

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universi-
tätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Der Zusammenhang von bestimmten Eltern- / Kindbeziehungen und de-
pressiver Symptome im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin

der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
vorgelegt von

Sabrina Bohnert
aus Mainz

Mainz, 2021

Wissenschaftlicher Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. U. Förstermann

1. Gutachter:

Prof. Dr. J. Hardt

2. Gutachter:

Prof. Dr. H. Berth

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Literaturdiskussion	3
2.1 Kindheitsbelastungen	3
2.2 Depressionen im Kindesalter	6
2.2.1 Epidemiologische Daten	6
2.2.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren.....	7
2.2.3 Neurobiologische Aspekte	10
2.2.4 Diagnosekriterien und Therapieansätze einer Depression.....	11
2.3.1 Dimensionsdarstellung.....	13
2.3.2 Hypothesen.....	15
3. Methoden	17
3.1 Durchführung der Datenerhebung.....	17
3.1.1 Stichprobenbeschreibung der aktuellen Welle 1	17
3.1.2 Stichprobenbeschreibung der alten Welle 0.....	18
3.2 Stichprobenbeschreibung	19
3.2.1 Stichprobenbeschreibung der aktuellen Welle 1	19
3.2.2 Stichprobenbeschreibung der alten Welle 0.....	19
3.3 Instrumente	21
3.3.1 Symptomcheckliste	21
3.3.2 Sozioökonomischer Status.....	22
3.3.3 Kindheitsfragebogen	24
3.4 Untersuchte Variablen	25
3.4.1 Rollenumkehr.....	25
3.4.2 Liebe	26
3.4.3 Kontrolle.....	27

3.4.4 Ehrgeiz.....	28
3.5 Testung auf Reliabilität.....	31
3.6. Statistische Auswertung.....	33
4. Ergebnisse	35
4.1 Rollenumkehr	35
4.2 Liebe.....	37
4.3 Kontrolle.....	41
4.4 Ehrgeiz	45
5. Diskussion.....	49
5.1 Interpretation der Ergebnisse	49
5.1.1 Rollenumkehr.....	49
5.1.2 Liebe	51
5.1.3 Kontrolle.....	53
5.1.4 Ehrgeiz.....	55
5.2 Diskussion der Hypothesen	57
5.3 Stärken und Limitationen der Studie	59
5.4 Bewertung der Ergebnisse	60
5.5 Zusammenfassung.....	61
6. Literaturverzeichnis	65

Abbildungsverzeichnis

Histogramme

Histogramm 1: Alter der Welle 1	19
Histogramm 2: Alter der Welle 0	20
Histogramm 3: Depressionsitems der versch. Wellen	22

Tabellen

Tabelle 1: Welle 1 und 0 im Vergleich	20
Tabelle 2: Ausbildungsstand der Jugendlichen und jungen Erwachsenen	23
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichung des sozioökonomischen Status	24
Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichung der Rollenumkehr	26
Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichung der Liebe	27
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichung der Kontrolle	28
Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichung des Ehrgeizes	29
Tabelle 8: Eltern- / Kindbeziehung im Überblick	30
Tabelle 9: Chronbachs Alpha	32
Tabelle 10: Regressionen Rollenumkehr	37
Tabelle 11: Regressionen Liebe	41
Tabelle 12: Regressionen Kontrolle	44
Tabelle 13: Regressionen Ehrgeiz	48

Abbildungen

Abbildung 1: Effekte Rollenumkehr	35
Abbildung 2: Effekte Liebe.....	38
Abbildung 3: Quadratischer Effekt depressive Symptome und sozioökonomischer Status	39
Abbildung 4: Effekte Kontrolle	42
Abbildung 5: Interaktion zwischen mütterlicher Kontrolle und sozioökonomischen Status	43
Abbildung 6: Effekte Ehrgeiz	45
Abbildung 7: Interaktion zwischen depressiven Symptomen und mütterlichem Ehrgeiz	47

Abkürzungsverzeichnis

AAI:	Adult Attachment Interview
Abb.:	Abbildung
Abs.:	Absatz
β :	Regressionskoeffizient
DSM:	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
HR:	Hazard Ratio
ICD:	International Classification of Diseases
KFB:	Kindheitsfragebogen
MRT:	Magnetresonanztomographie
OR:	Odds Ratio
p:	p-Wert
RR:	Relatives Risiko
ΔR^2 :	Bestimmtheitsmaß
SD:	Standardabweichung
t:	t-Wert
Tab.:	Tabelle
vgl.:	vergleiche
WHO:	World Health Organization
\bar{x} :	Mittelwert
χ^2 :	Chi-Quadrat-Test

1. Einleitung

Laut WHO gehört die Depression zu den weltweit zentralen Problemen der Gesundheit. Im Jahr 2008 stufte die WHO die Depression als dritthäufigste Volkskrankheit ein und prognostizierte, dass die Krankheit bis 2030 an erster Stelle stehen wird (1). Zu dieser Erkenntnis kommt die WHO, die anhand von Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung die damit verbundenen Beeinträchtigungen und Behinderungen mit einheitlichen Methoden und Indikatoren Disability Adjusted Life Years (DALYs) beschreibt (2). Jedoch wurde ermittelt, dass nur ein kleiner Teil der Personen mit psychischen Störungen auch entsprechend diagnostiziert wird und später eine Behandlung erfolgt (3).

Depressionen bei Jugendlichen unterscheiden sich von Depressionen im Erwachsenenalter. Typische Symptome wie starke Unruhe und Aggressionen werden bei jungen Erwachsenen oft als „normales“ Pubertätsverhalten interpretiert oder auf die Pubertät geschoben, in der die Stimmung oder das Verhalten sich jederzeit ändern kann (4). Die betroffenen Jugendlichen haben erhebliche Probleme in ihrem Lebensumfeld und können Schäden in ihrer Entwicklung davontragen, die sich bis zu psychosozialen Störungen im Erwachsenenalter entwickeln können (5). Psychische Spannungen, die sich in der Kindheit durch traumatische Ereignisse entwickelt haben, können sich zu einem späteren Zeitpunkt manifestieren. Es ist ebenfalls bekannt, dass das Zusammenspiel von Psyche, Körper und Erfahrungen in der sozialen Umgebung in der frühen Kindheit bestimmt und die spätere Entwicklung zum erwachsenen Menschen beeinflusst. Leidet ein Kind unter frühen psychosozialen Belastungen, kann dies Auswirkungen auf seine spätere Gesundheit haben (6).

Zunächst wird in dieser Arbeit der aktuelle wissenschaftliche Hintergrund der Thematik beschrieben. Dann werden Kindheitsbelastungsfaktoren im Allgemeinen dargestellt. Im Anschluss daran wird ein Überblick über die theoretischen Modelle der Depression gegeben, indem epidemiologische Daten, verschiedene ätiologische Entstehungsmodelle und neurobiologische Aspekte aufgezeigt werden. Basierend auf dieser Grundlage werden im Anschluss daran die Hypothesen formuliert. Nach Darstellung des Methoden- und Ergebnisteils werden die Ergebnisse vor dem literarischen Hintergrund diskutiert und mit der aktuellen Studienlage verglichen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen Kindheitsbelastungen und bestimmten Eltern-Kind-Beziehungen und der späteren Entwicklung einer depressiven Symptomatik zu ermitteln. Diese Zusammenhänge sind schon vielfach auf linearer Ebene belegt. Die vorliegende Arbeit beschreibt das Zusammenwirken von verschiedenen Dimensionen bei Mutter und Vater stützt die Zusammenhänge nicht nur auf lineare Ebene, sondern bildet auch Quadrate und Interaktionen ab. Sollten sich belastende Kindheitserfahrungen als Risikofaktoren für die spätere Depressionsentstehung darstellen, könnte dies einen weiteren Beitrag zur Ursachenforschung leisten. In Zukunft könnte dieses Wissen über die Krankheitsentstehung in der Genese oder bei bestimmten Therapieansätzen einer Depression hilfreich sein.

2. Literaturdiskussion

2.1 Kindheitsbelastungen

Kindheitsbelastungen und ihr Zusammenhang mit der Gesundheit im Erwachsenenalter sind schon lange Gegenstand intensiver Forschung. Kindesmisshandlung hat weltweit einen starken Einfluss auf das Wohlbefinden des Kindes, ebenso wie seine körperliche, kognitive und emotionale Entwicklung (7, 8).

Prügelstrafen und körperliche Züchtigung waren beispielsweise bei Römern an der Tagesordnung. Die Kindheit hörte damals früh auf, denn man wollte einen tugendhaften und ordentlichen Heranwachsenden züchten (9). 1962 macht Kempe et al. (10) mit der Forschungsarbeit „The Battered Child Syndrom“ auf das Thema Kindesmisshandlung und deren Folgen aufmerksam. In dieser Forschung wurden zum ersten Mal Symptome von misshandelten Kindern beschrieben und Merkmale von Familienstrukturen aufgezeigt, die zu Kindesmisshandlung führen können. Lange wurden nur Auswirkungen von körperlicher Misshandlung untersucht. Ab Mitte der 80iger Jahren hat der empirische Anteil zugenommen und ab den 90igern wurden in verschiedenen Publikationen die verschiedenen Missbrauchsformen differenziert (11). Seit November 2000 gilt im Familiengesetz nach § 1631 Abs. 2 S. 2 BGB: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“.

Kindesbelastung oder Kindesmisshandlung unterscheidet im Wesentlichen zwischen physischer und emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch, materieller und emotionaler Vernachlässigung (12). Kindesmisshandlungen werden meist durch Eltern oder Erziehungsberechtigte ausgeübt und sie können zum Tode des Kindes führen, schwere Verletzungen verursachen und langfristige Gesundheitskonsequenzen nach sich ziehen (13).

Ungefähr ein Drittel der psychiatrischen Störungen im Erwachsenenalter sind mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit assoziiert (14). Kindler (15) beschreibt in der Pädiatrie eine „neue Morbidität“ die aus Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch hervorgeht und aus Einschränkungen in der psychischen Gesundheit aus chronischen körperlichen Erkrankungen besteht. Kinderärzte sollten im Sinne

der Prävention einen besonderen Teil der Aufklärungs- und Aufdeckungsarbeit leisten (16). Oftmals treten familiäre Dysfunktionen nicht isoliert auf, sondern häufen sich. Diese kumulativen Effekte können verschiedene Langzeitfolgen verursachen (7).

In einem Übersichtsartikel von Franz (17) wurden die Prävalenzen für verschiedene Belastungen in Deutschland geschätzt: Körperliche Gewalt erfahren etwa 10-15 % aller Kinder, sexuellen Missbrauch 10-15 % der Mädchen und 5-10 % der Jungen und emotionalen Missbrauch sogar 30-70 %.

Im Folgenden werden einige Studien beispielhaft vorgestellt, die wesentliche Erkenntnisse in der Forschung zu Kindheitsbelastungen und ihrer Rolle bezüglich psychischer, körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen liefern konnten.

Kessler et al. (14) untersuchten in der „WHO World Mental Health“-Studie zwölf dichotom bewertete Belastungsfaktoren, die vor dem 18. Lebensjahr auftraten im Hinblick auf die Entwicklung verschiedenen Psychopathologien im Erwachsenenalter. Zu den Belastungsfaktoren zählten: Tod der Eltern, Scheidung der Eltern, andere Trennung von den Eltern, psychische Erkrankung, Drogenmissbrauch, Kriminalität, Gewalt, physischer Missbrauch, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, lebensbedrohliche körperliche Erkrankung, wirtschaftliche Widrigkeiten in der Familie. Die Studie wurde in insgesamt 21 Ländern durchgeführt, davon neun mit hohem Durchschnittseinkommen, sechs mit durchschnittlichem mittlerem Einkommen und sechs mit niedrigerem Einkommen. Diejenigen Belastungsfaktoren, die in Zusammenhang mit Familienproblemen stehen, sind generell mit einer stärkeren Risikoerhöhung behaftet als die anderen Kindheitsbelastungen. Außerdem kamen sie zu dem Ergebnis, dass Kindheitsbelastungsfaktoren insgesamt für 29.8 % aller späteren psychischen Störungen verantwortlich sind (14).

In einer Studie von Egle et al. (18) wurde festgestellt das Jungen betreffend ungünstiger Umweltbedingungen deutlich vulnerabel sind als Mädchen. Jedoch konnte eine weitere Metaanalyse diesen Genderbias nicht eindeutig bestätigen, sondern erzielte eher heterogene Studienergebnisse (19). Weitere wichtige Erkenntnisse brachte die Jahre zuvor veröffentlichte kalifornische „Adverse Childhood Experiences Study“ („ACE-Studie“) (20).

Felitti et al. (21) untersuchte 17.000 Versicherte einer großen Krankenkasse retrospektiv nach acht verschiedenen Kindheitsbelastungen: Körperlicher und emotionaler Missbrauch, sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt gegenüber der Mutter, Trennung der Eltern, Substanzmissbrauch, psychische Erkrankung sowie Kriminalität eines Haushaltsmitgliedes. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Faktoren nach einer bestimmten Latenzzeit einen Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen ausüben (22).

Beim Vorliegen von vier oder mehr Belastungsfaktoren wurde mithilfe von Odds Ratios ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen beschrieben. Beispiele hierfür sind: Alkoholmissbrauch (OR = 7.4, 95 % CI: 5.4-10.2), Drogenmissbrauch (OR = 4.7, 95 % CI: 3.7-6.0), depressive Stimmung (OR = 4.6, 95 % CI: 3.8-5.6), Suizidversuche (OR = 12.2, 95 % CI: 8.5-17.5) und Adipositas (OR = 1.6, 95 % CI: 1.2-2.1). Im Follow-up dieser Studie konnte zusätzlich gezeigt werden, dass Teilnehmer mit sechs oder mehr Risikofaktoren ein bis zu 2.4-fach erhöhtes Risiko tragen, vor Erreichen des 65. Lebensjahres zu sterben. Damit verringert sich die Lebenserwartung von Menschen mit Kindheitsbelastungen signifikant (21, 23).

Eine Metaanalyse (7) von 124 Studien im Jahr 2012 zum Thema Langzeitfolgen von physischer und emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern beschreibt eine Verdopplung des Risikos depressiver Störungen, Angsterkrankungen, das spätere Auftreten von Suizidversuchen, Drogenmissbrauch, gesteigertem sexuellem Risikoverhalten sowie die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Erkrankungen. Für Essstörungen ergab sich sogar eine Risikosteigerung um das 3- bis 5-fache. Statistisch signifikante Zusammenhänge werden vor allem bei depressiven Störungen beschrieben (körperlicher Missbrauch OR = 1,54; 95 % CI 1,16-2,04, emotionaler Missbrauch OR = 3,06; 95 % CI 2,43-3,85 und Vernachlässigung OR = 2,11; 95 % CI 1,61-2,77).

Einen weiteren Beitrag von früher Deprivation und deren Langzeitfolgen leistete eine Studie mit rumänischen Waisenhauskindern. Die Studie machte deutlich, dass sie eine gute Chance hatten sich normal zu entwickeln, wenn der Aufenthalt sich auf die ersten 6. Lebensmonate beschränkte. Je länger die Kinder Zeit im Waisenhaus verbrachten,

desto höher lag das Risiko an psychischen Krankheiten wie Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Angststörungen sowie Schwierigkeiten bei der Affektregulierung zu erkranken (24-26).

2.2 Depressionen im Kindesalter

2.2.1 Epidemiologische Daten

Depressionen zählen zu den häufigsten, aber auch zu den häufigsten nicht entdeckten Erkrankungen. Die Jahresinzidenz beträgt ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen, während die Lebenszeitprävalenz in Deutschland, wie auch international bei 16-20 % liegt (27, 28). Laut einer aktuellen Gesundheitsstudie, die in einer Selbstauskunft erhoben wurde, leiden ca. 8,1 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer depressiven Symptomatik (29). Die Daten wurden mit dem „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) erfasst. Bei beiden Geschlechtern hat die Prävalenz ihr Maximum bei 18 bis 29 Jahren erreicht und fällt danach ab (29). In Deutschland liegt die Anzahl der Betroffenen, die an einer unipolaren Depression erkrankt sind, jährlich bei ca. 6,2 Mio. (30). Die Ausgaben für Krankenkassen steigen dadurch immens.

Frauen sind in vielen Längs- und Querschnittstudien öfter von Depressionen betroffen als Männer (31). Das Erkrankungsrisiko liegt mit einer 12 Monats Prävalenz für eine unipolare Depression bei 10,6 % doppelt so hoch wie bei Männern mit 4,8 % (30). In einer 4-Wochen-Prävalenz liegen die Frauen in allen Altersgruppen im Durchschnitt deutlich über den Männern.

Bei Kindern und Jugendlichen tritt eine Depression häufiger auf als vermutet und stellt im Jugendalter sogar eine weit verbreitete Erscheinung dar. Das Risiko an einer Depression zu erkranken, steigt insbesondere zwischen 12-14 Jahren an (32). Ab der Pubertät sind vor allem Mädchen von einer zunehmenden Depressionsrate stark betroffen. Zudem verkleinert sich das geschlechtsspezifische Gefälle mit der Zunahme des Alters und bleibt dann im Erwachsenenalter stabil (33). Vor dem Erreichen der Pubertät sind die Depressionsraten bei Jungen höher als bei Mädchen (33, 34). Das könnte daran liegen, dass Mädchen latent mehr Risikofaktoren wie beispielsweise Missbrauchserfahrungen aufweisen als Jungen (35).

15- bis 19-jährige Mädchen weisen im Vergleich zu allen Altersgruppen in beiden Geschlechtern die höchste Suizidrate auf, während in mehreren Ländern vor allem eine Zunahme bei männlichen Jugendlichen zu beobachten ist (31, 36).

Cyranowski et al. (37) stellen in einem entwicklungsbezogenen Modell die Wechselwirkungen verschiedener biopsychosozialer Faktoren dar, die dazu beitragen, dass die Prävalenzrate für eine Depression im Jugendalter bei Mädchen um den Faktor 2–3 im Vergleich zu Jungen erhöht ist. Als Erklärungen für diesen Unterschied wird das bei Mädchen stärkere Bedürfnis nach Nähe beschrieben, dass in der Folge während der Pubertät das Selbstbild und die sozialen Aktivitäten der Mädchen beeinflusst. Weiterhin kann es bei Mädchen im Vergleich zu Jungen zu früheren Konfrontation mit pubertätsbedingten Veränderungen, kritischeren Bewertung der körperlichen Veränderungen in der Pubertät, Belastung durch gleichzeitig auftretende äußerlich sichtbare körperliche pubertäts- und hormonell bedingte Veränderungen, spezifische Bewältigung und Verarbeitung negativer Gedanken (stärker emotionsorientiert, grüblerisch, selbstbezogen, passiv, stärkere Neigung zu Schuldgefühlen), kritischere Selbstwahrnehmung, niedrigeres Selbstwertgefühl und geringere Fertigkeiten zur Selbstbehauptung, höhere soziale Sensitivität, Empathie und Verantwortung, stärkeres Bedürfnis nach sozialer Integration, Gemeinschaft, Nähe und engen Beziehungen, stärkere Ausprägung von Angst und sozialer Unsicherheit und häufigere Erfahrungen als Opfer in sozialen Auseinandersetzungen kommen.

Eine Bundesgesundheitsumfrage von Jakobi et al. (30) lieferte Hinweise darauf, dass die Hälfte der Patienten vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkrankt. Schon vor einigen Jahren konnte Hankin et al. (38) in einer 10- Jahres Längsschnittstudie eine Zunahme von einer unipolaren Depression bei Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 18 Jahren vermessen. Zusätzlich berichten weitere Studien von Prävalenzen zwischen 15-20 % bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres (31).

2.2.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

In der Literatur lassen sich viele verschiedene Ansätze finden, die die Entstehung von Depression erklären sollen.

Eine Depression entsteht aus dem Zusammenspiel von mehreren biologischen und psychologischen Faktoren. Oft bleibt die Ursache einer Depression ungeklärt und die verschiedenen Heterogenitäten liefern keine überzeugende Erklärung. Daher finden sich in der Literatur verschiedene multifaktorielle Theorien und Ansätze, welche die Entstehung Depression erklären sollen. Die unterschiedlichen Erklärungskonzepte können von Patienten zu Patienten variieren.

Depressive Störungen treten familiär gehäuft auf. Angehörige und eineiige Zwillinge haben eine Konkordanzrate von 50 % an einer unipolaren Depression zu erkranken. Bis heute wurden noch „keine genetische Marker auf DNA-Ebene“ lokalisiert. Es wird aber davon ausgegangen, dass krankhafte Veränderungen auf unterschiedlichen Genloki liegen, die sich bei erkrankten Patienten unterschiedlich kombinieren (27, 39).

Gururajan et al.(40) gehen davon aus, dass der NIH Research Domain Criteria (RDoC) Biomarker in den folgenden Jahren eine starke Rolle in der psychiatrischen Klinik spielen wird, um das Leben der Patienten, die an Depressionen leiden weltweit zu verbessern.

Ein psychodynamisches Modell beschreibt die Beziehungsgeschichten depressiver Menschen. Frühe Erfahrungen können von fehlgeleiteten Prozessen zwischen der primären Bezugsperson und dem später depressiven Kind bestimmt werden (41). Eine depressive Stimmungslage oder eine vorbestimmte Ängstlichkeit kann von einem „intergenerationalen Transfer“ von Bezugspersonen vermittelt und später eingepägt werden (42).

Kognitionspsychologische Hypothesen gehen davon aus, dass Depressionen auf kognitive Störungen basieren. Depressive Symptomatik kann entstehen, wenn bestimmte Situationen mit einer negativen Kognition verknüpft sind und sich daraus eine erlernte Hilflosigkeit entwickelt (43). Bestimmte Situationen können Auslöser sein, die sich auf chronische oder aktuelle Lebensereignisse beziehen. Diese dysfunktionale Kognition könnte ein prädisponierender Faktor für eine affektive Störung sein (44). Zusätzlich gibt es noch psychoanalytische Ansätze, die von einem fragilen Selbstwert ausgehen, oder bestimmte zwischenmenschliche Theorien, die den zwischenmenschlichen Begleitumständen oder Beziehungen für die Entstehung depressiver Symptomatik am wichtigsten ist (44).

Der wichtigste Schutzfaktor einer Depression entgegen zu wirken, wird mit dem Begriff Resilienz erklärt. In einer Längsschnittuntersuchung wurden Schutzfaktoren ermittelt, die Kinder trotz widriger Umstände verhalten, sich unauffällig und stressresistent zu verhalten (45). Kritische Lebensereignisse oder familiäre Belastungen sind Risikofaktoren. Zu den Schutzfaktoren gehören, neben kindbezogenen Faktoren wie z. B. ein positives Temperament oder überdurchschnittliche Intelligenz, auch umgebungsbezogene Faktoren wie familiärer Zusammenhalt und soziale Unterstützung. Zu den Resilienzfaktoren werden laut Groen et al. (5) positives Selbstwertgefühl und ein konstruktives Bewältigungsverhalten gezählt. Greve et al. (46) gehen davon aus, dass es sich bei Resilienzen um Kompetenzen handelt, die für den sozialen und emotionalen Bereich vorliegen und schrittweise durch die Kind- Umwelt- Interaktion gebildet werden, somit nicht angeboren sind. Resilienz wird also nicht mit weniger Disstress assoziiert, sondern kann die Auswirkungen von Kindheitsbelastungen abpuffern. Ernsthaftige Konsequenzen haben vor allem Belastungen in der frühen Kindheit, in der Konzepte zu Bewältigungsstrategien noch nicht voll ausgebildet sind. Beutel et al. (46) untersuchte in einer deutschen repräsentativen Studie von 2508 Probanden im Alter zwischen 14 bis 92 Jahren ($M = 49.7$, $SD = 18.3$) Belastungen in der Kindheit im Hinblick auf spätere Resilienz. Der Disstress und die somatischen Symptome waren bei denjenigen, die über signifikante Belastungen in der Kindheit berichteten, im Vergleich zu denjenigen, die dies nicht berichteten, stark erhöht. Die höchsten Symptomwerte wurden von den Teilnehmern mit hohen Widrigkeiten in der Kindheit und geringer Belastbarkeit berichtet. Die niedrigsten Werte wurden bei denjenigen mit geringen Widrigkeiten und hoher Belastbarkeit gefunden. Hoch belastbare Teilnehmer hatten niedrige Werte, selbst wenn sie sich in der Kindheit in Schwierigkeiten befanden.

Ein weiterer Aspekt ist auch die Resilienz der Eltern. Sind sie selbst nicht in der Lage ihre eigenen Gefühle und Affekte zu verarbeiten, können sie ihrem Kind kein Vorbild sein und es beim Erlernen von Affektregulation auch nicht unterstützen (47). Die betroffenen Kinder können dadurch keine Strategien entwickeln, ihre Emotionen zu verarbeiten oder zu regulieren und neigen im Erwachsenenalter zu Depressionen (17, 47).

Parker (48) untersuchte bereits 1983, 125 neurotisch Depressive, um eine elterliche Überbehütung als Risikofaktor für eine Depression darzustellen. Er beschrieb die „Affectless Control“ (49), welche eine Kombination von wenig Liebe und Fürsorge mit

einem hohen Maß an elterlicher Kontrolle verbindet, die das Risiko für spätere Depressionen verstärkte.

2.2.3 Neurobiologische Aspekte

Andere Theorien konzentrieren sich auf Veränderungen von Neurotransmitterspiegeln und der Dysregulation von cholinergem, glutamatergem und serotonerger neuronaler Übertragung (50).

Das verstärkte Auftreten von psychischer Dysregulation kann durch eine frühe Traumatisierung hervorgerufen werden, die durch eine verstärkte Stressreaktion vermittelt wird (18). Es ist nachgewiesen, dass es bei anhaltendem Distress in Kindheit und Jugend zu Änderungen der Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, des vegetativen Nervensystems, des Schmerzverarbeitungssystems, Veränderungen des Blutspiegels und Tagesrhythmus von Cortisol kommen kann. Außerdem können ein verringerter Oxytocinspiegel sowie erhöhte inflammatorische Parameter insbesondere Interleukin-6 und Tumornekrosefaktor- α auftreten (51). Zudem werden Veränderungen von verschiedenen Hirnbereichen beschrieben. Vor allem Areale, die für das Lernen und Belohnung zuständig sind wie die Amygdala, der vordere Gyrus cinguli des Hippocampus und der Präfrontalkortex sind betroffen. Diese Gehirnbereiche entwickeln sich in der Kindheit in einem bestimmten Zeitfenster (52). Es konnte zusätzlich eine gesteigerte Reaktivität der Amygdala auf emotionale Stimuli und eine verminderte Übertragung neuronaler Reize zwischen präfrontalem Kortex und der Amygdala bei frühem Distress festgestellt werden (53). Auch tierexperimentelle Versuche an Nagetieren und Primaten bestätigten, dass verringerte mütterliche Fürsorge oder gar Trennung der Mutter zu Veränderungen der Schaltkreise des Gehirns führen können. Später zeigten die Tiere massiv erhöhte Stressreaktionen, die der Symptomatik einer Depression oder Angststörung entsprachen (54).

Bei Stresserlebnissen in der Schwangerschaft lassen sich erhöhte Cortisolspiegel bei Kindern finden, obwohl nur 10-20 % des mütterlichen Cortisols plazentagängig ist. Zu hohe Cortisolspiegel haben langfristig negative Konsequenzen auf den gesamten Organismus, was die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen erhöhen kann (55, 56). Bei Mädchen vor der Pubertät, deren Mütter erhöhte Cortisolkonzentrationen während

der Schwangerschaft aufzeigt, konnte man eine steigende Prävalenz affektiver Probleme beobachten (57).

Eine Übersicht von Pinquart et al. (58) belegte insbesondere ein erhöhtes Depressionsrisiko für einige chronische körperliche Krankheiten. In dieser Metaanalyse, die auf Daten aus 340 Studien von insgesamt mehr als 33.000 Patienten basiert, wurden chronisch kranke Kinder- und Jugendliche im durchschnittlichen Alter von 12,6 Jahren mit Gesunden im gleichen Alter verglichen. Die Unterschiede sind am stärksten bei chronischem Müdigkeitssyndrom ($d=.94$), Fibromyalgie ($d=.59$), Lippen- und Gaumenspalte ($d=.54$), Migräne/Spannungskopfschmerz ($d=.51$) und Epilepsie ($d=.39$). Größere Effektstärken wurden in Studien mit einem höheren Anteil von Mädchen mit einer gesunden Kontrollgruppe aus Entwicklungsländern gefunden, die vor 1990 veröffentlicht wurden und bei denen die Bewertung durch die Eltern oder den Kliniker und nicht die Bewertung durch die Kinder verwendet wurde. Bei diesen Erkrankungen ist eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen Depression auf der einen Seite und den körperlichen Symptomen auf der anderen Seite kaum mehr möglich, denn in dieser Metaanalyse wiesen 71,3 % aller Kinder mit chronischer Fatigue und 64,1 % der Kinder mit Fibromyalgie depressive Symptome auf. Weiterhin signifikant mit Depression in Zusammenhang stehend waren Kinder mit einer Sehbehinderung, Kinder mit Asthma und Kinder mit Spina bifida.

2.2.4 Diagnosekriterien und Therapieansätze einer Depression

Die Depression als Erkrankung bezieht sich auf eine klinische Diagnose, welche wiederum auf dem Klassifizierungssystem ICD-10 unter der Rubrik F32 zugeordnet ist. Für die Diagnosestellung einer Depression müssen folgende allgemeine Voraussetzungen gelten: Die Symptomatik muss über 2 Wochen vorliegen, eine bipolare Störung muss ausgeschlossen sein und die Störung darf nicht auf psychotroper Medikamentengebrauch oder auf eine organische Störung zurückzuführen sein (31). „Der Schweregrad der depressiven Störung richtet sich nach der Anzahl der erfüllten Haupt- und Zusatzsymptome“ (31).

Das DSM-5 beschreibt Hauptsymptome wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebslosigkeit und weitere Zusatzsymptome wie Konzentrationsverminderung, Minderung des Selbstwertgefühls, Schuldgefühle, negative Zukunftsgedanken,

Suizidalität und somatische Symptome wie Schlafstörungen und verminderten Appetit (31). Für die Diagnosestellung müssen alle Leitsymptome zutreffen und es muss ein signifikanter Leidensdruck im sozialen, beruflichen oder personellen Kontext vorhanden sein (59). Zwischen ICD-10 und DSM-5 bestehen eine Reihe von Unterschieden. Das DSM-5 teilt die Remission in Teil- oder Vollremission ein und führt für die Diagnosestellung einer Depression 5 Symptome aus, während in der ICD-10 für eine leichte Depression nur 4 Symptome reichen. Die Kategorien "subthreshold depression" und "minor depression", welche im DSM-IV beschrieben sind, werden im DSM-5 nicht mehr aufgenommen (60, 61). Das DSM-5 beschreibt nun eine gemeinsame neue Kategorie der persistierenden depressiven Störung, welche Dysthymie und chronische Major Depression zusammenfasst und ein Zeitkriterium von 2 Jahren vorschreibt. Neu im DSM-5 aufgenommen ist die disruptive Affektregulationsstörung. Die Störung beschreibt wiederkehrende Gefühlsausbrüche die sich verbal äußern und der aktuellen Situation oder dem Entwicklungszustand eines Kindes unangemessen sind (60).

Die überwiegende Stimmung ist meist „gereizt“ und sollte nur bei Heranwachsenden zwischen 6 und 18 Jahren diagnostiziert werden. Sie wurde zum DSM-5 neu hinzugefügt, um das „Überdiagnostizieren von bipolaren Störungen bei Kindern“ zu verhindern (31).

Noch vor 40 Jahren schenkte man Kindern und Jugendliche mit einer Depression im klinischen Alltag keine Beachtung. Man glaubte Depressionen bei Patienten dieser Altersgruppe besitzen keine Bedeutung. Erst in den 80er Jahren fand man heraus, dass auch Jugendliche depressive Symptome entwickeln können (5). Zurzeit werden Depressionen in der Kindheit im Wesentlichen anhand der gleichen Kriterien diagnostiziert wie eine Depression im Erwachsenenalter. Bei Kindern und Jugendlichen kann vor allem eine externalisierende Komponente hinzukommen, die sich in Hyperaktivität und Aggressivität äußert (5). Die Therapieansätze unterscheiden sich jedoch von den Behandlungsmethoden im Erwachsenenalter (34).

Für die Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen gibt es ein in der Psychiatrie ein Screeninginstrument, welches ein Fragebogen beinhaltet (PHQ-9: „Patient Health Questionnaire – 9 Items“). Bei dem vorgestellten Fragebogen wird mit 9 Fragen nach der Häufigkeit von depressiven Stimmungen sowie dem Verlust von Interesse und Freude an Alltagsaktivitäten in den vergangenen 14 Tagen gefragt (62).

Oft verlaufen Depressionen episodisch, was bedeutet, dass depressive Phasen zeitlich begrenzt sind und ohne Medikamente abklingen (63). Ältere Studien, die vor der Einführung von Antidepressiva angelegt wurden, beschreiben die Dauer einer Episode von bis zu acht Monaten (27).

Die Vorteile in einer medikamentösen Therapie liegen in der Verkürzung der Erkrankung und in einer schwächeren Ausprägung in der Länge eines depressiven Abschnitts, denn die mittlere Erkrankungsdauer liegt bei medikamentös behandelten Patienten nur bei sechzehn Wochen (64). Betroffene die bestimmte Bedingungen wie, „junges Alter bei Ersterkrankung (65), weibliches Geschlecht, ein lediger Familienstatus (66) sowie mangelhafte soziale Unterstützung“ neigen signifikant erhöht zu einem Rückfall (31).

2.3 Hypothesenbildung

2.3.1 Dimensionsdarstellung

Für die Studie ist es wichtig zu evaluieren, welche Faktoren eine Depression verursachen können. In dieser Arbeit sollen die vier Dimensionen „Rollenumkehr“, „elterliche Liebe“, „elterliche Kontrolle“, „elterlicher Ehrgeiz“ analysiert werden. Es werden jeweils Mutter und Vater getrennt evaluiert.

Die erste Dimension bezieht sich auf die Rollenumkehr des Kindes. Es wird untersucht inwiefern der Jugendliche früh erlernen musste, Aufgaben allein anzupacken und Probleme selbst zu meistern. Bei der Rollenumkehr zeigen Kinder emotionale Fürsorge und Verantwortung gegenüber ihren Eltern und stellen dabei die eigenen Bedürfnisse zurück (47, 67). Mit Hilfe von Interaktionen mit primären Bezugspersonen erlernen Kinder Selbstregulierungsmechanismen für eine spätere erfolgreiche Stressverarbeitung (68). Kinder von Eltern, die selbst hilfsbedürftig sind und die Hilfe der eigenen Kinder annehmen, erlernen diese Selbstregulierungsmechanismen nicht, da die Eltern ihre Kinder bei der Affektregulation nicht unterstützen können (47).

Sie neigen daher im Erwachsenenalter zu Depressionen (17, 47). In der Literatur wird vor allem die mütterliche Rollenumkehr mit Depressionen assoziiert (69).

Als zweite Dimension soll die elterliche Liebe herangezogen werden. Wichtig ist dabei zu klären, ob die Beziehung zwischen Vater/Mutter und dem Kind ein liebevolles Verhältnis war. John Bowlby (70), ein britischer Kinderpsychiater, war ein Vorläufer in der Forschung von Kindheitsbindung. Er stellte die Annahme auf, dass Kinder ein enges und emotionales Verhältnis zu Mitmenschen aufbauen müssen, um Bedürfnisse stillen zu können. Darüber hinaus verändert sich dieses Bindungsverhalten zu bestimmten Menschen im Laufe des Lebens. Die Bindungstheorie gilt als Grundlage für weitere Forschungen zu Mutter- Kind- Beziehungen. Freyers et al. (71) stellen als Ursachen für eine Depression einen multifaktoriellen Komplex dar. In diesem Komplex ist auch die Qualität der Beziehung zu Bezugspersonen von Bedeutung. Zudem entwickeln Kinder, die fernab von ihren Eltern sondern in Institutionen mit wechselnden Bezugspersonen aufwachsen, häufig Depressionen und haben wenig Selbstachtung (72).

Die dritte Dimension soll die elterliche „Kontrolle“ darstellen. Lippold et al. (73) beschreiben elterliche Kontrolle als einen positiven Einfluss, weil diese Kindern Struktur und innere Sicherheit gibt. Zudem kann eine stärkere Kontrolle seitens des gegengeschlechtlichen Elternteils sich positiv auf Impulsivität und Aggressivität auswirken (74). Die bei sich selbst wahrgenommene Kontrolle ist bei Müttern und Vätern unterschiedlich (73). Im Gegensatz dazu steht die „Affectionless Control“ (49), welche eine Kombination von wenig Liebe und Fürsorge mit einem hohen Maß an elterlicher Kontrolle verbindet, die das Risiko für spätere Depressionen verstärkte.

Die vierte Dimension richtet sich auf den „Ehrgeiz“. Es wird ermittelt, ob Fragen, die mit einer negativen Grundstimmung mit den Fragen bezüglich des Leistungsdrucks übereinstimmen. Des Weiteren sollte geklärt werden, ob sich der Jugendliche oft überfordert fühlt und ob ihm der Wille seiner Eltern aufgezwungen wurde.

In Studien schneiden Depressive schlechter in schulischen Qualifikationen und Intelligenztests ab (71). Dies lässt sich dadurch erklären, dass Schwierigkeiten im Verhalten bei Kindern weitere Probleme in der Schule mit sich bringen. Kinder, die schon früh Probleme in ihrem Verhalten zeigen, weisen oft im Erwachsenenalter eine depressive Symptomatik auf (71). Sie stehen unter großen Druck, da die Eltern von ihren Kindern in der Schule erwarten „brav“ zu sein und still zu sitzen. Zudem wurden signifikante Zusammenhänge zwischen harter mütterlicher Disziplin und Selbstmordversuchen

von Jugendlichen dargestellt. Bei Jugendlichen mit einer ausgeglichenen Beziehung zur Mutter mit weniger Ehrgeiz und Disziplin zeigten die Jugendlichen weniger Selbstmordversuche (71).

2.3.2 Hypothesen

Es lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- 1) Die Rollenumkehr spielt für die spätere Entwicklung einer Depression eine wesentliche Rolle.
- 2) Elterliche Liebe wird als Prädiktor für eine Depressionsentstehung angesehen. Eine enge und liebevolle Beziehung zu seinen Eltern stärkt Kinder und kann Depressionen in der Jugend verhindern.
- 3) Kinder, die viel elterliche Kontrolle erfahren haben, tragen ein erhöhtes Risiko für eine spätere Depression.
- 4) Hoher elterlicher Ehrgeiz ist ein Risikofaktor für eine Depression im Jugendalter.

3. Methoden

3.1 Durchführung der Datenerhebung

Die Daten wurden aus zwei verschiedenen Fragebögen zusammengetragen. Die Teilnahme an der Studie erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Die Daten werden zusammengefügt und zum Schluss miteinander verglichen. Daten aus dem neueren Fragebogen werden Welle 1 und Daten aus dem älteren Fragebogen werden Welle 0 genannt.

Insgesamt konnten 626 deutsche Personen retrospektiv zu verschiedenen Kindheits-erlebnissen und Belastungen befragt werden. Es mussten jeweils 3 Items von jeder Skala beantwortet werden, sonst wurden die Daten nicht ausgewertet. Alter und Geschlecht mussten auch angegeben werden, sonst wurden sie ebenfalls aus der Auswertung ausgeschlossen.

3.1.1 Stichprobenbeschreibung der aktuellen Welle 1

Die Studie beruht auf einem Online-Fragebogen, der in drei unterschiedlichen Ländern durchgeführt werden konnte. Es wurden Daten in Deutschland, Polen und England erhoben.

Zusätzlich wurde eine aktuelle Depressionscheckliste als Screeninginstrument erhoben. Die Internetplattform [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de) führte die Befragung durch. Die Teilnahme an der Studie dauerte ca. 30 min. Die Teilnehmer konnten anonym den Online-Fragebogen auf der Internetplattform auszufüllen. Sie wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Umfrage zu Forschungszwecken dient und sich mit der psychischen Verfassung in Kombination mit verschiedenen Lebensumständen befasst. Zusätzlich wurden die Probanden informiert, dass untersucht wird, wie bestimmte Lebensumstände mit der Gesundheit zusammenhängen. Es wurde darauf hingewiesen, dass Fragen ausgelassen werden können. Darüber hinaus ist bei den dargebotenen Single-Choice-Fragen keine Mehrfachantwort möglich. Bereits vor einigen Jahren wurde der gleiche Fragebogen verwendet, um bei Erwachsenen Kindheitsbelastungen herauszuarbeiten. Der Fragebogen wurde nun speziell für Jugendliche und junge Erwachsene umgeschrieben.

Die Jugendlichen erhielten Fragen zu ihrem sozialen Umfeld (Beziehung zum Freundeskreis, Unterstützung und Hilfe durch den Freundeskreis, Kontakt zu anderen Kindern, Bezugspersonen, Freunden etc.), zur emotionalen Bindung zu beiden Elternteilen, der finanziellen Situation der Eltern und zu ihrer persönlichen emotionalen Stabilität (Umgang mit negativen Gefühlen, Selbstachtung etc.). Zusätzlich wird bei jedem online Befragten eine Symptomcheckliste für depressive Symptome herangezogen.

Durch die Kombination von dem Kindheitsfragebogen mit der Symptomcheckliste einer Depression können verursachende Faktoren untersucht werden, die depressive Symptome bei Jugendlichen beeinflussen.

Die Befragten erhielten für das Ausfüllen des Fragebogens kein Incentive. Die Datenerhebung erfolgte vom Wintersemester 2017/2018 bis zum Wintersemester 2018/2019. Während der Datenerhebung konnte man jederzeit auf den Link des Fragebogens zugreifen. Der Fragebogen stand auf der Homepage der medizinischen Psychologie und Soziologie der Universität Mainz zur Verfügung. Die Teilnehmer wurden informiert, dass ein Forschungsteam von Mainz, Warschau und Nottingham zusammenarbeitet.

Die Studie wurde von den Ethik-Kommissionen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz genehmigt.

3.1.2 Stichprobenbeschreibung der alten Welle 0

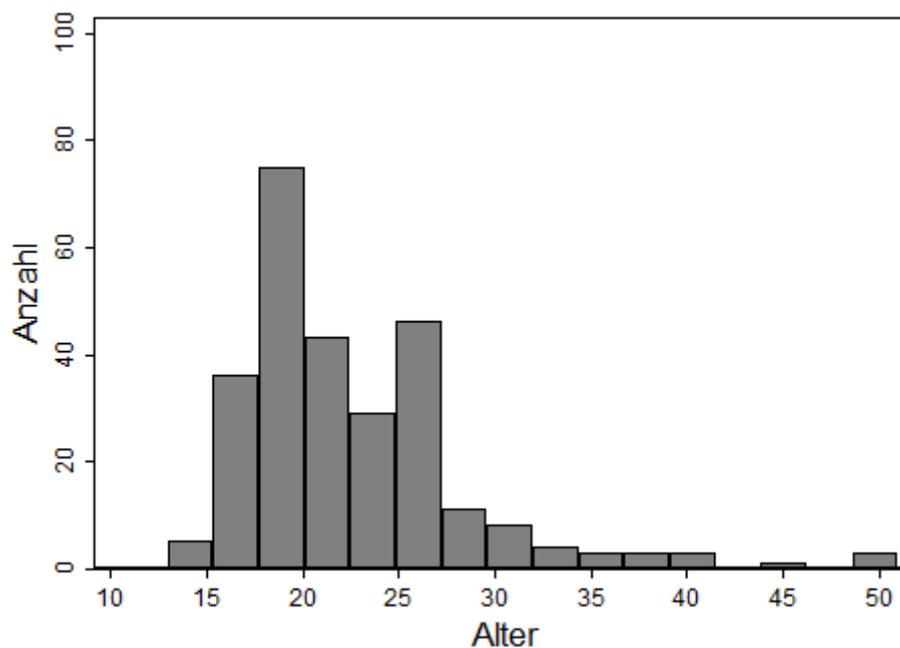
Zusätzlich werden die Daten mit einem alten Fragebogen verglichen. Die Datenerhebung erfolgte im Sommer 2008 mit vorwiegend Medizinstudenten. In Düsseldorf wurden 380 Medizinstudenten angesprochen, davon haben 237 Studenten den Fragebogen ausgefüllt. Die Studenten bekamen eine Entlohnung von 5 Euro und erhielten den Fragebogen in Papierform. 2 Studenten haben leere Fragebögen abgegeben. Zusätzlich wurde der Fragebogen an 260 Medizinstudenten in Mainz verteilt, davon haben 148 den Fragebogen ausgefüllt. Die Mainzer Studenten erhielten kein Geld.

Um Unterschiede zwischen den beiden Stichproben darzustellen, werden im Folgenden der Chi-Quadrat-Test (X^2) für binäre Variablen und der t-Test (t) für kontinuierliche Variablen berechnet.

3.2 Stichprobenbeschreibung

3.2.1 Stichprobenbeschreibung der aktuellen Welle 1

In der Stichprobe sind 186 Teilnehmer weiblich und mit 84 Personen sind weniger als die Hälfte männlich. Das Durchschnittsalter beträgt 23 Jahre. Generell erstreckt sich die Altersspanne von 13 bis 54 Jahre. Die meisten Teilnehmer sind zwischen 20-25 Jahre alt. 21-jährige bilden den höchsten Anteil der Teilnehmer. Die Daten aus Polen und England werden nicht berücksichtigt.

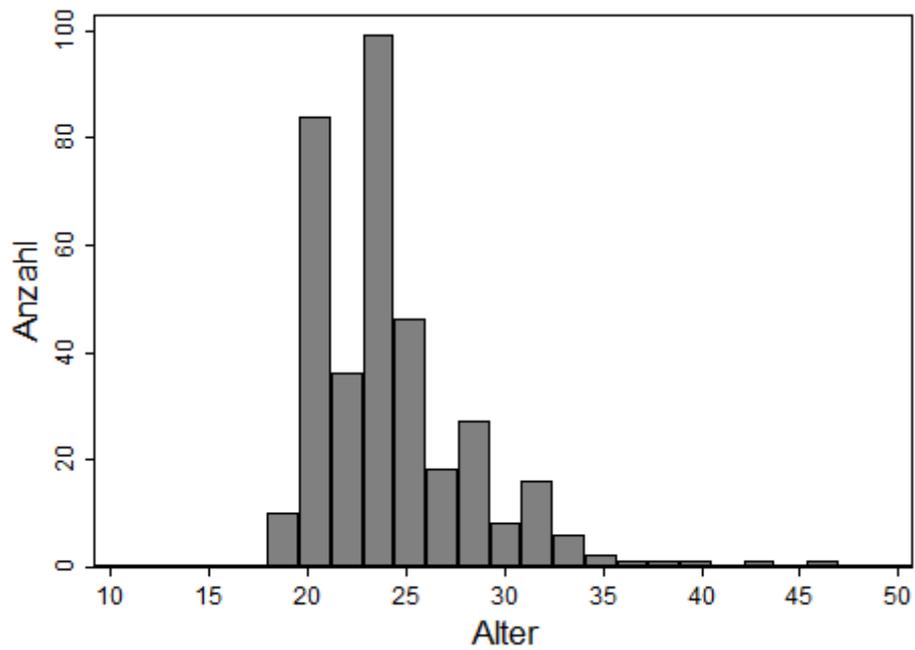


Histogramm 1: Alter der Welle 1

3.2.2 Stichprobenbeschreibung der alten Welle 0

Insgesamt sind 385 Teilnehmer aus der Welle 0. Jedoch konnten nur 357 Fragebögen ausgewertet werden, da die Fragebögen mit vielen unbeantworteten Items aus der Datenerhebung ausgeschlossen wurden.

Es sind 236 der Teilnehmer weiblich und 121 männlich. Das durchschnittliche Alter beträgt 24 Jahre. Da alle Teilnehmer Studenten sind, sind fast alle zwischen 19 und 32 Jahre alt



Histogramm 2: Alter der Welle 0

Tabelle 1: Welle 1 und 0 im Vergleich

Variable	Welle 1	Welle 0		p
Stichprobenumfang	n = 270	n = 357	n ges = 627	
Weibl. Teilnehmer	186	236	$X^2 = 0.54$.0462
Männl. Teilnehmer	84	121		
Alter: \bar{x} (SD)	22.61 (5.94)	24.29(4.00)	t= 4.21	000

3.3 Instrumente

3.3.1 Symptomcheckliste

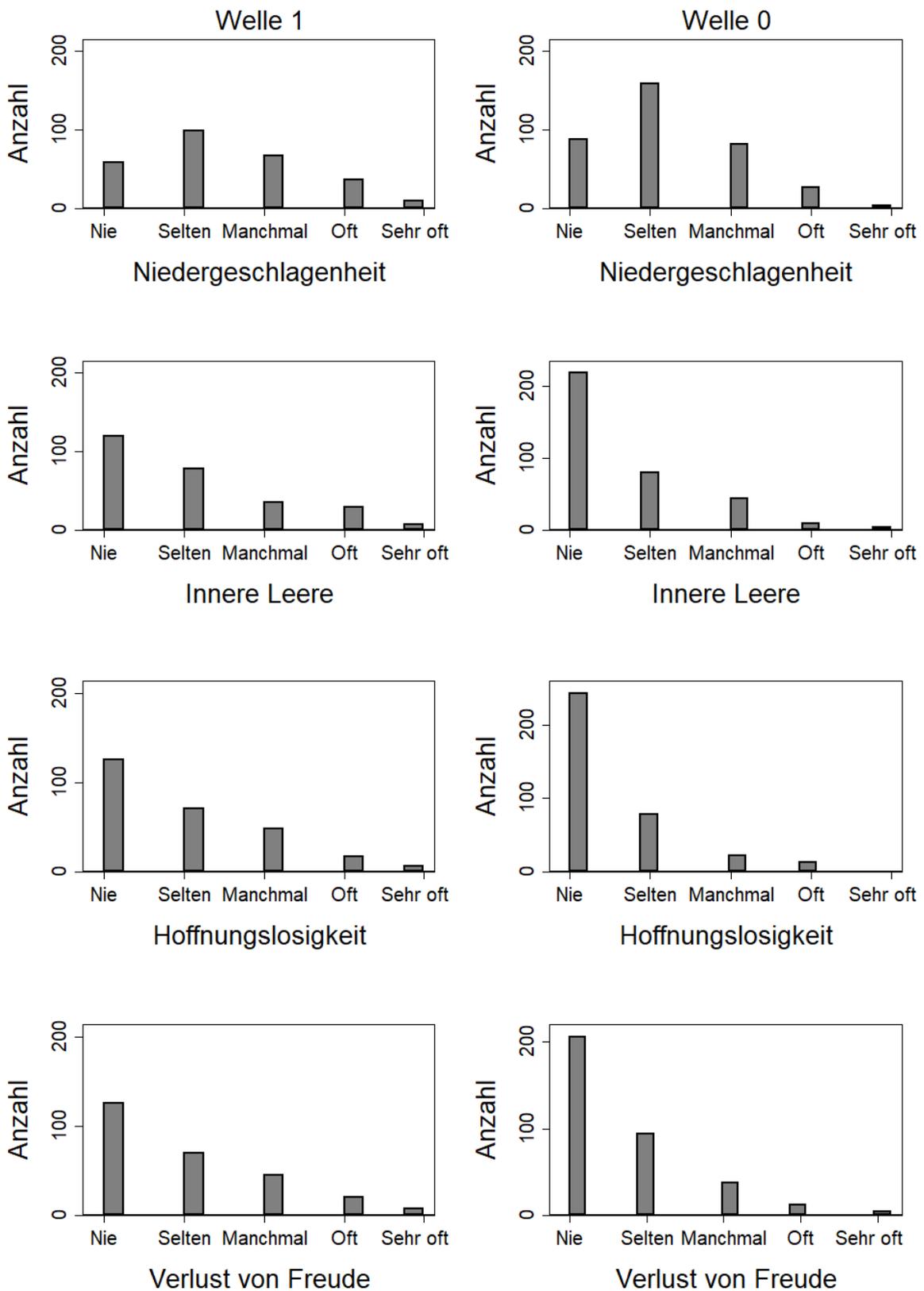
Für den Fragebogen wurde eine Symptomcheckliste für Depression als Screeninginstrument herangezogen.

Im Fragebogen wurde speziell Niedergeschlagenheit, innere Leere, Hoffnungslosigkeit und Verlust der Freude abgefragt. Die DSM-5 Haupt- und Nebensymptome wurde nicht gescreent. Es wurden nicht die Kriterien nach dem DSM-5 in vollem Umfang abgefragt, deshalb kann nur von einer depressiven Symptomatik gesprochen werden. Die klinische Diagnose einer Depression wird in der Symptomcheckliste nicht gestellt.

Laut DSM-5 sind die zwei Hauptsymptome einer depressiven Episode: depressive, gedrückte Stimmung und Interessenverlust. Für die Diagnose einer Depression müssen 2 Kriterien der Leitsymptome für eine Periode von 2 Wochen bestehen. Die Symptome dürfen keine manischen oder hypomanischen Störungen beinhalten und dürfen nicht auf organisch bedingte psychische Störungen oder auf psychotroper Medikamentengebrauch zurückzuführen sein. Alle Symptome müssen fast täglich bestehen.

Es wurde abgefragt, ob die Symptome in den vergangenen 2 Wochen bestanden. Um die Symptome einer aktuellen depressiven Symptomatik zu erfassen, konnten die Teilnehmer mithilfe einer zur Ermittlung von persönlichen Auffassungen geeigneten fünfstufigen Likert-Skala angeben, wie häufig sie in den letzten 2 Wochen unter diesen Symptomen gelitten haben: sehr oft, oft, manchmal, selten, nie.

Die Antwortalternativen bedeuten: sehr oft: an 13-14 Tagen, oft: an 8-12 Tagen manchmal: an 3-7 Tagen, selten: an 1-2 Tagen, nie: nie.



Histogramm 3: Depressionsitems der versch. Wellen

3.3.2 Sozioökonomischer Status

Die Studienteilnehmer mussten den höchsten beruflichen Status und den höchsten Schulabschluss des jeweiligen Elternteils codieren. Zusätzlich mussten sie ihren Schulabschluss und ihre Schulausbildung angeben.

In der Welle 1 wurden die Teilnehmer neben ihrem Schulabschluss auch nach ihrer beruflichen Position gefragt, dabei konnten sie eine von neun Antwortalternativen auswählen.

Die Studienteilnehmer aus Welle 0 waren alle Studenten.

Einkommen wurden in beiden Studien nicht erfragt.

Tabelle 2: Ausbildungsstand der Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Variable	Welle 1	
Ausbildungsstand %		
Lehre	17.84	
Arbeiter	8.55	
Hauptschule	0.37	
Realschule	1.86	
Gymnasium	10.41	
Dualer Studiengang	1.12	
Fachhochschule	3.35	
Universität	43.12	
Sonstiges	13.38	n=269

Zusätzlich wurde die sozioökonomische Situation in der Kindheit erfragt. Dazu wurden 4 Fragen gestellt: Ich stamme aus einer Familie mit hohem sozialem Ansehen; In meiner Familie war das Geld recht knapp; In meiner Kindheit haben wir sehr beengt gewohnt; Ich stamme aus einer wohlhabenden Familie.

Mit Hilfe einer Likert-Skala konnte die Studienteilnehmer zwischen trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu und trifft sehr zu.

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichung des sozioökonomischen Status

Variable	Welle 1	Welle 0	t	p
Sozioökonomischer Status \bar{x} (SD)	67.93	63.91	2.26	0.024
Ich stamme aus einer Familie mit hohem sozialem Ansehen	1.75 (.82)	1.88 (.73)		
In meiner Familie war das Geld recht knapp	2.09 (.94)	2.22 (.79)		
In meiner Kindheit haben wir beengt gewohnt	2.41 (.82)	2.47 (.76)		
Ich stamme aus einer wohlhabenden Familie	1.43 (.96)	1.59 (.88)		

3.3.3 Kindheitsfragebogen

Als zweites Messinstrument wurde der Kindheitsfragebogen herangezogen. Der Test wurden in vorangegangenen Studien schon mehrfach benutzt und erzielte gute Werte in der Reliabilität.

Der Kindheitsfragebogen (KFB) ist ein Instrument zur Beschreibung der erlebten Beziehung zwischen Kind und zu ihren Eltern. Es werden jeweils die gleichen Bereiche von der Mutter sowie des Vaters erfasst. Hierbei werden vor allem die Einflussgrößen

Rollenumkehr, wahrgenommene Liebe, Kontrolle und Ehrgeiz des jeweiligen Elternteils berücksichtigt. Als Einflussgrößen dienen insgesamt Eltern-Kind-Beziehungen. Für jede einzelne Einflussgröße konnten die Teilnehmer angeben, ob sie in ihrer Vergangenheit eine solche Kindheitsbelastung erlebt hatten oder nicht. Der Zeitraum bezieht sich hierbei auf die ersten 14 Lebensjahre.

Als Antwortmöglichkeiten können im KFB Werte zwischen 0 und 3 auftreten. Die Fragen können mit trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu und trifft sehr zu beantwortet werden.

Als Hintergrundvariablen werden Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Daten aus der Welle 0 berücksichtigt. Männliches Geschlecht wird mit 1 codiert, weibliches Geschlecht mit 0.

3.4 Untersuchte Variablen

Es werden vier Dimensionen der Eltern-/Kindbeziehung untersucht: Liebe, Kontrolle, Ehrgeiz und Parentifizierung.

Die Antwortmöglichkeiten können mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala angegeben werden und die Codierung erfolgt in Richtung der Skalenbezeichnung: trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu und trifft sehr zu.

Der Kindheitsfragebogen, der sich am AAI orientiert, kann als bewährtes Instrument in wiederholten Untersuchungen angesehen werden. Die genaue Wortwahl der Aussagen und die Auswertung des Fragebogens werden in diesen Artikeln detailliert beschrieben. An dieser Stelle soll jedoch nicht weiter darauf eingegangen werden.

3.4.1 Rollenumkehr

Mit dem Begriff der „Rollenumkehr“ ist eine Parentifizierung gemeint, bei der das Kind in die Elternrolle schlüpft und dabei gleichzeitig seine eigenen Bedürfnisse zurückstellt (75). Die Rollenumkehr wurde in folgenden Fragen evaluiert: Ich fühlte mich oft für meine/n Mutter/Vater verantwortlich; wenn mein/e Vater/Mutter Sorgen hatte, musste ich mich um sie/ihn kümmern; ich hatte als Kind Schuldgefühle, wenn es meiner/m

Mutter/Vater nicht gut ging; ich war der Seelentröster meiner/s Mutter/Vater; bei Eheproblemen sollte ich immer für mein/e Vater/Mutter Partei ergreifen.

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichung der Rollenumkehr

Variable	Mutter		Vater	
	Welle 1	Welle 0	Welle 1	Welle 0
Rollenumkehr \bar{x} (SD)				
Ich fühlte mich oft verantwort- lich	1.04 (1.04)	.85 (.88)	.60 (.92)	.48 (.69)
Ich musste mich kümmern	1.06 (.94)	.19 (.49)	.46 (.74)	.32 (.63)
Ich hatte Schuldgefühle	1.22 (.98)	.96 (.88)	.78 (.95)	.53 (.80)
Ich war Seelentröster	.66 (.91)	.59 (.80)	.31 (.65)	.23 (.54)
Bei Eheproblemen sollte ich Partei ergreifen	.79 (1.03)	1.26 (.91)	.43 (.75)	1.29 (.97)

3.4.2 Liebe

Der Erhalt der elterlichen Liebe wurde in folgenden Fragen herausgearbeitet: mein/e Vater/Mutter war sehr liebevoll zu mir; Mein/e Vater/Mutter war immer für mich da, wenn ich ihn/sie brauchte; mein/e Vater/Mutter hatte sehr viel Verständnis für mich; bei meinem/r Vater/Mutter fühlte ich mich geborgen; ich fühlte mich meinem/r Vater als Kind sehr nahe.

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichung der Liebe

Variable	Mutter		Vater	
	Welle 1	Welle 0	Welle 1	Welle 0
Liebe \bar{x} (SD)				
Ich hatte liebevolle Eltern	2.53 (.78)	2.57 (.70)	2.22 (.92)	2.20 (.82)
Meine Eltern waren immer für mich da	2.45 (.84)	2.64 (.66)	2.12 (1.02)	2.24 (.88)
Ich fühlte mich verstanden	2.22 (.87)	2.72 (.58)	1.93 (1.01)	2.55 (.78)
Ich fühlte mich geborgen	2.42 (.88)	2.41 (.72)	2.12 (.97)	2.05 (.88)
Ich fühlte mich meinen Eltern sehr nahe	2.26 (.92)	2.56 (.70)	1.96 (1.03)	2.09 (.91)

3.4.3 Kontrolle

Die elterliche Kontrolle wurde in folgenden Fragen erörtert: Mein/e Vater/Mutter hat mir ihren Willen aufgezwungen; Ich durfte meiner/m Mutter/Vater nicht widersprechen; Mein/e Vater/Mutter hat mich auf Schritt und Tritt überwacht; Ich musste genauso sein, wie mein/e Vater/Mutter sich das vorstellte; Mein/e Vater/Mutter glaubte, dass man durch Strafen den Eigensinn eines Kindes brechen musste.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichung der Kontrolle

Variable	Mutter		Vater	
	Welle 1	Welle 0	Welle 1	Welle 0
Kontrolle \bar{x} (SD)				
Mir wurde der Wille meiner Eltern aufgezwungen	.69 (.92)	.70 (.80)	.57 (.82)	.51 (.77)
Ich durfte nicht widersprechen	.82 (.99)	.56 (.77)	1.05 (1.13)	.82 (.95)
Ich wurde auf Schritt und Tritt überwacht	.59 (.86)	.81 (.78)	.47 (.83)	.65 (.81)
Ich musste den Vorstellungen entsprechen	.53 (.88)	1.33 (.97)	.71 (.94)	1.46 (.99)
Meine Eltern glaubten, mit Strafen kann man den Eigensinn brechen	.51 (.84)	.69 (.85)	.61 (.93)	.91 (.93)

3.4.4 Ehrgeiz

Elterlicher Ehrgeiz wurde wie folgt erfragt: Mein/e Vater/ Mutter hatte hohe Erwartungen an mich; Mein/e Vater/Mutter hatte großes mit mir vor; Mein/e Vater/ Mutter hat mich oft überfordert; Mein/e Vater/Mutter wollte unbedingt, dass ich es zu etwas bringe; Ich durfte in der Schule auf keinen Fall versagen. Das wäre für mein/e Vater/Mutter sehr schlimm gewesen; Ich hatte das Gefühl, die Erwartungen, die mein/e Vater/Mutter in mich gesetzt hatte, nicht enttäuschen zu dürfen.

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichung des Ehrgeizes

Variable	Mutter		Vater	
	Welle 1	Welle 0	Welle 1	Welle 0
Ehrgeiz \bar{x} (SD)				
An mich wurden hohe Erwartungen gestellt	1.74 (.83)	.45 (.67)	1.61 (.95)	.58 (.79)
Aus mir sollte Großes werden	1.19 (.89)	1.31 (.87)	1.25 (.97)	1.29 (.91)
Ich wurde oft überfordert	.74 (.95)	.42 (.69)	.69 (.88)	.51 (.76)
Ich sollte es zu etwas bringen	1.36 (1.00)	.53 (.77)	1.48 (1.02)	.30 (.62)
Ich durfte auf keinen Fall versagen	.85 (.94)	.59 (.81)	.99 (1.00)	.45 (.70)
Ich durfte die Erwartungen nicht enttäuschen	1.29 (.96)	.50 (.74)	1.37 (1.00)	.47 (.75)

Tabelle 8: Eltern- / Kindbeziehung im Überblick

Variable	Welle 1	Welle 0	t	p
Eltern- / Kindbeziehung \bar{x} (SD)				
<u>Mutter</u>				
Rollenumkehr	32.04(24.79)	25.75(16.64)	-3.80	.000
Liebe	79.19(24.93)	86.02(18.18)	3.96	.000
Kontrolle	20.86(24.27)	27.21(19.19)	3.65	.000
Ehrgeiz	39.79(21.65)	21.14(14.74)	-12.81	.000
<u>Vater</u>				
Rollenumkehr	17.37(21.21)	18.98(15.27)	1.11	.269
Liebe	68.97(29.08)	74.26(23.71)	2.51	.012
Kontrolle	22.67(24.99)	29.00(21.34)	3.42	.001
Ehrgeiz	41.08(24.06)	19.98(15.07)	-13.45	.000

Die Freiheitsgrade betragen 625.

Die größten Unterschiede lassen sich bei mütterlichem und väterlichem Ehrgeiz finden. Weitere Unterschiede zwischen den beiden Wellen zeigen sich für Kontrolle beider Eltern sowie für mütterliche Liebe und mütterliche Rollenumkehr. Insgesamt wurde die Eltern-Kind-Beziehung in der Welle 1 als ungünstiger und schwächer beschrieben als in der Welle 0.

3.5 Testung auf Reliabilität

Die Reliabilität ist ein Gütekriterium für die Verlässlichkeit wissenschaftlicher Messungen, Messinstrumente und Ergebnissen. Um die Zuverlässigkeit eines Tests zu beschreiben, sollte die interne Konsistenz (Chronbach alpha) Werte > 0.70 annehmen. Werte > 0.90 werden als exzellent beschrieben (76).

Die Daten aus der Welle 0 zeigen für alle Skalen außer der mütterlichen und väterlichen Rollenumkehr und mütterlicher Ehrgeiz eine gute interne Konsistenz mit $\alpha > 0.70$. In der Welle 0 erreicht die väterliche Liebe mit $\alpha > 0.90$ exzellente Werte. Auch die Depression, der sozioökonomische Status und die Liebe der Mutter zeigen mit einem $\alpha > 0.80$ eine sehr gute Reliabilität.

Bei der Welle 1 zeigt mit einem $\alpha > 0.90$ die elterliche Liebe eine exzellente Reliabilität. Insgesamt ergibt sich bei allen Werten, außer dem väterlichen Ehrgeiz aus der Welle 1 mit $\alpha > 0.70$ eine gute Reliabilität. Der neuere Fragebogen (Welle 1) ist im Vergleich zur Welle 0 reliabler.

Die Daten aus dem Depressionsfragebogen und die Erhebung des sozioökonomischen Status aus beiden Wellen ergeben eine gute interne Konsistenz mit $\alpha > 0.70$.

Tabelle 9: Chronbachs Alpha

Variable	Welle1	Welle 0
Chronbachs Alpha		
Depression	0.88	0.81
Sozioökonomischer Status	0.78	0.83
<u>Eltern- / Kindbeziehung</u>		
<u>Mutter</u>		
Rollenumkehr	0.80	0.60
Liebe	0.92	0.87
Kontrolle	0.87	0.72
Ehrgeiz	0.79	0.61
<u>Vater</u>		
Rollenumkehr	0.83	0.60
Liebe	0.93	0.90
Kontrolle	0.86	0.76
Ehrgeiz	0.64	0.84

3.6. Statistische Auswertung

Obwohl der Depressionsscore linksgipflig verteilt ist, lässt sich eine Datenanalyse auf der Basis von linearen Regressionen vertreten (77). Das Modell der linearen Regression wird für jeden Belastungsfaktor einzeln berechnet. Um den Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren und der Häufigkeit von Depressionen darstellen zu können, werden unstandardisierte Regressionskoeffizienten („ β “) verwendet. Diese sind gleichzeitig dafür geeignet, den Einfluss der möglichen Störfaktoren zu kontrollieren. Zusätzlich können Interaktionen und quadratische Effekte hinzugenommen werden. Ein direkter Vergleich zwischen Welle 0 und Welle 1 wird ebenfalls ermöglicht. Die Berechnungen werden mit Hilfe der Software „Stata 14“ durchgeführt.

Der Regressionskoeffizient β bestimmt im linearen Fall die Steigung der Geraden: Je niedriger sein Wert, desto flacher verläuft die Kurve. Bei $\beta = 0$ würde sie horizontal verlaufen und es gäbe keinen linearen Zusammenhang zwischen dem Belastungsfaktor und der Zielgröße. Sobald $\beta \neq 0$ ergibt sich je nach Wert ein positiver oder negativer Zusammenhang. Pro Einheit von β geht es entsprechend viele Einheiten auf der Depressionsachse nach oben oder nach unten. Wenn quadratische Effekte vorhanden sind, ist das β an jeder Stelle der x-Achse unterschiedlich.

Das Signifikanzniveau wird auf ein Alpha-Level von 1 % festgelegt. Das Konfidenzniveau wird dementsprechend auf 99 % festgelegt. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 % entsteht also ein Konfidenzintervall, das den wahren Wert abdeckt. Effekte mit p-Werten > 1 % werden nicht interpretiert, um falsch positive Werte zu vermeiden.

Die Varianz stellt ein Streuungsmaß dar, welches die Verteilung der Werte um den Mittelwert herum veranschaulicht.

Um denjenigen Anteil der Varianz der Zielgröße darzustellen, der nur durch die Belastungsfaktoren erklärt werden kann, wird das Bestimmtheitsmaß ΔR^2 verwendet.

Dies entspricht dem quadrierten Korrelationskoeffizienten r . Beim vorliegenden Stichprobenumfang wird der Regressionskoeffizient signifikant, sobald der Belastungsfaktor mehr als etwa 0.5 % der Varianz einer depressiven Symptomatik erklärt.

Bei der Berechnung der linearen Regression für die jeweiligen Belastungsfaktoren wird ein Signifikanztest durchgeführt. In diesem Zusammenhang wird nacheinander überprüft, ob sich für die vier quadratischen (Rollenumkehr Mutter, Rollenumkehr Vater, Alter, Sozioökonomischer Status) und die neun Interaktionseffekte (Rollenumkehr Mutter, Rollenumkehr Vater, Alter, sozioökonomischer Status, Geschlecht, Welle), oder für die Haupteffekte signifikante Zusammenhänge ergeben. Zusätzlich wurden die Quadrate getestet. Wenn quadratische oder Interaktionseffekte signifikant werden, wird mit Hilfe eines F-Tests geprüft, ob der Term insgesamt signifikant ist. Die unterliegenden Haupteffekte werden dann immer eingeschlossen, auch wenn sie selbst keine Signifikanz aufweisen. Auf die drei weiteren Eltern-Kind-Beziehungen wurde das gleiche Verfahren angewendet.

Es werden vier separate Modelle gerechnet, wobei immer eine Eltern- /Kindbeziehung als Dimension (Rollenumkehr, Liebe, Kontrolle, Ehrgeiz) einzeln dargestellt wird. Die Darstellung von allen Interaktionen der Eltern-/Kindbeziehungen hätte den Rahmen dieser Arbeit überschritten.

4. Ergebnisse

4.1 Rollenumkehr

Es gab weder signifikante quadratische Effekte im Zusammenhang von einer depressiven Symptomatik und Rollenumkehr noch signifikante Interaktionen.

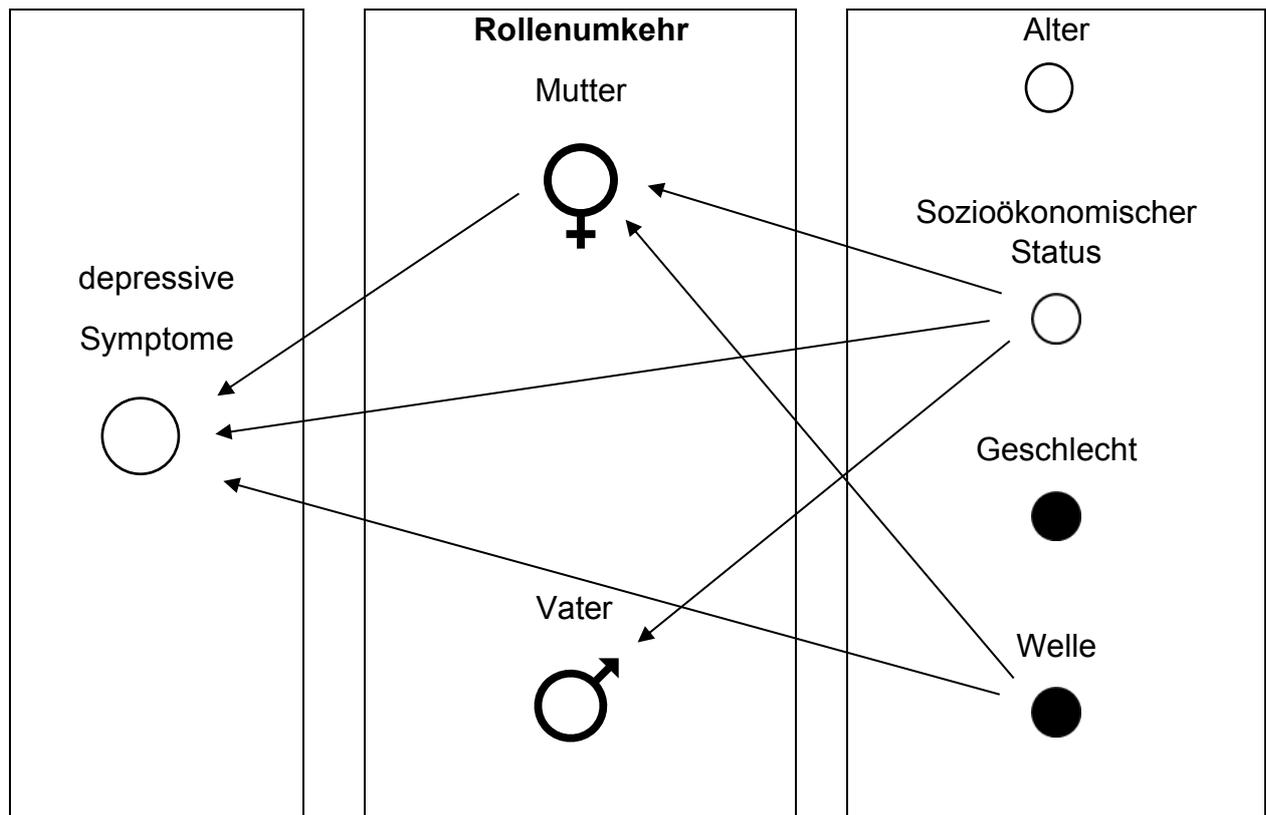


Abbildung 1: Effekte Rollenumkehr

Es zeigt sich ein signifikanter direkter Haupteffekt von der Rollenumkehr der Mutter auf die depressiven Symptome. Je höher die Rollenumkehr der Mutter desto höher zeigen sich die Depressionseffekte. Zusätzlich zeigt sich ein direkter Effekt von der Welle und dem sozioökonomischen Status auf die depressive Symptomatik. Die erklärte Varianz liegt bei 10.33 %.

Der sozioökonomische Status hat wiederum ein indirekter Effekt auf die Mutter. Das Ergebnis stellt sich mit einem p-Wert von $< .001$ sehr signifikant dar. Der Regressions-

koeffizient liegt bei -0.21, somit ergibt sich ein negativer Zusammenhang. Das bedeutet: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist die Rollenumkehr der Mutter.

Zusätzlich zeigt sich ein indirekter Effekt von der Welle über die Mutter. Der Regressionskoeffizient liegt bei 5.4. Der Regressionskoeffizient β bestimmt in diesem Fall den Höhenunterschied der Säulen und damit den Unterschied der Depressionshäufigkeit. Im Vergleich zu Welle 0 liegen die Mittelwerte der Welle 1 5.44 Punkte höher. Die erklärte Varianz des Belastungsfaktors Rollenumkehr der Mutter in der Regression liegt hier bei 7.20 %.

Es zeigt sich ein direkter Effekt vom sozioökonomischen Status auf den Vater. Der Regressionskoeffizient liegt bei -.015, das bedeutet: Je niedriger der sozioökonomische Status desto höher ist die Rollenumkehr des Vaters. Die erklärte Varianz liegt bei 3.38 %.

Bei einem $p > 0.01$ lassen sich bei Alter und Geschlecht keine signifikanten Effekte nachweisen und diese werden daher nicht genauer beschrieben. Die Rollenumkehr des Vaters zeigt ebenso keinen signifikanten direkten Effekt auf die depressiven Symptome.

Tabelle 10: Regressionen Rollenumkehr

Variable	B	(SD)	t	p	Konstante
<u>Direkte Effekte auf</u>					19.30
	<u>depressive Symptome</u>				
Mutter	.20	.04	5.04	.000	
Welle	7.16	1.60	4.48	.000	
Sozioök. Status	-.10	.04	-2.68	< .010	
	<u>den Vater</u>				28.22
Sozioök. Status	-.15	.03	-4.67	0.000	
<u>Indirekte Effekte über</u>					45.26
	<u>die Mutter</u>				
Welle	5.45	1.62	3.36	< .010	
Sozioök. Status	-.21	.036	-5.77	.000	

4.2 Liebe

Es gibt keine signifikanten Interaktionen im Zusammenhang von depressiven Symptomen und Liebe. Der Interaktionseffekt sozioökonomischer Status zeigt einen quadratischen Effekt auf die depressive Symptomatik (Abbildung 1: Sozioökonomischer Status und Depression).

Es liegt ein signifikanter direkter Effekt vom Vater auf eine depressive Symptomatik vor. Je weniger junge Erwachsene Liebe vom Vater in der Kindheit erhalten, desto höher liegen die Depressionswerte.

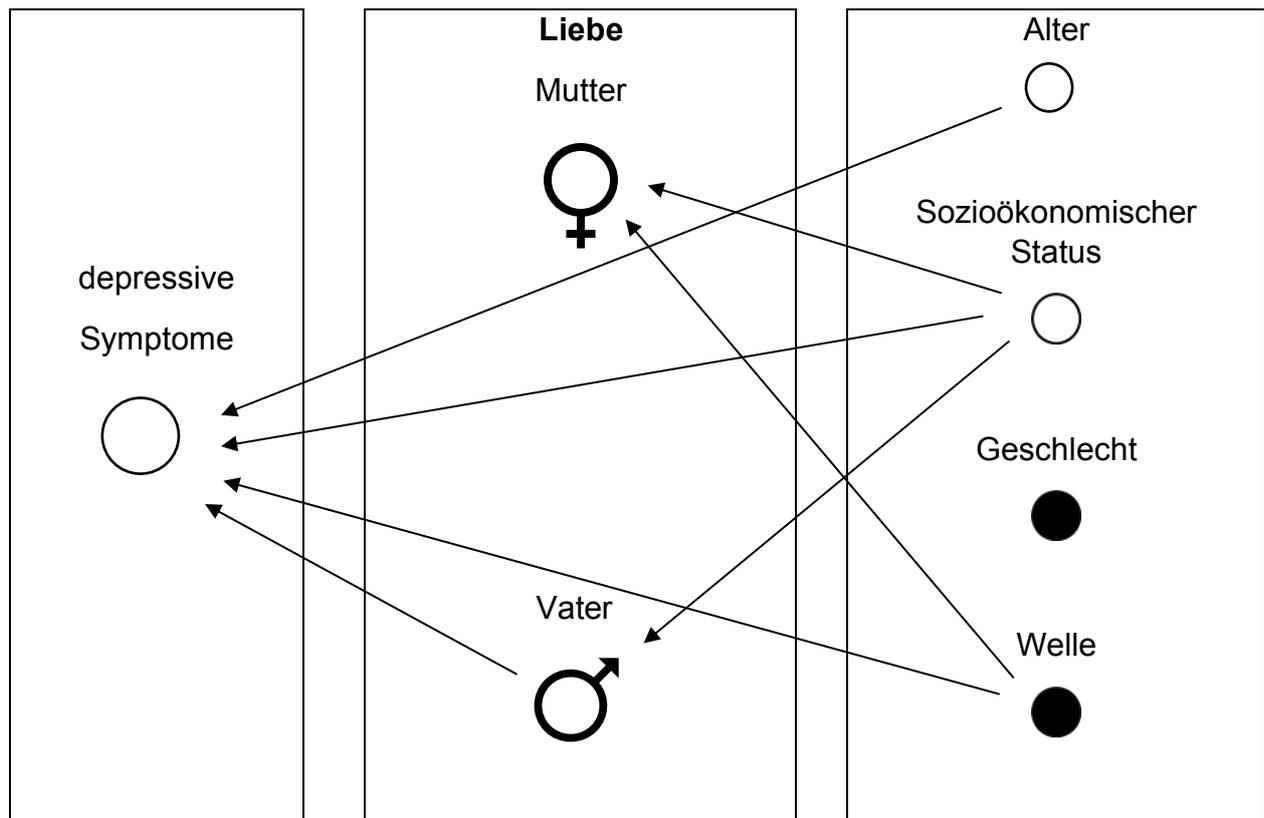


Abbildung 2: Effekte Liebe

Weiterhin zeigen sich signifikante direkte Effekte auf die depressiven Symptome von der Welle, dem Alter und dem sozioökonomischen Status. Der Regressionskoeffizient der Welle liegt bei 6.84, das heißt die Mittelwerte der Welle 1 liegen um 6.84 höher. Mit einem Regressionskoeffizient von - .43 gibt es einen negativen Zusammenhang zum Interaktionseffekt Alter.

Auch der Koeffizient des sozioökonomischen Status beschreibt einen negativen Zusammenhang. Die erklärte Varianz beträgt 11.94 %

Es gibt direkte Effekte vom sozioökonomischen Status und der Welle auf die Liebe der Mutter. Der Regressionskoeffizient des sozioökonomischen Status liegt bei 0.27, somit ergibt sich ein positiver Zusammenhang. Das bedeutet je niedriger der sozioökonomische Status, desto niedriger ist die Liebe der Mutter.

Der Regressionskoeffizient der Welle liegt bei -5.74. Im Vergleich zu Welle 0 liegen die Mittelwerte der Welle 1 -5.74 Punkte niedriger. Die Liebe der Mutter hat keinen direkten

Effekt auf das Auftreten einer depressiven Symptomatik. Die Variable zeigt keine quadratischen Effekte. Die Liebe der Mutter hat keinen direkten Effekt auf die depressive Symptomatik. Die erklärte Varianz des Belastungsfaktors Liebe der Mutter in der Regression liegt hier bei 10.08 %.

Der Vater wiederum hat einen direkten Effekt auf die depressive Symptomatik. Je niedriger die Liebe des Vaters umso höher ist die Depressionssymptomatik. Die erklärte Varianz in der Regression liegt bei 11.94 %.

Zusätzlich gibt es einen signifikanten indirekten Effekt auf den Vater. Der sozioökologische Status hat einen starken direkten Effekt auf den Vater. Der Koeffizient des sozioökologischen Status nimmt einen positiven Wert an und liegt bei 0.45. Der Regressionskoeffizient zeigt, dass wenig Geld und Armut mit weniger Liebe des Vaters einhergeht. Der p-Wert liefert ein signifikantes Ergebnis. Diese Variable zeigt keinen quadratischen Effekt. Der Anteil der erklärten Varianz von depressiven Symptomen durch diesen Belastungsfaktor in der Regression beträgt 14.55 %.

Die folgenden bildet einen quadratischen Effekt zwischen dem sozioökonomischen Status und depressiven Symptomen ab.

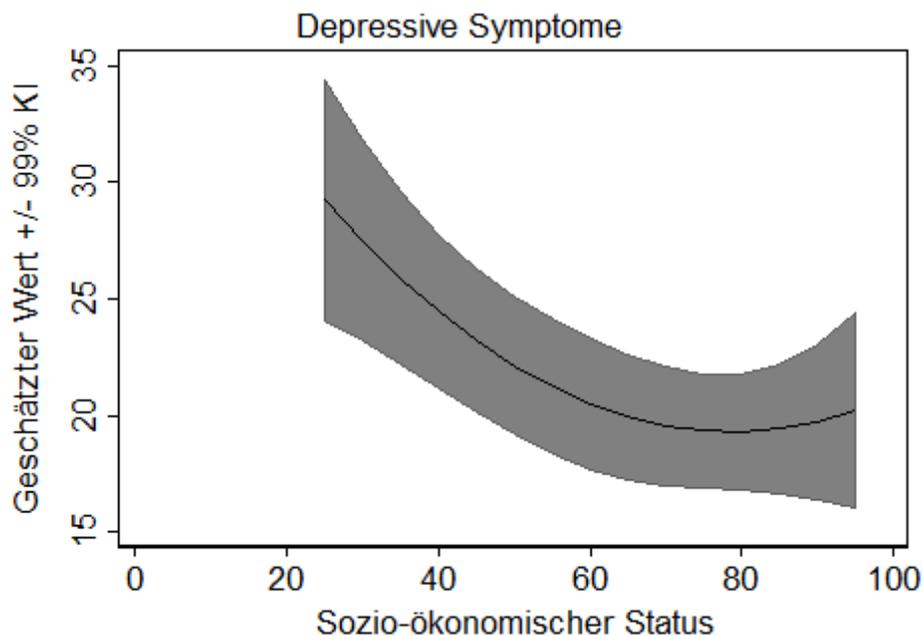


Abbildung 3: Quadratischer Effekt depressive Symptome und sozioökonomischer Status

Es wird der sozioökonomische Status auf der x-Achse gegen depressive Symptome auf der y-Achse aufgetragen.

Durch den quadratischen Effekt lässt sich der leicht gebogene Verlauf des Graphen erklären. Der Verlauf des Graphen verdeutlicht, dass ein niedriger sozioökonomische Status mit einer höheren depressiven Symptomatik einhergeht und ein mittlerer sozioökonomischer Status wirkt sich protektiv in Bezug auf die Häufigkeit depressiver Symptome aus. Der Kurvenverlauf steigt mit einem hohen sozioökonomischen Status scheinbar wieder leicht an, geht aber nicht über das Konfidenzintervall bei mittleren Werten hinaus.

Tabelle 11: Regressionen Liebe

Variable	β	(SD)	t	p	Konstante
<u>Direkter Effekt</u>					57.39
	<u>depressive Symptome</u>				
Vater	-.15	.03	-4.76	.000	
Alter	-.43	.16	-2.68	< .010	
Welle	6.84	1.61	4.26	.000	
Sozioök. Status	-.54	.16	-3.30	< .010	
	<u>Quadratischer Effekt</u>				
Sozioök. Status lin	.00	.00	2.83	< .010	
<u>Indirekte Effekte über</u>	<u>die Mutter</u>				67.64
Welle	-5.74	1.66	3.45	< .010	
Sozioök. Status	.27	.04	7.27	.000	
	<u>den Vater</u>				42.01
Sozioök. Status	.45	.04	10.32	.000	

4.3 Kontrolle

Hier wird nacheinander überprüft, ob sich für die vier Interaktionseffekte (Alter, sozio-ökonomischer Status, Geschlecht, Welle) oder für den Haupteffekt Kontrolle signifikante Werte ergeben. Zusätzlich werden die Quadrate getestet. Die quadratischen Effekte erreichen bei der Kontrolle nicht das festgelegte Signifikanzniveau. Sie werden daher als nächstes aus dem Modell entfernt.

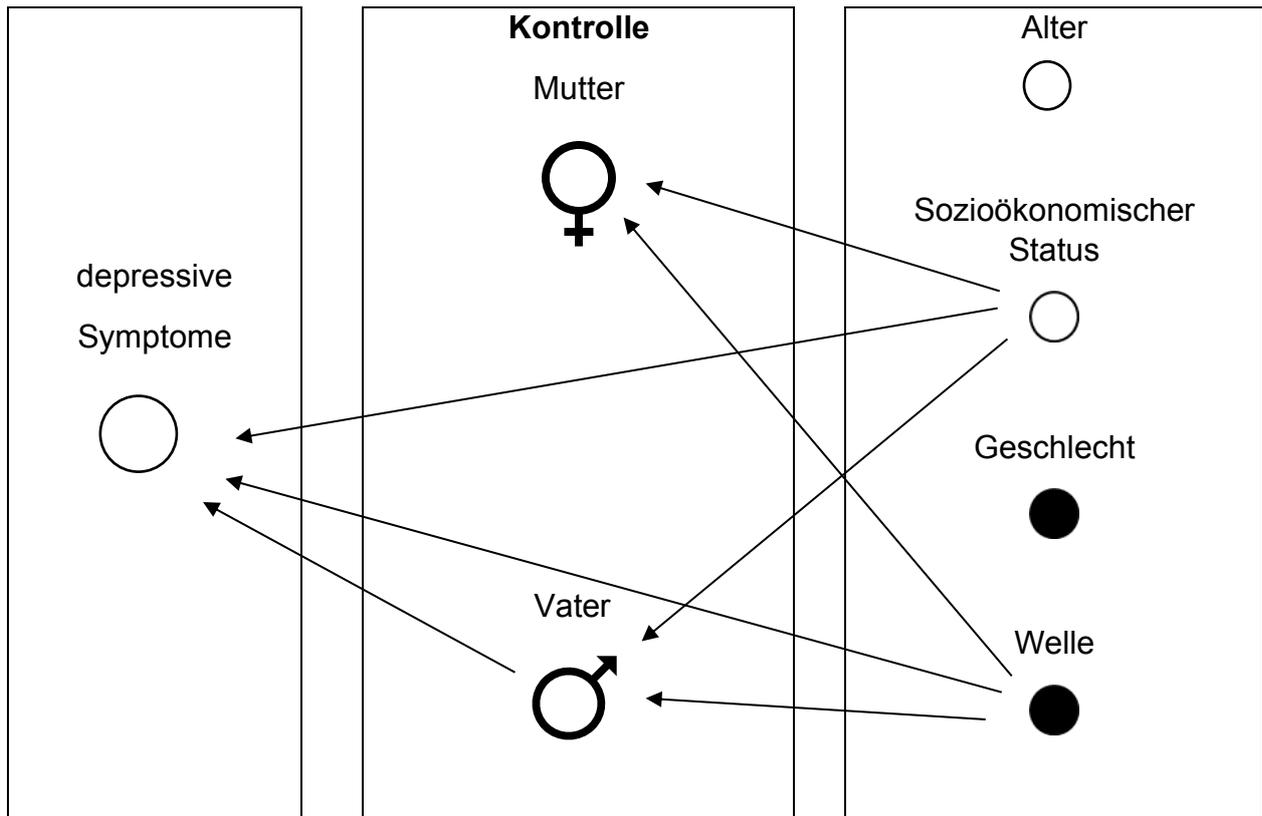


Abbildung 4: Effekte Kontrolle

Der Vater hat einen signifikanten direkten Effekt auf die depressiven Symptome. Der Regressionskoeffizient liegt bei .12, somit wird erklärt: Je höher die Kontrolle des Vaters, desto höher sind die Depressionswerte. Auch der sozioökonomische Status und die Welle haben einen signifikanten direkten Effekt auf depressive Symptome. Die erklärte Varianz liegt bei 8.24 %

Die Welle und der sozioökonomische Status haben einen direkten Effekt auf die Mutter. Der Regressionskoeffizient des sozioökonomischen Status liegt bei -0.24, was bedeutet: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist die Kontrolle der Mutter.

Der Regressionskoeffizient der Welle liegt bei -7.30. Die Mittelwerte der Welle 0 liegen im Vergleich zur Welle 1 -7.30 niedriger. Beide Effekte sind mit einem $p < 0.01$ hochsignifikant. Die erklärte Varianz der Belastungsfaktoren auf die Kontrolle der Mutter in der Regression liegt hier bei 7.90 %.

Gleichzeitig haben diese Interaktionseffekte auch einen indirekten Effekt über den Vater auf depressive Symptome. Der Regressionskoeffizient des sozioökonomischen Status liegt bei -0.23 somit lässt sich die Aussage treffen: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher die Kontrolle des Vaters und je höher die Kontrolle des Vaters, desto höher die Depressionswerte. Der Regressionskoeffizient der Welle liegt bei -7.24. Die Mittelwerte der Welle 0 liegen im Vergleich zur Welle 1 -7.24 niedriger. Beide Effekte sind mit einem $p < 0.01$ sehr signifikant. Die erklärte Varianz in der Regression liegt hier bei 6.42 %.

Die Kontrolle der Mutter stellt keinen signifikanten direkten Effekt auf eine depressive Symptomatik dar, da $p > 0.01$.

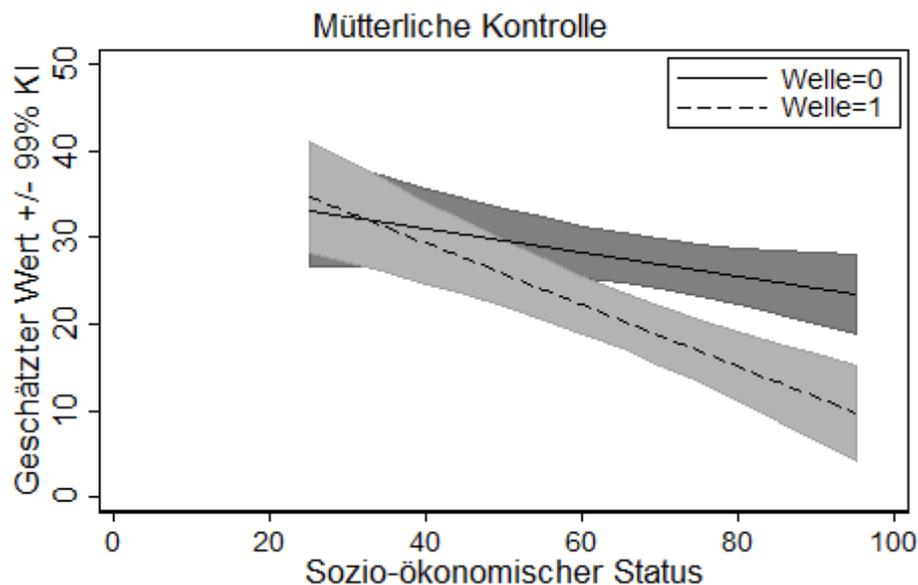


Abbildung 5: Interaktion zwischen mütterlicher Kontrolle und sozioökonomischen Status

Die Graphen bilden den Zusammenhang zwischen dem Belastungsfaktor „sozioökonomischer Status“ und der mütterlichen Kontrolle ab. Zudem ist der Unterschied zwischen Welle 0 und Welle 1 ersichtlich. Der Graph beschreibt eine Interaktion zwischen mütterlicher Kontrolle und dem sozioökonomischen Status. Der Regressionskoeffizient liegt bei -0.14. Die erklärte Varianz in der Regression liegt bei 9.14 %.

Es wird der sozioökonomische Status auf der x-Achse gegen die Kontrolle der Mutter auf der y-Achse aufgetragen. Die Grafik zeigt, dass der sozioökonomische Status als

4. Ergebnisse

Prädiktor für die mütterliche Kontrolle identifiziert werden kann und im Vergleich zu Welle 0 deutlich zugenommen hat.

Anhand dieser Grafik wird deutlich, dass in der Welle 1 mit der Zunahme des sozioökonomischen Status die mütterliche Kontrolle abnimmt: Je niedriger der sozioökonomische Status desto häufiger berichten die Teilnehmer über eine hohe Kontrolle der Mutter. Der Verlauf der Geraden in Welle 0 zeigt sich eher flacher.

Tabelle 12: Regressionen Kontrolle

Variable	β	(SD)	t	p	Konstante
<u>Direkte Effekte auf</u>					22.09
<u>depressive Symptome</u>					
Vater	.12	.04	3.26	< .010	
Welle	9.07	1.62	5.59	.000	
Sozioök. Status	-.11	.04	-3.08	< .010	
					<u>die Mutter</u> 43.3
Welle	-7.30	1.69	-4.32	.000	
Sozioök. Status	-.24	.04	-6.27	.000	
<u>Interaktion zwischen Kontrolle der Mutter und sozioök. Status</u>					36.462
	-.14	.05	2.65	< .010	
<u>Indirekte Effekte über</u>					44.29
<u>den Vater</u>					
Welle	-7.24	1.82	-3.98	.000	
Sozioök. Status	-.23	.04	-5.53	.000	

4.4 Ehrgeiz

Als letztes wurde getestet, ob sich für den Haupteffekt oder die Interaktionseffekte signifikante Werte ergeben. Zusätzlich wurden die Quadrate getestet, jedoch erreichen die quadratischen Effekte nicht das festgelegte Signifikanzniveau. Sie werden daher als nächstes aus dem Modell entfernt.

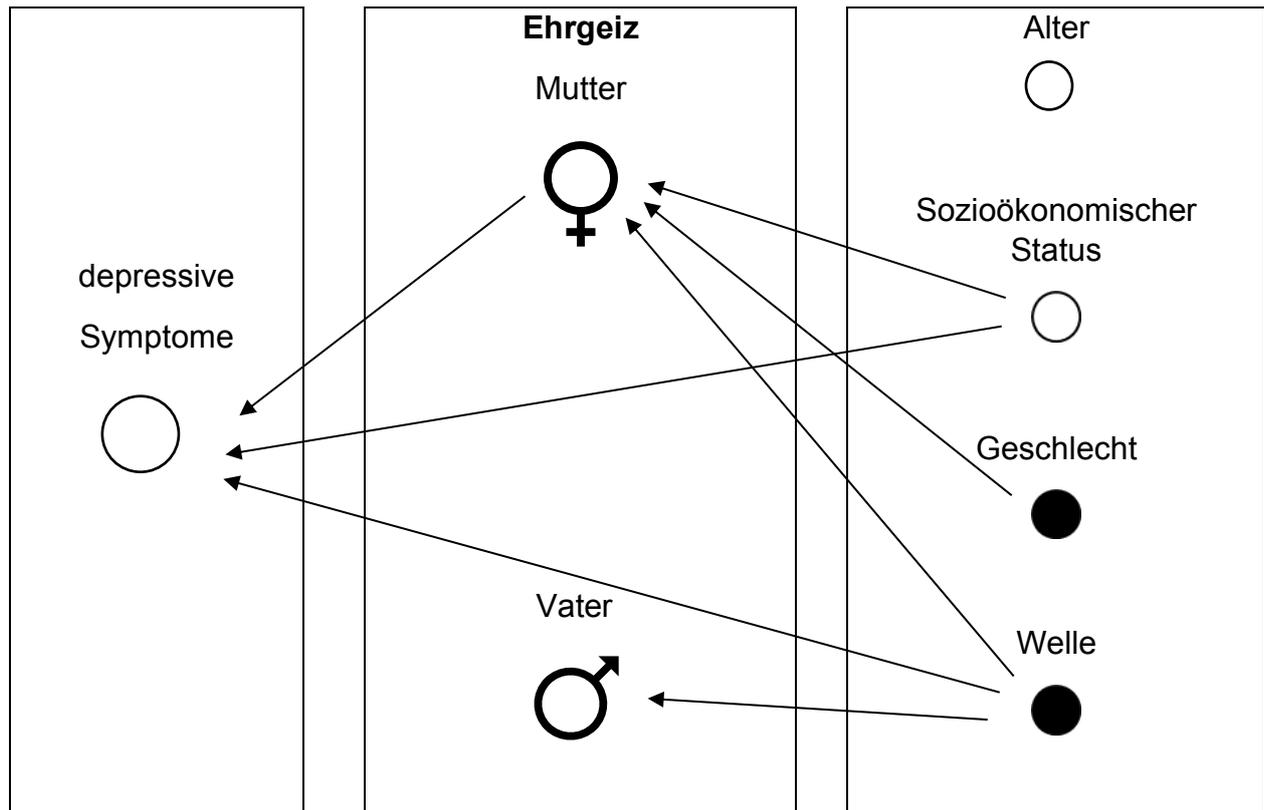


Abbildung 6: Effekte Ehrgeiz

Der Ehrgeiz der Mutter hat einen direkten Effekt auf depressive Symptome. Der Regressionskoeffizient beträgt .12, das bedeutet: Je höher der Ehrgeiz der Mutter, desto höher ist die Depressionssymptomatik.

Die Interaktionseffekte sozioökonomischer Status und Welle zeigen ebenfalls direkte Effekte auf das Auftreten von depressiven Symptomen. Die Regressionskoeffizienten liegen jeweils bei -.13 für den sozioökonomischen Status und bei 6.09 für die Welle.

Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher zeigt sich die Depressions-symptomatik. Die erklärte Varianz auf die depressive Symptomatik in der Regression liegt hier bei 7.71 %.

Indirekte Effekte auf den Ehrgeiz der Mutter haben der sozioökonomische Status, das Geschlecht und die Welle. Der Regressionskoeffizient des sozioökonomischen Status liegt bei - .09. Er zeigt das ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem höheren Ehrgeiz bei der Mutter zusammenhängt.

Der Geschlechtsunterschied zeigt ebenfalls einen signifikanten indirekten Effekt auf den Haupteffekt Ehrgeiz der Mutter. Der Regressionskoeffizient der Welle liegt bei 18.39. Im Vergleich zu Welle 0 liegen die Mittelwerte der Welle 1 18.39 Punkte höher. Die erklärte Varianz der Belastungsfaktoren auf den Ehrgeiz der Mutter in der Regression liegt hier bei 22.86 %.

Der Ehrgeiz des Vaters zeigt bei $p > 0.01$ keinen signifikanten direkten Effekt auf depressive Symptome.

Jedoch zeigt sich in der Welle ein starker direkter Effekt auf den Vater. Der Regressionskoeffizient liegt bei 21.10 und somit liegen die Mittelwerte im Vergleich zu Welle 0 21.10 Punkte höher. Die erklärte Varianz beträgt 22.44 %

Die folgenden Geraden bilden den Zusammenhang zwischen dem Belastungsfaktor mütterlicher Ehrgeiz mit der Hintergrundvariable sozioökonomischer Status und späteren Depressionssymptomatik ab. Die Graphen bilden genauer eine Interaktion zwischen depressiven Symptomen und mütterlichem Ehrgeiz mit der Hintergrundvariable sozioökonomischer Status ab. Die erklärte Varianz beträgt 10.63 %.

Der p-Wert liefert für diesen Belastungsfaktor hochsignifikante Ergebnisse. Quadratische Effekte zeigen sich nicht.

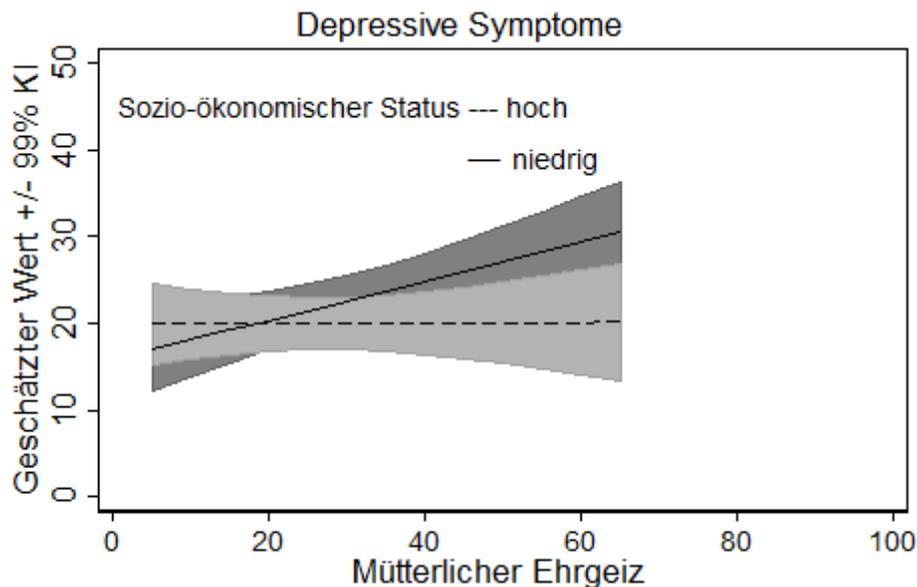


Abbildung 7: Interaktion zwischen depressiven Symptomen und mütterlichem Ehrgeiz

Es wird mütterlicher Ehrgeiz auf der x-Achse gegen depressive Symptome auf der y-Achse aufgetragen. Zur Verdeutlichung wurde in der Abbildung die Variable "Ehrgeiz" dichotomisiert – in der Regressionsanalyse geht sie als kontinuierlich ein. Die durchgezogene Gerade zeigt einen niedrigen sozioökonomischen Status und die gestrichelte Gerade einen hohen sozioökonomischen Status. Die y-Achsen der Abbildung umfasst den Bereich von 0 – 50 (nicht von 0 – 100), um signifikante Effekte deutlicher sichtbar zu machen. Die x-Achse stellt den gesamten theoretisch möglichen Bereich der Einflussgrößen dar.

Die beiden Graphen beschreiben: Der Ehrgeiz der Mutter bei der Hintergrundvariable sozioökonomischer hohem sozioökonomischen Status keine Auswirkungen auf die Depressionssymptomatik. Bei Müttern mit hohem Ehrgeiz und hohem sozioökonomischen Status entwickeln die Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum depressive Symptomatik. Bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status nimmt mit dem Ehrgeiz der Mutter auch die depressive Symptomatik zu.

Tabelle 13: Regressionen Ehrgeiz

Variable	β	(SD)	t	p	Konstante
<u>Direkte Effekte auf</u>					23.91
<u>depressive Symptome</u>					
Mutter	.12	.04	2.65	< .010	
Welle	6.09	1.80	3.38	< .010	
Sozioök. Status	-.1	.04	-3.52	.000	
					19.98
<u>den Vater</u>					
Welle	21.10	1.57	13.45	.000	
<u>Interaktion zwischen dem Ehrgeiz der Mutter und der Depression</u>					25.13
	-.01	.00	-2.88	< .010	
<u>Indirekte Effekte über</u>					26.14
<u>die Mutter</u>					
Geschlecht	4.15	1.52	2.73	< .010	
Welle	18.39	1.45	12.72	.000	
Sozioök. Status	-.09	.03	-2.92	< .010	

5. Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Für 27 betrachtete Belastungen oder schwierige Eltern-Kind-Beziehungen während der Kindheit können signifikante Zusammenhänge zur späteren Depressionssymptomatik gefunden werden.

Im weiteren Verlauf sollen diese Kindheitsbelastungen und Eltern-Kind-Beziehungen interpretiert werden, zusätzlich soll auch Bezug auf Einflussgrößen genommen werden, die in der vorliegenden Studie keine Effekte zeigen.

5.1.1 Rollenumkehr

Die Ergebnisse zeigen, dass die mütterliche Parentifizierung ein Risikofaktor für spätere Depressionssymptomatik darstellt. Je mehr sich das Kind um die Mutter als zentrale Rolle kümmert, desto mehr depressive Symptome hat das Kind im jungen Erwachsenenalter. Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht signifikant bei der väterlichen Rollenumkehr. Die erklärte Varianz liegt bei 10.33 %.

In einer zurückliegenden Studie, die den gleichen KFB benutzte, konnte die mütterliche Rollenumkehr ebenfalls als Risikofaktor für eine Depression ermittelt werden. Bei zunehmender mütterlicher Rollenumkehr steigt die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken auf bis zu 30 % an. Bei der Rollenumkehr zeigen Kinder emotionale Fürsorge und Verantwortung gegenüber ihren Eltern und stellen dabei die eigenen Bedürfnisse zurück (47, 67). Folgender Mechanismus könnte eine Erklärung für den Zusammenhang von depressiven Symptomen im Erwachsenenalter darstellen: Durch die Annahme der Elternrolle lernt das Kind Aufgaben und Verhaltensweisen in der Familie übernehmen, die für das Alter nicht angemessen sind. Es eignet sich an, sich in die Gefühle des hilfsbedürftigen Elternteils hinein zu versetzen und vernachlässigt dabei eigene Gefühleindrücke wahrzunehmen, was zu inneren Spannungen führen kann (47).

Ein wichtiges Merkmal, um eine Rollenumkehr zu erfassen ist die Kenntnis über ein Gerechtigkeitsgefühl. Dieses Gerechtigkeitsgefühl bezieht sich auf ein Gleichgewicht

zwischen Nehmen und Geben. Das heißt ein Kind kann erkennen ob etwas unfair oder fair ist (78).

Kinder sollten mit Hilfe der Eltern oder primären Bezugspersonen adäquate Selbstregulationsmechanismen erlernen. Diese Interaktionen stellen die Grundlage für spätere erfolgreiche Verarbeitung von Stress dar (68).

Sind die Eltern selbst nicht in der Lage ihre eigenen Gefühle und Affekte zu verarbeiten, können sie ihrem Kind kein Vorbild sein und es beim Erlernen von Affektregulation auch nicht unterstützen (47). Die betroffenen Kinder können dadurch keine Strategien entwickeln, ihre Emotionen zu verarbeiten oder zu regulieren und neigen im Erwachsenenalter zu Depressionen (17, 47).

Während die mütterliche Rollenumkehr mit depressiven Symptomen assoziiert ist, ist bei der väterlichen Rollenumkehr eher die Entwicklung von somatoformen chronischen Schmerzen relevant. Schier et al. beschreiben die väterliche Rollenumkehr als Risikofaktor für chronische Schmerzen (69).

Denkbar wäre es, dass Kinder von alleinerziehenden Müttern eine höhere Rollenumkehr erfahren. Kinder mit getrennten Eltern fühlen sich oft schuldig oder befinden sich in einem Loyalitätskonflikt. Zudem werden sie oft dazu benutzt einen Partner zu ersetzen oder bei Streitigkeiten, Partei für ein Elternteil zu ergreifen. Alleinerziehende sind in Deutschland noch überwiegend Mütter (79). Dies könnte ein möglicher Grund dafür sein, dass sich der Effekt für diesen Belastungsfaktor stärker präsentiert. Im Gegensatz dazu erwiesen sich bei stabilen Familienverhältnissen mit einem alleinerziehenden Elternteil im Kindesalter, kaum Zusammenhänge zu einer Depression im Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter (80).

Darüber hinaus ist die Rollenumkehr höher, wenn der sozioökonomische Status niedriger ist. Eine These dazu wäre, dass die Armut bei Alleinerziehenden häufiger ist und Kinder, wie oben beschrieben, von Alleinerziehenden eher dazu tendieren die Eltern emotional unterstützen zu wollen. Franz et al. (81) beschreiben dass der Sozialstatus alleinerziehender Mütter signifikant erniedrigt ist. Im Vergleich zu den Daten aus Welle 0 hat die Rollenumkehr in Welle 1 zugenommen. Hierzu lassen sich zum derzeitigen Forschungsstand keine weiteren Publikationen finden.

Überraschenderweise lässt sich weder als direkten Effekt auf depressive Symptome, noch als indirekten Effekt auf die Mutter oder den Vater ein Geschlechtsunterschied beschreiben. In der Arbeit von Hausser (82) zeigte sich, dass es mit $p=0,405$ keinen signifikanten Unterschied in der Parentifizierung der Kinder zwischen psychisch kranken Müttern und Vätern gibt. Jedoch beschreibt diese Studie die Parentifizierung psychisch gesunden Väter ihre Kinder signifikant stärker als die psychisch gesunden Mütter. Meist wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Rollenumkehr der Mutter und einer späteren Depression beschrieben (47). Jedoch sind beispielsweise das weibliche Geschlecht und ein niedriger sozioökonomischer Status Risikofaktoren für eine Rollenumkehr (82). In dieser Studie sind viele Teilnehmer aus einer bildungshöheren Schicht was die Risikofaktoren wiederum limitiert.

5.1.2 Liebe

Die väterliche Liebe zeigt in der vorliegenden Studie mit einer aufgeklärten Varianz von 11.94 % einen starken Effekt. Je weniger väterliche Liebe das Kind erhält, desto mehr entwickelt das Kind später Depressionen. Dieser Effekt zeigt sich jedoch bei der mütterlichen Liebe nicht signifikant. Väterliche Liebe wirkt somit als protektiver Faktor. Je größer das Maß an wahrgenommener väterlicher Liebe, desto geringer erweist sich das Risiko, zu einem späteren Zeitpunkt eine Depressionssymptomatik zu entwickeln. In früheren Studien berichten Jugendliche, die ihre Stimmung aktuell als stabil oder sogar gehoben einschätzen, rückblickend über ein eher emotional wärmeres Erziehungsverhalten ihrer Eltern, als Jugendliche mit einer traurigen und niedergeschlagenen Stimmung (83).

In einer ähnlichen Studie mit 707 jungen Erwachsenen, die größtenteils an der Universität Potsdam studierten, konnte herausgearbeitet werden, dass das Fehlen von elterlicher Liebe ein essentieller Risikofaktor für spätere Depressionen darstellt. Vor allem das Fehlen von väterlicher Wärme gilt als ein Prädiktor für eine erhöhte Depressionssymptomatik im jungen Erwachsenenalter (84).

Die mütterliche Liebe hat keinen signifikanten direkten Auswirkungen auf das Auftreten einer depressiven Symptomatik. Das genannte Ergebnis steht im Widerspruch zu einer Studie von Eun et al.(85), der beschreibt, dass viel mütterliche Fürsorge ein geringes Risiko für eine spätere Depressionsmanifestation mit sich brachte.

Eine mögliche Erklärung könnte die traditionelle Rollenverteilung liefern, die immer noch in Deutschland verbreitet sein. Zwar hat sich das Rollenbild und die Erziehungsarbeit zugunsten der Väter verändert, jedoch nimmt nur jede dritte Vater Erziehungsurlaub in Anspruch (86). Somit übernimmt die Mutter die Rolle der zentralen Bezugsperson, für das Kind, da sie häufiger verfügbar ist. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass die Zusammenhänge für die mütterliche Liebe bei einer zukünftigen Stichprobe genauso stark ausfallen würden wie bei dem Vater. Dies lässt Raum für weitere Forschungsarbeit.

Liebe ist ein zentraler Bestandteil der Eltern-/Kindbeziehung und bildet das Gegenteil von Vernachlässigung ab. Diese elterliche Liebe sollte einher gehen mit Vertrauen, Nähe und viel Fürsorge.

Als Hintergrundvariablen der elterlichen Liebe wurden noch zusätzlich Alter, sozioökonomischer Status, Geschlecht und der Vergleich der beiden Wellen betrachtet. Der sozioökonomische Status hat einen direkten signifikanten Effekt auf die mütterliche und väterliche Liebe. Die erklärte Varianz liegt bei der mütterlichen Liebe bei 10.08 % und bei der väterlichen Liebe bei 14.55 %. Zudem liegt ein quadratischer Effekt vom sozioökonomischen Status auf die depressiven Symptome vor. Hoebel et al. (87) konnte ebenfalls eine Assoziation zwischen niedrigen sozioökonomischen Status und Depression herstellen. Zudem vergleicht er den subjektiven sozioökonomischen Status und den objektiven sozioökonomischen Status mit dem Auftreten einer depressiven Symptomatik.

Der Regressionskoeffizient im Vergleich der beiden Wellen ist negativ, was eine Abnahme der empfundenen mütterlichen Liebe bedeutet. Dies lässt vermuten, dass die empfundene mütterliche liebevolle Fürsorge zurückgeht. Dies scheint wenig plausibel, denn seit der Einführung des Gesetzes auf gewaltfreie Erziehung, könnte man davon ausgehen, dass der liebevolle und respektvolle Umgang mit Kindern zugenommen haben müsste. Jedoch zeigt die mütterliche Liebe keinen signifikanten direkten Effekt im Hinblick auf spätere depressive Symptome. Eine Studie von Bellis et al. (88) widerlegt diese Feststellung. In dieser Studie werden drei Gruppen miteinander verglichen: Erstens Kinder mit einer glücklichen, liebevollen und gewaltfreien Kindheit, zweitens Kinder, die eine unglückliche und gewalttätige Kindheit durchlebten und drittens Kinder,

welche zwar eine gewaltfreie aber keine liebevolle Kindheit zuteilwurde. Dabei wurde untersucht, wie sich die jeweiligen Kinder im Hinblick auf späteres psychisches Wohlbefinden entwickeln. Zu den weiteren Ergebnissen zählte eine selbstbewusste Lebenszufriedenheit und Vertrauen in Andere. Die Kinder mit einer unglücklichen und gewalttätigen Erziehung präsentierten hochsignifikante OR- Werte von 3.10, während die Kinder aus einer lieblosen, aber gewaltfreien Kindheit geringere Auswirkungen hatten, jedoch trotzdem signifikante ($p < 0.001$) Werte hatten.

Das Alter hat keinen signifikanten Effekt auf die Variable Liebe. Dies scheint plausibel, da die empfundene Liebe von den jeweiligen Elternteilen sich mit dem Älterwerden nicht ändert. Jedoch hat das Alter einen signifikanten Effekt auf depressive Symptome. Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang. Hoebel et al. (87) bestätigen, dass ältere Altersgruppen niedrige Prävalenzen für eine Depression aufweisen.

Überraschenderweise spielte das Geschlecht in dieser Studie bei drei von vier Dimensionen keine Rolle. Außer bei der Dimension Ehrgeiz der Mutter zeigte das Geschlecht weder einen signifikanten Haupteffekt auf die depressive Symptomatik noch auf die anderen drei Dimensionen. Salk et al. (33) lieferte einen überzeugenden Beweis dafür, dass der geschlechtsspezifische Unterschied bei Depressionen im jungen Erwachsenenalter und der Adoleszenz einen Höchststand erreicht hat. Zudem verkleinert sich das geschlechtsspezifische Gefälle mit der Zunahme des Alters und bleibt dann im Erwachsenenalter stabil. Im Gegensatz dazu steht eine Studie von Ferrari et al. (89) die einen klaren Geschlechtsunterschied von Frauen und Männern beschreibt. Die weltweite 1-Jahres Prävalenz an einer Depression zu erkranken, liegt für Frauen bei 5.8 % und für Männer bei 3.5 %. Das Geschlecht als Interaktionseffekt zeigt auch keine Effekte auf die elterliche Liebe, obwohl sich in der Literatur viel Hinweise finden lassen, dass die Liebe des Vaters mehr der Tochter gehört und die Liebe der Mutter mehr den Söhnen.

5.1.3 Kontrolle

Die Kontrolle des Vaters hat einen signifikanten direkten Effekt auf depressive Symptome. Die erklärte Varianz liegt bei 8.24 %. Die Kontrolle der Mutter zeigt keine signifikanten Effekte auf eine Depressionssymptomatik. Eine Studie von Ihle et al. (84) widerlegt dieses Ergebnis. Er beschreibt signifikante Zusammenhänge zwischen

mütterlicher Überbehütung oder Kontrolle mit dem Auftreten einer depressiven Symptomatik. Auch Eun et al. (85) fanden signifikante Zusammenhänge zwischen mütterlicher Kontrolle und einer späteren Depression. Die Ergebnisse zu der väterlichen Kontrolle konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden, denn eine hohe väterliche Kontrolle wurde mit späterem Alkoholmissbrauch und einer Agoraphobie assoziiert.

Überbehütung wird als Ausdruck von elterlicher Kontrolle angesehen, die im Kontrast zur Autonomie und Unabhängigkeit des Kindes steht (90). Grundlage für diese Beziehung ist die Überlegung, dass übermäßige elterliche Kontrolle die Freiräume der Kinder einschränkt. Diese entwickeln dadurch eine starke Unsicherheit, fühlen sich unfähig eigenständig Entscheidungen zu treffen und weisen dauerhaft und situativ höhere Stresslevel auf (68, 91).

Parker (48) untersuchte schon 1983, 125 neurotisch Depressive, um eine elterliche Überbehütung als Risikofaktor für eine Depression herauszufiltern. Er beschrieb die „Affectionless Control“ (49) eine Kombination von wenig Liebe und Fürsorge gepaart mit einem hohen Maß an elterlicher Kontrolle die das Risiko für spätere Depressionen verstärkte. Zusätzlich stellte er einen Interaktionseffekt fest, bei dem die Depressiven das gleichgeschlechtliche Elternteil abweichender bewerteten. Frauen berichten ähnlich wie bei der Dimension Liebe insgesamt häufiger über eine Kontrolle des Vaters (85). Hier könnte ein Bias zu Grunde liegen, da die Teilnehmer zu 67.31 % weiblichen Geschlechts waren. Somit wäre der Zusammenhang vielmehr in der Verbindung vom Geschlecht auf die elterliche Kontrolle zu sehen, als in einer direkten Assoziation zur Depression. Jedoch zeigten sich beim Geschlecht keine signifikanten Zusammenhänge auf die elterliche Kontrolle.

Sowohl der sozioökonomische Status als auch die Welle haben einen Einfluss auf die väterliche und mütterliche Kontrolle. Die erklärte Varianz liegt für die mütterliche Kontrolle bei 7.90 % und für die väterliche Kontrolle bei 8.24 %. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto häufiger berichten die Teilnehmer über hohe Kontrollen seitens der Mutter und dem Vater. Kaiser et al. (92) konnten dies bestätigen.

Wie auch bei den anderen Dimensionen, außer bei der Dimension Liebe, zeigt das Alter zeigt keine signifikanten direkten oder indirekten Effekte. Die Tatsache, dass fast

bei keiner Dimension Alterseffekte gefunden werden können, liegt wahrscheinlich an der fast gleichen Altersverteilung der Studienteilnehmer.

Denn die Teilnehmer aus Welle 1 und Welle sind fast überwiegend Studenten oder Auszubildende im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, lediglich ein paar Ausreiser haben ein höheres Alter (siehe Histogramm 1: Alter der Welle 1, Histogramm 2: Alter der Welle 0).

5.1.4 Ehrgeiz

Der Ehrgeiz der Mutter hat einen direkten Effekt auf die depressiven Symptome. Je höher der Ehrgeiz der Mutter, desto höher ist die Depressionssymptomatik. Erstaunlicherweise lassen sich beim Ehrgeiz des Vaters keine Zusammenhänge auf eine spätere depressive Symptomatik identifizieren. Man kann annehmen, dass Eltern ähnliche Einstellungen und Werte teilen und dass sie sich in der Erziehung gegenseitig beeinflussen und ähnliche disziplinarische Techniken anwenden (93) und somit gleich viel Druck auf das Kind ausüben. Jedoch zeigt sich im Hinblick auf eine spätere Depression nur der Ehrgeiz der Mutter als signifikant. Dies lässt Spielraum für weitere Forschungen.

Plausibel wäre es auch, dass Mütter strenger sind und deshalb mehr Ehrgeiz zeigen und höhere Disziplin von ihren Kindern erwarten als Väter. Wang und Kenny (94) beschreiben, dass von Müttern mehr strenger verbaler Ehrgeiz geäußert wird als von Vätern. Zudem finden sich in dieser Publikation mit einem $p < .001$ signifikante Zusammenhänge zwischen väterlichem Ehrgeiz und einer Zunahme von depressiven Symptomen.

In der Adoleszenz konzentrieren sich junge Menschen in großem Umfang darauf ihre eigene Identität zu entwickeln. Besonders unbeugsame und harte verbale Disziplin wurde von Jugendlichen als Kritik und Ablehnung oder sogar als Verachtung empfunden (95). Diese Sicht kann zu zahlreichen negativen Erfahrungen wie zum Beispiel eine negative Sicht auf das eigene Ich oder einer geringen Selbstregulierung führen (95, 96). Des Weiteren kann dies starke Minderwertigkeitskomplexe oder einem ausgeprägtes negatives Persönlichkeitsgefühl verursachen (97).

Außerdem wurde untersucht, ob der elterliche Ehrgeiz zwischen den Geschlechtern unterschiedlich war. Der Geschlechtsunterschied hatte einen signifikanten Zusammenhang auf den Ehrgeiz der Mutter. Im Kontrast dazu stehen Wang und Kenny (94), die keinen signifikanten Geschlechtsunterschied fanden.

Der sozioökonomische Status hat einen direkten signifikanten Effekt auf die Mutter, nicht jedoch auf den Vater. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist auch der Ehrgeiz der Mutter.

Eine andere Publikation zeigt, dass ein höherer Bildungs- und Berufsstatus der Eltern mit einer Entwicklung hin zu ambitionierten Bildungsansprüchen einhergeht (98). Die Grundlage der Untersuchung bildeten Daten des Mannheimer Bildungspanels mit 819 Teilnehmer. Jedoch wurde bei dieser Untersuchung kein Unterschied zwischen Mutter und Vater gemacht. Eine Assoziation mit dem Ehrgeiz des Vaters wäre denkbar gewesen, zumal Kinder durch übermäßigen elterlichen Ehrgeiz oftmals überfordert sind und einem Leistungsdruck ausgesetzt werden (99). Bei einer harten elterlichen Disziplin entwickeln Kinder später eine geringere Selbstregulierung (100).

Mütterlicher Ehrgeiz zeigt eine Interaktion mit dem sozioökonomischen Status. Bei Müttern mit hohem Ehrgeiz und hohem sozioökonomischen Status entwickeln die Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum depressive Symptomatik. Bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status nimmt mit dem Ehrgeiz der Mutter auch die depressive Symptomatik zu. Vermutlich haben Eltern, die lediglich über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen, hohe Ansprüche an die Kinder, die sie selbst jedoch nicht intellektuell mittragen können. Dies könnte beispielsweise bei Hausaufgaben zu viel Streit und Missverständnissen führen. Das Kind bekommt in diesem Beispiel somit trotz der Hilfe bei den Hausaufgaben keine adäquate Unterstützung oder könnte sich allein gelassen und gleichzeitig unter Druck gesetzt fühlen. Diese Überlegung haben Niggli et al. (101) erforscht und dabei herausgefunden, dass bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss die Kontrolle zwar hoch ist, aber die Hausaufgabenunterstützung eher ungünstig ausfiel. Die Varianzaufklärung war jedoch gering.

Plausibel wäre auch, dass Kinder in niederen Bildungsgängen oder mit schlechten Schulnoten mehr elterliche Einmischung und Kontrolle erfahren als Kinder, die gute Schulleistungen erzielen und somit eine höhere Bildungsebene besuchen können. Dies würde auch den hohen Unterschied der beiden Wellen erklären, da die Ergebnisse aus Welle 0, in der sich fast ausschließlich Studenten befinden, zeigt, dass der mütterliche Ehrgeiz zwar genauso hoch ist aber keine depressive Symptomatik auslöst. Niggli et al. (101) beschreiben auch, dass schlechte Schulleistung mit mehr elterlicher Kontrolle und Einmischung und später dann mit noch schlechterer Schulleistung und verminderter Lebensqualität einhergehen.

5.2 Diskussion der Hypothesen

Hypothese 1) Die Rollenumkehr spielt für die spätere Entwicklung einer Depression eine wesentliche Rolle.

Beim vorliegenden Stichprobenumfang können Effekte, die mindestens eine aufgeklärte Varianz von etwa $\Delta R^2 = 0.5\%$ aufweisen, als signifikant angesehen werden. Von den insgesamt 10 Belastungsfaktoren weisen drei höhere Werte auf Grundlage dieses minimal geforderten Bestimmtheitsmaßes auf. Die gefundenen Zusammenhänge bewegen sich zwischen Werten mit $\Delta R^2 = 10.33\%$ von der Welle und dem sozioökonomischen Status auf die Depression und dem sozioökonomischen Status auf die Rollenumkehr des Vaters mit $\Delta R^2 = 3.38\%$. Die restlichen Belastungsfaktoren erreichen bei dem festgelegten Signifikanzniveau keine statistische Signifikanz. Aus diesem Grund kann die Nullhypothese für einen Teil der Belastungsfaktoren zurückgewiesen werden. Für den anderen Teil ohne statistische Signifikanz muss sie beibehalten werden.

Hypothese 2) Elterliche Liebe wird als Prädiktor für eine Depressionsentstehung angesehen. Eine enge und liebevolle Beziehung zu seinen Eltern stärkt Kinder und kann Depressionen in der Jugend verhindern.

Nur für den Vater konnten signifikante Effekte ermittelt werden. Er weist Werte von $\Delta R^2 = 11.94\%$ auf. Die erklärte Varianz des Belastungsfaktors Liebe der Mutter in der Regression liegt bei 10.08% . Dieses Ergebnis stützen die Ergebnisse aus der aktuellen Forschung, dass fehlende elterliche Liebe zu einer depressiven Symptomatik ihrer

Kinder führen können. In diesem Fall kann die Nullhypothese auf Grundlage der gefundenen Ergebnisse verworfen werden. Den stärksten Prädiktor stellen das Fehlen elterlicher Liebe jedoch nicht dar. Der Anteil der erklärten Varianz der Depression durch weniger Liebe des Vaters bei niedrigem sozioökonomischem Status in der Regression beträgt 14.55 %, damit kann dieser Belastungsfaktor als starker Prädiktor angesehen werden.

Hypothese 3) Kinder, die viel elterliche Kontrolle erfahren haben, tragen ein erhöhtes Risiko für eine spätere Depression.

Drei von den insgesamt sechs untersuchten Eltern-Kind-Beziehungen weisen direkte signifikante Effekte auf. Für hohe väterliche Kontrolle konnte eine aufgeklärte Varianz von $\Delta R^2 = .12$ % ermittelt werden. Aber auch die restlichen zwei Variablen, nämlich der sozioökonomische Status und die Welle weisen einen Regressionswert von $\Delta R^2 = 8.24$ % auf. Da für die Mehrzahl der betrachteten Eltern-/Kindbeziehungen signifikante Assoziationen identifiziert werden konnten, nämlich für drei der insgesamt sechs untersuchten Dimensionen, kann die Nullhypothese auch in diesem Fall abgelehnt werden.

Hypothese 4) Hoher elterlicher Ehrgeiz ist ein Indikator für eine Depression im Jugendalter.

Es konnten drei signifikante direkte Effekte ermittelt werden. Die Werte für die aufgeklärte Varianz liegen zwischen $\Delta R^2 = .12$ % für den Ehrgeiz der Mutter und 6.09 % für den sozioökonomischen Status. Die restlichen Belastungsfaktoren erreichen bei dem festgelegten Signifikanzniveau keine statistische Signifikanz. Aus diesem Grund kann auch hierfür die Nullhypothese für einen Teil der Belastungsfaktoren zurückgewiesen werden.

5.3 Stärken und Limitationen der Studie

Folgende Stärken der Studie sind zu nennen:

Sie beruht auf einer relativ umfangreichen Stichprobe von insgesamt 627 Teilnehmern. Ein weiterer Aspekt ist die Tatsache, dass die Zielgröße depressive Symptome nicht nur ein einzelnes Item umfasst, sondern aus dem Mittelwert von vier Items besteht, die zudem eine hohe Reliabilität in beiden Wellen aufweist. Auch der KFB in der neuen Welle 1 erzielte eine gute Reliabilität.

Des Weiteren wurde ein strenges Signifikanzniveau von 1 % gewählt, um zu vermeiden, dass sich eine statistische Signifikanz ergeben könnte, die nicht unbedingt eine klinisch-praktische Relevanz nach sich ziehen würde. Sobald die p-Werte dieses festgelegte Niveau überschreiten, werden die entsprechenden Belastungsfaktoren konsequent als kein Zusammenhang zur depressiven Symptomatik gewertet. Es werden also keine Trends interpretiert.

Die vorliegende Studie weist folgende Limitationen auf:

Die erhobenen Daten beruhen auf einer retrospektiven Befragung von Kindheitsbelastungen und Eltern-Kind- Beziehungen. In der Literatur wird diese Form der Datenerhebung sehr häufig gewählt. Sie ist jedoch nicht ohne Kritik geblieben (z.B. 102, 103, 104), da Erinnerungen retrospektiv nicht präzise wiedergegeben werden können. Erinnerungen werden über einen längeren Zeitraum verändert (105). Eine gewisse Verzerrung wird dadurch nicht ausgeschlossen. Auf der anderen Seite scheint diese Verzerrung nicht so gravierend ausgeprägt zu sein, wie vielfach angenommen wurde (z.B. 106, 107). Hardt und Rutter (105) fanden heraus, dass die Effekte durch retrospektive Studien eher unterschätzt als überschätzt werden: Falsch-positive Berichte traten selten auf, wohingegen falsch-negative häufiger waren.

Bei Ereignissen aus sehr früher Kindheit oder wenn sehr detaillierten Erinnerungen gefragt sind, erweist sich eine retrospektive Befragung jedoch oftmals als weniger zufriedenstellend (105). Eine prospektive Studie könnte wichtige Informationen zu Schutzfaktoren einer Depression oder der möglichen Entstehung von Resilienz liefern (108). Des Weiteren ist die Studie nicht repräsentativ, da in der Welle 0 fast alle Teilnehmer Medizinstudenten sind, jedoch sind bei diesem Thema auch keine experimentellen

Studien vorstellbar. Zusätzlich lassen sich bei Beobachtungsstudien keine Kausalitäten nachweisen (109).

Darüber hinaus erfolgte für die Erhebung der Daten keine klinische Diagnostik, sondern die Erhebung der Daten fand über ein Internet- Fragebogen statt. Dadurch könnte eine gewisse Selektivität bei der Stichprobenauswahl aufgetreten sein, indem die Teilnehmer tendenziell jünger und nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung des jeweiligen Landes sind (110). Zudem konnten mögliche weitere Ursachen für eine Depression bei den Teilnehmern wie beispielweise eine hormonelle Störung oder eine medikamenteninduzierte Depression nicht erfasst werden. Der hier eingesetzte Fragebogen stellt nicht alle Symptome nach DSM-5 dar.

5.4 Bewertung der Ergebnisse

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in der vorliegenden Studie für eine große Zahl von bestimmten Eltern-/Kindbeziehungen und Belastungsfaktoren signifikante Zusammenhänge zur späteren Häufigkeit von depressiven Symptomen gefunden werden können. Auch für die meisten anderen Faktoren, bei denen der p-Wert und die aufgeklärte Varianz zu gering sind, um eine statistische Signifikanz zu erreichen, scheint die Richtung der Zusammenhänge plausibel zu sein. Generell sind die ermittelten Effekte jedoch eher als moderat einzuordnen. Dieses Ergebnis stimmt größtenteils mit den bisherigen Ergebnissen aus der Literatur überein. Es lässt sich jedoch festhalten, dass die depressive Symptomatik bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen deutlich zugenommen hat, oder junge Erwachsene sind eher bereit darüber zu sprechen. In den meisten Arbeiten konnten Assoziationen zwischen bestimmten Eltern-/Kindbeziehungen oder Belastungsfaktoren und späteren psychischen Erkrankungen gefunden werden (85, 91). Es werden fast einschlägig starke Effekte beschrieben.

In einer weiteren Studie von Benjet et al. (111) zeigten sich vor allem für psychische Erkrankungen bei den Eltern mit einem OR = 2.88 sowie Vernachlässigung OR = 2.69 große Zusammenhänge zur Entwicklung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter. Norman et al. (7) und Kessler et al. (14) konnten ebenfalls relevante Zusammenhänge für psychische Langzeitfolgenden aufdecken. Gemessen daran, dass belastende Eltern- Kind- Beziehungen häufig vorkommen (7), können jedoch schon geringere Effekte als vergleichsweise bedeutsam angesehen werden.

Da es sich bei der Ursache einer Depression um ein multifaktorielles Geschehen handelt, müssen auch andere Risikofaktoren oder physiopathologische Ursachen in Betracht gezogen werden. Für die Zukunft wäre es sinnvoll die zugrundeliegenden Mechanismen weitaus vielsichtiger zu betrachten. Das Verstehen der Ätiologie stellt sich nicht nur im Hinblick auf späteren Therapieansatz als Hilfe heraus, sondern kann auch als präventive Maßnahme genutzt werden. Es könnte beispielsweise eine allgemeine Aufklärung über die Spätfolgen von schwierigen Eltern-Kind- Beziehungen bei Eltern erfolgen. Um Belastungen in der Kindheit effektiv zu reduzieren, könnte man beim Risikofaktor der Rollenumkehr ansetzen, indem das Verhalten der Eltern erst analysiert und später verändert wird (47).

5.5 Zusammenfassung

Obwohl Depressionen zu den häufigsten Krankheiten in Industrienationen zählen, bleiben Aspekte über die Krankheitsentstehung noch oftmals im Dunkeln. Nach heutigem Stand der Forschung wird der Depression eine multifaktorielle Entstehung zugeschrieben, die aus genetischen, psychosozialen, sozioökonomischen und kognitiven Aspekten besteht. In vielen verschiedenen Studien werden bereits schwierige Eltern-Kind-Beziehungen und das spätere Entwickeln einer Depression als Zusammenhang erklärt. In der Regel sind vor allem Belastungen wie sexueller Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern im Fokus der Studien.

Aus diesem Grund wurden in dieser Dissertation insgesamt 4 Dimensionen von Eltern-Kind-Beziehung genauer beleuchtet und der Zusammenhang für eine spätere Depression untersucht. Die Studie erfolgt durch eine retrospektive Befragung mithilfe eines Internet-Fragebogens und umfasst einen Stichprobenumfang von insgesamt 627 Teilnehmer aus Deutschland. Als Zielgröße wird ein Score für depressive Symptomatik herangezogen und die vier Dimensionen Rollenumkehr, Liebe, Kontrolle und Ehrgeiz jeweils von Mutter und Vater betrachtet. Um eine möglichst umfassende Betrachtung zu ermöglichen werden Alter, sozioökonomischer Status, Geschlecht und der Unterschied zur Welle 0 zusätzlich herausgearbeitet. Um Effekte beschreiben zu können, wird der Anteil der aufgeklärten Varianz der Zielgröße mit Hilfe von linearen Regressionsanalysen berechnet und anhand von Grafiken dargestellt.

Es können von insgesamt 8 Dimensionen 4 signifikante direkte Zusammenhänge zu einer späteren depressiven Symptomatik hergestellt werden. Diese sind im Einzelnen: die Rollenumkehr der Mutter, die Liebe des Vaters, die Kontrolle des Vaters und der Ehrgeiz der Mutter. Zudem hatten der sozioökonomische Status und die Welle als Hintergrundvariablen signifikante direkte Effekte auf eine spätere Symptomatik. Zusätzlich zeigte sich bei der Dimension Liebe ein weiterer signifikanter direkter Effekt von der Hintergrundvariable Alter. Übereinstimmend ließen sich bei allen Dimensionen mütterlicherseits die gleichen Hintergrundvariablen sozioökonomischer Status und Welle als signifikant darstellen. Bei der Dimension Ehrgeiz der Mutter zeigten sich noch zusätzlich signifikante Geschlechtsunterschiede.

Der sozioökonomische Status zeigte für die drei Dimensionen Rollenumkehr, Liebe und Kontrolle väterlicherseits signifikante direkte Effekte. Außerdem hatte die Welle einen signifikanten Effekt auf die Kontrolle und Ehrgeiz des Vaters.

Die Zusammenhänge entsprechen in den meisten Fällen sowohl in ihrer Stärke als auch in ihrer Richtung den gefundenen Ergebnissen aus der Literatur. Im Kontrast zu früheren Forschungsarbeit aus der Welle lassen sich bei allen Dimensionen Übereinstimmungen finden. Weitere Forschungsarbeiten arbeiten meist traumatisierende Kindheitsbelastungen wie sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung heraus. Für die Dimension Rollenumkehr und Liebe zeigen sich auch in der Literatur Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen. Weitere Studien sind für die Dimension Ehrgeiz und Kontrolle nötig, denn hierzu können keine umfassenden Studien gefunden werden.

Des Weiteren wurde ein quadratischer Effekt depressive Symptome und sozioökonomischer Status ermittelt. Ein mittlerer sozioökonomischer Status stellte sich als protektiv heraus, ging aber bei hohen Werten nicht über das Konfidenzintervall hinaus.

Zusätzlich wurden zwei Interaktionen festgestellt. Die erste Interaktion identifiziert den sozioökonomischen Status als Prädiktor für die mütterliche Kontrolle, die im Vergleich zu Welle 0 deutlich zugenommen hat. Die zweite Interaktion beschreibt, dass bei Müttern mit hohem Ehrgeiz und hohem sozioökonomischen Status entwickeln die Jugend-

lichen und jungen Erwachsenen kaum depressive Symptomatik. Bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status nimmt mit dem Ehrgeiz der Mutter auch die depressive Symptomatik zu.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass bestimmte Kindheitsbelastungen und Störungen innerhalb der Eltern-/Kindbeziehung zur Entstehung von Depressionen beitragen können, wobei auch weitere Einflussfaktoren eine Rolle spielen können. Würden Kindheitsbelastungen bei der Genese und Aufarbeitung von Depressionen im Jugendalter mehr berücksichtigt werden, könnten bessere individuelle Therapieformen ausgewählt werden und bereits präventiv im Kindesalter ihren Ansatz finden. Aktuelle medikamentöse Behandlungsmethoden könnten reduziert und Präventionsstrategien effektiv erweitert werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498-504.
3. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Siegert J, Höfler M, Busch M, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2014;23.
4. Groen G. Depressive Kinder und Jugendliche. *Klinische Kinderpsychologie*. 2., überarb. Aufl. Göttingen; Hogrefe, Verlag für Psychologie; 2011:11-27
5. Groen G, Petermann F. Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie; 2002:12
6. Bühring P. Psychotherapie und Prävention: Kindheit hat Folgen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2003;2(6);260.
7. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349.
8. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furriss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006:1.
9. Hardt J. Psychische Langzeitfolgen manifester Kindheitsbelastungen : die Rolle von Eltern-Kind-Beziehungen. Lengerich u.a. 2004.
10. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. *Jama*. 1962;181(1):17-24.
11. Behl LE, Conyngham HA, May PF. Trends in child maltreatment literature. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):215-29.
12. Engfer A. Formen der Misshandlung von Kindern - Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M, editors. *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. 4 ed. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2016:4
13. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
14. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010;197(5):378-85.
15. Kindler H. Child maltreatment and new morbidity in pediatrics : Consequences for early child support and child protective interventions. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2016;59(10):1332-6.
16. Skellern CY. Child protection: a 50-year perspective. *Journal of paediatrics and child health*. 2015;51(1):87-90.
17. Franz M. Traumatische Kindheit - ihre Folgen für das Erwachsenenleben. *PiD - Psychotherapie im Dialog*. 2006;7(1):83-8.
18. Egle T. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*. 1997. 68(9):683-695

19. Gershon A, Minor K, Hayward C. Gender, victimization, and psychiatric outcomes. *Psychological medicine*. 2008;38:1377-91.
20. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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*. 1998;14(4):245-58.
21. Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M, editors. *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. 4 ed. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2016:27
22. Felitti VJ. [The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2002;48(4):359-69.
23. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*. 2009;37(5):389-96.
24. Colvert E, Rutter M, Beckett C, Castle J, Groothues C, Hawkins A, et al. Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and psychopathology*. 2008;20(2):547-67.
25. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child development*. 2005;76(5):1015-28.
26. Rutter ML, Kreppner J, O'Connor T. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound privation. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;179:97-103.
27. Berger M. *Psychische Erkrankungen : Klinik und Therapie*. editor. 4., vollst. neu bearb. Aufl. ed. München;Urban&Fischer;2012:421-497
28. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 2006;367(9505):153-67.
29. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):733-9.
30. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
31. S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression Langfassung.2. Auflage,Version 5 .2015.
[zitiert am 10.12.2019].URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
32. Costello DM, Swendsen J, Rose JS, Dierker LC. Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(2):173-83.
33. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*. 2017;143(8):783-822.
34. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. *Klinische Psychologie*. München: Addison Wesley in Pearson Education Deutschland; 2009:15

35. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):163-74.
36. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(5):303-7.
37. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(1):21-7.
38. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*. 1998;107(1):128-40.
39. Ripke S, Wray NR, Lewis CM, Hamilton SP, Weissman MM, Breen G, et al. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(4):497-511.
40. Gururajan A, Clarke G, Dinan TG, Cryan JF. Molecular biomarkers of depression. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2016;64:101-33.
41. Green A. Die tote Mutter. *Psyche*. 1993; 47(3):205-40
42. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(6):459-68.
43. Hautzinger M. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 7. Aufl. Weinheim. BeltzVrlg;2013: 38-51
44. Brakemeier EL, Normann C, Berger M. The etiopathogenesis of unipolar depression. Neurobiological and psychosocial factors. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2008;51(4):379-91.
45. Staudinger UM, Greve W. Resilience and Aging. In: Pachana NA, editor. *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer Singapore; 2017:2028-37.
46. Beutel ME, Tibubos AN, Klein EM, Schmutzer G, Reiner I, Kocalevent R-D, et al. Childhood adversities and distress - The role of resilience in a representative sample. *PloS one*. 2017;12(3):e0173826.
47. Schier K, Egle UT, Nickel M, Kappis B, Herke M, Hardt J. Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2011;61:364-71.
48. Parker G. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of general psychiatry*. 1983;40(9):956-60.
49. Parker G. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40(9):956-60.
50. Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, McNerney MW, Salehi A. Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2017;80:555-72.
51. Karatsoreos IN, McEwen BS. Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends in cognitive sciences*. 2011;15(12):576-84.
52. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2016;57(3):241-66.
53. Opel N, Redlich R, Zwanzger P, Grotegerd D, Arolt V, Heindel W, et al. Hippocampal atrophy in major depression: a function of childhood maltreatment

- rather than diagnosis? *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology. 2014;39(12):2723-31.
54. Weaver IC, Meaney MJ, Szyf M. Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2006;103(9):3480-5.
55. Entringer S, Buss C, Wadhwa PD. Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;62:366-75.
56. Ghaemmaghami P, Dainese SM, La Marca R, Zimmermann R, Ehlert U. The association between the acute psychobiological stress response in second trimester pregnant women, amniotic fluid glucocorticoids, and neonatal birth outcome. *Developmental psychobiology*. 2014;56(4):734-47.
57. Buss C, Davis EP, Shahbaba B, Pruessner JC, Head K, Sandman CA. Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2012;109(20):E1312-9.
58. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*. 2011;36(4):375-84.
59. Schneider F, Härter M, Schorr S. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin Heidelberg. Springer-Verlag. 2017:36-39
60. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5. ed. American Psychiatric Association. Washington, DC. 2013:155-189
61. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Arlington. 2010:393-479
62. Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6):1117-23.
63. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-92.
64. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Jama*. 2003;289(23):3095-105.
65. Giles DE, Jarrett RB, Biggs MM, Guzick DS, Rush AJ. Clinical predictors of recurrence in depression. *The American journal of psychiatry*. 1989;146(6):764-7.
66. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American journal of psychiatry*. 1999;156(7):1000-6.
67. Egle UT, Nickel R. [Chronic low back pain as a somatoform pain disorder]. *Der Orthopäde*. 2008;37(4):280-4.
68. Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosomatic medicine*. 2012;74(7):717-27.
69. Schier K, Egle U, Nickel R, Kappis B, Herke M, Hardt J. Emotional Childhood Parentification and Mental Disorders in Adulthood. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2011;61(8):e57.

70. Seiffge-Krenke I. Psychotherapie und Entwicklungspsychologie: Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. 2 ed. Heidelberg: Springer-Verlag; 2009:58
71. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2013;9:1-50.
72. Suzuki H, Tomoda A. Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):8.
73. Lippold MA, Glatz T, Fosco GM, Feinberg ME. Parental Perceived Control and Social Support: Linkages to Change in Parenting Behaviors During Early Adolescence. *Family process*. 2018;57(2):432-47.
74. Patock-Peckham JA, King KM, Morgan-Lopez AA, Ulloa EC, Moses JM. Gender-specific mediational links between parenting styles, parental monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol-related problems. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2011;72(2):247-58.
75. Schier K, Egle U, Nickel R, Kappis B, Herke M, Hardt J. Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Psychother Psych Med*. 2011;61(08):364-71.
76. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step : a simple guide and reference 17.0 update. Boston. Allyn & Bacon; 2010.
77. Cox DR, Wermuth N. Linear Dependencies Represented by Chain Graphs. *Statist Sci*. 1993;8(3):204-18.
78. Jurkovic GJ, Kuperminc G, Perilla J, Murphy A, Ibañez G, Casey SJJOPP. Ecological and Ethical Perspectives on Filial Responsibility: Implications for Primary Prevention with Immigrant Latino Adolescents. 2004;25(1):81-104.
79. Franz M. Traumatische Kindheit - ihre Folgen für das Erwachsenenleben. *Psychotherapie im Dialog*. 2006: 83-8.
80. Spence SH, Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2002;43(4):457-69.
81. Franz M, Lensche H. Allein erziehend - allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe/ Psychosocial distress and symptoms of single mothers and their children in a large community sample. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2003;49(2):115-38.
82. Hausser A. Die Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken und psychisch gesunden Eltern und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder[Dissertation].Hamburg: Universitätsklinikum; 2012
83. Hunzinger J, Egle UT, Vossel G, Hardt J. Stabilität und Stimmungsabhängigkeit retrospektiver Berichte elterlichen Erziehungsverhaltens. *Z Klin Psychol Psychother* 2007; 36(4): 235–42.
84. Ihle W, Jahnke D, Heerwagen A, Neuperdt C. Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*. 2005;14(1):30-8.
85. Eun JD, Paksarian D, He JP, Merikangas KR. Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(1):11-20.

86. Peukert A. Aushandlungen von Paaren zur Elternzeit : Arbeitsteilung unter neuen Vorzeichen? *Geschlecht und Gesellschaft*. Tübingen:Springer. 2015: 21-56
87. Hoebel J, Maske UE, Zeeb H, Lampert T. Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status. *PLoS one*. 2017;12(1):e0169764.
88. Bellis MA, Hughes K, Jones A, Perkins C, McHale P. Childhood happiness and violence: a retrospective study of their impacts on adult well-being. *BMJ open*. 2013;3(9):e003427.
89. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological medicine*. 2013;43(3):471-81.
90. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC psychiatry*. 2015;15:181.
91. Avagianou PA, Zafiropoulou M. Parental bonding and depression: personality as a mediating factor. *International journal of adolescent medicine and health*. 2008;20(3):261-9.
92. Kaiser T, Li J, Pollmann-Schult M, Song AY. Poverty and Child Behavioral Problems: The Mediating Role of Parenting and Parental Well-Being. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(9).
93. Fletcher AC, Steinberg L, Sellers EB. Adolescents' Well-Being as a Function of Perceived Interparental Consistency. *Journal of Marriage and Family*. 1999;61(3):599-610.
94. Wang MT, Kenny S. Longitudinal links between fathers' and mothers' harsh verbal discipline and adolescents' conduct problems and depressive symptoms. *Child development*. 2014;85(3):908-23.
95. Evans SZ, Simons LG, Simons RL. The effect of corporal punishment and verbal abuse on delinquency: mediating mechanisms. *Journal of youth and adolescence*. 2012;41(8):1095-110.
96. Miller-Perrin CL, Perrin RD, Kocur JL. Parental physical and psychological aggression: psychological symptoms in young adults. *Child abuse & neglect*. 2009;33(1):1-11.
97. Donovan KL, Brassard MR. Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: associations with negative view of self and social problems. *Child abuse & neglect*. 2011;35(10):814-30.
98. Stocké V. Adaptivität oder Konformität? Die Bedeutung der Bezugsgruppe und der Leistungsrealität der Kinder für die Entwicklung elterlicher Bildungsaspirationen am Ende der Grundschulzeit. In: Baumert J, Maaz K, Trautwein U, editors. *Bildungsentscheidungen: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft Sonderheft 12* | 2009. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p. 257-81.
99. Hardt J, Fischbeck S, Engfer A. Kreuzvalidierung der Kurzform des Kindheitsfragebogen. *Psychotherapeut*. 2012;57:248-55.
100. Baron A, Malmberg LE. A vicious or auspicious cycle: The reciprocal relation between harsh parental discipline and children's self-regulation. *European Journal of Developmental Psychology*. 2019;16(3):302-17.

101. Niggli A, Trautwein U, Schnyder I, Lütke O, Neumann M. Elterliche Unterstützung kann hilfreich sein, aber Einmischung schadet: Familiärer Hintergrund, elterliches Hausaufgabenengagement und Leistungsentwicklung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. 2007;54(1):1-14.
102. Widom CP, Raphael KG, DuMont KA. The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: commentary on Drube, Williamson, Felitti and Anda (2004). *Child abuse & neglect*. 2004;28:715-22.
103. Colman I, Kingsbury M, Garad Y, Zeng Y, Naicker K, Patten S, et al. Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological medicine*. 2016;46(3):543-9.
104. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, et al. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2016;57(10):1103-12.
105. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(2):260-73.
106. Hardt J, Vellaisamy P, Schoon I. Sequelae of prospective versus retrospective reports of adverse childhood experiences. *Psychological Reports*. 2010;107:425-40.
107. Hunzinger J, Egle UT, Vossel G, Hardt J. Stabilität und Stimmungsabhängigkeit retrospektiver Berichte zu Eltern-Kind-Beziehungen. *Z Klin Psychol Psychother*. 2007;36(4):235-42.
108. Jurkovic GJ, Thirkield A, Morerell R. Parentification of adult children of divorce: a multidimensional analysis. *J Youth Adolescence*. 2001;30:245-57.
109. Gianicolo EAL, Eichler M, Muensterer O, Strauch K, Blettner M. Methods for Evaluating Causality in Observational Studies. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;116(7):101-7.
110. Hardt J, Dragan M, Schultz S, Engfer A. Parent-Child Relationships in Poland and Germany: A Retrospective Study. *Psychology*. 2011;2:502-9.
111. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of psychiatric research*. 2010;44(11):732-40.

