

University of Louisville

ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository

Faculty Scholarship

1-2003

Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen (First results of a school-based prevention program of depressive symptoms among adolescents).

Patrick Pössel
University of Louisville

Andrea B. Horn
Universität Tübingen

Martin Hautzinger
Universität Tübingen

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



Part of the [Counseling Psychology Commons](#)

Original Publication Information

Pössel, Patrick, Andrea B. Horn and Martin Hautzinger. "Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. [First results of a school-based prevention program of depressive symptoms among adolescents.]" 2003. *Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie*, 11(1): 10–20.

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.

Kolumentitel: PRÄVENTION VON DEPRESSION BEI JUGENDLICHEN

Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven
Symptomen bei Jugendlichen

Patrick Pössel, Andrea B. Horn und Martin Hautzinger

Universität Tübingen

Autorenhinweis

Patrick Pössel, Universität Tübingen; Andrea B. Horn, Universität Tübingen; Martin
Hautzinger, Universität Tübingen

Die Studie wurde durch die DFG im Rahmen des Graduiertenkollegs „Lebensstile, soziale
Differenzen und Gesundheitsförderung“ durch ein Postdoktoranden-Stipendium für Patrick
Pössel und durch ein Doktoranden-Stipendium für Andrea B. Horn gefördert worden.

Bedanken möchten wir uns besonders bei den teilnehmenden Schülerinnen und Schülern,
ihren Lehrern und Eltern, sowie dem Oberschulamt Tübingen, das durch seine Genehmigung
die Durchführung der Studie erst ermöglichte.

Patrick Pössel

Eberhard-Karls-Universität

Abt. Klinische und Physiologische Psychologie

72072 Tübingen

e-mail: patrick.poessel@uni-tuebingen.de

Zusammenfassung

Depressive Störungen im Jugendalter sind ein weitverbreitetes Problem mit weitreichenden psychosozialen Folgen. Um beidem vorzubeugen wurde ein universales schulbasiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm entwickelt, das in Anlehnung an das Multifaktorielle Depressionsmodell aus einem kognitiven und einem sozialen Trainingselement besteht. Im kognitiven Teil werden dysfunktionale Gedanken bearbeitet und im sozialen Programmteil werden selbstsicheres Verhalten und Kontaktfähigkeit trainiert. Es wurde erwartet, dass die Teilnahme am Präventionsprogramm direkt nach Beendigung noch keinen signifikanten Effekt auf die depressiven Symptome zeigt, während geringer ausgeprägte dysfunktionale Gedanken und eine Verbesserung der sozialen Unterstützung erwartet wurden. Die Ergebnisse direkt nach Beendigung des Präventionsprogramms (Trainingsgruppe $n = 187$; Kontrollgruppe $n = 151$) zeigen in der depressiven Symptomatik und bei den automatischen Gedanken noch keine signifikanten Veränderungen. In den sozialen Netzwerken der Jugendlichen zeigen sich unerwartete geschlechtsspezifische Effekte. Mädchen geben nach ihrer Teilnahme am Präventionsprogramm eine höhere Inanspruchnahme der sozialen Unterstützung an, während Jungen von einem größeren Netzwerk berichten.

Schlagerwörter: Schulbasierte universale Prävention, Depression, Pubertät

Abstract

Depression is a highly prevalent problem which has strong global impact on psycho-social functioning. To prevent depressive disorders and their effects we developed an universal school-based cognitive-behavioural primary prevention-program which follows the multifactorial model of depression and consists of a cognitive and a social training: The cognitive training aims to rise awareness of dysfunctional thoughts and change them, the social training is apt to train assertiveness and contact behaviour. It was expected that directly after the program no significant positive effects on the depressive symptoms would be observed, while lower dysfunctional thoughts and an increased social support were already expected to be observable. First evaluation results (training group $n = 187$; control group $n = 151$) show neither significant effects on the depressive symptoms nor on the automatic thoughts. However, there are gender-specific effects within the social networks of the adolescents, female youths report increased frequent reliance on social support, while male youths report a greater social network.

Keywords: School-based universal primary prevention, depression, adolescence

Depressive Störungen im Jugendalter sind ein weitverbreitetes Problem, so berichten nationale und internationale Studien von Lebenszeit-Prävalenzen von 15 – 20% bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). Die Folgen solcher frühen depressiven Störungen scheinen bis ins Erwachsenenalter anzudauern: So erhöht eine depressive Störung im Jugendalter das Risiko für die Entwicklung einer Depression (z. B. Weissman et al., 1999) und anderer Psychopathologien bis ins Erwachsenenalter (Birmaher et al., 1996; Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998). Weiterhin zeigten sich in einer Längsschnittstudie über vier Jahre bei Jugendlichen mit depressiven Symptomen signifikant mehr Probleme mit ihrer Familie und ihren Freunden (26.9 % vs. 12.2 %), mehr Schulabbrüche (50 % vs. 27.8 %) und mehr Straftaten (32 % vs. 13 %) als bei Jugendlichen ohne depressive Symptome (Fleming, Boyle & Offord, 1993). Auch in anderen Studien konnte belegt werden, dass depressive Störungen im Jugendalter mit erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen: Bei depressiven Jugendlichen zeigen sich größere Schulschwierigkeiten (z. B. Birmaher et al., 1996) mit niedrigeren Durchschnittsnoten, Beeinträchtigungen der Lehrer-Kind-Beziehung und Probleme in sozialen Beziehungen zu Geschwistern und Freunden (Vernberg, 1990). Bereits die sogenannten unterschweligen Depressionen sind ein Risikofaktor für das spätere Auftreten einer depressiven Episode in der Jugend oder im Erwachsenenalter (Compas, Ey & Grant, 1993; Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss, 2000; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2001).

Prävention und Intervention von Depressionen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte zeigen bei der psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit klinischer Depression (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley, 1999) und bei der Prävention von Depression bei Jugendlichen aus Risikogruppen (z. B. unterschwellige depressive Störungen: Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994) die besten Ergebnisse. In der Metaanalyse von Durlak und Wells (1997) bezüglich Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen ergeben verhaltenstherapeutische

und kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme ($\underline{ES} = 0.49$) doppelt so hohe Effektstärken wie andere Präventionsprogramme ($\underline{ES} = 0.25$). Clarke, Hawkins, Murphy und Sheeber (1993) konnten zeigen, dass reine Wissensvermittlung keinen Effekt auf die Depressivitätsrate hatte. Sie empfehlen daher den Schwerpunkt auf die Einübung neuer Fähigkeiten zulegen, die helfen Risikofaktoren besser zu bewältigen. Nach dem Multifaktoriellen Depressionsmodell (Hautzinger, 2000) sind dysfunktionale d. h. unrealistische und selbstabwertende Gedanken aber auch geringe soziale Kompetenzen zentrale Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression. Die Förderung funktionaler, also realistischer und hilfreicher Gedanken und das Training sozialer Kompetenzen hat sich als erfolgreich bei der Therapie von Depressionen erwiesen und wird als entscheidend zur Prävention depressiver Symptome angesehen (Hautzinger, 2000). So konnte Lightsey (1994) belegen, dass funktionale Gedanken als Schutzfaktor gegen die Entstehung von Depression aufgrund belastender Lebensereignisse wirken. Ebenso hat sich soziale Unterstützung als protektiv in Bezug auf die Entstehung depressiver Symptome erwiesen (Bennett & Bates, 1995).

Bei Studien zu selektiven Präventionsprogrammen wird von Problemen bezüglich der Rekrutierung und einer hohen Drop-out Rate berichtet (Clarke et al., 1993; Gillham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995). Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett und Osgarby (2001) begründen dies damit, dass für Jugendliche die Akzeptanz durch die Peers von hoher Bedeutung ist, die Teilnahme an einem Präventionsprogramm aber zu einer Stigmatisierung führen kann. Sie befürworten deshalb universale Präventionsprogramme, also Präventionsprogramme die sich an alle Jugendlichen z. B. eines Jahrganges an der Schule wenden, unabhängig von eventuell vorhandenen Risiken für das Auftreten einer depressiven Störung. Hurrelmann und Settertobulte (2000), sowie Shochet et al. (2001) empfehlen eine Etablierung im Rahmen des normalen Schulunterrichts.

Die Ergebnisse bisheriger universaler Präventionsprogramme von Depression bei Jugendlichen sind allerdings eher heterogen ausgefallen. So konnten Clarke et al. (1993) mit ihren Programmen keine positiven Effekte auf die Depressivitätsrate nachweisen. Auch

Manz (2001) konnte durch die Kombination von Wissensvermittlung und Verhaltenstraining (inkl. Kognitiver Umstrukturierung) in seinem universalen Präventionsprogramm keine signifikanten Effekte auf die Depressivität der untersuchten Jugendlichen im Alter von 14 – 18 Jahren in einem Follow-up Zeitraum von sechs Monaten erreichen. Nur Shochet et al. (2001) konnten bislang in ihrem universalen Präventionsprogramm positive signifikante Effekte auf die Depressivität bei allen Schülerinnen und Schülern in der Post- und 10 Monats-Follow-up Erhebung nachweisen. Allerdings muss bei dieser Studie berücksichtigt werden, dass (a) klinische auffällige Jugendliche von der Datenanalyse ausgeschlossen wurden und (b) die Autoren nicht die Interkorrelationen zwischen den Schülerinnen und Schülern einer Klasse berücksichtigt haben (Hopkins, 1982), was zu Fehlinterpretationen der empirischen Ergebnisse führen kann, da die Gruppierung von Personen zu einem wechselseitigen Einflussprozess zwischen Individuum und Gruppe führt (Goldstein, 1995). Weiterhin haben die Autoren bei den a-posteriori-Tests keine angemessene Alphaadjustierung durchgeführt, was zu einer Überschätzung der Effekte führt.

Bei universalen Präventionsprogrammen ist zu berücksichtigen, dass die Effekte auf die Inzidenzrate von Depression nicht so hoch sein können wie bei selektiven Programmen. Diese zu erwartenden geringeren Effekte ergeben sich daraus, dass hier sowohl prozentual weniger Jugendliche erhöhte Depressionswerte haben, als auch die mittlere Höhe der Depressionswerte geringer ist als in Risikogruppen, so dass schnell ein Bodeneffekt auftreten kann. Da in universalen Präventionsprogrammen beim größten Teil der Jugendlichen noch keine depressiven Störungen zu beobachten sind, sondern solchen Störungen vorgebeugt werden soll, ist zu erwarten, dass der Effekt der Behandlung sich erst langfristig in einer geringeren Inzidenzrate als in einer unbehandelten Gruppe manifestiert. So konnte die Arbeitsgruppe um Seligman (Gillham & Reivich, 1999; Gillham et al., 1995) in ihren Studien mit selektiven Präventionsprogrammen erst nach 18 Monaten signifikante Differenzen zwischen der Trainings- und Kontrollgruppe bezüglich der Depressivität nachweisen. Langfristig ist zu erwarten, dass insgesamt viele Jugendliche von der

Vermittlung von Fähigkeiten profitieren wie sie in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen vorgenommen wird (Harrington & Clark, 1998).

Wegen der genannten Gründe ist es wichtig Risikofaktoren für die Entstehung einer depressiven Störung wie negative automatische Gedanken (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994) und soziale Ressourcen (Barrera & Garrison-Jones, 1992) zu erfassen, die direkt vom Programm beeinflusst werden sollen und als proximale Programmziele bezeichnet werden können. Die Bedeutung proximaler Programmziele zeigt die Studie von Manz (2001), die positive Effekte in Bezug auf die dysfunktionalen Einstellungen bei den Jugendlichen nachweisen kann, die am Präventionsprogramm teilgenommen haben. Bei den depressiven Symptomen, die als distales Programmziel bezeichnet werden, die indirekt durch die Reduktion von Risikofaktoren beeinflusst werden sollen, ließen sich auch nach sechs Monaten noch keine Effekte beobachten. Die dürfte dadurch bedingt sein, dass die Inzidenzrate nicht hoch genug ist um in sechs Monaten signifikante Unterschiede zwischen den Jugendlichen der Trainings- und der Kontrollgruppe zu ermöglichen. Bezüglich des distalen Programmziels ist das Alter der Jugendlichen wichtig, da die Depressionsrate in der Pubertät stark ansteigt. Deshalb fordern Compas, Connor und Wadsworth (1997), dass Präventionsprogramme in der frühen Adoleszenz durchgeführt werden sollten. Es sollte vor Beginn der steigenden Inzidenzrate angesetzt werden und trotzdem so nah wie möglich am Beginn des starken Anstieges der Depressionsrate sein. Da die berichteten Studien von einem Anstieg der Depressionsrate ab dem 13. Lebensjahr oder später ausgehen, ist ein universales Präventionsprogramm zu diesem Zeitpunkt ideal.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Schultyp. Betrachtet man die Häufigkeit depressiver Störungen nach Schultypen getrennt treten die meisten Fälle in Realschulen auf, gefolgt von den Hauptschulen und an dritter Stelle den Gymnasien (Essau & Petermann, 1999). In der vorliegenden Studie wurde deshalb ein universales Präventionsprogramm in Realschulen eingesetzt.

Hypothesen

Es wird erwartet, dass ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm durch die positive Beeinflussung der Gedanken der Jugendlichen (Beck et al., 1994; Hautzinger, 2000) und durch das Training der sozialen Kompetenzen (proximale Programmziele) unmittelbar die Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen im Jugendalter reduziert und so mittelfristig die Inzidenzrate von Depression senkt (distales Programmziel). Hieraus folgend wird erwartet, dass die Effekte des Präventionsprogramms auf die proximalen Programmziele in dem Prä-Post-Vergleich feststellbar sind, wohingegen Effekte auf das distale Programmziel nach der Datenlage in der Literatur in einem Prä-Post-Vergleich noch nicht zu erwarten sind. Im vorliegenden Artikel werden die ersten Ergebnisse, (Vergleich der Daten vor und direkt nach der Durchführung des Programms) eines längerfristigen Präventionsprojektes dargestellt.

Methodik

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 338 Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse von neun Realschulen im Raum Tübingen. Es wurde angestrebt, in allen Schulen beide Versuchsbedingungen durchzuführen. Dieses Vorgehen diente dazu, die statistische Power bei gleichbleibender Anzahl der Jugendlichen zu erhöhen (Brown & Liao, 1999), da die Varianzen zwischen den Schulen oft um das doppelte bis vierfache größer sind als zwischen den Klassen der gleichen Schule (Brown & Liao, 1999). Darüber hinaus entfällt so die Notwendigkeit, die Schulen in der statistischen Analyse als Gruppierungsfaktor zu berücksichtigen. Bei diesem Vorgehen besteht die Möglichkeit eines Cross-Over-Effektes, d. h. Kontakte zwischen Präventions- und Kontrollklassen führen zu einer unsystematischen Streuung der Kursinhalte und verwischen so mögliche Effekte, dieses Risiko wurde aber als gering angesehen, da die Lehrer nicht an den Programmen beteiligt und die Klassenverbände in den Realschulen relativ stabil sind. Die Jugendlichen wurden klassenweise der Trainings- bzw. der Kontrollgruppe zugeteilt. Das Präventionsprogramm wurde zwischen September 2000 und Juni 2001 durchgeführt. 187 Jugendliche (Jungen: 98, Mädchen: 89) im mittleren

Alter von 13.83 Jahren ($SD = .71$) in acht Klassen wurden der Trainingsgruppe zugeteilt, 151 Jugendliche (Jungen: 73, Mädchen: 78) im mittleren Alter von 13.87 Jahren ($SD = .75$) in sechs Klassen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt. Fünf Schülerinnen und Schüler oder ihre Eltern (1.5%) entschieden sich, dass diese Jugendlichen nicht an der Untersuchung teilnehmen würden und 39 Jugendliche (11.5%) nahmen aus verschiedenen Gründen (z. B. Erkrankung) nicht an der zweiten Erhebung teil, so dass von 294 Jugendlichen (87%) der ursprünglichen Stichprobe komplette Datensätze vorliegen.

Eine Dropout-Analyse ergab eine höhere Dropout-Rate in der Trainingsgruppe als in der Kontrollgruppe ($\chi^2(1) = 8.16, p < .001$) was darauf zurückzuführen ist, dass 15 Jungen und neun Mädchen einer Klasse im Laufe der Durchführung des Präventionsprogramms ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig beendeten, da die Durchführung des Präventionsprogramms von der Schulleitung in dieser Klasse auf vorher unterrichtsfreie Randstunden gelegt worden war. Weiterhin zeigte die Dropout-Analyse, dass die Jugendlichen, von denen keine Daten zum zweiten Messzeitpunkt vorliegen, älter sind als die anderen Jugendlichen ($t(1) = 4.03, p < .05$) und dass es sich eher um Jungen als um Mädchen handelt, ($\chi^2(1) = 6.21, p < .05$). Für die Depressivität der Jugendlichen zeigt sich kein signifikanter Effekt in der Dropout-Analyse ($t(1) = .12, p = .734$).

Das Präventionsprogramm Leichtigkeit Im Sozialen Alltag – Training (LISA-T)

Das 10 Doppelstunden umfassende schulbasierte Präventionsprogramm verwendet bewährte Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Das Präventionsprogramm besteht aus einem kognitiven und einem sozialen Schwerpunkt, die sich inhaltlich in folgende vier Teilbereiche untergliedern lassen: a) Vermittlung der Zusammenhänge von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, b) Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, c) Selbstsicherheitstraining und d) Training sozialer Kompetenz

Der kognitive Schwerpunkt basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie von Depression (Beck et al., 1994; Hautzinger, 2000). Zunächst wird den Jugendlichen

psychoedukativ der Zusammenhang zwischen ihren Kognitionen, Emotionen und ihrem Verhalten vermittelt. Um dieses neue Wissen anzuwenden, lernen die Schülerinnen und Schüler darauf aufbauend ihre automatischen Gedanken einem Realitätstest zu unterziehen und ggf. dysfunktionale durch funktionalere Gedanken zu ersetzen (Erwerb neuer Fähigkeiten).

Der soziale Schwerpunkt umfasst ein Selbstsicherheitstraining und ein Training sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 1986), wobei eine Auswahl besonders depressionsrelevanter Übungen getroffen wurde. Im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings werden altersangemessene Verhaltensweisen in verschiedenen Situationen eingeübt. Im Training sozialer Kompetenz geht es um den Aufbau der Fähigkeit Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten. Dies wird in Rollenspielen mit Beispielsituationen der Jugendlichen trainiert.

LISA-T soll über zwei Wege auf die Inzidenzrate von Depression einwirken. Im kognitiven Teil sollen die dysfunktionalen automatischen Gedanken der Jugendlichen im Sinne von Beck et al. (1994) bewusst infragegestellt werden, um so die mit diesen Gedanken in Verbindung stehende dysphorische Stimmung zu reduzieren (Beck et al., 1994; Hautzinger, 2000). Weiterhin werden funktionalere Gedanken bewusst aufgebaut, mit dem Ziel eine positivere Stimmung zu etablieren (Beck et al., 1994; Hautzinger, 2000). Im sozialen Teil soll den Jugendlichen über den Erwerb neuer sozialer Kompetenzen und durch das Training bereits vorhandener Fähigkeiten adaptiveres soziales Verhalten ermöglicht werden, um so ihre sozialen Netzwerke ausbauen und besser nutzen zu können. Soziale Unterstützung durch das Netzwerk ist deshalb so wichtig, weil sie gerade in belastenden Situationen protektiv wirkt (Bennett & Bates, 1995). Darüber hinaus gewinnen soziale Beziehungen mit Beginn der Pubertät besonders bei Mädchen zunehmend selbstwertstabilisierende Bedeutung (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Design und Durchführung des Präventionsprogramms LISA-T

Um die Effektivität des Präventionsprogramms Leichtigkeit Im Sozialen Alltag – Training (LISA-T) zu untersuchen, wurde ein quasi-experimentelles Studiendesign mit Trainings- (LISA-T) und Kontrollgruppe (LISA-K), sowie Prä- und Postmessung gewählt.

LISA-T wurde im schulischen Rahmen in der normalen Unterrichtszeit über einen Zeitraum von 10 Wochen einmal wöchentlich in einer schulischen Doppelstunde durchgeführt. Die Klassen nahmen nach Geschlecht getrennt am Präventionsprogramm teil, da sich in einer Vorstudie gezeigt hatte, dass dies zu mehr Kooperation der Jugendlichen führt. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass günstige Selbstdarstellung vor dem anderen Geschlecht so nicht gegeben ist, was eine Gruppenatmosphäre begünstigt, die eine Selbstöffnung fördert. Auch Manz (2001) weist daraufhin, dass bei zu großer Gruppengröße die Gefahr besteht, dass sich Jugendliche nicht frei und uneingeschränkt in Gruppenprozesse einbringen, da die Intimität unter diesen Bedingungen eingeschränkt ist. Jede Gruppe wurde von einem Trainer und einem Co-Trainer durchgeführt, so dass jedes Trainerteam pro Klasse aus vier Personen bestand. Alle Trainer waren Diplompsychologinnen oder Diplompsychologen und Psychologiestudierende im Hauptstudium mit Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen. Lehrerinnen und Lehrer waren nicht anwesend, da die klassische Lehrerrolle mit ihrer hauptsächlichen Orientierung an akademischen Leistungen im normalen Schulsetting mit der Schaffung einer fehlerfreundlichen Atmosphäre zum Üben z. B. neuer sozialer Fähigkeiten im Widerspruch steht. (Hurrelmann & Settertobulte, 2000).

Sowohl die Jugendlichen als auch die Eltern und Lehrer wurden darüber informiert, dass das Programmziel darin besteht, bestimmte Kompetenzen der Schülerinnen und Schülern zu stärken, die den Jugendlichen den Umgang mit den gerade in der Pubertät auf sie einströmenden Belastungen erleichtern sollen (proximale Programmziele). Das distale Programmziel der Verhinderung einer Zunahme depressiver Symptome im Verlauf des Jugendalters wurde bei diesen Informationen nicht explizit erwähnt, um eine mögliche Stigmatisierung der teilnehmenden Jugendlichen zu verhindern.

Instrumente

Proximale Programmziele.

Der Fragebogen zur Erfassung der sozialen Unterstützung (FESU) (Bliesener, 1991) fragt welche Personen den Jugendlichen bei ihren Problemen helfen (Netzwerkgröße), wie häufig sie die Unterstützung jeder einzelnen Person in Anspruch nehmen (Häufigkeit) und wie zufrieden sie mit der Unterstützung der einzelnen Personen sind (Zufriedenheit). Um die Länge der Fragebogenbatterie so kurz wie möglich zu halten, wurde der FESU auf sechs Items gekürzt. Hierbei wurden auf Empfehlung von Bliesener (persönliche Mitteilung, 11.09.2000) die Items 1, 3, 4, 5, 9, und 10 beibehalten (z. B. „Mit wem sprichst Du, wenn Dich etwas bedrückt?“), wobei für jedes Item von Null bis unbegrenzt vielen Personen angegeben werden können (Netzwerkgröße). Bei steigender Häufigkeit bzw. Zufriedenheit kann jeweils ein Wert von 1 bis 5 pro genannter Person vergeben werden. Aus den Werten für die Häufigkeit und die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung wird pro Item ein Mittelwert über die genannten Personen gebildet. Jedes der drei Masse (Netzwerkgröße, Häufigkeit und Zufriedenheit) ergibt sich aus dem Mittelwert über alle sechs Items. Die interne Konsistenz in der deutschen Normstichprobe beträgt für die Netzwerkgröße $\alpha = .86$, für die Häufigkeit $\alpha = .76$ und für die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung $\alpha = .83$ (Cronbachs Alpha) (Bliesener, 1991).

Der Automatic Thought Questionnaire – Revised (ATQ-R) (Seemann, Pössel & Hautzinger, 2001) dient der Erfassung funktionaler und dysfunktionaler Gedanken, die nach dem kognitiven (Beck et al., 1994) und dem Multifaktoriellen Depressionsmodell (Hautzinger, 2000) wichtig bei der Entstehung von Depression sind. Dieser für Erwachsene entwickelte Fragebogen wurde in der englischsprachigen Version bereits wiederholt bei Jugendlichen ab zwölf Jahren eingesetzt und validiert (Garber, Weiss & Shanley, 1993). Hierbei zeigte sich, dass bei Jugendlichen die Werte des ATQ-R mit der Ausprägung der Depression, nicht aber mit dem Alter variieren (Garber et al., 1993). Der ATQ besteht aus 30 Items (z. B. „Niemand versteht mich!“), anhand derer auf einer fünfstufigen Skala (1 - 5) mit steigendem Wert auf häufigeres Auftreten von dysfunktionalen Gedanken geschlossen wird.

Die Itemwerte werden zu einem Summenwert addiert, der Range reicht von 30 bis 150 und die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .90$ (Cronbachs Alpha) (Hollon, & Kendall, 1980).

Distales Programmziel.

Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Instrument zur Erfassung von Depressionssymptomen im Selbsturteil. Die ADS besteht aus 20 Items (z. B. „Während der letzten Woche haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“). Auf einer vierstufigen Skala (0 - 3) kann die Häufigkeit des Auftretens der Symptome angegeben werden, wobei eine höhere Zahl ein häufigeres Auftreten des Symptoms abbildet. Die Itemwerte werden addiert, der Range reicht von 0 bis 60 und die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) der ADS beträgt bei Jugendlichen $\alpha = .85$ (Meyer & Hautzinger, 2001). Für Jugendliche liegen Normwerte von Meyer und Hautzinger (2001) vor.

Moderierende Variablen.

Die Bremer Jugendereignisliste (BJL) (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998) ist eine Lebensereignis-Checkliste zur retrospektiven Erfassung positiver und negativer Ereignisse im Leben der Jugendlichen selbst oder im Leben nahestehender Personen. Die Items (z. B. „Hat sich für Dich in Deiner Familie in den letzten 12 Monaten etwas wichtiges ereignet?“) sind gruppiert nach den acht Lebensbereichen: Schule/Ausbildung, Eltern/Familie, soziale Kontakte/Freizeitaktivitäten, Liebes-/Partnerbeziehung, Todesfälle, Wohnort, Gesetz und Gesundheit/Krankheit. Die Jugendlichen können unbegrenzt viele Ereignisse angeben, die angegebene Anzahl wird über alle Bereiche addiert. Der Range liegt zwischen 0 und unbegrenzt vielen Ereignissen. Die interne Konsistenz ist in der vorliegenden Studie mit $\alpha = .52$ (Cronbachs Alpha) relativ niedrig, da nach den Ereignissen in sehr unterschiedlichen Lebensbereichen gefragt wird.

Der Daily Hassles and Daily Uplifts (HASSUP) von Quast, Jerusalem und Faulhaber (1986) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von negativen (daily hassles) und

positiven (daily uplifts) Alltagsgeschehnissen von Jugendlichen. Der HASSUP besteht aus 27 Items, die daily hassles (z. B. „Ich habe mit meiner besten Freundin/ meinem besten Freund Krach gehabt.“) erfassen und aus 33 Items, die daily uplifts (z. B. „Einer meiner Lehrer hat mich gelobt.“) erheben. Anhand der beiden Antwortkategorien „Trifft zu“ und „Trifft nicht zu“ können die Jugendlichen angeben, ob dieses Ereignis in den letzten vier Wochen aufgetreten ist. Die Itemwerte werden für daily hassles und uplifts jeweils addiert (Range: daily hassles = 0 – 27; daily uplifts = 0 – 33). In der vorliegenden Studie beträgt die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) der daily hassles $\alpha = .72$ und der daily uplifts $\alpha = .66$.

Der Evaluationsfragebogen von Kröger, Kutza, Walden und Reese (1998) dient dazu die Akzeptanz des Präventionsprogramms durch die Jugendlichen zu erfassen. Der Fragebogen wurde von Kröger et al. (1998) zur Evaluation des Münchner Drogenpräventionsprogrammes entwickelt. Er wurde am Ende jeder Sitzung von den Jugendlichen ausgefüllt. In diesem Fragebogen geben die Jugendlichen an, wie lustig, langweilig und spannend sie die jeweilige Sitzung fanden. Weiterhin sollen die Jugendlichen angeben, ob sie glauben in der jeweiligen Sitzung (a) etwas gelernt zu haben, dass sie im Alltag gut gebrauchen können, (b) über sich und ihr Verhalten nachgedacht haben und (c) wie gut sie die Trainer finden. Die Items sind fünf-stufig (1 – 5), wobei ein niedrigerer Wert eine bessere Beurteilung abbildet.

Datenanalyse

Bei der Datenanalyse von schulbasierten Studien muss berücksichtigt werden, dass es Interkorrelationen zwischen den Schülerinnen und Schülern einer Klasse bzw. einer Schule gibt (Hopkins, 1982). Eine Vernachlässigung der Gruppierungsvariablen kann zu Fehlinterpretationen der empirischen Ergebnisse führen, da die Gruppierung von Personen zu einem wechselseitigen Einflussprozess zwischen Individuum und Gruppe führt (Goldstein, 1995). Die Datenanalyse erfolgte mit einer Varianzanalyse für Messwiederholung. Hier bei dient die Klasse als Gruppierungsvariable im Faktor Versuchsbedingung, sowie die Jugendlichen als Gruppierungsvariable in Klasse und

Versuchsbedingung. Die Schule muss als Gruppierungsfaktor nicht berücksichtigt werden, da beide Versuchsbedingungen in allen Schulen durchgeführt werden.

Abhängige Variablen waren das soziale Netzwerk (FESU) und die automatischen Gedanken (ATQ-R) als proximale Programmziele, sowie die Depressionswerte in der ADS als distales Programmziel. Unabhängige Variablen stellten neben der Gruppeneinteilung (Präventions- vs. Kontrollgruppe), der Messzeitpunkt (Prä- vs. Post-Messung) und das Geschlecht (Jungen vs. Mädchen) dar. Das Geschlecht wurde als unabhängige Variable eingeführt, da in der Literatur auf Differenzen in der Entwicklung von Depression zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen wiederholt hingewiesen wurde.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket "SPSS for Windows 6.1.3". Es wurde für die abhängigen Variablen eine ANOVA mit Messwiederholung gerechnet. Hierbei wurden die Freiheitsgrade der Messwiederholungsvariablen nach Greenhouse und Geisser (1959) korrigiert. Weiterhin fand bei den a-posteriori-Tests eine Bonferroni Alpha-Adjustierung statt. A-posteriori-Test im Anschluss an eine Interaktion sind ab einem p-Wert von .05 tendenziell signifikant und ab einem p-Wert von .01 signifikant. Im Anschluss an eine zweifach Interaktion sind die a-posteriori-Test ab einem p-Wert von .01 tendenziell signifikant und ab einem p-Wert von .005 signifikant.

Ergebnisse

Sowohl die ADS-Werte zum ersten Messzeitpunkt ($t(252.69) = -1.52$, $p = .130$), als auch das Alter ($t(314.5) = -0.59$, $p = .557$) und die Geschlechterverteilung ($\chi^2(1) = .56$, $p = .453$) weichen bei der Trainings- und Kontrollgruppe nicht signifikant voneinander ab.

Effekte auf die proximalen Programmziele

Soziale Unterstützung.

In der FESU Subskala Netzwerkgröße zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt, aber die bedeutsamen Interaktionseffekte Messzeitpunkt x Bedingung ($F(1,224) = 4.17$, $p < .05$) und Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht ($F(1,224) = 6.15$, $p < .05$) (Tabelle 1). Der Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung beruht auf einer tendenziellen Differenz

zwischen der Trainings- und Kontrollgruppe in der Prämessung ($t(280.34) = -2.48, p < .05$), wobei die Kontrollgruppe im FESU von einem größeren sozialen Netzwerk berichtet als die Trainingsgruppe. Dieser Trend ist in der Postmessung nicht mehr vorhanden ($t(295.87) = -1.31, p = .190$), da die berichtete Netzwerkgröße bei den Jugendlichen der Trainingsgruppe zunimmt und in der Kontrollgruppe abnimmt (Tabelle 1). A-posteriori-Tests zeigen, dass der Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht einerseits auf einer tendenziellen Differenz zwischen den Jungen der Trainings- ($M = 1.97, SD = 1.01$) und der Kontrollgruppe ($M = 2.58, SD = 1.11$) in der Prämessung zurückgehen ($t(95.36) = -2.85, p < .01$) und andererseits auf einen tendenziellen Unterschied der Geschlechter in der Trainingsgruppe in der Prämessung zurückführbar sind ($t(165.93) = -2.74, p < .01$). Diese Trends beruhen darauf, dass die Jungen der Trainingsgruppe ($M = 1.97, SD = 1.01$) in der Prämessung von einem kleineren sozialen Netz berichten als die Mädchen in der Trainingsgruppe ($M = 2.44, SD = 1.16$) und als die Jungen in der Kontrollgruppe ($M = 2.58, SD = 1.11$). Zum Postmesszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten oder tendenziellen Differenzen mehr, da die berichtete Netzwerkgröße bei den Jungen der Trainingsgruppe ansteigt ($M = 2.12, SD = 1.42$).

In der FESU Subskala Häufigkeit der Inanspruchnahme des Unterstützungsverhaltens zeigt sich nur der Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht ($F(1,206) = 5.14, p < .05$) (Tabelle 1). Dieser Interaktionseffekt beruht auf einem signifikanten Unterschied zwischen den Mädchen der Trainings- ($M = 2.45, SD = .60$) und der Kontrollgruppe ($M = 2.17, SD = .56$) in der Postmessung ($t(151.92) = 2.97, p < .005$). Das Ergebnis beruht darauf, dass die berichtete Häufigkeit der Inanspruchnahme des Unterstützungsverhaltens bei den Mädchen der Trainingsgruppe von der Prä- ($M = 2.18, SD = .47$) zur Postmessung ($M = 2.45, SD = .60$) ansteigt.

In der FESU Subskala Zufriedenheit mit der Unterstützung zeigen sich keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte.

Um zu überprüfen, ob die berichteten Veränderungen in der Größe des sozialen Netzwerkes bei den Jungen und die berichtete Häufigkeit der Inanspruchnahme des

Unterstützungsverhaltens auf Veränderungen der Belastung zurück geht, wurden mit dem BJL (kritischen Lebensereignisse; Essau et al., 1998), sowie dem HASSUP (daily hassles und daily uplifts; Quast, et al., 1986) weitere Varianzanalysen berechnet. Hierbei zeigt sich bis auf den Haupteffekt Geschlecht bei den daily hassles ($F(1,213) = 4.60, p < .05$) kein signifikanter oder tendenzieller Effekt, so dass eine stärkere Belastung der Jungen als Begründung der Ergebnisse im FESU ausgeschlossen werden kann.¹

Automatische Gedanken.

In der Subskala negative Gedanken des ATQ-R zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt ($F(1,236) = 46, p < .05$) und ein Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung ($F(1,236) = 4.23, p < .05$) (Tabelle 1). Der Haupteffekt beruht auf dem Rückgang der Stärke der negativen automatischen Gedanken im ATQ-R. Der Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung beruht einerseits auf einem tendenziellen Unterschied in den Werten der ATQ-R Subskala negative Gedanken in der Prämessung mit höheren Werten der Kontrollgruppe im Vergleich mit der Trainingsgruppe ($t(252.62) = -2.37, p < .05$). Andererseits zeigt sich in den a-posteriori-Tests ein signifikanter Rückgang der negativen Gedanken in der Kontrollgruppe ($t(120) = 4.72, p < .01$) nicht aber in der Trainingsgruppe ($t(151) = 1.31, p = .194$).

In der Subskala positive Gedanken des ATQ-R zeigt sich ausschließlich ein Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt ($F(1,236) = 11.90, p < .05$), der auf einer Zunahme der Stärke der positiven automatischen Gedanken im ATQ-R beruht (Tabelle 1).

Effekte auf das distale Programmziel

Bei den durch die ADS erfassten depressiven Symptomen zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt ($F(1,245) = 61.5, p < .001$), sowie die Interaktionseffekte Messzeitpunkt x Geschlecht ($F(1,245) = 4.45, p < .05$) und Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht ($F(1,245) = 5.93, p < .05$). Alle anderen Haupt- und Interaktionseffekte bei den depressiven Symptomen sind nicht signifikant (Tabelle 1).

In beiden Bedingungen zeigt sich ein unerwarteter signifikanter Rückgang der depressiven Symptome in der ADS.

A-posteriori-Tests im Anschluss an den Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Geschlecht zeigen signifikante Gruppenunterschiede in der Prämessung zwischen Jungen und Mädchen ($t(250.76) = -54.93, p < .01$) und bei den Mädchen zwischen den beiden Messzeitpunkten ($t(141) = 2.91, p < .01$). Diese Ergebnisse basieren auf einer stärkeren Ausprägung der depressiven Symptome bei den Mädchen in der Prämessung und einem bedeutenden Rückgang der Symptome bei den Mädchen zwischen Prä- und Postmessung.

Der zweifache Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht geht auf signifikante Differenzen in der Prämessung in beiden Bedingungen zwischen Jungen und Mädchen zurück (Trainingsgruppe: $t(135.44) = -3.78, p < .005$; Kontrollgruppe: $t(113.85) = -4.59, p < .005$). In beiden Bedingungen beruht der Unterschied zwischen beiden Geschlechtern auf einer stärkeren Ausprägung der depressiven Symptome bei den Mädchen.

Akzeptanz des Präventionsprogramms

Die Variablen zur Evaluation des Präventionsprogramms LISA-T bei den teilnehmenden Schülerinnen und Schülern sind jeweils für die Programmschwerpunkte kognitiv und sozial, sowie zu den Bewertungen positive Aussage und negative Aussage zusammengefasst. Als positive Aussage des einzelnen Jugendlichen wurde eine Bewertung besser als 2.0 gewertet, während eine Bewertung schlechter als 2.0 als negative Aussage gewertet wurde. 2.0 entspricht der Mitte des Ranges.

Insgesamt werden beide Programmschwerpunkte überwiegend als gut bewertet. Mehr als 2/3 der Jugendlichen finden beide Schwerpunkte von LISA-T gut (lustig, spannend, nicht langweilig), 67.6% glauben vom kognitivem Teil und 60.9% glauben vom sozialem Teil etwas für ihren Alltag gelernt zu haben. Ausschließlich die Frage, ob die Jugendlichen in der Stunde über sich und ihr Verhalten nachgedacht haben, wird nicht so positiv von den Jugendlichen beantwortet. Bei dem sozialen Schwerpunkt geben nur 57.1% der Jugendlichen und im kognitiven Schwerpunkt nur 46.5% der Jugendlichen an, über sich und ihr Verhalten nachgedacht zu haben (Tabelle 2).

Diskussion

Im Bereich der sozialen Unterstützung lassen sich differentielle Effekte des Präventionsprogramms für Jungen und Mädchen nachweisen. Bei den Jungen aus der Trainingsgruppe nimmt die Größe des sozialen Netzwerkes zu, während die Mädchen das bestehende soziale Netzwerk öfter nutzen. Ein Anstieg belastender Lebenssituationen besteht bei beiden Gruppen nicht und kann demnach nicht als Erklärung für diese Veränderung herangezogen werden. Die geschlechtsspezifischen Effekte des Trainingsprogramms könnten auf häufig beobachtete Unterschiede der Geschlechter in Bezug auf Sozialverhalten zurückzuführen sein: Jungen suchen in der Regel weniger soziale Kontakte als Mädchen (Nummer & Seiffge-Krenke, 2001), während Mädchen gerade ab der Pubertät stärkere soziale Orientierung zeigen. Die Jungen profitieren insofern von der Teilnahme am Trainingsprogramm, als sie ihr soziales Netzwerk erweitern, während Mädchen bereits über ein ausgeprägtes soziales Netzwerk verfügen, so auch bei Nummer und Seiffge-Krenke (2001). Die Mädchen geben an, ihr soziales Netzwerk bei Problemen häufiger zu nutzen als vor dem Training. Diese Effekte sind von Bedeutung, da die Nutzung sozialer Unterstützung einen wirksamen Puffer gegen die Entwicklung einer depressiven Symptomatik darstellt (Bennett & Bates, 1995). Die geschlechtsspezifischen Effekte im sozialen Netzwerk weisen darauf hin, dass die gekürzte Fassung des FESU geeignet ist, differenziert durch das Trainingsprogramm angestoßene Veränderungen der sozialen Unterstützung abzubilden. In einer Replikation wäre es interessant die ausführliche Version des FESU zu verwenden, um zusätzlich zwischen verschiedenen Inhalten (z. B. emotionale, informative & instrumentelle Unterstützung) und Quellen (z. B. Eltern, Peers) sozialer Unterstützung unterscheiden zu können (Bliesener, 1991).

Im ATQ-R als Instrument zur Erfassung der kognitiven Veränderungen zeigt sich ein Rückgang der dysfunktionalen Gedanken primär in der Kontrollgruppe und eine Zunahme der funktionalen Gedanken in beiden Gruppen. Es zeigen sich also keine hypothesenkonformen signifikanten Differenzen in den kognitiven Variablen zwischen

Trainings- und Kontrollgruppe. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass der ATQ-R bei Jugendlichen die dysfunktionalen und funktionalen Gedanken nicht so gut erfasst wie bei Erwachsenen. Hiergegen spricht allerdings, dass die Korrelationen zwischen den Werten im Beck Depressions Inventar (Beck & Steer, 1987) und dem ATQ bei Erwachsenen ($r = .75$) (Burgess & Haaga, 1994) und bei Jugendlichen (Garber, Weiss & Shanley, 1993) ($r = .74$) ähnlich hohe Werte erreicht. Dies deutet daraufhin, dass der ATQ auch bei Jugendlichen die mit Depression in Verbindung stehenden Gedanken zuverlässig erfassen kann. Eine andere Erklärung für das Fehlen der hypothesenkonformen Ergebnisse ergibt sich aus den Erfahrungen aus anderen Präventionsstudien. So konnte die Arbeitsgruppe um Seligman (Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994) in den Nachbefragungen bis zu 6 Monaten nach Programmende keine Veränderungen im Attributionsstil der beteiligten Jugendlichen beobachten. Erst nach einem Jahr zeigten sich signifikante Veränderungen im Attributionsstil der Trainingsgruppe (Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994). Das verzögerte Auftreten von signifikanten Effekten in den kognitiven Variablen könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Jugendlichen die erlernten Techniken erst in ihrem Alltag einüben und regelmäßig umsetzen müssen, bevor sich ihr automatisches Denken ändert.

Im distalen Programmziel, der Reduktion der Zunahme depressiver Symptome, wurde im Prä-Post-Vergleich noch kein signifikanter Effekt erwartet, da der Beobachtungszeitraum von drei Monaten zwischen den beiden Messzeitpunkten zu gering ist, als dass die potenziell protektive Wirkung des Präventionsprogramms schon beobachtbar sein dürfte.

Erwartungsgemäß zeigten sich keine signifikanten Differenzen zwischen der Trainings- und Kontrollgruppe bezüglich der Anzahl depressiver Symptome vor und nach dem Präventionsprogramm. Die depressiven Symptome unterschieden sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen, wobei erwartungsgemäß (z. B. Essau et al., 1998) die Ausprägung depressiver Symptome bei den Mädchen stärker ist.

Weiterhin zeigt sich in der Postmessung ein bedeutsamer Rückgang der depressiven Symptome bei den Mädchen, nicht aber bei den Jungen. Dieser epidemiologisch nicht zu erwartende Rückgang der depressiven Symptomatik bei den Mädchen konnte wiederholt

auch in anderen Studien beobachtet werden. So berichten Manz (2001) und die Arbeitsgruppe um Seligman (Gillham & Reivich, 1999; Gillham et al., 1995) in ihren Präventionsstudien ebenfalls davon, dass sowohl in den Trainings- als auch den Kontrollgruppen die Zielsymptomatik geringer wird. Manz (2001) führt dieses Phänomen auf die Folgen von Reaktanz zurück, die durch das Ausfüllen umfangreicher Fragebogenbatterien entsteht. Auch Ge, Lorenz, Conger, Elder und Simons (1994) finden in ihrer epidemiologischen Längsschnittanalyse zum zweiten Messzeitpunkt, dass die depressive Symptomatik über alle Altersgruppen hinweg zurückgeht, während sie zu den späteren Messzeitpunkten und in den querschnittlichen Analysen zunimmt. Diese Ergebnisse interpretieren die Autoren als methodisches Artefakt der Längsschnittanalyse. Ge et al. (1994) spekulieren, dass Jugendliche die Fragebogen beim erstmalig am sorgfältigsten ausfüllen, während sie in der zweiten Befragung gelangweilt sind und oberflächlicher sowie positiver antworten. In späteren Erhebungswellen beginnen die Jugendlichen dann wieder die Fragebögen ernsthafter zu beantworten. Auch in der vorliegenden Studie spricht für eine oberflächlichere Beantwortung der Fragebögen die Tatsache, dass die Jugendlichen bei der Nachbefragung nur noch die Hälfte der bei der Prämessung benötigten Zeit brauchten. Die stark zunehmende Geschwindigkeit beim Ausfüllen der Fragebogen ist sicher nur zum Teil auf die Zunahme der Testfitness der Jugendlichen zurückzuführen. Eine zweite mögliche Erklärung für die unerwartete positive Entwicklung könnte darin bestehen, dass die Inhalte von LISA-T durch soziale Interaktionen der Jugendlichen zwischen verschiedenen Klassen auch an die Jugendlichen der Kontrollgruppe weitergegeben werden und so Cross-Over-Effekte entstehen. Beide möglichen Erklärungen können auch auf den stärkeren Rückgang dysfunktionaler Gedanken in der Kontrollgruppe bezogen werden.

Die Evaluation von LISA-T durch die Jugendlichen zeigt, dass mehr als 2/3 der Schülerinnen und Schüler beide Schwerpunkte von LISA-T positiv (lustig, spannend, nicht langweilig) beurteilen. 67.6% der Jugendlichen geben an, im kognitivem Schwerpunkt etwas für ihren Alltag gelernt zu haben und 60.9% glauben das Gleiche bezüglich des sozialen Schwerpunktes. LISA-T wurde also von den Jugendlichen gut aufgenommen, was dafür

spricht, dass die Vermittlung von Inhalten und Fertigkeiten auf jugendgerechte Weise erfolgte.

Zu unserer Studie müssen drei wichtige Einschränkungen gemacht werden. Erstens basiert der angenommene Effekt des Präventionsprogramms auf die Netzwerkgröße bei den Jungen auf Unterschieden in den Prämessungen zwischen der Präventions- und Kontrollgruppe, während sich in den Postmessungen keine bedeutsamen Differenzen mehr finden. Solche Unterschiede in den Prämessungen kommen in Evaluationsstudien von Präventionsprogrammen häufig vor (Überblick, siehe Kaluza & Schulze, 2000) und erschweren die Interpretation der Ergebnisse. Es ist nicht auszuschließen, dass fehlenden Differenzen zwischen den Jungen der Präventions- und Kontrollgruppe in der Postmessung auf die Regression zur Mitte zurückzuführen sind, was damit übereinstimmen würde, dass sich in der Covarianzanalyse keine signifikanten Effekte zeigen. Das Problem der Regression zur Mitte ist allerdings auch methodisch nicht leicht zu lösen, so betonen Miller und Chapman (2001), sowie Weinfurt (2000) dass Covarianzanalysen mit den Werten der Prämessungen meist keine Lösung sind. Kaluza und Schulze (2000) hingegen sehen Covarianzanalysen als eine Möglichkeit mit den Differenzen in den Prämessungen umzugehen. Klarheit können die Ergebnisse in den noch ausstehenden Nachuntersuchungen drei und sechs Monate nach Beendigung des Programms bringen.

Die Differenz in der Häufigkeit der Inanspruchnahme des Unterstützungsverhaltens bei den Mädchen in der Postmessung hingegen beruht auf einem Anstieg der Häufigkeit der Inanspruchnahme bei den Mädchen der Trainingsgruppe. Dieser Effekt bleibt nicht nur in der Covarianzanalyse erhalten, sondern die Häufigkeit der Inanspruchnahme des Unterstützungsverhaltens bei den Mädchen der Trainingsgruppe steigt über die durchschnittliche Häufigkeit der Inanspruchnahme beider Gruppen in der Prämessung und der Kontrollgruppe in der Postmessung an. So liegt hier kein Grund zur Annahme vor, dass dieser Effekt auf der Regression zur Mitte basiert.

Die zweite Einschränkung basieren darauf, dass die Ergebnisse ausschließlich auf Selbstberichten der Jugendlichen durch Fragebogen beruhen. Klinische Diagnosen können

nicht geleistet werden und eine Beobachtung des offenen Verhaltens der Jugendlichen fand nicht statt. Neuere Studien zeigen jedoch, dass ein Kontinuum von Depression gemessen durch Symptomfragebogen zu klinischen Diagnosen angenommen werden kann (z. B. Flett, Vredenburg & Krames, 1997). Auch bezüglich des Verhaltens von Jugendlichen zeigt die Literatur, dass Selbsturteile hier durchaus ein valides Maß darstellen (z. B. Hops, Alpert & Davis, 1997).

Die dritte Einschränkung bezieht sich darauf, dass nur die Jugendlichen selbst befragt wurden und nicht die Eltern, Lehrer oder Gleichaltrige. Frühere Studien (für einen Überblick siehe Kazdin, 1994) zeigen aber, dass es moderate Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdrating gibt und die Jugendlichen selbst, gerade bei Internalisierungsstörungen wie Depression, eine zuverlässige Informationsquelle darstellen.

LISA-T hat sich als von den Jugendlichen positiv bewertetes im Schulsetting gut durchführbares Präventionsprogramm erwiesen, das eine Verbesserung der sozialen Unterstützung erreichen kann. Wie erwartet konnten im Prä-Post-Vergleich noch keine positiven Effekte, die für die Wirkung von LISA-T auf die depressive Symptomatik sprechen, nachgewiesen werden. In den proximalen Programmzielen zum sozialen Netzwerk zeigen sich geschlechtsspezifische Effekte, die auf eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen und der sozialen Kontakte hinweisen. Bei den automatischen Gedanken hingegen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen, eine Überarbeitung des Präventionsprogramms kann die Effektivität möglicherweise steigern. Insgesamt bleiben die Effekte des Präventionsprogramms im Follow-up nach sechs Monaten abzuwarten.

Literaturverzeichnis

Barrera, M. Jr. & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 1 – 16.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). Beck Depression Inventory - Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Bennett, D. S. & Bates, J. E. (1995). Prospective models of depressive symptoms in early adolescence. Attributional style, stress, and support. Journal of Early Adolescence, 15, 299 – 315.

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

Bliesener, T. (1991). Soziale Unterstützung im Jugendalter: Konstruktion und Validierung eines Instruments zu ihrer Erfassung. Psychologische Beiträge, 33, 434 – 462.

Brown, C. H. & Liao, J. (1999). Principles for designing randomized preventive trials in mental health: An emerging developmental epidemiology paradigm. American Journal of Community Psychology, 27, 677 – 714.

Burgess, E. & Haaga, D. A. F. (1994). The Positive Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnaire - Revised (ATQ-RP): Equivalent measures of positive thinking? Cognitive Therapy and Research, 18, 15 - 23.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M. & Sheeber, L. (1993). School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents. Findings from two studies. Journal of Adolescent Research, 8, 183 – 204.

Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 272 – 279.

Compas, B. E., Connor, J. & Wadsworth, M. (1997). Prevention of depression. In: R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hampton, B. A. Ryan & G. R. Adams (Eds.), Healthy Children 2010: Enhancing Children's Wellness (pp. 129 – 174). London: Sage Publications.

Compas, B. E., Ey, S. & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. Psychological Bulletin, 114, 323 – 344.

Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25, 115 – 152.

Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998b). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Beeinträchtigung von Depressiven Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46, 316 – 329.

Essau, C. A. & Petermann, F. (1999). Erste Ergebnisse der Arbeitsgruppe "Bremer Jugendstudie". http://www.fire.uni-bremen.de/public_html/zrf/index.html [14.2.2000].

Fleming, J. E., Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 28 - 32.

Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. Psychological Bulletin, 121, 395 – 416.

Garber, J., Weiss, B. & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 102, 47 – 57.

Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., Jr., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. Developmental Psychology, 30, 467 – 483.

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. & Reivich, K. J. (1999). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: A research update. Psychological Science, 10, 461 – 462.

Goldstein, H. (1995). Multilevel statistical models (2nd ed.#). London: Arnold.

Greenhouse, S. W. & Geisser, S. (1959). On methods in the analysis of profile data. Psychometrika, 24, 95 - 112.

Harrington, R. & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248, 32 – 45.

Hautzinger, M. (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Weinheim: Beltz.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1986). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). München: Urban & Schwarzenberg.

Hopkins, K. D. (1982). The unit of analysis: Group means versus individual observations. American Educational Research Journal, 19, 5 – 18.

Hops, H., Alpert, A. & Davis, B. (1997). The development of same- and opposite-sex social relations among adolescents: An analogue study. Social Development, 6, 165 – 183.

Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie (S. 131 - 148. Göttingen: Hogrefe.

Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. Behavior Research and Therapy, 32, 801 – 816.

Kaluza, G. & Schulze, H.-H. (2000). Evaluation von Gesundheitsförderprogrammen – Methodische Stolpersteine und pragmatische Empfehlungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8, 18 – 24.

Kazdin, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents (pp. 249 - 271). New York: Plenum Press.

Kröger, Ch., Kutza, R., Walden, K. & Reese, A. (1998). Implementation eines Lebenskompetenzprogrammes für fünfte Klassen an Hauptschulen und Gymnasien. Kindheit und Entwicklung, 7, 231 – 238.

Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R. & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 109, 345 – 351.

Lightsey, O. R. (1994). Positive automatic cognitions as moderators of the negative life event^dysphoria relationship. Cognitive Therapy and Research, 18, 353 – 365.

Manz, R. (2001). Primäre Prävention von Angst- und depressiven Symptomen bei Adoleszenten – Ergebnisse einer quasi-experimentellen Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9, 229 – 241.

Meyer, Th. D. & Hautzinger, M. (2001). Allgemeine Depressions-Skala (ADS) – Normierung an Minderjährigen und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS). Diagnostica, 47, 208 – 215.

Miller, G. A. & Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding Analysis of Covariance. Journal of Abnormal Psychology, 110, 40 – 48.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological Bulletin, 115, 424 - 443.

Quast, H. H., Jerusalem, M. & Faulhaber, J. (1986). Daily hassles and daily uplifts. In R. Schwarzer (Hrsg.), Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (Forschungsbericht 5). Berlin: Freie Universitaet, Institut für Psychologie.

Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2001). Gibt es geschlechtsspezifische Faktoren in der Vorhersage depressiver Symptome im Jugendalter? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, 22 – 32.

Seemann, S., Pössel, P. & Hautzinger, M. (2001). Übersetzung und Validierung der deutschen Version des „Automatic Thoughts Questionnaire – Revised“ (ATQ-R). 19. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bern.

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.

Vernberg, E. M. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? Journal of Abnormal Child Psychology, 18, 187 - 198.

Weinfurt, K. P. (2000). Repeated measures analyses: ANOVA, MANOVA, and HLM. In Grimm, L.G. & Yarnold, P.R. (Hrsg.), Reading and understanding more multivariate statistics (pp. 317-361).

Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E. & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. JAMA, 281, 1707 – 1713.

Wittchen, H.-U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine, 28, 109 – 126.

Fußnote:

¹ Für die signifikanten Interaktionen im FESU wurden Kovarianzanalysen mit den Werten der Prämessung als Covariaten berechnet. Hierbei zeigen sich keine von den Varianzanalysen mit Messwiederholung abweichenden Ergebnisse.

Tabelle 1

Haupt- und Interaktionseffekte der Varianzanalyse des distalen und der proximalen Programmziele

Variablen	Gruppe	Prämessung	Postmessung	Messzeitpunkt		Messzeitpunkt x Bedingung		Messzeitpunkt x Geschlecht		Messzeitpunkt x Bedingung x Geschlecht	
		<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
FESU Netzwerkgröße	LISA-T	2.20 (1.12)	2.25 (1.40)	.47	.495	4.17	.042 *	2.23	.137	6.15	.014 *
	LISA-K	2.50 (1.03)	2.46 (1.17)								
FESU Häufigkeit	LISA-T	2.48 (.76)	2.32 (.68)	.46	.500	.02	.882	1.53	.217	5.14	.024 *
	LISA-K	2.32 (.60)	2.28 (.56)								
FESU Zufriedenheit	LISA-T	2.84 (.88)	2.84 (.60)	.14	.714	.01	.906	.11	.741	.27	.606
	LISA-K	2.72 (.64)	2.72 (.48)								
ATQ-R negative Gedanken	LISA-T	50.34 (18.03)	47.40 (19.30)	46.00	.000 **	4.23	.041 *	2.47	.117	2.58	.110
	LISA-K	55.74 (21.83)	47.42 (18.17)								
ATQ-R positive Gedanken	LISA-T	28.22 (8.21)	30.10 (8.31)	11.90	.001 **	1.02	.315	.31	.579	3.66	.057
	LISA-K	28.32 (8.03)	30.26 (8.28)								
ADS	LISA-T	14.54 (7.91)	13.27 (8.07)	61.50	.000 **	.16	.691	4.45	.036 *	5.93	.016 *
	LISA-K	15.90 (8.73)	14.45 (8.63)								

Anmerkungen: ADS = Allgemeine Depressionsskala; ATQ-R = Automatic Thoughts Questionnaire – Revised; FESU = Fragebogen

zur Erfassung der sozialen Unterstützung; LISA-T = Trainingsgruppe; LISA-K = Kontrollgruppe

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

Tabelle 2

Akzeptanz von LISA-T bei den Jugendlichen Prozent der Jugendlichen, die LISA-T positiv bzw. negativ beurteilt haben

	Prozent, positive Aussage	Prozent, negative Aussage
Lustig (kognitiv)	80.6	19.4
Lustig (sozial)	76.1	23.9
Langweilig (kognitiv)	78.6	21.4
Langweilig (sozial)	72.9	27.1
Spannend (kognitiv)	64.9	35.1
Spannend (sozial)	64.3	35.7
Gelernt (kognitiv)	67.6	32.4
Gelernt (sozial)	60.9	39.1
Nachgedacht (kognitiv)	46.5	53.5
Nachgedacht (sozial)	57.1	42.9
Trainer (kognitiv)	77.5	22.5
Trainer (sozial)	72.5	27.5