vergleich zu Männern mehr Übergänge in verschiedene Lebensbereiche vollzogen: 85% der Frauen sind verheiratet, haben Kinder und sind vollzeitberufstätig. Bei den Männern war nur die Hälfte verheiratet.

Die überwiegende Mehrheit sah in ihren individuellen Kompetenzen und ihrer Selbstbestimmung ihre effektivsten Ressourcen, um mit stressbesetzten Lebensereignissen umzugehen. Die widerstandsfähigen Frauen benannten eine signifikant höhere Anzahl von zusätzlichen Unterstützungsquellen als die Männer (Kirche, Pfarrer, Freunde, Geschwister, Schwiegereltern und Arbeitskollegen). Männer schienen fast ausschließlich von ihren eigenen Ressourcen abhängig zu sein und berichteten in der Mehrheit stressbezogene Gesundheitsprobleme, wie Geschwüre, Rückenschmerzen und Übergewicht. Dies trifft nur auf ein Drittel der Frauen zu. Werner und Smith (1992) arbeiteten drei relativ überdauernde Konstellationen von protektiven Faktoren heraus, die jenen von Antonovsky (1987) und Rutter (1985) für Europa gleichen:

- Dispositionale Eigenschaften, die eine genetische Basis haben können: ausgeglichenes Temperament, soziale Orientierung und mindestens mittlere Intelligenz
- Gefühlvolle Bindungen in der Familie, die auch emotionale Stützung bei Stress geben (entweder von Seiten der Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Partner)
- Externale Stützsyste me in der Schule, bei der Arbeit, in der Kirche, die die individuellen Kompetenzen belohnen und das Gefühl erzeugen, dass man gebraucht wird und wichtig ist, sowie internale Kontrollüberzeugungen.

In der Kauaistudie wurde gefunden, dass die konstitutionellen Faktoren des Kindes (Gesundheit, Temperament) ihren größten Einfluss im Babyalter und der frühen Kindheit ausüben. Problemlösefertigkeiten und kommunikative Fertigkeiten sowie das Vorhandensein alternativer Pflegepersonen spielen in der mittleren Kindheit eine bedeutende Rolle. Interpersonellen Faktoren kommt dagegen in der Jugend eine Hauptwirkung zu (Selbstwertgefühl, Internalität) (Werner & Smith, 1982; 1992) Die Spannweite der Entwicklungsmöglichkeiten wurde nicht von einem singulären Risikofaktor bestimmt. Vielmehr spielte die Balance zwischen biologischen Risikofaktoren und stressbesetzten

Lebensereignissen, die die Vulnerabilität erhöhten, und den vorhandenen Schutzfaktoren, die die Resilienz förderten, eine entscheidende Rolle. Solange eine Balance zwischen stressbesetzten Lebensereignissen und Schutzfaktoren gegeben ist, scheint auch ein erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen möglich. Wenn jedoch die stressbesetzten Lebensereignisse die Schutzfaktoren übersteigen, dann entwickelt auch der Resilienteste Probleme. Je mehr Risikofaktoren ein Individuum ausgesetzt ist, desto mehr Schutzfaktoren wurden als Gegengewicht benötigt, um eine positive Entwicklung zu ermöglichen.

Unter den vielfältigen Schutz- und Stützfaktoren in der Betreuungsumwelt von unterprivilegierten Kindern, die in der Studie ermittelt wurden, zeigte sich beispielsweise die Anwesenheit weiterer Personen im Haushalt als Schutzfaktor und der ununterbrochene Mutter-Kind-Kontakt, bei dem die Mutter keinerlei Entlastung bei der Kinderbetreuung hat, als Risikofaktor (Ulich, 1988). Werner und Smith waren überrascht von der großen Bedeutung der Großeltern, Geschwister und Freunde bei der Überwindung von Belastungen, die durch Armut, Zerstörung der Familie oder psychische Probleme der Eltern gegeben waren (Werner & Smith, 1982). Nicht nur in der Betreuungsumwelt, auch in der Person des Kindes werden von den Forscherinnen differenzierte Schutzfaktoren bestimmt (positives Selbstkonzept, internale Kontrollüberzeugungen sowie ein verantwortliches und leistungsorientiertes Verhalten). Darüber hinaus wird im Längsschnitt noch die Bedeutung einer spezifischen Personvariablen, nämlich der Fähigkeit, auf jeder Stufe des Lebenslaufes überwiegend positive Reaktionen in der Umwelt hervorzurufen, besonders bedeutsam.

Ulich (1988) verweist weiter darauf, dass für die Differenzierung von Entwicklungswegen nicht die kognitive Kompetenz die entscheidende Rolle spielte, sondern die Performanz und die Erfüllung altersentsprechender Entwicklungsaufgaben. Zum Beispiel galt die Schulleistung als ein besserer Prädiktor für die spätere Laufbahn als der IQ-Wert: Die widerstandsfähigen Kinder zeigten durchschnittliche Intelligenzwerte, aber gute schulische Leistungen und überdurchschnittliche sprachliche und kommunikative Fähigkeiten, und sie waren in der Lage, ihre Fähigkeiten optimal einzusetzen (Werner & Smith, 1982). Weiterhin haben schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen einen hohen Prognosewert für spätere Störungen. Sowohl Jungen als auch Mädchen fanden außerhalb ihrer Familien emotionale Unterstützung durch Mitschüler und enge Freunde, Verwandte, Nachbarn, Lieblingslehrer. Auch besondere Unternehmungen, vor allem verbunden mit Gemeinschaftserfahrungen, spielten für die Widerstandsfähigen eine wichtige Rolle. Andere erfuhren emotionale Unterstützung durch Gruppenleiter, Geistliche oder kirchliche Gruppen, die ihnen die

Überzeugung vermitteln, dass ihr Leben eine Bedeutung habe und sie selbst auch Einfluss auf ihr Leben nehmen können.

Auf die hohe Bedeutung einer guten Eingebundenheit in Gruppen Gleichaltriger verweist auch ein Review von Parker und Asher (1987, in Rutter, 1989). Der Zusammenhang zwischen mangelhafter Eingebundenheit in Peergruppen bzw. fehlenden Beziehungen zu Gleichaltrigen in der Kindheit und Störungen im Erwachsenenalter wird herausgestellt. Sie betonen die hohe Bedeutung guter Eingebundenheit in Peergruppen als Prädiktor für eine relativ gesunde Entwicklung. Niedrige Akzeptanz in Peergruppen und aggressives Verhalten wird dagegen als Prädiktor für Schulabbruch und Kriminalität gesehen.

Die Bedeutung der benannten personalen und externalen Schutzfaktoren wird auch in der Bielefelder Längsschnittstudie (Seifer et al., 1992) und der Lundby-Studie (Cederblad et al., 1994) hervorgehoben. In der Bielefelder Längsschnittstudie wurde an 50 Kindern mit hoher und 102 Kindern mit niedriger Risikobelastung der kognitive und sozial-emotionale Status im Alter zwischen 4 und 13 Jahren untersucht. Mit positiven Veränderungen bezüglich des kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstandes gingen positive Selbsteinschätzung, soziale Unterstützung, niedrige Werte bezüglich externaler oder unklarer Kontrollüberzeugungen, ein geringes Ausmaß von Kritik seitens der Eltern und mütterlicher Depressivität sowie eine geringere Zahl kritischer Lebensereignisse einher. Die Wirkung einiger der positiven Variablen war in der Hochrisikogruppe ausgeprägter als in der gering belasteten Gruppe.

In der Lundby-Studie wurden 590 Kinder im Alter von 0-15 Jahren 1947 und 1957 in Hausbesuchen durch Psychiater und anhand verschiedener Erhebungsverfahren hinsichtlich psychischer Risikofaktoren untersucht. 38% dieser Kinder (221 Personen) wurden als Hochrisikokinder eingestuft, da sie drei und mehr Risikofaktoren auf sich vereinten (Cederblad et al., 1994). 1988/1989 konnte bei 148 dieser ehemaligen Hochrisikokindern eine Nachuntersuchung durchgeführt werden. Die ehemaligen Hochrisikokinder wurden hinsichtlich der folgenden, möglicherweise für seelische Gesundheit prädisponierende Faktoren untersucht: gutes Sozialverhalten, positives Selbstkonzept, Autonomie, erfolgreiche Bewältigungsstrategien, hohe intellektuelle Fähigkeit, Bemühen sich zu verbessern, Kreativität, spezielle Interessen und Hobbies, internale Kontrollüberzeugungen, gute Impulskontrolle, vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einem Elternteil, eine wichtige andere Bezugsperson, weitere fürsorgende Personen neben den Eltern, konsequente und klare Regeln innerhalb der Familie, offene Kommunikation, übernommene Werte sowie Hilfen von öffentlicher Seite. Von diesen Faktoren waren mit seelischer Gesundheit im

Erwachsenenalter verknüpft: ein positives Selbstkonzept als Kind, erfolgreiche Bewältigungsstrategien, internale Kontrollüberzeugung, intellektuelle Fähigkeiten, eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Elternteil und die Übernahme der elterlichen Wertvorstellungen.

3.3.5 Implikationen für die eigene Arbeit: Kindheitsbelastungen

Zur Einsicht in kausale Prozesse und zur Entwicklung gezielterer Interventionsstrategien ist eine Klärung spezifischer versus allgemeiner Effekte von singulären Kindheitsbelastungsereignissen geboten (Kessler, 2000a). Es muss herausgearbeitet werden, inwiefern sich Kindheitsbelastungsereignisse direkt auf die Entwicklung einer depressiven Störung auswirken und inwiefern dies unabhängig von der Art der Ereignisse (Verlustereignisse wie Tod eines Elternteils versus interpersonelle Traumata wie gewälttätige Eltern oder psychopathologisch auffällige Eltern) stattfindet. Zur Beantwortung dieser Frage sollte ein Vergleich der Effektstärken einer Vielzahl von Ereignissen vorgenommen werden. Weiterhin sollte geprüft werden, ob und welche depressogenen Effekte singulärer Ereignisse, die im Rahmen bivariater logistischer Regressions-berechnungen gefunden werden, im Rahmen multivariater Modelle zurückgehen. Ist dies der Fall, dann kann auf hohe Interkorrelationen dieser Ereignisse mit anderen geschlossen werden. Ein solcher Befund deutet auf die unterschiedliche Stärke von einzelnen Ereignissen hin, mit anderen gemeinsam aufzutreten, und dadurch erst eine depressogene Wirkung zu entfalten. Offen ist weiterhin die Frage, ob und welche Kindheitsbelastungsereignisse die Auftretenshäufigkeit und depressogene Wirkung zeitnaher Ereignisse erhöhen. Welche Ereignisse am stärksten die Entwicklung einer Depression beeinflussen, kann nur unter Einbezug vieler Kindheitsbelastungsfaktoren gezeigt werden.

Kessler und Magee (1993) plädieren für die Untersuchung der Frage, ob und wenn ja, welche Kindheitsbelastungen mit einem Rückfallrisiko im Erwachsenenalter assoziiert sind. Weiterhin sollte dann untersucht werden, welche Umweltmediatoren für die Effekte der Kindheitsbelastungen auf einen Rückfall verantwortlich sind. Eine Analyse des Rückfallrisikos ist besonders bedeutsam angesichts der Tatsache, dass die große Mehrheit von depressiven Episoden im Erwachsenenalter Rückfälle sind (Angst, 1992). Ein erster Schritt in diese Richtung ist die separate Betrachtung der Effekte von Kindheitsbelastungsereignissen auf das Auftreten einer Lebenszeitdepression und auf einen Rückfall. Gefordert sind Studien mit einem Design, das eine Unterscheidung erlaubt zwischen Kindheitsbelastungsfaktoren als Prädiktoren für eine Ersterkrankung und solchen für einen Rückfall in repräsentativen Gemeindestichproben.

Die in Abschnitt 3.3.4 (Schutzfaktoren in der Entwicklung) aufgezeigten Befunde sprechen für eine ressourcenorientierte Herangehensweise bei der Untersuchung des Zusammenhangs von belastenden Erfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung einer depressiven Störung. Positive Erfahrungen können als personale Ressource die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression möglicherweise günstig beeinflussen. Auf die hohe Bedeutung solcher Schutzfaktoren wird verwiesen. Ihre Wirkmechanismen sind bisher zu wenig erforscht. Dies betrifft insbesondere die Verlaufsbeobachtung von depressiven Erkrankungen. Hier kann die Kritik an einer kausal-ätiologischen Interpretation von Lebensereignissen und die potenzielle Viktimisierung depressiv Erkrankter berücksichtigt werden. Viktimisierung meint eine schicksalhafte individuelle bzw. soziale Präformation zur Depression (Fiedler, 1991, in Reck, 2000). Außer acht gelassen wird die mögliche Bedeutsamkeit positiver und günstiger Lebensumstände sowie sozialer Ressourcen zur Stärkung der Widerstandskraft beim Auftreten von belastenden Ereignissen (Rutter & O'Connor, 2004; Rutter, 2002).

4 Fragestellung

Mittlerweile wurden mehrere epidemiologische Surveys („Zusatzsurvey Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys, Wittchen et al, 1999 oder der pan-europäische Survey, Lepine et al., 1997) durchgeführt, in deren Rahmen gezeigt werden konnte, dass depressive Störungen (Major Depression) sehr häufige Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung sind (Lebenszeitprävalenzen zwischen 17% und 18%, Kapitel 2.1.2; ff). Diese werden häufig nicht erkannt und behandelt (nur die Hälfte der Betroffenen wendet sich an einen Arzt und dort wird nur die Hälfte erkannt). Sie sind mit hohem persönlichem Leid (hohem Selbstmordrisiko) und gesundheitsökonomischen Folgekosten verbunden. Weiterhin sind sie mit hohem Rückfallrisiko, mit dem Auftreten weiterer psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen assoziiert (Kapitel 2.1.3 bis Kapitel 2.1.5). Weiblich, fehlende Partnerschaft und belastende Lebensereignisse gelten als gesicherte Risikofaktoren (Wittchen, 2000). Bei Betrachtung des derzeitigen Forschungsstandes zum Zusammenhang belastender Lebensereignisse (distaler und zeitnaher) und Depression zeigte sich in den folgenden Bereichen jedoch weiterer Forschungsbedarf.

Der Großteil der Studien zum Zusammenhang stressbesetzter Lebensereignisse und dem weiteren Verlauf einer Depression (Rückfall oder Remission) fällt in den Bereich der klinischen Fall-Kontrollstudien (siehe bspw. Keller, 1997; Reck, 2000; Wittchen & von Zerssen, 1988). Das heißt, es werden stationär behandelte Depressive mit gesunden Kontrollpersonen bezüglich Lebensereigniseintritten und ihrer depressogenen Effekte vergleichend betrachtet. Demzufolge lassen diese klinischen Fall-Kontrollstudien eine Schätzung der Basisraten (Prävalenzen) von stressbesetzten Lebensereignissen und ihren depressogenen Effekten bei allen depressiv Erkrankten (unbehandelten/unerkannten und behandelten) und psychisch Gesunden in der Allgemeinbevölkerung nicht zu. Diesen Vorteil besitzen populationsbezogene Langzeitstudien, in welchen differente depressive Verlaufgruppen und Gesunde erfasst sind (Paykel, 2001; 2003).

Die bisherige Forschung zum Zusammenhang von Kindheitsbelastungsereignissen und Depression konzentrierte sich überwiegend auf die Betrachtung einzelner oder einer geringen Zahl aversiver Ereignisse (mangelhafte Fürsorge, Tod eines Elternteils, familiäre Belastung mit einer psychischen Störung) und deren Zusammenhang mit dem Auftreten einer Depression ohne eine Verlaufsbetrachtung vorzunehmen. Studien wie jene von Kessler, Davis und Kendler (1997) zum Vergleich der Effektgrößen von 26 verschiedenen Kindheitsbelastungen und der Reduktion dieser Effekte, wenn von einer bivariaten Betrachtung auf eine multivariate logistische Regressionsberechnung der Risikoerhöhung für

die Entwicklung einer Depression gewechselt wurde, sind selten (siehe Implikationen für die eigene Forschung, Kapitel 3.3.5). Mit dieser Vorgehensweise kann geprüft werden, inwiefern bestimmte Kindheitsbelastungen, die in der bivariaten Betrachtung eine Risikoerhöhung für die Entwicklung einer depressiven Störung zeigen, dies nur deswegen tun, weil sie mit anderen im Verbund auftreten. In der Studie von Kessler und Mitarbeitern (1997) wurden keine Interaktionseffekte der Kindheitsbelastungsereignisse miteinander und zwischen den Kindheitsbelastungserfahrungen und zeitnahen Stressoren überprüft bzw. berichtet.

Weiterhin fehlen Studien, die zwischen verschiedenen Verlaufsgruppen von Depressionen (Remission, Rückfall und späte Ersterkrankung) bei der Betrachtung der Langzeiteffekte von Kindheitsbelastungsfaktoren unterscheiden können. So weisen die wenigen vorliegenden Studien, wie die von Kessler und Magee (1993) und Kessler, Davis und Kendler (1997), auf eine Abnahme des depressogenen Effektes spezifischer Ereignisse (Tod eines Elternteils, Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson) über die Zeit hin. Das heißt, es wurde geprüft, ob Kindheitsbelastungen das Risiko nur für eine frühe Depression erhöhen (vor dem 20. Lebensjahr), oder auch nach dem 20. Lebensjahr einen Rückfall bzw. eine Ersterkrankung auslösen können (wie bspw. familiäre Gewalt). Auch Hoffmann, Egle und Joraschky (2000) beklagen, dass die Gewichtung von Kindheitsbelastungsereignissen als Risikofaktoren für Spätfolgen bis heute noch wenig ausgearbeitet ist. Alles würde aber darauf hinweisen, dass Kindheitsbelastungsereignisse in der Entwicklung unterschiedlich zu gewichten sind und dass Wechselwirkungen zwischen den Kindheitsbelastungsereignissen und auch den zeitnahen Stressoren eine einschneidende und bisher kaum erfasste Rolle spielen. Für die später im Erwachsenenalter einsetzenden Krankheitsbilder spielen Kindheitsbelastungsereignisse hinsichtlich der Kausalität eine sehr unterschiedliche Rolle. Dies deutet sich in Kapitel 2.4 zu den Langzeitfolgen von Verletzungen des genetisch determinierten Bindungsbedürfnisses sowie in dem Befund von Kessler und Magee (1993) zu familiärer Gewalt versus Verlusterlebnisse an.

Der Großteil bisheriger Forschung zu zeitnahen Ereignissen konzentrierte sich auf sogenannte „aggregierte“ Stressmaße (Summe der Lebensereignisse und -bedingungen) im Vorfeld einer depressiven Episode (bspw. die kausal-orientierte Studie von Romanov et al., 2003 oder die niederländische NEMESIS, deGraaf, 2002). Überprüft wurde dann die Frage, ob mit steigender Anzahl an belastenden Ereignissen auch das Erkrankungsrisiko ansteigt (Kumulierungshypothese). Die Art der Ereignisse wurde vernachlässigt. Ein anderer, deutlich geringerer Teil von Studien konzentrierte sich auf spezifische Einzelereignisse (bspw.

Umberson et al., 1992, zu Verwitwung) und erlaubt somit keine Aussage, ob es spezifische oder allgemeine Effekte stressbesetzter Ereignisse gibt.

Die Rolle der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse als mögliche Mediatoren für die Effekte von Kindheitsbelastungen (bspw. chronischer interpersoneller Stress und familiäre Gewalt, Kessler & Magee, 1994) und/oder Marker (Kessler, 1997; 2000) oder Konsequenz einer Depression (Brostedt & Pederson, 2003; Romanov et al., 2003) bedarf weiterer Klärung. Was heute im Vordergrund stehen sollte, ist die Betrachtung des Zusammenwirkens unterschiedlicher Belastungsquellen, die sich in ihren aversiven Effekten sowohl aufaddieren als auch multiplikativ wirken können. Hierbei sollten sowohl akute als auch chronische, abhängige als auch unabhängige Ereignisse einbezogen werden (Filipp, 1995; Kessler, 1997).

Auch zur These der Gewohnheitsdepression (Post, 1992; Kendler et al., 2000) liegen inkonsistente Befunde vor. So fand beispielsweise Reck (2000) keine Bestätigung (wiederholt depressiv Erkrankte haben keinen Rückgang in der Anzahl erlebter belastender Ereignisse); Kendler und Mitarbeiter (2000) sehen eine Bestätigung. In beiden Studien wurde jedoch nur der Effekt der Anzahl (aggregiertes Maß) und nicht die Art der aufgetretenen Belastungen geprüft. Für die vorliegende Arbeit kann deshalb die Frage gestellt werden, inwiefern sich die gleichen stressbesetzten Ereignisse auf Rückfall und eine späte Ersterkrankung auswirken, und inwiefern dies mit der gleichen Effektstärke stattfindet oder ob in der Gruppe der Individuen mit Rückfall auch viele minore Ereignisse einen depressogenen Effekt entfalten (Sensibilisierung auf minimale Reize).

Weiterhin fehlen Studien, die sowohl eine breite Palette unterschiedlicher Kindheitsbelastungen als auch eine breite Palette zeitnaher Ereignisse gleichzeitig betrachten (Kessler, 1997; 2000; Paykel, 2001; siehe auch Kapitel 3.2.4 und 3.3.5 zu den Implikationen aus dem jeweiligen Forschungsstand für diese Arbeit). Wurden sowohl zeitnahe Ereignisse als auch Kindheitsbelastungsereignisse berücksichtigt, dann handelte es sich zumeist um elterliche Psychopathologie (bspw. deGraaf et al., 2002) oder Tod eines Elternteils und mangelhafte Fürsorge (bspw. Brown-Studien, 1989).

Insbesondere fehlen Lebensereignisstudien, die parallel zu den Belastungsereignissen auch positive Faktoren (entwicklungsfördernde Bedingungen) aus Kindheit und Jugend und deren Wirkweise im Verbund mit Kindheitsbelastungen und zeitnahen Belastungen auf den Verlauf einer spezifischen Erkrankung, wie Depression, betrachtet haben (Bender & Lösel, 2000; auch Heuft, Kruse & Radebold, 2006). Interaktionseffekte mit anderen moderierenden Variablen sind bisher zu wenig beachtet worden (frühe Verlusterlebnisse in der Kindheit und zeitnahe stressbesetzte Ereignisse bzw. chronische Belastungen in kombinierten Studien).

(a) Die vorliegende Arbeit greift einige dieser Forschungsdesiderate auf und bezieht sich auf Daten aus einer repräsentativen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung des mittleren Erwachsenenalters; die Diagnose einer Depression erfolgte anhand eines strukturierten klinischen Interviews. Das heißt, die erfasste Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) der einbezogenen Kindheitsbelastungen und der zeitnahen Belastungen sind auf die Allgemeinbevölkerung bezogen und ihre möglichen aversiven Effekte werden in Bezug auf eine manifeste Erkrankung betrachtet und nicht nur auf psychologischen Distress.

(b) Auf Grund des längsschnittlichen Designs der ILSE (Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters) können drei depressive Verlaufsgruppen (Remittierte, Personen mit einem Rückfall und Personen mit einer späten Ersterkrankung nach dem 40. Lebensjahr) einer Gruppe „immer psychisch Gesunder“ gegenübergestellt werden. Hierbei erlaubt das breite Spektrum der in ILSE erhobenen Informationen eine vergleichende Betrachtung sowohl bezüglich der immer wieder benannten Risikofaktoren für eine Depression (weibliches Geschlecht und fehlende Partnerschaft), der Belastung mit somatischen Erkrankungen und weiterer sozial-struktureller Merkmale. Ferner kann die Auswirkung von Neurotizismus und aktueller depressiver Verstimmung auf die Anzahl benannter Ereignisse bzw. deren Auftretenshäufigkeit überprüft werden.

(c) Es wird eine große Spannbreite von Kindheitsbelastungen (nicht nur sehr schwerwiegenden wie sexueller Missbrauch oder der Tod eines Elternteils) einbezogen. Diese werden bezüglich ihrer aversiven Effekte für die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression im mittleren Erwachsenenalter vergleichend betrachtet. Hierbei kann auch der aversive Effekt, der von einer Häufung (Kumulation) belastender Kindheitsereignisse ausgehen kann, den möglichen aversiven Effekten der Einzelereignisse sowie den möglichen aversiven Effekten kombinierter Ereignisse (Interaktionen) gegenübergestellt werden.

(d) Es wird gleichfalls eine große Spannbreite von zeitnahen Belastungsereignissen im mittleren Erwachsenenalter einbezogen und bezüglich ihrer aversiven Effekte für Rückfall und eine späte Ersterkrankung vergleichend betrachtet. Auch hier kann der aversive Effekt, der von einer Häufung (Kumulation) belastender Ereignisse ausgehen kann, den möglichen aversiven Effekten der Einzelereignisse sowie den möglichen aversiven Effekten kombinierter Ereignisse (Interaktionen) gegenübergestellt werden.

(e) Die lange zurückliegenden Kindheitsbelastungen können auf ihren Zusammenhang mit den kurzzeitig zurückliegenden Ereignissen betrachtet werden (Langzeitereignisketten). Ferner kann durch die Betrachtung spezifischer Interaktionen mit zeitnahen Ereignissen auch ihre Wirkweise als mögliche Vulnerabilitätsfaktoren (sensu Brown et al., 1989), die alleine

keine depressive Episode auslösen können, sondern nur im Verbund mit einem zeitnahen Ereignis (durch eine mögliche Erhöhung der aversiven Effekte der zeitnahen Ereignisse), untersucht werden.

(f) In diese Arbeit integriert wird auch die Betrachtung der Rolle positiver Erfahrungen in Kindheit und Jugend und positiver Persönlichkeitsmerkmale als mögliche Puffer (in Interaktion mit Risikofaktoren) für die aversiven Effekte der Kindheitsbelastungen und zeitnahen Belastungen.

In der vorliegenden Arbeit werden drei depressive Verlaufgruppen a) Personen mit einer depressiven Episode im Lebensverlauf, aber kein Auftreten einer neuen depressiven Episode in den vorauslaufenden vier Jahren, sog. „remittiert Gebliebene“, b) Personen mit einem Rückfall in den vorausgegangenen vier Jahren und c) Personen des mittleren Erwachsenenalters mit einer Ersterkrankung im gleichen Zeitraum, auch Neuerkrankte benannt, mit d) einer Gruppe sogen. „psychisch Unauffälliger/Gesunder“ in Bezug auf die Ausstattung ihres Ressourcenhaushaltes (nicht-psychologische und psychologische Ressourcen) und ihr Belastetsein mit aversiven Ereignissen/Erfahrungen vergleichend betrachtet. Im Folgenden werden die benannten vier Gruppen als Analysegruppen bezeichnet und die drei Gruppen von Personen mit unterschiedlichem Verlauf einer Depression werden als depressive Verlaufgruppen bezeichnet. Kindheitsbelastungsereignisse werden synonym auch als „distale Ereignisse“ und die zeitnäheren stressbesetzten Ereignisse als „proximale Ereignisse“ bezeichnet. Unter Beachtung des derzeitigen Forschungsstandes ergaben sich die folgenden Fragen (siehe den vorausgegangenen Abschnitt und auch Kapitel 3.2.4 sowie 3.3.5):

1. Wie unterscheiden sich Gesunde, Remittierte, Personen, die einen Rückfall erlitten haben, und Personen mit einer späten Ersterkrankung in Bezug auf wesentliche soziale Lagemerkmale, ihre Belastung mit somatischen Erkrankungen und mit weiteren psychischen Störungen (psychiatrischen Komorbidität), ihre aktuellen Depressivität und emotionale Labilität (Neurotizismus)?
2. Sind die Analysegruppen unterschiedlich schwer, bezogen auf Anzahl und Kumulation, mit aversiven Kindheitserfahrungen und/oder zeitnahen stressbesetzten Ereignissen belastet? Kann ein Einfluss aktueller depressiver Verstimmung und/oder von Neurotizismus auf die berichtete Anzahl ausgeschlossen werden? Beeinflussen das Ausmaß belastender Kindheitserfahrungen, die depressive Verstimmung (T1) und das Niveau von Neurotizismus (T1) die Auftretenshäufigkeit zeitnaher stressbesetzter Ereignisse?

3. Zeigen sich in den Analysegruppen Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse und spezifischer zeitnaher Belastungen, und wie bilden sich die korrelativen Beziehungen zwischen den Belastungsereignissen ab?
4. Lassen sich in den drei depressiven Verlaufsgruppen jeweils andere spezifische Muster in den (Langzeit-) Effekten belastender Kindheitsereignisse finden? Gibt es spezifische Ereignisse, die sich auch auf einen Rückfall und auf eine „späte“ Ersterkrankung im mittleren Erwachsenenalter auswirken?
5. Finden sich spezifische Muster in den möglichen risikoerhöhenden Effekten der proximalen Ereignisse in den drei Verlaufsgruppen? Können proximale Ereignisse eher als auslösende Faktoren, Mediatoren, Folge/Konsequenz oder sogar Marker einer depressiven Störung gesehen werden?
6. Erhöhen Kindheitsbelastungsereignisse die Effekte aller zeitnahen Belastungsereignisse oder nur die Effekte ganz spezifischer Ereignisse? Bleiben mögliche Langzeiteffekte von Kindheitsbelastungsfaktoren auch in Gegenwart der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse relevant oder treten ihre Effekte hinter jene der zeitnahen Ereignisse zurück?
7. Zeigen sich in den Analysegruppen Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) positiver entwicklungsfördernder Bedingungen in Kindheit und Jugend und positiver Persönlichkeitsmerkmale? Reduzieren diese positiven Faktoren das Risiko für eine Lebenszeitdepression, einen Rückfall und/oder eine späte Neuerkrankung? Wie ist ihre Wirkweise: Senken sie die aversiven depressogenen Effekte der einbezogenen distalen und proximalen Belastungsereignisse?

5 Methode

Datengrundlage für die vorliegende Arbeit ist eine Teilstichprobe der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Zum besseren Verständnis des Kontextes, in den die Datenerhebung und -auswertung eingebettet war, sollen im Folgenden Ziele, Charakteristika, Stichprobe und Untersuchungsablauf der ILSE vorgestellt werden. Anschließend wird das methodische Vorgehen der eigenen Untersuchung expliziert.

5.1 Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters

Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) beschäftigt sich mit den individuellen, gesellschaftlichen und materiellen Bedingungen für ein gesundes, selbstbestimmtes und zufriedenes Altern (Martin & Martin, 2000). ILSE ist als sequentielle zwei Kohorten-Längsschnittstudie angelegt, deren Untersuchungen sich über einen Zeitraum von zwanzig Jahren erstrecken soll. Sie folgt somit weitgehend den traditionellen Ansätzen der entwicklungsorientierten Gerontologie (z.B. Schaie, 1996), in denen zwei Geburtskohorten zunächst querschnittlich und nach der Durchführung von weiteren Messzeitpunkten auch längsschnittlich untersucht werden. Das Design ermöglicht die Untersuchung interindividueller Unterschiede als auch intraindividuelle Entwicklungsverläufe. Die Daten der ILSE bieten die Möglichkeit, Risikofaktoren in der Vorhersage von Gesundheit und Zufriedenheit eingehend zu untersuchen und damit wesentliche Unterschiede aufzuzeigen, die mittel- und langfristig für das Erreichen und den Erhalt selbstständigen Lebens von Bedeutung sind.

ILSE wird seit 1993 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg gefördert. Unter der Leitung des Institutes für Gerontologie führten die Universität Heidelberg, Leipzig, Bonn, Erlangen-Nürnberg und Rostock die umfassende ILSE-Datenerhebung des ersten Messzeitpunktes durch. Nach vier Jahren kam es dann zur ersten Nacherhebung in den Zentren Heidelberg, Leipzig und Rostock unter der Leitung der Abteilung für Entwicklungsforschung des DZFA.

In Zusammenarbeit mit den Meldebehörden wurde eine nach Geschlecht, Kohorte und Wohnort stratifizierte Adressenstichprobe nach dem Zufallsprinzip gezogen (n = 4000 pro Zentrum), aus denen in Heidelberg und Leipzig 500 Teilnehmer der Jahrgangsguppe 1930/32 und 501 des Jahrgangs 1950/52 rekrutiert werden konnten; jeweils die Hälfte der Teilnehmer stammen aus Leipzig, Männer sind gewollt in beiden Kohorten leicht überrepräsentiert (52% zu 48%).

Die bisherigen zwei Messzeitpunkte fanden von Ende 1993 bis Anfang 1996 und von Ende 1997 bis Anfang 2000 statt. Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst schriftlich, anschließend telefonisch. Die Untersuchungen dauerten zum ersten Messzeitpunkt pro Teilnehmer etwa zwei Tage und umfassten eine ausführliche Exploration der Biografie, der gegenwärtigen Lebenssituation und der Zukunftsperspektive, Tests und Fragebögen zu Persönlichkeit, Einstellungen und Werten, zur kognitiven Leistungsfähigkeit und dem Ernährungs-, Sport- und Freizeitverhalten sowie Interviews bzw. Untersuchungen zur körperlichen und psychischen Gesundheit. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden innerhalb eines Tages eine medizinische Untersuchung und ein psychiatrisches Screening, eine Exploration der Ereignisse und Veränderungen seit dem ersten Messzeitpunkt sowie verschiedene Persönlichkeitstests, kognitive Tests und eine sportwissenschaftliche Untersuchung durchgeführt.

5.2 Stichprobe und Studieneinschlusskriterien

Die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Daten sind Teil der Erhebungen in Leipzig und dem Großraum Heidelberg-Mannheim-Ludwigshafen. Es wurden nur Daten dieser zwei Hauptuntersuchungszentren berücksichtigt, da nur dort die vollständige Untersuchung mit Biographieerhebung und strukturiertem klinischen Interview stattfand. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf dem mittleren Erwachsenenalter liegt, werden nur die Daten der Teilnehmer der jüngeren Geburtskohorte (geboren zwischen 1950 und 1952) in die Analysen aufgenommen. Diese Stichprobe umfasste ursprünglich 501 Personen: 250 aus Ost- und 251 aus Westdeutschland. Von einer Person konnten jedoch nur Teildaten erfasst werden und demzufolge wird von einer Ursprungsstichprobe von 500 Personen ausgegangen (siehe Abb. 5 zum Forschungsdesign der Arbeit). Weiterhin wurden in der vorliegenden Arbeit nur die Daten derjenigen Teilnehmer verwendet, die an beiden Messzeitpunkten teilgenommen haben und bei denen zu beiden Messzeitpunkten vollständige Angaben des strukturierten klinischen Interviews für DSM III-R Diagnosen (SKID, Wittchen et al., 1991) vorlagen.

Bis auf einen leicht höheren Bildungsstand ist die Stichprobe bezüglich Familienstand, Haushaltsnettoeinkommen und Wohnstatus repräsentativ für die deutsch sprechende Bevölkerung der angesprochenen Geburtsjahrgänge (Martin & Martin, 2000). Insgesamt nahmen 448 Personen der Kohorte 1950/52 an beiden Messzeitpunkten teil. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt sind 52 Personen (10,4%) ausgeschieden. Die ausgeschiedenen Probanden unterschieden sich zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant von den Teilnehmern in Bezug auf Bildung, Einkommen, Gesundheit, aktueller depressiver Verstimmung und kristalliner Intelligenz. Eine Analyse der Dropout-Daten zeigte, dass der

relative Anteil Depressiver an den Ausgeschieden (9/17,3%) niedriger lag als bei denjenigen, die in der Studie verblieben (122/27,5%). Das Vorliegen einer Depression stellte somit keinen Prädiktor für Studienabbruch bei den 1950/52 Geborenen dar.

Die für diese Arbeit relevante Ausgangsstichprobe von N=448 Personen, aus der dann die Analysegruppen dieser Arbeit gebildet wurden, soll nun mit ihren wesentlichen Charakteristika zum ersten Messzeitpunkt dargestellt werden (siehe Tabelle 1). Die Ausgangsstichprobe besteht aus 234 Männern und 214 Frauen im Alter zwischen 43 und 46 Jahren ($M = 44,2$; $SD = 0,9$). Jeweils genau die Hälfte der Teilnehmer ($N = 224$ Personen) kommt aus dem Raum Heidelberg bzw. Leipzig. Knapp drei Viertel der Individuen der Ausgangsstichprobe (72,6%) sind verheiratet, ein Anteil von 16,8% ist geschieden, und 10% sind ledig. Dieses Bild ändert sich von T1 zu T2 nur geringfügig, der Anteil der Geschiedenen steigt auf 18,0%, dagegen sinkt die Zahl der ledigen Personen auf 8,5%, so dass der Anteil der verheirateten Personen annähernd gleich bleibt. Insgesamt 30.2% haben die Fachhochschul- oder Hochschulreife, 39,9% die Mittlere Reife, 28,7% einen Hauptschulabschluss, und nur 1,1% haben keinen Schulabschluss. Der Anteil der gegenwärtig Erwerbstätigen liegt zu T1 bei 76.5%. Eine Minderheit von 6,5% ist bereits berentet, Arbeitslosigkeit ist bei 9.2% gegeben und knapp 8% üben eine Hausfrauentätigkeit aus. Gut die Hälfte (53,2%) der untersuchten Personen verfügt über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von über 4000 DM, weit über ein Drittel (37,3%) liegt im Einkommensbereich zwischen 2000 und 4000 DM, und ein Anteil von 9,5% hat ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 2000 DM. Die Einkommenslage der untersuchten Personen ist annähernd mit dem Durchschnitt der deutschen Bevölkerung vergleichbar (vgl. Statistisches Bundesamt, 1995).

Tabelle 1: Wesentliche Merkmale (T1) des Ausgangspools, der zu beiden Erhebungszeitpunkten erfassten ILSE-Teilnehmer der Kohorte 1950/52 (N=448)

Variable		
Alter (M, SD)		44.2 (0.9)
		N (%)
Geschlecht	Männer	234 (52,2%)
	Frauen	214 (47,8%)
Zentrum	West	224 (50,0%)
	Ost	224 (50,0%)
Familienstand	Verheiratet	323 (72,6%)
	Geschieden	75 (16,8%)
	Verwitwet	2 (0,4%)
	Ledig	45 (10,1%)
Erwerbspersonenstatus	Berufstätig	340 (76,4%)
	Berentet	29 (6,5%)
	Arbeitslos	41 (9,2%)
	Sonstiges (z.B. Hausfrauentätigkeit)	35 (7,8%)
Einkommen	Niedrig (> 2000 DM)	42 (9,5%)
	Mittel (2000-4000 DM)	164 (37,3%)
	Hoch (< 4000 DM)	234 (53,2%)
Schulabschluss	Kein Abschluss	5 (1,1%)
	Hauptschule	127 (28,7%)
	Mittlere Reife	177 (39,9%)
	Hochschulreife	134 (30,2%)

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Verlaufsbetrachtung von depressiven Störungen im mittleren Erwachsenenalter und ihr Zusammenhang mit belastenden sowie entwicklungsfördernden distalen und proximalen Bedingungen. Aus diesem Grund wurden alle Teilnehmer mit einer unklaren Diagnose, reiner Angststörung, reinem Substanzmissbrauch, Essstörungen und somatoformen Störungen von der folgenden Analyse ausgeschlossen (n=99). Es verblieb eine Unterstichprobe von 349 Teilnehmern, die sich wie folgt zusammensetzt:

1. N=227 psychisch unauffällige Teilnehmer, d. h. es liegt weder zu T1 noch zu T2 eine psychiatrische Diagnose vor;
2. N=78 Teilnehmer mit einer Lebenszeitdiagnose einer minoren oder Major Depression; bei gegebener Remission in den vier Erhebungszwischenjahren;

3. N=23 Teilnehmer, mit wiederauftretender depressiver Symptomatik in den vier Erhebungszwischenjahren;
4. N=21 Teilnehmer, die erstmals zwischen T1 und T2 eine depressive Episode erlitten.

Die Beschreibung der einbezogenen Analysestichprobe nach relevanten sozialen Lagemerkmale erfolgt im ersten Teil der Ergebnisbetrachtung.

Zur Repräsentativität der einbezogenen depressiven Verlaufsgruppen

Mehr als ein Viertel der 1950/52 geborenen ILSE-Teilnehmer (N=448) hatten bis einschließlich des zweiten Erhebungszeitpunktes mindestens einmal im Leben eine Episode einer minoren (n=20/4,5%) oder Major Depression (n=102/22,8%) erlitten. Innerhalb der Gruppe von 101 Lebenszeitdepressiven bis T1 blieben 78 Individuen in den vier Erhebungszwischenjahren remittiert (77,2%) und mehr als ein Fünftel (23/22,8%) hatte einen Rückfall. Bei 21 Personen trat innerhalb der vier Erhebungszwischenjahre eine Ersterkrankung auf. Bezugnehmend auf die Gesamtstichprobe von 448 Teilnehmern (T2) entspricht dies einer Neuerkrankungsrate an einer Major Depression von 4,7%.

Die hohe Lebenszeitprävalenz von minorer (n=20/4,5%) und Major Depression (n=102/22,7%) bei den 1950 bis 1952 geborenen Teilnehmern der ILSE liegt im internationalen Referenzrahmen (siehe Wittchen, 2000; Kessler, 2003). Sie entspricht insbesondere den Prävalenzen für die Altersgruppe der 42- bis 47jährigen des US-amerikanischen National Comorbidity Surveys (NCS) von 1990/92. Auf der Grundlage der Daten des National Comorbidity Surveys (NCS) wurde von der Autorin eine vergleichende Betrachtung der Lebenszeitprävalenz der ILSE-Teilnehmer (N=496) und der NCS-Teilnehmer (N=707) der Altersgruppe der 42- bis 47jährigen, für den ersten Erhebungszeitpunkt und Major Depression vorgenommen. Gefunden wurden fast identische Lebenszeitprävalenzen von 18,8% (n=86) der ILSE-Teilnehmer und 19,5% (138) der NCS-Teilnehmer (Voss, Martin, Stegmann, Schmitt & Wethington, eingereicht).

Der Anteil remittiert Gebliebener liegt in ILSE mit 77,2 % deutlich über jenem aus Verlaufs-betrachtungen bei klinischen Stichproben. Dies mag durch den Einbezug der minoren Depressionen (n=20) bedingt sein. Verlaufs-betrachtungen der Major Depression über 5 Jahre zeigen bei nur circa 42 % der Betroffenen ein Ausbleiben von Rückfällen (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996; Wittchen et al., 2000).

Inzidenzschätzungen liegen bei 1-2 Neuerkrankungen an einer Major Depression pro Jahr, bezogen auf 100 Personen (Wittchen et al., 1999, 2000). Diese Schätzung entspricht mit 1,2 Neuerkrankungen pro Jahr der einbezogenen ILSE-Teilnehmer des mittleren

Erwachsenenalters. Die Neuerkrankungsrate über den gesamten Vierjahreszeitraum betrug in ILSE 4,7%. Sie liegt damit etwas unter der berichteten 12-Monats-Neuerkrankungsrate an einer Major Depression von 3,1% in der niederländischen Bevölkerung (NEMESIS-Studie; deGraaf et al., 2002). Allerdings lag das Altersspektrum der in die NEMESIS einbezogenen 5618 Personen zwischen 18 und 64 Jahren und umfaßte somit beide Erkrankungsgipfel einer Major Depression (1. Gipfel: um das 30 Lebensjahr und 2. Gipfel zwischen dem 40ten und 50ten Lebensjahr).

Bezüglich des Schweregrades der einbezogenen minoren und Major Depressionen waren die hier betrachteten Individuen zu T1 im Durchschnitt mit 5,7 (\pm 1,8) Symptomen belastet (nur Major Depression: 6,4 (\pm 1,2)). Zu T2 lagen bei den Individuen mit Rückfall und Neuerkrankung im Durchschnitt 6,7 (\pm 1,5) Symptome vor (nur Major Depression: 6,9 (\pm 1,3)). Gemäß der in der wissenschaftlichen Forschung gebräuchlichen Einteilung des Schweregrades einer Depression anhand der Anzahl der vorliegenden Symptome, handelt es sich bei den in dieser Studie betrachteten Störungsbildern um mittelgradig (5-6 Symptome) bis schwere (7-9 Symptome) Depressionen (Chen et al., 2000).

Auch in Bezug auf eine Behandlungsanspruchnahme (depressiv Erkrankte wenden sich nur in der Hälfte der Fälle auch an einen Arzt) bewegen sich die in ILSE gefundenen Zahlen im national und international vergleichbaren Rahmen (Gastpar, 2001; Wittchen et al., 1999, 2000). So gaben zu T1 lediglich 46,5% (n=47) der Lebenszeitdepressiven des mittleren Erwachsenenalters (N=101) an, mindestens einmal ein therapeutisches Angebot wahrgenommen zu haben. Zu T2 stieg dieser Anteil bei Personen mit Rückfall und Neuerkrankung (N=44) auf 68,2% (n=30). Die Befunde zum Schweregrad als auch zur Behandlungsanspruchnahme wurden im Rahmen einer Studie zu Altersgruppenunterschieden in der Prävalenz und dem Verlauf von minorer und Major Depression der beiden ILSE-Kohorten (1930/32 Geborener und 1950/52 Geborener) erstellt (Voss, Barth, Pantel, Martin, Schmitt & Schröder, in Druck).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sich bei den in dieser Arbeit betrachteten depressiven Verlaufsgruppen um eine repräsentative Stichprobe von überwiegend Major Depressionen der mittleren und schweren Ausprägung handelt.

5.3 Zusammenfassende Darstellung des Forschungsdesigns

Unter Berücksichtigung des derzeitigen Forschungsstandes wurde das folgende methodische Vorgehen gewählt. In Abbildung 5 sind die wesentlichen Elemente des Forschungsdesigns der vorliegenden Arbeit nochmals zusammenfassend dargestellt.

T1 (Anfg. 1995 – Anfg. 1996) N= 500	4 Jahre Zwischenzeit Dropouts: N=52	T2 (Anfg. 1999 – Anfg. 2000) N=448
Erhebung belastender Kindheits- erfahrungen (halbstrukturiertes Interview, Spontanbericht, offene Fragen)		Erhebung der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse (halbstrukturiertes Interview, Spontanbericht, offene Fragen)
Erhebung der positiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend einschließlich der positiven Persönlichkeitsattribute		
Erfassung des psychiatrischen Status mittels eines strukturierten klinischen Interviews (Lebenszeitdepression)		Erfassung des psychiatrischen Status mittels eines strukturierten klinischen Interviews (remittiert verbleiben, Rückfall, Neu- bzw. Ersterkrankung)

Abbildung 5: Das Forschungsdesign dieser Arbeit

1. Es wurden nur negative, belastende Ereignisse in die Analyse aufgenommen. Die neuere Forschung konnte zeigen, dass nicht jedes Lebensereignis mit der Entwicklung einer depressiven Störung assoziiert ist; sowohl die Schwere als auch ganz spezifische Qualitäten erlangen Relevanz (unerwünschte, bedrohliche Ereignisse, Verlustereignisse; Brown et al., 1989, 1995; Kessler, 1997; Paykel, 2003; Ross & Mirowsky, 1979). Die Rolle von positiven oder sog. Neubeginn- oder Zugewinnereignissen wird kontrovers diskutiert und vielfach wurde keine Relevanz als beispielsweise verlaufverbessernde Faktoren gefunden (Keller, 1997; Wittchen & von Zerssen, 1988). Aus diesem Grund werden sie in dieser Studie nicht berücksichtigt.
2. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt im Bereich der Verlaufsbetrachtung einer depressiven Störung (remittiert bleiben, Rückfall, späte Ersterkrankung) und ihrem Zusammenhang mit einer multiplen Anzahl von Belastungsquellen. Hier sollten nach Wittchen und von Zerssen (1988; auch Philipp, 1995; Keller, 1997) die Prinzipien der differenzierten Lebensereignisforschung eher nicht angewandt werden. Dies bedeutet, dass in der vorliegenden Arbeit nicht zwischen möglicherweise von der Person abhängigen (was auf fast alle Ereignisse zutrifft) und unabhängigen Ereignissen

differenziert wird. Gleichfalls wurden auch eher „chronische“ Belastungen wie finanzielle Probleme, juristische Auseinandersetzungen und interpersonelle Probleme einbezogen.

3. Um einen möglichen systematischen Bias bei der Einstufung spezifischer Ereignisse als „Belastung“ durch psychisch Unauffällige und depressiv Erkrankte zu vermeiden (Harris, 1996; Kessler, 1997; Paykel, 2001), wurde eine untersucherbasierte Klassifikation der berichteten Ereignisse vorgenommen. Es wurde auf eine subjektive Beurteilung durch die einbezogenen Individuen verzichtet. Es wurde ferner auf eine Schweregradeinstufung der Ereignisse durch die Untersucher verzichtet, da auch dies konfundiert sein kann mit Hypothesen zu den Mediatoreffekten anderer Umweltvariablen wie das Vorhandensein einer Partnerschaft, die getrennt untersucht werden sollten (Kessler, 2000a).
4. Belastende Kindheitsereignisse und zeitnahe stressbesetzte Ereignisse wurden jeweils im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews anhand offener Fragen frei geschildert, d. h. diese Ereignisse besitzen eine hohe subjektive Bedeutung (und sie sind wahrscheinlich mit einer emotionalen Nichtgleichgültigkeit verbunden; Filipp, 1995). Weiterhin dürfte ein Interviewverfahren (biographische Exploration, siehe auch Kruse, 2005a) einer Listenabfrage auch bezüglich einer besseren Anregung des Gedächtnisses überlegen sein und zu reliableren und umfassenderen Ergebnissen führen.
5. Betrachtet werden auch entwicklungsfördernde, positive Bedingungen aus der Kindheit und Jugend sowie als positiv erachtete persönlichkeitsgebundene Merkmale (niedrige Ausprägung in externalen Kontrollüberzeugungen und emotionaler Labilität (Neurotizismus)). Eine Berücksichtigung möglicher positiver Ressourcen empfiehlt sich aus Sicht der neueren Bewältigungsforschung (bspw. Staudinger & Greve, 2001, Kruse & Schmitt, 1998a).
6. Es handelt sich hier um eine populationsbasierte Studie, die eine Abschätzung der Prävalenzen von Kindheitsbelastungsereignissen, der Prävalenz zeitnaher stressbesetzter Ereignisse sowie der Prävalenz von Majorer und minorer Depression in der Allgemeinbevölkerung der entsprechenden Altersgruppe erlaubt.

5.4 Erhebungsinstrumente und gemessene Konstrukte

Im Rahmen dieser Arbeit erfolgt eine Kurzdarstellung derjenigen Erhebungsverfahren und damit zusammenhängender Konstrukte bzw. Dimensionen, die für die Bearbeitung der eigenen Fragestellungen Relevanz erlangen. Die Auswahl aller Untersuchungsinstrumente der ILSE beruht auf Vorschlägen interdisziplinär besetzter Expertenteams.

Tabelle 2: Messinstrumente der ILSE

Untersuchungsbereich	Ausgewähltes Messinstrument
<u>Soziodemografische Daten</u>	
Kinder, Familienstand, Einkommen	Soziodemografischer Fragebogen
<u>Biografie</u>	
Positive und aversive Erfahrungen in Kindheit u. Jugend	Halbstrukturiertes Interview (T1)
Stressbesetzte Lebensereignisse bzw. Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten	Halbstrukturiertes Interview (T2)
<u>Einstellung und Persönlichkeit</u>	
Neurotizismus	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (Borkenau & Ostendorf, 1993)
Externale Kontrollüberzeugungen	Fragebogen zur allg. Kontrollüberzeugung (AK; Smith & Baltes, 1993)
<u>Kognitive Leistungsfähigkeit</u>	
Intelligenz	HAWIE-R (Tewes, 1991)
<u>Gesundheit, körperliche</u>	
Anzahl an Erkrankungen im vorausgegangenen Jahr	Cumulative Illness Rating Scale (Parmelee et al., 1995)
<u>Stimmung</u>	
Aktuelle depressive Verstimmung	Self-Rating Depression Scale (Zung, 1986)
<u>Psychische Störungen</u>	
Psychiatrisches Screening	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID; Wittchen et al., 1991)

Soziodemografische Basisdaten wie Familienstand, Anzahl der Kinder, schulische Bildung und Berufsausbildung, Einkommen, Herkunftsfamilie etc. wurden zu T1 und deren Veränderung zu T2, in einem üblichen, ILSE eigenen soziodemografischen Fragebogen erfasst.

5.4.1 Biographische Exploration (halbstrukturiertes Interview) und Spontanbericht

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung sind die in ILSE durchgeführten halbstrukturierten biographischen Interviews zu T1. Diese bilden das Ausgangsmaterial zur Erfassung und Kategorisierung von belastenden und positiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden in diesen Interviews die Ereignisse und

Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten erfasst. Dieses Datenausgangsmaterial wurde zur Erfassung und Kategorisierung von zeitnahen stressbesetzten Ereignissen im mittleren Erwachsenenalter benutzt. Die mit dieser Erhebungsmethode gewonnenen qualitativen Daten liefern zum einen Informationen über subjektiv bedeutende Ereignisse für die befragten Personen (siehe auch Kruse & Schmitt, 1998a/b; Kruse, 2005a), zum anderen ermöglicht die weite Bandbreite der in ILSE untersuchten Variablen, Zusammenhänge zwischen geschilderten Ereignissen und der psychischen Gesundheit zu untersuchen.

Zur Durchführung der halbstrukturierten Interviews wurden die Untersucher ausführlich und intensiv in mehrtägigen Trainings geschult, eine begleitende Qualitätssicherung wurde durchgeführt. Es wurde ein Rating-Handbuch für die Auswertungsprozedur erstellt. Alle Interviewer/innen unterzogen sich einer videogestützten Zertifizierung, bei der mindestens 80% Übereinstimmungen mit einem vorher unabhängig festgelegten Standardrating erreicht werden mussten. Die Exploration wurde auf Tonband aufgezeichnet.

Das halbstrukturierte Interview ist eine Form mündlicher Befragung mit der Zielsetzung, spezifische Situationen, Ereignisse und Entwicklungen – ausgehend von deren Repräsentanz im subjektiven Erleben des Gesprächspartners – möglichst ganzheitlich und authentisch zu erfassen. Es werden thematische Bereiche festgelegt und „prototypische“ Fragen formuliert. Im halbstrukturierten Interview ist der Interviewer an einen Leitfaden gebunden, in dem festgelegt wird, welche Informationen erhoben werden sollen (Kruse & Schmitt, 1998b; Kruse & Schmitt, 2000; Kruse, 2005a). Im Rahmen einer Pilotstudie und unter Berücksichtigung anderer Studien aus dem Heidelberger Arbeitskreis wurde ein umfangreicher Explorationsleitfaden einschließlich eines Kategoriensystems erstellt. Halbstrukturierte Interviews sind aufwändige Verfahren zur Erhebung und Auswertung empirischer Daten. Ihr Anwendungsbereich bestimmt sich deshalb von den Grenzen standardisierter Fragebögen her. Diese können nur dort eingesetzt werden, wo der Untersuchungsgegenstand vorab hinreichend definiert ist und ausreichende Kenntnisse über mögliche Ausprägungen interessierender Phänomene bestehen. Ist dagegen die individuelle Perspektive von Interesse bzw. stellt sich ein Phänomenbereich je nach der Perspektive, die eine Person einnimmt, unterschiedlich dar, erscheinen standardisierte Verfahren als unzweckmäßig, da sie den Gegenstandsbereich in unerwünschter Weise einengen oder gar verfälschen (Kruse & Schmitt, 1998b; Kruse & Schmitt, 2000; Kruse, 2005a). Nach Kruse und Schmitt (2000) stehen halbstrukturierte Interviews in einem Ergänzungsverhältnis zu standardisierten Verfahren. Werden halbstrukturierte Interviews zur Erfassung individueller

Sichtweisen oder zur Erfassung von Merkmalen des „subjektiven Lebensraumes“ (Thomae, 1996) eingesetzt, dann gibt es keine alternativ einsetzbaren standardisierten Verfahren. Die Exploration bestand zum ersten Messzeitpunkt aus drei Abschnitten (Biographie, Gegenwart, Rückblick und Zukunftsperspektive), in denen folgende Themenbereiche angesprochen wurden: Kindheit und Jugend, Schulbildung, Situation der Berufswahl; Erwerbstätigkeit/Nichterwerbstätigkeit im Lebenslauf; Familiäre und private Situation im frühen und mittleren Erwachsenenalter

Das halbstrukturierte Interview (biografische Exploration) setzt sich die Analyse des individuellen Lebensraumes zum Ziel (Thomae, 1996). Dieser ist nach Thomae (in Kruse & Schmitt, 2000, S. 121) als „die Gesamtheit der in einem bestimmten Augenblick aktualisierten kognitiven Repräsentationen eines Individuums“ definiert. Hierbei beinhaltet der Begriff Repräsentation den Tatbestand, dass die Wahrnehmung einer Situation kein naturgetreues Abbild äußerer Ereignisse darstellt, sondern eine Widerspiegelung ist, in welche sowohl aktuelle Erfahrungen als auch Erinnerungen an frühere Erfahrungen einfließen.

Das zum ersten Erhebungszeitpunkt durchgeführte halbstrukturierte Interview begann mit folgender offener Frage zur Biografie, auf die die Teilnehmer spontan antworteten: *„Damit ich Ihre heutige Situation besser verstehen kann, ist es notwendig, einen Blick auf die Vergangenheit zu werfen. Mich interessiert Ihr persönlicher Lebensweg, so wie Sie ihn erlebt haben, und das, was Ihnen in Erinnerung geblieben ist. Bitte erzählen Sie ein wenig, wie Sie als kleines Kind aufgewachsen sind.“* Sowohl die positiven als auch die belastenden Erfahrungen zur Kindheit und Jugend wurden anhand dieses Spontanberichtes und nachfolgender Ergänzungs- und Erläuterungsfragen erfasst und kodiert.

5.4.2 Belastende/aversive Kindheitserlebnisse

Die in dieser Arbeit berücksichtigten Kindheitsbelastungserfahrungen wurden zum überwiegenden Teil anhand der offenen Fragen des halbstrukturierten Interviews (des Spontanberichtes, ausführlich in Kruse & Schmitt, 1998b) - im Rahmen eines deduktiven (theoriengeleiteten) und induktiven Vorgehens (Kruse & Schmitt, 2000; Kruse, 2005a; Mayring, 2000) – identifiziert und kodiert. Hierbei wurden die Teilnehmerantworten auf die nachfolgenden Fragen berücksichtigt:

1. Besondere Ereignisse in der Familie: „Wie ist es überhaupt in Ihrer Familie gewesen? An welche Ereignisse oder Unternehmungen erinnern Sie sich noch? Wie haben Sie in der Familie die Zeit verbracht? Was haben Sie (noch) miteinander getan?“

2. Sonstige besondere Ereignisse in der Kindheit und Jugend: „Gab es in Ihrer Kindheit und Jugend ein Ereignis, das Sie rückblickend als besonders wichtig betrachten würden?“
3. Chronische Erkrankungen oder Behinderungen: „Waren Sie als kleines Kind auch einmal krank? Außerdem noch einmal?“
4. Der Tod eines Elternteils sowie eine dauerhafte bzw. länger als sechs Monate gegebene Trennung von beiden bzw. einem Elternteil (und deren Begründung) wurde auch im Rahmen des soziodemografischen Fragebogens (zu T1) erfasst.

Die Antworten zu den Fragen wurden teilnehmerbezogen katalogisiert und von drei trainierten Fachkräften auf inhaltliche Ereigniskategorien hin gesichtet. Dies geschah einmal im Rahmen eines deduktiven Vorgehens (Kruse & Schmitt, 2000; Mayring, 2000). Vorgabe waren die 26 Kindheitsbelastungsereigniskategorien, die von Kessler, Davis und Kendler (1997) im Rahmen des National Comorbidity Surveys erhoben und analysiert wurden. Diese entsprechen aus Sicht der Risikofaktorenforschung (Kapitel 3.3.1 und 2.4.1) relevanten Kindheitsbelastungsereignissen für die Entwicklung einer Psychopathologie. Das Vorgehen entspricht dem einer qualitativen Textinhaltsanalyse nach Mayring (2000; auch Kruse & Schmitt, 2000 und Kruse, 2005a), indem zur Gewinnung der Ereigniskategorien ein deduktives und induktives Vorgehen genutzt wird. Deduktive Kategorienanwendung beinhaltet, zuvor festgelegte, theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Datenmaterial heran zu tragen. Der qualitative Analyseschritt bestand darin, die deduktiv gewonnenen Kategorien (relevante Kindheitsbelastungsereignisse aus Sicht der Risikofaktorenforschung, die 26 Kindheitsbelastungsereigniskategorien von Kessler et al., 1997) zu Textstellen methodisch abgesichert zuzuordnen. Hieran schloss sich die Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln und ihre Zusammenstellung zu einem Kodierleitfaden an.

Zum anderen wurden durch ein induktives Vorgehen weitere neue Belastungskategorien aus dem Antwortmaterial abgeleitet (Tod eines Geschwisters, chronische somatische Erkrankung eines Elternteils, eigene chronische Erkrankung in Kindheit und Jugend und Armut). Die entwickelten Kategorien wurden, jeweils mit 10 Prozent des Antwortmaterials, in Rückkoppelungsschleifen überarbeitet und einer Reliabilitätsprüfung unterzogen. In mehreren Fallkonferenzen wurden Zuordnungsregeln und Kodierregeln und die endgültige Version des Kodierleitfadens erarbeitet. In der eigenen

Arbeit wurden als Ergebnis dieses Vorgehens 28 spezifische Belastungserfahrungen der folgenden fünf Bereiche untersucht:

1. **Verlustereignisse** (Tod des Vaters, Tod der Mutter, Eltern getrennt/geschieden, von den Eltern getrennt/verlassen, von den Eltern zeitweise getrennt/verlassen, vom Vater getrennt/verlassen, vom Vater zeitweise getrennt / verlassen, von der Mutter getrennt/verlassen, von der Mutter zeitweise getrennt/verlassen, Tod von Geschwistern)
2. **Psychopathologie eines Elternteils** (Depression/Angststörung Mutter, Vater, Selbstmord Vater, Selbstmord Mutter, Vater Alkohol-/Drogenmissbrauch, Mutter Alkohol-/Drogenmissbrauch)
3. **Traumatisierung durch andere** (Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, gewalttätiger Vater, gewalttätige Mutter, andere Erziehungsperson aggressiv)
4. **Andere Widrigkeiten** (Unfall, Trauma außerhalb normaler Erfahrung, Zeuge eines Traumas, eigene chronisch Erkrankung/Behinderung, disharmonische Familienverhältnisse, Elternteil somatisch erkrankt, Armut)

Aus Gründen geringer Auftretenshäufigkeiten wurden die sechs Einzelereignisse des Bereichs Psychopathologie eines Elternteils zu einer Ereigniskategorie zusammengefasst. In zwölf Fällen war der Vater der psychopathologisch auffällige Elternteil. Davon in zehn Fällen wegen Alkohol- bzw. Drogenmissbrauchs und in zwei Fällen wegen einer Depression oder Angststörung. In neun Fällen war die Mutter betroffen. Davon sechsmal wegen einer Depression oder Angststörung und dreimal wegen Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch. Ein Selbstmord oder Selbstmordversuch eines Elternteils wurde nicht berichtet. „Vom Vater (zeitweise) getrennt bzw. verlassen“ und „von der Mutter (zeitweise) getrennt bzw. verlassen“ wurde zu den beiden Ereignissen „von einem Elternteil zeitweise getrennt bzw. verlassen“ und „von einem Elternteil dauerhaft getrennt bzw. verlassen“ zusammengefasst. Es verblieben insgesamt 20 spezifische Ereigniskategorien. Im Anhang befindet sich eine detaillierte Beschreibung der ursprünglichen 28 Kategorien einschließlich der Zuordnungsregeln und Ankerbeispielen.

Die Kategorisierung der genannten Ereignisse wurde von drei ausführlich trainierten Forschungsassistenten durchgeführt. Die Bestimmung der Interraterreliabilität erfolgte im Rahmen einer Retestung anhand zufällig ausgewählter Aussagen sowie durch drei weitere, nicht in das Projekt involvierte Personen. Die Werte für die Interraterreliabilität (Cohen's κ

Koeffizienten) lagen im Mittel bei $\kappa = .80$. Dieser Wert ist als gut bis zufriedenstellend zu bezeichnen. Die belastenden Kindheitserfahrungen wurden untersucherbasiert dichotom als gegeben (1) bzw. nicht gegeben (0) kodiert. Hierbei waren die beteiligten Raterinnen nicht über den psychiatrischen Status der Untersuchungsteilnehmer informiert.

5.4.3 Positive Ressourcen (Schutzfaktoren)

Auf der Grundlage des vorhandenen Datenmaterials wurden 20 - aus Forschungssicht relevante (siehe Kapitel 2.5.2 und 3.3.4) - Kindheits- und Jugendvariablen sowie als relevant erachtete Persönlichkeitsmerkmale in die vorliegende Arbeit aufgenommen. Die Variablen beziehen sich auf: 1) Positive ökonomische Bedingungen und Bildungssituation im Elternhaushalt und gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil: Weiterführender Schulbesuch der Eltern, Erleben der finanziellen Situation zu Hause, Mitarbeit zu Hause und Tönung der Mitarbeit, erlebter Lebensraum in Kindheit und Jugend, Erziehungsstil Mutter und Vater und jeweils deren Wertschätzung; 2) Nahes Stützsystem: Beziehung zu den Großeltern (Werner & Smith, 1992); 3) Soziale Integration (Peergruppeneingebundenheit): Freundschaften in der Jugend und Tönung der Freundschaften, soziale Integration in der Ausbildungszeit/erste Berufszeit, Aktivitätsgrad/Zugehörigkeit zu Jugendgruppen, Freizeitgestaltung in der Jugend überwiegend mit anderen bzw. alleine (Rutter, 1989; Werner & Smith, 1992); 4) Externes Stützsystem: Tönung der Erinnerung an die Schulzeit (Werner & Smith, 1992); 5) Positives Selbstbild: Beschreibung der eigenen Person als Jugendlicher (Selbstbild), leistungsbezogenes Selbstbild als Schüler (Seifer, 1992); 6) Persönlichkeitsattribute der emotionalen Stabilität und Kontrollerwartung und kognitive Befähigung: Neurotizismus, externale Kontrollüberzeugungen und kognitive Befähigung (Rutter, 1989).

Aus diesem Pool von 20 Variablen wurden, basierend auf einer Hauptkomponentenanalyse die folgenden fünf „positiven“ Faktoren extrahiert: 1) ausgedehnter Lebensraum/stützendes familiäres Umfeld, 2) hohe Selbstwirksamkeit, 3) hohe Integration in Peergruppen, 4) hohes Selbstwertgefühl/positives Selbstbild in der Jugend und 5) hohe kognitive Befähigung. Wegen fehlender Werte bzw. gleichzeitiger Ladung auf mehreren Faktoren wurden die folgenden 7 Variablen wieder aus dem Modell entfernt: Weiterführender Schulbesuch Vater, weiterführender Schulbesuch der Mutter, Beziehung zu Großeltern, Mitarbeit zu Hause, Erleben der finanziellen Situation, Tönung der Freundschaften, Tönung der Erinnerung an die Schulzeit, internale Kontrollüberzeugungen, negativ. Die Akzeptanz der in der Hauptkomponentenanalyse gefundenen 5-Faktorenlösung ergab sich einmal aus dem Eigenwert-eins Kriterium (Kaiser, 1960, in Hatcher, 1994, S. 22;

siehe Tabelle 3). Die Verwendung dieses Kriteriums wird empfohlen, wenn weniger als 30 Variablen analysiert werden und die Kommunalitäten größer sind als .70 oder wenn sich die Analyse auf mehr als 250 Individuen stützen kann und die mittlere Kommunalität größer oder gleich .60 beträgt. Zum anderen wurde der Scree-Test (Bruch zwischen den Komponenten mit relativ großen Werten und jenen mit kleinen Komponenten; Cattell, 1966, in Hatcher, 1994, S. 24), die Interpretierbarkeit der Faktoren als auch der Anteil erklärter Gesamtvarianz mitbeachtet. Die Hauptkomponenten 1-5 erklären 63% der Gesamtvarianz (siehe Tabelle 3). Die Ladungsmatrix der zuletzt verbliebenen Ursprungsvariablen auf den fünf Komponenten sowie ihre Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane sind in Tabelle 3 und 4 dargestellt.

Tabelle 3: Ladungsmatrix der Ursprungsvariablen (positive Erfahrungen in Kindheit/Jugend und positive Attribute) auf den fünf positiven Faktoren

Ursprungsvariablen	Faktor1 Lebensraum weit/ stützendes fam. Umfeld	Faktor2 Hohe Selbstwirk- samkeit	Faktor3 Hohe Inte- gration in Peergruppen	Faktor4 Selbstwert hoch/ positives Selbstbild	Faktor5 Hohe kogn. Befähigung
Kognitive Befähigung	6	-23	9	-4	75*
Leistungsbezogenes Selbstbild als Schüler	1	9	-6	28	71*
Selbstbild als Jugendlicher	4	2	31	62*	20
Ausdehnung Lebensraum	72*	-11	10	2	8
Freizeit verbracht mit anderen	15	-14	61*	34	-41*
Aktivität in Jugendgruppen	17	2	82*	-18	17
Soziale Integration Ausbildungszeit	15	-2	-9	79*	3
Viele Freundschaften	5	-3	61*	44	-3
Wertschätzung v. Seiten der Mutter	76*	8	14	8	-5
Wertschätzung v. Seiten des Vaters	82*	9	1	13	3
Neurotizismus	-21	72*	-20	10	-19
Fatalistische	6	79*	1	-11	-18
Kontrollüberzeugung Ext. Kontrollüberzeug: mächtige Andere	16	70*	9	2	24
Eigenwert (r ²)	2.6 (0.20)	1.8 (0.14)	1.4 (0.11)	1.3 (0.10)	1.0 (0.08)

Legende: Die eingetragenen Werte sind mit 100 multipliziert und gerundet. Die für den Aufbau der positiven Faktoren benutzten Variablen sind mit einem Stern gekennzeichnet.

Tabelle 4: Mittelwerte, Standardabweichung und Median der Ursprungsvariablen (positive Erfahrungen in Kindheit/Jugend und positive Attribute)

Ursprungsvariablen	MW (SD)	Median
Kognitive Befähigung	85.6 (16.5)	88
Leistungsbezogenes Selbstbild als Schüler	3.3 (0.9)	3.0
Selbstbild (Wertschätzung) als Jugendlicher	3.5 (0.8)	4.0
Ausdehnung Lebensraum	3.2 (1.0)	3.0
Freizeit verbracht mit anderen	4.0 (1.0)	4.0
Aktivität in Jugendgruppen	3.0 (1.2)	3.0
Soziale Integration Ausbildungszeit	3.8 (0.9)	4.0
Viele Freundschaften	3.5 (1.1)	3.0
Wertschätzung v. Seiten der Mutter	3.5 (1.0)	4.0
Wertschätzung v. Seiten des Vaters	3.3 (1.0)	3.0
Neurotizismus (Itemmittelwert)	1.5 (0.6)	1.4
Fatalistische externale Kontrollüberzeugung	2.4 (0.6)	2.5
Externale Kontrollüberzeugung: mächtige Andere	1.8 (0.5)	1.75

Die in diese Arbeit einbezogenen positiven Faktoren wurden im Anschluss an die soeben dargestellte Hauptkomponentenlösung in einer gebräuchlichen Vorgehensweise aus den Werten der gefundenen fünf Hauptkomponenten berechnet, d. h. sie sind faktorenbasiert (Hatcher, 1994). In einem ersten Schritt wurde bestimmt, welche der einbezogenen Ursprungsvariablen die höchsten Ladungen auf der jeweiligen Komponente aufwiesen. Dann wurden je Teilnehmer die Werte der hochladenden Ursprungsvariablen faktorbezogen aufaddiert. Um dichotome (0/1 codierte) positive Faktoren zu generieren, wurde dann noch in einem weiteren Schritt bei jedem dieser Summenfaktoren ein Mediansplit durchgeführt. Werte über dem Median (positiv) wurden mit 1 codiert, d. h. der positive Faktor ist gegeben. Die einbezogenen Kindheits- und Jugendvariablen wurden im Rahmen der halbstrukturierten Exploration zum ersten Messzeitpunkt erhoben. Die kognitive Befähigung, erhoben mit dem Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene als auch die einbezogenen Persönlichkeitsvariablen Neurotizismus und externale Kontrollüberzeugungen wurden davon getrennt erhoben. Es folgt eine Kurzbeschreibung der neu gebildeten positiven Faktoren einschließlich der herangezogenen Ursprungsvariablen.

Faktor 1: Hoch unterstützendes elterliches Umfeld und ausgedehnter Lebensraum

Dieser Faktor war gegeben, wenn ein über dem Median *positiver und unterstützender Vater und/oder Mutter* und *das Erleben eines ausgedehnten und offenen Lebensraumes in Kindheit und Jugend* berichtet worden war. Die Beziehung zu den Eltern wurde mit der Frage „Wie haben Sie sich mit Ihren Eltern verstanden?“ erhoben. Der Erziehungsstil von Mutter und Vater oder anderer Haupterziehungspersonen wurde mit folgenden Fragen erfasst: „Wie war das denn in Ihrer frühen Kindheit? Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre Erziehung zu

Hause? Wie war das beispielsweise, wenn Sie etwas angestellt hatten? Und wenn sie etwas besonders gut gemacht hatten? Wie war das beispielsweise mit Verboten? Gab es bei Ihnen zu Hause viele Verbote?“

Die Variablen zum elterlichen Erziehungsverhalten (Erziehungsstil des Vaters, Wertschätzung und Erziehungsstil der Mutter, Wertschätzung) wurden sowohl aufgrund des Spontanberichtes als auch der soeben dargestellten Nachfolgefragen vom jeweiligen Interviewer auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „Geringschätzung, wenig Unterstützung“ bis „hohe Wertschätzung, viel Unterstützung“ eingestuft.

Das Erleben eines weiten, offenen Lebensraumes bzw. eines stark eingegengten Lebensraumes wurde wiederum vom Interviewer aufgrund des Spontanberichtes zur Kindheit/Jugend auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „sehr eingegengter Lebensraum“ bis „sehr weit offener Lebensraum“ eingeordnet. Erlebter Lebensraum bezieht sich hier auf die berichtete räumliche Ausdehnung der Aktivitäten der Person (Hinweise auf Reisen, Wanderungen, tägliche Wege etc.).

Faktor 2: Hohe Selbstwirksamkeit

Hohe Selbstwirksamkeit beinhaltet sowohl einen niedrigen, unterhalb des Medians der einbezogenen Stichprobe liegenden Neurotizismuswert (erhoben zu T1) als auch einen jeweils unterhalb des Medians liegenden Wert auf den beiden externalen Kontrollüberzeugungsskalen fatalistische und soziale Externalität.

Neurotizismus wurde mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 1993) erhoben. Der NEO-FFI ist ein persönlichkeitspsychologisches Selbsteinschätzungsverfahren, das die folgenden fünf Persönlichkeitsfaktoren abbildet: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Jedes Merkmal wird im NEO-FFI durch 12 Items operationalisiert. Jedem Statement ist ein fünfstufiges Antwortmodell zugeordnet, auf denen die Befragten die Intensität ihrer Zustimmung zum Inhalt ausdrücken können. Diese Intensitätsstufen werden bei der Auswertung in Punktwerte von 0 bis 4 umgewandelt. Die Skalenwerte werden über die Addition dieser Punkte und durch Relativierung auf die Anzahl beantworteter Items gebildet. Sie variieren zwischen 0 und 4. Für diese Arbeit wird die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus herangezogen. Der Reliabilitätskoeffizient (Cronbach's Alpha) betrug zum zweiten Messzeitpunkt in der Gesamtstichprobe $\alpha = .83$ (Martin & Martin, 2000). Es folgt eine gekürzte Skalenbeschreibung.

Mit der Neurotizismusskala sollen individuelle Unterschiede in der emotionalen Stabilität und Labilität erfasst werden. Der Begriff darf nicht im Sinne einer psychischen Störung bzw. der Zuordnung einer psychiatrischen Kategorie missverstanden werden. Der Kern der Dimension liegt in der Art und Weise, wie Emotionen, vor allem negative Emotionen, erlebt werden. Personen mit hoher Ausprägung geben häufiger an, sie seien leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen. Sie berichten über häufige negative Gefühlszustände und über viele Sorgen. Sie geben häufig an, erschüttert, betroffen, beschämt, unsicher, verlegen, nervös, ängstlich und traurig zu reagieren. Emotional stabile Menschen beschreiben sich selbst als ruhig, ausgeglichen, sorgenfrei, und sie geraten auch in Stresssituationen nicht so schnell aus der Fassung.

Soziale Externalität (d. h. die Überzeugung, das Leben und wichtige Ereignisse hängen von anderen Personen ab) und *fatalistische Externalität* (d. h. die Überzeugung, dass das Leben von zufälligen und schicksalhaften Ereignissen abhängt) wurden mit einer modifizierten Version des Fragebogen zur allgemeinen Kontrollüberzeugung erhoben (AK; Smith & Baltes, 1993). Bei dem Fragebogen handelt es sich um eine überarbeitete Kurzfassung der IPC-Skalen von Levenson (1972) und des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von Krampen (1991). Die beiden Merkmale soziale Externalität und fatalistische Externalität werden jeweils durch 4 Items operationalisiert. Jedem Statement ist ein fünfstufiges Antwortmodell zugeordnet, auf denen die Befragten die Intensität ihrer Zustimmung zum Inhalt ausdrücken können. Diese Intensitätsstufen werden bei der Auswertung in Punktwerte von 0 bis 4 umgewandelt. Der Proband schätzt jeweils auf einer fünfstufigen Skala ein, inwieweit die jeweiligen Aussagen zutreffen. Die Skalenwerte erhält man durch die Addition der jeweiligen Punktwerte bzw. über den Mittelwert unter Berücksichtigung der fehlenden Werte.

Faktor 3: Hohe Integration in Peergruppen in der Jugend

Eine hohe soziale Integration in der Jugend war gegeben, wenn der Proband im aufsummierten Wert der folgenden drei Ursprungsvariablen über dem Median lag: 1) *Seine Freizeit überwiegend mit anderen verbracht hatte* (dies wurde auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „vorwiegend alleine“ bis „vorwiegend in Gemeinschaft“ eingestuft und über die folgenden Fragen erfasst: „Was waren in Schulzeit und Jugend Ihre Freizeitbeschäftigungen und Freizeitinteressen? Was haben Sie gemacht? Was haben Sie denn damals alles in Ihrer Freizeit unternommen?“); 2) *Sich in Jugendgruppen engagierte* (die Aktivität wurde auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „sehr gering ausgeprägt“ bis „sehr

stark ausgeprägt“ eingestuft und über die folgenden Fragen erfasst: „Gehörten Sie irgendwelchen Jugendgruppen, Vereinen und Gemeinschaften an? Was haben Sie dort alles unternommen?“) und 3) *Über viele Freundschaften berichtete* (dies wurde auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „extrem wenige Personen benannt“ bis „sehr viele Freunde“ eingestuft und über die folgenden Fragen erfasst: „Gehen wir noch einmal in die Zeit zurück, als Sie 14-18 Jahre alt waren: Können Sie sich noch an Freundinnen und Freunde aus Ihrer Jugend erinnern?“).

Faktor 4: Hohes Selbstwertgefühl als Jugendlicher

Ein hohes Selbstwertgefühl als Jugendlicher war gegeben, wenn der Proband im aufsummierten Wert der folgenden beiden Ursprungsvariablen über dem Median lag: 1) *Selbstwahrnehmung/Selbstbeschreibung als Jugendlicher* (dies wurde auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „sehr negativ bis sehr positiv“ eingestuft und über die folgende Frage erfasst: „Wie würden Sie sich als Jugendlichen charakterisieren?“) und 2) *soziale Integration in der ersten Ausbildungszeit* (diese wurde auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „sehr isoliert“ bis „sehr integriert“ eingestuft und über die folgende Frage erfasst: „Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre Ausbilder?“, „Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre damaligen Kollegen?“).

Faktor 5: Hohe kognitive Fähigkeiten und hohe Selbsteinschätzung als Schüler

Eine hohe kognitive Befähigung wurde als gegeben kodiert, wenn der Proband sowohl im Gesamtwert der Untertests „Allgemeines Wissen“, „Mosaiktest“, „Gemeinsamkeiten finden“ und „Bilder Ergänzen“ des Hamburg-Wechsler Intelligenztestes (HAWIE-R, Tewes, 1991) über dem Median lag, als auch auf der Ursprungsvariablen des leistungsbezogenen Selbstbildes als Schüler. Im Untertest Allgemeines Wissen wird dasjenige Wissen überprüft, „das sich ein Durchschnittsmensch mit durchschnittlichen Bildungsmöglichkeiten selbst aneignen kann“ (Matarazzo, 1982, S. 272, nach Tewes, 1991). Der Mosaiktest erfasst die Fähigkeit, Formen wahrzunehmen, zu analysieren und das Ganze in einzelne Komponente zu zerlegen. Beim Untertest Gemeinsamkeiten finden wird das allgemeine Abstraktionsvermögen überprüft. Der Untertest Bilder Ergänzen erfasst die Fähigkeit, zwischen wichtigen und unwichtigen Details bei visuellen Material zu unterscheiden.

Verbunden wurde der soeben beschriebene Intelligenzwert mit einer hohen positiven Einstufung der Leistungsfähigkeit als Schüler. Letztere wurde mit folgender Frage erhoben

„Wie würden Sie sich selbst als SchülerIn charakterisieren“ und vom Interviewer auf einer fünfstufigen Skala mit den Polen „sehr negativ“ bis „sehr positiv“ eingestuft.

5.4.4 Zeitnahe stressbesetzte Ereignisse

Die Erfassung der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse erfolgte in dem halbstrukturierten Interview zum zweiten Erhebungszeitpunkt, wiederum anhand offener Fragen. Die allgemeine, bereichsübergreifende Frage nach den Ereignissen und Veränderungen seit dem ersten Messzeitpunkt lautete wie folgt:

„Sie waren das letzte Mal ... bei uns. Was hat sich in der Zwischenzeit, also in den vergangenen vier Jahren alles getan? Erzählen Sie doch bitte, was sich in den Jahren so alles verändert hat und was vielleicht auch eher gleich geblieben ist.“

Alle Spontannennungen wurden notiert, und in folgender Weise nachgefragt: „Was war sonst noch los? Und was hat sich noch ereignet? Und was noch...?“ Wenn die zeitliche Einordnung der Ereignisse sowie ihre positive oder negative Valenz nicht deutlich wurde, wurde diese noch einmal explizit erfragt. Im weiteren Verlauf des Interviews folgten gezieltere Fragen zu Veränderungen in den Bereichen Beruf, Gesundheit, Wohnen, sozioökonomische Situation und familiäre, soziale Kontakte (Ehe/Partnerschaft, Kinder/Enkelkinder, Eltern/Schwiegereltern). Für die Erfassung der Ereignisse in diesen einzelnen Bereichen gab es einen Fragenkomplex, der mit geringfügiger Variation in den Formulierungen für alle Bereiche gleich bleibend verwendet wurde. Dieser Fragenkomplex stand immer am Anfang eines Bereiches. Er wird im Folgenden für den Bereich Gesundheit beispielhaft dargestellt: „Wie war das mit Ihrer Gesundheit in der Zeit seit dem ersten Gespräch hier: Was hat sich getan? Was hat sich verändert?“ Nachdem die Teilnehmer frei berichtet hatten, wurde bei Bedarf noch einmal nachgefragt: „Was wäre sonst noch zu berichten?“

Die Antworten zu den offenen Fragen wurden wiederum teilnehmerbezogen katalogisiert und von drei wissenschaftlichen Kräften auf inhaltliche Ereigniskategorien hin gesichtet. Parallel zu dem Vorgehen bei der Kategorisierung der Kindheitsbelastungsereignisse kam bei der Kategoriengewinnung und Zuordnung von Ereignissen zu spezifischen Kategorien ein deduktives und induktives inhaltsanalytisches Vorgehen zum Einsatz (Mayring, 2000).

Die Entwicklung des Kategoriensystems orientierte sich an dem „Structured Life Events Inventory“ (SLI) von Elaine Wethington (1997). Das SLI (Mitentwickler waren G. Brown und R. Kessler) wurde auf der Grundlage des Kodierkataloges der Life Events and Difficulties Schedule (Bifulco et al., 1989, zitiert nach Wethington, 1997), der Detroit

Couples Studie (Kessler & Wethington, 1991, zitiert nach Wethington, 1997) und des NCS (Kessler, 2000b) erstellt. Es erlaubt eine gekürzte und deutlich vereinfachte Erhebung von schweren Lebensereignissen und Schwierigkeiten als dies mit einem kontextuellen Verfahren möglich wäre. Im SLI werden nur Ereignisse aufgelistet und kodiert, die nach den Regeln und Beispielen des Kodierkataloges der LEDS auch ein hohes Schweregradrating erhalten würden (vgl. Kapitel 2.6.2.3 zu Ereignisinventaren ohne Gewichtung). Das SLI wurde also dahingehend vereinfacht, dass nur jene Ereignisse und Schwierigkeiten aufgenommen wurden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als schwer einzustufen sind und denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Bedrohung innewohnt. Das SLI benennt circa 90 Ereignisse und Schwierigkeiten in 11 Überkategorien (diese korrespondieren mit den Klassifikationen des LEDS-Kataloges und reflektieren das akkumulierte Forschungswissen zu Quellen von Stress (Wethington, 1997, S. 395).

Das Kategoriensystem dieser Arbeit wurde weitgehend dem Kategoriensystems des SLI angenähert und besteht aus den folgenden 10 übergeordneten Bereichskategorien des SLI mit insgesamt 34 einzelnen Ereigniskategorien, die im Folgenden dargestellt werden:

1. **Beruf** (Arbeitsplatzverlust, Angst vor Arbeitsplatzverlust, ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen, andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz, Veränderung der beruflichen Situation, Berentung/Krankschreibung),
2. **Fertilität & Reproduktion** (Abtreibung, Fehlgeburt, Totgeburt, Unfruchtbarkeit, Sterilisation),
3. **Gesundheit** (Gesundheitliche Probleme (physisch) allgemein, lebensbedrohliche Erkrankung, Operation, Unfall, Verletzungen, Krankenhausaufenthalt, Belastungen/Einschränkung aufgrund von gesundheitlichen Problemen und/oder Schmerzen, Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit),
4. **Wohnen** (Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn, der Hausverwaltung, Belastungen der Wohnsituation, Veränderungen der Wohnsituation/Umzug),
5. **Finanzen** (Größere finanzielle Belastungen/Schulden),
6. **Justiz** (Juristische Auseinandersetzungen),
7. **Partnerschaft** (Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner, Trennung/Scheidung, Belastungen des Partners)

8. **Soziales Umfeld** (Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern, weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern, extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern, weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern, Belastungen der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden)
9. **Tod** (Tod des Lebenspartners, Tod eines Kindes, Tod eines Elternteils/Schwiegerelternteils, Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes)
10. **Sonstiges** (Traumatische Ereignisse, sonstige Ereignisse).

Eine umfassende Darstellung des Kategoriensystems mit einer detaillierten Beschreibung der einzelnen Kategorien, dazu gehörenden Ankerbeispielen und Anmerkungen zum Vorgehen beim Kodieren findet sich im Anhang.

Parallel zur Erfassung und Kategorisierung der Kindheitsbelastungen wurde auch hier die Kategorisierung der genannten Ereignisse von drei geschulten Wissenschaftlerinnen durchgeführt, die keinerlei Kenntnis vom psychiatrischen Status der Untersuchungsteilnehmer hatten. Zur Überprüfung der Interraterreliabilitäten wurde von drei weiteren Beurteilern ein Retest anhand zufällig ausgewählter Items durchgeführt. Auch hier lagen die Werte im Mittel bei $\kappa = .80$.

5.4.5 Anzahl somatischer Erkrankungen

Die Anzahl von Erkrankungen als einem objektiven Parameter von Gesundheit wurde zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit der Cumulative Illness Rating Scale erhoben (CIRS, Parmelee et al., 1995). Die CIRS ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung von 13 möglichen Erkrankungskategorien einschließlich einer Schweregradbeurteilung der Störung im vorausgegangenen 12-Monatszeitraum. Da zum ersten Erhebungszeitpunkt die Erfassung vorausgegangener bzw. bestehender Erkrankungen im Rahmen eines ärztlichen Anamnesegesprächs und anhand eines ILSE eigenen Leitfadens erfolgte, ohne Einstufung des Schweregrades einer Erkrankung, wird im Rahmen dieser Arbeit auf diese Zusatzinformation der CIRS verzichtet und eine dichotome 1/0 Kodierung verwendet. Durch Aufsummieren erhält man so jeweils für den ersten und den zweiten Messzeitpunkt eine Summenvariable mit möglichen Werten zwischen 0 und 13.

5.4.6 Depressive Verstimmung zum Erhebungszeitpunkt

Die aktuelle depressive Verstimmung (in den voraus gegangenen vier Wochen) wurde mit der Self-Rating Depression Scale (SDS, Zung, 1986) erhoben. Die SDS ist ein Fragebogen zur

Aufdeckung und quantifizierten Abschätzung aktueller depressiver Zustände. Der Proband schätzt auf 20 Items mit jeweils vierstufigen Antwortskalen ein, wie oft die vorgegebenen Symptome, Erlebnisse und Beschwerden für die zurückliegende Woche zutreffend waren. Der Skalenwert ergibt eine Summe von mindestens 20 bis maximal 80 Punkten, wobei ein Wert größer 40 als Indikator für eine aktuelle depressive Symptomatik bewertet wird. Cronbach's Alpha liegt zum zweiten Messzeitpunkt bei $\alpha = .81$ (Martin & Martin, 2000).

5.4.7 Erfassung von psychischen Störungen (Major und minore Depression)

Die Erfassung der psychischen Störungen erfolgte mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R (SKID, Wittchen, Zaudig, Spengler, Mombour, Klug & Horn, 1991). Das SKID gilt als ein reliables und valides Instrument, dessen kriterienbezogenes Vorgehen bei der Vergabe einer Diagnose die Vergleichbarkeit erhobener Prävalenz- und Inzidenzzahlen mit jener anderer großer epidemiologischer Surveys und deren eingesetzter Screening-Instrumente erlaubt. Die Test-Retest-Reliabilität des deutschsprachigen SKID liegt für die Diagnose einer depressiven Störung bezogen auf die Lebenszeitprävalenz und Punktprävalenz bei einem $K = 0,7$.

Das SKID ist ein circa halbstündiges Interview, das auch von geschulten nicht-medizinischen wissenschaftlichen Mitarbeitern durchgeführt werden kann, wie dies in ILSE gegeben war. Das SKID erfasst sowohl das Vorliegen einer Störung zum Erhebungszeitpunkt bzw. im vorausgegangenen 4-Wochen-Zeitraum (Punktprävalenz) als auch über die Lebensspanne (Lebenszeitprävalenz). Der Untersucher stuft ein, ob eine sichere Diagnose vorliegt, d.h. alle erforderlichen Kriterien sind erfüllt (Codierung = 3), ob auf subsyndromaler Ebene eine Auffälligkeit vorhanden ist, d.h. der Proband verfehlt nur knapp die Diagnosekriterien (Codierung= 2) bzw. ob eine psychische Auffälligkeit ausgeschlossen werden kann (Codierung = 1). Bei Unsicherheit über das Vorliegen einer Diagnose oder mangelnden Informationen wird dies ebenfalls festgehalten (Codierung = 0).

Die Beschreibung der Symptomatologie einer Major Depression sowie die zu erfüllenden diagnostischen Kriterien sind in Abschnitt 2.2.1 dieser Arbeit dargestellt.

5.4.8 Eine kritische Betrachtung der retrospektiven Methode

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet eine Kombination aus qualitativ und quantitativ, retrospektiv und prospektiv erhobenen Daten. Insbesondere die retrospektive Erfassung weit zurückliegender positiver und negativer Ereignisse bzw. Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend (diese liegen für die einbezogene Stichprobe über 30 Jahre zurück), aber auch die Erfassung der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse für den vierjährigen Zeitraum

zwischen den Erhebungen wird mit spezifischen Problemen, wie Erinnerungsfehlern durch den zeitabhängigen Prozess des Vergessens, selektiver Erinnerungen und stimmungskongruenter Verzerrung verbunden. Die genannten Problembereiche werden in Anlehnung an eine methodenkritische Studie von Hardt und Rutter (2004) dargestellt und diskutiert.

Nach Egle et al. (2002) sowie Hardt und Rutter (2004) steht der weiten Verbreitung von retrospektiven Fall-Kontrollstudien insbesondere zu den Langzeitfolgen von Kindheitsbelastungen eine ebenso weit verbreitete Skepsis bezüglich dieser Methode gegenüber. So könnten die Teilnehmer in der Befragung bewusst Ereignisse verschweigen oder verändert berichten. Dies betrifft insbesondere sozial unerwünschte Ereignisse, beispielsweise körperliche Misshandlungen oder die Trennung der Eltern. Zum anderen werden bestimmte Ereignisse, wie z. B. Missbrauchserlebnisse, manchmal verschwiegen, weil die Befragten die emotionale Belastung durch den Bericht vermeiden möchten, sie den Täter schützen möchten oder das Vertrauen in den Interviewer nicht hinreichend ist. Weiterhin kann nur dasjenige erinnert werden, was auch zum Zeitpunkt des Auftretens bewusst wahrgenommen wurde. Beispielsweise treffen Berichte von Erwachsenen zu dem Bezug von Wohlfahrtsleistungen ihrer Eltern (in der Kindheit) oft nicht zu, da Kindern dieser Bezug selten bewusst ist und sie eher ein allgemeines Konzept davon haben, ob die Familie arm oder reich ist (Robins et al., 1985, in Hardt & Rutter, 2004). Weiterhin ergibt sich das Problem der infantilen Amnesie. So sollen die meisten Menschen nicht dazu in der Lage sein, sich an Geschehnisse aus ihren ersten zwei oder drei Lebensjahren zu erinnern (Lewis, 1995, in Hardt & Rutter, 2004).

Zudem ist aus der Gedächtnisforschung bekannt, dass nur wesentliche Kernpunkte unserer Erlebnisse gespeichert werden und um diese herum die Ereignisse beim Erinnern rekonstruiert werden (Schacter, 2001). Hieraus ergeben sich verschiedene Probleme in bezug auf das Erinnern lang aber auch kürzer zurückliegender Ereignisse, auf die im Folgenden ausführlicher eingegangen wird.

5.4.8.1 Die begrenzten Kapazitäten der Erinnerung

Ein schwerwiegendes Problem stellt die Begrenztheit der Erinnerungskapazitäten dar und, damit verbunden, die Vergessensrate von Ereignissen. Diese kann z. B. beeinflusst werden durch das Nachfolgegeschehen zu einem Ereignis. Wird über belastende Erfahrungen in Folge gesprochen, sei es aufgrund einer Therapie oder weil sie ein ständiges Thema in der Familie ist, dann werden frühe Erinnerungen ständig verstärkt (Loftus 1993, in Maughan & Rutter, 1997). Erinnerungsfehler können auch durch den normalen Prozess des Vergessens entstehen.

Dabei gilt, dass mit zunehmenden Erinnerungszeitraum die Erinnerungsleistung schlechter wird. Allerdings spielt die persönliche Relevanz des zu erinnernden Ereignisses eine wichtige Rolle. Je wichtiger ein Ereignis eingeschätzt wurde, um so reliabler wird die Erinnerungsleistung sein (Funch & Marshall, 1984).

So fand beispielsweise Field (1981, zitiert in Maughan & Rutter, 1997) bei wiederholten Interviews derselben Stichprobe im Alter von 30, 47 und 70 Jahren hohe Reliabilitäten für die Berichte der Kernerlebnisse in der Kindheit. Allerdings werden mit zunehmender Zeit mehr Erinnerungshinweise benötigt, die Anzahl der berichteten peripheren Details von Erlebnissen verringert sich, der präzise Zeitpunkt und die Häufigkeit von Ereignissen wird öfters vergessen. Insgesamt besteht die Neigung, negative Erlebnisse selektiv zu vergessen und die Kindheit glücklicher einzuschätzen als sie tatsächlich gewesen war.

Auch für zeitnähere Belastungsereignisse (im Erwachsenenalter) sprechen Studien für einen eher geringen Vergessenseffekt. In einer Test-Retest-Untersuchung zu belastenden Ereignissen über ein Zeitintervall von acht Jahren konnte für jeden der acht Jahreszeiträume Kappa-Koeffizienten zwischen .77 und .91 gefunden werden (Wittchen et al., 1989). Es fand sich dabei keine Abnahme der Übereinstimmung für die weiter zurückliegenden Jahre. Eine geringere Reliabilität zeigte lediglich die ebenfalls erhobene Einschätzung der subjektiven Belastung durch die Ereignisse. Eine Gesamtauswertung der Vergessenskurve zeigte eine stärkere Abnahme der Nennung von mittel- bis geringgradig belastenden Ereignissen, während stärker belastende Ereignisse stabiler erinnert wurden.

5.4.8.2 Der Effort-after-meaning Effekt

Einer der Hauptkritikpunkte, der gegen die retrospektive Erhebung von Lebensereignissen im Zusammenhang mit Depression angeführt wird, ist die These des „effort after meaning“. Der Effort-after-meaning Effekt bezieht sich auf die allgemeine Tendenz, in seinen Erinnerungen Bedeutung zu suchen (Schacter 2001). Die Erinnerung daran, ob ein Ereignis eingetreten war ist korrekter als der Recall der zeitlichen Abfolge des Ereignisses. Dies kann bedeuten, dass Ereignisse nach dem Auftreten von psychopathologischen Störungsbildern aufgetreten sind, die Erinnerung sie aber vor den Beginn der Störung platziert.

Demnach soll eine Nennung und Bewertung von Ereignissen durch erkrankte Personen wenig aussagekräftig sein, da diese nach einem Grund für ihre Erkrankung suchen und deshalb bestimmte Ereignisse in der Vergangenheit selektiv erinnern. Die Stichhaltigkeit dieser These ist bisher nicht nachgewiesen (Geyer, 1999). Geyer beruft sich auf Ergebnisse der Attributionsforschung, nach denen Ursachenzuschreibungen nur vorgenommen werden,

wenn Erklärungsangebote in Form von Listen vorliegen und die Befragten explizit aufgefordert werden, Ursachenzuschreibungen vorzunehmen. Bei offenen Fragen - wie sie auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurden - seien sowohl in Labor- als auch in Feldstudien spontan genannte Erklärungen selten.

5.4.8.3 Stimmungskongruente Verzerrung

Es gibt Belege dafür, dass Erinnerungen von Menschen durch ihre Stimmungslage zum Zeitpunkt der Erhebung des retrospektiven Berichtes beeinflusst werden (Bower 1981; Blaney, 1986). Bezüglich der Erfassung von Lebensereignissen bedeutet dies, dass Personen in einer depressiven Stimmungslage mehr negative und belastende Ereignisse erinnern als Personen in gehobener Stimmung. Der mögliche Einfluss einer depressiven Stimmungslage auf den Bericht von Kindheitserfahrungen (weit zurückliegender Kindheitsbelastungen) wurde in mehreren Studien untersucht. Gerlsma, Emmelkamp und Arrindell (1990) betrachteten den Einfluss aktueller Depressivität und Angst auf das berichtete elterliche Erziehungsverhalten. Sie fanden keinen Effekt von aktueller Depressivität auf das berichtete Erziehungsverhalten. In bezug auf Angst zeigte sich, dass diejenigen Individuen, die aktuell eine höhere Angst berichteten, auch angaben, eine emotional wärmere Beziehung zu den Eltern gehabt zu haben. Auch Parker (1981, zitiert in Parker, 1992) und Plantés et al. (1988, zitiert in Parker, 1992) untersuchten den möglichen Einfluss von depressiver Verstimmung auf berichtetes elterliches Erziehungsverhalten bei klinisch Depressiven während einer akuten Episode und nach Erholung bzw. deutlicher Besserung. Beide Studien fanden keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Einstufung des Erziehungsverhaltens auch nach markanter Änderung hinsichtlich der depressiven Verstimmung. Sowohl Parker (1992) als auch Hardt und Rutter (2004) kommen nach Durchsicht zahlreicher Studien zu dieser Problematik zu dem Schluss, dass ein Einfluss von aktuellen Emotionen auf das berichtete elterliche Erziehungsverhalten eher gering und somit auch wissenschaftlich letztlich vernachlässigbar ist.

Die größere Einschränkung in der retrospektiven Erhebung belastender Kindheitsereignisse wird in der Gefahr eines systematischen Bias, d. h. einer unterschiedlichen Erinnerung und subjektiven Gewichtung von belastenden Ereignissen bei gesunden und kranken Personen (Haardt & Rutter 2004; Harris 1996) gesehen. So untersuchten Maughan et al. (1995, in Hardt & Rutter 2004, S. 267) die Beziehung zwischen prospektiven und retrospektiven Erfassungen elterlicher Feindseligkeit und guter bzw. schlechter sozialer Anpassung im Erwachsenenalter. Unter denjenigen Personen, deren Eltern im Verlauf der prospektiven Studie als ablehnend eingestuft wurden, wurde die Ablehnung

seitens der Eltern in der retrospektiven Befragung wesentlich häufiger von insgesamt belasteten als von unbelasteten Erwachsenen (gut angepassten) berichtet. Falsch positive Zuweisungen gab es hingegen selten. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich für die Frage, ob die Eltern an einer psychischen Erkrankung gelitten haben oder nicht, da psychische Erkrankungen von Laien kaum erkannt werden (Heun et al., 1996, in Hardt und Rutter 2004).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Erinnerungen an Kindheitsbelastungen vergleichsweise valide bezüglich der Frage, ob ein Ereignis stattgefunden hat oder nicht, erfasst werden können. Details hingegen werden häufig verändert erinnert.

Auch für *zeitnähere stressbesetzte Ereignisse* fand Geyer (1999), dass ein stimmungskongruenter Verzerrungseffekt nicht unter allen Umständen auftritt, sondern dass er in Abhängigkeit von der Art des Ereignisses, dem zeitlichen Abstand zum Interviewzeitpunkt und der Art der Befragung variiert. So konnte festgestellt werden, dass schwere Ereignisse besonders gut erinnert werden und kaum durch die derzeitige Stimmung beeinflusst werden. Nur bei weniger schweren, aber potenziell belastenden Erlebnissen komme ein Verzerrungseffekt zum Tragen. In einer anderen Studie werteten Geyer et. al (1994, zitiert in Geyer, 1999) verschiedene Untersuchungen zum Zusammenhang von depressiver Stimmung und der Anzahl benannter belastender Ereignisse aus. Sie fanden eher niedrige bis moderate Zusammenhänge zwischen $r=0,22$ bis $r=0,34$. Geyer und Mitarbeiter konstatieren, dass Effekte einer stimmungskongruenten Verzerrung zwar vorhanden sind, diese aber aufgrund ihrer niedrigen Ausprägung eher vernachlässigt werden können (so auch Brewin, Andrews & Gotlib, 1993).

5.5 Statistische Analysen

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Programmpaket SAS 8.2 (Statistical Analysis System) durchgeführt. Hierbei wurde für die Berechnung aller Häufigkeitsdarstellungen und Gruppenunterschiede in Bezug auf wesentliche soziale Lagemerkmale, der Belastung mit somatischen Erkrankungen, der psychiatrischen Komorbidität, der aktuellen depressiven Verstimmung und emotionaler Labilität, der durchschnittlichen Anzahl, Kumulation und Prävalenz spezifischer distaler und proximaler Belastungsereignisse und positiver Gegebenheiten, auf die gebräuchlichen deskriptiven Verfahren der Kontingenztafelanalyse (Chi-Quadrat-Testung), der Ein-Weg-Varianzanalyse und Mittelwertsvergleiche jeder Analysegruppe mit den jeweils anderen (T-Testverfahren) zugegriffen. Welches spezifische Verfahren zur Beantwortung welcher Frage herangezogen wurde, ist im Ergebnisteil an der entsprechenden Stelle vermerkt.

Mit linearen Regressionsberechnungen wurden einmal die Effekte von „depressiver Verstimmung“ und von „emotionaler Labilität“ (erhoben zu T1) auf die Anzahl berichteter belastender Kindheitsereignisse bestimmt. Weiterhin wurden die Effekte von „depressiver Verstimmung“ und von „emotionaler Labilität“ (erhoben zu T2) auf die Anzahl berichteter zeitnaher Ereignisse in den vier Erhebungszwischenjahren bestimmt.

Mit linearen Regressionsberechnungen als auch anhand bivariater logistischer Regressionen wurden die Effekte von Anzahl und Kumulation belastender Kindheitsereignisse, von depressiver Verstimmung und emotionaler Labilität auf die Anzahl bzw. Kumulation der nachfolgend in den vier Erhebungszwischenjahren aufgetretenen stressbesetzten Ereignisse erfasst.

Die Bestimmung der risikoerhöhenden Effekte (Odd Ratios) von spezifischen belastenden Kindheitsereignissen und zeitnahen Belastungen als auch ihrer Kumulation auf die Ausbildung und den Verlauf einer Depression wurde im ersten Schritt immer im Rahmen bivariater logistischer Regressionen durchgeführt (jeweils eine der drei depressiven Gruppen versus die Referenzgruppe der Psychisch Unauffälligen).

Jeweils vor dieser bivariaten Berechnung der risikoerhöhenden Effekte wurde anhand korrelativer Verfahren (Pearson-Korrelationskoeffizient) erfasst, welche Ereignisse in den Analysegruppen gehäuft gemeinsam auftreten. Bezüglich der belastenden Kindheitsereignisse wurden diese gehäuft gemeinsam auftretenden Ereignisse kombiniert und ihr verbundener Effekt wurde mit in die bivariaten logistischen Regressionsmodelle aufgenommen.

Jeweils im Anschluss an die Berechnung der bivariat risikoerhöhenden Effekte der Belastungsereignisse erfolgte dann die Bestimmung der Effektgrößen im Rahmen multivariater logistischer Modelle. In die multivariaten Berechnungen wurden nur solche Ereignisse einbezogen, die in der bivariaten Betrachtung eine mindestens „wesentliche“ Risikoerhöhung für eine Lebenszeitdepression, für Rückfall und Neuerkrankung zeigten. Eine wesentliche Risikoerhöhung ist gegeben bei einem Odd Ratio > 1.5 . Dieser Wert entspricht einer bedingten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des abhängigen Ereignisses bspw. einer Neuerkrankung bei gegebener Belastung, von $p \Rightarrow .6$ (Allison, 1999, S.12). Vor der Berechnung der multivariaten Modelle wurde eine Prüfung auf Multikollinearität und Varianzinflation der einbezogenen Belastungsereignisse anhand der Prozedur Proc Reg vorgenommen.

Zur Beantwortung der Frage, ob das Vorliegen belastender Kindheitsereignisse die depressogenen Effekte der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse erhöht, wurden einmal bivariate logistische Regressionen für Individuen mit mindestens einer gegebenen

Kindheitsbelastung und jenen ohne Belastung berechnet. Zum anderen wurden Interaktionseffekte ausgewählter Kindheitsbelastungen mit spezifischen zeitnahen Belastungen betrachtet.

Der Einfluss der positiven Faktoren auf die Ausbildung und den weiteren Verlauf einer Depression wurde ebenfalls im ersten Schritt im Rahmen bivariater logistischer Regressionen überprüft. Die Effekte (Odd Ratios) wurden jeweils getrennt für die drei depressiven Gruppen versus die Referenzgruppe der „Immer Gesunden“ berechnet.

Zur Beantwortung der Frage, in welcher Größenordnung der jeweils signifikante risikoerhöhende Effekt spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse und zeitnaher Ereignisse durch das gleichzeitige Vorhandensein der für die jeweilige Gruppe relevanten positiven Faktoren abgesenkt wird, wurden entsprechende Kombinationen (Interaktionseffekte) gebildet. Die Interaktionseffekte (Odd Ratios) für die jeweils verbundenen Belastungsfaktoren mit den positiven Faktoren wurden dann anhand bivariater logistischer Regressionen (je eine der drei depressiven Gruppen versus die Referenzgruppe der „immer Gesunde“) berechnet.

Im letzten Schritt der Analyse erfolgte dann eine Integration der relevanten positiven Faktoren, der relevanten Kindheitsbelastungen und zeitnahen Belastungen in einem gemeinsamen logistischen Modell (jeweils getrennt für Lebenszeitdepression, Rückfall und Neuerkrankung versus die Referenzgruppe der „Immer Gesunden“). In diese Abschlußmodelle wurden alle relevanten Belastungsereignisse aus den zuletzt berechneten multivariaten Modellen (Kindheits- und zeitnahe Ereignisse in einem Modell) und die für die Gruppen jeweils relevanten positiven Faktoren aufgenommen. Hinzu kommen zwei weitere als gesichert geltende Risikofaktoren (Wittchen, 2000), die die relevanten sozialen Lagemerkmale weibliches Geschlecht und fehlende Partnerschaft betreffen.

6 Ergebnisse

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung erfolgt eine deskriptive Beschreibung der einbezogenen Analysegruppen nach ihren sozialen Lagemerkmale, psychiatrischer und somatischer Komorbidität, der aktuellen Depressivität und des Neurotizismus zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

6.1 Soziale Lagemerkmale, psychiatrische und somatische Komorbidität

Mehr als ein Viertel der 1950/52 geborenen ILSE-Teilnehmer (N=448) hatten bis einschließlich des zweiten Erhebungszeitpunktes mindestens einmal im Leben eine Episode einer minoren (n=20/4,5%) oder Major Depression (n=102/22,8%) erlitten. Innerhalb der Gruppe von 101 Lebenszeitdepressiven bis T1 blieben 78 Individuen in den vier Erhebungszwischenjahren remittiert (77,2%) und mehr als ein Fünftel (23/22,8%) hatte einen Rückfall. Bei 21 Personen trat innerhalb der vier Erhebungszwischenjahre eine Ersterkrankung auf. Bezugnehmend auf die Gesamtstichprobe von 448 Teilnehmern (T2) entspricht dies einer Neuerkrankungsrate an einer Major Depression von 4,7%.

6.1.1 Soziale Charakteristika der depressiven Verlaufgruppen

Hier angesprochen werden die Geschlechter-Relation, Bildung (in Jahren der schulischen und beruflichen Ausbildung), Familienstand und das Vorhandensein von Kindern sowie der Erwerbepersonenstatus und das Haushaltsnettoeinkommen. Dies sind aus aktueller Forschungssicht relevante Merkmale, die sowohl das Auftreten von psychischen Störungen als auch die Exposition mit aversiven Ereignissen beeinflussen können (Turner, Wheaton & Lloyd, 1995).

In Tabelle 5 werden die vier Analysegruppen nach wesentlichen sozialen Merkmalen dargestellt. Das Durchschnittsalter zu T1 liegt bei 44,2 Jahren (SD: 0,9), die durchschnittliche Ausbildungszeit (Schul- und Berufsausbildung) liegt bei 14,3 Jahren (SD: 2,4). Es findet sich eine durchschnittliche Kinderzahl von 1,6 (SD: 1) in der Gesamtgruppe. Bezugnehmend auf das Männer-/Frauen Verhältnis, das Vorhandensein eines Partners, den Familienstand, den Erwerbepersonenstatus und das Einkommen zeigen sich hoch signifikante unterschiedliche Verteilungen der sozialen Lagemerkmale in der Gruppe der „Immer Gesunden“ und den drei depressiven Untergruppen.

Tabelle 5: Soziale Charakteristika der Analysegruppen

		Immer Gesunde N=227 %	Remittiert Gebliedene N=78 %	Mit Rückfall N=23 %	Neuer- krankte N=21 %	χ^2
Geschlecht	Männer	61,7	28,2	25,0	37,5	30,4***
	Frauen	38,3	71,8	75,0	62,5	
Alter MW (SD)		44,2 (0,9)	44,2 (1,0)	44,3 (0,9)	44,2 (0,9)	
Ausbildung MW (SD)		14,4	14,0	15,1	14,0	
Kinder MW (SD)		1,6 (0,9)	1,7 (1,1)	1,5 (0,8)	1,4 (0,9)	
Partner vorhanden	ja	93,0	71,8	47,8	71,4	46,9***
	nein	7,0	28,2	52,2	28,6	
Familienstand	Verheiratet	83,3	64,1	39,1	57,1	50,3***
	Geschieden	9,3	26,9	43,5	23,8	
	Verwitwet	0	0	0	4,8	
	Ledig	7,5	9,0	17,4	14,3	
Erwerbspersonenstatus	Berufstätig	82,8	69,2	65,2	71,4	17,5***
	Berentet	5,7	7,7	13,0	9,5	
	Arbeitslos	4,9	12,8	21,7	9,5	
	Haushalt	6,6	10,3	0,0	9,5	
Einkommen	bis 2000 DM	4,5	15,4	8,7	14,3	19,4**
	2100-4000 DM	33,3	41,0	47,8	52,4	
	> 4000 DM	62,2	43,6	43,5	33,3	

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; Jahre der Schul- und Berufsausbildung

So liegt der Frauenanteil in der Gruppe der „immer Gesunden“ bei 38,3%, in der Gruppe der remittiert Gebliedenen und der Personen mit einem Rückfall sind dagegen jeweils über 70% weiblich (mit dem höchsten Anteil von 75% in der Rückfallgruppe). Bei den Neuerkrankungen in den vier Erhebungszwischenjahren geht der Frauenanteil auf 62,5% zurück.

93% der „immer Gesunden“, knapp über 70% der remittiert Gebliedenen und Neuerkrankten, aber lediglich bei 47,8% der Personen mit einem Rückfall leben in einer Partnerschaft. Der niedrigste Anteil Verheirateter findet sich in der Gruppe mit einem Rückfall (39,1%), gefolgt von den Neuerkrankten (57,1%) und remittiert Gebliedenen (64,1%). „Immer Gesunde“ sind dagegen zu 83,3% verheiratet. Die weitere Aufschlüsselung

nach dem Familienstand zeigt einen hochsignifikanten Anstieg (um den Faktor 3 bis 5) des Anteils Geschiedener von den „immer Gesunden“ (9,3%) zu den Neuerkrankten (23,8%), den remittiert Gebliebenen (26,9%) und den Individuen mit Rückfall (43,5%). Auch der Anteil Lediger ist in der Gruppe der Teilnehmer mit Rückfall (17,4%) und Neuerkrankung (14,3%) gegenüber den „immer Gesunden“ um den Faktor 2 erhöht. Bezugnehmend auf den Erwerbstatus sind 82,8% der „immer Gesunden“ berufstätig. Der Anteil Berufstätiger sinkt in der Gruppe der Neuerkrankten (71,4%) und remittiert Gebliebenen (69,2%) signifikant ab und liegt in der Gruppe mit Rückfall (65,2%) am niedrigsten. In der zuletzt genannten Gruppe findet sich auch der jeweils höchste Anteil von Arbeitslosen (21,7%) und Berenteten (13%). Auch in Bezug auf das Haushaltseinkommen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der „immer Gesunden“ und den drei depressiven Gruppen. Lediglich 4,5% der „immer Gesunden“, aber ein um das Dreifache erhöhter Anteil der remittiert Gebliebenen (15,4%) und Neuerkrankten (14,3%) und ein um das Zweifache erhöhter Anteil der Rückfälle (8,7%) finden sich in der niedrigsten Einkommensgruppe (bis 2000 DM). In der höchsten Einkommensgruppe (> 4000 DM) zeigt sich das umgekehrte Bild. 62,2% der „immer Gesunden“ finden sich in dieser Gruppe, jedoch jeweils nur knapp über 40% der remittiert Gebliebenen (43,6%) und Rückfälle (43,5%) und ein Drittel der Neuerkrankten (33,3%).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den drei Depressions-Gruppen eine Kumulation von ungünstigen sozialen Lagemerkmale (fehlende Partnerschaft, geschieden sein, fehlende Berufstätigkeit und geringeres Haushaltsnettoeinkommen) gegeben ist.

6.1.2 Psychiatrische Komorbidität und Anzahl somatischer Erkrankungen

Die depressiven Verlaufgruppen werden im Folgenden einmal sowohl in Bezug auf ihre Belastung mit einer zusätzlichen Angststörung (Panikattacken, Agoraphobie, einfache Phobie, soziale Phobie, Zwang und generalisierte Angststörung) als auch zusätzlichem Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit beschrieben. Zum anderen erfolgt eine nähere Betrachtung ihrer Belastung mit somatischen Erkrankungen.

Tabelle 6: Komorbide Angst- und Alkoholstörungen in den depressiven Verlaufgruppen

	Remittierte N=78(%)	Mit Rückfall N=23(%)	Neuerkrankte N=21(%)	χ^2
Mit Angst	24 (30,8%)	12 (52,2%)	4 (19,0%)	97,3***
Mit Alkoholmissbr	9 (11,5%)	7 (30,4%)	3 (14,3%)	52,3***

Signifikanzen: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Remittiert Gebliebene, Personen mit Rückfall und Neuerkrankte sind hochsignifikant unterschiedlich mit komorbide bestehenden Angststörungen als auch Abhängigkeitsstörungen (hier nur Alkohol) belastet (siehe Tabelle 6). Komorbidität mit einer Angststörung zeigt sich am häufigsten in der Gruppe der Personen mit einem Rückfall. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe (52.2%) ist betroffen. In der Gruppe der Remittierten findet sich ein knappes Drittel (30.8%) und in der Gruppe der Neuerkrankten ein knappes Fünftel (19.0%) mit einer zusätzlichen Angststörung. Eine komorbide Abhängigkeitsstörung zeigt sich gleichfalls am häufigsten in der Gruppe mit Rückfall, hier sind 30% betroffen. In der Gruppe der Neuerkrankten finden sich 14.3% und bei den remittiert Gebliebenen 11.5% mit dieser zusätzlichen Störung.

Die Belastung mit somatischen Erkrankungen wurde im Rahmen eines ärztlichen Anamnesegespräches erfasst. Im Vergleich zur Gruppe der „immer psychiatrisch Gesunden“ findet sich sowohl zu T1 als auch zu T2 eine jeweils signifikant höhere durchschnittliche Anzahl an somatischen Erkrankungen in den drei depressiven Gruppen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Die durchschnittliche Anzahl somatischer Erkrankungen in den Analysegruppen zu den beiden Erhebungszeitpunkten (T1/T2)

	Immer Gesunde N=227	Remittierte N=78	Mit Rückfall N=23	Neuerkrankte N=21
T1: M(SD)	1,7 (1,3)	2,6 (1,6)***	3,2 (1,9)**	3,0 (1,8)**
T2: M(SD)	2,1 (1,5)	3,0 (1,9)***	3,3 (2,2)**	3,6 (2,2)**

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$;

T-Test-Berechnungen: Die Gruppe der „Immer Gesunden“ jeweils versus eine der drei depressiven Gruppen.

Zu T1 findet sich die höchste durchschnittliche Belastung in der Gruppe mit Rückfall (3,2), gefolgt von den Neuerkrankten (3,0) und Remittierten (2,6). Immer Gesunde waren im Schnitt mit 1,7 somatischen Erkrankungen belastet. Zu T2 steigt die Belastung in allen Gruppen an und ist nun am höchsten in der Gruppe der zwischen den vier Erhebungsjahren an einer Depression Neuerkrankten (3,6).

6.2 Anzahl und Kumulation belastender Ereignisse

Vor der Darstellung der durchschnittlichen Anzahl und Häufung (Kumulation) belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse in den Analysegruppen erfolgt eine Betrachtung von Gruppenunterschieden in Bezug auf das Niveau aktueller depressiver Verstimmung als auch von Neurotizismus zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

6.2.1 Depressivität und Neurotizismus

Berechnet wurden einmal Varianzanalysen und zum anderen Mittelwertsvergleiche jeder Analysegruppe mit den jeweils anderen. In den Tabellen 8 und 9 finden sich die Ergebnisse der varianzanalytischen Berechnungen.

Tabelle 8: Aktuelle Depressivität in den Analysegruppen

	Immer Gesunde N=227	Remittiert Gebliedene N=78	Mit Rückfall N=23	Neu- erkrankte N=21	F-Wert
T1: M (SD)	30,1 (5,9)	35,1 (8,4)	35,0 (8,7)	35,7 (6,9)	13,7***
T2: M (SD)	29,3 (5,7)	33,1 (7,5)	35,9 (7,5)	35,9 (7,6)	16,3***

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

„Immer Gesunde“ zeigen zu beiden Erhebungszeitpunkten ein hochsignifikant geringeres Niveau depressiver Verstimmung (mit einer Differenz von 5 bis 6 Punkten des Summenwertes) als remittiert Gebliedene, Personen mit einem Rückfall und als Neuerkrankte. Zu T2 verringert sich diese Differenz zu den remittiert Gebliedenen, bleibt aber hochsignifikant (T-Wert: -4,6, $p < ,0001$). In der Gruppe mit einem Rückfall und in der Gruppe der Neuerkrankten steigt dagegen die depressive Verstimmung von T1 nach T2 leicht an. Alle Mittelwertsdifferenzen zwischen den Depressions-Gruppen sind sowohl zu T1 als auch zu T2 nicht signifikant.

Tabelle 9: Das Neurotizismussniveau in den Analysegruppen zu den beiden Erhebungszeitpunkten

	Immer Gesunde N=227	Remittiert Gebliedene N=78	Mit Rückfall N=23	Neu- erkrankte N=21	F-Wert
T1: M (SD)	15,9 (6,1)	20,6 (7,1)	23,8 (6,5)	21,2 (7,6)	19,2***
T2: M (SD)	14,1 (6,3)	17,8 (6,8)	22,0 (6,7)	22,4 (8,9)	21,0***

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Bezugnehmend auf das Niveau von Neurotizismus fanden sich gleichfalls zu beiden Erhebungszeitpunkten hochsignifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der „Immer Gesunden“ und den drei Depressions-Gruppen (siehe Tabelle 9). „Immer Gesunde“ zeigen gegenüber den Letztgenannten ein deutlich abgesenktes Niveau (mit einer Differenz zwischen 5 bis 8 Punkten im Summenmittelwert). Die höchste Ausprägung findet sich zu T1 in der Gruppe mit folgendem Rückfall (23,8), gefolgt von den „späteren“ Neuerkrankten (21,2). Zu T2 sinkt der Neurotizismuswert in der Gruppe der „immer Gesunden“, der remittiert Gebliedenen und der Personen mit Rückfall ab und zeigt sich in der Gruppe der

Neuerkrankten gegenüber T1 erhöht. Die zuletzt genannte Gruppe erreicht zu T2 den höchsten Wert der Analysegruppen (22,4). Zu T1 zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Summenmittelwert zwischen den drei depressiven Gruppen (von der Tendenz her besteht ein Unterschied zwischen remittiert Gebliebenen und den Individuen mit Rückfall: T-Wert: -1,9, $p=0,06$). Zu T2 finden sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der remittiert Gebliebenen und der Gruppe mit Rückfall (T-Wert: -2,6, $p=0,01$) und zwischen remittiert Gebliebenen und der Gruppe mit einer Neuerkrankung (T-Wert: -2,6, $p=0,01$).

6.2.2 Anzahl und Kumulation belastender distaler und proximaler Ereignisse

In der Gesamtgruppe der 349 einbezogenen Personen des mittleren Erwachsenenalters wurden im Durchschnitt 0,9 (SD: 1,2) belastende Kindheitsereignisse berichtet (Spannbreite von 0-7). Fast 46% (160) berichteten keine belastenden Kindheitsereignisse. Ein Drittel (32,4%) berichtete ein Ereignis und mehr als ein Fünftel war mit zwei bis sieben Ereignissen belastet (21,8%). Aufgeschlüsselt nach den Analysegruppen zeigte sich Folgendes: Mindestens ein belastendes Kindheitsereignis trat bei 48,7% der „immer Gesunden“, bei 62,8% der remittiert Gebliebenen, bei 60,9% der Individuen mit einem Rückfall und bei 71,4% der Individuen mit einer Neuerkrankung in den vier Erhebungszwischenjahren auf.

Für den Zeitraum der vier Erhebungszwischenjahre wurden in der Gesamtgruppe im Durchschnitt sieben (SD=4,5) stressbesetzte Ereignisse benannt (Spannbreite von 0-26). Bezugnehmend auf diese proximalen Ereignisse berichtete nur eine Minderheit kein Ereignis (2%) oder lediglich eines (5,2 %). Mehr als die Hälfte erlebte zwischen zwei und sieben Ereignisse (56,3%), und ein weiteres Drittel berichtet zwischen acht und sechsundzwanzig Ereignisse.

6.2.2.1 Gruppenunterschiede in der durchschnittlichen Anzahl benannter Ereignisse

Zur Erfassung der Gruppenunterschiede wurden wiederum zum einen Varianzanalysen und zum anderen Mittelwertvergleiche jeder Analysegruppe mit den jeweils anderen Analysegruppen berechnet. In Tabelle 10 sind die Ergebnisse der varianzanalytischen Berechnungen dargestellt.

Bezugnehmend auf die durchschnittliche Anzahl berichteter Kindheitsereignisse findet sich ein tendenziell signifikanter Anstieg von der Gruppe der „immer Gesunden“ (0,8) zur Gruppe der Individuen mit einem Rückfall (1,3), (T-Wert: -1,9, $p=0,06$) und ein signifikanter Anstieg zur Gruppe der Neuerkrankungen (1,4), (T-Wert: -2,13, $p=0,03$, siehe hierzu Tabelle 10).

Tabelle 10: Anzahl belastender Kindheitsereignisse (KBE) und zeitnaher Ereignisse (ZSE) in den Analysegruppen

	Immer Gesunde N= 227	Remittiert Gebliedene N=78	Mit Rückfall N=23	Neu- erkrankte N=21	F-Wert
KBE: M (SD)	0,8 (1,2)	1,0 (1,1)	1,3 (1,6)	1,4 (1,3)	2,6*
ZSE: M (SD)	5,9 (3,9)	8,6 (5,1)	9,7 (5,0)	9,5 (4,5)	13,8***

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

Legende: KBE: Kindheitsbelastungsereignisse; ZSE: Zeitnahe stressbesetzte Ereignisse;

Bei der Betrachtung der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse fand sich ein signifikanter Anstieg von den Gesunden (5,9) zu den Remittierten (8,5), (T-Wert: -4,3, $p < .0001$), zu den Probanden mit Rückfall (9,7), (T-Wert: -4,3, $p < .0001$), und zu den Neuerkrankungen (9,5), (T-Wert: -4,1, $p < .0001$).

6.2.2.2 Gruppenunterschiede in der Kumulation belastender Ereignisse

Die soeben dargestellten Gruppenunterschiede finden sich auch, wenn der Anteil hochbelasteter Personen in den Gruppen betrachtet wird (siehe Tabelle 11). Jeweils anhand eines Mediansplits wurde eine hohe Belastung mit aversiven Kindheitserlebnissen dann als gegeben definiert, wenn zwei und mehr aversive Ereignisse vorhanden waren. Hochbelastetsein mit proximalen Ereignissen ist gegeben, wenn sieben und mehr Ereignisse benannt wurden. Der Anteil Hochbelasteter mit aversiven Kindheitsereignissen steigt kontinuierlich von den Gesunden (18%), zu den Remittierten (24%), zu den Personen mit einem Rückfall (30%) und liegt mit einem Anteil von fast 43% in der Gruppe der Neuerkrankten am höchsten.

Tabelle 11: Die Kumulation belastender Kindheits- und zeitnaher Ereignisse: Der proportionale Anteil Hochbelasteter in den Analysegruppen

	Immer Gesunde N= 227	Remittiert Gebliedene N=78	Mit Rückfall N=23	Neu- erkrankte N=21	F-Wert
KBE \geq 2	41 (18,1%)	19 (24,4%)	7 (30,4%)	9 (42,9%)	8,6*
ZSE \geq 7	85 (37,4%)	47 (60,3%)	16 (69,6%)	16 (76,2%)	25,7***
KBE+ZSE \uparrow	17 (7,5%)	13 (16,7%)	5 (21,7%)	7 (33,3%)	17,1***

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

Dieser Anstieg zeigt sich auch beim Hochbelastetsein mit proximalen Ereignissen und zwar von 37% in der Gruppe der „Immer Gesunden“, zu 60% bei den remittiert Gebliedenen, zu fast 70% bei den Individuen mit Rückfall, und 76% bei den Neuerkrankten. 42 Personen (12%) waren sowohl mit aversiven Kindheitserfahrungen hochbelastet als auch mit stressbesetzten zeitnahen Ereignissen. Dieser proportionale Anteil der doppelt Hochbelasteten

stieg um den Faktor zwei bis vier von der Gruppe der „immer Gesunden“ (7,5%) zu den drei depressiven Gruppen, und er liegt mit 33,3% in der Gruppe der Neuerkrankten am höchsten.

6.2.2.3 Die Anzahl belastender Kindheitsereignisse und das Niveau aktueller Depressivität und Neurotizismus (T1)

Zur Beantwortung der Frage, ob das Niveau aktueller depressiver Verstimmung und/oder das Niveau von Neurotizismus zum ersten Erhebungszeitpunkt den Berichtsstil bzw. die berichtete Anzahl von belastenden Kindheitsereignissen beeinflussen, wurden lineare logistische Regressionen sowohl für die Gesamtgruppe, als auch getrennt für die einzelnen Analysegruppen berechnet.

Die aktuelle depressive Verstimmung zu T1 beeinflusst in der Gesamtgruppe signifikant die Anzahl (Summe) berichteter Kindheitsereignisse (F-Wert: 9,0, $p=0,003$, adj. $R^2 = 0,02$, $\beta = 0,03$, t-Wert: 3,0), jedoch mit geringer Varianzaufklärung. Aufgeschlüsselt für die einzelnen Analysegruppen findet sich dieser signifikante Effekt jedoch nur in der Gruppe der remittiert Gebliebenen (F-Wert: 4,1, $p=0,05$, adj. $R^2 = 0,04$, $\beta = 0,03$, t-Wert: 2,0). Das Niveau von Neurotizismus zu T1 wirkt sich in der Gesamtgruppe nicht auf die Anzahl berichteter Kindheitsbelastungen aus (F-Wert: 2,0, $p=0,16$, adj. $R^2 = 0,003$, $\beta = 0,01$, t-Wert: 1,4). Aufgeschlüsselt nach den Analysegruppen findet sich jedoch ein tendenziell signifikanter Effekt in der Gruppe mit Rückfall (F-Wert: 3,5, $p=0,08$, adj. $R^2 = 0,11$, $\beta = -0,10$, t-Wert: -1,9), jedoch entgegen der Annahme einer positiven Beeinflussung mit negativem β -Koeffizienten.

6.2.2.4 Die „berichtete“ Anzahl zeitnaher stressbesetzter Ereignisse und das Niveau aktueller Depressivität und Neurotizismus (T2)

Zur Beantwortung der Frage, ob die aktuelle depressive Verstimmung und das Niveau von Neurotizismus zum zweiten Erhebungszeitpunkt Einfluss nehmen auf die berichtete Anzahl stressbesetzter Ereignisse in den vier Erhebungszwischenjahren, wurden wiederum lineare logistische Regressionen sowohl für die Gesamtgruppe, als auch getrennt für die einzelnen Analysegruppen berechnet.

Die aktuelle depressive Verstimmung zu T2 übt wiederum nur in der Gesamtgruppe einen signifikanten Effekt auf die berichtete Anzahl der zeitnahen Ereignisse (F-Wert: 14,9, $p=0,0001$, adj. $R^2 = 0,04$, $\beta = 0,14$, t-Wert: 3,9) aus, aber lediglich mit geringer Varianzaufklärung. Das Niveau von Neurotizismus übt gleichfalls in der Gesamtgruppe einen signifikanten Effekt auf die Anzahl berichteter Ereignisse aus, wiederum mit geringer Varianzaufklärung (F-Wert: 13,0, $p=0,0004$, adj. $R^2 = 0,03$, $\beta = 0,12$, t-Wert: 3,6). Aufgeschlüsselt nach den Analysegruppen findet sich dieser signifikante Effekt jedoch nur in

der Gruppe der „immer Gesunden“ (F-Wert: 7,8, $p=0,006$, adj. $R^2 = 0,03$, $\beta = 0,11$, t-Wert: 2,8).

6.2.2.5 Proximale Ereignisse und Anzahl und Kumulation distaler Ereignisse, aktuelle depressive Verstimmung und emotionale Labilität (Neurotizismus zu T1)

Sowohl anhand linearer Regressionsberechnungen als auch anhand logistischer Regressionen (für die Bestimmung des Effektes einer gegebenen Kumulation mit Kindheitsereignissen) wurde geprüft, ob sich die Anzahl erlittener Kindheitsbelastungen, ihre Kumulation, die depressive Verstimmung und das Niveau von Neurotizismus (emotionale Labilität) zum ersten Erhebungszeitpunkt auf die Anzahl bzw. Kumulation, der nachfolgend in den vier Erhebungszwischenjahren aufgetretenen stressbesetzten Ereignisse ausgewirkt haben.

Die Anzahl erlebter bzw. berichteter Kindheitsbelastungen wirkt sich weder in der Gesamtgruppe noch in den einzelnen Analysegruppen auf die erlebte Anzahl zeitnaher stressbesetzter Ereignisse aus (F-Wert: 1,7, $p=0,19$, adj. $R^2 = 0,002$, $\beta = 0,25$, t-Wert: 1,3). Die hohe Belastung mit Kindheitsereignissen (Kumulation) führt in der Gesamtgruppe zu einer Erhöhung des Risikos auch für eine hohe Belastung mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen um den Faktor 1,5 (OR: 1,5, KI: 0,92-2,5). Auf der Ebene der einzelnen Analysegruppen findet sich dagegen keine signifikante Risikoerhöhung.

Die depressive Verstimmung zu T1 übt in der Gesamtgruppe einen signifikanten Effekt auf die Auftretenshäufigkeit zeitnaher Ereignisse aus (F-Wert: 27,0, $p<.0001$, adj. $R^2 = 0,07$, $\beta = 0,17$, t-Wert: 5,2). Aufgeschlüsselt nach den Analysegruppen zeigt sich dieser Effekt jedoch nur in der Gruppe der „immer Gesunden“ (F-Wert: 6,3, $p=0,01$, adj. $R^2 = 0,02$, $\beta = 0,11$, t-Wert: 2,5) und in der Gruppe der remittiert Gebliebenen (F-Wert: 9,2, $p=0,003$, adj. $R^2 = 0,10$, $\beta = 0,21$, t-Wert: 3,0).

Das Niveau von Neurotizismus zu T1 übt nur in der Gesamtgruppe einen signifikanten Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit zeitnaher Ereignisse aus (F-Wert: 10,2, $p=0,002$, adj. $R^2 = 0,03$, $\beta = 0,11$, t-Wert: 3,2).

6.3 Die Prävalenz spezifischer Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse

Im Folgenden wird die Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) spezifischer distaler und proximaler Belastungsereignisse und ihre unterschiedliche Verteilung in den Analysegruppen dargestellt.

6.3.1 Die Prävalenz spezifischer belastender Kindheitsereignisse (KBE)

Die Prävalenz der aversiven Kindheitsereignisse wird in Tabelle 12 dargestellt. Insgesamt wurden 330 belastende Ereignisse berichtet. Der überwiegende Teil (150/48,2%) dieser Ereignisse fällt in den Bereich der „weiteren Belastungen“ (Unfall/Verletzung, eigene chronische Erkrankung, disharmonische Familienverhältnisse, chronische somatische Erkrankung eines Elternteils, Armut). Ein Drittel der geschilderten Ereignisse wurde dem Bereich der „Verlustereignisse“ zugeordnet (Tod eines Elternteils, Trennung/Scheidung der Eltern, von den Eltern zeitweise oder dauerhaft getrennt/verlassen und Tod eines Geschwisters). 13% (43) der Ereignisse entfielen auf den Bereich „Traumatisierung durch andere“ (sexueller Missbrauch, gewalttätiger, aggressiver Vater / Mutter / andere Erziehungsperson) und weitere 5,8% (19) betrafen die „Psychopathologie eines Elternteils“ (psychische Erkrankung, Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Selbstmord und Selbstmordversuche). Es fanden sich folgende Gruppenunterschiede in der Verteilung der Ereignisse auf die soeben dargestellten Bereiche (siehe auch Tabelle 12): In der Gruppe der Personen mit Rückfall und etwas geringer auch in der Gruppe der Personen mit Neuerkrankung zeigt sich der proportional höchste Anteil von Ereignissen, die die Psychopathologie eines Elternteils betreffen (12,9% und 10,0%). Der proportional höchste Anteil von Ereignissen, die in den Bereich „Traumatisierung durch andere“ fallen, zeigt sich ebenfalls mit 16,1% aller Ereignisse in der Rückfallgruppe. In dieser Gruppe findet sich der proportional geringste Anteil von Verlustereignissen (22,6%).

Die am häufigsten berichteten Einzelereignisse (N=330) waren: Eigene chronische Erkrankung (n=50/15,2%), disharmonische Familienverhältnisse (n=42/12,7%), ein gewalttätiger, aggressiver Vater im Haushalt (n=28/8,5%), eine zeitweise Trennung von den Eltern (n=25/7,8%), von Vater oder Mutter dauerhaft getrennt (n=22/6,7%), Unfall/Verletzung oder Erlebnis außerhalb der normalen Erfahrung (Trauma) (n=21/6,4%), Armut (n=20/6,1%) und Psychopathologie eines Elternteils (n=19/5,8%).

Tabelle 12: Die Prävalenz spezifischer belastender Kindheitsereignisse in den Analysegruppen

Ereignis-Kategorie	Gesamt	Immer Gesunde	Remittiert Gebliedene	Mit Rückfall	Neu-erkrankte	χ^2
	N=349	N=227	N=78	N=23	N=21	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Verlustereignisse						
Tod des Vaters	16 (4,6%)	9 (4,0%)	6 (7,6%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	--
Tod der Mutter	5 (1,4%)	4 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	--
Eltern getrennt/geschied.	14 (4,0)	11 (4,8%)	1 (1,3%)	2 (8,7%)	0 (0,0%)	--
Von den Eltern getrennt	12 (3,4%)	6 (2,6%)	4 (5,0%)	1 (4,3%)	1 (4,8%)	--
Von den Eltern zeitweise, getrennt	25 (7,1%)	14 (6,1%)	5 (6,3%)	3 (13,0%)	3 (14,3%)	--
Von Vater oder Mutter getrennt	22 (6,3%)	13 (5,7%)	7 (8,9%)	1 (4,3%)	1 (4,8%)	--
Von Vater o. Mutter zeitw. getrennt	9 (2,6%)	6 (2,6%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	--
Tod von Geschwistern	6 (1,7)	4 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	--
Psychopathologie Mutter oder Vater	19 (5,4%)	9 (4,0%)	3 (3,8%)	4 (17,4%)	3 (14,3%)	11,0**
Traumatisierung durch andere						
Sexueller Missbrauch	4 (1,1%)	2 (0,8%)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--
Vater aggressiv	28 (8,0%)	14 (6,1%)	7 (8,7%)	4 (17,4%)	3 (14,3%)	--
Mutter aggressiv	10 (2,9%)	6 (2,6%)	3 (3,8%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	--
Andere Erziehungs-person aggressiv	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--
Weitere Belastungen						
Unfall / Trauma	21 (6,0)	10 (4,4%)	9 (11,4%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	--
Zeuge eines Traumas	6 (1,7)	5 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	--
Eigene chronische Erkrankung/Behinderung	50 (14,3%)	28 (12,3%)	15 (19,0%)	4 (17,4%)	3 (14,3%)	--
Nie vertrauensvolle Bezugsperson gehabt	3 (0,9%)	3 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--
Disharmonische Familienverhältnisse	42 (12,0%)	20 (8,8%)	12 (15,2%)	6 (26,1%)	4 (19,0%)	8,3*
Elternteil somatisch erkrankt	17 (4,9%)	12 (5,3%)	0 (0,0%)	3 (13,0%)	2 (9,5%)	8,4*
Armut	20 (5,7)	12 (5,3%)	5 (6,3%)	1 (4,3%)	2 (9,5%)	--

Signifikanz: *p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Signifikante Unterschiede in den Prävalenzen der spezifischen Einzelereignisse zwischen der Gruppe der „immer Gesunden“ und den drei Depressions-Gruppen fanden sich lediglich bei drei der 20 aversiven Kindheitserfahrungen (siehe Tabelle 12). Belastetsein mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist signifikant häufiger (19/5,4%; χ^2 (DF: 3, N=349) = 10,9, p=0,01) in der Gruppe der Personen mit Rückfall (17,4%) und in der Gruppe der

Neuerkrankten (14,3%) anzutreffen. Disharmonische Familienverhältnisse (ständiger Streit zwischen den Eltern und zwischen den Eltern und den anderen Familienmitgliedern bis hin zu gewalttätigen Auseinandersetzungen) finden sich zwei- bis dreimal häufiger in den drei Depressions-Gruppen, (42/12,0%; χ^2 (DF: 3, N=349) = 8,3, p=0,03), mit dem höchsten Anteil von 26,1% in der Gruppe mit Rückfall. Das Vorhandensein eines Elternteils mit einer chronischen somatischen Erkrankung/Behinderung (17/4,9%) war gleichfalls in der Rückfallgruppe und in der Gruppe der Neuerkrankten (χ^2 (DF: 3, N=349) = 8,4, p=0,04) signifikant erhöht.

6.3.2 Die Prävalenz spezifischer proximaler Ereignisse (ZSE)

Die Prävalenz der spezifischen zeitnahen, stressbesetzten Ereignisse wird in Tabelle 13 dargestellt. Insgesamt wurden für den Zeitraum der vier Erhebungszwischenjahre N=1761 Ereignisse benannt. Der höchste Anteil, mit knapp einem Viertel (425/24,1%) aller Ereignisse, fällt in den Bereich des „sozialen Umfeldes“ (extreme/weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern, zu den Eltern und Schwiegereltern, zu weiteren Verwandten und Freunden). Jeweils ein Fünftel der benannten Ereignisse sind dem „beruflichen Bereich“ (366/20,8%) und dem Bereich „gesundheitliche Probleme“ (364/20,7%) zuzuordnen. Ereignisse, die den Bereich „Wohnen“ betreffen (Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn, der Hausverwaltung, Belastungen der Wohnsituation durch schwere Schäden, Renovierungen, Umzug) stellen 13,1% (231) aller Nennungen. In den Bereich der „Partnerschaft“ (gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner, Trennung/Scheidung und Miterleben von Belastungen des Partners) wurden 10,7% (188) aller Ereignisse eingeordnet. 6,7 % (118) aller benannten Ereignisse betreffen den Bereich „Todesfall“ (Ehepartner, Kind, Eltern, Schwiegereltern, weitere Verwandte und Freunde und Bekannte). Weitere minore Anteile der benannten Ereignisse betreffen den Bereich der „Finanzen“ (hohe Belastungen, Schulden), (45/2,6%) und den Bereich „Probleme mit der Justiz“ (20/1,1%).

Die bereichsbezogene Verteilung der benannten Ereignisse zeigt folgende geringe Unterschiede zwischen der Gruppe der „immer Gesunden“ und den Depressions-Gruppen: Den beruflichen Bereich betreffend findet sich in den Depressions-Gruppen ein etwas geringerer Anteil (Remittierte: 17,6%, mit Rückfall: 20,6%, Neuerkrankte: 20,4%) an Ereignissen gegenüber den „Immer Gesunden“ (22,4%). Im Bereich „Wohnen“ findet sich der proportional höchste Anteil benannter Ereignisse in der Gruppe der Depressiven mit Rückfall (18,8% aller Ereignisse). Dieser Anteil beträgt in den anderen Gruppen (auch der „Immer Gesunden“) zwischen 11 und 13%. Im Bereich der „Partnerschaft“ zeigen sich die höchsten

Abweichungen für die Gruppe der Neuerkrankten. In dieser Gruppe entfallen 18,3% aller Ereignisse („immer Gesunde“: 9,8%, remittiert Gebliebene: 11,5%, mit Rückfall: 7,3%) in diesen Bereich.

Die am häufigsten berichteten Einzelereignisse waren: Allgemeine (physische) gesundheitliche Probleme (n=209/11,9%), belastete Beziehung zu den Kindern (n=182/10,3%), Veränderungen in der beruflichen Situation (n=140/8,0%), belastete Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern (n=138/7,8%), Veränderung der Wohnsituation/Umzüge (n=115/6,5%), Belastungen in der Wohnsituation (n=84/4,8%), ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz (n=82/4,7%), Belastungen des Partners (n=75/4,3%), Arbeitslosigkeit/Arbeitsplatzverlust (n=69/3,9%) und Operation (n=64/3,6%).

Tabelle 13: Die Prävalenz spezifischer belastender Ereignisse in den vier Erhebungszwischenjahren

Ereignis-Kategorie	Gesamt	Immer Gesunde	Remittiert Gebliedene	Mit Rückfall	Neu-erkrankte	χ^2
	N=349	N=227	N=78	N=23	N=21	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Beruf						
Arbeitsplatzverlust	69 (19,8%)	38 (16,8%)	17 (21,5%)	5 (21,7)	9 (42,8)	8,5*
Angst vor Verlust	23 (6,6%)	16 (7,0%)	2 (2,5%)	3 (13,0%)	2 (9,5%)	--
Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen	42 (12,0%)	23 (10,1%)	7 (8,7%)	6 (26,0%)	6 (28,6%)	11,2**
Andere ernsthafte Probleme am AP.	82 (23,5%)	54 (23,9%)	23 (29,1%)	5 (21,7%)	0 (0,0%)	7,9*
Veränderung der beruflichen Situation	140 (40,1%)	86 (38,0%)	30 (38,0%)	14 (60,9%)	10 (47,6%)	--
Berentung/Kranks.	10 (2,9)	5 (2,2%)	2 (2,5%)	1 (4,4%)	2 (9,5%)	--
Gesundheit						
Gesundh. Probleme (physisch) allgemein	209 (59,9%)	122 (54,0%)	56 (70,9%)	16 (69,6%)	15 (71,4%)	9,3*
Lebensbedrohliche Erkrankung	16 (4,6%)	5 (2,2%)	7 (8,8%)	1 (4,4%)	3 (14,3%)	10,7**
Operation	64 (18,3%)	32 (14,2%)	19 (24,0%)	9 (39,1%)	4 (19,0%)	11,0**
Unfall/Verletzungen	29 (8,3%)	21 (9,3%)	4 (5,0%)	4 (17,4%)	0 (0,0%)	--
Krankenhausaufenth.	20 (5,7%)	9 (4,0%)	8 (10,1%)	2 (8,7%)	1 (4,8%)	--
Belastung w. gesund. Probleme/Schmerzen	24 (6,9%)	12 (5,3%)	9 (11,4%)	1 (4,4%)	2 (9,5%)	--
Behindert/ Pflegebd.	2 (0,6%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	--
Wohnen						
Probl. mit Vermieter/ Nachb./Verwaltung	32 (9,2%)	16 (7,0%)	8 (10,1%)	7 (30,4%)	1 (4,8%)	14,2**
Belastg Wohnsit.	84 (24,1%)	48 (21,2%)	23 (29,1%)	6 (26,1%)	7 (33,3%)	--
Veränderungen der Wohnsituation	115 (33,0%)	60 (26,5%)	29 (36,7%)	18 (78,3%)	8 (38,1%)	26,3***
Größere finanzielle Belastung/ Schulden	45 (12,9%)	20 (8,9%)	12 (15,2%)	6 (26,1%)	7 (33,3%)	15,0**
Jurist. Auseinanders.	20 (5,7%)	8 (3,5%)	5 (6,3%)	5 (21,7%)	2 (9,5%)	13,5**

Signifikanzen: *p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Tabelle 13 Fortsetzung: Die Prävalenz spezifischer belastender Ereignisse in den vier Erhebungszwischenjahren

Ereignis-Kategorie	Gesamt N=349	Immer Gesunde N=227	Remittiert Gebliedene N=78	Mit Rückfall N=23	Neu- erkrankte N=21	χ^2
Partnerschaft						
Gestörte emot. Bindg zum Lebenspartner	25 (7,2%)	14 (6,2%)	5 (6,3%)	1 (4,4%)	5 (23,8%)	9,4*
Konkrete Probleme mit Lebenspartner	54 (15,5%)	22 (9,7%)	18 (22,8%)	5 (21,7%)	9 (42,8%)	21,6***
Trennung/Scheidung	34 (9,7%)	13 (5,7%)	12 (15,2%)	4 (17,4%)	5 (23,8%)	13,0**
Belastungen des Partners	75 (21,5%)	48 (13,7%)	18 (22,8%)	2 (8,7%)	7 (33,3%)	--
Soziales Umfeld						
Extreme Belastung: Beziehung Kinder	18 (5,2%)	7 (3,1%)	7 (8,8%)	3 (13,0%)	1 (4,7%)	--
Belastung: Beziehung Kinder	182 (52,2%)	110 (48,7%)	50 (63,3%)	12 (52,2%)	10 (47,6%)	--
Extreme Belastung: Beziehung (Schwieger-) Eltern	51 (14,6%)	33 (14,6%)	7 (8,8%)	5 (21,7%)	6 (28,6%)	--
Belastung: Beziehg. (Schwieger-) Eltern	140 (40,1%)	82 (36,3%)	39 (49,4%)	11 (47,8%)	8 (38,1%)	--
Belastung: Beziehg andere Verwandte	19 (5,4%)	9 (4,0%)	9 (11,4%)	1 (4,4%)	0 (0,0%)	7,6*
Belastung: Beziehg Freunde/Bekannte	15 (4,3%)	6 (2,6%)	3 (3,8%)	5 (21,7%)	1 (4,7%)	18,5***
Tod						
Tod des Ehepartners	3 (0,9%)	2 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (4,4%)	0 (0,0%)	--
Tod eines Kindes	3 (0,9%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)	0 (0,0%)	17,9***
Tod eines Eltern-/ Schwiegerelternanteils	75 (21,5%)	47 (20,8%)	17 (21,5%)	3 (13,0%)	8 (38,1%)	--
Tod eines Verwandten/Bekannt en/Freundes	37 (10,6%)	21 (9,2%)	14 (17,7%)	1 (4,4%)	1 (4,7%)	--
Weitere Ereignisse						
Traumatische Erlebnisse	4 (1,2%)	2 (0,8%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (4,7%)	--

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Zwischen der Gruppe der "immer Gesunden" und den Depressions-Gruppen zeigten sich bei insgesamt 16 der 33 zeitnahen Belastungen signifikante Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit (siehe Tabelle 13). Es fand sich folgendes Muster: Die Depressions-Gruppen, einschließlich der remittiert Gebliedenen, waren in den vorausgegangenen vier Jahren signifikant mehr mit allgemeinen (physischen) Gesundheitsproblemen belastet (χ^2 (DF: 3, N=348) = 10,0, $p=0,02$), berichteten mehr Operationen (χ^2 (DF: 3, N=348) = 11,1, $p=0,01$),

und das Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Erkrankung ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 10,8, p=0,01$).

Die Depressions-Gruppen (insbesondere jene mit Rückfall) waren signifikant häufiger Veränderungen in ihrer Wohnsituation/Umzug ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 26,4, p<.0001$) und Problemen mit dem Vermieter, mit den Nachbarn, mit der Hausverwaltung ausgesetzt ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 14,2, p=0,01$).

Im beruflichen Bereich waren Neuerkrankte zu fast 43% von Arbeitslosigkeit betroffen. Dieser Anteil liegt doppelt so hoch wie in den anderen Gruppen ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 8,5, p=0,04$). Gegenüber den „immer Gesunden“ und den remittiert Gebliebenen wurden ernsthafte Probleme mit Vorgesetzten/Kollegen zwei- bis dreimal häufiger in der Gruppe der Personen mit Rückfall (26%) und in der Gruppe der Neuerkrankten (28,6%) berichtet ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 11,1, p=0,01$).

Interpersonelle Belastungen, einschließlich konkreter Probleme mit dem Lebenspartner, ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 21,8, p<.0001$), einer Trennung/Scheidung ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 13,1, p=0,004$), und Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten, ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 18,5, p=0,0003$), wurden signifikant häufiger in den depressiven Verlaufgruppen und insbesondere von Personen mit einer Neuerkrankung und mit Rückfall berichtet.

Zusätzlich fand sich in den depressiven Verlaufgruppen ein zwei- bis dreifach erhöhter Anteil von Personen, die in juristische Auseinandersetzungen involviert waren (höchster Anteil von 21,7% in der Rückfallgruppe vs. 3,5% bei den „immer Gesunden“, $\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 13,5, p=0,004$), und von Individuen, die mit größeren finanziellen Belastungen bzw. Schulden behaftet waren. Hier fand sich der höchste proportionale Anteil in der Gruppe der Neuerkrankten mit 33,3% vs. 8,9% bei den „Immer Gesunden“ ($\chi^2(\text{DF: } 3, N=348) = 15,1, p=0,002$).

6.4 Belastende Kindheitsereignisse und Verlauf

Vor der Berechnung der risikoerhöhenden Effekte einzelner belastender Kindheitsereignisse (bivariate logistische Regression) auf die Ausbildung und den Verlauf einer Depression wurde anhand korrelativer Berechnungen geprüft, welche Ereignisse in den Analysegruppen gehäuft gemeinsam auftreten. Diese gehäuft gemeinsam auftretenden Ereignisse wurden kombiniert und ihr verbundener Effekt wurde mit in die bivariate logistische Regressionsberechnung aufgenommen.

6.4.1 Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse

Hier berücksichtigt wurden nur korrelative Beziehungen mit einem Pearson-Korrelationskoeffizienten von mindestens $r=.19$ und einer Signifikanz von $p \leq .05$. Die Ergebnisse der korrelativen Berechnungen für die Gesamtgruppe, wie auch für die separaten Analysegruppen sind im Anhang in tabellarischer Form dargestellt (Tabelle Ia bis Ie). Für die Gesamtgruppe fanden sich folgende Beziehungen:

1. Weder Tod des Vaters noch Tod der Mutter steht in engeren Zusammenhang mit einem der anderen belastenden Ereignisse.
2. Die Scheidung der Eltern korreliert zu $.30$ ($p < .0001$) mit dem Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson, zu $.23$ ($p < .0001$) mit von den Eltern zeitweise getrennt oder verlassen und zu $.19$ ($p = .0003$) mit dem Erleben eines traumatischen Ereignisses.
3. Von beiden Eltern dauerhaft getrennt bzw. verlassen steht in keinem engen Bezug zu einem der anderen Ereignisse.
4. Von beiden Elternteilen zeitweise getrennt gewesen zu sein, steht in einem moderaten Zusammenhang zu dem Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson ($.33$, $p < .0001$), zur Scheidung der Eltern ($.23$, $p < .0001$) und in niedrigem Zusammenhang zu aggressivem Vater ($.16$, $p = .002$).
5. Die dauerhafte Trennung von einem Elternteil korreliert zu $.24$ ($p < .0001$) mit aggressiver Mutter, zu $.21$ ($p = .0001$) mit dem Erleben einer aggressiven anderen (kein Elternteil) Erziehungsperson als auch zu $.19$ ($p = .0003$) mit dem Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse.
6. Die Psychopathologie eines Elternteils steht in moderatem Zusammenhang zu aggressivem Vater ($.39$, $p < .0001$) und zum Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse ($.34$, $p < .0001$). Sie steht weiterhin in niedrigem Bezug zu sexuellem Missbrauch ($.21$, $p < .0001$) und zu „Zeuge eines traumatischen Ereignisses“ ($.16$, $p = .002$).
7. Das eigene Erleben eines traumatischen Ereignisses korreliert lediglich mit der Scheidung der Eltern zu $.19$ ($p = .0003$).
8. Das Belastetsein mit einem aggressiven, gewalttätigen Vater steht außer zur Psychopathologie eines Elternteils und zu disharmonischen Familienverhältnissen

(.38, $p < .0001$) auch in Zusammenhang mit dem Belastetsein mit einer aggressiven, gewalttätigen Mutter (.20, $p = .0001$).

9. Die Belastung durch eine aggressive, gewalttätige Mutter steht außer zur dauerhaften Trennung von einem Elternteil und zu aggressivem Vater auch noch in engerer Beziehung zum Leiden an einer weiteren nicht-elterlichen aggressiven Erziehungsperson (.31, $p < .0001$) und zu disharmonischen Familienverhältnissen (.24, $p < .0001$).
10. Zeuge eines Traumas korreliert zu .23 ($p < .0001$) mit dem Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson und mit Psychopathologie eines Elternteils.
11. Das Vorliegen einer eigenen chronischen Erkrankung bzw. Behinderung in der Kindheit steht in der Gesamtgruppe in keinem engeren Bezug zu den anderen Ereignissen.
12. Das Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse steht in engerem Bezug zum gleichzeitigen Vorhandensein eines aggressiven Vaters, der Psychopathologie eines Elternteils, dem Vorhandensein einer aggressiven Mutter und der dauerhaften Trennung von einem Elternteil.
13. Die chronische somatische Erkrankung eines Elternteils zeigt in der Gesamtgruppe keine wesentlichen Beziehungen zu den anderen Ereignissen.
14. Das Erleben von Armut zeigt in der Gesamtgruppe ebenfalls keine wesentlichen Beziehungen zu den anderen Belastungen.

Hier dargestellt wurden die korrelativen Beziehungen der Einzelereignisse in der Gesamtgruppe. Getrennte korrelative Berechnungen für die einzelnen Analysegruppen, insbesondere für die Gruppe mit Rückfall und der Neuerkrankten zeigten teilweise höhere und auch vielfältigere Beziehungen zwischen den Einzelereignissen (siehe Anhang, Tabelle Id und Ie). Diese beruhen aber im wesentlichen auf dem Zusammentreffen mehrerer Einzelereignisse bei einer oder zwei Personen. Die Psychopathologie eines Elternteils steht in allen Analysegruppen in moderater Beziehung zum Vorliegen von disharmonischen Familienverhältnissen (am geringsten ausgeprägt in der Gruppe der „immer Gesunden“) als auch zum Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters (nicht in der Gruppe der remittiert Gebliebenen). Das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters steht in moderater Beziehung zu disharmonischen Familienverhältnissen. Tabelle 14 zeigt die Prävalenz dieser gehäuft

gemeinsam auftretenden Kindheitsbelastungsfaktoren (in Kombination) in den Analysegruppen.

Tabelle 14: Die Prävalenz dreier gehäuft gemeinsam auftretender Kindheitsbelastungen

Kombination	Gesamt	Immer Gesunde	Remittiert Gebliebene	Mit Rückfall	Neu-erkrankte	χ^2
	N=349	N=227	N=78	N=23	N=21	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Psychopathologie Elternteil <u>und</u> disharmonische Familienverhältnisse	11 (3,2%)	4 (1,8%)	2 (2,6%)	3 (13,0%)	2 (9,5%)	11,7**
Psychopathologie Elternteil <u>und</u> aggressiver Vater	10 (2,9%)	5 (2,2%)	1 (1,3%)	2 (8,7%)	2 (9,5%)	7,2 ⁺
Aggressiver Vater <u>und</u> disharmonische Familienverhältnisse	15 (4,3%)	6 (2,6%)	5 (6,4%)	2 (8,7%)	2 (9,5%)	4,8

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001

Das gemeinsame Auftreten von Psychopathologie eines Elternteils und disharmonischer Familienverhältnisse findet sich signifikant häufiger in den Gruppen der Individuen mit einem Rückfall und einer Neuerkrankung. Dies trifft auch auf das gemeinsame Auftreten von Psychopathologie eines Elternteils und dem Vorhandensein eines gewälttätigen Vaters zu. Das gemeinsame Auftreten von disharmonischen Familienverhältnissen und einem gewälttätigen Vater ist zwar in den drei depressiven Gruppen zu einem höheren Anteil gegeben als in der Gruppe der „Immer Gesunden“, der Unterschied erreicht aber keine Signifikanz.

6.4.2 Langzeiteffekte spezifischer Ereignisse, von Kombinationen und Kumulation

Anhand bivariater und multivariater logistischer Regressionsberechnungen wurde im nächsten Schritt geprüft, ob und in welcher Größenordnung ein risikoerhöhender Effekt der einbezogenen Kindheitsbelastungen auf die Ausbildung einer Lebenszeitdepression, auf das Auftreten eines Rückfalles und einer Ersterkrankung im mittleren Erwachsenenalter aufgezeigt werden kann. Die Berechnung der Risikoerhöhung (Odd Ratio) erfolgte getrennt für jede der drei Depressions-Gruppen gegen die Gruppe der „Immer Gesunden“. Hier dargestellt werden die Ergebnisse der bivariaten logistischen Regression, da erwartungsgemäß, aufgrund der hohen Einzelereignisinterkorrelationen in der Gruppe der Individuen mit Rückfall und der Neuerkrankten, die risikoerhöhenden Effekte der

Einzelereignisse in der multivariaten Berechnung zurückgehen und ihre Signifikanz verlieren. Eine Tabelle zur multivariaten logistischen Regression findet sich im Anhang (Tabelle II).

Die Langzeiteffekte der spezifischen belastenden Kindheitsereignisse, der ausgewählten spezifischen Kombinationen und der unspezifischen Kumulation (mindestens zwei und mehr belastende Ereignisse sind gegeben) werden in Tabelle 15 dargestellt. Von den einbezogenen 20 Einzelereignissen konnte für „Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson“ kein risikoerhöhender Effekt berechnet werden, da dieses Ereignis lediglich in der Gruppe der „Immer Gesunden“ gegeben war. Von den verbleibenden 19 Einzelereignissen zeigten 17 Ereignisse eine substantielle Erhöhung des Risikos für eine Lebenszeitdepression, Rückfall oder Neuerkrankung (mit einem Odd Ratio über 1,5; Kessler et al., 1997). Davon erreichten fünf Ereignisse eine Risikoerhöhung auf einem Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$.

In der Gruppe der remittiert Gebliebenen erhöhte das Erleben eines Unfalles oder eines traumatischen Ereignisses das Risiko für eine Lebenszeitdepression fast um den Faktor 3 (OR: 2,8, KI: 1,1-7,2). Auch das Aufwachsen in disharmonischen Familienverhältnissen führte (auf dem 10%-Niveau signifikant) zu einer 1,9-fachen Erhöhung des Risikos für eine Lebenszeitdepression. Der Tod des Vaters (OR: 2,0, KI: 0,7-5,9) als auch das Vorliegen einer chronischen Erkrankung/Behinderung in der Kindheit und Jugend (OR: 1,7, KI: 0,9-3,4) erhöhten dieses Risiko deutlich, erreichten aber keine Signifikanz. In der multivariaten Berechnung (siehe Tabelle II im Anhang) bleibt das Erleiden eines Unfalles bzw. Traumas ein signifikant risikoerhöhendes Ereignis. Eine Trennung/Scheidung der Eltern reduziert nun signifikant das Risiko für eine Lebenszeitdepression um den Faktor 10 (OR: 0,1, KI: 0,0-0,8).

Tabelle 15: Langzeiteffekte spezifischer Kindheitsereignisse, spezifischer Ereigniskombinationen und unspezifischer Kumulation

Ereignis	Remittiert	Mit	Neu-
	Gebliene	Rückfall	erkrankte
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Tod des Vaters	2,0 (0,7-5,9)	-	1,2 (0,1-10,1)
Tod der Mutter	-	-	2,8 (0,3-26,2)
Eltern geschieden/getrennt	0,3 (0,0-2,0)	1,9 (0,4-9,0)	-
Von Eltern getrennt	2,0 (0,5-7,3)	1,7 (0,2-14,5)	1,8 (0,2-16,0)
Von Eltern zeitw. getrennt	1,0 (0,4-3,0)	2,3 (0,6-8,6)	2,5 (0,7-9,7)
Von Elternteil getrennt	1,6 (0,6-4,2)	0,7 (0,0-6,0)	0,8 (0,1-6,6)
Von Elternteil zeitw. getrennt	0,5 (0,1-4,0)	-	3,9 (0,7-20,5)
Tod von Geschwistern	-	-	5,9* (1,0-34,1)
Psychopathologie eines Elternteils	1,0 (0,3-3,7)	5,1** (1,4-18,1)	4,0* (1,0-16,2)
Sex. Missbrauch	3,0 (0,4-21,4)	-	-
Vater gewalttätig	1,5 (0,6-3,9)	3,2* (1,0-10,7)	2,5 (0,7-9,7)
Mutter gewalttätig	1,5 (0,4-6,0)	1,7 (0,2-14,5)	-
Andere Erzieh.p. gewalttätig	-	-	-
Unfall/Trauma	2,8* (1,1-7,2)	-	2,3 (0,5-11,2)
Zeuge eines Traumas	-	2,0 (0,2-18,1)	-
Eigene chronische Erkrankung/Behinderung	1,7 (0,9-3,4)	1,5 (0,5-4,7)	1,2 (0,3-4,3)
Disharmonische Familienverhältnisse	1,9 (0,9-4,1)	3,7** (1,3-10,3)	2,4 (0,7-7,9)
Elternteil somatisch erkrankt	-	2,7 (0,7-10,3)	1,9 (0,4-9,0)
Armut	1,2 (0,4-3,6)	0,8 (0,1-6,6)	1,9 (0,4-9,0)
Fehlen einer vertr. Bezugsperson	-	-	-
Kombinationen			
Psychopathologie Elternteil und disharm. Familienverhältnisse	1,5 (0,3-8,1)	8,4** (1,7-40,0)	5,9* (1,0-34,1)
Psychopathologie Elternteil und gewalttätiger Vater	0,6 (0,1-5,0)	4,2 (0,8-23,1)	4,7 (0,9-25,7)
Disharm. Familienverhältnisse und gewalttätiger Vater	2,5 (0,7-8,5)	3,5 (0,7-18,5)	3,9 (0,7-20,5)
KBE ≥ 2 (Kumulation)	1,5 (0,8-2,7)	2,0 (0,8-5,1)	3,4** (1,3-8,6)

Signifikanz: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Das Risiko für einen Rückfall erhöhte sich um den Faktor 5 durch das Vorliegen einer psychopathologischen Erkrankung eines Elternteils (OR: 5,1, KI: 1,4-18,1), fast um das Vierfache durch das Aufwachsen in disharmonischen Familienverhältnissen (OR: 3,7, KI:

1,3-10,3) und um das Dreifache, wenn der Vater gewalttätig war (OR: 3,2, KI: 1,0-10,7). Eine zeitweise Trennung von beiden Eltern (OR: 2,3, KI: 0,6-8,6) als auch die chronische somatische Erkrankung eines Elternteils (OR: 2,7, KI: 0,7-10,3) führten ebenfalls mindestens zur Verdoppelung des Risikos, erreichten aber keine Signifikanz. In der multivariaten Berechnung erreichte keines der spezifischen Einzelereignisse Signifikanz (Tabelle II im Anhang).

Das Risiko für das erstmalige Auftreten einer Depression im mittleren Erwachsenenalter stieg fast um den Faktor 6 durch das Miterleben des Todes eines Geschwisters (OR: 5,9, KI: 1,0-34,1) und um das Vierfache, wenn ein Elternteil psychopathologisch auffällig war (OR: 4,0, KI: 1,0-16,2). Das Risiko für eine Neuerkrankung wurde weiterhin substantiell (aber nicht signifikant) erhöht durch die zeitweise Trennung von beiden Eltern (OR: 2,5, KI: 0,7-9,7), die zeitweise Trennung von einem Elternteil (OR: 3,9, KI: 0,7-20,5), das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters (OR: 2,5, KI: 0,7-9,7) und das Aufwachsen in disharmonischen Familienverhältnissen (OR: 2,4, KI: 0,7-7,9). In der multivariaten Berechnung erreichte lediglich der Tod eines Geschwisters einen signifikanten risikoerhöhenden Effekt (siehe Tabelle II im Anhang).

Bezugnehmend auf die Kombination der ausgewählten spezifischen Einzelereignisse zeigte sich für das gemeinsame Vorliegen von Psychopathologie eines Elternteils und disharmonischer Familienverhältnisse eine 8-fache Erhöhung des Risikos für einen Rückfall (OR: 8,4, KI: 1,7-40,0) und eine 6-fache Erhöhung des Risikos für eine Neuerkrankung (OR: 5,9, KI: 1,0-34,1). Dieser kombinierte Effekt liegt in beiden Gruppen deutlich über den Einzeleffekten der kombinierten Ereignisse als auch über dem Effekt der unspezifischen Kumulation. Es fand sich kein signifikanter risikoerhöhender Effekt auf eine Lebenszeitdepression (aber remittiert geblieben). Das gemeinsame Vorliegen von Psychopathologie eines Elternteils und einem gewalttätigen Vater erhöhte tendenziell signifikant das Risiko für einen Rückfall um das Vierfache (OR: 4,2, KI: 0,8-23,1) und das Risiko für eine Neuerkrankung fast um das Fünffache (OR: 4,7, KI: 0,9-25,7). Hier liegt der kombinierte risikoerhöhende Effekt jedoch nur in der Gruppe der Neuerkrankten über den Effekten der beiden Einzelereignisse. In der Gruppe mit Rückfall liegt er unter dem Einzeleffekt der Psychopathologie eines Elternteils. Der kombinierte Effekt von disharmonischen Familienverhältnissen und einem gewalttätigen Vater liegt in der Gruppe der remittiert Gebliebenen und Neuerkrankten jeweils über den Einzeleffekten der Ereignisse, erreicht aber keine Signifikanz. In der Gruppe der Individuen mit einem Rückfall liegt der

kombinierte Wert unter dem risikoerhöhenden Effekt von disharmonischen Familienverhältnissen alleine (siehe Tabelle 15).

Die Effekte der spezifischen Ereigniskombinationen liegen, bis auf das gemeinsame Auftreten von Psychopathologie eines Elternteils und gewalttätiger Vater in der Gruppe der remittiert Gebliebenen, jeweils deutlich über den risikoerhöhenden Effekten der unspezifischen Kumulation von Einzelereignissen. Die unspezifische Kumulation bzw. das Hochbelastetsein mit unterschiedlichen Einzelereignissen erhöhte nur das Risiko für eine Neuerkrankung signifikant um das Dreifache (OR: 3,4, KI: 1,3-8,6). Der risikoerhöhende Effekt des Hochbelastetseins liegt in allen Gruppen jeweils unter den signifikanten Effekten der Einzelereignisse.

6.5 Zeitnahe Ereignisse und Verlauf

Parallel zu den Kindheitsbelastungsereignissen wurde vor der Betrachtung der Effekte der zeitnäheren Ereignisse auf den weiteren Verlauf einer Depression, im ersten Schritt der Analyse eine Betrachtung der korrelativen Beziehungen zwischen den einbezogenen Ereignissen sowohl für die Gesamtgruppe als auch getrennt für die einzelnen Analysegruppen durchgeführt.

6.5.1 Korrelative Beziehungen der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse

Hier berücksichtigt wurden nur signifikante Korrelationen ($p \leq .05$) mit einem Pearson-Korrelationskoeffizienten von mindestens $r = .15$. Im Anhang befindet sich sowohl eine Tabelle mit den entsprechenden Koeffizienten für die Gesamtgruppe (Tabelle IIIa) als auch für die jeweiligen Analysegruppen (Tabellen IIIb bis IIIe). Für die Gesamtgruppe fanden sich folgende Beziehungen:

1. Der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. bestehende Arbeitslosigkeit steht in einer moderaten Beziehung ($.37, p < .0001$) zu Veränderung der beruflichen Situation (Beginn einer neuen Stelle, neue Position), in niedrigerer Beziehung zum Vorhandensein größerer finanzieller Belastungen ($.24, p < .0001$) als auch zum Involviertsein in juristische Auseinandersetzungen ($.16, p = .004$).
2. Die Angst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes steht in der Gesamtgruppe mit keinem der anderen Ereignisse in einem engeren Zusammenhang.
3. Ernsthafte Probleme mit Vorgesetzten und/oder Kollegen (Mobbing) sind jeweils zu $.16$ ($p = .002$) korreliert mit dem Vorliegen allgemeiner somatischer gesundheitlicher Probleme (mittleren Schweregrades, wie Bandscheibenvorfall, Nierenprobleme) und Belastungen in der Beziehung zu den Kindern.

4. Andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz (starker Leistungs-, Termindruck, keine Lohnzahlung etc.) stehen ebenfalls mit dem Vorliegen allgemeiner gesundheitlicher Probleme (.19, $p=.0004$) als auch mit Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (.16, $p=.002$) in niedrigem Zusammenhang.
5. Eine eingetretene Berentung bzw. Krankschreibung für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten steht in niedriger Beziehung zu Krankenhausaufenthalt (.18, $p=.0008$).
6. Allgemeine gesundheitliche Probleme (mittleren Schweregrades und möglichen längerfristigen Konsequenzen) sind außer mit anderen ernsthaften Problemen am Arbeitsplatz und mit ernsthaften Problemen mit einem Vorgesetzten und/oder Kollegen (s. o.) auch noch mit bestehenden konkreten Problemen mit dem Lebenspartner (.16, $p=.004$) assoziiert.
7. Das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs) korreliert zu .16 ($p=.004$) mit Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten.
8. Das Erleiden einer Operation (Gebärmutter entfernt, neue Hüfte etc.) ist zu .17 ($p=.002$) mit weiterem Krankenhausaufenthalt assoziiert (nicht im Zusammenhang mit der Operation).
9. Grössere finanzielle Belastungen sind mit dem Verlust des Arbeitsplatzes bzw. bestehender Arbeitslosigkeit assoziiert.
10. Das Involviertsein in juristische Auseinandersetzungen steht außer zum Verlust des Arbeitsplatzes auch in niedriger Beziehung (.17, $p=.002$) zum Vorliegen extremer Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (Kontaktabbruch für mindestens sechs Monate, Straffälligkeit, Drogenabhängigkeit etc.).
11. Das Vorliegen konkreter Probleme mit dem Lebenspartner (häufiger Streit, Gewalt in der Partnerschaft) ist außer mit allgemeinen gesundheitlichen Problemen auch assoziiert mit extremen Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (.19, $p=.0005$) und Veränderungen in der Wohnsituation (Umzug, Einzug/Auszug einer anderen Person; .15, $p=.004$).
12. Eine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren steht ebenfalls in Zusammenhang mit extremen Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (.19, $p=.0005$) und Veränderungen in der Wohnsituation (.16, $p=.003$).

13. Extreme Belastungen in der Beziehung zu den Kindern korreliert außer mit konkreten Problemen mit dem Lebenspartner, mit Trennung bzw. Scheidung und mit juristischen Auseinandersetzungen mit keinem weiteren Ereignis signifikant.
14. Weitere Belastungen in der Beziehung zu den Kindern war außer mit anderen ernsthaften Problemen am Arbeitsplatz auch assoziiert mit Belastungen in der Wohnsituation (.20, $p=.0002$) und mit Belastung der Beziehung zu den Eltern-Schwiegereltern (.16, $p=.004$).
15. Eine extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern- bzw. Schwiegereltern war außer zum Vorliegen von ernsthaften Problemen mit einem Vorgesetzten und/oder Kollegen mit keinem anderen Ereignis assoziiert.
16. Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten war außer mit dem Vorliegen einer eigenen lebensbedrohlichen Erkrankung auch mit dem Tod eines Verwandten bzw. Freundes verbunden (.16, $p=.004$).
17. Der Tod des Lebenspartners stand mit keinem der anderen Ereignisse in signifikanter Beziehung. Der Tod eines Kindes war niedrig assoziiert mit Probleme mit dem Vermieter, mit Nachbarn und/oder der Hausverwaltung (.19, $p=.0005$).

Aufgrund der Vielzahl der korrelativen Beziehungen wurde hier auf die Bildung spezifischer Kombinationen verzichtet.

6.5.2 Zeitnahe Ereignisse, ihre Kumulation und der Verlauf einer Depression

Wiederum anhand bivariater und multivariater logistischer Regressionen wurde geprüft, von welchen der einbezogenen zeitnahen Ereignissen und auch ihrer unspezifischen Kumulation ein risikoe erhöhender Effekt für die Zugehörigkeit zur Gruppe der *remittiert gebliebenen* Depressiven, das Auftreten eines Rückfalles und/oder einer Ersterkrankung im mittleren Erwachsenenalter aufgezeigt werden kann. Die Berechnung der Risikoschätzung (Odd Ratio) erfolgte getrennt für jede der drei Depressions-Gruppen gegen die Gruppe der „Immer Gesunden“. Hier dargestellt werden die Ergebnisse der bivariaten logistischen Regression. Eine Tabelle zur multivariaten logistischen Regression findet sich im Anhang (Tabelle IV). Der Einfluss der spezifischen zeitnahen Ereignisse und ihrer Kumulation (mindestens sieben und mehr belastende Ereignisse sind gegeben) werden in Tabelle 16 dargestellt.

Im Vergleich zu den stabil psychisch Gesunden erhöhten 11 der einbezogenen 34 zeitnahen Ereignisse signifikant das Risiko, in die Gruppe der *remittiert Gebliebenen* zu fallen. Dies betraf bis auf Unfall/Verletzung einmal alle Ereignisse aus dem gesundheitlichen Bereich (allgemeine gesundheitliche Probleme, das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung, Operationen und Krankenhausaufenthalte sowie Belastungen im Alltag wegen

Gesundheitsproblemen und Schmerzen) mit Risikoerhöhungen (Odd Ratios) zwischen 1,9 und 4,4. Zum anderen zeigte sich eine Risikoerhöhung insbesondere bei den interpersonellen Ereignissen aus dem nahen sozialen Umfeld. Hierunter fallen konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner, eine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren, extreme und weitere Belastungen in der Beziehung zu den Kindern, Belastungen in der Beziehung zu den Eltern bzw. Schwiegereltern und Belastung in der Beziehung zu anderen Verwandten, mit einer Risikoerhöhung zwischen 1,7 und 3,1 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse und ihrer Kumulation (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliene OR (KI 95%)	Mit Rückfall OR (KI 95%)	Neu- erkrankte OR (KI 95%)
Beruf			
Arbeitsplatzverlust	1,4 (0,7-2,6)	1,4 (0,5-3,9)	3,7** (1,5-9,4)
Angst vor AP-Verlust	0,3 (0,1-1,5)	2,0 (0,5-7,3)	1,4 (0,3-6,5)
Probleme mit Chef/Kollegen	0,9 (0,4-2,1)	3,1* (1,1-8,7)	3,5* (1,2-10,0)
Andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz	1,3 (0,8-2,4)	0,9 (0,3-2,5)	-
Veränderung der beruflichen Situation	1,0 (0,6-1,7)	2,5* (1,1-6,1)	1,5 (0,6-3,6)
Berentung/Krankschreibung	1,2 (0,2-6,1)	2,0 (0,2-18,0)	4,7⁺ (0,8-25,6)
Gesundheit			
Allgemeine gesundheitliche Probleme	2,2** (1,2-3,8)	1,9 (0,8-4,9)	2,1 (0,8-5,7)
Lebensbedrohliche Erkrankung	4,4** (1,3-14,2)	2,0 (0,2-18,0)	7,4** (1,6-33,3)
Operation	1,9* (1,0-3,7)	3,9** (1,6-9,8)	1,4 (0,5-4,5)
Unfall/Verletzung	0,5 (0,2-1,6)	2,1 (0,6-6,6)	-
Krankenhausaufenthalt	2,8* (1,0-7,4)	2,3 (0,5-11,3)	1,2 (0,1-10,0)
Belastungen wg. gesundh. Probleme/Schmerzen	2,3⁺ (0,9-5,8)	0,8 (0,1-6,5)	1,9 (0,4-9,0)
Behindertenstatus/Pflegebed.	-	-	11,3⁺ (0,7-186,7)
Wohnen			
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Verwaltung	1,5 (0,6-3,7)	5,7*** (2,1-16,0)	0,7 (0,1-5,2)
Belastung der Wohnsituation	1,5 (0,8-2,6)	1,3 (0,5-3,5)	1,9 (0,7-4,9)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	1,6⁺ (0,9-2,8)	10,0*** (3,5-28,0)	1,7 (0,7-4,3)
Finanzen			
Größere finanzielle Belastung	1,9 ⁺ (0,9-4,0)	3,6* (1,3-10,3)	5,2** (1,9-14,2)
Juristische Probleme			
Juristische Auseinandersetzung	1,9 (0,6-5,9)	7,6** (2,2-25,6)	2,9 (0,6-14,5)

Signifikanzen: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle 16 Fortsetzung: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse und ihrer Kumulation (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliene OR (KI 95%)	Mit Rückfall OR (KI 95%)	Neu- erkrankte OR (KI 95%)
Partnerschaft			
Gestörte emotionale Beziehung zum Partner	1,0 (0,4-3,0)	0,7 (0,1-5,5)	4,7** (1,5-14,8)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,8** (1,4-5,5)	2,6⁺ (0,9-7,6)	7,0*** (2,6-18,3)
Trennung/Scheidung	3,0** (1,3-6,8)	3,4* (1,0-11,6)	5,1** (1,6-16,2)
Belastung/Probleme des Partners	1,1 (0,6-2,1)	0,4 (0,1-1,6)	1,9 (0,7-4,9)
Soziales Umfeld			
Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern	3,1* (1,0-9,1)	4,7* (1,1-19,6)	1,6 (0,2-13,4)
Belastung der Beziehung zu den Kindern	1,9* (1,1-3,2)	1,2 (0,5-2,7)	1,0 (0,4-2,3)
Extreme Belastung der Beziehung zu (Schwieger-)Eltern	0,6 (0,2-1,4)	1,6 (0,6-4,7)	2,3⁺ (0,8-6,5)
Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-)Eltern	1,7* (1,0-2,8)	1,6 (0,7-3,8)	1,1 (0,4-2,7)
Belastung der Beziehung zu anderen Verwandten	3,1* (1,2-8,2)	1,1 (0,1-9,1)	-
Belastung der Beziehung zu Freunden/Bekannten	1,5 (0,4-6,0)	10,2*** (2,8-36,7)	1,8 (0,2-16,0)
Todesfall			
Tod des Ehepartners	-	5,1 (0,4-58,4)	-
Tod eines Kindes	-	21,4* (1,9-246,3)	-
Tod eines (Schwieger)Elternteils	1,1 (0,6-2,0)	0,6 (0,2-2,0)	2,3 (0,9-6,0)
Tod eines Verwandten, Bekannten, Freundes	2,1* (1,0-4,4)	0,4 (0,1-3,5)	0,5 (0,1-3,8)
Traumatische Erlebnisse	1,5 (0,1-16,3)	-	5,6 (0,5-64,5)
ZSE ≥ 7 (Kumulation)	2,5** (1,5-4,3)	3,8** (1,5-9,7)	5,3** (1,9-15,1)

Signifikanzen: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

In der multivariaten Betrachtung verbleiben eine lebensbedrohliche Erkrankung, geringere Belastungen in der Beziehung zu den Kindern, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner und eine Trennung bzw. Scheidung signifikant bzw. tendenziell signifikant risikoerhöhend (siehe Tabelle IV im Anhang).

Zwölf Ereignisse erhöhen signifikant das Risiko für die Zugehörigkeit zur *Rückfallgruppe*. Dies sind zum überwiegenden Anteil Ereignisse aus dem interpersonellen Bereich (weiteres und näheres soziales Umfeld) wie Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder Kollegen, Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn, der Hausverwaltung, Involviertsein in

juristische Auseinandersetzungen, konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner, eine Trennung bzw. Scheidung, extreme Belastungen in der Beziehung zu den Kindern und Belastung der Beziehung zu Freunden und Bekannten mit Risikoerhöhungen (Odd Ratios) zwischen 2,6 und 10,2. Drei Ereignisse beinhalten Veränderung (im beruflichen Bereich und Umzug) und finanzielle Schwierigkeiten bzw. Schulden mit einer Risikoerhöhung zwischen 2,5 und 10,0. Als einziges Ereignis aus dem Gesundheitsbereich erhöht eine Operation das Risiko für einen Rückfall um den Faktor 3,9. Der Tod eines Kindes erhöht das Risiko für einen Rückfall um mehr als das 20-fache (OR: 21,4). In der multivariaten Betrachtung behalten die folgenden Ereignisse ihre signifikante Risikoerhöhung bei (siehe Tabelle IV im Anhang): eine Operation, Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn, der Hausverwaltung, Umzug bzw. Veränderung der Wohnsituation, eine Trennung bzw. Scheidung, die Belastung der Beziehung zu Freunden und Bekannten sowie der Tod eines Kindes.

Elf Ereignissen kann Relevanz zugesprochen werden für das Auftreten einer *Neuerkrankung* im mittleren Erwachsenenalter. Dies sind aus dem beruflichen Bereich der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Arbeitslosigkeit, ernsthafte Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder den Kollegen und eine erfolgte Berentung bzw. Krankschreibung für mehr als sechs Monate mit einer Risikoerhöhung zwischen 3,5 und 4,7. Das Erleiden einer lebensbedrohlichen Erkrankung und der Erhalt eines Behindertenstatus erhöhen das Risiko für eine Neuerkrankung um mehr als das siebenfache bzw. das elffache (siehe Tabelle 16). Auch für eine Neuerkrankung verfünffachen größere finanzielle Belastungen bzw. Schulden das Risiko. Hinzu kommen die folgenden vier Ereignisse aus dem nahen sozialen Umfeld mit einer Risikoerhöhung zwischen 2,3 und 7,0: Eine gestörte emotionale Beziehung/Ablehnung des Partners, konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Partner, eine Trennung bzw. Scheidung und extreme Belastungen in der Beziehung zu den Eltern und/oder Schwiegereltern. Der Tod eines Elternteils oder Schwiegerelternanteils führt gleichfalls zu einer tendenziell signifikanten Verdoppelung des Risikos für eine Neuerkrankung. In der multivariaten Betrachtung behalten die folgenden Ereignisse ihre signifikante Risikoerhöhung bei (siehe Tabelle IV im Anhang): der Verlust des Arbeitsplatzes, ernsthafte Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder den Kollegen, größere finanzielle Belastungen, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner, eine Trennung bzw. Scheidung, die extreme Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-) Eltern sowie der Tod eines Eltern- bzw. Schwiegerelternanteils.

Der jeweils signifikante risikoerhöhende Effekt von hoher Belastung mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen (7 und mehr Ereignisse) liegt in jeder der drei Depressions-

Gruppen unter den Effekten spezifischer Einzelereignisse mit Odd Ratios zwischen 2,5 (remittiert Gebliebene) und 5,3 (Neuerkrankte).

6.6 Kindheitsbelastungen und zeitnahe Belastungen (multivariat)

Vor der Berechnung der Effektgrößen belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse auf die Entstehung und den weiteren Verlauf einer Depression in einem gemeinsamen multivariaten logistischen Modell wurde wiederum anhand korrelativer Berechnungen erfasst, ob und wenn ja welche Kindheitsbelastungsereignisse gehäuft mit spezifischen zeitnahen Ereignissen gemeinsam auftreten.

6.6.1 Korrelative Beziehungen der distalen und proximalen Belastungsereignisse

Hier dargestellt werden korrelative Beziehungen mit einem Pearson-Korrelationskoeffizienten von mindestens $r=.10$ und einer Signifikanz von $p \leq .05$. Die Ergebnisse der korrelativen Berechnungen für die Gesamtgruppe, als auch getrennt für die einzelnen Analysegruppen sind im Anhang in tabellarischer Form dargestellt (Tabelle Va bis Ve). Für die Gesamtgruppe fanden sich folgende Beziehungen:

1. Der Tod des Vaters steht mit keinem der zeitnahen Ereignisse in engerem Bezug. Der Tod der Mutter ist niedrig assoziiert (.11, $p=.04$) mit Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten.
2. Eine Scheidung bzw. Trennung der Eltern ist niedrig assoziiert mit konkreten Problemen und gesteigerten Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (.11, $p=.03$), mit Problemen mit dem Vorgesetzten und/oder den Kollegen (.10, $p=.05$) und mit weiteren Problemen am Arbeitsplatz (.13, $p=.02$).
3. Die dauerhafte Trennung bzw. das Verlassensein von beiden Eltern steht in Zusammenhang mit Arbeitsplatzverlust (.14, $p=.008$) und mit Belastungen und Problemen des Partners (.13, $p=.01$). Die dauerhafte Trennung von einem Elternteil steht in Zusammenhang mit einer eigenen Scheidung (.11, $p=.03$).
4. Eine zeitweise Trennung von beiden Eltern ist niedrig assoziiert mit Angst vor einem Arbeitsplatzverlust (.10, $p=.05$), mit gestörter emotionaler Beziehung zum Partner (.14, $p=.01$) und höher assoziiert mit extremen Belastungen in der Beziehung zu den eigenen Kindern (.19, $p=.0005$). Zeitweise Trennung von einem Elternteil ist assoziiert mit Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder Kollegen (.11, $p=.05$), mit einer eigenen Scheidung bzw. Trennung (.13, $p=.02$) und mit dem Tod des Partners (.18, $p=.0007$).
5. Der Tod eines Geschwisters steht in niedrigem Zusammenhang mit einer eigenen Berentung bzw. Krankschreibung für mehr als sechs Monate (.11, $p=.04$).

6. Das Vorhandensein eines psychopathologisch auffälligen Elternteils steht als einzige der belastenden Kindheitserfahrungen zu sechs der zeitnahen Ereignisse in einem signifikanten Zusammenhang. Der höchste Zusammenhang besteht zu konkreten Problemen und gesteigerten Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (.18, $p=.0009$), gefolgt von Miterleben von Belastungen/Problemen des Partners (.15, $p=.005$) und Veränderungen in der Wohnsituation/Umzug (.15, $p=0.004$), extremer Belastung der Beziehung zu den Kindern (.12, $p=.03$), Problemen mit dem Vorgesetzten und/oder den Kollegen (.11, $p=.03$) und dem Tod eines Kindes (.11, $p=.03$).
7. Sexueller Missbrauch steht mit keinem der zeitnahen Ereignisse in einem Zusammenhang.
8. Das Aufwachsen mit einem gewalttätigen, aggressiven Vater ist assoziiert mit dem Miterleben von Belastungen und Problemen des Partners (.18, $p=.0008$) sowie mit konkreten Problemen und gesteigerten Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (.11, $p=.05$).
9. Eine gewalttätige, aggressive Mutter steht zu dem Erleben eines traumatischen Ereignisses in den vier Erhebungszwischenjahren in Zusammenhang (.14, $p=.008$).
10. Das Erleiden eines Traumas bzw. schweren Unfalles in der Kindheit ist assoziiert mit extremer Belastung in der Beziehung zu den eigenen Kindern (.10, $p=.05$) und extremer Belastung in der Beziehung zu den Eltern bzw. Schwiegereltern (.13, $p=.01$).
11. Zeuge eines Traumas ist assoziiert mit der eigenen Berentung bzw. mit längerdauernder Krankschreibung (.11, $p=.04$).
12. Eine eigene chronische Erkrankung bzw. Behinderung in Kindheit und Jugend steht in einem negativen Zusammenhang mit einer eigenen Scheidung bzw. Trennung (-.11, $p=.04$).
13. Disharmonische Familienverhältnisse korrelieren mit allgemeinen (physischen) gesundheitlichen Belastungen (.12, $p=.02$).
14. Aufwachsen mit einem chronisch somatisch erkrankten Elternteil ist mit eigener Operation (.14, $p=.007$), mit Miterleben von Belastungen und Problemen des Partners (.12, $p=.03$) und mit dem Tod des Lebenspartners (.13, $p=.02$) assoziiert.
15. Armut steht in niedrigem Zusammenhang mit einer Operation (.11, $p=.05$) und mit dem Tod eines Kindes (.11, $p=.04$).
16. Das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung in Kindheit und Jugend steht zu keinem der zeitnahen Ereignisse in signifikantem Bezug.

Herausragend ist die Anzahl und auch die jeweilige Höhe der korrelativen Beziehungen von Belastung mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil zu sechs der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse. Hier kann erwartet werden, dass der bivariat risikoerhöhende Effekt für einen Rückfall und für eine Neuerkrankung multivariat zurücktritt. D. h. der bivariat risikoerhöhende Effekt wird durch das gemeinsame Auftreten dieses Belastungsereignisses sowohl mit anderen Kindheitsbelastungsfaktoren als auch den zeitnahen Belastungen vermittelt.

6.6.2 Belastende Kindheitsereignisse und zeitnahe Ereignisse (multivariat)

Zur Beantwortung der Frage, ob die risikoerhöhenden Effekte der Kindheitsbelastungsereignisse hinter den Effekten der zeitnahen Ereignisse zurücktreten, wurden drei multivariate logistische Regressionsmodelle berechnet und zwar jeweils eine der drei Depressions-Gruppen versus die Gruppe der „immer Gesunden“. In die Berechnungen wurden nur solche Ereignisse einbezogen, die in der bivariaten Betrachtung eine mindestens „wesentliche“ Risikoerhöhung für eine Lebenszeitdepression, für Rückfall und Neuerkrankung zeigten. Eine wesentliche Risikoerhöhung ist bei einem Odd Ratio $> 1,5$ gegeben, dies entspricht einer bedingten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des abhängigen Ereignisses bspw. einer Neuerkrankung bei gegebener Belastung, von $p \geq 0,6$. Vor der Berechnung der Modelle wurde eine Prüfung auf Multikollinearität und Varianzinflation vorgenommen, die tolerierbare Werte erbrachte. Trotz dieser Prüfung deutet der Wald-Signifikanztest auf Interaktionseffekte der einbezogenen Belastungen bei Rückfall und Neuerkrankung hin.

Welche distalen und proximalen Ereignisse auch in einem gemeinsamen Modell singular das Risiko erhöhen, in die *Gruppe der remittiert Gebliebenen* zu fallen, wird in Tabelle 17 dargestellt. Zwei der fünf einbezogenen Kindheitsereignisse erhöhen auch in Gegenwart der zeitnahen Ereignisse signifikant das Risiko für eine Lebenszeitdepression. Dies sind der Tod des Vaters (OR: 4,1) und das Erleiden eines traumatischen Ereignisses bzw. Unfalles (OR: 7,9). Dagegen reduziert eine Trennung oder Scheidung der Eltern das Risiko für eine Lebenszeitdepression um den Faktor 10 (OR: 0,1).

Tabelle 17: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher stressbesetzter Ereignisse in einem gemeinsamen Modell: **Remittiert gebliebene Depressive**

Ereignisse	Remittiert Gebliebene OR (KI 95%)
KBE \geq 2 (Kumulation)	0,7 (0,3-1,9)
Tod des Vaters	4,1* (1,2-14,1)
Trennung/Scheidung der Eltern	0,1* (0,0-0,8)
Trauma/Unfall	7,9** (2,3-27,7)
Eigene chronische Erkrankung/Behinderung	2,0 (0,9-4,6)
Disharmonische Familienverhältnisse	2,7 (0,9-7,5)
ZSE \geq 7 (Kumulation)	0,7 (0,3-1,6)
Allgemeine gesundheitliche Probleme	1,7 (0,9-3,5)
Lebensbedrohliche Erkrankung	6,1** (1,5-24,4)
Operation	1,1 (0,5-2,5)
Krankenhausaufenthalt	2,0 (0,6-6,9)
Belastung aufgrund von gesundh. Problemen	2,9* (1,0-8,5)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	1,4 (0,7-2,8)
Größere finanzielle Belastung	1,4 (0,5-3,7)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,4* (1,0-5,8)
Trennung/Scheidung	3,3* (1,1-10,2)
Extreme Belastung in der Beziehung zu den Kindern	1,1 (0,2-4,9)
Belastung in der Beziehung zu den Kindern	2,8** (1,4-5,6)
Belastung in der Beziehung zu den (Schwieger-) Eltern	1,5 (0,8-2,8)
Belastung der Beziehung zu anderen Verwandten	2,1 (0,7-6,2)
Tod eines Verwandten, Bekannten, Freundes	2,1 (0,9-5,1)

Signifikanzen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 207,1 / DF: 188 / V:DF=1,1 / PR > Chisq = 0,16;

Loglikelihood- : χ^2 : 65,6, DF: 21, $p < 0,0001$; Wald-Test-Score: 46,4, DF:21, $p = 0,0001$;

Von den vierzehn einbezogenen zeitnahen Ereignissen erreichen sechs Relevanz für die Differenzierung dieser Gruppe von den „immer Gesunden“. Dies sind das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung (OR: 6,1), das Belastetsein mit gesundheitlichen Problemen und Schmerzen im Alltag (OR: 2,9), konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (OR: 2,4), eine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren (OR: 3,3), Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (OR: 2,8) und der Tod eines weiteren Verwandten, Freundes oder Bekannten (OR: 2,1). Weder das Hochbelastetsein mit Kindheitsereignissen (unspezifische Kumulation) noch das Hochbelastetsein mit zeitnahen Ereignissen erreichen Relevanz.

Welche distalen und proximalen Ereignisse auch in einem gemeinsamen Modell singular das Risiko für einen *Rückfall* erhöhen wird in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse in einem gemeinsamen Modell: **Depressive mit Rückfall**

Ereignisse	Mit Rückfall OR (KI 95%)
KBE \geq 2 (Kumulation)	0,8 (0,1-6,4)
Psychopathologie Elternteil	0,5 (0,1-5,2)
Gewalttätiger Vater	3,1 (0,3-28,0)
Disharmonische Familienverhältnisse	3,9 (0,6-23,5)
Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils	1,9 (0,3-12,4)
ZSE \geq 7 (Kumulation)	0,5 (0,1-2,3)
Probleme mit Chef/Kollegen	2,0 (0,4-10,4)
Veränderung der beruflichen Situation	1,7 (0,4-6,2)
Allgemeine gesundheitliche Probleme	1,6 (0,4-5,8)
Operation	4,3 (0,9-19,9)
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Verwaltung	8,1* (1,5-43,5)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	18,9*** (3,5-102,1)
Größere finanzielle Belastung	1,9 (0,4-9,6)
Juristische Auseinandersetzung	1,1 (0,1-12,3)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	1,1 (0,2-6,1)
Trennung/Scheidung	3,5 (0,5-23,1)
Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern	2,0 (0,2-23,3)
Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-)Eltern	3,2 (0,9-12,3)
Belastung der Beziehung zu Freunden/Bekannten	44,4** (4,5-441,9)
Tod eines Kindes	175,7** (4,3->999,9)

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 169,8 / DF: 140 / V:DF = 1,2 / PR > Chisq = .04;

Loglikelihood- : χ^2 : 67,2, DF: 20, $p < .0001$; Wald-Test-Score: 26,4, DF:20, $p = 0,15$;

Von den vier einbezogenen bivariat risikoerhöhenden Kindheitsbelastungsereignissen erreicht keines dieser Ereignisse im multivariaten Modell alleine Signifikanz. So erhöht zwar das Aufwachsen in disharmonischen Familienverhältnissen das Risiko für einen Rückfall fast um den Faktor 4 (OR: 3,9), aber mit einem sehr breiten Konfidenzintervall (KI: 0,9-7,5). Der risikoerhöhende Effekt aus der bivariaten Berechnung für das Aufwachsen mit einem psychisch auffälligen Elternteil verkehrt sich mit einem Odd Ratio von 0,5 (Absenkung um den Faktor 2) ins Gegenteil, aber ebenfalls mit einem breiten Konfidenzintervall (KI: 0,1-5,2).

Von den 14 einbezogenen zeitnahen Ereignissen erreichen 4 Relevanz für die Differenzierung der Rückfallgruppe von den „immer Gesunden“. Dies sind Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn oder der Hausverwaltung (OR: 8,1), Veränderungen der Wohnsituation bzw. Umzug (OR: 18,9), Belastung der Beziehung zu Freunden und Bekannten (OR: 44,4) und der Tod eines Kindes (OR: 175,7). Auch in der Gruppe mit Rückfall erreicht weder das Hochbelastetsein mit Kindheitsereignissen noch das Hochbelastetsein mit zeitnahen Ereignissen Relevanz.

Die risikoerhöhenden Effekte der distalen und proximalen Ereignisse für die Entwicklung einer *Neuerkrankung* sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher stressbesetzter Ereignisse in einem gemeinsamen Modell: **Neuerkrankte Depressive**

Ereignisse	Neuerkrankte OR (KI 95%)
KBE ≥ 2 (Kumulation)	1,7 (0,3-9,7)
Von den Eltern zeitweise getrennt/verlassen	0,8 (0,1-8,9)
Von einem Elternteil zeitweise getrennt/verlassen	2,5 (0,2-25,9)
Tod eines Geschwisters	6,0 (0,4-84,1)
Psychopathologie Elternteil	3,3 (0,2-45,9)
Gewalttätiger Vater	1,0 (0,1-12,6)
Disharmonische Familienverhältnisse	1,2 (0,2-8,6)
ZSE ≥ 7 (Kumulation)	1,7 (0,4-7,8)
Arbeitsplatzverlust	2,4 (0,7-8,7)
Probleme mit Chef/Kollegen	2,0 (0,4-9,4)
Berentung/Krankschreibung > als 6 Monate	9,7 (0,6-154,0)
Allgemeine gesundheitliche Probleme	1,3 (0,3-5,6)
Lebensbedrohliche Erkrankung	6,2 (0,7-55,4)
Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit	15,1 (0,2-973,9)
Belastungen der Wohnsituation	2,6 (0,7-10,4)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	0,7 (0,2-2,8)
Größere finanzielle Belastung	3,9 (0,9-16,9)
Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner	3,2 (0,5-18,8)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,8 (0,7-10,9)
Trennung/Scheidung	6,1* (1,1-33,5)
Belastungen/Probleme des Partners	0,5 (0,1-2,7)
Extreme Belastung in der Beziehung zu den (Schwieger-) Eltern	2,2 (0,4-10,9)
Tod eines Eltern- Schwiegerelternanteils	2,5 (0,7-9,8)

Signifikanzen: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 118,0 / DF: 147 / V:DF=.80 / PR > Chisq = .96;

Loglikelihood- : χ^2 : 51,9, DF: 23, p = 0,0005; Wald-Test-Score: 29,8, DF:23, p = 0,15;

Von den sechs einbezogenen Kindheitsereignissen erreicht, parallel zur Rückfallgruppe, keines der Ereignisse im multivariaten Modell alleine Signifikanz. Das Miterleben des Todes eines Geschwisters führt zwar zu einer sechsfachen Risikoerhöhung (OR: 6,0, KI: 0,4-84,1), aber mit einem sehr breiten Konfidenzintervall. Auch das Vorhandensein eines psychopathologisch auffälligen Elternteils erhöht das Risiko für eine Neuerkrankung um den Faktor 3 (OR: 3,3, KI: 0,2-45,9), aber ebenfalls mit sehr breitem Konfidenzintervall.

Von den einbezogenen 15 zeitnahen Ereignissen erreichen lediglich zwei auch multivariat alleine Relevanz für die Erhöhung des Risikos für eine Neuerkrankung. Dies sind die Belastung mit größeren finanziellen Verpflichtungen bzw. Schulden, mit einer

Risikoerhöhung um den Faktor 4 (OR: 3,9) und eine Trennung bzw. Scheidung in den 4 Erhebungszwischenjahren mit einer Risikoerhöhung um den Faktor 6 (OR: 6,1). Auch eine erfolgte Berentung bzw. eine Krankschreibung von mehr als sechs Monaten und der Erhalt eines Behindertenstatus zeigen Risikoerhöhungen um den Faktor 10 bis 15, aber wiederum mit äußerst breiten Konfidenzintervallen. Der Verlust des Arbeitsplatzes erhöht ebenfalls das Risiko um das Doppelte (OR:2,4, KI: 0,7-8,7) verbleibt aber im nichtsignifikanten Bereich. Parallel zu den beiden anderen Gruppen erreicht auch hier die Hochbelastung mit negativen Kindheitsereignissen als auch die Hochbelastung mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen keine Relevanz.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nur in der Gruppe der remittiert Gebliebenen belastende Kindheitsereignisse in der multivariaten Berechnung singularer risikoerhöhender (aber auch absenkender) Effekte für die Entwicklung einer Lebenszeitdepression erreichen. Sowohl in der Rückfallgruppe als auch in der Gruppe mit einer Neuerkrankung dominieren multivariat jeweils andere zeitnahe Ereignisse. Die depressogene Wirkweise von Kindheitsbelastungsereignissen wird nun in den beiden folgenden Kapiteln näher betrachtet.

6.6.3 Effektänderung zeitnaher Ereignisse: gegebene / ohne Kindheitsbelastung

Im Sinne des Vulnerabilitätskonzeptes von Brown und Mitarbeiter (1989) und auch der Stress-Diathese-Modelle (Modell 1) sollte der depressogene Effekt von Kindheitsbelastungen in einer Erhöhung der Effekte zeitnaher Belastungen liegen. Zur Beantwortung der Frage, ob das Vorliegen belastender Kindheitsereignisse zu einer Erhöhung der Effekte der zeitnahen Ereignisse auf die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression führt, wurden jeweils für die drei Depressions-Gruppen getrennt, bivariate logistische Regressionen für Personen mit mindestens einer gegebenen Kindheitsbelastung und jene ohne Belastung berechnet. Die Effekte (Odd Ratios) für Personen mit gegebener Kindheitsbelastung sind in Tabelle VIa und jene für Personen ohne Kindheitsbelastung sind in Tabelle VIb im Anhang dargestellt.

Die risikoerhöhenden Effekte der *Ereignisse aus dem beruflichen Bereich* werden durch das Vorliegen von Kindheitsbelastungen nur gering und teilweise konträr beeinflusst. Bei gegebener Kindheitsbelastung liegt der risikoerhöhende Effekt von Veränderung der beruflichen Situation für einen *Rückfall* über jenem ohne (OR: 3,8, KI:1,1-12,7 vs. OR: 1,4, KI:0,4-5,5). Das Gleiche findet sich für eine *Neuerkrankung* bezüglich der risikoerhöhenden Effekte von Verlust des Arbeitsplatzes (OR: 4,2, KI:1,4-13,0 vs. OR: 2,6, KI:0,4-14,9) und ernsthafte Probleme mit dem Vorgesetzten/Kollegen (OR: 3,4, KI:1,0-11,5

vs. OR: 2,4, KI:0,2-22,6). Dagegen liegt der risikoerhöhende Effekt einer stattgefundenen Berentung bzw. Krankschreibung für eine Neuerkrankung in der Gruppe ohne Kindheitsbelastung deutlich über jenem mit gegebener Belastung (OR: 11,4, KI:0,9-147,8 vs. OR: 2,5, KI:0,2-26,2).

Bei den zeitnahen Ereignissen aus dem *gesundheitlichen Bereich* findet sich ein vergleichbares Bild. Hier sind die Effekte (bis auf Belastung des Alltags wegen gesundheitlicher Probleme und Schmerzen in der Gruppe der remittiert Gebliebenen) eher bei fehlender Kindheitsbelastung deutlich erhöht. Dies gilt für allgemeine gesundheitliche Probleme (OR zwischen 2,5 und 3,3 vs. 1,4 und 1,9), das Erleiden einer lebensbedrohlichen Erkrankung (remittiert Gebliebene: OR: 6,0, KI: 1,3-28,6 vs. OR: 3,5, KI: 0,6-21,8 und Neuerkrankte: OR: 18,8, KI: 2,4-146,0 vs. OR: 3,9, KI: 0,3-45,3) und für Operation (Rückfall: OR: 5,8, KI: 1,4-24,3 vs. OR: 2,8, KI: 0,9-9,5).

Auch die risikoerhöhenden Effekte der proximalen Ereignisse aus dem *Bereich Wohnen* werden durch das Vorliegen von Kindheitsbelastungen nur gering und teilweise konträr beeinflusst. Bei gegebener Kindheitsbelastung liegt der risikoerhöhende Effekt von Problemen mit dem Vermieter, den Nachbarn, der Hausverwaltung in der Gruppe mit Rückfall gering über jenem ohne eine Kindheitsbelastung (OR: 6,9, KI:1,7-28,7 vs. OR: 5,3, KI:1,1-24,5). Dagegen liegt der Effekt von Veränderung in der Wohnsituation / Umzug – ebenfalls in der Rückfallgruppe - bei fehlender Kindheitsbelastung über jenem mit Kindheitsbelastung (OR: 11,0, KI: 2,2-56,0 vs. OR: 8,9, KI:2,3-34,2).

In jeder der drei Depressions-Gruppen finden sich erhöhte Effekte für *Belastetsein mit größeren finanziellen Anforderungen* bzw. Schulden bei gegebener Kindheitsbelastung gegenüber fehlender Belastung (Remittierte: OR: 2,9, KI:1,1-7,6 vs. OR: 0,7, KI:0,1-3,4 / Rückfall: OR: 4,5, KI:1,2-17,2 vs. OR: 2,7, KI: 0,5-3,14,3 / Neuerkrankung: OR: 5,6, KI:1,6-20,0 vs. OR: 4,8, KI: 0,8-29,1). Für das *Verwickeltsein in juristische Auseinandersetzungen* zeigt sich ein deutlich erhöhter Effekt für einen Rückfall bei gegebener Kindheitsbelastung (OR: 14,3, KI: 2,8-72,9 vs. OR: 2,8, KI:0,3-26,7).

Für die zeitnahen Ereignisse aus dem *engen und weiteren sozialen Umfeld* finden sich fast durchgehend bei allen Ereignissen erhöhte Risikoeffekte in den Depressionsgruppen, wenn auch eine Kindheitsbelastung gegeben war. Insbesondere im Bereich der Partnerschaft finden sich bis auf das Miterleben von Belastungen bzw. Problemen des Partners, durchgehend deutlich erhöhte Effekte in allen drei depressiven Gruppen bei gegebener Kindheitsbelastung bzw. das Partnerschaftereignis trat bei Individuen ohne Kindheitsbelastung nicht auf. So zeigte sich für das Erleben einer gestörten emotionalen

Beziehung zum Lebenspartner ein mehr als achtfach erhöhtes Risiko für eine Neuerkrankung bei vorliegender Kindheitsbelastung (OR: 8,7, KI: 2,2-33,5). Ohne Kindheitsbelastung war dieses Ereignis in der Gruppe der Neuerkrankten nicht gegeben. Der risikoerhöhende Effekt für konkrete Probleme und erhöhte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner übersteigt in der Gruppe der Neuerkrankten (OR: 7,9, KI: 2,4-25,9 vs. OR: 4,8, KI: 0,8-29,1) und in der Gruppe der remittiert Gebliebenen (OR: 3,6, KI: 1,5-8,7 vs. OR: 1,5, KI: 0,4-5,2) bei gegebener Kindheitsbelastung deutlich den Effekt ohne Kindheitsbelastung und erreicht auch nur hier Signifikanz. Eine Trennung bzw. Scheidung zeigte in allen drei depressiven Gruppen nur bei den Individuen mit gegebener Kindheitsbelastung einen deutlich erhöhten signifikanten Effekt mit fünf bis dreizehnfacher Risikoerhöhung (Remittierte: OR: 5,2, KI:1,5-18,1 vs. OR: 1,9, KI:0,5-6,7 / Rückfall: OR: 7,2, KI:1,4-36,5 vs. OR: 1,5, KI: 0,2-13,2 / Neuerkrankung: OR: 13,2, KI:3,1-57,4). Bei Individuen mit einer Neuerkrankung aber ohne belastende Kindheitsereignisse war keine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren gegeben. Auch eine extreme Belastung in der Beziehung zu den Kindern zeigte nur bei Individuen mit gegebener Kindheitsbelastung einen signifikanten Effekt (Remittierte: OR: 5,9, KI:1,5-24,1 / Rückfall: OR: 9,7, KI:1,7-54,1). Eine extreme Belastung in der Beziehung zu den eigenen Kindern war ohne eigene Kindheitsbelastungserfahrungen sowohl in der Gruppe der remittiert Gebliebenen als auch der Individuen mit Rückfall nicht gegeben. Umgekehrt trat eine extreme Belastung in der Beziehung zu den Kindern in der Gruppe der Neuerkrankten nur bei Individuen ohne eigene Kindheitsbelastungen auf, erreicht aber keinen signifikanten risikoerhöhenden Effekt (OR: 5,6, KI:0,5-59,7). Eine extreme Belastung in der Beziehung zu den Eltern bzw. Schwiegereltern erreichte nur in der Gruppe mit Neuerkrankung und gegebener Kindheitsbelastung einen signifikanten Effekt (OR: 3,9, KI:1,2-12,5). Bei Neuerkrankten ohne Kindheitsbelastungen trat dieses Ereignis nicht auf. In der Gruppe der Individuen mit einem Rückfall und Kindheitsbelastung liegt der risikoerhöhende Effekt ebenfalls deutlich über dem der Individuen ohne Kindheitsbelastung, erreicht aber keine Signifikanz (OR: 2,4, KI:0,7-8,4 vs. OR: 0,7, KI:0,1-6,2). Gleichfalls liegt der risikoerhöhende Effekt für Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten in allen drei depressiven Gruppen bei gegebener Kindheitsbelastung deutlich über jenem ohne Kindheitsbelastung; er erreicht auch nur in der Gruppe mit Rückfall und gegebener Belastung Signifikanz (OR: 21,6, KI: 3,5-132,9 vs. OR: 3,5, KI: 0,3-35,1).

Die risikoerhöhenden Effekte der *Todesereignisse* werden von dem Vorliegen oder Nichtvorliegen von Kindheitsbelastungen nur in geringem Maße beeinflusst.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine Beeinflussung der Effekte der zeitnahen Ereignisse durch das Vorliegen von Kindheitsbelastungserfahrungen überwiegend für interpersonelle Ereignisse gegeben ist. Stressbesetzte interpersonelle Ereignisse (insbesondere aus dem Partnerschaftsbereich) treten überwiegend bei Individuen auf, die belastenden Erfahrungen in ihrer Kindheit ausgesetzt waren.

6.6.4 Interaktionseffekte spezifischer Kindheits- und zeitnaher Ereignisse

Die soeben dargestellten Befunde zur Änderung der Effektgröße spezifischer zeitnaher Ereignisse durch das Vorliegen von Kindheitsbelastungen führte im nächsten Schritt zu einer näheren Betrachtung spezifischer Interaktionseffekte von ausgewählten distalen und zeitnahen Ereignissen. Die distalen Belastungen „Psychopathologie eines Elternteils“ und „disharmonische Familienverhältnisse“ wurden jeweils mit den zeitnahen Ereignissen „Arbeitsplatzverlust“, „gesteigerte Auseinandersetzungen und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner“ und einer „Trennung bzw. Scheidung“ kombiniert und die resultierende Risikoerhöhung für Rückfall und Neuerkrankung bestimmt. Hierbei zeigte sich, dass die Zellenbesetzungen für die kombinierten Ereignisse gering sind und so teilweise keine logistische Regressionsberechnung durchgeführt werden konnte. Was jedoch gezeigt werden kann ist, dass mit spezifischen Kombinationen ein deutlich gesteigertes Risiko für Rückfall und Neuerkrankung verbunden ist (siehe Abb. 6 bis 8).

*Elterliche Psychopathologie **und** Arbeitsplatzverlust, eigene Trennung/Scheidung, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner*

Insgesamt 6 Personen hatten einen psychopathologisch auffälligen Elternteil und waren zudem von einem zeitnahen Arbeitsplatzverlust betroffen. Hiervon entfielen 4 (66,7%) in eine der Depressions-Gruppen ($\chi^2(3, N=348) = 9,2, p=0,03$). Bei 8 Personen war sowohl ein psychopathologisch auffälliger Elternteil vorhanden als auch gesteigerte Auseinandersetzungen/konkrete Probleme mit dem Lebenspartner. Hiervon sind 6 (75%) einer der Depressions-Gruppen zuzurechnen ($\chi^2(3, N=348) = 15,9, p=0,001$). Für 3 Personen war die Kombination Psychopathologie eines Elternteils und eine zeitnahe Trennung/Scheidung gegeben. Jede dieser drei Personen gehört einer der drei Depressions-Gruppen an ($\chi^2(3, N=348) = 9,1, p=0,03$).

In der *Rückfallgruppe* konnte weder ein Effekt für die Kombination Psychopathologie eines Elternteils und Arbeitsplatzverlust noch für die Kombination mit Trennung/Scheidung berechnet werden, da die erstgenannte Kombination in der Rückfallgruppe und die zweitgenannte in der Gruppe der psychisch Unauffälligen nicht gegeben war. Der

Interaktionseffekt von Psychopathologie eines Elternteils und gesteigerte Auseinandersetzungen/konkrete Probleme mit dem Lebenspartner erreichte keine Signifikanz (OR: 5,1; KI: 0,4-58,4).

Auch für *die Gruppe der Neuerkrankten* konnte das kombinierte Risiko von elterlicher Psychopathologie und einer Trennung/Scheidung nicht bestimmt werden, da diese Kombination wie bereits angesprochen (Kapitel 6.5.3) in der Gruppe der psychisch Unauffälligen nicht gegeben war. Es fand sich aber eine deutliche Steigerung des Risikos, in die Gruppe der Neuerkrankten zu fallen (siehe Abbildung 6), wenn elterliche Psychopathologie (alleine 4-fach) und Arbeitsplatzverlust (alleine 3,7-fach) vorlagen (Odd Ratio=11,8; KI: 1,6-88,4). Ein Risikoanstieg zeigte sich auch für die Kombination Psychopathologie eines Elternteils und gesteigerte Auseinandersetzungen/konkrete Probleme mit dem Lebenspartner (alleine 7-fach) mit einem Odd Ratio von 18,7 (KI: 2,9-119,0).

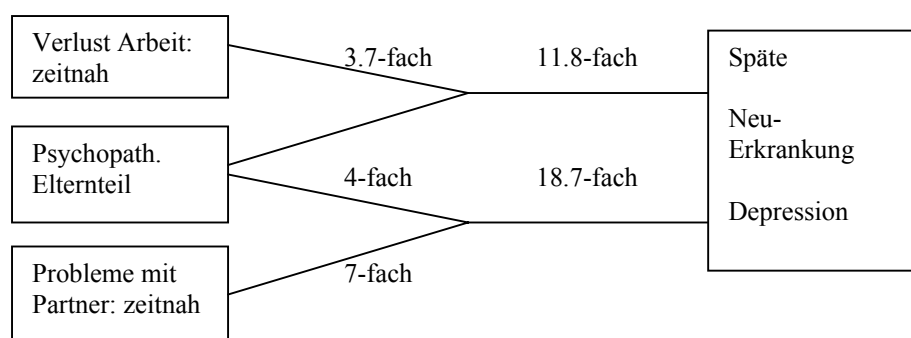


Abbildung 6: Die risikoerhöhenden Effekte von elterlicher Psychopathologie und Arbeitsplatzverlust bzw. Probleme mit dem Lebenspartner für eine Neuerkrankung

Familiäre Disharmonie und Arbeitsplatzverlust, eigene Trennung/Scheidung, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner

Es gab 12 Personen mit der Kombination von familiärer Disharmonie in der Kindheit und zeitnahe Arbeitsplatzverlust. Davon entfielen 7 (58,3%) in eine der drei Depressions-Gruppen ($\chi^2(3, N=348) = 8,5, p=0,04$). Es fanden sich 5 Personen mit der Kombination von familiärer Disharmonie in der Kindheit und zeitnahe Trennung/Scheidung, und hiervon entfielen 4 (80%) in eine der drei Depressions-Gruppen ($\chi^2(3, N=348) = 11,8, p=0,008$). Es gab weiterhin 9 Personen mit der Kombination von familiärer Disharmonie in der Kindheit und zeitnahe gesteigerten Auseinandersetzungen/konkreten Problemen mit dem Lebenspartner. Davon entfielen ebenfalls 7 (77,8%) in eine der drei Depressions-Gruppen ($\chi^2(3, N=348) = 14,8, p=0,002$).

In der *Rückfallgruppe* erwies sich der Interaktionseffekt von familiärer Disharmonie (alleine 3,7-fach) und Trennung/Scheidung (alleine 3,4-fach) mit einer 21,4-fachen Risikoerhöhung (KI: 1,9-246,3) als deutlich über den Einzeleffekten liegend (siehe Abb. 7).

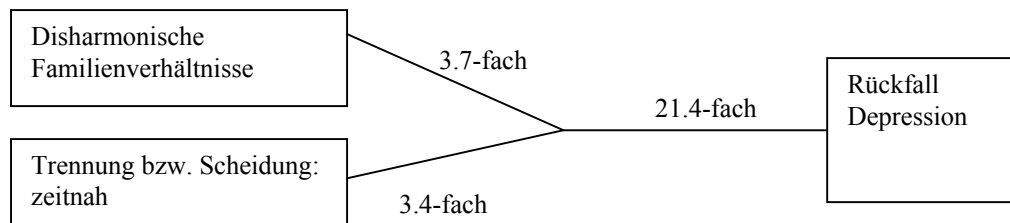


Abbildung 7: Die risikoerhöhenden Effekte von disharmonischen Familienverhältnissen in der Kindheit und einer zeitnahen Trennung/Scheidung für Rückfall

Jede der drei Kombinationen erhöhte gegenüber den gegebenen Einzeleffekten deutlich und signifikant das Risiko, in die *Gruppe der Neuerkrankten* zu fallen (siehe Abb. 8). Familiäre Disharmonie in der Kindheit (alleine, 2,4-fach) und zeitnaher Arbeitsplatzverlust (alleine, 3,7-fach) führen gemeinsam zu einer 7,4-fachen Risikoerhöhung (KI: 1,6-33,3). Die Kombination mit gesteigerte Auseinandersetzungen/konkrete Probleme mit dem Lebenspartner (alleine, 7-fach) erhöht das Risiko um das 18,7-fache (KI: 2,9-119,0). Die Kombination mit Trennung/Scheidung (alleine, 5,1-fach) führte zu einer tendenziell signifikanten Erhöhung des Risikos um das 11,3-fache (KI: 0,7-186,7).

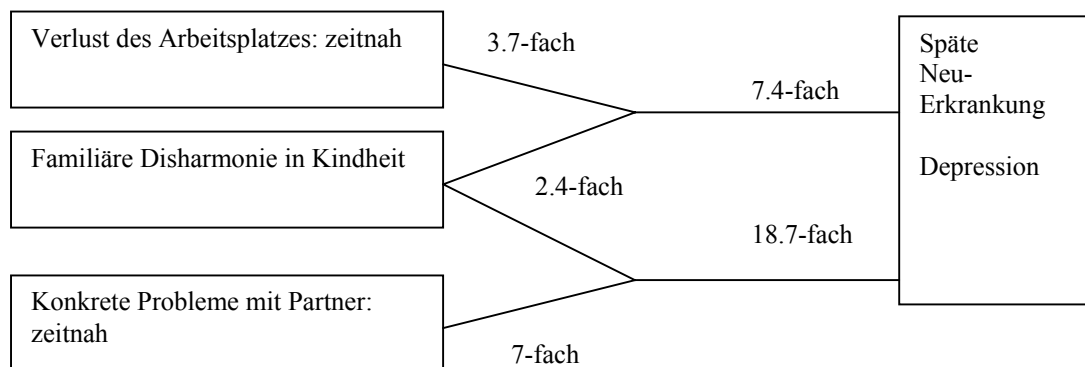


Abbildung 8: Die risikoerhöhenden Effekte von familiärer Disharmonie in der Kindheit und Arbeitsplatzverlust bzw. Probleme mit dem Lebenspartner für eine Neuerkrankung

6.7 Positive Faktoren: Entwicklung und Verlauf der Depression

Zur Beantwortung der Frage, ob positive Erfahrungen in der Kindheit und Jugend sowie positive Persönlichkeitsattribute als Gegenkräfte (Puffer) zu den belastenden Ereignissen eine risikoreduzierende Wirkung auf die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression ausüben, wurde auf der Basis einer Hauptkomponentenanalyse aus ursprünglich 20 positiven Kindheitserfahrungen / Persönlichkeitsattributen fünf Faktoren gebildet und in die nachfolgende Analyse aufgenommen.

Im Folgenden wird die Prävalenz dieser positiven Faktoren sowie ihre Effektgröße dargestellt. Als positive Faktoren betrachtet werden a) die Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes verbunden mit einem hoch stützenden familiären Umfeld, b) eine hohe Integration in Peergruppen während der Jugend verbunden mit dem Vorhandensein von Freundschaften, c) ein hohes Selbstwertgefühl als Jugendlicher (positive Selbstbeschreibung) und eine gegebene hohe Integration in der ersten Ausbildungs- Berufszeit, d) eine hohe Selbstwirksamkeit (niedriges Niveau von Neurotizismus und externaler Kontrollüberzeugung) und e) eine hohe kognitive Befähigung verbunden mit einer hoch positiven, leistungsbezogenen Selbsteinschätzung als Schüler.

6.7.1 Die Prävalenzen positiver Faktoren

In Tabelle 20 wird die Verteilung der soeben angesprochenen positiven Faktoren in den Analysegruppen dargestellt.

Tabelle 20: Die Prävalenz positiver Faktoren in den Analysegruppen

Positiver Faktor	Gesamt	Immer Gesunde	Remittiert Gebliedene	Mit Rückfall	Neu-erkrankte	χ^2
	N=349 N (%)	N=227 N (%)	N=78 N (%)	N=23 N (%)	N=21 N (%)	
Lebensraum weit/ fam. Umfeld pos.	191 (56,5%)	131 (59,6%)	41 (54,0%)	13 (56,5%)	6 (31,6%)	5,8
Hohe Selbstwirksamkeit	172 (49,3%)	132 (58,2%)	30 (38,5%)	5 (21,7%)	5 (23,8%)	23,2***
Hohe Integration in Peergruppen	177 (50,7%)	125 (55,1%)	34 (43,6%)	8 (34,8%)	10 (47,6%)	5,7
Positives Selbstwertgefühl in Jugend	192 (55,0%)	136 (59,9%)	36 (46,2%)	10 (43,5%)	10 (47,6%)	6,4
Kog. Befäh. hoch / positives leistungs- Selbstbild	62 (17,8%)	37 (16,3%)	17 (21,8%)	5 (21,7%)	3 (14,3%)	1,6

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Bei mehr als der Hälfte der Gesamtgruppe war in Kindheit und Jugend ein *ausgedehnter Lebensraum und ein hoch stützendes elterliches Umfeld* gegeben. Bezogen auf die einzelnen Analysegruppen findet sich die höchste Prävalenz in der Gruppe der „immer Gesunden“ (59,6%), gefolgt von der Rückfallgruppe (56,5%) und den remittiert Gebliebenen (54,0%). Die niedrigste Prävalenz, mit weniger als einem Drittel der Personen (31,6%) findet sich in der Gruppe der Neuerkrankten.

Eine *hohe Selbstwirksamkeit* war in knapp der Hälfte der Gesamtgruppe vorhanden (49,3%). Bezogen auf die einzelnen Analysegruppen findet sich hier ein hochsignifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der „immer Gesunden“ (58,2%) und den drei Depressions-Gruppen, sowie zwischen der Gruppe der remittiert Gebliebenen und der Gruppe mit Rückfall bzw. Neuerkrankung. Verfügten in der Gruppe der remittiert Gebliebenen noch 38,5% über eine hohe Selbstwirksamkeit, waren dies in der Gruppe der Neuerkrankten nur noch 23,8% und in der Gruppe mit Rückfall lediglich noch 21,7%.

Eine *hohe Integration in Peergruppen und das Vorhandensein von Freundschaften* war gleichfalls bei der Hälfte (50,7%) der Individuen der Gesamtgruppe gegeben. Bezogen auf die einzelnen Analysegruppen fand sich wiederum die höchste Prävalenz in der Gruppe der „immer Gesunden“ (55,1%), gefolgt von den Neuerkrankten (47,6%) und den remittiert Gebliebenen (43,6%). Die niedrigste Prävalenz fand sich mit gut einem Drittel (34,8%) in der Gruppe mit Rückfall.

Über ein *positives Selbstbild als Jugendlicher* verfügten mehr als die Hälfte der Gesamtgruppe (55,0%). Bezogen auf die einzelnen Analysegruppen zeigte sich hier ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen den „Immer Gesunden“ (59,9%) und den Depressions-Gruppen. Die Prävalenz eines positiven Selbstbildes als Jugendlicher lag bei den Neuerkrankten bei 47,6%, gefolgt von den remittiert Gebliebenen (46,2%) und hatte den niedrigsten Wert (43,5%) bei den Individuen mit einem Rückfall.

Eine *hohe kognitive Befähigung verbunden mit einem positiven leistungsbezogenen Selbstbild als Schüler* fand sich lediglich bei gut einem Sechstel der Gesamtgruppe (17,8%). Bezogen auf die einzelnen Analysegruppen zeigte sich hier die höchste Prävalenz in der Gruppe der remittiert Gebliebenen (21,8%) und in der Rückfallgruppe (21,7%). Die niedrigste Prävalenz fand sich in der Gruppe mit einer Neuerkrankung (14,3%), gefolgt von den „immer Gesunden“ (16,3%).

6.7.2 Der Einfluss positiver Faktoren auf Entwicklung und Verlauf

Der Einfluss der positiven Faktoren auf die Entstehung den weiteren Verlauf einer Depression wurde ebenfalls im ersten Schritt im Rahmen bivariater logistischer Regressionen überprüft.

Die Effekte (Odd Ratios) wurden jeweils getrennt für die drei Depressions-Gruppen versus die Referenzgruppe der „Immer Gesunden“ berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 dargestellt.

Bis auf den Faktor einer hohen kognitiven Befähigung, verbunden mit einem positiven leistungsbezogenen Selbstbild als Schüler zeigte jeder der einbezogenen Faktoren einen risikoreduzierenden Effekt auf die Entwicklung einer Lebenszeitdepression, für einen Rückfall und für eine Neuerkrankung.

Tabelle 21: Der Einfluss positiver Faktoren in den Analysegruppen (bivariate logistische Regression)

Positiver Faktor	Remittiert Gebliene OR (KI 95%)	Mit Rückfall OR (KI 95%)	Neu- erkrankte OR (KI 95%)
Ausgedehnter Lebensraum/hoch stützendes fam. Umfeld	.80 (0,5-1,4)	.88 (0,4-2,1)	.30* (0,1-0,9)
Hohe Selbstwirksamkeit	.45** (0,3-0,8)	.20** (0,1-0,6)	.22** (0,1-0,6)
Hohe Integration in Peergruppen	.63 (0,4-1,1)	.43 (0,2-1,1)	.70 (0,3-1,8)
Positives Selbstwertgefühl in Jugend	.57* (0,3-1,0)	.50 (0,2-1,2)	.60 (0,3-1,5)
Hohe kognitive Befähigung / positives leistungsb. Selbstbild	1,4 (0,8-1,4)	1,4 (0,5-4,5)	.90 (0,2-3,1)

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

Der höchste reduzierende Effekt für eine Lebenszeitdepression zeigte sich für hohe Selbstwirksamkeit mit einer Reduzierung des Risikos um den Faktor 2,2 (OR: .45, KI: 0,3-0,8). Ein positives Selbstwertgefühl als Jugendlicher reduziert gleichfalls signifikant das Risiko um den Faktor 1,8 (OR: .57, KI: 0,3-1,0). Auch einer hohen Integration in Peergruppen kommt tendenziell mit einer Absenkung von 1,6 (OR: .63, KI: 0,4-1,1) Signifikanz zu.

Eine hohe Selbstwirksamkeit reduziert gleichfalls signifikant und in noch größerem Ausmaß das Risiko für einen Rückfall um das Fünffache (OR: .20, KI: 0,1-0,6). Auch hier kommt einer hohen Integration in Peergruppen mit einer Absenkung des Risikos für einen Rückfall um den Faktor 2,3 (OR: .43, KI: 0,2-1,1) tendenziell Signifikanz zu.

Auch das Risiko für eine Neuerkrankung wird signifikant um den Faktor 4,5 (OR: .22, KI: 0,1-0,6) durch eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit reduziert. Das Aufwachsen in einem ausgedehnten Lebensraum und hoch stützenden elterlichen Umfeld reduziert gleichfalls signifikant das Risiko für eine Neuerkrankung um den Faktor 3,3 (OR: .30, KI: 0,1-0,9).

6.7.3 Interaktionen: Kindheitsbelastungen, zeitnahe Ereignisse, positive Faktoren

Vor der Integration der relevanten Kindheitsbelastungsereignisse, der relevanten zeitnahen Ereignisse und der relevanten positiven Faktoren in einem gemeinsamen Modell, wurde in einem vorletzten Schritt der Analysen folgender Frage nachgegangen: In welcher Größenordnung wird der jeweils signifikante risikoerhöhende Effekt spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse und zeitnaher Ereignisse durch das gleichzeitige Vorhandensein der für die jeweilige Gruppe relevanten positiven Faktoren abgesenkt? Die Interaktionseffekte (Odd Ratios) für die jeweils verbundenen Belastungsfaktoren mit den positiven Faktoren wurden anhand bivariater logistischer Regressionen berechnet. Die Ergebnisse für die Gruppe der remittiert Gebliebenen, für Rückfall und Neuerkrankung sind in den Tabellen 22 bis 24 dargestellt.

Tabelle 22: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse alleine und in Interaktion mit positiven Faktoren: Remittiert gebliebene Depressive

Ereignisse / Interaktion	Remittiert Gebliebene OR (KI 95%)
Trauma	2,8* (1,1-7,2)
Trauma x hohe Selbstwirksamkeit	1,8 (0,4-7,6)
Trauma x positives Selbstwertgefühl	1,3 (0,3-5,0)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,8** (1,4-5,5)
Konkrete Probl. x hohe Selbstwirksamkeit	2,0 (0,7-5,8)
Konkrete Probl. x positives Selbstwertgefühl	1,6 (0,6-4,0)
Trennung bzw. Scheidung	3,0** (1,3-6,8)
Trennung x hohe Selbstwirksamkeit	2,1 (0,7-7,0)
Trennung x positives Selbstwertgefühl	1,3 (0,3-5,0)

Signifikanzen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

In der Gruppe der remittiert Gebliebenen wird der risikoerhöhende Effekt von Trauma, von konkreten Problemen mit dem Lebenspartner und von einer aktuellen Trennung bzw. Scheidung am höchsten reduziert durch positives Selbstwertgefühl/Selbstbild als Jugendlicher. Gleichfalls reduziert eine hohe Selbstwirksamkeit die Effekte aller einbezogenen Belastungsfaktoren zur Nichtsignifikanz (siehe Tabelle 22).

In der Rückfallgruppe wird der risikoerhöhende Effekt von Aufwachsen mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil deutlich abgesenkt und nichtsignifikant sowohl durch eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit als auch durch eine gegebene hohe Integration in Peergruppen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse alleine und in Interaktion mit positiven Faktoren: Rückfall

Ereignisse / Interaktion	Mit Rückfall OR (KI 95%)
Psychopathologie Elternteil	5.1** (1,4-18,1)
Psychopath. Elternteil x hohe Selbstwirks.	1,4 (0,2-12,2)
Psychopath. Elternteil x hohe Integration	3,4 (0,3-34,0)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,6⁺ (0,9-7,6)
Konkrete Probl. x hohe Selbstwirksamkeit	1,1 (0,1-9,1)
Konkrete Probl. x hohe Integration	2,1 (0,4-10,0)
Trennung bzw. Scheidung	3,4* (1,0-11,6)
Trennung x hohe Selbstwirksamkeit	-
Trennung x hohe Integration	3,5 (0,7-18,4)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001; Legende: - bedeutet, dass Kombination nicht gegeben war.

Auch zeitnahe Ereignisse, wie konkrete Probleme mit dem Lebenspartner und eine Trennung bzw. Scheidung, verlieren ihre signifikanten Effekte bei gegebener hoher Selbstwirksamkeit. Eine Trennung bzw. Scheidung trat bei hoher Selbstwirksamkeit nicht auf. Eine hohe Integration in Peergruppen reduziert die Effekte der beiden zeitnahen Belastungen deutlich geringer als eine hohe Selbstwirksamkeit.

Das Aufwachsen in einem ausgedehnten Lebensraum und hoch stützenden elterlichen Umfeld reduziert den risikoerhöhenden Effekt von Tod eines Geschwisters für eine Neuerkrankung deutlich (siehe Tabelle 24). Die Kombination aus hoher Selbstwirksamkeit und Tod eines Geschwisters lag nicht vor. Einbezogen wurde daraufhin das Aufwachsen mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil als weitere risikoerhöhende Kindheitsbelastung. Es zeigte sich, dass es keinen Neuerkrankten mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil und hoher Selbstwirksamkeit oder mit der Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes und hoch stützenden elterlichen Umfeldes gibt. Die Effekte von konkreten Problemen mit dem Lebenspartner und Trennung bzw. Scheidung werden in Gegenwart von hoher Selbstwirksamkeit und der Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes und hoch stützenden elterlichen Umfeldes deutlich abgesenkt (siehe Tabelle 24). Es muss erwähnt werden, dass es keinen Neuerkrankten mit der Kombination aus Scheidung und positiv erlebtem familiären Umfeld in Kindheit und Jugend gibt.

Tabelle 24: Risikoerhöhende Effekte belastender Kindheitsereignisse und zeitnaher Ereignisse alleine und in Interaktion mit positiven Faktoren: Neuerkrankte

Ereignisse / Interaktion	Neuerkrankte OR (KI 95%)
Tod eines Geschwisters	5,9* (1,0-34,1)
Tod Geschwister x hohe Selbstwirksamkeit	-
Tod Geschwister x ausg. Lebensraum/stützendes fam. Umfeld	3,0 (0,3-28,3)
Psychopathologie Elternteil	4,0* (1,0-16,2)
Psychopath. Elternteil x hohe Selbstwirksamkeit	-
Psychopath. Elternteil x ausg. Lebensraum/stützendes fam. Umfeld	-
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	7,0*** (2,6-18,3)
Konkrete Probl. x hohe Selbstwirksamkeit	2,5 (0,5-12,6)
Konkrete Probl. x ausg. Lebensraum/stützendes fam. Umfeld	3,5 (0,9-14,0)
Trennung bzw. Scheidung	5,1** (1,6-16,2)
Trennung x hohe Selbstwirksamkeit	3,3 (0,6-17,0)
Trennung x ausg. Lebensraum/stützendes fam. Umfeld	-

Signifikanzen: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001; Legende: - bedeutet, dass Kombination nicht gegeben war.

6.8 Distale und proximale Risiko- und Schutzfaktoren (multivariat)

In einem letzten Schritt der Analysen erfolgte eine Integration der relevanten positiven Faktoren, der relevanten Kindheitsbelastungen und zeitnahen Belastungen in einem gemeinsamen Modell (jeweils getrennt für Lebenszeitdepression, Rückfall und Neuerkrankung versus die Referenzgruppe der „immer Gesunden“). In diese Abschlussmodelle wurden alle relevanten Belastungsereignisse aus den zuletzt berechneten multivariaten Modellen (Kindheits- und zeitnahe Ereignisse in einem Modell) und die für die Gruppen jeweils relevanten positiven Faktoren aufgenommen. Hinzu kommen zwei weitere als gesichert geltende Risikofaktoren (Wittchen, 2000), die relevante soziale Lagemerkmale betreffen: weibliches Geschlecht und fehlende Partnerschaft. Die Risiko- bzw. positiven Faktoren, die Relevanz beibehalten, werden in den Tabellen 25 bis 27 dargestellt.

6.8.1 Risiko- und positive Faktoren: Lebenszeitdepression mit Remission

In Tabelle 25 sind die in einer multivariaten Analyse berechneten risikoerhöhenden bzw. absenkenden Effekte der 13 einbezogenen Faktoren für die Ausbildung einer Lebenszeitdepression mit Remission, abgebildet. In der Legende mitgeteilt werden auch relevante statistische Kennwerte für die Signifikanz des Gesamtmodells (loglikelihood-Chiquadrat), der Wald-Test für Interaktionseffekte und ein dem aus der linearen Regressionsberechnung ähnlicher Determinationskoeffizient R^2 .

Tabelle 25: Risikofaktoren und positive Faktoren in einem gemeinsamen Modell: Remittiert gebliebene Depressive

Risikofaktoren / positive Faktoren	Remittiert Gebliebene OR (KI 95%)
Soziale Lagemerkmale	
Weibliches Geschlecht	2,6** (1,4-5,1)
Fehlende Partnerschaft	5,5*** (2,3-13,3)
Kindheitsbelastungen	
Tod des Vaters	3,5* (1,1-11,4)
Trauma/Unfall	4,4** (1,4-13,3)
Disharmonische Familienverhältnisse	1,9 (0,8-4,8)
Positive Erfahrung/Persönlichkeitsattribut	
Hohe Selbstwirksamkeit	0,6 ⁺ (0,3-1,1)
Hohes Selbstwertgefühl/Selbstbild Jugend	0,9 (0,5-1,7)
Zeitnahe Belastungen	
Lebensbedrohliche Erkrankung	5,3* (1,2-22,7)
Belastungen im Alltag wg.	1,9 (0,6-5,9)
Gesundheit/Schmerzen	
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2,2 ⁺ (0,9-5,0)
Trennung/Scheidung	2,0 (0,6-6,0)
Belastung der Beziehung zu den Kindern	2,8** (1,4-5,4)
Tod eines Verwandten/Freundes/Bekanntnen	1,9 (0,8-4,9)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 127,4 / DF: 129 / V:DF=.99 / PR > Chisq = .52;

Loglikelihood- : χ^2 : 79,0, DF: 13, p<.0001 ; Wald-Test-Score: 53,5, DF:13, p<.0001; R²: .23, M-R²: .34.

Weibliches Geschlecht erhöht das Risiko für eine Lebenszeitdepression signifikant um den Faktor 2,6 (KI: 1,4-5,1), und eine fehlende Partnerschaft erhöht dieses Risiko um mehr als das Fünffache (OR: 5,5, KI: 2,3-13,3). Sowohl der Tod des Vaters als auch ein erlittenes Trauma bzw. ein Unfall mit Verletzungsfolgen behalten auch multivariat Relevanz mit drei- bis vierfacher Risikoerhöhung. Von den zeitnahen Ereignissen behält das Erleiden einer lebensbedrohlichen Erkrankung (OR: 5,3, KI: 1,2-22,7) und Belastungen in der Beziehung zu den Kindern (OR: 2,8, KI:1,4-5,4) fünffache und dreifache Risikoerhöhung bei. Tendenziell signifikant verbleiben konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner (OR: 2,2, KI: 0,9-5,0).

Von den beiden einbezogenen positiven Faktoren (hohe Selbstwirksamkeit und hohes Selbstwertgefühl bzw. positives Selbstbild als Jugendlicher) wirkt sich in Gegenwart der

Belastungsfaktoren nur eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit tendenziell signifikant risikoabsenkend (um den Faktor 1,7, OR: 0,6, KI:0,3-1,1) aus.

6.8.2 Risiko- und positive Faktoren: Rückfall

In Tabelle 26 sind die in der multivariaten Analyse berechneten multivariat risikoerhöhenden bzw. absenkenden Effekte der zehn einbezogenen Faktoren für das Auftreten eines Rückfalles in den vier Erhebungszwischenjahren abgebildet.

Tabelle 26: Risikofaktoren und positive Faktoren in einem gemeinsamen Modell: Rückfall

Risikofaktoren / positive Faktoren	Rückfall OR (KI 95%)
Soziale Lagemerkmale	
Weibliches Geschlecht	1,8 (0,3-10,0)
Fehlende Partnerschaft	13,2*** (3,1-57,2)
Positive Erfahrung/Persönlichkeitsattribut	
Hohe Selbstwirksamkeit	0,19* (0,0-0,8)
Hohe Integration in Peergruppen	0,9 (0,2-4,5)
Zeitnahe Belastungen	
Operation	2,8 (0,7-11,5)
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Hausverw.	4,5 (0,7-28,8)
Änderung der Wohnsituation/Umzug	21,6*** (3,9-121,2)
Belastung der Beziehung zu den Eltern	4,0⁺ (0,9-16,8)
Belastung der Bez. zu Freunden/Bekannten	33,3** (2,7-411,2)
Tod eines Kindes	362,5** (4,2->999,9)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 122,3 / DF: 80 / V:DF=1,5 / PR > Chisq = .0;

Loglikelihood- : χ^2 : 84,5, DF: 10, p<.0001 ; Wald-Test-Score: 31,8, DF:13, p<.0004; R²: .29, M-R²: .63.

Im Gegensatz zur Lebenszeitdepression erhöht weibliches Geschlecht nicht signifikant das Risiko für einen Rückfall (OR: 1,8, KI: 0,3-9,9). Eine fehlende Partnerschaft dagegen erhöht dieses Risiko hochsignifikant um mehr als das Dreizehnfache (OR: 13,2, KI: 3,1-57,2). Von den einbezogenen zeitnahen Ereignissen verbleiben Änderungen in der Wohnsituation bzw. Umzug (OR: 21,6, KI: 3,9-121,2), Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten (OR: 33,3, KI: 2,7-411,2) und der Tod eines Kindes (OR: 362,5, KI: 4,2->999,9) hochsignifikant risikoerhöhend.

Von den einbezogenen positiven Faktoren reduziert nur eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit das Risiko für einen Rückfall um den Faktor 5,3 (OR: 0,19, KI: 0,0-0,8). Einer hohen Integration in Peergruppen kommt keine Signifikanz zu.

6.8.3 Risiko- und positive Faktoren: „Späte“ Neuerkrankung

In Tabelle 27 werden die in der multivariaten Analyse berechneten risikoe erhöhenden bzw. absenkenden Effekte der sechs verbliebenen Faktoren für das erstmalige Auftreten einer depressiven Episode in den vier Erhebungszwischenjahren dargestellt.

Tabelle 27: Risikofaktoren und positive Faktoren in einem gemeinsamen Modell: Neuerkrankung

Risikofaktoren / positive Faktoren	Neuerkrankte OR (KI 95%)
Soziale Lagemerkmale	
Weibliches Geschlecht	2,1 (0,7-6,2)
Fehlende Partnerschaft	2,8 (0,7-10,8)
Positive Erfahrung/Persönlichkeitsattribut	
Hohe Selbstwirksamkeit	0,27* (0,1-0,8)
Ausged. Lebensraum/stützendes fam. Umfeld	0,4⁺ (0,1-1,2)
Zeitnahe Belastungen	
Größere finanzielle Belastungen/Schulden	4,9** (1,4-16,6)
Trennung/Scheidung	6,2** (1,6-23,4)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Pearson-Goodness-of-Fit: χ^2 : 32,2 / DF: 30 / V:DF=1,1 / PR > Chisq = .36;

Loglikelihood- : χ^2 : 29,5, DF: 6, p<.0001 ; Wald-Test-Score: 22,7, DF:6, p<.0009; R²: .12, M-R²: .27.

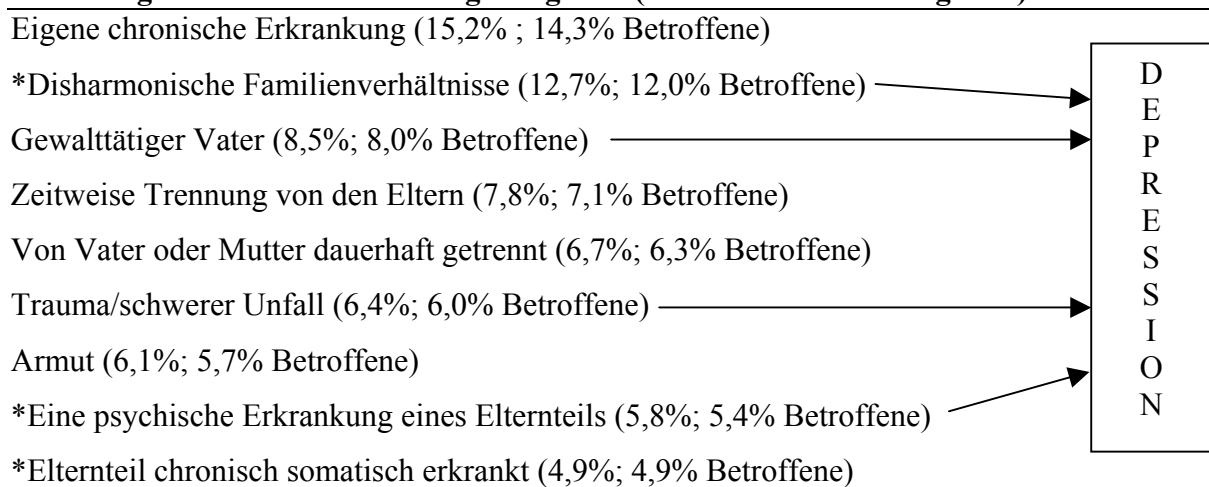
Auch für das erstmalige Auftreten einer depressiven Episode im mittleren Erwachsenenalter kommt weiblichem Geschlecht kein signifikant risikoe erhöhender Effekt zu (OR: 2,1, KI: 0,7-6,2). Gleichfalls erreicht auch eine fehlende Partnerschaft, trotz wesentlicher Risikoerhöhung um den Faktor 2,8 (OR: 2,8, KI: 0,7-10,8), keine signifikante Bedeutung. Dagegen verbleiben die beiden zeitnahen Ereignisse finanzielle Belastungen/Schulden (OR: 4,9, KI: 1,4-16,6) bzw. eine Trennung/Scheidung (OR: 6,2, KI: 1,6-23,4) signifikant risikoe erhöhend um den Faktor 5 bzw. 6.

Beide positiven Faktoren (hohe Selbstwirksamkeit und das Erleben eines ausgedehnten Lebensraumes verbunden mit einem hoch stützenden familiären Umfeld) reduzieren das Risiko für eine Neuerkrankung deutlich. Hierbei führt eine hohe Selbstwirksamkeit zu einer signifikanten Absenkung des Risikos um den Faktor 3,8 (OR: 0,27, KI: 0,1-0,8). Ein ausgedehnter Lebensraum verbunden mit einem hoch stützenden familiären Umfeld verringert tendenziell das Risiko um den Faktor 2,5 (OR: 0,4, KI: 0,1-1,2).

6.9 Zusammenfassende Darstellung der Befunde

Im folgenden Überblick zu den Ergebnissen dieser Arbeit wird in tabellarischer Form dargestellt, welche distalen und proximalen Ereignisse am häufigsten in der Gesamtstichprobe gegeben waren und welche davon zwischen den Analysegruppen differenzieren konnten. Es schließen sich vier Auflistungen an, die Auskunft dazu geben, welche Charakteristika „psychisch Gesunde“ von den drei depressiven Verlaufgruppen unterscheiden. Im Anschluss folgt ein Vergleich der drei depressiven Gruppen untereinander. Diese überblicksartige Darstellung leitet zur Interpretation und Diskussion der zentralen Befunde der Arbeit über.

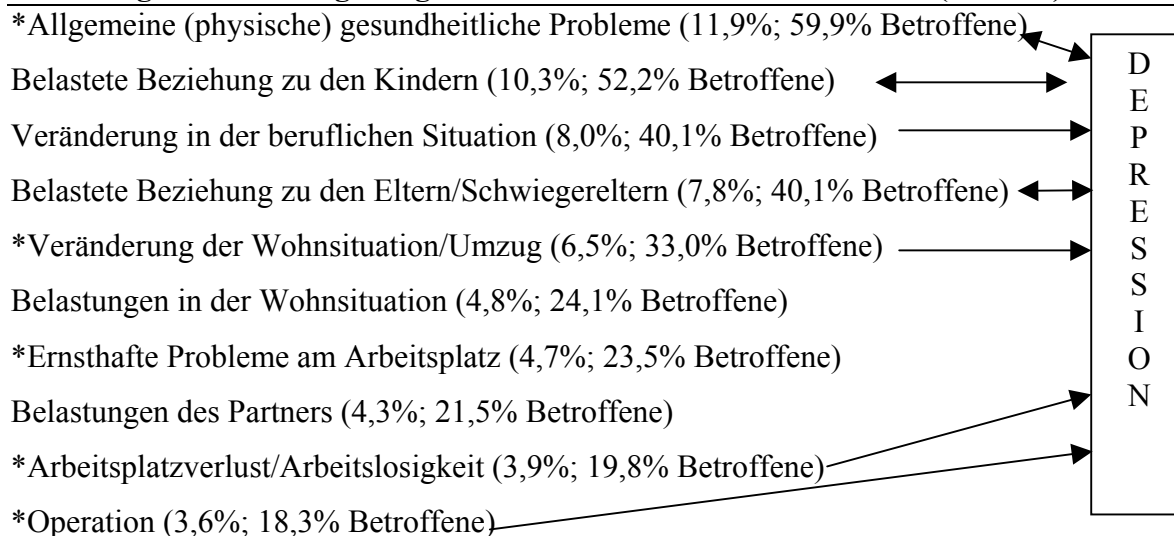
Die häufigsten Kindheitsbelastungsereignisse (N=330 benannte Ereignisse)



Anmerkungen:

- * Das Sternsymbol bedeutet, dass die Kindheitsbelastung signifikant unterschiedlich in den Analysegruppen verteilt ist;
- Die erste Zahlenangabe in der Klammer bezieht sich auf den prozentualen Anteil der Kindheitsbelastung an allen benannten Belastungen, und die zweite bezieht sich jeweils auf den prozentualen Anteil an betroffenen Personen der Analysestichprobe (N=349).

Die häufigsten Belastungsereignisse im mittleren Erwachsenenalter (N=1761)



Anmerkungen:

- * Das Sternsymbol bedeutet, dass die Kindheitsbelastung signifikant unterschiedlich in den Analysegruppen verteilt ist;
- Die erste Zahlenangabe in der Klammer bezieht sich auf den prozentualen Anteil der Kindheitsbelastung an allen benannten Belastungen, und die zweite bezieht sich jeweils auf den prozentualen Anteil an betroffenen Personen der Analytestichprobe (N=349).
- Der doppelköpfige Pfeil bedeutet, dass das Ereignis in Zusammenhang mit einer Lebenszeitdepression steht, also nur bei Remittierten im Vergleich zu Gesunden verstärkt aufgetreten ist und demzufolge eher als eine Konsequenz der depressiven Störung gesehen werden kann.

Was charakterisiert „Psychisch Gesunde“?

- **Frauenanteil:** 38,3%
- **Externe Ressourcen:** Partner vorhanden bei 93,0%; Anteil Berufstätiger ist 82,8%
- **Ressourceneinschränkung:** eher gering; Anteil Geschiedener ist 9,3% und der Anteil Lediger ist 7,5%; berentet sind 5,7% und arbeitslos sind 4,9%
- **Somatische Erkrankungen:** die durchschnittliche Anzahl an Erkrankungen betrug zu T1 1,7 Erkrankungen und zu T2 2,1 Erkrankungen (signifikant niedriger als in den depressiven Verlaufgruppen)
- **Emotionale Labilität:** signifikant niedrigeres Niveau emotionaler Labilität als jede der drei depressiven Verlaufgruppen, mit einem Summenmittelwert von 15,9 (T1) und 14,1 zu T2
- **Kindheitsereignisse:** am häufigsten waren eigene chronische Erkrankung (12,3%), disharmonische Familienverhältnisse (8,8%) und gewalttätiger Vater (6,1%); durchschnittliche Anzahl war 0,8; Anteil Hochbelasteter war 18,1% (zwei und mehr Ereignisse sind gegeben)

- **Zeitnahe Ereignisse:** am häufigsten waren gesundheitliche Probleme (54,0%), Belastung der Beziehung zu den Kindern (48,7%) und Veränderung der beruflichen Situation (38,0%); die durchschnittliche Anzahl von Ereignissen betrug 5,9; der Anteil Hochbelasteter betrug 37,4% (sieben und mehr Ereignisse sind gegeben)
- **Positive Ressourcen:** ausgedehnter Lebensraum und stützende Eltern (59,6%), hohe Selbstwirksamkeit (58,2%), hohe Integration in Peergruppen (55,1%), positives Selbstwertgefühl/Selbstbild als Jugendlicher (59,9%)

Anmerkung: Alle soziodemografischen Angabe beziehen sich auf ILSE T1;

Was charakterisiert remittiert Gebliebene?

- **Frauenanteil:** 71,8%
- **Externe Ressourcen:** Partner vorhanden bei 71,8%; Anteil Berufstätiger ist 69,2%
- **Ressourceneinschränkung:** Anteil Geschiedener ist 26,9% und der Anteil Lediger ist 9%; berentet sind 7,7% (niedrigster Anteil) und arbeitslos sind 12,8%
- **Psychiatrische Komorbidität:** 31% mit Angst komorbid und 11% mit Alkohol (jeweils mittlerer Rangplatz)
- **Somatische Komorbidität:** niedrigste durchschnittliche Anzahl mit 2,6 Erkrankungen zu T1 und auch zu T2 mit 3,0 Erkrankungen
- **Emotionale Labilität:** niedrigstes Niveau emotionaler Labilität mit einem Summenmittelwert von 20,6 (7,1)
- **Kindheitsereignisse:** Tod des Vaters (7,6%) und Trauma (11,4%) (bivariat und multivariat risikoe erhöhend, beide stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit anderen Ereignissen); durchschnittliche Anzahl war 1,0; Anteil Hochbelasteter war 24,4%
- **Zeitnahe Ereignisse:** Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit (21,5%), gesundheitliche Probleme (70,9%), Operation (24%), Krankenhaus (10%), finanzielle Belastungen (15,2%), Probleme mit dem Lebenspartner (22,8%) und Trennung/Scheidung (15,2%); niedrigste durchschnittliche Anzahl von Ereignissen mit 8,6; niedrigster Anteil Hochbelasteter mit 60,3%
- **Positive Ressourcen:** höchster Anteil mit hoher Selbstwirksamkeit (38,5%), mittlerer Rang bei positivem Selbstwertgefühl/Selbstbild als Jugendlicher (46,2%)

Anmerkung: alle soziodemografischen Angaben beziehen sich auf ILSE T1;

Was charakterisiert Personen mit einem Rückfall?

- **Frauenanteil:** 75,0%
- **Externe Ressourcen:** niedrigster Anteil Partner vorhanden mit 47,8%; niedrigster Anteil Berufstätiger mit 65,2
- **Ressourceneinschränkung:** höchster Anteil Geschiedener mit 43,5% und höchster Anteil Lediger mit 17,4; höchster Anteil an Berentungen mit 13% und an Arbeitslosen mit 21,7%
- **Psychiatrische Komorbidität:** 52,2% mit Angststörung und 30,4% mit einer Alkoholstörung (je höchster Anteil)
- **Somatische Komorbidität:** höchste durchschnittliche Anzahl mit 3,2 Erkrankungen zu T1 und mittlere Position zu T2 mit 3,3
- **Emotionale Labilität:** höchstes Niveau emotionaler Labilität von 23,8 (6,5)
- **Kindheitsereignisse:** Psychopathologie eines Elternteils (17,9%), gewalttätiger Vater (17,4%) und disharmonische Familienverhältnisse (26,1%) (bivariat, nicht multivariat risikoerhöhend), alle drei stehen in einem moderaten hochsignifikanten Bezug zueinander, $r > .30$ sowie zu anderen distalen und zeitnahen Ereignissen; durchschnittliche Anzahl war 1,3; Anteil Hochbelasteter war 30,4%, dies entspricht jeweils dem mittleren Rangplatz.
- **Zeitnahe Ereignisse:** Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit (21,7%), Gesundheitliche Probleme (69,6%), Operation* (39,1%), Probleme mit Chef/Kollegen* (26%), finanzielle Belastungen* (26,1%), juristische Auseinandersetzungen* (21,7%), Probleme mit dem Lebenspartner (21,7%) und Trennung/Scheidung* (17,4%), Umzug/Veränderung der Wohnsituation** (78,3%), Belastung der Beziehung zu Freunden** (21,7%) und Tod eines Kindes** (8,7%); höchster Rang bei der durchschnittlichen Anzahl von Ereignissen mit 9,7; mittlerer Rang beim Anteil Hochbelasteter mit 69,6%
- **Positive Ressourcen:** niedrigster Anteil mit hoher Selbstwirksamkeit** (21,7%), niedrigster Anteil mit hoher Integration in Peergruppen (34,8%) und positivem Selbstwertgefühl in der Jugend (43,5%) – Personen mit Rückfall waren und sind nicht gut integriert.

Anmerkung: Alle soziodemografischen Angaben beziehen sich auf ILSE T1. Die zeitnahen Belastungsereignisse, die mit *gekennzeichnet sind zeigten bivariat eine signifikante Risikoerhöhung für einen Rückfall, **diese Ereignisse zeigten auch multivariat eine Risikoerhöhung.

Was charakterisiert späte Neuerkrankte?

- **Frauenanteil:** 62,5%
- **Externe Ressourcen:** Anteil Partner vorhanden ist mit 71,4% fast gleich wie bei Remittierten; höchster Anteil Berufstätiger mit 71,4%
- **Ressourceneinschränkung:** niedrigster Anteil Geschiedener mit 23,8% und mittlerer Anteil Lediger mit 14,3%; mittlerer Rang bez. Anteil an Berentungen mit 9,5% und an Arbeitslosen mit 9,5%
- **Psychiatrische Komorbidität:** 19,0% mit Angststörung und 14,3% mit einer Alkoholstörung (niedrigster Rang bei Angst und bei Alkoholstörung gering über den Remittierten)
- **Somatische Komorbidität:** niedrigste durchschnittliche Anzahl mit 3,0 Erkrankungen zu T1 und höchste zu T2 mit 3,6.
- **Emotionale Labilität:** mittleren Rang bez. des Niveaus emotionaler Labilität von 21,2 (6,5)
- **Kindheitsereignisse:** Psychopathologie eines Elternteils (14,3%), Tod von Geschwistern (9,5%) (nur bivariat risikoe erhöhend, beide stehen in signifikanten Zusammenhängen mit anderen distalen und zeitnahen Ereignissen); durchschnittliche Anzahl war 1,4; Anteil Hochbelasteter war 42,9%, dies entspricht jeweils dem höchsten Rangplatz.
- **Zeitnahe Ereignisse:** Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit* (42,8%), Probleme mit dem Chef und den Kollegen* (28,6%), Berentung/Krankschreibung (9,5%), gesundheitliche Probleme (71,4%), lebensbedrohliche Erkrankung* (14,3%), größere finanzielle Belastungen** (33,3%), Probleme mit dem Lebenspartner* (42,8%), Trennung/Scheidung** (23,8%); fast identisch mit den Rückfällen bei der durchschnittlichen Anzahl von Ereignissen mit 9,5; höchster Rang beim Anteil Hochbelasteter mit 76,2%
- **Positive Ressourcen:** niedrigster Anteil mit ausgedehntem Lebensraum/stützendes Umfeld (31,6%), mittlerer Rang bez. Anteil mit hoher Selbstwirksamkeit (23,8%), jeweils höchster Rang bei hohe Integration in Peergruppen (47,6%) und positives Selbstwertgefühl/Selbstbild als Jugendlicher (47,6%)

Anmerkung: Alle soziodemografischen Angaben beziehen sich auf ILSE T1. Die zeitnahen Belastungsereignisse, die mit *gekennzeichnet sind zeigten bivariat eine signifikante Risikoerhöhung für einen Rückfall, **diese Ereignisse zeigten auch multivariat eine Risikoerhöhung.

7 Interpretation und Diskussion

Das längsschnittlich angelegte Design der ILSE mit Daten der beiden, vier Jahre auseinanderliegenden Erhebungszeitpunkte ermöglichte eine getrennte Betrachtung dreier depressiver Verlaufsgruppen bezüglich einer großen Spannweite distaler und proximaler Belastungsfaktoren sowie positiver Ressourcen. Im Rahmen einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise können positive Erfahrungen in der Kindheit und Jugend und auch als positiv erachtete Persönlichkeitsmerkmale den durch aversive Kindheitserfahrungen beeinträchtigten Ressourcenhaushalt verbessern. Nachfolgend werden die gefundenen Zusammenhänge bzw. Wechselwirkungen der lange zurückliegenden Kindheitsbelastungen, der positiven Erfahrungen sowie der zeitnahen stressbesetzten Ereignisse im mittleren Erwachsenenalters auf die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression mit den jeweiligen (Teil-) Befunden anderer nationaler und internationaler Studien vergleichend betrachtet und diskutiert. Hierbei werden die Befunde im Rahmen einer ressourcenorientierten Sichtweise erörtert.

Nach Kenntnis der Autorin liegt bis heute keine vergleichbare Arbeit vor, die sowohl eine solch breite Palette von Kindheitsbelastungsereignissen als auch von zeitnahen Ereignissen einbezogen und deren Zusammenwirken analysiert hat. Es existieren jeweils Untersuchungen zur Auswirkung von Kindheitsbelastungsereignissen auf Rückfall und Neuerkrankung nach dem 20. Lebensjahr (Kessler & Magee, 1993; Kessler, Davis & Kendler, 1997). In diesen Studien wurden jedoch weder die Interaktion von Kindheitsbelastungen untereinander noch deren Zusammenhang mit zeitnahen Ereignissen noch kombinierte Effekte dieser distalen und proximalen Ereignisse überprüft oder nicht berichtet. Es existieren zwar auch epidemiologische Untersuchungen zu zeitnahen Belastungen und ihren Auswirkungen auf eine Ersterkrankung (keine Verlaufsbeobachtung), wie beispielsweise die niederländische NEMESIS (deGraaf et al., 2002) oder auch die schwedische Zentralregisterstudie (Kessing, Agerbo & Mortensen, 2003). Hier wurden jedoch gleichfalls keine Interaktionen der zeitnahen Ereignisse betrachtet (oder nicht berichtet) und lediglich elterliche Psychopathologie (NEMESIS) als Kindheitsbelastung einbezogen.

Die Repräsentativität der hier betrachteten depressiven Störungen und betroffener Personen kann als gesichert gelten (siehe Kapitel 5.2 des Methodenteils). Die hohe Lebenszeitprävalenz von minorer ($n=20/4.5\%$) und Major Depression ($n=102/22.7\%$) bei den 1950 bis 1952 geborenen Teilnehmern der ILSE liegt im internationalen Referenzrahmen (siehe eigener Vergleich der Prävalenzen ILSE-NCS, Kapitel 5.2; auch Wittchen, 2000;

Kessler, 2000b). Es handelt sich bei den in dieser Arbeit betrachteten depressiven Verlaufsgruppen um eine repräsentative Stichprobe von überwiegend Major Depressionen der mittleren und schweren Ausprägung.

Zentral war die Frage der Gewichtung vorliegender Belastungen für die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer depressiven Störung im mittleren Erwachsenenalter. In den drei Verlaufsgruppen zeigten sich jeweils spezifische Effektmuster singulärer und kombinierter Belastungen und positiver Faktoren. Gefunden wurde gleichfalls, dass spezifische Belastungsereignisse gehäuft gemeinsam auftreten. Dies zeigte sich sowohl bei den mehr als 30 Jahre zurückliegenden Kindheitsbelastungen als auch bei den stressbesetzten Ereignissen im vierjährigen Erhebungszwischenraum. Weiterhin finden sich Hinweise auf medierende risikoe erhöhende Effekte spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse auf die Effekte der interpersonellen Ereignisse im mittleren Erwachsenenalter (Kapitel 6.6.4). Hier angesprochen sind distale Ereignisse, die das familiäre Milieu betreffen.

Kindheitsbelastungsereignisse können neurohumorale Änderungen in der Stressregulation mitbedingen als auch emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen in Gang setzen, die lebenslange Folgewirkungen auf die körperliche als auch psychische Gesundheit aufweisen können (Egle et al., 2002). Ein solcher Langzeiteffekt konnte im Rahmen dieser Arbeit für die aus der Forschungsliteratur bekannten Kindheitsrisikofaktoren gefunden werden (für die Belastung mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil, für familiäre Disharmonie und familiäre Gewalt). Für die zeitnahen stressbesetzten Ereignisse wurde geprüft, inwiefern ihnen „eher“ eine Auslösefunktion für eine Neuerkrankung bzw. Rückfall zugesprochen werden kann und andererseits, inwiefern sie eher als Folge einer depressiven Störung und / oder als Marker (Hinweis auf eine dauerhaft stattgefundenene Veränderung im Individuum) gelten können (Kessler, 2000a).

In dieser Arbeit wurde parallel zur Erfassung und Beschreibung der distalen und proximalen Ereignisse auch die Verteilung weiterer Risikofaktoren für eine depressive Störung (weibliches Geschlecht und fehlende Partnerschaft) betrachtet und in die Abschlussmodelle aufgenommen. Auch die Verteilung zusätzlicher Ressourceneinschränkungen (psychiatrische Komorbidität und somatische Erkrankungen) wurde als verlauferschwerende Bedingung erfasst.

7.1 Beeinträchtigungen des Ressourcenhaushaltes

In den drei Erkrankungsgruppen, und dort am häufigsten bei Personen mit einem Rückfall, konnte eine Häufung ungünstiger sozialer Lagemerkmale (fehlende Partnerschaft aufgrund von Scheidung, Ledigsein, fehlende Berufstätigkeit, niedrigeres Einkommen) festgestellt

werden. Dass Depressionen überwiegend eine Erkrankung von Frauen sind bzw. waren, wurde auch in zahlreichen anderen Studien gezeigt (bspw. Brown & Harris, 1989; Nolen-Hoeksema, 1987; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Der Frauenanteil der in diese Arbeit einbezogenen Analysegruppen lag in der Gruppe der psychisch Unauffälligen (immer Gesunde) unter 40 Prozent, bei den remittiert Gebliebenen und den Personen mit Rückfall dagegen jeweils bei mehr als 70 Prozent. Dieser Anteil fällt in der Gruppe der Neuerkrankten auf knapp über 60 Prozent. Dieser Befund repliziert Befunde anderer neuerer Studien mit jüngeren Stichproben und unter Einbezug der Inzidenzraten (Kessler, 2000a). Insbesondere Wittchen (1999) wies Ende der 90er Jahre daraufhin, dass sich die Lücke zwischen Frauen und Männern bezüglich der Erkrankung an depressiven Störungen zu schließen beginnt. Inwiefern dies bedingt wird durch Prozesse der Globalisierung und verstärkt auftretender Arbeitslosigkeit oder aber durch eine größere Offenheit der Männer, depressive Symptome auch zu schildern, muss an anderer Stelle diskutiert werden. Weibliches Geschlecht erhöhte letztendlich (siehe Abschnitt 6.8.1, Tabelle 25 bis 27) nur das Risiko für eine Lebenszeitdepression, nicht für Rückfall und auch nicht für eine späte Ersterkrankung.

Über die Hälfte der Personen mit Rückfall (52,2%) hatten keine feste Lebenspartnerschaft (43,5% sind geschieden). Dies trifft auf jeweils knapp über 28% der remittiert Gebliebenen und Neuerkrankten zu (26,9% und 23,8% sind geschieden). In der Gruppe der psychisch Unauffälligen dagegen fehlte eine Partnerschaft in lediglich 7% der Fälle (9,3% sind geschieden). Eine fehlende Partnerschaft erhöhte in den Abschlussmodellen (Tabelle 25 bis 27, Abschnitt 6.8.1) das Risiko für eine Rückfall um das Dreizehnfache, für eine Lebenszeitdepression um das Fünffache, jedoch nicht für eine Neuerkrankung. Aus ressourcenorientierter Perspektive kann dies als Hinweis auf ein defizitäres soziales Stützsystem insbesondere bei Personen mit einem Rückfall gesehen werden. Besonders verweisen die Ergebnisse darauf, dass eine Depression dies bedingen kann. So haben in der Gruppe der „späten“ Neuerkrankten „nur“ 28,6% keine Partnerschaft. Dies wurde auch von Wittchen und von Zerssen (1988) in der 7-jährigen Verlaufsbeobachtung depressiver Patienten der Münchner Follow-Up-Studie gefunden. Patienten mit Rückfall waren bei der Indexbehandlung zu 43% verheiratet, 3 Jahre später nur noch zu 38%. Unter den sozialen Faktoren gelten der Familienstand und das Vorhandensein bzw. Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung als gesicherte Protektions- bzw. Risikofaktoren für die Ausbildung einer Depression (Brown & Harris, 1978; Hautzinger & deJong-Meyer, 1990; Wittchen, 2000). Dies wird von Kessler und anderen (Kessler, 1997; 2000a) insofern in Frage gestellt, als das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung bzw. das Nichtaufbauenkönnen und

Aufrechterhaltenkönnen guter Beziehungen auch als ein möglicher Marker einer depressiven Störung gesehen werden kann. Die Befunde dieser Arbeit sprechen eher für die Annahmen von Kessler und dafür, dass fehlende soziale Unterstützung (operationalisiert über das Vorhandensein einer Partnerschaft bzw. deren Fehlen) auch eine Folge einer Depression sein kann. Dieser Punkt wird im Zusammenhang mit den Langzeiteffekten spezifischer Kindheitsbelastungsfaktoren (Psychopathologie eines Elternteils, familiäre Disharmonie) und ihrer Interaktion mit den Effekte der zeitnahen interpersonellen Ereignisse erneut aufgegriffen werden.

Eine weitere erhebliche Einschränkung des Ressourcenhaushaltes der depressiven Verlaufgruppen ist in der psychiatrischen Komorbidität mit Angststörungen und Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch zu sehen. Beide Zusatzerkrankungen zeigten sich am häufigsten bei Personen mit einem Rückfall (über der Hälfte der Personen haben auch eine Angststörung, knapp ein Drittel auch eine Abhängigkeitsstörung). Sie zeigten sich aber auch in der Gruppe mit einer Neuerkrankung. Psychiatrische Komorbidität ist ein Hinweis auf einen weiteren ungünstigen Verlauf und erhöht gleichfalls das Risiko für eine Selbsttötung (Roy-Byrne et al. 2000). Auch dieser Befund steht in Übereinstimmung mit der Annahme, dass zwischen 60 und 75% der Depressiven eine zusätzliche Sucht- bzw. Angsterkrankung aufweisen (Mundt & Fiedler, 1996; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996; Wittchen, 2000), differenziert aber nochmals zwischen Personen mit Rückfall und späten Neuerkrankungen.

Depressive Störungen gelten als ein unabhängiger Risikofaktor für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen, insbesondere auch Herz-Kreislaufkrankungen (Ferketich et al., 2001; Rundell, 1996; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Patienten mit einer Major Depression leiden häufiger unter Schmerzen, körperlichen Erkrankungen und reduzierter physischer, sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Körperliche Erkrankungen können Depressionen auslösen, und umgekehrt gehören körperliche Beschwerden regelmäßig zu den Symptomen einer Depression (Rundell, 1996; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996; auch Helmchen & Reischies, 2005). Auch in der hier vorliegenden Studie fand sich zu beiden Erhebungszeitpunkten für die drei depressiven Verlaufgruppen eine jeweils signifikant erhöhte Belastung mit somatischen Erkrankungen im Vergleich zu den psychisch Unauffälligen.

Sowohl für die Verteilung der benannten Risikofaktoren als auch psychiatrischer und somatischer Komorbidität kann festgestellt werden, dass es sich bei den in dieser Arbeit betrachteten depressiven Individuen um eine mit erheblichen Ressourceneinschränkungen belastete, aber repräsentative Stichprobe von überwiegend Major Depressionen handelt. Hier

zeichnen sich bereits im mittleren Erwachsenenalter risikobehaftete Entwicklungsverläufe für den weiteren Alterungsprozess ab (zur Relevanz der frühen Identifikation von Risikogruppen, siehe auch Kruse, 2002; Martin & Willis, 2005).

7.2 Depressive Stimmung, Neurotizismus und belastende Ereignisse

Die Personen mit Rückfall und mit einer Neuerkrankung schilderten signifikant mehr distale und zeitnahe Belastungsereignisse als psychisch Unauffällige. Diese Gruppenunterschiede fanden sich auch, wenn der Anteil hochbelasteter Personen in den Gruppen betrachtet wurde. Depression ist gekennzeichnet durch einen negativen Wahrnehmungs- und Attribuierungsstil (vgl. Beck, 1974; Kruse, 1989a, 1989b). Dieser depressogene kognitive Stil ist assoziiert mit einem möglichen Recall Bias für den Abruf negativer Informationen und ein mögliches Überzeichnen der negativen Aspekte einer Situation (Beck, 1987). Auch ausgehend von der differentiellen Aktivationshypothese (Teasdale & Dent, 1987) kann angenommen werden, dass Personen mit hoher depressiver Verstimmung auch mehr negative Erinnerungen aktivieren und demzufolge mehr Belastungserlebnisse schildern als Personen mit niedriger Ausprägung. Weiterhin gibt es eine Reihe von Hinweisen darauf, dass Personengruppen mit bestimmten Merkmalen (hohe Werte in Neurotizismus) nicht nur differentielle Risiken bezüglich von Lebensereignisauftritten und Bewältigungschancen aufweisen, sondern auch differentielle Wahrscheinlichkeiten tragen, erlebte Ereignisse auch zu berichten (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Van Os et al. 1999, 2001). In der vorliegenden Arbeit konnte sowohl der Einfluss von depressiver Verstimmung als auch von Neurotizismus auf die Anzahl berichteter Ereignisse berücksichtigt werden.

Die drei depressiven Verlaufsgruppen zeigten zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant höhere Werte depressiver Verstimmung und Neurotizismus als psychisch Unauffällige. Die Mittelwerte der drei Verlaufsgruppen unterschieden sich jedoch nicht für aktuelle depressive Verstimmung. Für Neurotizismus zeigte sich lediglich zu T2 ein signifikanter Unterschied zwischen remittiert Gebliebenen und den Individuen mit Rückfall und Neuerkrankung.

Im Rahmen linearer Regressionsberechnungen konnte entgegen den Annahmen jedoch nur ein geringer Einfluss beider Variablen auf die Anzahl berichteter Kindheitsereignisse (2% Varianzaufklärung für depressive Verstimmung und kein Einfluss von Neurotizismus) und auf die Anzahl berichteter zeitnaher Belastungen (4% Varianzaufklärung für depressive Verstimmung und 3% Varianzaufklärung durch Neurotizismus) gefunden werden. Eine stimmungskongruente Verzerrung bzw. eine erhöhte Sensibilisierung für die Wahrnehmung

und das Berichten von belastenden Ereignissen aufgrund hohen Neurotizismus ist, wenn überhaupt, nur minimal gegeben. Die höhere Anzahl berichteter distaler (insbesondere bei Individuen mit Rückfall und Neuerkrankung) und zeitnaher Belastungsereignisse ist demzufolge nicht rückführbar auf stimmungskongruente Verzerrung bzw. eines anderen Berichtsstils aufgrund hohen Neurotizismus.

Im Rahmen der kausal orientierten Lebensereignisforschung wird betont, dass eine vorliegende depressive Verstimmung auch zu „von der Person abhängigen“ Folgeereignissen führen kann. Demzufolge sei ein Teil der höheren Anzahl an stressbesetzten Ereignissen rückführbar auf durch die depressive Symptomatik „getriggerte“ Ereignisse insbesondere im interpersonellen Bereich (Coyne, 1976a/b; Paykel & Cooper, 1992; Paykel, 2003; Skärsäter et al., 2001). Desweiteren wird Individuen mit höheren Neurotizismuswerten nicht nur ein anderer Berichtsstil zugeordnet bzw. eine erhöhte Sensibilisierung bei der Wahrnehmung von stressbesetzten Ereignissen, sondern auch eine mögliche Selbstselektion in hochriskante Umwelten (Kendler et al. 1997; Van Os et al., 2001) und demzufolge eine höhere Exposition mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen. So fanden beispielsweise Van Os und Jones (1999) sowie Van Os, Park und Jones (2001) anhand von Daten der British Longitudinal Birth Cohort Study(1946 Geborene), dass die Auftretenshäufigkeit stressreicher Lebensereignisse im mittleren Erwachsenenalter beeinflusst wurde durch hohen Neurotizismus in der Kindheit. Hierbei war der Effekt von Neurotizismus zwar hochsignifikant, aber lediglich von geringer Größe (5% Varianzaufklärung).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde geprüft, inwiefern sich die Anzahl und das Hochbelastetsein mit negativen Kindheitserfahrungen auf die Anzahl und Kumulation zeitnaher stressbesetzter Ereignisse auswirkt. Die Anzahl erlebter bzw. berichteter Kindheitsbelastungen zeigte im Rahmen linearer Regressionsberechnungen keinen Einfluss auf die Anzahl berichteter bzw. erlebter zeitnaher stressbesetzter Ereignisse. Dagegen erhöhte eine Kumulation (zwei und mehr Kindheitsbelastungen sind gegeben) in der Gesamtgruppe signifikant das Risiko auch für eine Kumulation zeitnaher Ereignisse (sieben und mehr) um den Faktor 1,5. Dieser Befund deutet bereits auf Interaktionseffekte spezifischer Einzelereignisse hin, und zwar solcher, die gehäuft gemeinsam auftreten, da die reine Anzahl (Summe) keinen Effekt zeigte. Diese Annahme fand Bestätigung bei der Betrachtung der Einzel- und kombinierten Langzeiteffekte der Kindheitsbelastungsereignisse (elterliche Psychopathologie und familiäre Disharmonie) auf die Ausbildung und den weiteren Verlauf einer Depression im Vergleich zur unspezifischen Kumulation.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde weiterhin geprüft, inwiefern sich depressive Verstimmung und Neurotizismus zu T1 auf die Anzahl und Kumulation zeitnaher stressbesetzter Ereignisse auswirken. Die depressive Verstimmung zu T1 übte gleichfalls einen signifikanten Effekt auf die Auftretenshäufigkeit zeitnaher Ereignisse aus, allerdings mit einer nur geringen Varianzaufklärung von 7%. Parallel zu den Befunden von Van Os et al. (1999, 2001) zeigte sich auch ein signifikanter Effekt von Neurotizismus (gemessen zu T1) auf die Anzahl der zeitnahen Ereignisse, ebenfalls mit einer geringen Varianzaufklärung von 3%.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine hohe Belastung mit negativen Kindheitserfahrungen und – in geringem Maße – eine höhere depressive Verstimmung und Neurotizismus (zu T1) zu einer erhöhten Auftretenshäufigkeit zeitnaher stressbesetzter Ereignisse beigetragen haben.

7.3 Prävalenz und Gewichtung spezifischer Kindheitsbelastungen

Die ILSE-Teilnehmer berichteten in circa 54% der Fälle zumindest ein belastendes Kindheitsereignis (Gesunde zu 49% und die drei depressiven Verlaufsgruppen je zu über 60%), dem in der Literatur pathogenetische Bedeutung i. S. einer Erhöhung der Anfälligkeit für eine psychische Störung zugesprochen wird. Wittchen und von Zerssen (1988) berichten dies für circa 40% der Patientenpopulation der Münchner Follow-Up-Studie, in der allerdings auch keine systematische Erfassung von Kindheitsbelastungsereignissen vorgenommen wurde. Kessler und Mitarbeiter (1997) fanden dies für 74,4% der Teilnehmer des National Comorbidity Surveys (NCS). Welche Einzelereignisse am häufigsten erfasst wurden, kann der Übersicht am Ende des Ergebnisteiles entnommen werden (Kapitel 6.9).

Parallel zur vergleichenden Betrachtung der Lebenszeitprävalenz von Major Depression bei Teilnehmern der ILSE und des NCS (siehe Methodenteil dieser Arbeit, Kapitel 5.2) wurde auch hier eine eigene vergleichende Betrachtung der Prävalenzen von belastenden Kindheitsereignissen mit den Daten des NCS durchgeführt (Martin, Voss, Wethington, Stegmann, in Vorbereitung).

Es fanden sich deutliche interkulturelle Unterschiede in der Prävalenz spezifischer Einzelereignisse (nicht bezogen auf die depressogenen Effekte). Die auffälligsten Unterschiede zeigten sich für Psychopathologie eines Elternteils (einschließlich Alkoholprobleme). Diese Belastung trat bei ca. 20% der NCS-Befragten aber nur bei 5,8% der ILSE-Stichprobe auf. Unterschiede zeigten sich auch für das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters (NCS: 28% vs. ILSE: 8%) und/oder einer gewalttätigen Mutter (NCS:

27,4% vs. ILSE: 2,9%), für sexuellen Missbrauch (NCS: 4,4% vs. ILSE: 1,1%) und disharmonische Familienverhältnisse (NCS: 19,4% vs. ILSE: 12%).

Ein Vergleich der Prävalenzen spezifischer Einzelereignisse mit den Daten der National Child Development Studie (NCDS) von Großbritannien (1958 Geborene, die bis zum 30ten Lebensjahr mehrfach nachuntersucht wurden; Schoon und Montgomery, 1997) zeigt: Finanzielle Probleme im Elternhaushalt waren bei 6,1% der Individuen der NCDS gegeben und Spannungen im Familienhaushalt fanden sich bei 4,3% (jeweils ein doppelt so hoher Anteil bei den Depressiven im Vergleich zu den gesund Geblienenen). Nimmt man beide Ereignisse gemeinsam als Indikator für disharmonische Familienverhältnisse, dann stimmt diese Prävalenz (einschließlich der Unterschiede zwischen psychisch Unauffälligen und Depressiven) mit jener in dieser Arbeit (12%) überein. Eine Trennung bzw. Scheidung der Eltern (NCDS: 2,9% vs. ILSE: 4%) und der Tod eines Elternteils (NCDS: 1,5% vs. ILSE: 6,0%) fand sich etwas häufiger bei den ILSE-Teilnehmern (1950/52 Geborene).

Für die in dieser Arbeit untersuchten Analysegruppen fanden sich signifikante Gruppenunterschiede in der Auftretenshäufigkeit der distalen Belastungsereignisse lediglich für Psychopathologie eines Elternteils, disharmonische Familienverhältnisse und die chronische somatische Erkrankung eines Elternteils. Auch das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters war überproportional häufig in den Gruppen mit Rückfall und Neuerkrankung gegeben.

Hervorzuheben ist, dass sich für die drei depressiven Verlaufsgruppen in der bivariaten Betrachtung jeweils andere Muster der Wirksamkeit spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse fanden. Das heißt, Kindheitsbelastungsereignisse sind in ihrem Einfluss auf einen Rückfall und eine späte Ersterkrankung im mittleren Erwachsenenalter unterschiedlich zu gewichten. Der Tod des Vaters und das Erleiden eines Unfalles bzw. Traumas erhöhten das Risiko (gegenüber den Immer Gesunden) in die Gruppe der remittiert Geblienenen zu fallen. Diese Belastungen fanden sich zwar auch in der Gruppe der Neuerkrankten, zeigten dort aber nicht diese Auswirkung. Sowohl der Tod des Vaters als auch das Erleiden eines traumatischen Ereignisses stehen in keinem wesentlichen korrelativen Bezug zu den anderen Belastungsereignissen. Dies zeigt sich auch daran, dass das Erleiden eines Unfalles bzw. Traumas auch in der multivariaten Risikoberechnung signifikant blieb.

Dieser Befund repliziert jene von Kessler und Magee (1993) und von Kessler, Davis und Kendler (1997), die im Rahmen von Survivalanalysen eine Abnahme des depressogenen Effektes von spezifischen Kindheitsbelastungsfaktoren (Verlust eines Elternteils, Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson) für Rückfall und Neuerkrankung im Erwachsenenalter

fanden. Sie schlussfolgerten, dass diese spezifischen Kindheitsbelastungen einen frühen Erstbeginn einer depressiven Erkrankung (vor dem 20ten Lebensjahr) auslösen können und ihren depressogenen Effekt dann verlieren, wenn dieses Zeitfenster überschritten sei. Weiterhin wurde vermutet, dass isoliert auftretende Einzelereignisse einen geringeren Langzeiteffekt in sich tragen als Ereignisse, die in Kombination miteinander auftreten. So erhöhten das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters, das Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse und die psychopathologische Erkrankung eines Elternteils das Risiko für einen Rückfall um das Drei- bis Fünffache. In der multivariaten Berechnung erreichte jedoch keines dieser spezifischen Belastungsereignisse aufgrund ihrer Interkorrelationen singulär Signifikanz (siehe Kapitel 6.4.1). Die psychopathologische Erkrankung eines Elternteils korrelierte sowohl mit Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters und dem Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse.

Die psychopathologische Erkrankung eines Elternteils erhöhte gleichfalls das Risiko für eine Neuerkrankung um das Vierfache. Eine beinahe sechsfache Risikoerhöhung ging vom Miterleben des Todes eines Geschwisters aus. Auch ein gewalttätiger Vater und das Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse zeigten eine wesentliche Risikoerhöhung, waren aber nicht signifikant. In der multivariaten Berechnung blieb lediglich der Tod eines Geschwisters signifikant risikoerhöhend.

Der Rückgang der aversiven Langzeiteffekte von psychopathologischer Erkrankung eines Elternteils, dem Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse und dem Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters drückt aus, dass Kindheitsbelastungsereignisse miteinander korrelieren und dass es nicht unbedingt jede der Einzelbelastungen ist, die den depressogenen Effekt ausübt, sondern das größere Set von Kindheitsbelastungen, in welche sie eingebettet sind. Die Ergebnisse bestätigen Annahmen anderer Studien (Kessler und Magee, 1997; Mullen et al., 1993; Portegijs et al., 1996), die gleichfalls Zusammenhänge zwischen verschiedenen Kindheitsbelastungsereignissen fanden. Die Mehrzahl der risikoerhöhenden Effekte spezifischer Kindheitsbelastungen ging dort zurück, wenn ihr gemeinsames Auftreten kontrolliert wurde. Mullen et al., (1996) sprechen daher auch, den im Verbund auftretenden Kindheitsbelastungen eine negativere Langzeitpotenz zu, als singulär auftretenden Belastungen. Spezifischen Kindheitsbelastungen wird im Allgemeinen kein bedeutender Effekt auf eine nachfolgende psychopathologische Störung zugesprochen, wenn sie alleine auftreten und nicht in Kombination mit anderen.

Langzeiteffekte auf einen Rückfall und eine depressive Ersterkrankung nach dem 20. Lebensjahr fanden sich in ähnlicher Weise für die Alkoholerkrankung/psychische Störung

eines Elternteils und familiäre Gewalt auch in den Daten des American Changing Lives Survey (Kessler & Magee, 1993; 1994) und für „familiäre Gewalt“ auch in den Daten des NCS (Kessler, Davis & Kendler, 1997, in Kessler, 2000). Weiterhin wurde gefunden, dass elterliche Psychopathologie eine deutlichere Risikoerhöhung als jedes Verlustereignis zeigte und dass kein Verlustereignis eine Major Depression voraussagen konnte (NCS, Kessler, Davis & Kendler, 1997). Dies trifft für die vorliegende Arbeit nicht zu, hier wirkt sich der Tod eines Geschwisters hochsignifikant risikoerhöhend auf eine Neuerkrankung im mittleren Erwachsenenalter aus. Der Tod eines Geschwisters wurde in dem NCS nicht erfasst. Auch in Studien von Brown konnte ein Zusammenhang zwischen herabgesetzter Qualität der elterlichen Fürsorge mit Rückfall bzw. Chronizität einer Depression aufgezeigt werden (Brown & Moran, 1994; Zlotnick et al. 1995).

Kritisch anzumerken bleibt, dass in der Untersuchung von Kessler und Mitarbeitern (1997) zwar ein Vergleich der Effektgrößen differenter Kindheitsbelastungsereignisse durchgeführt wurde und weiterhin geprüft wurde, inwiefern der Effekt singulärer Kindheitsbelastungen von einer bivariaten Betrachtung in der multivariaten Betrachtung zurückgeht. Es wurden jedoch keine Interaktionseffekte der Kindheitsbelastungsfaktoren berechnet, d. h. es wurden keine Kombinationen gemeinsam auftretender Ereignisse gebildet. Weiterhin werden auch keine Angaben zu den korrelativen Zusammenhängen zwischen den einbezogenen Kindheitsbelastungsereignissen berichtet.

Diese Kindheitsbelastungsereignisse mit Langzeiteffekt (psychopathologische Erkrankung eines Elternteils, Vorliegen disharmonischer Familienverhältnisse, Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters, Tod eines Geschwisters) können einmal als Indikatoren eines extrem belasteten familiären Milieus gesehen werden, in dessen Rahmen der Aufbau eines sicheren Bindungsverhaltens gestört bzw. unmöglich sein kann. Dessen Fehlen kann dann wiederum die Vulnerabilität für einen ungünstigen Verlauf einer einmal aufgetretenen Depression (Rückfall) und späte Ersterkrankung erhöhen (siehe Kapitel 2.4; Bowlby, 1977; 1991; Brown et al., 1986; Egle et al., 2002; Grossmann & Grossmann, 2004; McLeod, 1991). Andererseits verweisen sie möglicherweise aber auch auf die Wirksamkeit einer genetischen Komponente (Farmer et al., 2003; Kendler et al., 1997; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996).

Die Befunde zur Relevanz des familiären Milieus werden weiterhin untermauert durch die Betrachtung der Interaktionseffekte häufig gemeinsam auftretender Kindheitsereignisse im Vergleich zum unspezifischen Hochbelastetsein. So zeigte sich für das gemeinsame Vorliegen von Psychopathologie eines Elternteils und disharmonischen Familienverhältnissen

eine 8-fache Erhöhung des Risikos für einen Rückfall und eine 6-fache Erhöhung des Risikos für eine Neuerkrankung. Dieser kombinierte Effekt lag in beiden Gruppen deutlich über den Einzeleffekten der Ereignisse und über dem Effekt des unspezifischen Hochbelastetseins.

Hieraus kann geschlossen werden, dass es ganz spezifische Einzelereignisse und deren Kombination sind, die einen Langzeiteffekt auf Rückfall und Neuerkrankung im mittleren Erwachsenenalter ausüben, und diese deuten auf ein gestörtes familiäres Milieu hin. Verlust- und Trennungsergebnisse zeigten gleichfalls deutliche, jedoch nicht-signifikante Risikoerhöhungen (bis auf das Miterleben des Todes eines Geschwisters für eine Neuerkrankung). Der Tod eines Geschwisters steht in Zusammenhang mit Zeuge eines Traumas und gewalttätiger Mutter und deutet somit gleichfalls auf ein extrem gestörtes familiäres Milieu hin.

7.4 Prävalenz und risikoerhöhende Effekte zeitnaher Ereignisse

Die Prävalenzraten der spezifischen zeitnahen Ereignisse sind gleichfalls nur bedingt mit jenen anderer Studien vergleichbar, da diese keine ähnlich breite Palette von Ereignissen erfasst haben (meist wurden zwischen 10 bis 17 Ereignisse erfragt), sie Patientenpopulationen einbezogen oder das betrachtete Zeitintervall auf 12 Monate eingegrenzten, da keine Langzeitverlaufsbetrachtungen vorliegen. Berichtet wird im Allgemeinen ein „Mehr“ an schwerwiegenden Ereignissen (Makrostressoren) bei Individuen mit aufgetretener Depression, insbesondere aus dem interpersonellen Bereich (Bodenmann, Schwertzman & Cina, 2000; Coyne et al., 1987; Hammen, 1991; Paykel, 2002), aber auch erhöhte Arbeitslosigkeit, Spannungen und weitere Belastungen am Arbeitsplatz, Todesereignisse sowie Ereignisse aus dem Bereich Wohnen und Finanzen (Brown & Harris, 1989; de Graaf, 2002; Farmer et al., 2003; Kendler et al., 1998; Skärsäter et al., 2001; Wittchen & von Zerssen, 1988).

In der vorliegenden Arbeit fanden sich ähnliche Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit spezifischer Ereignisse zwischen den psychisch Unauffälligen und den drei depressiven Verlaufsgruppen bezüglich Arbeitsplatzverlust, Probleme am Arbeitsplatz mit den Leistungsanforderungen aber auch mit Vorgesetzten und Kollegen, bezogen auf Gesundheitsereignisse, Ereignisse im Bereich Wohnen, Finanzen, juristische Auseinandersetzungen und insbesondere auch im Bereich der Partnerschaft und des näheren und weiteren sozialen Netzwerkes sowie Tod eines Kindes.

Das Design der vorliegenden Arbeit ermöglicht eine Beantwortung der Frage, inwiefern zeitnahen stressbesetzten Ereignissen eher eine auslösende Funktion (im Sinne des Vulnerabilitäts-Stressmodells von Brown und Harris (1989)) sowohl für eine erneut

auftretende depressive Episode als auch für eine erstmalig auftretende depressive Episode im mittleren Erwachsenenalter zugesprochen werden kann. Es konnte geprüft werden, inwiefern die Effekte stressbesetzter Ereignisse bei Personen mit Rückfall gegenüber jenen mit einer Ersterkrankung herabgesetzt sind bzw. inwiefern andere Ereignisse Relevanz erlangen aufgrund einer möglichen Episodensensibilisierung (Post, 1992; Kendler et al., 2000). Gleichfalls konnte geprüft werden, welchen Ereignissen eher eine Markerfunktion zukommt, insofern sie in allen drei depressiven Gruppen ihre Wirksamkeit zeigen, und welche Ereignisse eher eine Folge der Depression sind (insofern sie nur die Gruppe der remittiert Gebliebenen von den psychisch Unauffälligen differenzieren). Es konnte ferner der Frage nachgegangen werden, welcher Stellenwert einer Anhäufung (Kumulation / Hochbelastetsein) von Ereignissen als Risikoerhöhung für Rückfall und Neuerkrankung gegenüber den Effekten spezifischer Einzelereignisse zukommt.

Ereignisse, die spezifisch sind für die Gruppe der remittiert Geblieben, d. h. nur in dieser Gruppe gehäuft auftreten, und gegenüber den „Immer psychisch Gesunden“ das Risiko erhöhen, in diese Gruppe zu fallen, werden im Rahmen dieser Arbeit als Folge/Konsequenz einer depressiven Erkrankung interpretiert. Dies traf insbesondere auf Ereignisse aus dem gesundheitlichen Bereich zu. Alle einbezogenen Ereignisse aus dem gesundheitlichen Bereich (bis auf Unfall und Operation) zeigten gegenüber den psychisch Unauffälligen ein signifikant erhöhtes Risiko in die Gruppe der Lebenszeitdepressiven zu fallen. Dieser Befund stimmt überein mit den zuvor berichteten zur somatischen Komorbidität (bspw. Rundell, 1996). Er verweist darauf, dass auch remittiert Gebliebene bezüglich ihrer körperlichen Gesundheit eine äußerst problembehaftete Gruppe sind, und gleichfalls darauf, dass Depressionen auch ein Risikofaktor für viele körperliche Erkrankungen darstellen. Depressionen beeinflussen den Verlauf einer Vielzahl von körperlichen Krankheiten. Sie verlängern auch die Dauer stationärer Aufenthalte bei verschiedenen körperlichen Erkrankungen (bspw. die Studie zu HIV positiven oder AIDS-kranken Frauen von Cook et al, 2004). Bei Depressionen bestehen zahlreiche Auffälligkeiten in körperlichen Funktionssystemen, z. B. im Bereich des Immunsystems. Die klinische Bedeutung ist jedoch erst für einen Teil der Auffälligkeiten bekannt. Unbezweifelbar belegt ist das gehäufte Auftreten der Depression mit schweren lebensverkürzenden Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Herzinfarkt und Krebs (Rundell, 1996). In der vorliegenden Arbeit stieg das Risiko für eine späte Neuerkrankung um den Faktor sieben, wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung gegeben war. Gleichfalls erhöhte eine Operation das Risiko für einen Rückfall um das Vierfache. Tellenbach (1976) berichtete Vergleichbares in seiner Abhandlung zum Typus Melancholicus (TM). Dieses in klinischer

Beobachtung erstellte Bild des TM wurde an schwerst Depressiven mit vielen Rezidiven gewonnen. Das von Tellenbach beobachtete Patientenkollektiv entspricht wohl am ehesten den in diese Arbeit einbezogenen Personen mit einem Rückfall. So fand auch Tellenbach (1976) bei seinen Explorationen nach dem Ausklingen der depressiven Episode im unmittelbaren Vorfeld der Phasen gehäuft somatische Erkrankungen.

Ereignisse, die in allen drei Verlaufsgruppen deutlich erhöhte Effekte zeigen, können nach Kessler (1997) als Marker einer depressiven Störung (d. h. sie verweisen darauf, dass bei einer Person etwas dauerhaft verändert ist) bzw. Marker für einen tieferliegenden Risikofaktor, wie hoher Neurotizismus oder gestörtes Bindungsverhalten, gesehen werden (Kendler et al., 2003; Kessler, 2000a). In dieser Arbeit traf dies insbesondere für Ereignisse aus dem nahen interpersonellen Bereich (Partnerschaft, Kinder, Eltern bzw. Schwiegereltern) zu. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Vielzahl anderer Studien, welche einen Zusammenhang zwischen Konflikten in engen interpersonellen Beziehungen (d. h. meistens mit dem Partner und anderen Familienangehörigen) und Depression nachgewiesen haben (bspw. Bodenmann et al., 2000; Coyne et al., 1987; Hammen, 1991; Reck, 2000; Skärsäter et al., 2001; Wittchen & von Zerssen, 1988), ohne dass diese allerdings zwischen unterschiedlichen Verlaufsgruppen unterscheiden können. Weiterhin handelt es sich in fast allen Untersuchungen um klinische bzw. ambulante Fall-Kontrollstudien. Der Befund spricht einmal für die Annahmen von Coyne (1976a/b) und auch Lewinsohn (1974) zum Vorliegen eines dauerhaft gestörten interpersonellen Stils, jedoch auch für eine zumindest teilweise Abhängigkeit dieser vermehrten interpersonellen Ereignisse von der depressiven Person selbst. Er untermauert die Annahmen von Kessler (2000), dass beispielsweise Maße ehelicher Qualität bzw. interpersonelle Probleme eher als Marker eines fundamentalen Risikofaktors (hohe emotionale Labilität, gestörtes Bindungsverhalten) gesehen werden können und weniger als eigenständiger Risikofaktor für die Ausbildung einer Depression im mittleren Erwachsenenalter. Aber unabhängig davon und vergleichbar mit den gesundheitsbezogenen Ereignissen, ob Probleme im interpersonellen Bereich eher als Folge/Konsequenz einer depressiven Störung bzw. Marker für einen Vulnerabilitätsfaktor gesehen werden, müssen sie ebenfalls von den betroffenen Personen bewältigt werden.

7.4.1 Rückfall und minore und abhängige Ereignisse – Gewohnheitsdepression?

Zur These der Gewohnheitsdepression (Post, 1992 und Kendler et al., 2000) liegen inkonsistente Befunde vor. Reck (2000) fand, dass wiederholt depressiv Erkrankte keinen Rückgang in der Anzahl erlebter belastender Ereignisse berichten, wohingegen Kendler und Mitarbeiter (2000) fanden, dass mit steigender Episodenanzahl der risikoerhöhende Effekt

von stressbesetzten Lebensereignissen zurück ging und sich bei neun Episoden stabilisierte. In beiden Studien wurde jedoch nur der Effekt der Anzahl und nicht die Art der aufgetretenen Belastungen geprüft. Für die vorliegende Arbeit wurde deshalb geprüft, inwiefern sich die gleichen Ereignisse auf Rückfall und eine späte Ersterkrankung auswirken, ob dies mit der gleichen Effektstärke stattfindet oder ob in der Gruppe der Individuen mit Rückfall auch viele minore Ereignisse einen depressogenen Effekt entfalten, also eine Sensibilisierung auf minimale Reize stattgefunden hat.

Personen mit Rückfall und späte Ersterkrankte berichteten im Durchschnitt gleich viele stressbesetzte Ereignisse im Vierjahreserhebungszeitraum (9,7 vs. 9,5) und sie hatten vergleichbare Anteile an Hochbelasteten (Kumulation von Ereignissen; 69,6% vs. 76,2%). Ein vergleichbarer Einfluss auf Rückfall und Neuerkrankung fand sich für Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder Kollegen. Höhere Effekte für eine Neuerkrankung zeigte die Belastung mit größeren finanziellen Schwierigkeiten und insbesondere gesteigerte Auseinandersetzungen und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner sowie eine Trennung bzw. Scheidung. Als spezifisch risikoe erhöhend für einen Rückfall erwiesen sich die Veränderung der beruflichen Situation, Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn und/oder der Hausverwaltung, Veränderungen in der Wohnsituation bzw. Umzug, Verwicklung juristische Auseinandersetzungen, Belastung der Beziehung zu Freunden und der Tod eines Kindes. Die Betrachtung der korrelativen Beziehungen der so eben benannten Ereignisse untereinander und mit anderen Ereignissen spricht dafür, dass hier miteinander verbundene Ereignisse (Ereignisgruppierungen) vorliegen und dass ein Teil der Ereignisse auch Folgeereignisse eines schwerwiegenden vorauslaufenden Ereignisses sein können. So ist der Tod eines Kindes assoziiert mit Krankenhausaufenthalt ($r = .45$), mit Belastungen im Alltag wegen gesundheitlicher Probleme ($r = .69$), mit Probleme mit dem Vermieter, den Nachbarn und der Hausverwaltung ($r = .47$) und mit konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner ($r = .59$).

Warum kann ein Umzug bzw Veränderungen in der Wohnsituation mit einem Rückfall verbunden sein? Kann dies als Hinweis auf eine Gewohnheitsdepression gesehen werden? Bereits 1953 verwies Zutt (nach Tellenbach, 1976) auf mögliche negative Auswirkungen eines Wohnortwechsels. Ein Umzug stellt demnach eine Störung der bisherigen Daseinsordnung dar, in der ein Einzelner geborgen ist und deren Erschütterung für den Einzelnen von Entbergung, Misstrauen und Angst gefolgt sein kann. Auch Müller-Fabusch und Ihda (1967, nach Fischer & Fischer, 1995; auch Filipp & Aymanns, 2005) fanden in einer Stichprobe depressiver Patienten überzufällig häufig Personen mit einem

vorausgegangenem Wohnortwechsel und gleichzeitig auftretende Veränderungen wie Arbeitsplatzwechsel, Scheidung und Verlust von sozialen Kontakten. Auch Tellenbach (1976) schildert das Wiederauftreten einer depressiven Episode infolge eines Umzuges eindringlich am Beispiel der Frau eines Handelsvertreters (Aufstieg des Mannes bedingt häufige Abwesenheit, keine anderen Hausfrauen in der Straße etc.).

Auch bezüglich des Todes eines Kindes und extremer Belastungen in den Beziehungen zu den Kindern (Straffälligkeit, Alkohol- und Drogenkonsum) kann Bezug genommen werden auf die Studien von Tellenbach zum Typus Melancholicus (1976) und seine besondere Intensität mitmenschlichen Bezogensens auf die Kinder. „Deren Wohl und Wehe und die ungestörte Verwirklichung der Beziehung zu ihnen seien die vulnerablen Stellen in der Gefügeordnung und naturgemäß wird die in tätigem Sein-für-andere sich erfüllende Mitseinsordnung in der radikalsten Weise durch den mitmenschlichen Tod bedroht“ (S. 79). Tellenbach verweist auf jene Fälle von Melancholie, die ausbrechen nach einem Todesfall im engen Umfeld, und die als durch Verlust „daseinsbedingender Werte“ provoziert anzusehen sind. Auch Kessler, Price und Wortman (1985) fanden bei Individuen, die ihren Lebenspartner oder ein Kind durch einen Autounfall verloren hatten, noch nach vier bis sieben Jahren vermehrt Fälle von Depression. Auch in den Untersuchungen von Bowlby (1991) fanden sich weitreichende Auswirkungen des Todes eines Kindes auf die Entwicklung einer depressiven Störung bei den Eltern und Geschwistern.

Aus dem Gesagten kann geschlussfolgert werden, dass die hier betrachteten Personen mit einem Rückfall einer Vielzahl von miteinander verbundenen Belastungsquellen gegenüberstanden und diese nicht als minore oder „minimale“ Problemstellungen bezeichnet werden können. Auch war (s. o.) die durchschnittliche Anzahl berichteter aversiver Ereignisse gegenüber den Neuerkrankten nicht vermindert. Die These einer Gewohnheitsdepression kann somit nicht bestätigt werden.

7.4.2 Neuerkrankung im mittleren Erwachsenenalter

Als spezifisch risikoerhöhend für eine Neuerkrankung erwiesen sich die folgenden gravierenden Ereignisse: Der Verlust des Arbeitsplatzes, eine erfolgte Berentung bzw. Krankenschreibung für mehr als sechs Monate, eine erfolgte Einstufung als behindert, eine gestörte emotionale Beziehung zum Partner (Entfremdung, Trennungsgedanken), eine extreme Belastung in der Beziehung zu Eltern bzw. Schwiegereltern sowie der Tod eines (Schwieger-) Elternteils.

Von einem Arbeitsplatzverlust waren fast 43% der Neuerkrankten in der ILSE-Studie betroffen. Auch Wittchen und Perkonig (1996) fanden, dass Individuen, die während der

letzten 5 Jahre sechs Monate arbeitslos waren dreimal so häufig eine depressive Störung entwickelten als Nichtbetroffene. Dass Arbeitslosigkeit gerade auch für ältere Arbeitnehmer (ab 45 Jahre) eine Reihe von finanziellen, psychosozialen und qualifikatorischen Folgebelastungen mit sich bringt, betont auch Naegele (1992). Berufstätigkeit bildet gerade für diese Gruppe der älteren Arbeitnehmer nicht nur die zentrale Einkommensquelle, sondern hat auch entscheidende Bedeutung für die soziale Position, für die Herausbildung und den Erhalt der persönlichen Identität und die Strukturierung des Alltags. Erzwungene Arbeitslosigkeit kann so zu Mutlosigkeit, Isolationstendenzen und Persönlichkeitsstörungen bis hin zur Depression führen (Naegele, 1992; zitiert nach Martin & Kliegel, 2005, S. 85). In der vorliegenden Arbeit reduziert sich der bivariat signifikant risikoe erhöhende Effekt von Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsplatzverlust bereits im zweiten multivariaten Modell (bei Hinzunahme der Kindheitsbelastungsfaktoren). Im Abschlussmodell, in welchem sowohl die distalen als auch die beiden relevanten sozialen Lagemerkmale (weiblich und ohne Partnerschaft) und die positiven Faktoren miteinbezogen waren, verbleibt spezifisch risikoe erhöhend für eine späte Neuerkrankung die Belastung mit größeren finanziellen Schwierigkeiten und Schulden und eine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren. Dies verweist darauf, dass der aversive Effekt von Arbeitslosigkeit auf die Entwicklung einer Depression zumindest teilweise mediiert wird über auftretende finanzielle Belastungen (auf solche mediiierenden Effekte verwies bereits Kessler, 1997). Auch Semmer und Udris (1993) verweisen auf den Verlust des Arbeitsplatzes als gravierendem Ereignis, der je nach personalen und sozialen Ressourcen problembehaftet sein kann. Hier muss angemerkt werden, dass eine Trennung/Scheidung auch bivariat einen deutlich höheren depressogenen Effekt (siebenfach) als Arbeitsplatzverlust zeigte – und der Effekt bleibt auch multivariat bestehen. Hiervon sind 23% der Neuerkrankten in ILSE betroffen.

Als sehr gravierende Ereignisse bzw. längerbestehende Schwierigkeiten mit Auswirkungen sowohl auf einen Rückfall als auch auf eine späte Ersterkrankung können erhebliche Probleme mit dem Vorgesetzten und/oder Kollegen und die Belastung mit größeren finanziellen Aufwendungen und Schulden gesehen werden. Beide erhöhen sowohl das Risiko für einen Rückfall und eine Neuerkrankung.

7.4.3 Kumulation und/oder spezifische Einzelereignisse

Der jeweils signifikante risikoe erhöhende Effekt des Hochbelastetseins mit zeitnahen Belastungen (7 und mehr Ereignisse sind gegeben) liegt mit Odd Ratios zwischen 2,5 (remittiert Gebliebene) und 5,3 (Neuerkrankte) in allen drei depressiven Gruppen jeweils

unter den Effekten spezifischer Einzelereignisse. Eine zentrale Annahme vieler klinischer Studien ist, dass eine Anhäufung stressbesetzter Ereignisse additive Risikowirkung für die Entwicklung einer Depression haben kann (Brostedt & Pedersen, 2003; Keller, 1997; Reck, 2000; Surtees & Ingham, 1980). Gemessen wird jeweils die Globalbelastung in einem definierten Zeitraum, die durch Aufaddieren der aufgetretenen Lebensereignisse berechnet wird. Beispielsweise untersuchten Romanov et al. (2003) bei fast 10 000 finnischen Zwillingen (im Alter zwischen 33 und 60 Jahren) den Zusammenhang zwischen der Auftretenshäufigkeit stressbesetzter Ereignisse im vorausgegangenen 6-Monats- und 5-Jahreszeitraum und Depression. Sie fanden, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken mit einer Zunahme der Ereignisanzahl anstieg. Zwei Ereignisse steigerten das Risiko um das 1,6-fache, drei Ereignisse steigerten das Risiko bereits um das 4,1-fache und viele Ereignisse erhöhten das Risiko um das 8,4-fache. Ein solcher Effekt der Kumulation (sieben und mehr Ereignisse sind gegeben) findet sich in deutlich geringerem Maße in der vorliegenden Arbeit, er zeigt sich noch am deutlichsten und mit der finnischen Studie vergleichbar in der Gruppe der Neuerkrankten.

Für remittiert Gebliebene (2,5-fache Risikoerhöhung durch Kumulation) finden sich 6 Einzelereignisse, die ein höheres Risiko bedingen. Der höchste Wert findet sich für Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung (4,4). Für Rückfall (3,8-fache Risikoerhöhung durch Kumulation) finden sich 7 Einzelereignisse mit deutlich höheren Risikoeffekten, insbesondere zeigte sich dies für Tod eines Kindes mit 21,4-facher Risikoerhöhung, Belastungen in der Beziehung zu Freunden mit 10,2-facher Risikoerhöhung und für Änderungen in der Wohnsituation bzw. Umzug mit 10-facher Risikoerhöhung. Für eine Neuerkrankung (5,3-fache Erhöhung durch Kumulation) finden sich noch 3 Einzelereignisse mit einem deutlich höheren Effekt. Dies waren konkrete Probleme und gesteigerte Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner mit einer 7-fachen Erhöhung, das Erleiden einer lebensbedrohlichen Erkrankung mit einer 7,4-fachen Erhöhung und der Erhalt eines Behindertenstatus mit 11,3-facher Erhöhung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass jeweils spezifische Einzelereignisse einen höheren depressogenen Effekt haben als die Summe von Ereignissen oder als ein Cut-Off-Wert der Hochbelastung. Ausgehend von diesem Befund und unter Berücksichtigung des gemeinsamen Auftretens (Korrelierens) von Einzelereignissen (siehe Rückfallgruppe, Abs. 7.4.1, wo dies exemplarisch aufgezeigt wurde) ist den Annahmen der Arbeitsgruppe um Brown und Harris (1989) zuzustimmen, dass es überwiegend ein schwerwiegendes Einzelereignis sein kann, das entweder zu bereits bestehenden Schwierigkeiten hinzukommt

(d. h., in einem problembehafteten Lebensbereich eintritt) oder aber Folgeereignisse nach sich ziehen kann, die das Risiko insbesondere für einen Rückfall aber auch für eine Neuerkrankung erhöhen.

Gravierende Ereignisse, denen am ehesten eine Auslösefunktion einer depressiven Episode zugesprochen werden kann waren hier: Arbeitsplatzverlust, größere finanzielle Belastungen bzw. Schulden, eine Trennung/Scheidung, eine erfolgte Berentung bzw. Krankschreibung für mehr als sechs Monate, eine erfolgte Einstufung als behindert, Tod eines Kindes und eine lebensbedrohliche Erkrankung. Allerdings wurde in der vorliegenden Arbeit der genaue Zeitpunkt ihres Auftretens in Abhängigkeit vom Beginn der depressiven Episode nicht berücksichtigt, da das Aufzeigen von miteinander in Beziehung stehender Belastungsquellen im Vordergrund stand und nicht die Abklärung der Frage, ob stressbesetzte Ereignisse eine Depression auslösen können. Die genannten Ereignisse können als Verlustereignisse gemäß der Definition nach Brown und Mitarbeitern (1989) eingestuft werden, die folgende Kriterien zur Definition von Verlustereignissen heranzogen: Verlust als Folge von Tod, Trennung, Verlust des Arbeitsplatzes, Verlust materieller Güter, Verlust von Gesundheit und Verlust einer Wunschvorstellung, die mit einem Bruch des Vertrauens zu anderen einhergeht.

Die hohen Effekte der interpersonellen Probleme, insbesondere aus dem sozialen Nahbereich (auch bei remittiert Gebliebenen) weisen auf die hohe Vulnerabilität Depressiver genau in diesem interpersonellen Bereich hin (siehe emotionales Mangelkonzept der tiefenpsychologischen Modelle nach Wolfersdorf, 1995; Tellenbach, 1976; auch Annahmen des bio-psychopathologischen Vulnerabilitätsmodelles von Egle et al., 2002). Zum anderen verweisen sie aber auch auf die Möglichkeit der Wirksamkeit eines tieferliegenden (auch teilweise genetischen) Risikofaktors wie Neurotizismus (Kendler et al., 2003; Kessler, 2000a).

7.5 Wirkmechanismen der Kindheitsbelastungsfaktoren

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass belastende Kindheitsereignisse nicht generell die Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse für die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression erhöhen (siehe Abs. 6.6.3), sondern dass spezifische Kindheitsbelastungsereignisse die aversiven Effekte spezifischer zeitnaher Ereignisse (siehe Abs. 6.6.4) beeinflussen. Berechnet wurden einmal, jeweils für die drei depressiven Gruppen getrennt, bivariate logistische Regressionen für Personen mit mindestens einer gegebenen Kindheitsbelastung und jenen ohne Belastung. Zum anderen wurde die spezifische Interaktion der Kindheitsbelastungsereignisse elterliche Psychopathologie und familiärer Disharmonie

mit den zeitnahen Ereignissen Arbeitsplatzverlust, konkrete Probleme mit dem Lebenspartner und Trennung/Scheidung soweit die Ereignisse gemeinsam gegeben waren, betrachtet. Es zeigte sich, dass überwiegend die risikoerhöhenden Effekte von interpersonellen Ereignissen aus dem sozialen Nahbereich durch das Vorliegen von Kindheitsbelastungserfahrungen erhöht werden bzw. diese interpersonellen Ereignisse treten überwiegend bei Individuen auf, die belastenden Erfahrungen in ihrer Kindheit ausgesetzt waren. Weder die risikoerhöhenden Effekte der Todesereignisse noch jene der Gesundheitsereignisse werden von dem Vorliegen oder Nichtvorliegen von Kindheitsbelastungen beeinflusst. Kindheitsbelastungsereignisse machen vulnerabel für im Erwachsenenalter auftretende interpersonelle Ereignisse bzw. sie tragen zum Auftreten spezifischer interpersoneller Ereignisse bei. Sie führen nicht unspezifisch zu einer erhöhten Sensibilisierung für die Effekte aller stressbesetzten Ereignisse. Dies zeigte sich noch deutlicher bei der Betrachtung der risikoerhöhenden Interaktionseffekte von elterlicher Psychopathologie und familiärer Disharmonie mit gesteigerte Auseinandersetzungen und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner und eigener Trennung/Scheidung“ für Rückfall und Neuerkrankung. Trotz geringer Zellenbesetzungen für die kombinierten Ereignisse konnte gezeigt werden, dass mit einer gegebenen Kombination auch ein deutlichst gesteigertes Risiko verbunden war, in die Gruppe mit Rückfall bzw. Neuerkrankung zu fallen. So fand sich eine mehr als multiplikative Erhöhung des Rückfallrisikos von „familiärer Disharmonie in der Kindheit“ und einer „zeitnahen Trennung/Scheidung“, wenn sowohl das distale als auch das zeitnahe Ereignis gegeben war (21.4-fach). Das Risiko für eine Neuerkrankung stieg am deutlichsten (18.7-fach) mit der Kombination „familiärer Disharmonie in der Kindheit“ und „gesteigerte Auseinandersetzungen /konkrete Probleme mit dem Lebenspartner“.

Ruft man sich nochmals ins Gedächtnis, welche Ereignisse aus der Kindheit (bivariat) eine Langzeitauswirkung auf Rückfall und/oder eine späte Neuerkrankung haben (Psychopathologie eines Elternteils/Alkoholprobleme in der Familie, disharmonische Familienverhältnisse, gewalttätiger Vater), dann sind dies jene, die aus Sicht der Bindungstheorie (siehe Kapitel 2.4) Bedeutung haben. Sie betreffen Fürsorge und Schutzverletzungen, können zu unsicherem Bindungsverhalten führen bzw. zu neurohumoralen Änderungen in den stressassoziierten Systemen und somit auch zu erhöhter emotionaler Labilität (Neurotizismus).

Kindheitsbelastungsereignisse verlieren ihren signifikanten risikoerhöhenden Effekt für Rückfall und Neuerkrankung (nicht für Lebenszeitdepression), wenn von der bivariaten Risikoberechnung auf eine multivariate Berechnung übergegangen wird. Es verbleiben die

depressogenen Effekte von Tod des Vaters und Trauma/Unfall für eine Lebenszeitdepression. Insgesamt gehen die bivariat risikoerhöhenden Effekte multivariat zurück, aber Kindheitsbelastungen wirken über eine Erhöhung der Effekte von zeitnahen Ereignissen bzw. tragen zu deren Auftreten bei. Alleine kommt ihnen kein Effekt für Rückfall oder späte Neuerkrankung zu (Kapitel 6.5.4 und 6.6). Dieser gefundene Wirkmechanismus entspricht den Annahmen von Brown und Mitarbeitern (Vulnerabilitäts-Stress-Modell, 1978; 1989). Allerdings war in den Brown-Studien lediglich eine Kindheitsbelastung, „Tod der Mutter nach dem 11. Lebensjahr“ einbezogen. Die Befunde dieser Arbeit entsprechen dem ersten Diathese-Stress-Modell (siehe Kapitel 2.2.2).

Auch nach den Annahmen der neueren genetischen Forschung (insbesondere aus Zwillingsstudien und Studien mit Geschwisterdesign, siehe Goldberg, 2001) wird ein Rückgang der depressogenen Effekte von Kindheitsbelastungen in Gegenwart zeitnaher Stressoren erwartet. Der gemeinsamen familiären kindlichen Umwelt wird hier nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen als ätiologischer Faktor für die Entwicklung einer Depression. Als wesentlichere Risikofaktoren gelten genetische (Neurotizismus, Introversión) und/oder individuelle „nicht-geteilte“ Umweltfaktoren (die zeitnahen Ereignisse). Kindheitsbelastungsereignisse sollen sich eher auf eine frühe Ersterkrankung auswirken und dann im späteren Lebenslauf zu einer erhöhten Sensibilisierung für die Effekte der zeitnahen Ereignisse beitragen. Dies wurde aber bisher nur von Brown für den frühen Tod der Mutter und von Kessler und Magee für familiäre Gewalt untersucht (Brown & Harris, 1978, Kessler & Magee, 1993). In der multivariaten Analyse mit den distalen und zeitnahen Ereignissen in einem Modell zeigten nur in der Gruppe mit Lebenszeitdepression drei Kindheitsbelastungen auch in Gegenwart der zeitnahen Ereignisse einen signifikanten Effekt: Dies waren der Tod des Vaters, das Erleiden eines traumatischen Ereignisses bzw. Unfalles und eine Trennung oder Scheidung der Eltern (siehe Tabelle 17).

In der Gruppe mit Rückfall und bei den Neuerkrankten zeigte sich dagegen ein Rückgang der Effekte (Psychopathologie eines Elternteils, gewalttätiger Vater, disharmonische Familienverhältnisse und Tod eines Geschwisters verlieren ihre Signifikanz). Diese wirken über eine Erhöhung der Effekte der zeitnahen Ereignisse.

Aber gerade in den beiden multivariaten Modellen für Rückfall und Neuerkrankung ist nach dem Waldtest für Interaktionseffekte eben genau diese Möglichkeit gegeben. Das Vorliegen einer elterlichen Psychopathologie (hier auch Alkoholproblematik) erhöhte bivariat deutlich sowohl das Risiko für einen Rückfall als auch für eine Neuerkrankung. Elterliche Psychopathologie steht als einzige der Kindheitsbelastungsfaktoren sowohl mit

disharmonischen Familienverhältnissen, einem gewalttätigen Vater als auch mit sechs zeitnahen Variablen in Assoziation. Der höchste Zusammenhang besteht zu konkreten Problemen und gesteigerten Auseinandersetzungen mit dem Lebenspartner, gefolgt von Miterleben von Belastungen/Problemen des Partners und Veränderungen in der Wohnsituation/Umzug, extremer Belastung der Beziehung zu den Kindern, Problemen mit dem Vorgesetzten und/oder den Kollegen und dem Tod eines Kindes. Auch das Vorhandensein eines gewalttätigen Vaters korrelierte mit gesteigerte Auseinandersetzungen und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner. Derartige korrelativen Zusammenhänge verweisen auf Langzeitverbindungsketten zwischen Kindheitsbelastungsereignissen und den zeitnahen Stressoren, und sie verweisen nochmals auf die Wirkweise spezifischer Kindheitsbelastungen. Dies konnte bisher nicht gezeigt werden, da keine Untersuchung existiert, die sowohl eine breite Palette unterschiedlicher Kindheitsbelastungen als auch zeitnaher Belastungen integrierend betrachtet hat.

Zusammenfassung: Die vergleichende Betrachtung der aversiven Effekte einer Vielzahl von Kindheitsbelastungsereignissen für die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression im mittleren Erwachsenenalter zeigt, dass Kindheitsbelastungen unterschiedlich zu gewichten sind. Die psychische Erkrankung eines Elternteils (auch Alkoholmissbrauch bzw –abhängigkeit), ein gewalttätiger Vater und familiäre Disharmonie zeigen ihren Langzeiteffekt über eine Erhöhung der Effekte spezifischer zeitnaher Ereignisse aus dem interpersonellen Bereich bzw. tragen zum Auftreten dieser Ereignisse bei. Tod des Vaters und das Erleiden eines traumatischen Ereignisses erhöhen das Risiko für eine Lebenszeitdepression. Beide Ereignisse sind nicht hoch korreliert mit anderen Belastungsereignissen. Weder das Hochbelastetsein mit Kindheitsereignissen (unspezifische Kumulation) noch das Hochbelastetsein mit zeitnahen Ereignissen erreichen in den multivariaten Modellen Relevanz.

7.6 Wirkmechanismen der positiven Faktoren

Im Sinne des Moderatoransatzes von Rutter (1987) wird dann von protektiven Faktoren gesprochen, wenn sie – bei ansonsten vergleichbarem Risiko – zwischen Fällen differenzieren, in denen ein Risikofaktor gegeben war bzw. nicht gegeben war. Die wesentliche definierende Eigenschaft eines protektiven Faktors (Rutter verwendet den Termini protektiver Mechanismus) ist, dass eine Modifikation der Reaktionen eines Individuums in einer gegebenen Risikosituation stattfindet. Der protektive Faktor oder Mechanismus kann eine Form der Intensivierung (Vulnerabilität) oder Abfederung (Schutz)

der Reaktion auf den Risikofaktor bewirken, der unter normalen Umständen zu einem ungünstigen Ausgang führt.

In dieser Arbeit wurden „ein in Kindheit und Jugend gegebener ausgedehnter Lebensraum/stützendes familiäres Umfeld“, „eine hohe Integration in Peergruppen“, „ein hohes Selbstwertgefühl/positives Selbstbild in der Jugend“, „eine hohe kognitive Befähigung verbunden mit einem positiven leistungsbezogenen Selbstbild als Schüler“ und „eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit (unter dem Median liegender Wert für Neurotizismus und externale Kontrollüberzeugungen)“ als mögliche positive Ressourcen, die die aversiven depressogenen Effekte auftretender Belastungen abpuffern können, mit in die Analyse aufgenommen. Diese positiven Faktoren wurden im Rahmen einer Hauptkomponentenanalyse aus einem Pool von ursprünglich 20, aus forschungsrelevanter Sicht allgemein entwicklungsfördernden Bedingungen (bspw. Hoffmann & Egle, 2002; Blum, 2000), aufgebaut. Da allgemeine entwicklungsfördernde Bedingungen in ihren Auswirkungen für den Verlauf einer Depression im Erwachsenenalter bisher nicht spezifisch untersucht (Bender & Lösel, 2000; Chicchetti & Rogosch, 2002; Rutter, 2002) worden sind, war es ein Ziel dieser Arbeit, diese Forschungslücke zu füllen.

Es konnte einmal gezeigt werden (bivariate logistische Regression, Tabelle 20), dass die benannten positiven Faktoren sowohl das Risiko für eine Lebenszeitdepression, für einen Rückfall als auch eine späte Neuerkrankung deutlich absenken können (dies trifft nicht auf hohe kognitive Befähigung/leistungsbezogenes Selbstbild als Schüler zu). Zum anderen konnte durch die Berechnung von Interaktionseffekten (Tabellen 22 bis 24) eine abpuffernde Wirkung der positiven Faktoren auf die depressogenen Effekte sowohl von belastenden Kindheitserfahrungen als auch der zeitnahen Ereignisse gezeigt werden. Hierbei kam einzig einer gegebenen hohen Selbstwirksamkeit (eine unter dem Median liegende Ausprägung in Neurotizismus und externalen Kontrollüberzeugungen) für jede der drei Gruppen risikoreduzierende Wirkung zu (um den Faktor 2.2 bis 5). Dieser Faktor ist eine Zusammensetzung aus zwei prädispositionalen Persönlichkeitsmerkmalen, deren positivem Pol auch in den längsschnittlichen Untersuchungen mit unterprivilegierten Kindern ein allgemein entwicklungsförderndes Potenzial zugesprochen wurde (Kauai und Lundby), deren genaue Wirkweise, im Verbund mit Risikofaktoren, auf eine spezifische Erkrankung bisher aber nicht untersucht wurde. Auch im Rahmen von Untersuchungen zu Persönlichkeitsdispositionen und Lebensereignissen (bspw. Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999) konnte gezeigt werden, dass niedrige emotionale Labilität (Neurotizismus) und niedrige Ausprägungen in externalen Kontrollüberzeugungen als mögliche positive Faktoren

(mögliche personale Ressource) sowohl die Auftretenshäufigkeit von aversiven Ereignissen als auch deren Bewältigung günstig beeinflussen können. So neigen Personen mit hoher emotionaler Labilität (Neurotizismus) eher zu maladaptiven Bewältigungsreaktionen und ausgeprägterem Stresserleben als solche mit einer geringen Ausprägung dieser Disposition (bspw. Watson & Hubbard, 1996, zitiert nach Schmitz, Rothermund & Brandstädter, 1999). Auch Costa und McCrae (1990) weisen darauf hin, dass Personen mit hoher Ausprägung in emotionaler Labilität Ereignisse/Situationen eher als bedrohlich einschätzen.

Gleichfalls zeigten ein positives Selbstbild bzw. ein hohes Selbstwertgefühl als Jugendlicher und auch eine hohe Integration in Peergruppen einen risikoreduzierenden Effekt auf die Entwicklung einer Lebenszeitdepression und auf Rückfall. Einzig für eine Neuerkrankung erwies sich das Aufwachsen in einem ausgedehnten Lebensraum und hoch stützenden elterlichen Umfeldes als protektiv.

Die vorliegende Arbeit bestätigt somit einmal Befunde zur gesundheitserhaltenden Bedeutung personaler Ressourcen (generalisierte Einstellungen zu sich selbst und der Umwelt wie Zuversicht, internale Kontrollüberzeugungen und Selbstvertrauen) und zum anderen die Bedeutung externaler Ressourcen, wie Integration in Peergruppen und in die Gemeinde (Werner & Smith, 1992; Schoon & Montgomery, 1997). Insbesondere Schoon und Montgomery (1997) fanden mit den Daten der NCDS (National Child Development Study, Großbritannien), dass Kinder, die von anderen oft gehänselt und schikaniert wurden und die es bevorzugten, Dinge alleine zu tun, auch ein deutlich erhöhtes Risiko trugen, bis zum 30. Lebensjahr depressiv zu erkranken. Allerdings wurden in dieser Untersuchung keine Interaktionsterme betrachtet, und es konnte keine Differenzierung von Verlaufgruppen vorgenommen werden. Gerade auch im Rahmen der Entwicklungspsychopathologie wird der sozialen Integration und der Wertschätzung von Seiten der Eltern ein hoher Stellenwert als Schutzfaktor eingeräumt (Rutter, 1989; 2002).

Durch die gewählte methodische Vorgehensweise dieser Arbeit (drei Verlaufgruppen, eine Gruppe psychisch Gesunder, bivariate logistische Regression, Interaktionsterme der positiven Ressourcen/Faktoren und relevanter Risikofaktoren und multivariate Modelle) können die Annahmen einer abpuffernden Wirkweise von positiven Faktoren auch für die Entwicklung und den weiteren Verlauf einer Depression im Erwachsenenalter bestätigt werden.

In der Gruppe der remittiert Gebliebenen wurde der risikoerhöhende Effekt von Trauma (distales Ereignis), von konkreten Probleme mit dem Lebenspartner (zeitnah) als auch jener von einer aktuellen Trennung bzw. Scheidung am höchsten reduziert und nicht-

signifikant durch das Gegebensein eines positiven Selbstwertgefühls/Selbstbildes als Jugendlicher. Gleichfalls reduzierte eine hohe Selbstwirksamkeit die Effekte aller einbezogenen Belastungsfaktoren zur Nichtsignifikanz.

In der Gruppe der Individuen mit Rückfall wurde der risikoerhöhende Effekt des Aufwachsens mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil deutlich abgesenkt und nicht-signifikant sowohl durch hohe Selbstwirksamkeit als auch durch eine hohe Integration in Peergruppen in der Jugend. Auch das zeitnahe Ereignis der konkreten Probleme mit dem Lebenspartner verlor bei gegebener hoher Selbstwirksamkeit den signifikanten Effekt. Gleichfalls ereignete sich in dieser Gruppe keine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren, wenn hohe Selbstwirksamkeit gegeben war. Dagegen reduzierte eine hohe Integration in Peergruppen die Effekte der beiden zeitnahen Belastungen deutlich geringer.

Das Aufwachsen in einem ausgedehnten Lebensraum und hoch stützendem elterlichem Umfeld reduzierte den risikoerhöhenden Effekt von Tod eines Geschwisters für eine Neuerkrankung deutlich. Die Kombination hohe Selbstwirksamkeit und Tod eines Geschwisters war nicht gegeben. Einbezogen wurde daraufhin das Aufwachsen mit einem psychopathologisch auffälligen Elternteil als weitere risikoerhöhende Kindheitsbelastung. Es zeigte sich, dass es weder einen Neuerkrankten mit hoher Selbstwirksamkeit und psychopathologisch auffälligen Elternteil noch einen Neuerkrankten mit der Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes und hoch stützenden elterlichen Umfeldes und psychopathologisch auffälligen Elternteil gab.

Die Effekte der zeitnahen Ereignisse konkrete Probleme mit dem Lebenspartner und Trennung bzw. Scheidung wurden in Gegenwart von hoher Selbstwirksamkeit und der Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes und hoch stützenden elterlichen Umfeldes deutlich abgesenkt. Es muss erwähnt werden, dass es keinen Neuerkrankten mit der Kombination Scheidung und positiv erlebtem familiären Umfeld in Kindheit und Jugend gab.

Das Einbeziehen der positiven Gegebenheiten in Kindheit und Jugend und der positiven Pole von emotionaler Labilität (Neurotizismus) und externaler Kontrollüberzeugung zeigte einmal die Dominanz des prädispositionalen Merkmals und zum anderen sein Zusammenhang auch mit dem Auftreten bestimmter Stressoren, sowohl distalen (elterliche Psychopathologie) als auch zeitnahen, im mittleren Erwachsenenalter (Trennung/Scheidung). Hier verbleibt die Frage, „Was ist Henne und was ist Ei?“

Das gewählte methodische Vorgehen dieser Arbeit hat sich als fruchtbar erwiesen und bisher wurde eine solche Herangehensweise in der Betrachtung des Entwicklungsverlaufes

einer depressiven Störung auch noch nicht durchgeführt. Auch die Beachtung positiver Ressourcen, die eine Bewältigung auftretender Stressoren erleichtern bzw. deren Auftreten verhindern, sollte in Folgeuntersuchungen verstärkt werden.

Ein solches ressourcenorientiertes Vorgehen wählte auch Kruse und Schmitt (1998) für ihre Untersuchung zu Hilfsbedürftigkeit, damit einhergehendem Belastungserleben und dreier Indikatoren psychischen Befindens (unter anderen depressive Verstimmung) in Gegenwart positiver personaler (bspw. handlungsorientierter Bewältigungsstil) und externaler (bspw. Qualität der medizinischen Versorgung) Ressourcen. Auch in dieser Untersuchung konnte eine abpuffernde Wirkung der einbezogenen positiven Ressourcen (in Interaktion mit dem Belastungserleben) auf depressive Verstimmung gezeigt werden (Kruse & Schmitt, 1998a).

7.7 Diskussion der umfassenden Modelle

Welche Belastungen und positiven Ressourcen charakterisieren nun – unter Berücksichtigung aller relevanten Risiko- und Schutzfaktoren - die drei depressiven Verlaufgruppen? Einzig im Modell für eine Lebenszeitdepression verbleiben sowohl weibliches Geschlecht als auch fehlende Partnerschaft als Risikofaktoren. Sowohl der Tod des Vaters als auch ein erlittenes Trauma bzw. ein Unfall mit Verletzungsfolgen behalten Relevanz. Von den zeitnahen Ereignissen verbleiben lebensbedrohliche Erkrankung und Belastungen in der Beziehung zu den Kindern.

Im Gegensatz zur Lebenszeitdepression ist weibliches Geschlecht kein Risikofaktor für einen Rückfall. Eine fehlende Partnerschaft dagegen führt zu einer dreizehnfachen Erhöhung. Wesentliche zeitnahe Ereignisse, die in Zusammenhang mit einem Rückfall stehen können in Änderung in der Wohnsituation bzw. Umzug, Belastungen in der Beziehung zu Freunden und Bekannten und der Tod eines Kindes gesehen werden. Eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit wirkt als Puffer für einen Rückfall.

Weibliches Geschlecht und fehlende Partnerschaft sind keine Risikofaktoren für eine späte Ersterkrankung. Bezüglich weiblichem Geschlecht berichten dies auch Eaton und Mitarbeiter (1989) für ersterkrankte Depressive des amerikanischen Vorläufer-Surveys des National Comorbidity Surveys. Dagegen dominieren die zeitnahen Belastungsereignisse größere finanzielle Aufwendungen und Schulden und Trennung bzw. Scheidung. Beide einbezogenen positiven Faktoren (hohe Selbstwirksamkeit und das Erleben eines ausgedehnten Lebensraumes verbunden mit einem hoch stützenden familiären Umfeld) zeigten eine abpuffernde Wirkung.

Die Befunde untermauern zwar die zuvor berichteten Muster, verweisen aber auch auf eine zukünftig stärkere Beachtung von Interaktionseffekten (gerade der Kindheitsbelastungen mit den zeitnahen Ereignissen), die in den dargestellten Abschlussmodellen vernachlässigt wurden. Auch unter Einbezug der positiven Faktoren und der relevanten sozialen Lagemerkmale behalten die vier Kindheitsbelastungsereignisse (Tod des Vaters, Trauma, disharmonische Familienverhältnisse und gewalttätiger Vater) ihren Effekt für eine Lebenszeitdepression bei. Bei Rückfall dominieren die zeitnahen Ereignisse einschließlich fehlender Partnerschaft. Bei einer Neuerkrankung dominieren nur die beiden zeitnahen Ereignisse.

Fehlende Partnerschaft und die zeitnahen Ereignisse aus dem interpersonellen Bereich (gesteigerte Auseinandersetzungen und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner, ev. Trennung/Scheidung) werden im Rahmen dieser Arbeit mindestens teilweise als Marker für einen tieferliegenden Risikofaktor (wie gestörter Bindungsstil und Neurotizismus) gesehen, der es dem entsprechenden Individuum erschwert, tragfähige Beziehungen aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten. In der vorliegenden Arbeit wurde geprüft, inwiefern eine niedrige Ausprägung in Neurotizismus und externalen Kontrollüberzeugungen einen Puffer bildet gegen die Entwicklung einer Depression. Neurotizismus gilt als stärkster Prädiktor für den Beginn einer Depression (Goldberg, 2001; Van Os & Jones, 1999). Wenn hoher Neurotizismus Individuen vulnerabel macht für die Effekte stressbesetzter Ereignisse, dann sollte niedriger Neurotizismus abpuffernde Wirkung zeigen. Von den positiven Faktoren behielt einzig eine gegebene hohe Selbstwirksamkeit (unter dem Median in Neurotizismus und unter dem Median liegende Werte in externaler Kontrollüberzeugung) Relevanz. Allerdings lag der Effekt (Beta-Koeffizient) von hoher Selbstwirksamkeit deutlich unter jenen der einbezogenen Risikofaktoren. Wie zuvor jedoch gezeigt werden konnte, sind bestimmte distale (elterliche Psychopathologie) und zeitnahe Ereignisse (Trennung/Scheidung) nicht gegeben, bei niedriger emotionaler Labilität (Neurotizismus) und geringen externalen Kontrollüberzeugungen. Der Befund ist teilweise (bis auf weibliches Geschlecht) konsistent mit den Befunden von de Graaf et al. (2002). De Graaf und Mitarbeiter fanden mit den Daten der niederländischen NEMESIS gleichfalls negative Lebensereignisse, fortbestehende Schwierigkeiten, aber auch weibliches Geschlecht und hohes Niveau von Neurotizismus als Prädiktoren für eine Ersterkrankung (keine Verlaufsbetrachtung). Eine niedrige Ausprägung von Neurotizismus bildete keinen Puffer gegen die Entwicklung einer Major Depression beim Auftreten von negativen Ereignissen.

7.8 Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Arbeit wurden repräsentative Gruppen von Major Depressionen unterschiedlicher Verlaufsformen betrachtet: Dies betrifft sowohl den Schweregrad der Störungen als auch das Vorhandensein psychiatrischer und somatischer Komorbidität sowie die Verteilung ungünstiger sozialer Lagemerkmale. Am ungünstigsten stellt sich jeweils die Situation für Personen mit einem Rückfall in den vier Erhebungszwischenjahren dar. Insbesondere die Personen mit einem Rückfall aber auch Personen mit einer Neuerkrankung waren sowohl mit aversiven Kindheitserfahrungen (insbesondere aus dem familiären Bereich) als auch mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen mehrfach belastet. Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Charakterisierung von Risikogruppen (bereits einmal an einer Depression Erkrankter) für den weiteren Entwicklungsverlauf vom mittleren zum höheren Alter. Es ging hier um die Frage, in welchen Lebensbereichen sich Vulnerabilitäten und hohe Belastungen (Ressourcendefizite und dringend gebotene externale Kompensation) abzeichnen und inwiefern diese mit weit zurückliegenden Belastungserfahrungen in Kindheit und Jugend in Zusammenhang gebracht werden können. Es ging aber auch um die Identifizierung von positiven Faktoren (Ressourcen) als möglichen Ansatzpunkten für sehr frühe präventive Maßnahmen zur Vermeidung der Langzeitfolgen von Belastungsereignissen im familiären Milieu. Von mehreren Forschern wird betont, dass das mittlere Erwachsenenalter für die Bewältigung der späteren Lebensjahre vorentscheidend ist (bspw. Filipp & Staudinger, 2005; Martin & Willis, 2005; Perrig-Chiello, 2003;). „Die entwicklungspsychologische Kontinuität von Bewältigungs- und Handlungsstrategien impliziert, dass Wohlbefinden und Verhalten der zukünftigen „Älteren“ in starkem Maße durch die Gegebenheiten und Lebensperspektiven in den mittleren Lebensjahren geprägt werden“ (Perrig-Chiello, 2003, S. 10). Wie bereits mehrfach angesprochen, ist die vorliegende Arbeit nicht dem Bereich der kausal-orientierten Depressions-Forschung zuzurechnen, sie gehört eher in den Bereich der Verlaufsbeobachtung von depressiven Erkrankungen und ihrer möglichen Vorläufer aber auch der außerordentlichen Konsequenzen einer einmal aufgetretenen depressiven Störung sowohl für die körperliche Gesundheit als auch die soziale Einbindung.

Die berichtete Anzahl belastender Kindheitsereignisse und die berichtete Anzahl zeitnaher Ereignisse sind nicht verzerrt bzw. positiv beeinflusst durch das Niveau aktueller Depressivität und Neurotizismus zu den beiden Erhebungszeitpunkten. Gleichfalls wird die Auftretenshäufigkeit (Exposition) von zeitnahen stressbesetzten Ereignissen nicht beeinflusst durch die reine Summe erlebter Kindheitsbelastungen und auch nicht vom Ausprägungsgrad von Neurotizismus zum ersten Erhebungszeitpunkt.

Langzeiteffekte ganz spezifischer Kindheitsbelastungsfaktoren (Psychopathologie eines Elternteils, gewalttätiger Vater, disharmonische Familienverhältnisse, Tod eines Geschwisters) sind in der bivariaten Betrachtung gegeben. Dies sind nicht unbedingt Verlustereignisse (Tod des Vaters zeigt nur bei den remittiert Gebliebenen einen Effekt), sondern Ereignisse, die auf ein extrem gestörtes familiäres Milieu hindeuten und die in mehreren anderen Studien ebenfalls gefunden wurden (Schoon & Montgomery, 1997; Kessler & Magee, 1993; Kessler, Davis & Kendler, 1997; Überblicksarbeiten von Häfner et al., 2001a/b). Dort wurden allerdings keine Interaktionen bzw Korrelationen der Kindheitsbelastungen untereinander und auch nicht mit zeitnahen Stressoren betrachtet. Kessler und Magee (1994) untersuchten lediglich den Zusammenhang zwischen familiärer Gewalt und mehreren Indikatoren für chronischen Stress in der Gegenwart. Schoon und Montgomery (1997) fanden höhere Prävalenzen von disharmonischen Familienverhältnissen. Überprüft wurden jedoch nicht die Korrelationen/Interaktionen einer Vielzahl von Belastungsfaktoren und auch nicht, wie sich Kindheitsbelastungsereignisse auf eine Erhöhung der Effekte zeitnaher Ereignisse auswirken und so das Risiko, eine Depression zu entwickeln, erhöhen.

Dieser Befund zu den Langzeitauswirkungen der benannten Kindheitsbelastungen betrifft ein wesentliches gesellschaftliches Problem. In der vorliegenden Arbeit mit Erwachsenen der Geburtsjahrgänge 1950/1952 waren 5,4% von der psychischen Störung eines Elternteils betroffen, 8% waren mit einem gewalttätigen Vater und 12% mit disharmonischen Familienverhältnissen belastet (ein jeweils höherer Anteil in den Gruppen mit Rückfall und Neuerkrankung). Die Landesstiftung Baden-Württemberg hat ein Aktionsprogramm auf den Weg gebracht „Gegen Gewalt an Kindern und Kinder als Zeuge und Opfer häuslicher Gewalt“ (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2006). Verwiesen wird auf Folgendes: Erst seit dem 1. Juli 2000 gibt es in Deutschland ein Gesetz, das Kindern ein Recht auf Gewaltfreiheit in der Erziehung zuerkennt. Seit 2002 gibt es den Platzverweis – häusliche Gewalt wird seither nicht mehr als Privatsache angesehen sondern als Straftat. Die Zahl der ausgesprochenen Platzverweise ist im Steigen begriffen: 2002 = 1738, 2003 = 2127, 2004 = 2559. Die größte Gefahr droht einem Kind von den Eltern. 4168 Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle von Kindern wurden 2003 in Deutschland polizeilich bekannt. Die Dunkelziffer soll über 90% ausmachen.

Bei den zeitnahen Ereignissen erreichen Ereignisse aus dem interpersonellen Bereich besondere Relevanz (Partner, Kinder, Eltern und Schwiegereltern), da sie in allen drei Verlaufgruppen prädiktive Wirkung zeigen und somit am ehesten auf eine Markerfunktion

für eine depressive Störung hindeuten (Kessler, 2000a). Zahlreiche Studien finden dieses Mehr an Problemen im interpersonellen Bereich (Bodenmann et al., 2001; Skarsäter et al., 2001; Wittchen & von Zerssen, 1988). – Aber auch hier wurde nur das Mehr konstatiert. Es wurden keine Interaktionseffekte überprüft, und es waren keine Kindheitsbelastungsereignisse einbezogen.

Das Einbeziehen der positiven Faktoren zeigte Wirksamkeit in der erwarteten Richtung. Die höchste Wirksamkeit zeigte die zeitnächste Ressource (hohe Selbstwirksamkeit). Hohe Selbstwirksamkeit (niedriges Niveau in emotionaler Labilität und niedrige externale Kontrollüberzeugung) reduzierte sowohl das Risiko für eine Lebenszeitdepression, für Rückfall im mittleren Erwachsenenalter als auch für eine späte Ersterkrankung. Hohe Selbstwirksamkeit beeinflusst auch das Auftreten zeitnaher Belastungsquellen (siehe Scheidung und konkrete Probleme mit dem Lebenspartner); dies konnte durch die Bildung von Interaktionstermen aufgezeigt werden.

Eine hohe kognitive Befähigung, verbunden mit einem positiven Selbstbild als Schüler schützt nicht vor der Entwicklung einer Major Depression. Dieser Faktor erreicht als einziger der positiven Faktoren sogar einen Schätzkoeffizienten mit positivem Vorzeichen, d. h. er erhöht sogar leicht das Risiko, in eine der drei depressiven Gruppen zu fallen. Auf eine mögliche Bivalenz von Intelligenz und der Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung „postulierter“ Schutzfaktoren gerade für spezifische Erkrankungen verweisen u. a. auch Bender und Lösel (2000). Überdurchschnittliche Intelligenz kann bei bestimmten Risiken eine Schutzfunktion übernehmen (Radke-Yarrow & Brown, 1993, in Bender & Lösel, 2000). Umgekehrt deutet sich aber an, dass Intelligenz, isoliert gesehen, mit internalisierenden Störungen (z. B. Depression) positiv korreliert ist (Luthar & Ziegler, 1991), in anderen Zusammenhängen jedoch weder eine Risiko- noch Schutzfunktion nachweisbar ist.

Die Erfahrung eines ausgedehnten Lebensraumes, verbunden mit einem hoch stützenden elterlichen Umfeld (hohe Wertschätzung von Seiten mindestens eines Elternteils), zeigt seine positive Wirkung insbesondere in der Gruppe der Neuerkrankten. Dies kann ebenfalls wieder als Hinweis auf die Gültigkeit der Annahmen der Bindungstheorie gesehen werden. Dieser Faktor ist nur gegeben bei fehlender elterlicher Psychopathologie und auch bei Fehlen des Miterlebens des Todes eines Geschwisters. Wenn er gegeben ist, dann zeigte sich auch keine Trennung bzw. Scheidung in den vier Erhebungszwischenjahren in der Gruppe der Neuerkrankten.

Eine hohe Integration in Peergruppen, Verbringen der Freizeit mit anderen, Freundschaften und auch ein positives Selbstbild als Jugendlicher erwiesen sich gleichfalls als

Gegenkräfte bei Rückfall und in der Gruppe mit Lebenszeitdepression. Dieses Ergebnis stimmt überein mit Befunden aus der Resilienzforschung und auch der neueren Entwicklungspsychopathologie (Blum, 2000; Rutter, 2002).

Die Befunde dieser Arbeit verweisen auf eine Langzeitwirksamkeit spezifischer Ereignisse aus dem engen familiären Umfeld und auf die Bedeutung bindungstheoretischer Annahmen (bspw. Bowlby, 1977; Egle et al., 2002). Gefunden wurde weiterhin eine hohe Vulnerabilität für die Effekte von und das Mitgenerieren von interpersonellen Ereignissen bei gegebener Depression. Ob dies über hohen Neurotizismus bzw. über eine genetische Veranlagung zur Major Depression transportiert wird oder einfach durch das Aufwachsen in einem gestörten familiären Umfeld, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht geprüft werden, da weder die Neurotizismuswerte der Eltern noch deren Störungsgeschichte vorliegen.

Die Befunde dieser Arbeit sprechen einmal für die dringende Notwendigkeit sehr früher präventiver Maßnahmen bei Kindern aus belasteten Familien (siehe Aktionsprogramm der Landesstiftung Baden-Württemberg), da sich Kindheitsbelastungen offensichtlich nicht „auswachsen“. Zum anderen sprechen sie für eine erhöhte Notwendigkeit, solche distalen Belastungsfaktoren auch bei Personen des mittleren Erwachsenenalters wahrzunehmen und ihre Rolle in der Entwicklung spezifischer Erkrankungen zu berücksichtigen.

Die Befunde zur hochgradigen Mehrfachbelastung mit zeitnahen stressbesetzten Ereignissen der Individuen mit einem Rückfall aber auch mit einer Neuerkrankung im mittleren Erwachsenenalter sprechen gleichfalls für frühe präventive und intervenierende Maßnahmen beim Auftreten spezifischer Ereignisse (lebensbedrohliche Erkrankung, Scheidung, Arbeitslosigkeit). Hier muss nochmals die Rolle des Hausarztes und des frühzeitigen Erkennens einer beginnenden Depression bzw. solcher Umstände, die zu einer derartigen Erkrankung führen können, betont werden. Ein Großteil der depressiv Erkrankten wendet sich zuerst - mit oft uneindeutigem Beschwerdebild - an den Hausarzt, und der Großteil dieser Störungsbilder wird in der Hausarztpraxis nicht erkannt (Gastpar, 2001; Helmchen & Reischies, 2005; Wittchen, 2000).

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Arbeit lag einmal in der Charakterisierung dreier depressiver Verlaufsgruppen bezüglich relevanter sozialer Lagemerkmale, ihrer Belastung mit psychiatrischer und somatischer Komorbidität und insbesondere bezüglich ihrer Belastung mit distalen und zeitnahen stressbesetzten Ereignissen, aber auch möglicher positiver Ressourcen. Zum anderen standen die Wirkmechanismen zeitnaher stressbesetzter Ereignisse im Zusammenhang mit gegebenen Kindheitsbelastungen und positiver Ressourcen im Zentrum der Betrachtung.

In der Forschung sind insbesondere multivariate Modelle gefordert, um die zusätzlichen Beiträge vieler verschiedener Einflussfaktoren (Familiengeschichte, Kindheitsbelastungsereignisse, zeitnahe stressbesetzte Ereignisse und neuropathologische Mechanismen) auf die Entwicklung und den Verlauf einer Major Depression zu untersuchen (Paykel, 2003). Dieser Forderung von Seiten der aktuellen Forschung wurde in der vorliegenden Arbeit nachgekommen. Die Befunde der Arbeit, insbesondere was das Gruppieren bzw. Miteinanderauftreten von Ereignissen betrifft, sowohl die Kindheitsbelastungen und zeitnahen Ereignisse untereinander als auch beide miteinander, legen es nahe, sich verstärkt gerade der Untersuchung solcher Gruppierungen und auch der Betrachtung von zwei- und dreifach Interaktionen (bspw. Psychopathologie eines Elternteils X Arbeitsplatzverlust X fehlende Partnerschaft) und ihrer Effekte für eine Depression zuzuwenden. Wie in Kapitel 6.6.4 (Interaktionseffekte spezifischer Kindheitsbelastungsereignisse und zeitnaher Ereignisse) bereits angesprochen, waren in dieser Arbeit die Zellenbesetzungen bei einigen kombinierten Ereignissen gering bzw. nicht gegeben. Es scheint lohnenswert, derartige Berechnungen mit größeren Stichproben zu wiederholen. Auch scheint es lohnenswert, die Auswirkungen der distalen und zeitnahen Belastungen und positiven Faktoren auch auf andere psychische (bspw. Angststörungen) und somatische Erkrankungen zu untersuchen. So fanden beispielsweise Finlay-Jones und Brown (1989) und Voss, Martin und Stegmann (2004), dass Ereignisse, die mit Gefahr verbunden sind, eher mit Angststörungen assoziiert sind. Depressionen stehen beispielsweise in enger Assoziation mit Herz-Kreislauferkrankungen (auch mit Angina pectoris, Ferketich, et al., 2001), und in ILSE sind diese gleichfalls erfasst. Es wäre interessant zu prüfen, ob und wenn ja, in welcher Größenordnung sich die gleichen distalen und zeitnahen Belastungsereignisse auf die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Verlauf auswirken.

Ein erheblicher Teil der Lebenszeitdepressiven (Personen mit einer depressiven Episode im Lebensverlauf bis ILSE T1) blieb trotz gesundheitlicher Einschränkungen und teilweise schwerer Belastungen (auch lebensbedrohlicher Erkrankungen) in den vier Erhebungszwischenjahren remittiert (77,2%). Gerade im Sinne des Resilienzkonzeptes und seiner Ausdehnung auf das Erwachsenenalter und Alter (Filipp & Aymanns, 2005; Martin & Willis, 2005; Staudinger & Greve, 2001) bzw. einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise sollten demzufolge zukünftig auch vermehrt positive Ressourcen des mittleren Erwachsenenalters bei der Untersuchung des Verlaufes einer depressiven Störung berücksichtigt werden (siehe auch Kruse & Schmitt, 1998a).

In weiteren Analysen sollten sowohl verstärkt Bewältigungsstrategien als auch externale Ressourcen, wie Zugang zu Hilffsystemen und auch sozialer Unterstützung (eine fehlende Partnerschaft erhöhte in dieser Arbeit bspw. das Risiko für einen Rückfall um das Dreizehnfache), miteinbezogen werden (Kruse, 2002; Kruse & Schmitt, 1998a). Auch bei der Betrachtung der Gruppe der „Immer psychisch Gesunden“ (hier definiert als ohne Diagnose im SKID) finden sich bspw. 18,1% Personen, die sich mit zwei und mehr Kindheitsbelastungsereignissen auseinandersetzen mussten. Es finden sich auch 37,4% Personen, die mehr als sieben zeitnahe Belastungen in den vier Erhebungszwischenjahren bewältigen mussten. Eine nähere Analyse dieser Personengruppe und der aufgetretenen Ereignisse scheint gleichfalls lohnenswert.

„Gerade die erfolgreiche Verarbeitung von Belastungen sagt etwas über die Fähigkeit des Menschen aus, mit schwierigen Entwicklungsbedingungen fertig zu werden, denn eines der bestbelegten Fakten aus den großen Langzeitverlaufsstudien, die sich über Jahrzehnte erstrecken, ist, dass es eine Direktbeziehung zwischen Entwicklungsbelastungen und späterem beobachtbaren Schaden nicht gibt. Dieser gute Ausgang eines schlechten Anfangs ist als Forschungsthema mindestens genauso interessant, als die Forschung über den schlechten Ausgang“ (Hoffmann, Egle & Joraschky, 2000, S. 513). Die benannten Forscher warnen aber auch vor einer unkritischen Überschätzung der Möglichkeiten, mit schlechten Karten gut zu spielen, vor einer Überschätzung von Resilienz. Sie warnen vor der Unterstellung, dass man mit Kindern so ziemlich alles anstellen könne, ohne dass sie dabei Schaden litten. Die Mehrheit spielt mit dem in Kindheit und Jugend ausgegebenen schlechten Blatt auch im späteren Leben ziemlich schlecht Karten. Die Ansätze zur Beeinflussung der späteren schlechten Bedingungen könnten aber gerade dabei Perspektiven gewinnen, indem man die Fälle besonders aufmerksam studiert, bei denen es trotzdem gut geht.

Danksagung

Fehlender oder mangelnder sozialer Unterstützung kommt gerade aus Sicht der Depressionsforschung der Stellenwert eines Vulnerabilitätsfaktors (erhöht das Belastungserleben und kann die erfolgreiche Bewältigung behindern) beim Auftreten von Belastungen (wie bspw. das Schreiben einer Dissertation) und nachfolgender Störung des Gemütslebens zu. Die Verfasserin dieser Arbeit konnte in der Zeit der Fertigstellung der Arbeit immer auf vielfältige und sehr hilfreiche Unterstützung vieler Mitmenschen zählen und sich so auch eine glückliche Grundstimmung bewahren. Ich möchte mich hierfür bedanken.

Mein besonderer Dank gilt zuerst Herr Prof. Dr. Andreas Kruse und Herr Prof. Dr. Mike Martin, die mich bei der Durchführung des Dissertationsvorhabens immer durch sehr konstruktive und immer positiv gehaltene Anregungen und Hinweise intensiv begleitet haben und damit entscheidend zum Gelingen beigetragen haben.

Ich danke meinen ehemaligen Mitstreiterinnen aus der KLE-Arbeitsgruppe, Anne-Katrin Stegmann, Anna Mallau und Marina Schmitt für viele kleine und größere Unterstützungsleistungen wie seelischen Beistand gewähren und Aufbauen, für viele Stunden gemeinsamer Arbeit und Freizeit und insbesondere für die Gestaltung einer außerordentlich angenehmen Arbeitsatmosphäre.

Ein ganz besonderer Extradank möchte ich an Marina Schmitt richten für die zahlreichen konstruktiven Gespräche und die immer wieder gegebenen Ermutigungen und die vielen Stunden tätiger Hilfe.

Mein Mann Andreas und unsere Tochter Hannah haben diese stressreiche Zeit mit mir gemeinsam bestanden und vielfach durch kleine und größere Liebesbeweise und auch durch Zurücknehmen ihrer eigenen Bedürfnisse mein Durchhaltevermögen und seelisches Wohlbefinden gestärkt. Herzlichen Dank Euch beiden!

8 Literatur

- Abraham, K. (1924). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. *Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse XI*: 1-96.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Allison, P. D. (1999). *Logistic Regression Using SAS System: Theory and Application*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition-revised)*. Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Angst, J. (1988). Clinical course of affective disorders. In T. Helgason & R. J. Daily (eds.), *Depressive Illness: Prediction of Course and Outcome* (pp. 1-45). Berlin: Springer.
- Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive disorder? In S. Montgomery & F. Rouillon (eds.), *Long-term Treatment of Depression. Perspectives in Psychiatry*, Vol. 3, (pp. 1-13). Chichester: Wiley.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aseltine, R. H. & Kessler, R. C. (1993). Marital disruption and depression in a community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 237-251.
- Avison, W. R. & Turner, R. J. (1988). Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 253-264.
- Badura, B. (1993). Freud versus Selye. Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Stressbewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1, 47-60.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barth, S., Voss, E., Martin, M., Fischer-Cyruilies, A., Pantel, J. & Schröder, S. (2002). Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23(2), 141-158.
- Beard, G. M. (1881). *American nervousness, its causes and consequences*. New York: Putnam.
- Bebbington, P. (1987). Misery and beyond: The pursuit of disease theories of depression. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33, 13-20.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression. A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (eds.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-38.
- Bender, D. & Lösel, F. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und der Bewältigung von Mißhandlung und Vernachlässigung. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 40-58). Stuttgart: Schattauer.
- Bifulco, A. & Brown, G. W. (1996). Cognitive coping response to crisis and onset of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 163-172.

- Bijl, R. V., de Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F. & Vollebergh, W. A. M. (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 372-379.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bleuler, M. (1963). Conception of Schizophrenia within the last fifty years and today. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56, 945-952.
- Block, J. H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blum, R. W. (2002). *Risk and Resilience: a Model for Public Health Interventions for Adolescents* [Online]. Retrieved from: www.asca-caahca/Ang/documents/riskandresilience.Pdf.
- Bodenmann, G., Schwerzman, S., & Cina, A. (2000). Kritische Lebensereignisse und Alltagsstress bei Depressiven und Remittierten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 1-17.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bower, G. H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1991). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer.
- Braun, K., Lange, E., Metzger, M. & Poeggel, G. (2000). Maternal separation followed by early social deprivation affects the development of monoaminergic fiber systems in the medial prefrontal cortex of Octodon degus. *Neuroscience*, 95, 309-318.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45, 797-805.
- Bretherton, L. & Mulholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and critical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Brilman, E. I. & Ormel, J. (2001). Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychological Medicine*, 31, 859-869.
- Brostedt, E. M. & Pedersen, N.L. (2003). Stressful life events and affective illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 208-215.
- Brown, G. W. (1989). Life events and measurement. In G. W. Brown & T. O. Harris (eds.), *Life Events and Illness* (pp 3-45). New York: Guilford.
- Brown, G. W., Adler, Z. & Bifulco, A. T. (1988). Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.
- Brown, G. W. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T. O., Adler, Z. & Bridge, L. (1986). Social support, self esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-833.
- Brown, G. W. & Bifulco, A. (1985). Social support, life events and depression. In I. Sarason (ed.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 349-370). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.

- Brown, G. W., Bifulco, A. T., Harris, T. O. & Bridge, L. (1986). Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *11*, 1-19.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Press.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1989). Depression. In G. W. Brown & T. O. Harris (eds.), *Life events and illness* (pp.49-93) . London: Unwin Hyman, Guilford Press.
- Brown, G. W., Harris, T., Hepworth, C. & Robinson, R. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, *25*, 7-21.
- Brown, G. W. & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes I: Community survey. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 447-456.
- Brown, G. W. & Prudo, R. (1981). Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 1. Aetiology of depression. *Psychological Medicine*, *11*, 581-599.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E. & Sturt, E. (1990). The relation between life events and social support networks in a clinically depressed cohort. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *25*, 308-313.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, *15*, 189-194.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O. & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *244*, 1-11.
- Champion, L. A. (1990). The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. *Psychological Medicine*, *20*, 157-161.
- Champion, L. A., Goodall, G. M. & Rutter, M. (1995). Behavioural problems in childhood and stressors in early adult life: A 20-year follow-up of London school children. *Psychological Medicine*, *25*, 231-246.
- Chen, L.S., Eaton, W. W., Gallo, J. J. & Nestadt, G. (2000). Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: a longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *59*, 1-11.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 6-20.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, *53*, 2, 221-241.
- Clark-Plaskie, M. & Lachman, M.E. (1999). The Sense of Control in Midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (eds.), *Life in the Middle* (pp. 181-208). San Diego, CA: Academic press.
- Cohen, L. H. (1988). Measurement of Life Events. In L. H. Cohen (ed.), *Life events and psychological functioning: theoretical and methodological issues* (pp. 11-30). Beverly Hills: Sage Publications.
- Cohen, L. H., Towbes, L. C. & Flocco, R. (1988). Effects of induced mood on self-reported life events and perceived and received support. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 669-674.
- Cook, J. A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M. H., Gurtman, A. C., Richardson, J. L., Wilson, T. E., Young, M. A. & Hessol, N. A. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, *94*, 7, 1133-1140.
- Cooke, D. J. (1985). The reliability of a brief life event interview. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 361-365.

- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality: Another "hidden factor" in stress research. *Psychological Inquiry, 1*, 22-24.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy, 3*, 240-247.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 186-193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 14-27.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 55*, 347-352.
- Cross-National Collaborative Group (1992). The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association, 268(21)*, 3098-3105.
- Curtis, J. W. & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology, 15*, 773-810.
- De Bellis, M. D., Chrousos, G. P., Dorn, L. D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M. A., et al. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinological Metab, 78*, 249-255.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Ravelli, A., Smit, F. & Vollebergh, A. M. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 303-313.
- De Longis, A., Coyne, J. C., Dakof, D., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1*, 119-136.
- Dew, M. A., Bromet, E. H. & Schulberg, H. C. (1987). A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects. *American Journal of Community Psychology, 15*, 167-184.
- Dittmann, K. H. (1991). *Perspektiven der Lebensereignisforschung: eine kritische Diskussion theoretischer und methodischer Probleme und Lösungsansätze*. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie, Bd. 349. Frankfurt/Main: Lang.
- Dohrenwend, B. S. (1986). Note on a program of research on alternative social psychological models of relationships between life stress and psychopathology. In M. H. Appley & R. Turnbull (eds.), *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.
- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1979). The conceptualization and measurement of stressful life events: An overview of the issues. In R. A. Depue (ed.), *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 105-121). San Diego, CA: Academic Press.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (eds.) (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.
- Dohrenwend, B. P., Raphael, K. G., Schwartz, S., Stueve, A. & Skodol, A. (1993). The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events. In C. Mazure (ed.), *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* (pp. 174-199). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dohrenwend, B. P. & ShROUT, P. E. (1985). „Hassles“ in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist, 40*, 780-785.
- Easterlin, R.A., Schaeffer, C.M. & Macunovich, D.J. (1993). Will the Baby Boomers be less well off than their parents? Income, wealth, and family circumstances over the life cycle in the United States. *Population and Development Review, 19(3)*, 497-522.

- Eaton, W. W., Kramer, M., Anthony, J. C., Dryman, A., Shapiro, S. & Locke, B. Z. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIHM epidemiologic catchment area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163-178.
- Egle, U., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B. & Hoffmann, S. (2002). Long-term effects of adverse childhood experiences – Actual evidence and needs for research. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 411-434.
- Egle, U. T. & Hoffmann, S. O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 3-23). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T. & Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 68, 683-695.
- Elder, G. H., George, L. K. & Shanahan, M. J. (1996). Psychosocial stress over the life course. In H. B. Kaplan (ed.), *Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life course, and methods* (pp. 247-292). Orlando: Academic press.
- Ellguth, P., Liebold, R. & Trinczek, R. (1998). Double Squeeze: Manager zwischen beruflichen und privaten Anforderungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50(3), 517-535.
- Faravelli, C., Paterniti, S. & Scarpato, A. (1995). 5-Year Prospective, Naturalistic Follow-Up of Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 272-277.
- Favarelli, C., Sacchetti, E., Ambonetti, A., Conte, G., Pallanti, S. & Vita, A. (1986). Early life events and affective disorder revisited. *British Journal of Psychiatry*, 148, 288-295.
- Farmer, A., Harris, T., Redman, K., Sadler, S., Mahmood, A., & McGuffin, P. (2000). Cardiff Depression Study: A sib-pair study of life events and familiarity in major depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 150-155.
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S. & McGuffin, P. (2001). Sensation-seeking, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 549-552.
- Farmer, A. & McGuffin, P. (2003). Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depressed subjects, healthy controls and their siblings. *Psychological Medicine*, 33, 1169-1175.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4, 359-369.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4, 245-258.
- Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression and childhood psychopathology. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.
- Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. & Moeschberger, M. L. (2001). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 12, 161, 3, 485-486.
- Fernandez, E. & Sheffield, J. (1996). Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache*, 36, 595-602.
- Fiedler, P. (2000). *Persönlichkeit und Depression*. www.iktp.de/iktp2000/manu-fiedler.html
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990). *Kritische Lebensereignisse* (2nd ed.). München: Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. (1995). Lebensereignisforschung - eine Bilanz. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 293-326). München: Urban & Schwarzenberg.

- Filipp, S.-H., Aymanns, P. (2005). Verlust und Verlustverarbeitung. In U. Staudinger & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Bd. 6 (S. 764-802). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. & Staudinger, U. M. (Hrsg.) (2005). Vorwort. *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Bd. 6. Göttingen: Hogrefe.
- Finlay-Jones, R. (1989). Anxiety. In G. W. Brown & T. Harris (eds) *Life events and illness* (pp. 95-112). London: Unwin Hyman, Guilford Press Press.
- Fischer, M. & Fischer, U. (1995). Wohnortswchsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrisen. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 139-153). München: Urban & Schwarzenberg.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*. GW, Bd. 10.
- Funch, D. P. & Marshall, J. R. (1984). Measuring life stress: factors affecting fall-off in the reporting of life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 453-464.
- Garmezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In J. Stevenson (ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.
- Gastpar, M. (2001). Erkennen und Behandeln der Depression. Eine europaweite Aufgabe. *Der Hausarzt*, 20, 42-47.
- Geyer, S. (1999). Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten. Weinheim/München: Juventa.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G. & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Gesundheitsbericht für Deutschland (1998). www.gbe-bund.de
- Glass, D. C., Kasl, S. A. & Berkman, L. F. (1997). Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 9, 70-89.
- Glass, D. C. & Singer, J. E. (1972). *Urban stress-experiments on noise and social stressors*. New York: Academic Press.
- Goldberg, D. (2001). Vulnerability factors for common mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 178, 40, 69-71.
- Goodyear, I. M. (1990). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 161-192.
- Gotlib, I. H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 3-13.
- Gotlib, I. H. & Hammen, C. (1992). *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive-Interpersonal Integration*. New York: Wiley.
- Gotlib, I. H. & McCabe S. B. (1990). Marriage and psychopathology. In F. Fincham & T. Bradbury (eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 226-255). New York: Guilford.
- Gotlib, I. H., Mount, J. H., Cordy, N. I. & Whiffen, V. E. (1988). Depression and perception of early parenting: a longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 24-27.
- Greve, W. (2005). Die Entwicklung von Selbst und Persönlichkeit im Erwachsenenalter. In U. Staudinger, S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Bd. 6 (S. 343-379). Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (Hrsg.) (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und -forschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Guze, S. B. (1989). Biological Psychiatry : Is there any other kind ? *Psychological Medicine*, 19, 315-323.

- Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K. & Schepank, H. (2001a). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 1: Psychosoziale Risikofaktoren. *Psychotherapeut*, 46, 343-347.
- Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K. & Schepank, H. (2001b). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 2: Psychosoziale Schutzfaktoren. *Psychotherapeut*, 46, 403-408.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2, 260-273.
- Harkness, K. L. & Monroe, S. M. (2002). Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 387-393.
- Harkness, K. L., Monroe, S. M., Simons, A. D. & Thase, M. (1999). The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychological Medicine*, 29, 135-144.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. & Hill, J. P. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harris, T. (1996). Life Events and Health. In A. Baum (ed.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 136-139). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harris, T., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder. The role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- Harris, T., Brown, G.W. & Bifulco, A. (1990). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: a tentative overall model. *Development and Psychopathology*, 2, 311-328.
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modelling*. Cary: SAS Institute Inc.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer (1990). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S. 126-165). Göttingen: Hogrefe.
- Hawkes, J. (1857). On the increase of insanity. *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology*, 10, 508-521.
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1509-1522.
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Heim, C., Newport, J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., et al. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Academy*, 284, 592-597.
- Helmchen, H. & Reischies, F.M. (2005). Psychopathologie des Alter(n)s. In U. Staudinger & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Bd. 6 (S. 251-288). Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Gerontopsychosomatik*. München: Reinhardt.
- Hoffmann, S. O., Egle, U. T. & Joraschky, P. (2000). Bedeutung von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen – Versuch einer Bilanz. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 513-518). Stuttgart: Schattauer.

- Holmes, T. H. & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (eds.), *Stressful life events: Their nature and effects.* (pp. 45-72). New York: Wiley.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- House, J. S. & Cottingham, E. (1986). Health and the workplace. In L. H. Aiken & D. Mechanic (eds.), *Application of social science to clinical medicine and health policy* (pp. 382-415). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Hunt, N., Bruce-Jones, W. D. & Silverstone, T. (1992). Life events and relapse in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 25*, 13-20.
- Kanner, A. D., Coyne, C., Schäfer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 1-39.
- Kaplan, H. B. & Dampousse, K. R. (1997). Reciprocal relationships between life events and psychological distress. *Stress Medicine, 13*, 75-90.
- Kartte, S., Schweikle, J., Stolze, C. & Futh, T. (2005). Neue Wege aus dem Tief. *Gesund Leben, 2*, 19-23.
- Katschnig, H. (Hrsg.) (1986). *Life events and psychiatric disorders: Controversial issues.* Cambridge University Press.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Perel, J., Dahl, R. E., Moreci, P., Nelson, B., et al. (1997). The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry, 42*, 669-679.
- Keller, F. (1997). *Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen.* Münster: Waxmann
- Kendler, K. S. , Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Personality and the experience of environmental adversity. *Psychological Medicine, 33*, 1193-1202.
- Kendler, K. S. & Karkowski-Shuman, L. M. (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment. *Psychological Medicine, 27*, 539-547.
- Kendler, K. S., Karkowski-Shuman, L. M. & Prescott, C. A. (1998). Stressful life events and major depression: Risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 11, 661-669.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M. & Gardner, C. O. (2000). Stressful Life Events and Previous Episodes in the Etiology of Major Depression in Women: An Evaluation of the "Kindling" Hypothesis. *The American Journal of Psychiatry, 157*, 1243-1251.
- Kessing, L. V., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine, 33*, 1177-1184.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Reviews of Psychology, 48*, 191-214.
- Kessler, R.C. (2000a). The Long-term Effects of Childhood Adversities on Depression and Other Psychiatric Disorders. In T.O. Harris (Ed.), *Where Inner and Outer Worlds Meet* (pp. 111-126). London: Routledge Ltd.
- Kessler, R C. (2000b). National Comorbidity Survey, 1990-1992 (Computer File). Conducted by University of Michigan, Survey Research Center. ICPSR ed. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research (producer and distributor), – Part 1: Data Collection Instrument for NCS Main Data und Part 2: National Survey Of Health and Stress.
- Kessler, R. C. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA, 289*, 23, 3095-3105.

- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversities and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kessler, R. C. & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kessler, R. C. & Magee, W. J. (1994). Childhood family violence and adult recurrent depression. *The Journal of Health and Social Behavior*, 35, 13-27.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C. & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 21, 723-738.
- Kessler, R. C., Price, R. H. & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R. C., Turner, J. B. & House, J. S. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychological Medicine*, 17, 949-961.
- Klauer, T. (1990). Mittleres Erwachsenenalter: ein langweiliges Plateau? *Psychomed*, 2, 162-167.
- Klauer, T. & Filipp, S. H. (1995). Lebenskrisen und ihre Bewältigung. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 11, 159-162.
- Klerman, G.L. & Weisman, M.M. (1992). The course, morbidity, and cost of depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831-834.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1067-1079.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R. C., Jensen, P. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen, Hogrefe.
- Kraus, A. (1977). *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*. Stuttgart: Enke.
- Kruse, A. (1989a). Psychologie des Alters. In K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meyer, C. Müller, H. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Band 8: Alterspsychiatrie* (S. 1 - 58). Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (1989b). Psychologische Beiträge zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie von Depressionen im Alter. In M. Bergener (Hrsg.), *Depressive Syndrome im Alter* (S. 1 - 25). Stuttgart: Thieme.
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern: Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (2005a). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger, S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Bd. 6 (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2005b). Störungen im Alter: Intervention. In M. Perrez, U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Psychotherapie* (S. 1087-1103). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Martin, M. (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (Hrsg.). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Re, S. (2005). Störungen im Alter: Klassifikation und Diagnostik. In M. Perrez, U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Psychotherapie* (S. 1080-1086). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1998a). Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen – eine ressourcen-orientierte Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 2, 118-124.

- Kruse, A. & Schmitt, E. (1998b). Halbstrukturierte Interviews. In G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften* (S. 161-174). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2000). *Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2002). Entwicklung der Persönlichkeit im Lebenslauf – die Analyse von Entwicklung aus einer aufgaben-, konflikt- und daseinsthematischen Perspektive. In G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Persönlichkeit und Entwicklung* (S. 122-156). Weinheim: Beltz.
- Lachman, M. E. & James, J. B. (1997). *Multiple paths of midlife development*. Chicago: University of Chicago Press.
- Landesstiftung Baden-Württemberg (2006). *Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt*. www.landesstiftung-bw.de
- Lara, M. E. & Klein, D. N. (1999). Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronic depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 5, 553-570.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12 (1), 19-29.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal – external control. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 47, 322-334.
- Loehlin, J. C. (1992). *Genes and environment in personality development*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lupien, S. J., de Leon, M., de Santi, S., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N. P., Thakur, M., et al. (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1, 69-73.
- Luthar, S. & Ziegler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G. & Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event related risk for major depression. *Psychological Medicine*, 31, 593-604.
- Martin, M. & Hofer, S. M. (2004). Intraindividual variability, change, and aging: Conceptual and analytical issues. *Gerontology*, 50, 7-11.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Grundriss Gerontologie, Bd. 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, M., Voss, E., Wethington, E. & Stegmann, A.-K. (in Vorbereitung). The effects of childhood adversities on mental health problems in middle-aged adults: A cross-national comparison between Germany and the United States.
- Martin, M. & Willis, S. (2005). Midlife Development: Past, Present, and Future Directions. In S. Willis & M. Martin (Eds.), *Middle Adulthood. A Lifespan Perspective* (pp. 383-389). Thousand Oaks: Sage.

- Martin, P., Martin, M., Schmitt, M. & Sperling, U. (2000). Einführung. In P. Martin, M. Martin, M. Schmitt, U. Sperling, K. U. Ettrich, A. Fischer-Cyrlies, D. Roether & U. Lehr (Hrsg.), *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE): Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang* (S. 1-6). Forschungsberichte aus dem DZFA, Nr. 8.
- Martin, P. & Martin, M. (2000). Design und Methodik der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. In P. Martin et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter* (S. 17-27). Darmstadt: Steinkopff.
- Maughan, B. & Rutter, M. (1997). Retrospective reporting of childhood adversity: Issues in assessing long-term recall. *Journal of Personality Disorders, 11*, 19-33.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse (28 Absätze). *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal), 1* (2).
- McGuffin P., Katz R., Watkins S. & Rutherford J. (1996). A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of General Psychiatry, 53*, 129-136.
- McGonagle, K. M. & Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology, 18*, 681-705.
- McLeod, J. D. (1991). Childhood parental loss and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 205-220.
- Meany, M. J., Bhatnagar, S., Laroque, S., McCormick, C., Shanks, N., Sharma, S., et al. (1993). Individual differences in the hypothalamic-pituitary-adrenal stress response and the hypothalamic CRF system. *Annals of the New York Academy of Sciences, 29*, 697, 70-85.
- Mendlewicz, J. (1985). Genetic research in depressive disorders. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Homewood: Dorsey Press.
- Metalsky, G. I. & Joiner, T. E. Jr. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 667-675.
- Moen, P. & Wethington, E., (1999). Midlife development in a life course context. In S. L. Willis & J. D. Reid (eds.), *Life in the Middle* (pp. 3-23). San Diego, CA: Academic press.
- Monroe, S. M. & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin, 110*, 3, 406-425.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect, 20*, 7-21.
- Mundt, Ch. & Fiedler, P. (1996). Konzepte psychosozialer Vulnerabilität für affektive Erkrankungen. In H.-J. Möller & A. Deister (Hrsg.), *Vulnerabilität für affektive und schizophrene Erkrankungen* (S. 1-9). Wien: Springer.
- Mundt, C., Backenstrass, M., Kronmüller, K.T., Fiedler, P., Kraus, A. & Stangelini, G. (1997). Personality and endogenous / major depression: An empirical approach to Typus melancholicus: 2. Validation of Typus melancholicus core-properties by personality inventory scales. *Psychopathology, 30* (3), 130-139.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science, 274*(5288), 740-743.
- Naegele, G. (1992). *Zwischen Arbeit und Rente: Gesellschaftliche Chancen und Risiken älterer Arbeitnehmer*. Augsburg: Maro-Verlag.

- Nazroo, J. Y., Edwards, A. C. & Brown, G. W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Oakley-Browne, M. A., Joyce, P. R., Wells, J. E., Bushnell, J. A. & Hornblow, A. R. (1995). Adverse parenting and other childhood experience as risk factors for depression in women aged 18-44 years. *Journal of Affective Disorders*, 34, 13-23.
- Ormel, J. & Rijdsdijk, F. (2000). Continuing within subject change in neuroticism during adulthood structural modelling of a 16 year, 5 wave community study. *Personality and Individual Differences*, 28, 461-478.
- Ormel, J & Wohlfahrt, T. (1991). How neuroticism, longterm difficulties and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 744-755.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (1984). Modification of levels of depression in mother-bereaved women by parental and marriage relationship. *Psychological Medicine*, 14, 125-135.
- Parker, G. (1992). Early environment. In: E. S. Paykel (ed.), *Handbook of affective disorders*, 2nd edn., (pp. 171- 183). Edinburgh: Churchill Livingston.
- Parmelee, P. A., Thuras, P. D., Katz, I. & Lawton, M. P. (1995). Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a Geriatric Residential Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 130-137.
- Patton, G. C., Coney, C., Posterino, M., & Carlin, J. B. (2003). Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychological Medicine*, 33, 1203-1210.
- Paykel, E. S. (2001). The evolution of life events research in psychiatry. *Journal of Affective Disorders*, 62, 141-149.
- Paykel, E. S. (2002). Which depressions are related to life stress? *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 167-172.
- Paykel, E. S.(2003). Life events: Effects and genesis. *Psychological Medicine*, 33, 1145-1148.
- Paykel, E. S. & Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In E. S. Paykel, (ed.), *Handbook of affective disorders*, 2nd edn., (pp. 149-169). Edinburgh: Churchill Livingston.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Perrig-Chiello, P. (2003). Mitten im Leben: Das mittlere Erwachsenenalter – Stiefkind der Entwicklungspsychologie. *Psychoscope*, 1, 10-13.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2001). *Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter*. Zürich: Seismo-Verlag.
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 93-109.
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. Benedek (eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*, (pp. 221-238). Washington, D. C.
- Plantes, M. M., Prusoff, B. A., Brennan, J. & Parker, G. (1988). Parental representations of depressed outpatients from a US sample. *Journal of Affective Disorders*, 15, 149-155.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Sabatino, S., Majaher, D., Worthington, J. G., Mc Ardle, E. T. & Rosenbaum, J. F. (1996). Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influences on course. *American Journal of Psychiatry*, 153, 376-381.

- Portegijs, P. J. M., Jeuken, F. M. H., van der Horst, F. G., Kraan, H. F. & Knottnerus, J. A. (1996). A troubled youth: Relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Family Practice*, *13*, 1-11.
- Post, R. M. (1992). Transduction of Psychosocial Stress into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 999-1010.
- Prudo, R., Harris, T. O. & Brown, G. W. (1984). Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 3. Social integration and the morphology of affective disorder. *Psychological Medicine*, *14*, 327-345.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1988). *Parental breakdown: The making and breaking of intergenerational links*. Aldershot: Gower.
- Quinton, D., Rutter, M. & Liddle, C. (1988). Institutional rearing, parental difficulties and marital support. *Psychological Medicine*, *14*, 107-124.
- Reck, C. (2000). *Kritische Lebensereignisse im Verlauf der Major Depression. Eine prospektive Studie mit stationären Patienten*. Inauguraldissertation, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Reck, C., Backenstraß, M., Kronmüller, K.-T., Sommer, G., Fiedler, P. & Mundt, Ch. (1999). Kritische Lebensereignisse im 2-Jahresverlauf der „Major Depression“. *Nervenarzt*, *70*, 637-644.
- Robins, C. J. & Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 297-313.
- Rodgers, B. (1994). Pathways between parental divorce and adult depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *35*, 1289-1308.
- Romanov, K., Varjonen, J., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2003). Life events and depressiveness - the effect of adjustment for psychosocial factors, somatic health and genetic liability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 25-33.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O'Shea, M. L. & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine*, *25*, 127-142.
- Romans, S. E., Walton, V. A., McNoe, B., Herbison, G. P. & Mullen, P. E. (1993). Otago Women's Health Survey 30-month follow-up: I. Onset patterns of non-psychotic psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 733-738.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (1979). A comparison of life event weighting schemes: Change, undesirability, and effect- proportional indices. *Journal of Health and Social Behavior*, *20*, 166-177.
- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H.-U., Bedirhan, U., Walters, E. & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 229-235.
- Rubin, R. T. & Poland, R. E. (1983). Neuroendocrine function in depression. In J. Angst (Ed.), *The origin of depression. Current concepts and approaches*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Rundell, J. R. & Wise M. G. (eds) (1996). *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *22*, 323-356.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, *38*, 23-51.
- Rutter, M. (2002). Nature, Nurture, and Development: From Evangelism through Science toward Policy and Practice. *Child Development*, *73*, 1, 1-21.

- Rutter, M. & O'Connor T. (2004). Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings From a Study of Romanian Adoptees. *Developmental Psychology*, 40, 1, 81-94.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, 225-234.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). Resilience in Adulthood and Later Life. In J. Lomranz (ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*, (pp. 69-96). New York: Plenum.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Sapolsky, R. M. (2001). Commentary: Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus. *PANAS*, 98(22), 12320-12322.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schacter, D. L. (2001). *The seven sins of memory: How the mind forgets and remembers*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Schmidtke, A., Bille Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempts during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 5, 327-338.
- Schmitz, U., Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (1999). Persönlichkeit und Lebensereignisse: Prädiktive Beziehungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31, 147-156.
- Schoon, I. & Montgomery, S. M. (1997). Zum Zusammenhang von frühkindlicher Lebenserfahrung und Depression im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 43, 319-333.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D. & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode of sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Baldwin, C. P. & Baldwin, A. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of the American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 31, 893-903.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Semmer, N. & Udris, I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S.133-165). Bern: Verlag Hans Huber.
- Shrout, P. E., Link, B. G., Dohrenwend, B. P., Skodol, A. E., Sueve, A. & Mirotnik, J. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: The role of fateful loss events. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 4, 460-467.
- Skärsäter, I., Agren, H. & Dencker, K. (2001). Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 107-114.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Smith, J. & Baltes, P. (1993). Differential Psychological Aging: Profiles of the old and very old. *Aging and Society*, 13 (4), 551-587.

- Statistisches Bundesamt (1995). *Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Staudinger, U.M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 95-144), Band 1. Leske und Budrich.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G. & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27, 951-959.
- Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C. W. N. & Mackenbach, J. P. (1998). The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health. *Social Science and Medicine*, 46, 611-623.
- Surtees, P. G. (1989). Adversity and psychiatric disorder: a decay model. In G. W. Brown & T. Harris (eds.), *Life Events and Illness*. London: Unwin Hyman.
- Surtees, P. G. & Ingham, J. G. (1980). Life stress and depressiv outcome: Application of a dissipation model to life events. *Social Psychiatry*, 15, 21-31.
- Swindle, R. W., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1989). Life stressors, social rressources, coping, and the four year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 468-477.
- Taylor, S. E. & Aspinwall, L. G. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress: appraisal, coping, resistance, and vulnerability. In H. Kaplan (ed), *Psychosocial Stress, Perspective on Structure, Theory, Life-Course, and Methods* (pp. 71-110). San Diego: Academic Press.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re-modelling Depressive Thought*. Have: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Cooper, Z., Hayhurst, H. & Paykel, S. (1995). Depressive thinking: shifts in construct accessibility or in schematic mental models. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 500-507.
- Teasdale, J. D. & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypothesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. Dritte erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Tennant, C. (1988). Parental loss in childhood: its effects in adult life. *Archives of General psychiatry*, 45, 1045-1050.
- Tewes, U. (1991). *HAWIE-R. Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene/Revision 1991.*, 2nd ed., Bern, Huber.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In H. B. Kaplan (ed), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* (pp. 33-103). New York: Academic.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.
- Turner, J. B., Kessler, R. C. & House, J. S. (1991). Factors facilitating adjustment to unemployment: Implications for intervention. *American Journal of Community Psychology*, 19, 521-542.
- Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.

- Ulich, M. (1988). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 20, 146-166.
- Umberson, D., Wortman, C. B. & Kessler, R. C. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-24.
- Van Os, J. & Jones, P. B. (1999). Early risk factors and adult person-environment relationships in affective disorder. *Psychological Medicine*, 29, 1055-1067.
- Van Os, J., Park, B. G. & Jones, P. B. (2001). Neuroticism, life events and mental health: Evidence for person-environment correlation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 72-77.
- Velleman, R. & Orford, J. (1993). The adult adjustment of offspring of parents with drinking problems. *British Journal of Psychiatry*, 162, 503-516.
- Voss, E., Barth, S., Pantel, J., Martin, M., Schmitt, M. & Schröder J. (in Druck). Age differences in prevalence and course of major depression: A longitudinal population-based study of two birth cohorts in Germany. *Psychiatry Research*.
- Voss, E., Martin, M., Stegmann, A. K. (2004). Der Zusammenhang zwischen Angststörungen und belastenden Lebensereignissen bei älteren Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 2, 87-101.
- Voss, E., Martin, M., Stegmann, A. K., Schmitt, M. & Wethington, E. (submitted). Prevalence of Mental Illness in Middle Aged Adults in Germany and the United States: A cross-national comparison of the Interdisciplinary Longitudinal Study on Adult Development (ILSE) and the National Comorbidity Survey (NCS). *Transcultural Psychiatry*.
- Werner, E. E. (1989). Vulnerability and Resiliency: A Longitudinal Perspective. In M. Brambring (Hrsg.), *Children at risk: assessment, longitudinal research, and intervention*. (pp 157-172). New York: de Gruyter.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wethington, E. (1997). Structured Life Events Inventory. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (eds.) *Evaluating stress: a book of resources* (pp. 391-403). Boston: Scarecrow Press, Inc.
- WHO (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Geneva, Switzerland.
- WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization: Geneva.
- WHO (2001). Weltgesundheitsbericht: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung. <http://www.dgvt.de/index.html?politik/vereine/weltgesundheitsbericht2001>
- WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland.
- Wolfersdorf, M. (1995). Depressive Störungen. Phänomenologie, Aspekte der Psychodynamik und –therapie. *Psychotherapeut*, 40, 330-347.
- Wittchen, H.-U. (1999). Interview von J. von Campenhausen, Männer unter Druck. *Stern*, 7, 62-68.
- Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie „Depressionen 2000“. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118, 1-3.
- Wittchen, H.-U., Burke, J. D., Semler, G., Pfister, H., Von-Cranach, M. & Zaudig, M. (1989). Recall and dating of psychiatric symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 46, 437-443.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., Hecht, H., Teder, W. & Pfister, H. (1989). Reliability of life event assessments: test-retest reliability and fall-off effects of the Munich Interview for the assessment of life events and conditions. *Journal of Affective Disorders*, 16, 77-91.

- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, 216-222.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Schmidkunz, B., Winter, S. & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin*, 118, 4-10.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen: Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Bd. D/II/1, S. 69-144). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler (1991). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III-R*. Übersetzt nach der Revision der 3. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 3., korrigierte Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.
- Wittchen, H.-U. & von Zerssen, D. (1988). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Klug, J. & Horn, R. (1991). *SKID: Strukturiertes klinisches Interview für DSM III-R* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.
- Zerssen, D. v. (1991). Zur prämorbidem Persönlichkeit des Melancholikers. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* (76-94). Berlin: Springer.
- Zimmerman, M. (1983). Weighted versus unweighted life event scores: Is there a difference? *Journal of Human Stress*, 9, 30-35.
- Zlotnick, C., Ryan, C. E., Miller, I. W. & Keitner, G. I. (1995). Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1513-1516.
- Zung, W. W. K. (1986). Self-Rating Depression Scale. In Collegium Internationale Psychiatrie (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz-Test.
- Zutt, J. (1953). Über Daseinsordnungen. *Nervenarzt*, 24, 177, 117-122.

Anhang

Detaillierte Beschreibung der distalen Ereignis-Kategorien

Verlustereignisse

- 1 Vater gestorben
Tod des Vaters, Stief- oder Pflegevaters; Nicht: als vermisst gemeldet
- 2 Mutter gestorben
Tod der Mutter, Stief- oder Pflegemutter
- 3 Eltern getrennt / geschieden
Trennung oder Scheidung der Eltern, Stief- oder Pflegeeltern
- 4 Von den Eltern getrennt / verlassen
Für immer von Eltern getrennt / verlassen; z.B. Eltern unbekannt, Aufenthalt im Kinderheim oder bei Pflegefamilie
- 5 Von den Eltern zeitweise getrennt / verlassen (mind. 6Monate)
Für mindestens 6 Monate Trennung von Eltern durch eigene (z.B. krankheitsbedingt, Internat) oder elterliche Abwesenheit
- 6 Von Vater getrennt / verlassen
Für immer von Vater getrennt / verlassen; z.B. Vater unbekannt; Familie verlassen
- 7 Von Vater zeitweise getrennt / verlassen (mind. 6Monate)
Für mindestens 6 Monate Trennung von Vater, z.B. kriegsbedingt, krankheitsbedingt, arbeitsbedingt
- 8 Von Mutter getrennt / verlassen
Für immer von Mutter getrennt / verlassen; z.B. Mutter unbekannt; Familie verlassen
- 9 Von Mutter zeitweise getrennt / verlassen (mind. 6Monate)
Für mindestens 6 Monate Trennung von Mutter, z.B. kriegsbedingt, krankheitsbedingt, arbeitsbedingt
- 10 Tod von Geschwistern
Tod von Geschwistern, auch Stief-, Halb- oder (Pflege-)geschwistern

Psychopathologischer Befund der Eltern

- 11 Psychopathologie Mutter
Elternteil psychisch gestört z.B. Selbstmordversuch, Aufenthalt in Psychiatrie, Nervenzusammenbruch
(Äußerungen wie „war nicht lebensstüchtig“, „sind die Nerven durchgegangen“).
- 12 Psychopathologie Vater
Elternteil psychisch gestört z.B. Selbstmordversuch, Aufenthalt in Psychiatrie, Nervenzusammenbruch
(Äußerungen wie „war nicht lebensstüchtig“, „sind die Nerven durchgegangen“).
- 13 Selbstmord Vater
Vollendeter Selbstmord des Vaters
- 14 Selbstmord Mutter
Vollendeter Selbstmord der Mutter
- 15 Vater Alkohol-/ Drogenmissbrauch
Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Vaters
(Äußerungen wie „hat viel getrunken“, „hatte Alkoholproblem“).
- 16 Mutter Alkohol-/ Drogenmissbrauch
Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Mutter
(Äußerungen wie „hat viel getrunken“, „hatte Alkoholproblem“).

Traumatisierung durch andere

- 17 Sex. Missbrauch
Sexuelle Annäherung, Berührungen oder Geschlechtsverkehr mit älteren Personen
- 18 Vergewaltigung
Erzwungener Geschlechtsverkehr durch fremde Person
- 19 Körperlicher Angriff / Überfall
Prügel, Folter oder körperliche Misshandlung durch Dritte, Berichte von Überfällen
- 20 Vater aggressiv
**Prügel, Tritte, Schläge mit und ohne Hilfsmittel, Überbrühen, Würgen;
nicht jedoch Klaps, Kopfnuss, eine hinter die Ohren, einmalige Ohrfeige**
Anmerkung: Bewertung der aggressiven Handlungen ist nicht entscheidend, sondern es soll nur geratet werden, ob aggressive Handlungen durch Vater vorlagen.
- 21 Mutter aggressiv
**Prügel, Tritte, Schläge mit und ohne Hilfsmittel, Überbrühen, Würgen;
nicht jedoch Klaps, Kopfnuss, eine hinter die Ohren, einmalige Ohrfeige**
Anmerkung: Bewertung der aggressiven Handlungen ist nicht entscheidend, sondern es soll nur geratet werden, ob aggressive Handlungen durch Mutter vorlagen.
- 22 Andere Erziehungsperson aggressiv
**Prügel, Tritte, Schläge mit und ohne Hilfsmittel, Überbrühen, Würgen;
nicht jedoch Klaps, Kopfnuss, eine hinter die Ohren, einmalige Ohrfeige**
Anmerkung: Bewertung der aggressiven Handlungen ist nicht entscheidend, sondern es soll nur geratet werden, ob aggressive Handlungen durch andere Erziehungspersonen vorlagen.

Andere Widrigkeiten

- 23 Unfall
Als Unfall bezeichnete und geschilderte Erlebnisse z.B. beinahe ertrunken, vom Baum gefallen, Autounfall, vom Traktor überfahren
- 24 Trauma außerhalb normaler Erfahrung
Belastende Erlebnisse, die nicht zur normalen Erfahrung gehören, z.B. Auffinden von Toten, Verschüttet sein, als Geisel genommen, direkte Gefahr der Exekution
- 25 Zeuge eines Traumas
Zeuge eines traumatischen Erlebnisses bei einer anderen Person z.B. Miterleben von Vergewaltigungen oder Erschießungen, Flugzeugabsturz oder sonstigen Unfällen
- 26 Eigene chronische Erkrankung / Behinderung
Krankheitsdauer mindestens ¼ Jahr, Folgen für das weitere Leben, geäußertes Leidensdruck
Anmerkung: auf jeden Fall zählen: Tb, Kinderlähmung, Hirnhautentzündung (Meningitis), Rachitis, Erstickungsanfälle, Asthma, Gelbsucht
- 27 Disharmonische Familienverhältnisse
Von Streit zwischen Eltern oder zwischen Eltern und Kindern geprägtes Zuhause, Schilderung einer problematischen Ehe
Äußerungen wie „ habe es zu Hause nicht mehr ausgehalten“, „bin abgehauen“, „war die Hölle zu Hause“.
- 28 Elternteil somatisch erkrankt
Krankenhausaufenthalt oder Kuraufenthalt eines Elternteils von mindestens 3 Monaten Dauer, schwerwiegende Beeinträchtigung des Alltags durch die Erkrankung des Elternteils
Äußerungen wie z.B. „musste immer Rücksicht nehmen auf kranke Mutter“.
- 29 Armut / finanziell schwierige Verhältnisse
Schilderung von Notleiden, finanziellen Engpässen, Arbeitslosigkeit der Eltern, Mangel an Grundnahrungsmitteln

Detaillierte Beschreibung der zeitnahen Ereignis-Kategorien

Beruf

- 1 Arbeitsplatzverlust
Betriebsbedingte Kündigung, eigene Kündigung
(Äußerungen wie „bin arbeitslos geworden“, „Arbeitsstelle gekündigt worden“).
Anmerkungen: Darauf achten, dass Kündigung nicht nur ausgesprochen wurde, sondern auch tatsächlich eingetreten ist.
- 2 Angst vor Arbeitsplatzverlust
Vom Probanden geäußerte Sorgen über einen möglichen Verlust des Arbeitsplatzes
(Äußerungen wie: „sieht mit der Arbeit nicht mehr so gut aus“, „ Stellenabbau in der Abteilung steht bevor“, „drohende Arbeitslosigkeit, zu alt für neue Stelle“)
Anmerkungen: Vorsicht bei Interpretationen der Aussagen, nur raten, wenn von Unsicherheit und Anspannungen in Bezug auf die berufliche Zukunft gesprochen wird.
- 3 Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen
Probleme/Konflikte mit Chef und/oder Kollegen, Mobbing
(Äußerungen wie „Vertrauensverhältnis zum Abteilungsleiter gestört“, „Streit mit Vorgesetzten“, „neuer Chef brüllt immer gleich rum“, „Probleme wegen Mobbing auf der Arbeit“, „Mobbing nach halbjähriger Krankschreibung“, „keine Offenheit mehr unter den Kollegen“)
Anmerkungen: Nicht raten: neutrale Aussagen wie „neuer Chef“.
- 4 Andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz
Starker Leistungs- und Termindruck, keine Lohnzahlung, Belastung durch Umweltfaktoren (Lärm etc.)
(Äußerungen wie „enormer Stress in der Firma – ein Lieferant hat uns hängen lassen“, „Konkurrenz hat sich verstärkt- stärkerer Preisdruck“, „wollte schon zweimal Firma verlassen“, „vermehrt Stress am Arbeitsplatz“)
Anmerkungen: Nur raten, wenn die Belastung ausdrücklich erwähnt wird, nicht bei neutralen Aussagen wie „mehr Arbeit, mehr Stunden“.
- 5 Veränderung der beruflichen Situation
Berufliche Neuorientierung, Beginn einer neuen Stelle, Arbeitsplatzwechsel, neue Position/Funktion innerhalb der alten Arbeitsstelle, zusätzliche Ausbildungen/Studium
(Äußerungen wie „habe jetzt andere Arbeitstelle, „wurde auf Arbeit „versetzt“, „habe mich selbstständig gemacht“, „ neues Aufgabenfeld - mehr Arbeit, mehr Verantwortung“, „neue Arbeit angenommen“)
Anmerkungen: Nicht raten bei Fortbildungsseminaren oder Computerkursen.
- 6 Berentung/Krankschreibung
„normale“ Berentung, Erwerbsunfähigkeitsrente, Krankschreibung über längeren Zeitraum (mind. 6 Monaten)
(Äußerungen wie „nur noch beschränkt arbeitsfähig“, „ein halbes Jahr wegen Rückenschmerzen krank geschrieben“, „bin EU-Rentner geworden“)

Fertilität & Reproduktion

- 7 Probleme im Bereich Fertilität / Reproduktion
Abtreibung, Fehlgeburt, Todgeburt, Schwangerschaft, Geburt, Unfruchtbarkeit, Sterilisation

Gesundheit

- 8 Gesundheitliche Probleme (physisch) allgemein (die nicht unter 9-14 genannt werden)
Beschreibungen eines negativen subjektiven Gesundheitszustandes mittleren Schweregrades und möglichen längerfristigen Konsequenzen
(Äußerungen wie „Herzbeschwerden bekommen“, „hatte 1 Jahr lang Schilddrüsenüberfunktion“, „Bandscheibenvorfall“, „Nierenprobleme“, „oft Husten und Lungenentzündung“)
Anmerkungen: Nicht raten bei „leichteren/kleineren Beschwerden“, wie: „Schlaflosigkeit, Gewichtsprobleme, Rauchen, einmalige Erkältung/Grippe, Brille bekommen, Zahnprothese, Herpes etc.
- 9 Lebensbedrohliche Erkrankung
schwere Krankheiten, die mit Lebensbedrohung einhergehen
(Äußerungen wie „hatte Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs“)
Anmerkungen: Grad der Schwere/Bedrohlichkeit der Erkrankung kann auch aus den Aussagen des Pd. geschlossen werden, wenn Unklarheit bezügl. der Erkrankung.
(Äußerungen wie „Es stand sehr schlecht um mich, Ärzte sagten es hätte auch tödlich ausgehen können.“)
- 10 Operation
(Äußerungen wie „Knoten im Hals entfernt, „OP-Eierstockzyste“, „habe eine neue Hüfte“, „Hirntumor entfernt“, „Gebärmutterentfernung“, „Augen-OP“ etc).
- 11 Unfall, Verletzungen
(Äußerungen wie „Schleudertrauma und Schock aufgrund eines Autounfalls, „Sturz bei Glatteis“, „Fußverletzung beim Holzhacken“)
- 12 Krankenhausaufenthalt (aufgrund physischer Erkrankung)
(Äußerungen wie „Krankenhausaufenthalt zur Herz-Kreislauf-Untersuchung“, „Krankenhausaufenthalt nach Nierenkolik“, „Notaufnahme ins Krankenhaus - gründlich durchgecheckt worden“)
Anmerkungen: Nur raten, wenn Ereignis nicht unter Kategorie 10 oder 11 aufgeführt wurde.
- 13 Belastungen/Einschränkung aufgrund von gesundheitlichen Problemen/Schmerzen
Probanden äußern, dass ihre gesundheitlichen Probleme sich im Alltag einschränkend auswirken, und/oder sprechen von starker Schmerzbelastung
(Äußerungen wie „körperlich schnell müde nach Schlaganfall“, „furchtbare Schmerzen durch Kiefergelenkschale“, „verstärkte Glieder- und Gelenkschmerzen“, „starke Kniebeschwerden, so dass Gehhilfe nötig ist“, „kann vor Schmerzen manchmal nicht laufen“)
Anmerkungen: Nur raten, wenn Belastungen/Einschränkungen ausdrücklich genannt werden, nicht die einfache Aussage wie: „Rückenschmerzen“.
- 14 Behindertenstatus/ eigene Pflegebedürftigkeit
Proband hat eine Behinderung, Grad der Behinderung (%), Proband ist pflegebedürftig
(Äußerungen wie „Beschwerden der Behinderung nehmen zu“)
Anmerkungen: hier nicht raten: „(Teil)-entmündigung“ –fällt unter Kategorie 34

Wohnen

- 15 Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Hausverwaltern
Konflikte und Auseinandersetzungen mit Vermieter / Nachbarn/Hausverwaltern
(Äußerungen wie „Ärger mit neuen Nachbarn“, „Lärmbelästigung durch Nachbarn“, „Verwalter forderte ungerechtfertigte Mieterhöhung“)
- 16 Belastungen der Wohnsituation
Starke Belastung durch unzumutbare Wohnumstände, z. B. Reparatur- und renovierungsbedürftiges Haus/Wohnung, Straßen - oder Baulärm, unsicheres Wohnumfeld
(Äußerungen wie „altes Haus verfiel immer mehr“, durch Regenschaden Überflutung der Wohnung“, „immer mehr Asoziale ziehen ins Haus“, „Haus wird umgebaut - viel Lärm und Ärger“, „seit halbem Jahr nur noch kaltes Wasser-defekte Warmwasserleitung“, „ein Zimmer nicht bewohnbar aufgrund von Schimmel“, „Rekonstruktion des Hauses läuft seit 4 Jahren“)

Anmerkungen: Nur raten, bei andauernder oder besonders intensiver Belastung!

17 Veränderungen der Wohnsituation

Umzug, Einzug einer neuen Person in den Haushalt, Bau eines eigenen Hauses u. ä.

(*Äußerungen wie "Umzug nach Petersburg", "Umzug aufs Land", "Umzug in Nachbarwohnung", "Freundin des Sohnes ins Haus gezogen", "aus WG in normale Wohnung mit Partner gezogen"*)

Anmerkungen: Nicht raten: Veränderungen der Wohnung im Sinne von Renovierungsarbeiten, neue Möbel, neue Raumaufteilung etc.

Finanzielles

18 Größere finanzielle Belastungen/Schulden

Belastung durch Abzahlung von Krediten, Darlehen, Hypotheken, einschneidende finanzielle Einschränkungen im Alltag, Probleme beim Bezahlen der monatlichen Rechnungen, Lebensunterhalt ist möglicherweise gefährdet

(*Äußerungen wie "Kredit fürs Haus aufgenommen", "weitere Nebentätigkeit, um Familie über Wasser zu halten", "nur noch Arbeitslosenhilfe bekommen", "auf Urlaub verzichtet wegen finanzieller Engpässe", "Versicherung storniert und auszahlen lassen, um finanzielle Löcher zu stopfen", "muss seit Scheidung auf vieles verzichten", "finanzieller Stress seit Partner arbeitslos"*)

Anmerkungen: Nicht raten: finanzielle Einschränkungen aufgrund von getätigten Investitionen oder die Tatsache, dass weniger Geld zur Verfügung steht, z.B.: „geringeres Gehalt“, „Sparsamkeit wegen Finanzierung von Immobilien“.

Probleme mit der Justiz

19 Juristische Auseinandersetzungen

Pb wird angeklagt, Pb verklagt jemanden, Jur. Auseinandersetzung mit Familienmitgliedern

(*Äußerungen wie "gab eine Gerichtsverhandlung, weil jüngster Sohn Proband bestohlen hatte", "Drohende Klage im Zusammenhang mit Immobiliengeschäften", "Nachbar verklagte mich, um Geld zurückzubekommen"*)

Partnerschaft

20 Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner

Gestörtes Vertrauensverhältnis, Aversionen gegen den Partner, Ambivalenz, Nachdenken über Trennung (allgemeinere Aussagen über die Beziehung)

(*Äußerungen wie "zunehmende Entfremdung, Trennungsgedanken", "weniger Zärtlichkeit in der Beziehung", "Verhältnis hat sich verschlechtert, weniger Lust zu kommunizieren, Streit", "erwäge Trennung vom Ehemann"*)

21 Probleme mit dem Lebenspartner

Häufiger Streit mit dem Partner (Nennung konkreter Probleme), z.B. Probleme bei der Aufgaben/Rollenverteilung, Gewalt in der Partnerschaft, u. a.

(*Äußerungen wie "viel Stress mit Ehemann, wegen Unordnung in der Wohnung", "Lebensgefährtin wurde arbeitslos, trank Alkohol und wurde gewalttätig", "Frau verschwiegen ihm, dass sie 65000 DM Schulden hat"*)

Anmerkungen: Wenn Probleme des Partners, z.B. Krankheit vom Probanden als stark belastend erlebt werden und dies konkret genannt wird.

22 Trennung/Scheidung

Trennung und Scheidung vom Lebenspartner, sowie damit zusammenhängende Probleme wie, z.B. Streit um Unterhaltszahlungen, Sorgerecht u. a.

(*Äußerungen wie "Trennung von Partner", "Unterhaltszahlungsstreitigkeiten mit Ehemann"*)

23 Belastungen des Partners

gesundheitliche / berufliche u.a. Probleme des Partners, die vom Pb genannt werden

(*Äußerungen wie "Angst, weil Partner lungenkrank ist, dass er sich überlastet", "Mann hatte Krebskrankung", "Partner hat Arbeit verloren", "Operation des Mannes", "Selbstmordversuch der Frau"*)

Andere Beziehungen / Soziales Umfeld

- 24 Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern
Abbruch des Kontaktes zu den Kindern(mindestens 6 Monate), Kinder haben existentielle Probleme, wie lebensbedrohliche Krankheit / Pflegebedürftigkeit oder Straffälligkeit, Drogenabhängigkeit u. ä.
(Äußerungen wie „Sohn musste zwei Chemotherapien machen“, „ältester Sohn meldete sich 6 Monate nicht – kein Kontakt“)
- 25 Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern (die nicht unter 24 fallen)
Konflikte mit Kindern, lange Trennung von Kindern, z.B. Auslandsaufenthalte, Auszug der Kinder, Belastungen der Kinder (gesundheitliche, finanzielle, berufliche u. a. Probleme)
(Äußerungen wie „Phase, in der Sohn log“, „Sohn ausgezogen“, „Tochter ausgezogen - Wegfall der sehr innigen Beziehung zur Tochter“, „Sohn hat ersten Job verloren“, „Tochter wurde von ihrem Mann geschlagen“, „Sohn musste seine Gaststätte schließen – alles Geld futsch“)
Anmerkungen: Nur relativ eindeutige Konflikte/Belastungen raten, nicht zu „normale“ Ereignisse, wie „Liebeskummer der Töchter“
- 26 Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern
Abbruch des Kontaktes zu den Eltern/Schwiegereltern (mindestens 6 Monate), Eltern haben existentielle Probleme, wie lebensbedrohliche Krankheit / Pflegebedürftigkeit oder Straffälligkeit, Alkoholabhängigkeit u. ä.
(Äußerungen wie „Bypass - OP des Vaters „Mutter in geschlossener psychiatrischer Abteilung“, „Schwiegervater hatte 4 Schlaganfälle – halbseitig gelähmt, „Schwiegervater ist Pflegefall geworden“)
- 27 Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern (die nicht unter 26 fallen)
Konflikte mit Eltern/Schwiegereltern, Belastungen der Eltern (gesundheitliche, finanzielle u.a. Probleme),Pb müssen mehr Verantwortung für Eltern übernehmen
(Äußerungen wie „zunehmende Hilfsbedürftigkeit der Eltern“, „Mutter wird altersstarrsinnig und zieht sich zurück“, „Vater baut ab“, „sich mit Schwiegereltern verstritten“, „Schwiegermutter wollte Pb nicht als Partnerin des Sohnes“)
Anmerkungen: Nur relativ eindeutige Konflikte/Belastungen raten, nicht zu „normale“ Ereignisse, wie „Schwiegervater lässt sich manchmal hängen“
- 28 Belastungen der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden
Konflikte mit oder (ungewollte) Trennung von Verwandten/Freunden, Verwandte/Freunde haben Probleme oder Krankheit
(Äußerungen wie „Schwester schwer verunglückt“, „gute Freundin hat zur Zeit große psychische Probleme – belastet Probanden sehr“, „Verhältnis zur Freundin verschlechtert“, „Freunde aus unserem Haus sind weggezogen“ „Rückzug aus Freundeskreis“)

Tod

- 29 Tod des Lebenspartners
Todesursache: Krankheit, Unfall, Selbstmord
(Äußerungen wie „Mann verstorben: Selbstmord“)
- 30 Tod des Kindes
Todesursache: Krankheit, Unfall, Selbstmord
- 31 Tod des Elternteils/Schwiegerelternanteils
Todesursache: Krankheit , Unfall, Selbstmord
(Äußerungen wie „meine Mutter ist kürzlich verstorben“)
- 32 Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes
Todesursache: Krankheit, Unfall, Selbstmord (auch: Tod eines gut bekannten Nachbarn)
(Äußerungen wie „Todesfälle in der Verwandtschaft“, „Tod der Großmutter mit 91 Jahren“, „Tod des Bruders“, „ein sehr guter Bekannter ist gestorben, nach 2-Monatiger Krankheit“)

Sonstiges

33 Traumatische Ereignisse

Opfer einer Straftat oder Gewalterfahrung (wie z. B. Einbruch, Raub, Diebstahl, Körperverletzung, Sexuelle Übergriffe/Vergewaltigung), Naturkatastrophen (z. B. Flut, Feuer etc.), Zeuge eines traumatischen Erlebnisses bei anderen Personen u. ä.

(Äußerungen wie „zusammengeschlagen worden auf dem Weg zur Disko“, „Mitmieter prügelte Probandin“, „ im Urlaub überfallen und ausgeraubt worden“)

34 Sonstige Ereignisse

Ereignisse, die nicht den Kategorien 1-34 zugeordnet werden können, aber als kritisch/belastend bewertet werden können

(Äußerungen wie „Alle Möbel sind in Frankfurt abgebrannt“, „Betreuerin zugewiesen bekommen (Teilentmündigung)“, „Haustier gestorben“)

Tabelle 1a: Korrelative Beziehungen der Kindheitsbelastungsereignisse in der Gesamtgruppe (N=349)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19
K1	-																		
K2		-																	
K3			-		.23***	.15**							.19***						.30***
K4				-															.15**
K5					-						.16**								.34***
K6						-	.18***												
K7							-					.24***				.19***			
K8								-											
K9									-	.21***	.39***			.16**		.34***			
K10										-									
K11											-	.20***				.38***			
K12												-				.25***			
K13													-						
K14														-					.23***
K15															-				
K16																-			
K17																	-		
K18																		-	
K19																			-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Legende: K1: Tod Vater; K2: Tod Mutter; K3: Eltern geschieden; K4: von den Eltern getrennt; K5: von den Eltern zeitw. getrennt; K6: von einem Elternteil zeitw. getrennt; K7: von einem Elternteil getrennt; K8: Tod Geschwister; K9: Psychopathologie eines Elternteils; K10: Sex. Missbrauch; K11: Aggressiver Vater; K12: Aggressive Mutter; K13: Trauma; K14: Zeuge eines Traumas; K15: eigene chronische Erkrankung; K16: Disharmonische Familienverhältnisse; K17: Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils; K18: Armut; K19: Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson.

Tabelle 1b: Korrelative Beziehungen der Kindheitsbelastungsereignisse in der Gruppe der Immer Gesunden (N=227)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19
K1	-																		
K2		-																	
K3			-	.21***	.37***								.35***						.33***
K4				-									.23**						.22**
K5					-														.45***
K6						-						.32***							
K7							-												
K8								-											
K9									-	.22**	.41***					.26**	.25***		
K10										-									
K11											-					.31***			
K12												-				.24***			
K13													-						
K14														-					
K15															-				
K16																-			
K17																	-		
K18																		-	
K19																			-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Legende: K1: Tod Vater; K2: Tod Mutter; K3: Eltern geschieden; K4: von den Eltern getrennt; K5: von den Eltern zeitw. getrennt; K6: von einem Elternteil zeitw. getrennt; K7: von einem Elternteil getrennt; K8: Tod Geschwister; K9: Psychopathologie eines Elternteils; K10: Sex. Missbrauch; K11: Aggressiver Vater; K12: Aggressive Mutter; K13: Trauma; K14: Zeuge eines Traumas; K15: eigene chronische Erkrankung; K16: Disharmonische Familienverhältnisse; K17: Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils; K18: Armut; K19: Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson.

Tabelle 1c: Korrelative Beziehungen der Kindheitsbelastungsereignisse in der Gruppe der remittiert Gebliebenen (N=78)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19
K1	-																		
K2		-																	
K3			-																
K4				-					.26*										
K5					-														
K6						-													
K7							-			.22*		.22*			.24*				
K8								-											
K9									-	.39**						.28**		.22*	
K10										-									
K11											-					.49***			
K12												-				.47***			
K13													-					.23*	
K14														-					
K15															-				
K16																-			
K17																	-		
K18																		-	
K19																			-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Legende: K1: Tod Vater; K2: Tod Mutter; K3: Eltern geschieden; K4: von den Eltern getrennt; K5: von den Eltern zeitw. getrennt; K6: von einem Elternteil zeitw. getrennt; K7: von einem Elternteil getrennt; K8: Tod Geschwister; K9: Psychopathologie eines Elternteils; K10: Sex. Missbrauch; K11: Aggressiver Vater; K12: Aggressive Mutter; K13: Trauma; K14: Zeuge eines Traumas; K15: eigene chronische Erkrankung; K16: Disharmonische Familienverhältnisse; K17: Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils; K18: Armut; K19: Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson.

Tabelle 1d: Korrelative Beziehungen der Kindheitsbelastungsereignisse in der Gruppe der Individuen mit Rückfall (N=23)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19
K1	-																		
K2		-																	
K3			-																
K4				-															
K5					-														
K6						-						.55**		.55**					
K7							-		.46*							.36 ⁺			
K8	-							-											
K9									-		.39 ⁺	.46*		.46*		.51**		.46*	
K10	-									-									
K11											-	.46*		.46*					
K12												-		1.0***					
K13	-												-						
K14														-	.46*				
K15															-			.46*	
K16																-		.36 ⁺	
K17																	-		
K18																		-	
K19	-																		-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Legende: K1: Tod Vater; K2: Tod Mutter; K3: Eltern geschieden; K4: von den Eltern getrennt; K5: von den Eltern zeitw. getrennt; K6: von einem Elternteil zeitw. getrennt; K7: von einem Elternteil getrennt; K8: Tod Geschwister; K9: Psychopathologie eines Elternteils; K10: Sex. Missbrauch; K11: Aggressiver Vater; K12: Aggressive Mutter; K13: Trauma; K14: Zeuge eines Traumas; K15: eigene chronische Erkrankung; K16: Disharmonische Familienverhältnisse; K17: Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils; K18: Armut; K19: Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson.

Tabelle 1e: Korrelative Beziehungen der Kindheitsbelastungsereignisse in der Gruppe der Neuerkrankten (N=21)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19
K1	-					.69***							.69***						
K2		-					1.0***		.55**										
K3	-		-																
K4				-														.69***	
K5					-														
K6						-							.45*						
K7							-		.55**										
K8								-											
K9									-		.61**					.50*			
K10										-									
K11											-					.50*			
K12												-							
K13													-						
K14														-					
K15															-				
K16																-			
K17																	-	.45*	
K18																		-	
K19	-																		-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Legende: K1: Tod Vater; K2: Tod Mutter; K3: Eltern geschieden; K4: von den Eltern getrennt; K5: von den Eltern zeitw. getrennt; K6: von einem Elternteil zeitw. getrennt; K7: von einem Elternteil getrennt; K8: Tod Geschwister; K9: Psychopathologie eines Elternteils; K10: Sex. Missbrauch; K11: Aggressiver Vater; K12: Aggressive Mutter; K13: Trauma; K14: Zeuge eines Traumas; K15: eigene chronische Erkrankung; K16: Disharmonische Familienverhältnisse; K17: Chronische somatische Erkrankung eines Elternteils; K18: Armut; K19: Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson.

Tabelle II: Langzeiteffekte spezifischer belastender Kindheitsereignisse und ihrer Kumulation(multivariate logistische Regression)

Kategorie	Remittiert Gebliene	Mit Rückfall	Neu- erkrankung
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Tod des Vaters	2.2 (0.7-6.8)	-	1.1 (0.1-11.2)
Tod der Mutter	-	-	2.9 (0.3-31.8)
Eltern geschieden/getrennt	0.1* (0.0-0.8)	1.4 (0.2-8.6)	-
Von Eltern getrennt	2.8 (0.7-11.6)	1.6 (0.1-16.5)	1.9 (0.2-21.8)
Von Eltern zeitw. getrennt	1.7 (0.5-5.6)	1.3 (0.3-6.8)	2.1 (0.4-10.3)
Von Elternteil getrennt			
Von Elternteil zeitw. getrennt	0.6 (0.1-6.0)	-	3.8 (0.6-24.0)
Tod von Geschwistern	-	-	7.2* (1.1-47.2)
Psychopathologie eines Elternteils	0.4 (0.1-2.1)	2.8 (0.5-15.0)	3.0 (0.5-18.9)
Sex. Missbrauch	4.5 (0.5-39.0)	-	-
Vater gewalttätig	1.2 (0.4-3.9)	1.3 (0.3-6.3)	1.0 (0.2-6.7)
Mutter gewalttätig	1.0 (0.2-5.0)	0.8 (0.1-9.4)	-
Andere Erzieh.p. gewälttätig	-	-	-
Unfall/Trauma	4.2** (1.5-12.0)	-	1.8 (0.3-11.6)
Zeuge eines Traumas	-	0.8 (0.1-13.3)	-
Eigene chronische Erkrankung/Behinderung	1.8 (0.8-3.7)	1.2 (0.3-4.5)	1.2 (0.3-5.4)
Disharmonische Familienverhältnisse	2.1 (0.8-5.4)	2.4 (0.7-7.8)	1.5 (0.4-6.5)
Elternteil somatisch erkrankt	-	2.0 (0.5-8.5)	1.3 (0.2-7.0)
Armut	1.4 (0.4-4.3)	0.7 (0.1-7.0)	2.7 (0.5-14.3)
Fehlen einer vertrauensvollen Bezugsperson	-	-	-

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle IIIa (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse in der Gesamtgruppe (N=349)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
1. Arbeitsplatzverlust	-			.16**	.37***													.24***	.16**
2. Angst vor Apverlust		-																	
3. Probl Chef/Kollegen			-		.16**			.16**											
4. Probl. Arbeit				-				.19***											
5. Veränd. berufl Sit					-														
6. Berent/Kranksbg						-						.18***							
7. Probl. Fertilität							-												
8. gesund Probl. (som)								-											
9. Lebensb Erkrankg									-										
10. Operation										-		.17**							
11. Unfall, Verletzung											-								
12. Krankenhausaufh												-	.18***						
13. Einschränkung Ges													-						
14. Behindertenstatus														-					
15. ProbVermiet/Nachb															-				
16. Bel. Wohnsit																-			
17. Veränd. Wohnsit																	-		
18. finanzielle Prob																		-	
19. Jurist. Ausein.																			-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Fortsetzung, Tabelle IIIa: Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Gesamtgruppe

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
1. Arbeitsplatzverlust															
2. Angst vor Apverlust															
3. Probl Chef/Kollegen							.15**								
4. Probleme mit Arbeit						.16**									
5. Veränd berufl Sit															
6. Berent/KranksbG															
7. Probl Fertilität															
8. gesund Prob (som)		.16**													
9. Lebensb Erkrankung										.16**					
10. Operation															
11. Unfall, Verletzung															
12. Krankenhausaufh															
13. Einschränkung Ges															
14. Behindertenstatus															
15. Prob Vermiet/Nachb												.19***			
16. Bel Wohnsit						.20***									
17. Veränd. Wohnsit		.15**	.16**												
18. finanzielle Prob															
19. Jurist. Auseinander					.17**										
20. Emot. Bindg Lebenspart gestört	-														
21. konkr. Probl. Lp		-			.19***										
22. Trenng/Scheidung			-		.19***										
23. Belastg Partner				-											
24. Ext. Bel. Bez. Kinder					-										
25. Bel. Bez. Kinder						-									
26. Extr. Bel. Eltern							-								
27. Bel. Eltern								-							
28. Bel. Bez. Verwand									-						
29. Tod Lebenspart.										-					
30. Tod Kind											-				
31. Tod Elternteil												-		.21**	
32. Tod Verwandter													-	.17**	
33. Trauma														-	
34. Sonstiges															-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabelle IIIb (Teil 1):Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Gruppe der Immer Gesunden (N=227)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
1. Arbeitsplatzverlust	-				.38***														.19**
2. Angst vor Apverlust		-																	.16*
3. Probl Chef/Kollegen			-	.15*	.16*			.19**											
4. Probleme mit Arbeit				-				.21***											
5. Veränd berufl Sit					-														
6. Berent/Kranksbg						-						.28***			.20**				
7. Probl Fertilität							-												
8. gesund Prob (som)								-											
9. Lebensb Erkrankg									-	.20**									.30***
10. Operation										-		.18**							
11. Unfall, Verletzung											-								
12. Krankenhausaufh												-	.15*						
13. Einschränk Ges													-						
14. Behindertenstatus														-					
15. ProbVermiet/Nachb															-				
16. Bel Wohnsit																-			
17. Veränd. Wohnsit																	-		.16*
18. finanzielle Prob																		-	
19. Jurist. Ausein.																			-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Fortsetzung, Tabelle IIIb: Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Immer Gesunde

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
1. Arbeitsplatzverlust															
2. Angst vor Apverlust				.15*							.16*				
3. Probl Chef/Kollegen						.17**	.15*								
4. Probleme mit Arbeit						.20**									
5. Veränd berufl Sit			.20**												
6. Berent/KranksbG															
7. Probl Fertilität															
8. gesund Prob (som)															
9. Lebensb Erkrankung		.26***								.16**	.31***				
10. Operation		.17*													
11. Unfall, Verletzung									.17*						
12. Krankenhausaufh															
13. Einschränkung Ges									.15*					.20**	.19**
14. Behindertenstatus															
15. Prob Vermiet/Nachb															
16. Bel Wohnsit						.25***									
17. Veränd. Wohnsit															
18. finanzielle Prob		.16*													
19. Jurist. Auseinander				.19**	.24***										
20. Emot. Bindg Lebenspart gestört	-														
21. konkr. Probl. Lp		-													
22. Trenng/Scheidung			-		.18**										
23. Belastg Partner				-		.17*									
24. Ext. Bel. Bez. Kinder					-										
25. Bel. Bez. Kinder						-									
26. Extr. Bel. Eltern							-								
27. Bel. Eltern								-							
28. Bel. Bez. Verwand									-						
29. Tod Lebenspart.										-					
30. Tod Kind											-				
31. Tod Elternteil												-			
32. Tod Verwandter													-		
33. Trauma														-	
34. Sonstiges															-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabelle IIIc (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Gruppe der remittiert Gebliebenen (N=78)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
1. Arbeitsplatzverlust	-				.28*							.23*						.38***	.24*
2. Angst vor Apverlust		-	.23*																
3. Probl Chef/Kollegen			-																.28*
4. Probleme mit Arbeit				-						-.24*									
5. Veränd berufl Sit					-								-.29*						
6. Berent/Kranksbvg						-			.23*	.29*									
7. Probl Fertilität							-												
8. gesund Prob (som)								-											
9. Lebensb Erkrankg									-										
10. Operation										-						-.29**			
11. Unfall, Verletzung											-								
12. Krankenhausaufh												-							
13. Einschränkung Ges													-						.23*
14. Behindertenstatus														-					
15. Prob Vermiet/Nachb															-	.26*			
16. Bel Wohnsit																-			
17. Veränd. Wohnsit																	-		
18. finanzielle Prob																		-	
19. Jurist. Ausein.																			-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Fortsetzung, Tabelle IIIc: Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: remittiert Gebliebene

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
1. Arbeitsplatzverlust															
2. Angst vor Apverlust							.52***								
3. Probl Chef/Kollegen	.28*														
4. Probleme mit Arbeit															
5. Veränd berufl Sit				-.25*			.30**								
6. Berent/Kranksbzg					.23*				.45***	.39***					
7. Probl Fertilität															
8. gesund Prob (som)									.23*						
9. Lebensb Erkrankung															
10. Operation					.33**									.28*	
11. Unfall, Verletzung			.22*												
12. Krankenhausaufh									.27*						
13. Einschränkung Ges															
14. Behindertenstatus															
15. Prob Vermiet/Nachb															
16. Bel Wohnsit															
17. Veränd. Wohnsit		.27*													
18. finanzielle Prob															
19. Jurist. Auseinander															
20. Emot. Bindg Lebenspart gestört	-	.23*			.28*										
21. konkr. Probl. Lp		-			.36**	.28*									
22. Trenng/Scheidung			-		.36**										
23. Belastg Partner				-											
24. Ext. Bel. Bez. Kinder					-										
25. Bel. Bez. Kinder						-									
26. Extr. Bel. Eltern							-								
27. Bel. Eltern								-							
28. Bel. Bez. Verwand									-						
29. Tod Lebenspart.										-					
30. Tod Kind											-				
31. Tod Elternteil												-			
32. Tod Verwandter													-		
33. Trauma														-	
34. Sonstiges															-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabelle III d (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Rückfallgruppe (N=23)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
1. Arbeitsplatzverlust	-															.41*		.40*	.49*
2. Angst vor Apverlust		-		.42*											.59**				
3. Probl Chef/Kollegen			-							.54**									
4. Probleme mit Arbeit				-								.59**							
5. Veränd berufl Sit					-														.42*
6. Berent/KranksbG						-													
7. Probl Fertilität							-												
8. gesund Prob (som)								-											
9. Lebensb Erkrankg									-	.46*									
10. Operation										-							.42*		.44*
11. Unfall, Verletzung											-		.46*						
12. Krankenhausaufh												-	.69***						
13. Einschränkung Ges													-						
14. Behindertenstatus														-					
15. Prob Vermiet/Nachb															-				
16. Bel Wohnsit																-			
17. Veränd. Wohnsit																	-		
18. finanzielle Prob																		-	
19. Jurist. Ausein.																			-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Fortsetzung, Tabelle IIIId: Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Rückfall

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
1. Arbeitsplatzverlust															
2. Angst vor Apverlust									.55**						
3. Probl Chef/Kollegen							.41*								
4. Probleme mit Arbeit															
5. Veränd berufl Sit							.42*								
6. Berent/Kranksbzg															
7. Probl Fertilität															
8. gesund Prob (som)															
9. Lebensb Erkrankung			.46*												
10. Operation															
11. Unfall, Verletzung															
12. Krankenhausaufh												.45*			
13. Einschränkung Ges												.69***			
14. Behindertenstatus															
15. Prob Vermiet/Nachb												.47*			
16. Bel Wohnsit															
17. Veränd. Wohnsit										-.49*					
18. finanzielle Prob										.41*					
19. Jurist. Auseinander							.49*								
20. Emot. Bindg Lebenspart gestört	-		.46*										.55**		
21. konkr. Probl. Lp		-										.59**			
22. Trenng/Scheidung			-												
23. Belastg Partner				-							.69***				
24. Ext. Bel. Bez. Kinder					-										
25. Bel. Bez. Kinder						-									
26. Extr. Bel. Eltern							-								
27. Bel. Eltern								-							
28. Bel. Bez. Verwand									-						
29. Tod Lebenspart.										-					
30. Tod Kind											-				
31. Tod Elternteil												-			
32. Tod Verwandter													-		
33. Trauma														-	
34. Sonstiges															-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabelle IIIe (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Gruppe mit Neuerkrankung (N=21)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
1. Arbeitsplatzverlust	-				.72***														
2. Angst vor Apverlust		-																	
3. Probl Chef/Kollegen			-																
4. Probleme mit Arbeit				-															
5. Veränd berufl Sit					-														
6. Berent/Kranksbg						-													.45*
7. Probl Fertilität							-												.69***
8. gesund Prob (som)								-											
9. Lebensb Erkrankg									-			.55**				.58**			
10. Operation										-					.46*				
11. Unfall, Verletzung											-								
12. Krankenhausaufh												-							
13. Einschränkung Ges													-						
14. Behindertenstatus														-					
15. Prob Vermiet/Nachb															-				
16. Bel Wohnsit																-			
17. Veränd. Wohnsit																	-		
18. finanzielle Prob																		-	
19. Jurist. Ausein.																			-

Signifikanzen: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Fortsetzung, Tabelle IIIe: Korrelative Beziehungen der belastenden zeitnahen Ereignisse: Neuerkrankte

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
1. Arbeitsplatzverlust															
2. Angst vor Apverlust															
3. Probl Chef/Kollegen															
4. Probleme mit Arbeit															
5. Veränd berufl Sit													.43*		
6. Berent/Kranksbvg															.69***
7. Probl Fertilität															
8. gesund Prob (som)			-.64**	.45*											
9. Lebensb Erkrankung					.55**										
10. Operation										.46*					
11. Unfall, Verletzung															
12. Krankenhausaufh															
13. Einschränkung Ges															
14. Behindertenstatus															
15. Prob Vermiet/Nachb										1.0***					
16. Bel Wohnsit															
17. Veränd. Wohnsit															
18. finanzielle Prob															
19. Jurist. Auseinander															.69***
20. Emot. Bindg Lebenspart gestört	-														
21. konkr. Probl. Lp		-													
22. Trenng/Scheidung			-												
23. Belastg Partner				-											
24. Ext. Bel. Bez. Kinder					-										
25. Bel. Bez. Kinder						-									
26. Extr. Bel. Eltern							-								
27. Bel. Eltern								-							
28. Bel. Bez. Verwand									-						
29. Tod Lebenspart.										-					
30. Tod Kind											-				
31. Tod Elternteil												-			
32. Tod Verwandter													-		
33. Trauma														-	
34. Sonstiges															-

Signifikanz: + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabelle IV: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse (multivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliedene	Mit Rückfall	Neu -erkrankte
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Beruf			
Arbeitsplatzverlust	1.2 (0.5-2.7)	0.5 (0.1-3.0)	5.4* (1.2-23.9)
Probleme mit Chef/Kollegen	0.6 (0.2-1.8)	1.3 (0.2-7.4)	3.7+ (0.9-14.7)
Veränderung der beruflichen Situation	0.9 (0.5-1.7)	1.7 (0.4-7.7)	0.4 (0.1-1.5)
Gesundheit			
Allgemeine gesundheitliche Probleme	1.6 (0.9-3.0)	2.8 (0.7-11.1)	2.3 (0.6-9.0)
Lebensbedrohliche Erkrankung	3.9* (1.0-15.3)	0.0** (0.0-0.0)	5.2 (0.6-46.4)
Operation	1.0 (0.5-2.2)	5.8* (1.1-31.7)	0.7 (0.1-3.4)
Krankenhausaufenthalt	1.8 (0.6-6.0)	1.5 (0.1-33.3)	0.6 (0.0-12.2)
Belastungen wg. gesundh. Probleme/Schmerzen	2.0 (0.7-5.6)	0.0 (0.0-124.7)	1.8 (0.2-16.0)
Wohnen			
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Verwaltung	1.1 (0.4-3.1)	9.9* (1.4-70.8)	0.9 (0.1-11.5)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	1.2 (0.7-2.3)	68.1*** (6.3-733.8)	0.8 (0.2-2.8)
Finanzen			
Größere finanzielle Belastung	1.3 (0.5-3.3)	4.3 (0.7-27.1)	3.4+ (0.9-12.9)
Juristische Probleme			
Juristische Auseinandersetzung	1.0 (0.3-4.1)	1.3 (0.1-16.0)	0.7 (0.0-12.3)
Partnerschaft			
Gestörte emotionale Beziehung zum Partner	0.7 (0.2-2.2)	0.1 (0.0-9.1)	2.9 (0.7-12.2)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	2.1+ (0.9-4.6)	1.1 (0.2-6.8)	4.5* (1.2-16.2)
Trennung/Scheidung	2.5+ (0.9-7.0)	10.1* (1.1-95.6)	9.8** (1.9-51.4)
Soziales Umfeld			
Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern	1.7 (0.5-6.6)	2.5 (0.3-23.8)	0.5 (0.0-14.1)
Belastung der Beziehung zu den Kindern	1.9* (1.0-3.6)	1.3 (0.3-5.7)	0.6 (0.2-1.9)
Extreme Belastung der Beziehung zu (Schwieger-)Eltern	-	-	2.3+ (0.8-6.5)
Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-)Eltern	-	-	1.1 (0.4-2.7)
Belastung der Beziehung zu anderen Verwandten	2.3 (0.8-6.8)	0.3 (0.0-25.0)	-
Belastung der Beziehung zu Freunden/Bekanntem	1.0 (0.1-7.0)	682.0*** (25.2->999)	4.6 (0.2-101.6)
Todesfall			
Tod eines Kindes	-	332.2** (6.3->999)	-
Tod eines Eltern-/Schwiegereltern	1.0 (0.5-2.0)	0.5 (0.1-2.6)	3.2* (1.0-10.3)

Signifikanz: +p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle Va (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Gesamtgruppe (N=349)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
Tod des Vaters																			
Tod der Mutter																			
Eltern getrennt			.10*	.13*															
von Eltern getrennt	.14**																		
von Eltern zeitw. getrennt		.10*																	
von einem Elternteil zeitw. getrennt			.11*																
von Elternteil getrennt																			
Tod Geschwister						.11*													
Psychopathologie Elternteil			.11*															.15**	
Sex. Missbrauch																			
Aggressiver Vater																			
Aggressive Mutter																			
Trauma/Unfall																			
Zeuge eines Traumas						.11*													-.13*
Eig. chronische Erkrankung																			
Disharmonische Fam.verh.								.12*											
Elternteil chron. som. erkrankt										.14**									
Armut										.11*									
Fehlen vertr. Bezugsperson																			

Signifikanz: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE1: Arbeitsplatzverlust; ZE2: Angst vor Arbeitsplatzverlust; ZE3: Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen; ZE4: andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz; ZE5: Veränderung der beruflichen Situation; ZE6: Berentung/Krankschreibung; ZE7: Probleme im Bereich Fertilität; ZE8: Allg. gesundheitliche Probleme (physisch); ZE9: Lebensbedrohliche Erkrankung; ZE10: Operation; ZE11: Unfall, Verletzungen; ZE12: Krankenhausaufenthalt; ZE13: Belastungen/Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen; ZE14: Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit; ZE15: Probleme mit Vermietern/Nachbarn/Hausverwaltern; ZE16: Belastungen der Wohnsituation; ZE17: Veränderungen der Wohnsituation; ZE18: Größere finanzielle Belastungen/Schulden; ZE19: Juristische Auseinandersetzungen.

Fortsetzung: Tabelle Va: Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Gesamtgruppe

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
Tod des Vaters				.12*											
Tod der Mutter										.11*					
Eltern getrennt/geschieden		.11*													
Von den Eltern getrennt				.13*				-.12*							
Von den Eltern zeitw. getrennt	.14**				.19***										
Von einem Elternteil zeitw. getrennt			.13*								.18***				
Von einem Elternteil getrennt			.11*				-.11*	-.12*							
Tod eines Geschwisters															
Psychopathologie Elternteil		.18***		.15**	.12*							.11*			
Sexueller Missbrauch															
Aggressiver Vater		.11*		.18***											
Aggressive Mutter															.14**
Trauma/Unfall					.10*		.13*								
Zeuge eines Traumas															
Eig. chronische Erkrankung			-.11*												
Disharmonische Fam.verh.															
Elternteil chron. som. erkrankt				.12*							.13*				
Armut												.11*			
Fehlen vertr. Bezugsperson															

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE20: Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner; ZE21: Probleme mit dem Lebenspartner; ZE22: Trennung/Scheidung; ZE23: Belastungen des Partners; ZE24: Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern; ZE25: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern; ZE26: Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE27: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE28: Belastung der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden; ZE29: Tod des Lebenspartners; ZE30: Tod eines Kindes; ZE31: Tod eines Elternteils; ZE32: Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes; ZE33: Traumatische Ereignisse; ZE34: Sonstige Ereignisse

Tabelle Vb (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Immer Gesunden (N=227)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
Tod des Vaters																			
Tod der Mutter										.17**									
Eltern getrennt				.16*						.14*									
von Eltern getrennt	.15*																		
von Eltern zeitw. getrennt		.14*	.16*																.15*
von einem Elternteil zeitw. getrennt									.16*										
von Elternteil getrennt						.22***													
Tod Geschwisters																			
Psychopathologie Elternteil																	.19**		
Sex. Missbrauch										.23***		.22***							
Aggressiver Vater					.14*														
Aggressive Mutter						.16*													
Trauma/Unfall				.13*															
Zeuge eines Traumas						.18**													
Eig. chronische Erkrankung																			
Disharmonische Fam.verh.																			
Elternteil chron. som. erkrankt										.20**									
Armut																			
Fehlen vertr. Bezugsperson																			

Signifikanz: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE1: Arbeitsplatzverlust; ZE2: Angst vor Arbeitsplatzverlust; ZE3: Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen; ZE4: andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz; ZE5: Veränderung der beruflichen Situation; ZE6: Berentung/Krankschreibung; ZE7: Probleme im Bereich Fertilität; ZE8: Allg. gesundheitliche Probleme (physisch); ZE9: Lebensbedrohliche Erkrankung; ZE10: Operation; ZE11: Unfall, Verletzungen; ZE12: Krankenhausaufenthalt; ZE13: Belastungen/Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen; ZE14: Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit; ZE15: Probleme mit Vermietern/Nachbarn/Hausverwaltern; ZE16: Belastungen der Wohnsituation; ZE17: Veränderungen der Wohnsituation; ZE18: Größere finanzielle Belastungen/Schulden; ZE19: Juristische Auseinandersetzungen;

Fortsetzung: Tabelle Vb: Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Immer Gesunden

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
Tod des Vaters															
Tod der Mutter										.22***					
Eltern getrennt/geschieden		.20**													
von den Eltern getrennt				.18**											
von den Eltern zeitw. getrennt											.17**				
von einem Elternteil zeitw. getrennt											.28***				
von einem Elternteil getrennt															
Tod eines Geschwisters															
Psychopathologie Elternteil				.23***											
Sexueller Missbrauch															
Aggressiver Vater				.18**											
Aggressive Mutter															
Trauma/Unfall															.21**
Zeuge eines Traumas															
Eig. chronische Erkrankung															
Disharmonische Fam.verh.									.18**		.14*		.15*		
Elternteil chron. som. erkrankt				.18**							.20**				
Armut												.28***			
Fehlen vertr. Bezugsperson	.13*														

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE20: Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner; ZE21: Probleme mit dem Lebenspartner; ZE22: Trennung/Scheidung; ZE23: Belastungen des Partners; ZE24: Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern; ZE25: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern; ZE26: Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE27: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE28: Belastung der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden; ZE29: Tod des Lebenspartners; ZE30: Tod eines Kindes; ZE31: Tod eines Elternteils; ZE32: Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes; ZE33: Traumatische Ereignisse; ZE34: Sonstige Ereignisse.

Tabelle Vc (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Remittiert Gebliebene (N=78)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
Tod des Vaters																			
Tod der Mutter																			
Eltern getrennt			.36**																
von Eltern getrennt																			
von Eltern zeitw. getrennt						.29**						.26*					.23*		
von einem Elternteil zeitw. getrennt			.36**															.27*	
von Elternteil getrennt																			
Tod Geschwisters																			
Psychopathologie Elternteil																			
Sexueller Missbrauch			.23*													.26*			
Aggressiver Vater						-.25*				.24*			.31**						
Aggressive Mutter																			
Trauma/Unfall					.29**														
Zeuge eines Traumas																			
Eig. chronische Erkrankung																		-.24*	.27*
Disharmonische Fam.verh.																			
Elternteil chron. som. Erkrankt																			
Armut										.34**									
Fehlen vertr. Bezugsperson																			

Signifikanz: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE1: Arbeitsplatzverlust; ZE2: Angst vor Arbeitsplatzverlust; ZE3: Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen; ZE4: andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz; ZE5: Veränderung der beruflichen Situation; ZE6: Berentung/Krankschreibung; ZE7: Probleme im Bereich Fertilität; ZE8: Allg. gesundheitliche Probleme (physisch); ZE9: Lebensbedrohliche Erkrankung; ZE10: Operation; ZE11: Unfall, Verletzungen; ZE12: Krankenhausaufenthalt; ZE13: Belastungen/Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen; ZE14: Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit; ZE15: Probleme mit Vermietern/Nachbarn/Hausverwaltern; ZE16: Belastungen der Wohnsituation; ZE17: Veränderungen der Wohnsituation; ZE18: Größere finanzielle Belastungen/Schulden; ZE19: Juristische Auseinandersetzungen

Fortsetzung: Tabelle Vc: Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Remittiert Gebliebene

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
Tod des Vaters															
Tod der Mutter															
Eltern getrennt/geschieden															
von den Eltern getrennt								-.23*							
von den Eltern zeitw. getrennt					.47***			-.26*							
von einem Elternteil zeitw. getrennt	.44***		.27*		.36**										
von einem Elternteil getrennt			.24*												
Tod eines Geschwisters															
Psychopathologie Elternteil															
Sexueller Missbrauch					.23*		.23*								
Aggressiver Vater				.25*											.36**
Aggressive Mutter															.57***
Trauma/Unfall					.31**		.31**								
Zeuge eines Traumas															
Eig. chronische Erkrankung															
Disharmonische Fam.verh.				.27*											.27*
Elternteil chron. som. erkrankt															
Armut															
Fehlen vertr. Bezugsperson															

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE20: Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner; ZE21: Probleme mit dem Lebenspartner; ZE22: Trennung/Scheidung; ZE23: Belastungen des Partners; ZE24: Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern; ZE25: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern; ZE26: Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE27: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE28: Belastung der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden; ZE29: Tod des Lebenspartners; ZE30: Tod eines Kindes; ZE31: Tod eines Elternteils; ZE32: Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes; ZE33: Traumatische Ereignisse; ZE34: Sonstige Ereignisse.

Tabelle Vd (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Gruppe mit Rückfall (N=23)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
Tod des Vaters																			
Tod der Mutter																			
Eltern getrennt von Eltern getrennt									.69***										
von Eltern zeitw. getrennt																			
von einem Eltern- teil zeitw. getrennt																			
von Elternteil getrennt																			
Tod Geschwisters																			
Psychopathologie Elternteil													.46*						
Sex. Missbrauch																			
Aggressiver Vater									.46*		.70***		.46*						
Aggressive Mutter											.46*								
Trauma/Unfall																			
Zeuge eines Traumas											.46*								
Eig. chronische Erkrankung																			
Disharmonische Fam.verh.																			
Elternteil chron. som. erkrankt																			
Armut		.55**																	
Fehlen vertr. Bezugsperson																			

Signifikanz: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE1: Arbeitsplatzverlust; ZE2: Angst vor Arbeitsplatzverlust; ZE3: Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen; ZE4: andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz; ZE5: Veränderung der beruflichen Situation; ZE6: Berentung/Krankschreibung; ZE7: Probleme im Bereich Fertilität; ZE8: Allg. gesundheitliche Probleme (physisch); ZE9: Lebensbedrohliche Erkrankung; ZE10: Operation; ZE11: Unfall, Verletzungen; ZE12: Krankenhausaufenthalt; ZE13: Belastungen/Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen; ZE14: Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit; ZE15: Probleme mit Vermietern/Nachbarn/Hausverwaltern; ZE16: Belastungen der Wohnsituation; ZE17: Veränderungen der Wohnsituation; ZE18: Größere finanzielle Belastungen/Schulden; ZE19: Juristische Auseinandersetzungen;

Fortsetzung: Tabelle Vd: Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Gruppe mit Rückfall

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
Tod des Vaters															
Tod der Mutter															
Eltern getrennt/geschieden															
von den Eltern getrennt														1.0***	
von den Eltern zeitw. getrennt															
von einem Elternteil zeitw. getrennt															
von einem Elternteil getrennt			.46*												
Tod eines Geschwisters															
Psychopathologie Elternteil						-.48*									
Sexueller Missbrauch															
Aggressiver Vater											.46*				
Aggressive Mutter															
Trauma/Unfall															
Zeuge eines Traumas															
Eig. chronische Erkrankung															
Disharmonische Fam.verh.															
Elternteil chron. som. erkrankt						.62**									
Armut						.55**									
Fehlen vertr. Bezugsperson															

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE20: Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner; ZE21: Probleme mit dem Lebenspartner; ZE22: Trennung/Scheidung; ZE23: Belastungen des Partners; ZE24: Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern; ZE25: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern; ZE26: Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE27: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE28: Belastung der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden; ZE29: Tod des Lebenspartners; ZE30: Tod eines Kindes; ZE31: Tod eines Elternteils; ZE32: Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes; ZE33: Traumatische Ereignisse; ZE34: Sonstige Ereignisse.

Tabelle Ve (Teil 1): Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Neuerkrankte (N=21)

	ZE1	ZE2	ZE3	ZE4	ZE5	ZE6	ZE7	ZE8	ZE9	ZE10	ZE11	ZE12	ZE13	ZE14	ZE15	ZE16	ZE17	ZE18	ZE19
Tod des Vaters																			
Tod der Mutter																			
Eltern getrennt																			
von Eltern getrennt										.46*									
von Eltern zeitw. getrennt																			
von einem Elternteil zeitw. getrennt								-51											
von Elternteil getrennt																			
Tod Geschwisters		.45*				.45*													
Psychopathologie Elternteil																			
Sexueller Missbrauch																			
Aggressiver Vater																			
Aggressive Mutter																			
Trauma/Unfall																			
Zeuge eines Traumas																			
Eig. chronische Erkrankung																			
Disharmonische Fam.verh.															.46*				
Elternteil chron. som. erkrankt								-51											
Armut															.69***				
Fehlen vertr. Bezugsperson																			

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE1: Arbeitsplatzverlust; ZE2: Angst vor Arbeitsplatzverlust; ZE3: Ernsthafte Probleme mit Chef/Kollegen; ZE4: andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz; ZE5: Veränderung der beruflichen Situation; ZE6: Berentung/Krankschreibung; ZE7: Probleme im Bereich Fertilität; ZE8: Allg. gesundheitliche Probleme (physisch); ZE9: Lebensbedrohliche Erkrankung; ZE10: Operation; ZE11: Unfall, Verletzungen; ZE12: Krankenhausaufenthalt; ZE13: Belastungen/Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen; ZE14: Behindertenstatus/eigene Pflegebedürftigkeit; ZE15: Probleme mit Vermietern/Nachbarn/Hausverwaltern; ZE16: Belastungen der Wohnsituation; ZE17: Veränderungen der Wohnsituation; ZE18: Größere finanzielle Belastungen/Schulden; ZE19: Juristische Auseinandersetzungen

Fortsetzung: Tabelle Ve: Korrelative Beziehungen der belastenden Kindheitsereignisse mit den aversiven zeitnahen Ereignissen:
Neuerkrankte

	ZE20	ZE21	ZE22	ZE23	ZE24	ZE25	ZE26	ZE27	ZE28	ZE29	ZE30	ZE31	ZE32	ZE33	ZE34
Tod des Vaters															
Tod der Mutter															
Eltern getrennt/geschieden															
von den Eltern getrennt															
von den Eltern zeitw. getrennt	.73***													.55*	
von einem Elternteil zeitw. getrennt															
von einem Elternteil getrennt															
Tod eines Geschwisters															
Psychopathologie Elternteil		.47*												.55*	
Sexueller Missbrauch															
Aggressiver Vater								.52*						.55*	
Aggressive Mutter															
Trauma/Unfall														.69***	
Zeuge eines Traumas															
Eig. chronische Erkrankung															
Disharmonische Fam.verh.							.50*			.46*				.46*	
Elternteil chron. som. erkrankt			.58**												
Armut										.69***					
Fehlen vertr. Bezugsperson															

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: ZE20: Gestörte emotionale Bindung zum Lebenspartner; ZE21: Probleme mit dem Lebenspartner; ZE22: Trennung/Scheidung; ZE23: Belastungen des Partners; ZE24: Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern; ZE25: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Kindern; ZE26: Extreme Belastung der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE27: Weitere Belastungen der Beziehung zu den Eltern/Schwiegereltern; ZE28: Belastung der Beziehung zu Verwandten/Bekanntem/Freunden; ZE29: Tod des Lebenspartners; ZE30: Tod eines Kindes; ZE31: Tod eines Elternteils; ZE32: Tod eines Verwandten/Bekanntem/Freundes; ZE33: Traumatische Ereignisse; ZE34: Sonstige Ereignisse.

Tabelle VIa: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse bei Individuen mit mindestens einer gegebenen Kindheitsbelastung (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliedene , N=49	Mit Rückfall, N=14	Neu -erkrankte, N=15
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Beruf			
Arbeitsplatzverlust	1.4 (0.6-3.2)	1.3 (0.3-5.1)	4.2** (1.4-13.0)
Angst vor AP-Verlust	-	1.1 (0.1-10.0)	2.3 (0.4-12.1)
Probleme mit Chef/Kollegen	0.8 (0.3-2.3)	2.7 (0.8-9.9)	3.4* (1.0-11.5)
Andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz	1.4 (0.7-3.0)	0.6 (0.1-2.6)	-
Veränderung der beruflichen Situation	1.1 (0.6-2.2)	3.8* (1.1-12.7)	1.3 (0.4-3.9)
Berentung/Krankschreibung	0.7 (0.1-7.3)	2.7 (0.3-28.4)	2.5 (0.2-26.2)
Gesundheit			
Allgemeine gesundheitliche Probleme	1.9⁺ (0.9-4.0)	1.4 (0.4-4.4)	1.2 (0.4-3.5)
Lebensbedrohliche Erkrankung	3.5 (0.6-21.8)	4.2 (0.4-49.0)	3.9 (0.3-45.3)
Operation	2.0⁺ (0.9-4.5)	2.8⁺ (0.9-9.5)	1.3 (0.3-5.0)
Unfall/Verletzung	0.3 (0.1-1.6)	3.3⁺ (0.9-12.1)	-
Krankenhausaufenthalt	2.4 (0.7-8.7)	1.6 (0.2-14.9)	-
Belastungen wg. gesundh. Probleme/Schmerzen	5.0* (1.2-20.8)	2.7 (0.3-28.4)	-
Behindertenstatus/Pflegebed.	-	-	-
Wohnen			
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Verwaltung	1.5 (0.4-5.7)	6.9** (1.7-28.7)	1.2 (0.1-11.1)
Belastung der Wohnsituation	2.1⁺ (0.9-4.8)	1.6 (0.4-6.4)	2.1 (0.6-7.5)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	1.2 (0.6-2.4)	8.9** (2.3-34.2)	1.6 (0.5-4.9)
Finanzen			
Größere finanzielle Belastung	2.9* (1.1-7.6)	4.5* (1.2-17.2)	5.6** (1.6-20.0)
Juristische Probleme			
Juristische Auseinandersetzung	3.2 (0.7-14.7)	14.3** (2.8-72.9)	2.5 (0.3-26.2)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle VIa Fortsetzung: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse bei Individuen mit mindestens einer Kindheitsbelastung (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliedene	Mit Rückfall	Neu -erkrankte
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Partnerschaft			
Gestörte emotionale Beziehung zum Partner	1.1 (0.3-4.7)	-	8.7** (2.2-33.5)
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	3.6** (1.5-8.7)	2.5 (0.6-10.2)	7.9*** (2.4-25.9)
Trennung/Scheidung	5.2** (1.5-18.1)	7.2* (1.4-36.5)	13.2*** (3.1-57.4)
Belastung/Probleme des Partners	1.0 (0.5-2.2)	0.4 (0.1-2.0)	0.9 (0.3-3.1)
Soziales Umfeld			
Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern	5.9* (1.5-24.1)	9.7** (1.7-54.1)	-
Belastung der Beziehung zu den Kindern	2.4* (1.2-4.9)	0.7 (0.2-2.3)	0.9 (0.3-2.6)
Extreme Belastung der Beziehung zu (Schwieger-)Eltern	0.5 (0.2-1.7)	2.4 (0.7-8.4)	3.9* (1.2-12.5)
Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-)Eltern	2.1* (1.0-4.2)	1.0 (0.3-3.5)	1.7 (0.6-5.2)
Belastung der Beziehung zu anderen Verwandten	2.4 (0.7-7.9)	-	-
Belastung der Beziehung zu Freunden/Bekanntem	2.3 (0.3-16.8)	21.6*** (3.5-132.9)	3.9 (0.3-45.3)
Todesfall			
Tod des Ehepartners	-	4.1 (0.4-49.0)	-
Tod eines Kindes	-	18.2* (1.5-215.5)	-
Tod eines Eltern-/Schwiegerelternanteils	1.0 (0.4-2.4)	-	2.0 (0.6-6.4)
Tod eines Verwandten, Bekannten, Freundes	3.7** (1.4-9.9)	1.0 (0.1-8.5)	0.9 (0.1-7.8)
Traumatische Erlebnisse	2.3 (0.1-37.1)	-	-
ZSE ≥ 7 (Kumulation)	3.2** (1.6-6.4)	2.5 (0.8-7.6)	5.1** (1.5-17.0)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle VIb: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse bei Individuen ohne Kindheitsbelastungsereignisse (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliedene , N=29 OR (KI 95%)	Mit Rückfall, N=9 OR (KI 95%)	Neu -erkrankte, N=6 OR (KI 95%)
Beruf			
Arbeitsplatzverlust	1.3 (0.5-3.7)	1.5 (0.3-7.6)	2.6 (0.4-14.9)
Angst vor AP-Verlust	0.9 (0.2-4.3)	3.4 (0.6-18.8)	-
Probleme mit Chef/Kollegen	0.9 (0.2-4.3)	3.4 (0.6-18.8)	2.4 (0.2-22.6)
Andere ernsthafte Probleme am Arbeitsplatz	1.2 (0.5-3.0)	1.6 (0.4-6.7)	-
Veränderung der beruflichen Situation	0.8 (0.3-1.9)	1.4 (0.4-5.5)	1.8 (0.3-9.1)
Berentung/Krankschreibung	2.0 (0.2-23.3)	-	11.4⁺ (0.9-147.8)
Gesundheit			
Allgemeine gesundheitliche Probleme	2.5* (1.0-6.0)	3.3 (0.7-16.4)	-
Lebensbedrohliche Erkrankung	6.0* (1.3-28.6)	-	18.8** (2.4-146.0)
Operation	1.5 (0.5-4.6)	5.8* (1.4-24.3)	1.5 (0.2-13.4)
Unfall/Verletzung	0.9 (0.2-4.3)	-	-
Krankenhausaufenthalt	3.2 (0.7-15.3)	3.5 (0.3-35.1)	5.6 (0.5-59.7)
Belastungen wg. gesundh. Probleme/Schmerzen	1.4 (0.3-5.4)	-	5.9* (1.0-37.0)
Behindertenstatus/Pflegebed.	-	-	-
Wohnen			
Probleme mit Vermieter/Nachbarn/Verwaltung	1.7 (0.5-5.9)	5.3* (1.1-24.5)	-
Belastung der Wohnsituation	1.2 (0.5-2.9)	1.3 (0.3-5.6)	2.6 (0.5-13.7)
Veränderung der Wohnsit. /Umzug	2.6* (1.1-6.0)	11.0** (2.2-56.0)	1.6 (0.3-9.0)
Finanzen			
Größere finanzielle Belastung	0.7 (0.1-3.4)	2.7 (0.5-14.8)	4.8⁺ (0.8-29.1)
Juristische Probleme			
Juristische Auseinandersetzung	0.8 (0.1-17.1)	2.8 (0.3-26.7)	4.4 (0.4-45.5)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.

Tabelle VIb Fortsetzung: Risikoerhöhende Effekte zeitnaher stressbesetzter Ereignisse bei Individuen **ohne Kindheitsbelastungsereignisse** (bivariate logistische Regression)

Ereigniskategorie	Remittiert Gebliene	Mit Rückfall	Neu -erkrankte
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
Partnerschaft			
Gestörte emotionale Beziehung zum Partner	1.0 (0.2-4.9)	1.7 (0.2-15.2)	-
Konkrete Probleme mit dem Lebenspartner	1.5 (0.4-5.2)	2.7 (0.5-14.8)	4.8⁺ (0.8-29.1)
Trennung/Scheidung	1.9 (0.5-6.7)	1.5 (0.2-13.2)	-
Belastung/Probleme des Partners	0.9 (0.3-3.0)	-	5.8* (1.1-31.3)
Soziales Umfeld			
Extreme Belastung der Beziehung zu den Kindern	-	-	5.6 (0.5-59.7)
Belastung der Beziehung zu den Kindern	1.4 (0.6-3.3)	3.0 (0.6-15.3)	1.7 (0.3-9.9)
Extreme Belastung der Beziehung zu (Schwieger-)Eltern	0.7 (0.2-2.5)	0.7 (0.1-6.2)	-
Belastung der Beziehung zu den (Schwieger-)Eltern	1.6 (0.7-3.6)	4.5⁺ (0.9-22.4)	0.6 (0.1-3.6)
Belastung der Beziehung zu anderen Verwandten	4.3⁺ (0.8-22.8)	4.7 (0.4-50.6)	-
Belastung der Beziehung zu Freunden/Bekanntem	1.0 (0.1-9.3)	3.5 (0.3-35.1)	-
Todesfall			
Tod des Ehepartners	-	-	-
Tod eines Kindes	-	-	-
Tod eines Eltern-/Schwiegereltern	1.2 (0.4-3.4)	1.8 (0.4-7.8)	3.6 (0.7-19.1)
Tod eines Verwandten, Bekannten, Freundes	0.9 (0.2-3.4)	-	-
Traumatische Erlebnisse	-	-	23.0 (1.2-423.4)
ZSE ≥ 7 (Kumulation)	1.9 (0.8-4.3)	12.2* (1.5-100.5)	7.6⁺ (0.9-67.2)

Signifikanzen: +p≤.10; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Legende: - bedeutet, dass kein Ereignis dieser Kategorie in der Analysegruppe gegeben war.