

University of Louisville

ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository

Faculty Scholarship

2003

Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter : Ergebnisse einer Follow-Up-Studie (Universal, school-based prevention of depression in adolescence : results of a follow-up study).

Gunter Groen

Patrick Pössel
University of Louisville

Susanne Al-Wiswasi

Franz Petermann

Follow this and additional works at: <https://ir.library.louisville.edu/faculty>



Part of the [Cognitive Psychology Commons](#), and the [Counseling Psychology Commons](#)

Original Publication Information

Groen, Gunter, Patrick Pössel, Susanne Al-Wiswasi and Franz Petermann. "Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie." 2003. *Kindheit und Entwicklung*, 12(3): 164-174.

This Article is brought to you for free and open access by ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository. It has been accepted for inclusion in Faculty Scholarship by an authorized administrator of ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository. For more information, please contact thinkir@louisville.edu.

Gunter Groen¹, Patrick Pössel², Susanne Al-Wiswasi¹ und Franz Petermann¹

Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie *

¹ Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

² Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

Zusammenfassung. Es werden Evaluationsergebnisse für eine universelle, schulische Präventionsmaßnahme zur Vorbeugung depressiver Symptome im Jugendalter vorgestellt. Bei der Präventionsmaßnahme handelt es sich um das in Tübingen entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm „*Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag*“ (LARS&LISA; Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in Druck). In der evaluierten Version umfasste das Programm neun Sitzungen à 90 Minuten und wurde mit insgesamt 179 Schülern und Schülerinnen durchgeführt. Effekte wurden im Rahmen einer kontrollierten Studie mit einer Prä- und Post-Erhebung sowie einem Elf-Monats-Follow-Up überprüft. Als Ergebnis zeigen sich noch keine bedeutsamen Effekte auf die Depressionssymptomatik, jedoch bereits verschiedene positive Auswirkungen vor allem im Hinblick auf selbstwert-relevante kognitive Faktoren, als ein wichtiges Präventionsziel. Diese Effekte könnten wiederum präventiv auf eine spätere depressive Entwicklung wirken. Weiterhin ergab sich ein Trend für eine vorbeugende Wirkung des Programms im Hinblick auf aggressives Verhalten.

Schlagwörter: Depression, Jugendliche, Prävention, Schule, Evaluation

* Die Studie wurde durch die Kommission für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs (FNK 11/105/8) der Universität Bremen gefördert. Wir möchten uns herzlich bei den teilnehmenden Schulen und Schülern, ihren Lehrern und Eltern sowie den beteiligten Diplomandinnen für ihr Engagement bedanken.

Universal, School-based Prevention of Depression in Adolescence: Results of a Follow-Up Study

Abstract. This paper presents results of an evaluation of an universal, school-based prevention program aimed at preventing depression in adolescence. This training named „Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag“ (LARS & LISA; Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in press) was developed in Tübingen and constitutes a cognitive-behavioral group-training. The evaluated version consisted of nine 90-minute sessions and was carried out with 179 students. In the context of a controlled study, with pre- and postassessment and an eleven-months-follow-up, effects on different outcomes were reviewed. As a result, as yet no significant effects in regard to depressive symptomatology appeared. However, several positive effects in view of cognitive factors relevant to self-worth were found which in turn could have a preventive effect on future depressive symptomatology. Further a trend for the prevention of aggressive behavior was found.

Key words: Depression, adolescents, prevention, school, evaluation

Zahlreiche internationale empirische Befunde belegen heute, dass depressive Symptome und Störungen im Jugendalter ein weit verbreitetes, oftmals folgenreiches und ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem darstellen. Depressive Jugendliche zeigen in vielen Fällen erhebliche Alltagsbeeinträchtigungen und verschiedene komorbide psychische Probleme. Sie tragen ein deutliches Risiko, auch in ihrer weiteren Entwicklung – bis in das Erwachsenenalter – unter anhaltenden oder wiederkehrenden depressiven Episoden, anderen psychischen Störungen und psychosozialen Beeinträchtigungen zu leiden (vgl. Groen & Petermann, 2002). Neben der persönlichen Leidensgeschichte der Betroffenen ist davon auszugehen, dass bereits depressive Störungen im Jugendalter mit hohen und längerfristigen öffentlichen Kosten zusammenhängen, die etwa durch notwendige Behandlungsmaßnahmen oder spätere finanzielle Aufwendungen (z.B. durch Arbeitszeitausfälle, Frühberentungen) entstehen können (vgl. Cicchetti & Toth, 1998; Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001; Harrington & Clark, 1998).

Um depressiven Störungen im Jugendalter und den damit einhergehenden Komplikationen vorzubeugen, ist in den letzten Jahren damit begonnen worden, spezifische Präventionsprogramme zu konzipieren und zu erproben. Grundsätzlich unterscheiden lassen sich dabei universelle und selektive Präventionsansätze. Selektive Präventionsmaßnahmen richten sich an Kinder und Jugendliche, bei denen bereits eine erhöhte Depressionsgefährdung besteht. Zielgruppen derartiger Programme sind etwa Kinder und Jugendliche mit ersten Anzeichen einer beginnenden Depression (Clarke et al., 1995; Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994) oder Kinder und Jugendliche mit einem affektiv erkrankten Elternteil (Beardslee et al., 1997a; b; c). Universelle Präventionsprogramme richten sich dagegen prinzipiell an die gesamte Bevölkerungsgruppe und können etwa mit Schulklassen durchgeführt werden (z.B. Shochet, Whitefield & Holland, 1997). Pössel und Hautzinger (2003) diskutieren Vor- und Nachteile beider Strategien und stellen Beispiele für entsprechende Programme vor, die mittlerweile auch im deutschen Sprachraum existieren.

Im größten Teil der vorliegenden Präventionsprogramme wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen verwirklicht, das sich auch bei der Therapie depressiver Jugendlicher zu bewähren scheint (vgl. Asarnow, Jaycox & Tompson, 2001; Lewinsohn, Clarke & Hautzinger, 1999; Michael & Crowley, 2002). Auch im Hinblick auf die Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen zur Vorbeugung depressiver Symptome und Störungen im Jugendalter liegen heute erste empirische Befunde vor. Diese sind teilweise vielversprechend, bedürfen aber aufgrund ihres noch sehr vorläufigen und inkonsistenten Charakters weitergehender Überprüfung (vgl. Asarnow, Jaycox & Tompson, 2001; Beardslee & Gladstone, 2001; Clarke, 1999; Gillham, Shatté & Freres, 2000; Groen, Al-Wiswasi & Petermann, 2002; Harrington & Clark, 1998). Vor allem für die Auswirkungen universeller, depressionsspezifischer Präventionsmaßnahmen liegen gegenwärtig erst sehr wenige Ergebnisse für längere Nachuntersuchungszeiträume vor; ebenso vergleichsweise selten sind Befunde, die neben der Depressionsausprägung andere relevante Outcome-Faktoren (wie kognitive Faktoren oder andere Verhaltensauffälligkeiten) berücksichtigen (vgl. Pössel & Hautzinger, 2003). Im Rahmen der hier vorgestellten Studie mit Kontrollgruppen-Design und Elf-Monats-Follow-Up wurden differentielle Effekte eines neu entwickelten universellen, schulischen Präventionsprogramms überprüft, das mit Jugendlichen siebter Schulklassen in Bremen durchgeführt wurde.

Methodik

Das Präventionsprogramm: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im Sozialen Alltag (LARS&LISA)

Bei der evaluierten Präventionsmaßnahme handelt es sich um das in Tübingen entwickelte Trainingsprogramm „*Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag*“ (LARS&LISA; Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in Druck). Im Rahmen dieses kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms werden zentrale Aspekte fokussiert, denen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung beziehungsweise der Vorbeugung und Behandlung depressiver Symptome und Störungen im Jugendalter beigemessen wird. LARS&LISA zielt darauf ab, ungünstige negative Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster sowie unangemessenes Sozialverhalten zu reduzieren beziehungsweise angemessene positive Denkmuster sowie soziale Kompetenzen als zentrale Schutzfaktoren zur Vorbeugung depressiver Entwicklungen zu fördern. Die theoretische Grundlage für das Training stellt das Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1993) dar, in dem Verhalten als das Endergebnis einer Sequenz von Informationsverarbeitungsstufen angesehen wird, die als Reaktion auf situationale Reize auftreten.

Das Präventionsprogramm LARS&LISA umfasste in der hier evaluierten Fassung neun Sitzungen à zwei Schulstunden beziehungsweise anderthalb Zeitstunden. Es besteht aus einem kognitiven und einem sozialen Schwerpunkt, die sich inhaltlich in folgende vier Teilbereiche untergliedern lassen:

- Vermittlung der Zusammenhänge von Kognitionen, Emotionen und Verhalten,
- Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen,
- Selbstsicherheitstraining und
- Training sozialer Kompetenz.

Der kognitive Schwerpunkt basiert auf der kognitiven Therapie von Depression nach Beck et al. (1996). Dabei wird den Schülern mit Hilfe altersgerechter Arbeitsblätter und Beispielen der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und ihrem Verhalten vermittelt. Um dieses neue Wissen anzuwenden, lernen die Schüler darauf aufbauend eigene automatische

Gedanken zu erkennen, sie einem Realitätstest zu unterziehen und dysfunktionale durch funktionalere Gedanken zu ersetzen (s. Abb. 1).

Der soziale Schwerpunkt umfasst ein Selbstsicherheitstraining und ein Training sozialer Kompetenzen. Im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings werden altersangemessene, selbstsichere Verhaltensweisen in verschiedenen Situationen eingeübt. Im Training sozialer Kompetenz wird die Fähigkeit gefördert, Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten (s. Abb. 2). Beides wird in Rollenspielen mit Beispielsituationen der Schüler trainiert.

LARS&LISA soll über zwei Wege der Entwicklung depressiver Symptome vorbeugen. Im kognitiven Teil sollen automatischen Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster der Schüler im Sinne von Beck et al. (1996) durch die bewusste Infragestellung von ungünstigen Gedanken und die bewusste Entwicklung funktionaler Gedanken beeinflusst werden. Im sozialen Teil soll den Schülern über den Erwerb neuer sozialer Kompetenzen und durch das Training bereits vorhandener Fähigkeiten angemessenes soziales Verhalten erleichtert werden, um so ihr soziales Netz auszubauen beziehungsweise besser nutzen zu können.

etwa hier Abbildungen 1 und 2 einfügen

Design und Durchführung der Studie

Um die Effekte des Präventionsprogramms zu untersuchen, wurde ein quasiexperimentelles Studiendesign mit Trainings- und Kontrollgruppe, sowie drei Messzeitpunkten (Prä-Messung [T0], Post-Messung [T1] und Elf-Monats-Follow-Up [T2]) verwirklicht. Das Programm wurde im schulischen Rahmen und in der normalen Unterrichtszeit über einen Zeitraum von neun Wochen einmal wöchentlich durchgeführt. Die beteiligten Klassen wurden in nach Geschlecht getrennten Gruppen von etwa zehn bis 20 Schülern aufgeteilt und von jeweils zwei Trainerinnen betreut. Den Erfahrungen einer Vorstudie zufolge führt eine Trennung von Jungen und Mädchen in dieser Altersgruppe zu weniger „pubertärem Verhalten“ und mehr Kooperation unter den Schülern (Pössel, Horn & Hautzinger, in Druck). Eine reduzierte Gruppengröße fördert darüber hinaus eine gewisse Intimität, die es den Jugendlichen ermöglicht, sich freier und uneingeschränkter in Gruppenprozesse einzubringen. Die

Durchführung des Trainings fand ohne Anwesenheit von Lehrern statt. Da die klassische Lehrerrolle im alltäglichen schulischen Rahmen hauptsächlich an akademischen Leistungen orientiert ist, kann sie mit den Zielen des Präventionsprogramms kollidieren, wenn es zum Beispiel um die Schaffung einer fehlerfreundlichen Atmosphäre beim Einüben neuer sozialer Fähigkeiten geht (vgl. Hurrelmann & Settertobulte, 2002).

Bei den Trainerinnen handelte es sich um Diplomandinnen mit dem Studienschwerpunkt Klinische Psychologie. Neben der individuellen Beschäftigung mit dem Trainingsmanual nahmen die Trainerinnen zur Vorbereitung an zwölf Schulungstreffen teil, die insgesamt über 35 Stunden umfassten. In diesen Treffen wurde die Durchführung und die Anleitung des Trainings nicht nur detailliert besprochen, sondern auch praktisch in Rollenspielen erprobt. Auch während der Durchführung des Programms an den Schulen wurden Erfahrungen und mögliche Probleme im Rahmen wöchentlicher Sitzungen ausgetauscht und supervidiert. Das Training und die Befragung der beteiligten Schüler fanden zwischen September 2001 und Dezember 2002 statt.

Stichprobe

Das Training wurde an zwei Schulen in insgesamt vier Gymnasial- und zwei Realschulklassen durchgeführt (n = 179). Die Kontrollgruppe setzte sich aus vier Gymnasial- und drei Realschulklassen drei weiterer Schulen zusammen (n = 177). Die einzelnen Schulen befinden sich im zentralen Stadtgebiet Bremens. Alle der zufällig angefragten Schulen willigten nach einer Vorstellung der Studie in die Teilnahme ein. Acht Jugendliche aus den beteiligten Klassen der Trainingsgruppe und sechs aus den Klassen der Kontrollgruppe nahmen aufgrund eines fehlenden elterlichen Einverständnisses nicht an der Befragung teil.

Instrumente

Den beteiligten Jugendlichen wurde direkt vor und nach der Trainingsmaßnahme sowie durchschnittlich elf Monate später ein Set verschiedener Selbstbeurteilungsfragebögen vorgelegt. Jugendliche der Kontrollgruppe beantworteten die Fragebögen über einen vergleichbaren Zeitraum. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die erfassten Merkmale und Variablen und die eingesetzten Erhebungsinstrumente, die in der hier dargestellten Analyse berücksichtigt wurden.

etwa hier Tabelle 1 einfügen

Depressionssymptomatik. Die *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*; Hautzinger & Bailer, 1993) stellt die deutschsprachige Form der vom National Institute of Mental Health entwickelten *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)*; Radloff; 1977) dar. Die CES-D gilt als ökonomisches Screening-Instrument zur Erfassung depressiver Symptomatik im Selbsturteil. Die CES-D wurde bereits wiederholt bei Jugendlichen eingesetzt (z.B. Roberts, Andrews, Lewinsohn & Hops, 1990) und auch für den deutschen Sprachraum liegen mittlerweile Normwerte für Jugendliche vor (Meyer & Hautzinger, 2001). Die interne Konsistenz in der deutschen Normstichprobe von Jugendlichen beträgt .85 (Cronbachs Alpha). Die ADS umfasst 20 Items, die bezogen auf die letzten Woche auf einer vierstufigen Skala von 0 („selten“) bis 3 („meistens“) beurteilt werden können.

Für die durchgeführten Analysen wurden die befragten Schüler als auffällig depressiv eingeschätzt, wenn sie zu den oberen 10% der geschlechtspezifischen Verteilung der Normierungsstichprobe zählten. Eine unterschwellige, subklinische Depressionssymptomatik wurde für Werte festgesetzt, die zwischen 50 und 90% der Normierungs-Verteilung lagen. Demnach fallen alle Mädchen mit einem ADS-Wert von ≥ 31 in die Gruppe der „auffälligen“ und alle Mädchen mit einem ADS-Wert von 14 bis 30 gehören der Gruppe der „unterschwellig“ Depressiven an. Alle Mädchen von < 14 sind der Gruppe ohne bedeutsame auffällige depressive Symptome zuzuordnen. Bei den Jungen liegt der Cut-Off-Wert für die Zuordnung zur Gruppe der „auffälligen“ bei ≥ 23 . Für die Zuordnung zur Gruppe der „subklinisch“ Depressiven müssen die Jungen einen Wert von 11 bis 22 erreichen, während die Jungen mit einem CES-D Wert von < 11 der Gruppe ohne depressive Symptome zugeordnet werden.

Selbstwertgefühl/wahrgenommene Kompetenzen. Die *Selbstwertskala (Self-Perception-Profile for Adolescents)*; Harter, 1988; Essau, Conradt, Groen, Turbanisch & Petermann, 1999) ermöglicht mit 40 Items die Erfassung des globalen Selbstwertgefühls sowie der wahrgenommenen Kompetenz in folgenden unterschiedlichen Bereichen: Schulische Fähigkeiten, soziale Anerkennung, sportliche Fähigkeiten, äußere Erscheinung, Attraktivität,

allgemeines Benehmen/Verhalten und Freundschaften. Die drei Skalen soziale Akzeptanz, sportliche Fähigkeiten und äußere Erscheinung können zur Bildung des „peerrelevanten Selbstwertgefühls“, die beiden Skalen schulische Fähigkeiten und Benehmen/Verhalten zur Bildung des „elternrelevanten Selbstwertgefühls“ aufsummiert werden (Harter & Whitesell, 1996). Harter (1988) berichtet von guten statistischen Kennwerten des Fragebogens. Für die Daten der Bremer Jugendstudie betrug die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für alle Items .91 (n = 831; Groen, 2002).

Selbstwirksamkeit. Bei der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine Erwartungshaltung, die „...die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“ (Schwarzer, 1993, S. 188). Im Gegensatz zu den spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1997) wird die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als eine Summe von Selbstwirksamkeitserwartungen über unterschiedliche Bereiche verstanden. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung kann einen persönlichen Schutzfaktor darstellen: „Die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist im Sinne einer stabilen personalen Coping-Ressource zu verstehen“ (Schwarzer, 1993, S. 189).

Die Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ (Jerusalem & Schwarzer, 1999) wurde in zahlreichen Studien eingesetzt. Der Fragebogen umfasst zehn Items (z.B. „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.“), die auf einer Vier-Punkte-Skala (von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“) beantwortet werden. Die Itemwerte werden zu einem Summenwert addiert, der von 10 bis 40 reicht, wobei höhere Werte eine stärker erlebte Selbstwirksamkeit abbilden. In der Standardisierungsstichprobe betrug die interne Konsistenz .84 (Cronbachs Alpha; Schwarzer & Jerusalem, 2001).

Verhaltensprobleme. Mit Hilfe von drei Skalen der deutschen Version des *Youth Self Reports* (YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) wurde die Selbsteinschätzung von Problemverhalten in den Bereichen Aggressives Verhalten (19 Items), Sozialer Rückzug (7) und Soziale Probleme (8) erhoben. Der YSR ist für die Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 18 Jahren konzipiert worden. Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen der englischsprachigen

Originalversion konnte auch für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

Ergebnisse

Stichprobenveränderungen und -charakteristika

Für die im folgenden dargestellten Auswertungen reduzierte sich die ursprünglich zugrunde liegende Stichprobe aus unterschiedlichen Gründen: Trotz einer angemessenen Einführung und eingehender Motivationsversuche der Trainerinnen beantwortete ein gewisser Teil der Jugendlichen die Fragebogen nicht mit dem notwendigen Ernst und der erforderlichen Sorgfalt. Für die weitergehenden Analysen konnten daher zunächst die Angaben jener 34 Schüler ausgeschlossen werden, die bei der Beantwortung des Depressionsfragebogens (ADS) zur Eingangserhebung (T0) das sogenannte Lügenkriterium erfüllten. Das Lügenkriterium gilt als erfüllt, wenn sich die Richtung der Antworten auf positiv und negativ formulierte Items in einem bestimmten Ausmaß logisch widersprechen (vgl. Hautzinger & Bailer, 1993). Darüber hinaus wurden (entsprechend dem Vorgehen von Shochet et al., 2001) die Angaben jener 24 Jugendlichen im Weiteren nicht berücksichtigt, deren Depressionssymptomatik zur ersten Befragung im klinisch relevanten Bereich lagen (ADS-Gesamtwert bei Mädchen ≥ 31 , bei Jungen ≥ 23). Von den 298 zum ersten Messzeitpunkt berücksichtigten Schülern konnten 256 Probanden zum dritten Messzeitpunkt erneut befragt werden (was in Relation zur Prä-Erhebung einer Teilnahmerate von knapp 86% entspricht). Jugendliche die zum Elf-Monats-Follow-Up (T2) nicht an der Erhebung teilnahmen, hatten u.a. die Schule gewechselt oder fehlten aus gesundheitlichen Gründen. Dabei unterschied sich die anfängliche Depressionssymptomatik der Jugendlichen, deren Daten zum Follow-Up nicht vorlagen, nicht signifikant von der Symptomatik der Jugendlichen, die zur Eingangserhebung und zum Follow-Up befragt werden konnten ($t [296] = 1,07$; n.s.). Im weiteren mussten wiederum die Daten von 19 beziehungsweise 22 Schülern ausgeschlossen werden, die zur zweiten und zur dritten Erhebung das Lügenkriterium für den Depressionsfragebogen erfüllten. So lag den im folgenden dargestellten statistischen Auswertungen letztendlich eine Stichprobe von 215 Schülern zugrunde (Trainingsgruppe: $n = 100$; Kontrollgruppe $n = 115$). Für die verbleibende Gesamtstichprobe zeigten sich

zwischen Trainings- und Kontrollgruppe keine bedeutsamen Unterschiede im Hinblick auf das Alter ($m = 12,50$ Jahre [$SD = 0,63$] bzw. $m = 12,53$ Jahre [$0,61$]; $t [212] = 0,05$; n.s.) und auf die Geschlechterverteilung (45,0 bzw. 46,1% Jungen; $\chi^2 [1] = 0,03$; n.s.). Die Trainingsgruppe wies zu T1 eine etwas geringere Depressionssymptomatik als die Kontrollgruppe auf, was einen statistischen Trend auf dem Fehlerniveau von $p < 0,10$ erreichte (ADS-Gesamtwert: $m = 11,31$ [$SD = 5,63$] bzw. $12,99$ [$7,19$]; $t [210,76] = 1,92$). In der Trainingsgruppe zeigten 39,0% der Jugendlichen einen als subklinisch einzuschätzenden Depressionsrisikostatus, in der Kontrollgruppe 47,8% ($\chi^2 [1] = 1,69$; n.s.). Das Zeitintervall zwischen der ersten und der dritten Befragung lag zwischen 10,0 und 11,7 Monaten mit einem Mittelwert von 11,2 Monaten ($SD = 0,51$).

Analyse der Effekte

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der erhobenen Skalenwerte in der Trainings- und der Kontrollgruppe zur Prä-, Post- und Follow-Up-Erhebung. Darüber hinaus sind in Tabelle 2 signifikante Gruppen- und Paarvergleiche bei festgestellten Interaktionseffekten von Messzeitpunkt und Versuchsbedingung aufgeführt. Zur Prüfung von Effekten wurden Varianzanalysen für Messwiederholungen nach dem allgemeinen linearen Modell berechnet (SPSS 11). In die Varianzanalysen gingen neben der Prä-, Post- und Follow-Up-Ausprägung der erhobenen Fragebogenskalen (Depressivität, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Skalen der Youth Self Report) als abhängige Variablen, der Messzeitpunkt (T0, T1, T2) und die Versuchsbedingung (Trainings- vs. Kontrollgruppe) ein. Darüber hinaus wurde die jeweilige Klasse der teilnehmenden Jugendlichen als Gruppierungsvariable für die Versuchsbedingung kontrolliert. Bei der Datenanalyse von schulbasierten Studien, in denen Jugendliche klassenweise teilnehmen, sollten Interkorrelationen zwischen den Schülern einer Klasse in entsprechender Weise berücksichtigt werden (Hopkins, 1982). Eine Vernachlässigung der Gruppierungsbeziehungswise Klassenvariablen kann zu Fehlinterpretationen der empirischen Ergebnisse führen, da die Gruppierung von Personen zu einem wechselseitigen Einfluss zwischen Individuum und Gruppe führt (Goldstein, 1995). Das Geschlecht der Jugendlichen wurde für die letztendliche Analyse nicht berücksichtigt, da sich in Voranalysen keine bedeutenden Interaktionseffekte zwischen Messzeitpunkt, Versuchsbedingung und Geschlecht ergaben.

etwa hier Tabelle 2 einfügen

Effekte

Kognitive Variablen. Im Hinblick auf verschiedene kognitive Variablen zeigten sich positive Wirkungen des durchgeführten Präventionsprogramms. Für die Selbstwert-Skalen Schulische Kompetenz ($F [2/170] = 4,17; p < 0,05$) und Elternrelevantes Selbstwert ($F [2/170] = 4,64; p < 0,05$) ergaben sich signifikante Effekte für die Interaktion der Versuchsbedingung (Trainings- oder Kontrollgruppe) mit dem Messzeitpunkt (T0, T1, T2). Die Werte für beide Skalen unterschieden sich in beiden Gruppen zur Prä- und Post-Messung nicht, aber zur Follow-Up-Erhebung zu Gunsten der Trainingsgruppe signifikant voneinander ($t [204] = 2,65; p < 0,01$ bzw. $t [175,85] = 3,31 p < 0,001$). Während sich die Teilnehmer des Präventionsprogramms auf beiden Skalen zwischen allen Messzeitpunkten im Selbstwertgefühl verbesserten, stagnierten die Werte in der Kontrollgruppe oder nahmen sogar leicht ab. Bei Paarvergleichen zeigte sich, dass die Werte für das Selbstwert bezüglich schulischer Kompetenzen in der Trainingsgruppe von der Prä- zur Post-Messung ($t [91] = 2,16; p < 0,05$) und von der Post- zur Follow-Up-Erhebung ($t [85] = 3,34; p < 0,001$) signifikant anstiegen, während in der Kontrollgruppe keine signifikante Veränderungen vorlagen. Eine entsprechende positive Entwicklung zeigt sich in der Trainingsgruppe auch für das elternrelevante Selbstwert (T0-T1: $t [91] = 2,26; p < 0,05$; T1-T2; $t [85] = 2,76; p < 0,01$), das in der Kontrollgruppe stabil blieb.

Statistische Trends ($p < 0,10$) ergaben sich für Effekte der Interaktion von Messzeitpunkt und Versuchsbedingung für die Soziale Akzeptanz ($F [2/170] = 2,82$) und das peerrelevante Selbstwert ($F [2/170] = 2,33$). Die wahrgenommene Kompetenz im Hinblick auf soziale Akzeptanz und das peerrelevante Selbstwert stieg in der Trainingsgruppe zwischen Post- und Follow-Up-Erhebung signifikant an ($t [85] = 2,53; p < 0,01$ bzw. $t [85] = 2,23; p < 0,05$ bzw.). In der Kontrollgruppe ergaben sich dagegen keine statistisch bedeutsamen Veränderungen. Signifikante Unterschiede für die Skala Soziale Kompetenz und das peerrelevante Selbstwert zwischen Trainings- und Kontrollgruppe traten zur Follow-Up-Erhebung auf ($t [204] = 2,33; p < 0,05$ bzw. $t [204] = 2,72; p < 0,01$).

Auch für Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeit ergab sich ein signifikanter Effekt für die Interaktion von Messzeitpunkt und Versuchsbedingung ($F [2/179] = 3,17; p < 0,05$). Hier zeigte sich in der Trainingsgruppe ein stärkerer positiver Anstieg der Selbstwirksamkeitsskala zwischen allen Messzeitpunkten als in der Kontrollgruppe. Dabei unterschied sich die allgemeine Selbstwirksamkeit zwischen beiden Gruppen nicht zur Prä- oder Post-Erhebung aber zum Follow-Up signifikant zu Gunsten der Trainingsgruppe voneinander ($t [213] = 2,32; p < 0,05$). Der Anstieg in der allgemeinen Selbstwirksamkeit erreichte dabei in der Trainingsgruppe zwischen der Post- und Follow-Up-Erhebung statistische Signifikanz bei Paarvergleichen ($t [90] = 2,85; p < 0,01$). In der Kontrollgruppe unterschieden sich die Werte von T0 und T1 signifikant voneinander ($t [101] = 2,84; p < 0,01$).

Depression. In der varianzanalytischen Auswertung ergab sich im Hinblick auf das dimensionale Ausmaß der Depressionssymptomatik zur Prä-, Post- und Follow-Up-Erhebung kein signifikanter Effekt für die Interaktion von Versuchsbedingung und Messzeitpunkt. In Bezug auf den Depressionsrisikostatus zeigten zum Elf-Monats-Follow-Up in der Trainingsgruppe 60% der Jugendlichen eine unauffällige, 31% eine subklinische und 9% eine auffällige Depressionssymptomatik. In der Kontrollgruppe konnten 51,3% als unauffällig, 44,3% als subklinisch und 4,3% als auffällig depressiv eingestuft werden. Dieses gestufte Ausmaß an Depressivität unterschied sich in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($\chi^2 [2] = 5,01; n.s.$).

Verhaltensauffälligkeiten (Skalen des YSR). Ein leichter statistischer Trend zeigte sich für einen Effekt der Interaktion von Messzeitpunkt und Versuchsbedingung für die Skala Aggressives Verhalten ($F [2/170] = 2,24; p = 0,11$). In der Trainingsgruppe stiegen die Werte von der Prä- zur Post-Messung zunächst, fielen jedoch zur Follow-Up-Messung unter den Ausgangswert zurück. Während sich in der Trainingsgruppe keine signifikanten Veränderungen für aggressives Verhalten über die Messzeitpunkte hinweg zeigten, stiegen die Werte in der Kontrollgruppe zwischen der Post- und der Follow-Up-Erhebung statistisch bedeutsam an ($t [101] = 2,11; p < 0,05$). Die Werte für aggressives Verhalten lagen in der Trainingsgruppe zur Follow-Up-Erhebung signifikant unter denen in der Kontrollgruppe ($t [212] = 3,10; p < 0,01$), wogegen zur Prä- und Post-Erhebung keine signifikanten

Unterschiede bestanden. Bedeutsame Effekte auf die Skalen Soziale Probleme und Sozialer Rückzug ergaben sich nicht.

Diskussion

Im Rahmen der dargestellten Evaluationsstudie wurden in einem Kontrollgruppendesign mit Prä- und Post-Erhebung sowie Elf-Monats-Follow-Up differentielle Effekte des depressionsspezifischen universellen Präventionsprogramms LARS&LISA untersucht, das mit Schülern und Schülerinnen siebter Klassen durchgeführt wurde. Verschiedene positive Effekte des Programms zeigten sich für Veränderungen im Selbstwertgefühl beziehungsweise den wahrgenommenen Kompetenzen für die Bereiche Schule, soziale Akzeptanz sowie das elternrelevante und peerrelevante Selbstwert. Ebenso zeigte sich in der Trainingsgruppe eine positivere Entwicklung im Hinblick auf die allgemeine Selbstwirksamkeit als in der Kontrollgruppe. Signifikante Unterschiede der genannten Variablen stellten sich zum Elf-Monats-Follow-Up ein. Die Ergebnisse deuten auf einen günstigen Einfluss auf das aggressive Verhalten in der Trainingsgruppe hin. Im Hinblick auf den Depressionsrisikostatus (unauffällig, subklinisch, auffällig depressiv) zeigten sich zwischen den Jugendlichen der Trainings- und der Kontrollgruppe, wie zu erwarten (s.u.), keine signifikanten Unterschiede zur Follow-Up-Befragung. Ebenso konnte kein statistisch bedeutsamer Effekt für die dimensionale Ausprägung an Depressivität über die drei Messzeitpunkte festgestellt werden.

Auch wenn im Hinblick auf die Vorbeugung von Depression noch keine statistisch bedeutsamen Effekte festgestellt werden konnten, verdeutlichen mehrere positive Veränderungen kognitiver Faktoren – als wichtige proximale Präventionsziele – den Nutzen des durchgeführten Trainingsprogramms. Der Erwerb günstiger kognitiver Bewertungen stellt einen wichtigen Inhalt von LARS&LISA dar. Entsprechende positive Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster konnten etwa in Form höherer Selbstwirksamkeitserwartungen, einem positiveren Selbstwertgefühl oder stärker ausgeprägten Kontrollüberzeugungen in verschiedenen Studien als Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen bestimmt werden, die sich im Hinblick auf depressive Symptome und Störungen als resilient erwiesen (Bolger & Patterson, 2001; Dumont & Provost, 1999; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Muris et al.,

2001). Eine entsprechende positive „Impfung“ für die Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben und möglicher Belastungen könnte in diesem Sinne auch durch LARS&LISA erfolgt sein.

Die Feststellung kurz- oder mittelfristiger Effekte von Präventionsmaßnahmen universeller Ausrichtung auf Veränderungen des Depressionsniveaus sind prinzipiell schwer zu bestimmen (vgl. Pössel & Hautzinger, 2003). Bei universellen Präventionsprogrammen in der Schule liegt beim weitaus größten Teil der teilnehmenden Jugendlichen keine Depression mit Störungsrelevanz vor. Um im Hinblick auf die zu erwartende Inzidenz depressiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung statistische Effekte beim Vergleich von Trainings- und Kontrollgruppen sicher feststellen zu können, müssten Studien mit sehr großen Stichproben realisiert werden. Ebenso deuten andere internationale Befunde darauf hin, dass sich relevante Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen auf die Depressionssymptomatik erst über noch längere Follow-Up-Zeiträume einzustellen scheinen. Gillham und Reivich (1999) sowie Gillham, Reivich, Jaycox und Seligman (1995) stellten etwa bei der Evaluation selektiver Präventionsprogramme erst nach 18 Monaten bedeutsame Unterschiede der Depressivität zwischen Trainings- und Kontrollgruppe fest. Dabei gingen signifikante Effekte für kognitive Variablen (hier der Attributionsstil) zum Zwölf-Monats-Follow-Up der Veränderung der Depression voraus.

In verschiedenen epidemiologischen Studien kann ein deutlicherer Anstieg von Diagnosen depressiver Störungen im mittleren Jugendalter (im Alter von ca. 14 bis 15 Jahren) festgestellt werden (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998; Giaconia et al., 1994; Hankin et al., 1998; Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994). Die Stichprobe der hier dargestellten Studie mit Schülern siebter Klassen liegt mit einem mittleren Alter von zwölfteinhalb Jahren vor diesem Zeitpunkt des hohen Depressionsanstiegs. Dies zeigt sich auch darin, dass ein Anstieg der Depressivität in der Kontrollgruppe nicht nachgewiesen werden kann, so dass protektive Effekte des Präventionsprogramms auf die depressive Symptomatik noch nicht nachweisbar sind. Bei der Evaluation von LARS&LISA mit älteren Jugendlichen konnten bei Follow-Up-Erhebungen nach drei und sechs Monaten statistisch bedeutsame, positive Auswirkungen auch auf das Depressionsniveau festgestellt werden (Pössel, Baldus, Horn, Hautzinger & Groen, eingereicht; Pössel, Horn, Hautzinger & Groen,

eingereicht). Hier kann es Ziel zukünftiger Studien mit jüngeren Stichproben und längeren Follow-Up-Zeiträumen sein, zu untersuchen, ob zwischenzeitliche Effekte auf proximale Programmziele, wie zum Beispiel kognitive Faktoren, als moderierende Variablen mit späteren Auswirkungen auf die Depressivität in Zusammenhang stehen.

Auch wenn der Effekt der Präventionsmaßnahme auf die Vorbeugung aggressiven Verhaltens statistisch lediglich einen Trend darstellt, ist dies dennoch ein hervorzuhebender Befund. Das LARS&LISA zugrunde liegende sozial-kognitive Informationsverarbeitungsmodell von Dodge (1993) bezieht sich sowohl auf die Entwicklung von Aggression als auch auf von Depression im Kindes- und Jugendalter. Aus dieser Perspektive stellt es eine wichtige Fragestellung für zukünftige Forschungsbemühungen dar, zu bestätigen, ob ein Präventionsprogramm, das wie LARS&LISA kognitive Interventionstechniken und die verhaltensbezogene Förderung sozialer Kompetenzen umfasst, positive Auswirkungen auf die Vorbeugung von Aggression und Depression vereinen kann.

Bei der Bewertung der hier vorgestellten Ergebnisse sind einige methodische Einschränkungen der Studie zu berücksichtigen. Die ursprünglich zugrunde liegende Stichprobe reduzierte sich für die statistischen Analysen aufgrund der als nicht valide einzuschätzenden Angaben einiger Jugendlichen. Ebenso konnten etwa 14% der beteiligten Schüler in der Trainings- und der Kontrollgruppe zur Follow-Up-Erhebung nicht mehr befragt werden. Auch da die Klassen der Trainings- und der Kontrollgruppe aus lediglich zwei beziehungsweise drei Schulen rekrutiert wurden, ist die Repräsentativität der Stichprobe nicht gewährleistet. Die Ergebnisse beruhen ausschließlich auf der Selbstbeurteilung der Jugendlichen. Auch wenn im Hinblick auf internalisierende psychische Symptome und kognitive Faktoren Jugendliche selber als zuverlässigste Informationsquelle gelten (vgl. Birmaher et al., 1996; Park & Goodyer, 2000), wären zusätzliche Fremdeinschätzungen durch Eltern und Lehrer wünschenswert gewesen.

Trotz dieser Einschränkungen zeigen die in dieser Studie ermittelten Befunde unterschiedliche positive Auswirkungen und den Nutzen des evaluierten Trainingsprogramms LARS&LISA an, der auch in anderen Studien festgestellt werden konnte (Pössel, Baldus et al., eingereicht; Pössel, Horn et al., eingereicht). In seiner aktuellen

und bald veröffentlichten Fassung wurde LARS&LISA mit einem Schwerpunkt erweitert, der den Schülern zu Beginn des Trainings den Nutzen des Programms noch stärker verdeutlichen und ihre Motivation verbessern soll. Auch hierdurch kann nochmals eine weitere Steigerung der bereits hier festgestellten positiven Effekte des Präventionsprogramms LARS&LISA erwartet werden.

Literatur

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Armsden, G.C. & Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-453.

Asarnow, J.R., Jaycox, L.H. & Tompson, M.C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 33-47.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Beardslee, W.R. & Gladstone, T.R.G. (2001). Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Biological Psychiatry*, 49, 1101-1110.

Beardslee, W.R., Wright, E.J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T.R.G., Versage, E.M. & Rothberg, P.C. (1997a). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 196-204.

Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, J., Salt, P., Rothberg, P., Drezner, K. & Gladstone, T. (1997b). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology*, 9, 109-130.

Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T. R. G., Wright, E. & Rothberg, P. C. (1997c). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression (5. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E, Brent, D.A. & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35,1427-1439.

Bolger, K.E. & Patterson, C.J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913-940.

Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.

- Clarke, G.N. (1999). Prevention of depression in at-risk samples of adolescents. In C.A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Depressive disorders in children and adolescents* (pp. 341-360). Northvale: Aronson.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 312-321.
- Curry, J.F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry*, *49*, 1091-1100.
- Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, *44*, 559-584.
- Dumont, M. & Provost, M.A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experiences of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*, 343-363.
- Essau, C.A., Conradt, J., Groen, G., Turbanisch, U. & Petermann, F. (1999). Kognitive Faktoren bei Jugendlichen mit depressiven Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *47*, 51-72.
- Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *46*, 105-124.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. & Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 706-717.
- Gillham, J.E. & Reivich, K.J. (1999). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: A research update. *Psychological Science*, *10*, 461-462.
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, L.H. & Seligman, M.E.P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, *6*, 343-351.
- Gillham, J.E., Shatté, A.J. & Freres, D.R. (2000). Depression prevention: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, *9*, 63-88.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models (2nd ed.)*. London: Arnold.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2000). *Preventing mental disorders in school-age children: A review of the effectiveness of prevention programs*. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, College of Health and Human Development, Pennsylvania State University (www.psu.edu/dept/prevention/).
- Groen, G. (2002). *Der Verlauf depressiver Störungen im Jugendalter: Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie*. Norderstedt: BoD.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., Al-Wiswasi, S. & Petermann, F. (2002). *Prävention und Intervention bei depressiven Störungen im Jugendalter: Entwicklungen und Perspektiven*. 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. 22.-26. September 2002, Berlin.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. & Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 128-140.

- Harrington, R. & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 32-45.
- Harter, S. & Whitesell, N.R. (1996). Multiple pathways to self-reported depression and psychosocial adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 8, 761-777.
- Harter, S. (1988). *Manual: Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver: University of Denver.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressions-Skala. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (4. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Herman-Stahl, A. & Petersen, A.C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733-753.
- Hopkins, K.D. (1982). The unit of analysis: Group means versus individual observations. *American Educational Research Journal*, 19, 5-18.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (5. korr. Auflage, S. 131 – 148)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J. & Seligman, M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). Skala zur Kollektiven Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Berlin: Freie Universität.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R. & Rohde, P. (1994). Major Depression in community adolescents: Age of onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-819.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N. & Hautzinger, M. (1999). Psychologische Interventionen bei Depressionen im Jugendalter. *Verhaltenstherapie*, 9, 124 - 130.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2001). Allgemeine Depressions-Skala (ADS) – Normierung an Minderjährigen und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS). *Diagnostica*, 47, 208-215.
- Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 555-565.
- Nada Raja, S., McGee, R. & Stanton, W.R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 471-485.
- Park, R.J. & Goodyer, I.M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 147-161.
- Pössel, P., Baldus, Ch., Horn, A. B., Hautzinger, M. & Groen, G. (eingereicht). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 12,

- Pössel, P., Horn, A.B. & Hautzinger, M. (in Druck). Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11.
- Pössel, P., Horn, A. B., Hautzinger, M. & Groen, G. (eingereicht). School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up.
- Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S. & Hautzinger, M. (in Druck). Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag – LARS&LISA. Manual eines schulbasierten universalen Präventionsprogramms von Depression bei Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D: A self-report symptom scale to detect depression in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Roberts, R.E., Andrews, J.A., Lewinsohn, P.M. & Hops, H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Psychological Assessment*, 2, 122-128.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2001). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. www.fu-berlin.de/gesund/skalen/t_norms.htm
- Shochet, I.M., Dadds, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H. & Osgarby, S.M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- Shochet, I.M., Holland, D. & Whitefield, K. (1997). *Resourceful adolescent program: Participant's manual*. Brisbane: Griffith University.
- Shochet, I.M., Whitefield, K. & Holland, D. (1997). *Resourceful adolescent program: Group leader's manual*. Brisbane: Griffith University.
- Wiesner, M. & Reitzle, M. (2001). Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 248-257.

Abbildungen

Realitätscheck – Wie geht das!?

Moment mal!
Ich fühle mich so schlecht
 (traurig, wütend, hilflos, etc.)




Warum fühle ich mich so?
Was denke ich gerade?
 (Auf einen Satz konzentrieren!)

Ist das überhaupt realistisch?
Gibt es Merkmale von Runterziehern?
 (z.B. „muß“, „immer“, „furchtbar“)




Was spricht
gegen den Runterzieher?
Gibt es andere Erklärungen für die Situation/das
Verhalten der anderen etc.?

Hilft mir das
mein Ziel zu erreichen?



Abbildung 1. Arbeitsblatt aus LARS&LISA zum Erkennen und Hinterfragen ungünstiger Kognitionen (Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in Druck).

Um erfolgreich Kontakt zu anderen
aufzunehmen, ist es wichtig

a) Gemeinsamkeiten als „Aufhänger“
 z.B. Du bist auch öfter hier. Ich habe
 Dich letzte Woche schon gesehen.




Abbildung 2. Arbeitsblatt aus LARS&LISA zur Vermittlung sozialer Fertigkeiten (Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in Druck).

Tabellen

Tabelle 1. Erfasste Merkmale und Erhebungsinstrumente.

Merkmal	Erhebungsinstrument
Depressionssymptomatik	<i>Allgemeine Depressionsskala (ADS;</i> <i>Hautzinger & Bailer, 1993)</i>
Sozialer Rückzug, soziale Probleme und aggressives Verhalten	Skalen I, IV und VIII des <i>Youth Self Report</i> (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998)
Selbstwertgefühl/Wahrgenommene Kompetenzen	<i>Selbstwertskala</i> (Essau et al., 1999); Übersetzung des <i>Self-Perception-Profile for Adolescents</i> (Harter, 1988)
Selbstwirksamkeitserwartung	<i>Skala Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung</i> (Jerusalem & Schwarzer, 1999)

Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der erhobenen Variablen zur Prä- (T0), Post- (T1) und Follow-Up-Messung (T2) in der Trainings- (TG) und der Kontrollgruppe (KG)

Fragebogen-Skalen	Trainingsgruppe (n = 100)						Kontrollgruppe (n = 115)						Statistik*
	T0		T1		T2		T0		T1		T2		
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD	
Selbstwertgefühl¹													
Gesamt	77,85	14,67	79,83	16,58	83,87	16,96	76,32	14,15	77,10	15,11	77,62	15,10	
Schulische Kompetenz	9,10	2,61	9,76	3,00	10,77	2,72	9,76	2,73	9,67	2,63	9,76	2,74	TG: T0 < T1 < T2; T3: TG > KG
Soziale Akzeptanz	10,57	2,67	10,30	3,06	11,19	2,89	10,18	2,83	10,32	2,63	10,29	2,63	TG: T1 < T2; T3: TG > KG
Athletik	8,80	3,16	9,26	2,85	9,89	3,00	8,47	3,27	8,82	2,94	9,06	3,02	
Körperl. Erscheinung	9,07	3,47	9,64	3,75	9,81	3,88	8,69	3,46	8,86	3,51	8,92	3,82	
Attraktivität	8,88	2,42	8,62	2,25	9,66	2,68	8,43	2,81	8,75	2,75	8,95	2,79	
Verhalten/Benehmen	9,31	2,56	9,75	3,00	10,11	3,08	9,23	2,84	9,08	2,68	8,95	2,49	
Freundschaften	11,56	2,98	11,63	3,32	11,66	3,38	11,14	3,38	11,43	3,62	11,47	3,47	
Globales Selbstwert	10,56	2,97	10,87	3,00	10,78	3,08	10,43	2,75	10,17	3,08	10,22	3,07	
Eltern-relevant	18,41	4,38	19,51	5,27	20,88	5,10	18,99	4,42	18,75	4,11	18,71	4,12	TG: T0 < T1 < T2; T3: TG > KG
Peer-relevant	28,44	6,95	29,20	7,41	30,88	6,89	27,33	7,05	28,01	6,80	28,27	6,85	TG: T1 < T2; T3: TG > KG
Selbstwirksamkeit²													
	28,92	5,39	29,74	6,83	31,52	6,02	28,14	6,50	29,57	6,27	29,59	6,16	TG: T1 < T2; KG T0 < T1; T3: TG > KG
Depressivität³													
	11,31	5,63	11,89	8,53	12,26	9,08	12,99	7,19	12,99	7,30	13,03	7,31	
Verhaltensauff.⁴													
Aggress. Verhalten	7,24	4,17	7,93	6,00	7,14	5,51	8,30	5,33	8,81	5,55	9,62	6,14	TG: T1 > T2; T3: TG < KG
Soziale Probleme	2,03	1,88	2,26	2,28	1,75	2,37	2,35	2,32	2,11	2,45	2,18	2,31	
Sozialer Rückzug	2,99	2,19	2,43	2,44	2,37	2,42	3,40	2,56	3,09	2,55	2,62	2,36	

¹ Selbstwertskala; ² Allgemeine Selbstwirksamkeit; ³ ADS-Gesamtwert; ⁴ Skalen des YSR; * Signifikante Differenzen in Gruppen- und Paarvergleichen bei varianzanalytischen Effekten der Interaktion von Messzeitpunkt (T0, T1, T2) und Versuchsbedingung (Trainings- [TG], Kontrollgruppe [KG])

Dr. Gunter Groen

Dipl.-Psych. Susanne Al-Wiswasi

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation

der Universität Bremen

Grazer Str. 6

28359 Bremen

Dr. Patrick Pössel

Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Psychologisches Institut

Abt. Klinische und Physiologische Psychologie

72072 Tübingen