

Verlustereignisse in der Kindheit als prädisponierende Faktoren für neurotische und psychotische Depressionen

Paul Matussek und Ulrike May

Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in der Max-Planck-Gesellschaft
(Leiter: Professor Dr. Dr. Paul Matussek), Montsalvatstr. 19, D-8000 München 40,
Bundesrepublik Deutschland

Loss Events in Childhood as Predisposing Factors for Neurotic and Psychotic Depression

Summary. In a semistructured interview 90 endogenous depressives, 38 neurotic depressive patients, and 41 controls, 47–67 years of age, were questioned to ascertain the loss events during childhood.

1. The endogenous depressives, the neurotic depressive patients, and the control group had experienced an equal amount of deaths and separations in their childhood. 2. The depressive patients who first became ill after their 41st year of life were as frequently separated from their parents during childhood as the control group. Patients who had first become ill before their 41st year of life had experienced a separation from their parents more frequently than the control group. 3. Within the depressive patient group the following applies: Patients with illnesses before the age of 40 had lost their father earlier than those who became ill after 40; likewise, patients who were ill two and more times had more frequently experienced the loss of a father than those who were depressively ill only once.

Key words: Loss events – Childhood – Depression.

Zusammenfassung. 90 endogen depressive, 38 neurotisch depressive Patienten und 41 Kontrollpersonen im Alter zwischen 47 und 67 Jahren wurden mit halbstrukturierten Interviews nach Verlusterlebnissen in der Kindheit befragt:

1. Endogen und neurotisch depressive Patienten sowie Kontrollpersonen sind in der Kindheit gleich häufig von Todesfällen und Trennungen betroffen. 2. Depressive Patienten, die nach dem 41. Lebensjahr zum ersten Mal erkranken, werden in der Kindheit ebenso häufig von den Eltern getrennt wie Kontrollpersonen. Bei Patienten mit einer Ersterkrankung vor dem 41. Le-

bensjahr kommen Trennungen von den Eltern jedoch häufiger vor als bei Kontrollpersonen. 3. Innerhalb der depressiven Patientengruppe gilt: Patienten mit früher Ersterkrankung verlieren den Vater häufiger als solche mit später Ersterkrankung, Patienten mit mehrmaligen Depressionen häufiger als solche mit einer erstmaligen depressiven Erkrankung.

Schlüsselwörter: Verlustereignisse – Kindheit – Depression.

Einleitung

Psychoanalyse und Psychiatrie haben Verlusterlebnissen seit jeher eine große Bedeutung für die Entstehung und Auslösung psychischer und somatischer Störungen zugeschrieben. Das gilt insbesondere für die Gruppe der depressiven Erkrankungen, bei denen dem Verlust einer geliebten Person eine besondere Bedeutung beigemessen wurde. Das wurde am deutlichsten von der Psychoanalyse, aber auch von der älteren Psychiatrie als Auslöser bei Depressionen — sowohl exaktiver als auch endogener — hervorgehoben, wenn auch systematische Untersuchungen zu keinem einheitlichen Ergebnis kamen (Matussek et al. 1965).

Erst die Life-event-Forschung der Nachkriegszeit hat sich um „objektive“ Untersuchungen an einer ausreichend großen Anzahl von Fällen bemüht. Paykel et al. (1969) konnten die Annahmen der Psychoanalyse und Psychiatrie insofern bestätigen, als sie vor depressiven Erkrankungen (Zeitraum schwankend, je nach Autor zwischen je $\frac{1}{2}$ und 2 Jahren) eine statistisch gehäufte Quote von Verlustereignissen feststellten. Dabei wurde als Verlust das Verschwinden einer Person durch Tod und Trennung definiert, im Gegensatz zu einem umfassenderen Verlustbegriff, der auch Besitz, Heimat oder Wohnort einschließt.

In der vorliegenden Untersuchung wollen wir der Frage nachgehen, inwieweit Verluste in der Kindheit zu einer depressiven Erkrankung prädisponieren. Auch hier hat die Life-event-Forschung schon eine Anzahl von Studien durchgeführt. (Siehe Überblick von Lloyd 1980.) Schlüsselt man die Untersuchungen nach der Diagnose der Patienten und der Art des Verlustes auf, so lassen sich die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

Alle Befunde sprechen dafür, daß psychotisch Depressive in der Kindheit ebenso häufig vom Tod, von der Trennung und vom Verlust eines Elternteils betroffen sind wie Kontrollpersonen (Hopkinson u. Reed 1966; Pitts et al. 1965; Abrahams u. Whitlock 1969). Leicht depressive Patienten und Kontrollpersonen mit depressiven Zügen scheinen hingegen häufiger den Tod eines Elternteils zu erleben wie Kontrollpersonen bzw. Kontrollpersonen ohne depressive Züge (F. Brown 1961, 1966; G. Brown et al. 1977). Für diagnoseinhomogene Patientengruppen liegen diskrepante Ergebnisse zur Todesfallrate vor. Während Dennehy (1966) und Forrest et al. (1965) bei depressionsfreien Patienten eine höhere Todesfallquote feststellen konnten als bei der Gesamtbevölkerung (Dennehy) bzw. eine Kontrollgruppe medizinisch Kranker (Forrest et al.), konnten Munro (1966) und Hudgens et al. (1967), die als Kontrollgruppe ebenfalls medizinisch Kranke heranzogen, diese Befunde nicht bestätigen. Die Ergebnisse über Trennungen von den Eltern sind hingegen für diagnoseinhomogene Patientengruppen

einheitlich: Depressive Patienten erleben ebenso häufig Trennungen wie Kontrollpersonen (Munro 1966; Hudgens et al. 1967).

Während die Befunde zur Prädisposition frühkindlicher Verluste für spätere Depressionen kaum auf einen Nenner gebracht werden können, liegen für die Schwere der Depression eindeutige Ergebnisse vor. Beck et al. (1963), Birtchnell (1970), Brown et al. (1977), Munro (1966) und Sethi (1964) stellten fest, daß schwerdepressive Patienten in der Kindheit häufiger ein Elternteil durch Tod sowie durch Tod oder Trennung verloren haben als nicht- bzw. als leichtdepressive Patienten. Lediglich Abrahams und Whitlock (1969) konnten diese Befunde nicht bestätigen. Die Schwere der Depression wurde dabei anhand des Depression-Inventory (Beck et al. 1961) sowie durch Symptomlisten gemessen.

Die Befunde legen die Vermutung nahe, daß sich endogene von nicht-endogenen Depressionen durch die Anzahl der Verluste in der Kindheit unterscheiden. Es gibt ja nicht wenige Psychiater (z. B. Lewis 1938; Ascher 1952; Brown et al. 1979), die den Hauptunterschied zwischen endogener und neurotischer Depression nicht in der Qualität der Symptome, sondern deren Schweregrad sehen (Hamilton 1959). Aus diesen Gründen hielten wir eine Untersuchung von endogener und neurotischer Depression für angezeigt. Diese Fragestellung wurde bisher nur wenig untersucht. Beck et al. (1963), Oltman u. Friedman (1966) und Forrest et al. (1965) stellten bei psychotischen und neurotischen Depressionen gleich hohe Todesfallraten in der Kindheit fest. Brown et al. (1977) hingegen fanden, daß schwer psychotisch depressive Patientinnen häufiger von Todesfällen betroffen waren als weniger schwer psychotisch depressive und als neurotisch depressive Patientinnen. Das gilt allerdings für Todesfälle bis zu zwei Jahren vor der Erkrankung und nicht für die nur in der Kindheit erlebten Todesfälle.

Was den Zusammenhang zwischen Trennungen und späterer Diagnose angeht, so fanden Oltman u. Friedman (1966) bei neurotischen Depressionen eine höhere Trennungsrate als bei endogenen Depressionen. Für Tod und Trennung konnten Gay u. Tonge (1967) bei endogenen Depressionen eine höhere Verlustrate in der Kindheit festhalten als bei reaktiv Depressiven. Abrahams u. Whitlock (1969) konnten diese Befunde nicht bestätigen. Die nicht-einheitlichen Befunde legen es nahe, dieser strittigen Frage in einer weiteren Untersuchung nachzugehen. Sollten sich endogene und neurotische Depressionen durch die Art der in der Kindheit erlebten Verluste unterscheiden, wäre das ein Beitrag zur Frage nach der Bedeutung prädispositioneller Faktoren für verschiedene Depressionsformen.

Eigene Untersuchungen

Patientengut. 90 endogen monopolar depressive und 38 neurotisch depressive Patienten wurden aus einer größeren Stichprobe von 198 depressiven Patienten ausgewählt. Neben ehemaligen Patienten aus der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in der Max-Planck-Gesellschaft haben wir Fälle aus drei weiteren Kliniken in und außerhalb von München nachuntersucht. Diese Patienten sind zwischen 1910 und 1926 geboren, waren seit 1960 mindestens einmal wegen einer depressiven Erkrankung in Nervenkliniken im Raum München¹

¹ Wir danken den Direktoren Prof. Dr. med. H. Hippus (Universitätsnervenklinik München), Dr. med. C. Schulz (Bezirkskrankenhaus Haar) und Dr. med. C. Ph. Schmidt (Privatklinik Gauting) für ihr freundliches Entgegenkommen bei unserer Untersuchung

hospitalisiert und weisen keine Suchttendenzen, Alkoholismus oder hirnorganische Erkrankungen auf. Wir hatten die Patienten, die diese Kriterien erfüllten, angeschrieben und um ihre Mitarbeit an einem Forschungsprojekt gebeten.

20% der Angeschriebenen erklärte sich zur Mitarbeit bereit. Um sicherzugehen, daß die Kooperationsbereitschaft nicht auf Fakten beruht, die ein ausgewähltes Krankenmaterial darstellt, prüften wir durch Besuche der Patienten zu Hause die Motivation zur Verweigerung. Es handelte sich durchweg um Gründe, die nicht mit der Art der depressiven Erkrankung zusammenhingen (Krankheit, Alter, Beruf, keine Zeit u. ä.).

Für die diagnostische Klassifizierung gingen wir zunächst einmal von der Diagnose aus, die beim letzten Klinikaufenthalt gestellt worden war. Wenn sie nicht eindeutig war oder der Interviewer aufgrund seiner genauen Exploration des Patienten begründete Zweifel an der Klinikdiagnose bekam, überprüften wir die Symptomatik der letzten Depression anhand der Research Diagnostic Criteria (RDC) von Spitzer et al. (1978). Dabei wurden nur 3 eindeutige Klinikdiagnosen in Richtung endogen verändert. Die endgültige Klassifikation ergab 112 eindeutig endogene Patienten, 57 neurotisch depressive und 29 diagnostisch nicht eindeutige Fälle. Die Kriterien von Spitzer et al. entsprechen in etwa den üblichen kontinentalen Kriterien für die Diagnosestellung (z. B. Kielholz 1959). Die Anlaßlosigkeit wird dabei nicht berücksichtigt.

Durch eine Clusteranalyse über alle Patienten, die anhand der Symptomatik und des Verlaufs durchgeführt wurde, ergab sich eine Gruppe von Patienten, die fast genau das herkömmliche Syndrom aufweisen (Matussek et al. 1980). Etwa 85% der im endogenen Cluster enthaltenen Personen waren auch nach der klinischen Diagnose eindeutig endogen.

Aus der Gesamtstichprobe wurden für die vorliegende Untersuchung 90 endogen depressive und 38 neurotisch depressive Patienten ausgewählt, wobei folgende Kriterien bestimmend waren: 1. Abgrenzbarkeit der depressiven Erkrankung: Patienten mit chronifizierter Depression oder ständig fluktuierenden depressiven Verstimmungen wurden ausgeschlossen. 2. Eindeutige Diagnose: Nicht klassifizierte Depressionen gingen nicht in unsere Stichprobe ein.

Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 47 und 63 Jahre alt. Das arithmetische Altersmittel endogen Depressiver beläuft sich auf 55 Jahre, das der neurotisch depressiven Patienten auf 54 Jahre. Die endogen depressive Gruppe enthält einen größeren Anteil von Patienten, die älter als 50 Jahre sind ($P < 0,10$ für 51–55jährige und 56–63jährige) als die neurotisch depressive Gruppe.

Die Schichtzugehörigkeit berechneten wir in Anlehnung an Scheuch (1961). In unser Maß gehen die Schulbildung und die gegenwärtige berufliche Tätigkeit des Patienten bzw. Haupternährers ein. Die Verteilung der Schichtzugehörigkeit endogen und neurotisch Depressiver unterscheidet sich nicht voneinander.

Kontrollgruppe. Als Kontrollgruppe dienten uns 41 Personen, die wir mit dem gleichen Interview (s. u.) befragten wie die depressiven Patienten. Keine der Kontrollpersonen hatte bis zum Zeitpunkt des Interviews in nervenärztlicher Behandlung gestanden oder wies sonstige psychische Auffälligkeiten auf. Das Alter der Kontrollpersonen liegt zwischen 50 und 67 Jahren. Im Mittel waren die Kontrollpersonen zur Zeit des Interviews 59 Jahre alt. Die Kontrollgruppe enthält weniger 46–50jährige ($P < 0,01$) und einen größeren Anteil von Personen, die über 56 Jahre alt sind ($P < 0,05$).

Die Verteilung der Schichtzugehörigkeit der Kontrollpersonen unterscheidet sich von der der Patienten. In der Kontrollgruppe sind Mittel- und Oberschicht zuungunsten der Unterschicht überrepräsentiert ($P < 0,01$).

Datenerhebung. Patienten und Kontrollpersonen hatten sich für ein halbstrukturiertes Interview zur Verfügung gestellt, das sich im Durchschnitt über ca. 40 h erstreckte. Wir wollten durch ein ausgedehntes Interview, das eine semitherapeutische Situation herstellte, all die Verzerrungen vermeiden, die bei Fragebogentechniken oder durch zu rigide und schnelle Interviews zustande kommen. Je weniger der Patient unter Zeitdruck steht, desto größer wird das Vertrauen und damit die Aufgeschlossenheit für unsere Fragen und damit die Zuverlässigkeit und Genauigkeit der Antworten. Die Patienten wurden im depressionsfreien Intervall und außerhalb des Krankenhauses interviewt. Das Interview umfaßt das gesamte Leben sowie die Krankengeschichte der Patienten inklusive der wichtigsten Daten nahestehender Bezugspersonen. Es enthält u. a. auch Fragen nach Todesfällen und Trennungen, die natürlich nur einen geringen Teil der Interviewdauer in Anspruch nahmen.

Tabelle 1. Merkmale der Population. Depressive Patienten und Kontrollpersonen

	Endogen Depressive (n = 90)	Neurotisch Depressive (n = 38)	Kontroll- personen (n = 41)
Geschlecht:			
weiblich	66 = 73%	29 = 76%	28 = 68%
männlich	24 = 27%	9 = 24%	13 = 32%
Alter:			
46–50 Jahre	17 = 19%	7 = 18%	1 = 2,5%
51–55 Jahre	30 = 33%	19 = 50%	14 = 34%
56 und mehr	43 = 48%	12 = 32%	26 = 63,5%
χ^2 (s)	54.5 (11.6)	53.9 (5.6)	58.7 (9.7)
Schichtzugehörigkeit:			
Unterschicht	50 = 56%	24 = 63%	5 = 12%
Mittelschicht	32 = 35%	14 = 37%	27 = 66%
Oberschicht	8 = 9%	—	9 = 22%
Ersterkrankungsalter:			
19–29 Jahre	9 = 10%	2 = 5%	—
30–39 Jahre	19 = 21%	9 = 24%	—
40–49 Jahre	34 = 38%	19 = 50%	—
50 Jahre und mehr	28 = 31%	8 = 21%	—
Anzahl depressiver Erkrankungen:			
eine	28 = 31%	22 = 58%	—
zwei	23 = 25%	12 = 31%	—
drei	15 = 17%	1 = 3%	—
vier und mehr	24 = 27%	3 = 8%	—

Definition von „Verlust“-Ereignissen. Wir haben die Ereignis-Kategorie „Verlust“ für die vorliegende Untersuchung sehr eng definiert und uns auf Verluste von Personen beschränkt, die dem Patienten bzw. den Kontrollpersonen nahestanden. Konkret verstehen wir unter „Verlust in der Kindheit“ den Tod eines Elternteils oder eine mindestens ein Jahr anhaltende Trennung von einem Elternteil. Als Eltern gelten die Bezugspersonen, bei denen der Patient bzw. die Kontrollperson aufgewachsen ist, d. h. auch Pflegeeltern und Stiefeltern. Wir hielten auch fest, von welchen Bezugspersonen die Patienten bzw. Kontrollpersonen nach dem Tod oder der Trennung von den Eltern versorgt wurden. Die Kindheit haben wir als den Zeitraum bis zum 14. Lebensjahr definiert.

Fragestellung. Sie lautet: Unterscheiden sich endogen depressive von neurotisch depressiven Patienten in der Häufigkeit, in der sie in der Kindheit Verluste erleben? Verluste in der Kindheit wurden nach Verlustart (= Tod, Trennung, Tod plus Trennung), Verlustalter (bis 5., ab 6. Lebensjahr), Verlusthäufung (einmaliger, mehrmaliger Verlust) und Verlustperson (Mutter, Vater, beide Eltern) gesondert untersucht. Die Fragestellung wurde auch auf den Vergleich zwischen der Gesamtgruppe der depressiven Patienten und der Kontrollgruppe angewendet.

Ferner soll geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Verlusten in der Kindheit, dem Erkrankungsalter (bis 40., ab 41. Lebensjahr) und der Anzahl depressiver Erkrankungen (eine, zwei und mehr) besteht. Die Hypothesen wurden je nach Stichprobenumfang mit dem Chi-Quadrat-Test, mit oder ohne Kontinuitätskorrektur, sowie dem Fisher-Test geprüft.

Ergebnisse

Verluste in der Kindheit

Endogen vs. neurotisch depressive Patienten und Patienten vs. Kontrollpersonen *Häufigkeit von Verlusten.* 42% der endogen Depressiven, 47% der neurotisch Depressiven und 37% der Kontrollpersonen haben bis zum 14. Lebensjahr den Tod eines Elternteils oder eine bzw. mehrere mindestens ein Jahr dauernde Trennungen von einem oder beiden Elternteilen erlebt. Die Unterschiede zwischen den Verlustraten sind in keinem Fall signifikant. Das gilt auch dann, wenn man die Verlustraten nach der Art des Verlusts (= Tod plus Trennung) aufschlüsselt: 14% der endogen depressiven, 11% der neurotisch depressiven Patienten und 17% der Kontrollpersonen waren in ihrer Kindheit vom Tod eines Elternteils betroffen. 23% der endogen depressiven, 26% der neurotisch depressiven Patienten und 17% der Kontrollpersonen von einer oder mehreren Trennungen von den Eltern.

Einige wenige Patienten bzw. Kontrollpersonen (7) haben bis zum 14. Lebensjahr sowohl den Tod als auch die Trennung von einem Elternteil erlebt. Da es uns darauf ankam, Todesfälle und Trennungen gesondert untersuchen zu können, haben wir diese Fälle aus unseren Besprechungen ausgeschlossen.

Schicht. Die Überprüfung der Schichtabhängigkeit von Verlusten erbrachte keine signifikante Beziehung zwischen der Schicht der Eltern während der Kindheit der Patienten bzw. Kontrollpersonen und der Häufigkeit von Verlusten.

Verlusthäufung. Endogen und neurotisch Depressive haben in der Kindheit gleich häufig einen bzw. mehrere Todesfälle sowie eine bzw. mehrere Trennungen erlebt. Faßt man Todesfälle und Trennungen zusammen, so zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Differenzen. Auch die Differenzen zwischen den Verlustraten (ein- vs. mehrmaliger Verlust) depressiver Patienten und den Verlustraten der Kontrollgruppe waren weder für die Kategorie „Tod“ noch für die Kategorie „Trennung“ und auch nicht für die Kategorie „Verlust“ (= Tod plus Trennung) signifikant.

Verlustalter, Verlustperson. Bei der Erstellung der Häufigkeitsverteilung für die Kategorien Verlustalter und Verlustperson beschränkten wir uns auf die Personen, die nur von einem einzigen Todesfall oder nur von einer einzigen Trennung betroffen waren. Eine Ausnahme stellen 2 Patienten dar, die zwar mehrere Verluste erlebt, aber jedesmal die gleiche Bezugsperson verloren hatten. Bei der Einteilung nach dem Verlustalter haben wir dann für diese zwei Patienten das Alter herangezogen, in dem der erste Verlust erlebt wurde.

Die Zeitspanne bis zum 14. Lebensjahr wurde auf verschiedene Art und Weise unterteilt und führte in keinem Fall zu signifikanten Unterschieden zwischen endogen und neurotisch Depressiven sowie zwischen Depressiven und Kontrollpersonen.

Tabelle 2. Verlusthäufigkeit, Verlusthäufung, Verlustalter und Verlustperson bei depressiven Patienten und Kontrollpersonen

Verlusthäufigkeit, Verlusthäufung, Verlustalter, Verlustperson	Endogen Depressive (n = 90)	Neurotisch Depressive (n = 38)	Kontroll- gruppe (n = 41)
<i>Verlusthäufigkeit</i>			
Nur Tod der Eltern	13 = 14%	4 = 11%	7 = 17%
Nur Trennung von den Eltern	21 = 23%	10 = 26%	7 = 17%
Tod und Trennung von den Eltern	4 = 4%	2 = 5%	1 = 2%
Summe: Tod oder Trennung	38 = 42%	16 = 47%	15 = 37%
<i>Verlusthäufung</i>			
Tod eines Elternteils	12 = 13%	4 = 11%	7 = 17%
Tod beider Eltern	1 = 1%	0	0
eine Trennung von einem oder beiden Elternteilen	17 = 19%	7 = 18%	7 = 17%
mehrere Trennungen	4 = 4%	3 = 8%	0
Summe: Tod oder Trennung (= Verlust)			
ein Verlust	29 = 32%	11 = 29%	13 = 32%
mehrere Verluste	9 = 10%	5 = 13%	1 = 2%
<i>Verlustalter</i>			
Tod eines Elternteils bis zum 5. Lebensjahr	5 = 6%	1 = 3%	2 = 5%
Tod eines Elternteils ab dem 6. Lebensjahr	7 = 8%	3 = 8%	5 = 12%
Trennung bis zum 5. Lebensjahr	11 = 12%	4 = 11%	3 = 7%
Trennung ab dem 6. Lebensjahr	7 = 8%	5 = 16%	4 = 10%
<i>Verlustperson</i>			
Tod der Mutter	4 = 4%	1 = 3%	3 = 7%
Tod des Vaters	8 = 9%	3 = 8%	4 = 10%
Trennung von der Mutter	4 = 4%	0	1 = 2%
Trennung vom Vater	4 = 4%	3 = 8%	4 = 10%
Gleichzeitige Trennung von beiden Eltern	10 = 11%	6 = 16%	2 = 5%

Endogen und neurotisch Depressive sowie depressive Patienten und Kontrollpersonen unterscheiden sich auch nicht durch die Verlustperson, d.h. das Elternteil, das verloren wurde. Wir überprüften zusätzlich, ob sich Differenzen zwischen den Verlustraten zeigen, wenn man die Variablen Verlustalter und Verlustperson kombiniert. Das war jedoch nicht der Fall.

Geschlecht. Auch die Berücksichtigung des Geschlechts der Patienten und Kontrollpersonen führte nicht zu signifikanten Beziehungen: Frauen und Männer erleben den Tod eines Elternteils und die Trennung von einem oder beiden

Elternteilen gleich häufig, sind in den verschiedenen Altersstufen gleich häufig von Verlusten betroffen und unterscheiden sich auch nicht hinsichtlich des Elternteils, der verloren wurde. Das gilt für den Vergleich von endogen und neurotisch Depressiven sowie von Depressiven und Kontrollpersonen.

Verluste in der Kindheit und spätere depressive Erkrankung

Wir prüften zunächst, in welcher Beziehung die Variablen Ersterkrankungsalter, Anzahl der depressiven Erkrankungen, Diagnose und Geschlecht der Patienten zueinander stehen. Während das Geschlecht der Patienten in keinem Zusammenhang zu den restlichen Variablen steht, zeigte sich eine signifikante Beziehung zwischen der Diagnose und der Anzahl der depressiven Erkrankungen: bei endogen Depressiven sind eher zwei und mehr als eine Erkrankung zu erwarten ($P < 0,01$). Eine zweite signifikante Beziehung besteht zwischen der Anzahl der depressiven Erkrankungen und dem Alter bei der ersten Erkrankung: bei einem Ersterkrankungsalter vor dem 40. Lebensjahr sind eher zwei oder mehr depressive Erkrankungen zu erwarten. Das gilt sowohl für endogen als auch für neurotisch depressive Patienten ($P < 0,05$ und $0,01$).

Tod der Eltern. Sieht man davon ab, welches Elternteil verloren wurde, so zeigen sich keine Wechselbeziehungen zwischen Verlusten in der Kindheit und späterer Erkrankung. Berücksichtigt man hingegen die Verlustperson, so zeichnen sich Zusammenhänge ab, und zwar zwischen dem Tod der Mutter und dem Ersterkrankungsalter: alle Patienten (5), die ihre Mutter verloren haben, erkranken nicht vor, sondern nach dem 40. Lebensjahr zum erstenmal ($P = 0,11$). Vier dieser 5 Patienten erleben später nur eine depressive Erkrankung ($P = 0,08$). Zwischen dem Tod des Vaters und dem Ersterkrankungsalter besteht kein statistisch gesicherter Zusammenhang. Der Tod des Vaters hängt jedoch mit der Anzahl der Erkrankungen zusammen: alle 8 endogen depressiven Patienten, die den Vater verloren haben, erkranken später mehr als einmal ($P = 0,04$). Für die Gesamtgruppe der depressiven Patienten gilt, daß 10 von 11 Patienten, deren Vater in der Kindheit starb, mehr als einmal erkranken ($P = 0,03$).

Was das Verlustalter (bis zum 5. Lebensjahr, ab dem 6. Lebensjahr) betrifft, so konnte kein Zusammenhang zwischen Ersterkrankungsalter und der Anzahl der depressiven Erkrankungen festgestellt werden.

Trennung von den Eltern. Zwischen dem Ersterkrankungsalter und Trennungen von den Eltern bestehen folgende Zusammenhänge: Unter Außerachtlassung des Elternteils liegt die Signifikanz der Zusammenhänge sowohl für endogen wie auch für neurotisch Depressive knapp unter dem 10%-Niveau. Sie wird erst für die Gesamtgruppe der Patienten auf den 5%-Niveau signifikant: 36% der Früh-erkrankten, aber nur 15% der Späterkrankten sind in der Kindheit von einem oder beiden Elternteilen getrennt worden. Der Zusammenhang zwischen Ersterkrankungsalter und Trennungen wird in erster Linie durch die Trennung vom Vater hergestellt. Sechs von 7 Patienten, die vom Vater getrennt wurden, erkranken vor dem 40. Lebensjahr ($P = < 0,003$). Diese Beziehung ist sowohl bei endogen als auch bei neurotisch depressiven Patienten signifikant. Die Trennung von der Mutter steht in einem schwächeren Zusammenhang mit der Erst-erkrankung vor dem 40. Lebensjahr, während die gleichzeitige Trennung von beiden Eltern bei endogen

Tabelle 3. Zusammenhang zwischen Ersterkrankungen und Trennung von den Eltern

	Verlustperson:					
	Trennung von der Mutter		Trennung vom Vater		gleichzeitige Trennung von beiden Eltern	
	<i>P</i>		<i>P</i>		<i>P</i>	alle Trennungen
<i>Ersterkrankungsalter</i>						
Endogen Depressive						
bis 40. Lebensjahr (<i>n</i> = 28)	3 = 11%	0.09	3 = 11%	0.09	3 = 11%	9 = 32%
ab 41. Lebensjahr (<i>n</i> = 62)	1 = 2%		1 = 2%		7 = 11%	9 = 10%
						n.s.
Neurotisch Depressive						
bis 40. Lebensjahr (<i>n</i> = 11)	0	—	3 = 27%	0.02	2 = 18%	5 = 45%
ab 41. Lebensjahr (<i>n</i> = 27)	0		0		4 = 15%	4 = 15%
						n.s.
Alle Patienten						
bis 40. Lebensjahr (<i>n</i> = 39)	3 = 8%	0.09	6 = 15%	0.003	5 = 13%	14 = 36%
ab 41. Lebensjahr (<i>n</i> = 89)	1 = 1%		1 = 1%		11 = 12%	13 = 15%
						< 0.05
<i>Anzahl depressiver Erkrankungen</i>						
Endogen Depressive						
eine (<i>n</i> = 28)	1 = 4%	n.s.	0	n.s.	7 = 25%	8 = 29%
zwei und mehr (<i>n</i> = 62)	3 = 5%		4 = 6%		3 = 5%	10 = 36%
						n.s.
Neurotisch Depressive						
eine (<i>n</i> = 22)	—	—	0	0.07	3 = 14%	3 = 14%
zwei und mehr (<i>n</i> = 16)	—		3 = 19%		3 = 19%	6 = 38%
						n.s.
Alle Patienten						
eine (<i>n</i> = 50)	1 = 2%	n.s.	0	0.03	10 = 20%	11 = 22%
zwei und mehr (<i>n</i> = 78)	3 = 4%		7 = 9%		6 = 8%	16 = 21%
						n.s.

Depressiven, bei neurotisch Depressiven und auch in der Gesamtgruppe der Patienten weder eine frühe noch eine späte Ersterkrankung erwarten läßt.

Nur für die Gesamtgruppe der Patienten trifft zu, daß eine frühe, d. h. bis zum 5. Lebensjahr stattfindende Trennung von einem oder beiden Elternteilen mit einer Ersterkrankung bis zum 40. Lebensjahr zusammenhängt ($P < 0,10$).

Die Beziehung zwischen Trennungen und der *Anzahl depressiver Erkrankungen* können folgendermaßen beschrieben werden: Faßt man alle Trennungen zusammen, so zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Die Berücksichtigung der Verlustperson deckt wiederum einige Zusammenhänge auf. Während zwischen der Trennung von der Mutter und der Anzahl von Erkrankungen kein Zusammenhang besteht, geht die Trennung vom Vater wiederum mit einer bestimmten Ausprägung der Depression einher: alle Patienten (7), die in der Kindheit vom Vater getrennt wurden, erkrankten später mehr als einmal; kein Patient, der nur eine Depression erlebt, ist in der Kindheit vom Vater getrennt worden ($P = < 0,03$). Bei Patienten, die gleichzeitig von beiden Eltern getrennt wurden, ist eine gegenläufige Tendenz zu beobachten. Sie erkrankten im Vergleich zu den Patienten, die nicht von ihren Eltern getrennt wurden, eher nur einmal (Gesamtgruppe: $P < 0,10$).

Das Verlustalter steht bei der Gesamtgruppe der Patienten in keinem Zusammenhang zur Anzahl der depressiven Erkrankungen. Bei Berücksichtigung der Diagnose lassen sich signifikante Beziehungen zwischen Trennungen ab dem 6. Lebensjahr und der Anzahl der Erkrankungen feststellen, während frühe Trennungen (bis zum 5. Lebensjahr) keine bestimmte Erkrankungsanzahl erwarten lassen. Endogen Depressive, die ab dem 6. Lebensjahr von einem oder beiden Eltern getrennt werden, erkrankten später eher nur einmal ($P = < 0,03$). Hier besteht eine schwache Beziehung zwischen Verlustalter und Verlustperson: unter den Patienten, die nach dem 6. Lebensjahr von einer Trennung betroffen sind, sind diejenigen leicht überrepräsentiert, die beide Eltern gleichzeitig verlieren. Das heißt, daß die oben erwähnte Beziehung zwischen gleichzeitigem Verlust der Eltern und Einphasigkeit auch durch das Verlustalter (ab dem 6. Lebensjahr) vermittelt ist. Bei neurotisch depressiven Patienten ist eine entgegengesetzte Tendenz beobachtbar: Patienten, die nach dem 6. Lebensjahr von einem oder beiden Elternteilen getrennt wurden, erkrankten später häufiger als einmal ($P = < 0,09$).

Tod oder Trennung von den Eltern. Wir fassen im folgenden die beiden Verlustarten (= Tod plus Trennung) zusammen. Unsere Berechnungen stützen sich wie bisher nur auf die Patienten, die in der Kindheit entweder nur einen einzigen Verlust erlebt haben, nämlich einen Todesfall oder eine Trennung, sowie auf die wenigen Patienten, die mehrmals die gleiche Bezugsperson verloren haben.

Die Beziehungen zwischen dem Verlust der Mutter und dem Alter bei der ersten Erkrankung sind nun nicht mehr signifikant, da gegenläufige Tendenzen – bei Tod der Mutter späte, bei Trennung frühe Ersterkrankung – durch die Zusammenfassung der Verlustarten nivelliert werden. Auch hinsichtlich der Anzahl der depressiven Erkrankungen lassen sich keine bestimmten Voraussagen mehr machen. Im Gegensatz dazu bleiben die Beziehungen zwischen dem Verlust des Vaters und der weiteren Ausprägung der Depression erhalten. Bei endogen und bei neurotisch depressiven Patienten sind eher eine frühe Ersterkrankung ($P < 0,01$ für

Tabelle 4. Tod und Trennung von Eltern in der Kindheit depressiver früh- und späterkrankter, ein- und mehrmals erkrankter Patienten

Ersterkrankungsalter und Anzahl depressiver Erkrankungen	Tod und Trennung von der Mutter		Tod und Trennung vom Vater		Gleichzeitige Trennung von beiden Eltern		Alle Verluste
	P		P		P		
<i>Ersterkrankungsalter</i>							
Endogen Depressive							
bis 40. Lebensjahr (n = 28)	3 = 11%	n.s.	7 = 25%	<0.10	3 = 11%	13 = 46%	<0.10
ab 41. Lebensjahr (n = 62)	5 = 8%		5 = 8%		7 = 11%	17 = 27%	
Neurotisch Depressive							
bis 40. Lebensjahr (n = 11)	—	—	4 = 26%	<0.10	2 = 18%	6 = 55%	n.s.
ab 41. Lebensjahr (n = 27)	1 = 4%		2 = 7%		4 = 15%	7 = 26%	
Alle Patienten							
bis 40. Lebensjahr (n = 39)	3 = 8%	n.s.	11 = 28%	<0.01	5 = 13%	19 = 50%	<0.10
ab 41. Lebensjahr (n = 89)	6 = 7%		7 = 8%		11 = 12%	24 = 27%	
<i>Anzahl depressiver Erkrankungen</i>							
Endogen Depressive							
eine (n = 28)	4 = 14%	n.s.	0	0.008	7 = 25%	11 = 39%	n.s.
zwei und mehr (n = 62)	4 = 6%		12 = 19%		3 = 5%	19 = 31%	
Neurotisch Depressive							
eine (n = 22)	1 = 5%	—	1 = 5%	0.04	3 = 14%	5 = 23%	n.s.
zwei und mehr (n = 16)	—		5 = 31%		3 = 19%	8 = 50%	
Alle Patienten							
eine (n = 50)	5 = 10%	n.s.	1 = 2%	0.009	10 = 20%	16 = 32%	n.s.
zwei und mehr (n = 78)	4 = 5%		17 = 22%		6 = 8%	27 = 35%	

Gesamtgruppe) und eine Mehrzahl von Erkrankungen ($P < 0,0009$) zu erwarten. 17 von 18 Patienten, die den Vater in der Kindheit durch Tod oder Trennung verloren haben, erkranken später mehr als einmal. Die Ergebnisse für die gleichzeitige Trennung von beiden Eltern haben wir bereits geschildert. Sieht man davon ab, welches Elternteil in der Kindheit verloren wurde, so sind die Beziehungen zwischen Verlusten und späterer Erkrankung wesentlich schwächer als bei Berücksichtigung der Verlustperson. Es ist immer noch eine frühe Ersterkrankung zu erwarten ($P < 0,05$), der Zusammenhang zur Anzahl der Erkrankungen ist jedoch nicht mehr signifikant, weil sich entgegengesetzte Beziehungen – bei Verlust des Vaters mehrere, bei Verlust der Eltern nur eine Erkrankung – gegenseitig aufheben. Auch das Verlustalter steht nur noch in tendenzieller Beziehung zum Ersterkrankungsalter: Patienten, die vor dem 5. Lebensjahr Verluste erlebt haben, erkranken häufiger vor dem 40. Lebensjahr als Patienten, die kein Elternteil in der Kindheit verloren haben.

Früh- und Späterkrankte, ein- und mehrphasig Depressive vs. Kontrollpersonen
Zuletzt prüften wir, ob die Verlustraten Früh- und Späterkrankter sowie ein- und mehrphasig Depressiver von den Raten der Kontrollpersonen abweichen. Zu diesem Zweck faßten wir endogen und neurotisch depressive Patienten zusammen, da in den bisherigen Berechnungen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aufgetreten waren. Wir stützten unsere Prüfung wiederum nur auf die Patienten, die in der Kindheit entweder nur Todesfälle oder nur Trennungen erlebt hatten und nahmen nun auch die Patienten hinzu, die bei mehrmaliger Trennung jedes Mal eine andere Bezugsperson verloren hatten.

Früh- und späterkrankte sowie ein- und mehrmals erkrankte Patienten sind gleich häufig vom Tod eines Elternteils betroffen wie Kontrollpersonen. Wir hatten dabei auch zu überprüfen, ob die Aufschlüsselung nach der Verlustperson zu signifikanten Differenzen zwischen Patienten und Kontrollpersonen führt. Das war jedoch nicht der Fall. Anders verhält es sich mit dem Vergleich von Patienten und Kontrollpersonen in bezug auf Trennungen. Während Patienten, die nach dem 41. Lebensjahr zum ersten Mal erkranken, nahezu ebenso häufig von ihren Eltern getrennt werden wie Kontrollpersonen, ist der Anteil der von Trennungen betroffenen Patienten bei den Früherkrankten signifikant höher als der Anteil der Kontrollgruppe (46% vs. 17%; $P < 0,01$). Die Aufteilung der depressiven Patienten nach der Anzahl der Erkrankungen erbrachte keine signifikanten Differenzen zwischen Patienten und Kontrollpersonen. Für die Summe von Todesfällen und Trennungen gilt erwartungsgemäß, daß Früherkrankte signifikant häufiger in der Kindheit Verluste der Eltern erleben als Kontrollpersonen (59% vs. 34%; $P < 0,05$). Die Berücksichtigung der Anzahl der depressiven Erkrankungen differenziert hingegen nicht zwischen den Verlustraten von Kontrollpersonen und depressiven Patienten.

Diskussion

Depressive Patienten vs. Kontrollpersonen

Eine Schwäche unserer Untersuchung liegt zweifelsohne darin, daß wir die Repräsentativität unserer Kontrollgruppe bezüglich der Verlustraten nicht ab-

schätzen können. Unsere Befunde stimmen jedoch mit Hopkinson u. Reed (1966), Pitts et al. (1965) und Abrahams u. Whitlock (1969) überein, die ebenso wie wir keine Differenzen zwischen den Todesfall-, Trennungs- und Verlustraten psychotisch depressiver Patienten und Kontrollpersonen feststellen konnten. Wir haben auch ebenso wie Abrahams und Whitlock (1969) bei neurotisch Depressiven und Kontrollpersonen gleich hohe Verlustraten gefunden.

Im Gegensatz zu Dennehy (1966) besteht aufgrund unserer Daten keine Beziehung zwischen der Schichtzugehörigkeit der Eltern der Patienten bzw. Kontrollpersonen und der Todesfallrate. Wir haben auch nicht feststellen können, daß depressive Patienten in bestimmten Altersstufen gehäuft Elternteile verlieren. Den verschiedenen, einander widersprechenden Befunden über den bevorzugten Verlust einer bestimmten Bezugsperson können wir nur unsere Ergebnisse hinzufügen, wonach depressive Patienten weder Vater noch Mutter häufiger verlieren als Kontrollpersonen.

Endogen vs. neurotisch depressive Patienten

Wir können uns Beck et al. (1963), Forrest et al. (1965) und Oltman u. Friedman (1966) anschließen, die ebenfalls keine Differenzen zwischen den Todesfallraten endogen und neurotisch depressiver Patienten fanden. Bezüglich der Trennungsraten weichen unsere Befunde von Oltman u. Friedman (1966) ab. In unserer Stichprobe liegt die Trennungsrate neurotisch depressiver Patienten nur geringfügig und nicht signifikant höher als die der endogen depressiven Patienten. Auch bei der Untersuchung der Beziehungen zwischen Verlusten in der Kindheit und der Ausprägung der depressiven Erkrankung (Ersterkrankungsalter und Anzahl depressiver Erkrankungen) konnten wir durchgehend identische Zusammenhänge für neurotisch und endogen depressive Patienten feststellen.

Ersterkrankungsalter und Anzahl depressiver Erkrankungen, Vergleich mit Kontrollgruppe

Wenn Verluste in der Kindheit aufgrund unserer Daten weder das Vorkommen von Depressionen im Erwachsenenalter noch die Art der Depression (endogen/neurotisch) prädisponieren, so legen unsere Daten doch die Annahme nahe, daß es Beziehungen zwischen frühen Verlusten und dem Alter bei der ersten Erkrankung sowie der Anzahl depressiver Erkrankungen gibt.

Während wir fanden, daß Verluste in der Kindheit, und zwar insbesondere Trennungen, zwischen Früh- und Späterkrankten differenzieren, haben Cadoret et al. (1972) bei depressiven Patienten und Roy (1980) bei manisch-depressiven Patienten keine Beziehung zwischen Todesfällen und Trennungen in der Kindheit und Ersterkrankungsalter finden können. Möglicherweise sind die diskrepanten Ergebnisse darauf zurückzuführen, daß Roys Patienten die Diagnose manisch-depressiv aufwiesen und Cadoret et al. Trennungen weiter definiert haben als wir und etwa bereits eine dreimonatige Abwesenheit eines Elternteils als Trennung gelten ließen. Unsere Ergebnisse stehen denen von Birtchnell (1970) und Perris (1966) näher. Birtchnell fand signifikante Differenzen zwischen den Todesfallraten schwer depressiver Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung jünger als 40 Jahre alt waren, und schwer depressiven älteren Patienten. In

unserer Stichprobe unterscheiden sich Früh- und Späterkrankte allerdings nicht durch die Todesfall-, sondern durch die Trennungsraten. Perris hatte bei unipolar depressiven Patienten mit mindestens drei Phasen, die unter „ungünstigen familiären Bedingungen“ (u. a. Tod und Trennung von Eltern) aufgewachsen waren, eine durchschnittlich zehn Jahre frühere Ersterkrankung gefunden als bei unipolar Depressiven ohne diese Bedingungen.

Eine Reihe von Autoren haben berichtet, daß schwer depressive Patienten in der Kindheit häufiger Todesfälle und Verluste erleben als Leichtdepressive (Beck et al. 1963; Sethi 1964; Munro 1966; Birtchnell 1970; Brown et al. 1977). Diese Autoren definierten die Schwere der Depression anhand der Symptomatik. Da wir keine Daten über die Symptomatik herangezogen haben und auch keine Informationen über den Zusammenhang zwischen Ersterkrankungsalter, Anzahl depressiver Erkrankungen und Schwere der Symptomatik zur Verfügung haben, bleibt offen, wie man unsere Befunde mit den Arbeiten über die Schwere der Depression in Beziehung setzen kann. Da früh erkrankte neurotisch und endogen depressive Patienten unserer Stichprobe ebenso erhöhte Verlustraten, und zwar insbesondere Trennungen vom Vater, aufweisen wie Patienten mit schwerer Symptomatik oder langanhaltender Depression, liegt die Vermutung nahe, daß zwischen früher Erkrankung und schwerer Symptomatik bzw. langer Dauer ein Zusammenhang besteht. Diese Frage bedarf einer weiteren Untersuchung. Während Verluste in der Kindheit nur mit einem frühen Ersterkrankungsalter in signifikantem Zusammenhang stehen, ist die Beziehung zwischen der Anzahl depressiver Erkrankungen und Verlusten komplexer: einerseits kommen Verluste, und zwar gleichzeitige Trennung von beiden Eltern bei einphasigen Depressionen gehäuft vor, und andererseits gehen Verluste, und zwar der Tod und die Trennung vom Vater, mit zwei und mehr Erkrankungen einher.

Obwohl die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Maßen der Schwere einer Depression unklar bleiben, scheint es uns doch von Bedeutung zu sein, daß die von uns gewählten Parameter der depressiven Erkrankung, nämlich Ersterkrankungsalter und Anzahl depressiver Erkrankungen, signifikant differierende Verlustraten innerhalb der Patientengruppe und auch zwischen Patienten und Kontrollpersonen zum Vorschein brachten. Beim Vergleich zwischen depressiven Patienten und Kontrollpersonen erwies sich insbesondere die Berücksichtigung des Ersterkrankungsalters als fruchtbar. Während wir zunächst keine Unterschiede zwischen den Verlustraten depressiver Patienten und Kontrollpersonen gefunden hatten, zeigten sich bei der Gegenüberstellung von früh-erkrankten Depressiven und Kontrollpersonen erhebliche Differenzen, und zwar insbesondere in den Trennungsraten. Ähnliche Befunde liegen von Munro (1966) vor, der Patienten mit schwerer Symptomatik und Kontrollpersonen verglich und bei schwer Depressiven signifikant höhere Todesfallraten fand.

Bewährt hat sich in unserer Arbeit auch die Berücksichtigung der Verlustart und der Verlustperson. Wenn wir nicht zwischen Tod und Trennung unterschieden und Verluste von Mutter, Vater und beiden Eltern gesondert untersucht hätten, wären wesentlich weniger Beziehungen zwischen Verlusten in der Kindheit und Merkmalen der späteren Erkrankung aufgedeckt worden.

Unsere Ergebnisse zur Verlustperson können wir noch nicht schlüssig interpretieren. Aufgrund einer vorläufigen Analyse unserer Daten über das Schicksal

der Patienten nach dem Verlust eines oder beider Elternteile nehmen wir an, daß der Verlust des Vaters, der mit einem Ersterkrankungsalter vor dem 39. Lebensjahr korreliert, mehr Belastungen mit sich bringt als die gleichzeitige Trennung von beiden Eltern, die vermehrt bei Einphasigkeit mit frühem Ersterkrankungsalter zu finden ist. Nach dem Tod oder der Trennung vom Vater, der wohl meistens Konflikte zwischen den Eltern vorangegangen sein dürften, bleiben die Patienten in der Mehrzahl der Fälle mehrere Jahre mit der Mutter allein. Nur wenige Mütter heiraten wieder, so daß man eine erhebliche psychische, physische und materielle Belastung der Mütter annehmen kann, die sich auf die weitere Entwicklung der Patienten auswirken könnte. Im Gegensatz dazu hat die gleichzeitige Trennung von beiden Eltern bzw. Bezugspersonen, bei denen der Patient von Geburt an aufgewachsen ist, meistens zur Folge, daß die Patienten zu Großeltern oder Verwandten kommen. Einige Patienten kehren auch von den Großeltern, Pflegeeltern und Verwandten, bei denen sie aufgewachsen sind, zur leiblichen Mutter zurück, die meistens in der Zwischenzeit geheiratet hat.

Bei alledem ist jedoch daran zu erinnern, daß das Vorkommen von Verlusten in der Kindheit nicht zu Depressionen im späteren Leben prädisponiert. Nicht depressive, „normale“ Personen erleben ebenso häufig Verluste in der Kindheit wie depressive Patienten, und von den Patienten, die vor dem 40. Lebensjahr zum erstenmal erkranken, wird zwar ein großer Anteil in der Kindheit von den Eltern getrennt (46%), aber ein ebenso großer Teil ist in der Kindheit nicht von Trennungen betroffen. Wir untersuchen daher z. Zt. die äußeren Konstellationen und deren Folgen für die Verarbeitung von Verlusten in der Kindheit. Wir hoffen, daß dadurch Hinweise für die Beantwortung der Frage zu bekommen, ob und welche Faktoren bei Verlusten in der Kindheit für spätere Depressionen prädisponieren.

Literatur

- Abrahams MJ, Whitlock FA (1969) Childhood experience and depression. *Br J Psychiatry* 115:883–888
- Ascher E (1951/52) A criticism of the concept of neurotic depression. *Am J Psychiatry* 108: 901–908
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561–571
- Beck AT, Sethi BB, Tuthill RW (1963) Childhood bereavement and adult depression. *Arch Gen Psychiatry* 9:295–302
- Birtchnell J (1970) Depression in relation to early and recent parent death. *Br J Psychiatry* 116: 299–306
- Brown F (1961) Depression and childhood bereavement. *J Ment Sci* 107:754–772
- Brown F (1966) Childhood bereavement and subsequent psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 112:1035–1041
- Brown GW, Harris T, Copeland JR (1977) Depression and loss. *Br J Psychiatry* 130:1–18
- Brown GW, Ni Bhrolchain M, Harris TO (1979) Psychotic and neurotic depression: Part 3. Aetiological and background factors. *J Affect Disord* 1:195–211
- Cadoret RJ, Winokur G, Dorzab J, Baker M (1972) Depressive disease: Life events and onset of illness. *Arch Gen Psychiatry* 26:133–136
- Dennehy CM (1966) Childhood bereavement and psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 112: 1049–1069

- Forrest AD, Fraser RH, Priest RG (1965) Environmental factors in depressive illness. *Br J Psychiatry* 111:243–253
- Gay MJ, Tonge WL (1967) The late effects of loss of parents in childhood. *Br J Psychiatry* 113:753–759
- Hamilton M, White JM (1959) Clinical syndrome in depressive states. *J Ment Sci* 105:985–998
- Hopkinson G, Reed GF (1966) Bereavement in childhood and depressive psychosis. *Br J Psychiatry* 112:459–463
- Hudgens RW, Morrison JR, Barchha RG (1967) Life events and onset of primary affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 16:134–145
- Lewis AJ (1934) Melancholia: A clinical survey of depressive states. *J Ment Sci* 80:277–378
- Lloyd C (1980) Life events and depressive disorder reviewed. *Arch Gen Psychiatry* 37:529–535
- Matussek P, Halbach A, Troeger U (1965) *Endogene Depression*. Urban & Schwarzenberg, München Berlin
- Munro A (1966) Parental deprivation in depressive patients. *Br J Psychiatry* 112:443–457
- Oltman JE, Friedman S (1966) Parental deprivation in psychiatric disorders. *Dis Nerv Syst* 27:239–244
- Paykel ES, Myers JU, Pinelt LM, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP (1969) Life event and depression: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 21:753–760
- Perris C (1966) A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat Scand, Suppl* 194:1–188
- Pitts FN, Meyer J, Brooks M (1965) Adult psychiatric illness assessed for childhood parental loss, and psychiatric illness in family members: A study of 748 patients and 250 controls. *Am J Psychiatry* 121:I–X
- Roy A (1980) Parental loss in childhood and onset of manic-depressive illness. *Br J Psychiatry* 136:86–88
- Sethi BB (1964) Relationship of separation to depression. *Arch Gen Psychiatry* 10:486–496
- Scheuch EK (1961) Sozialprestige und soziale Schicht. *Koelner Z Soziol Soz Psych* 5:65–103
- Spitzer RL, Endicott JE, Robins E (1978) *Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders*, 3rd edn. New York State Psychiatric Institute, Biometric Research, New York

Eingegangen am 10. März 1980