

University of Louisville

ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository

Faculty Scholarship

2006

Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention depressiver Symptome bei Jugendlichen (Comparison of two school based depression prevention programs for adolescents).

Patrick Pössel
University of Louisville

Andrea B. Horn
Universität Tübingen

Martin Hautzinger
Universität Tübingen

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

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

Original Publication Information

Pössel, Patrick, Andrea B. Horn and Martin Hautzinger. "Vergleich zweier schulbasierter Präventionsprogramme von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. [Comparison of two prevention programs of depressive symptoms in adolescents.]" 2006. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35: 109-116.

ThinkIR Citation

Pössel, Patrick; Horn, Andrea B.; and Hautzinger, Martin, "Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention depressiver Symptome bei Jugendlichen (Comparison of two school based depression prevention programs for adolescents)." (2006). *Faculty Scholarship*. 283.

<http://ir.library.louisville.edu/faculty/283>

Kolumentitel: PRÄVENTION VON DEPRESSION BEI JUGENDLICHEN

Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention
depressiver Symptome bei Jugendlichen

Patrick Pössel, Andrea B. Horn & Martin Hautzinger

Universität Tübingen

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Depressive Störungen im Jugendalter sind ein weitverbreitetes Problem mit weitreichenden psychosozialen Folgen. Um beidem vorzubeugen wurde ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches und ein auf dem Paradigma des Expressiven Schreibens beruhendes universales schulbasiertes Präventionsprogramm entwickelt.

Fragestellung: Haben die beiden Präventionsprogramme positive Wirkung auf depressive Symptomatik und Lebenszufriedenheit Jugendlicher?

Methode: Es wurde eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit 3-Monats Follow-up an 579 Realschülern und -schülerinnen der 8. Klasse durchgeführt.

Ergebnisse: Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm wirkt in Abhängigkeit der Ausgangssymptomatik kurz- bzw. mittelfristig auf die depressive Symptomatik, während das Schreibprogramm unabhängig von der Ausgangssymptomatik kurz- und mittelfristig positiv auf die Lebenszufriedenheit wirkt.

Schlussfolgerungen: Trotz Einschränkungen in Bezug auf die Vergleichbarkeit beider Programme liefert die Studie erste wichtige Ergebnisse in Richtung eines Vergleichs unterschiedlicher Interventionen in der Präventionsforschung von Depressionen.

Schlagwörter: Schulbasierte universale Prävention, kognitiv-verhaltenstherapeutisch, expressives Schreiben, Depression, Pubertät

Abstract

Title: Comparison of two school based depression prevention programs for adolescents

Background: Depression in adolescences is widespread and has great impact on psychosocial development and health. To follow the need of preventive tools for adolescent depression two prevention programmes were developed, one in a cognitive behavioural framework and one adapted from Pennebaker's expressive writing paradigm.

Objective: Both programs were applied in a school-based adolescent population to investigate positive effects on depressive symptoms and health related life satisfaction.

Methods: In a randomized group design with a cognitive-behavioral, a expressive writing and a non-treated control group effects were measured by self reported depression and health related life satisfaction before, directly after and three months after the prevention programs including in total N=579 eighth graders in German secondary schools.

Results: Taking into account baseline depression scores the cognitive behavioural prevention program yielded effects on depressive symptoms while the expressive writing group benefited more in terms of health related life satisfaction.

Conclusions: The significant differences between the two programs are discussed in relation to methodological limitations of the study as well as differential indications of both interventions. This study offers first hints regarding the possible differential effects of prevention programs with different intervention focus (e.g. emotion, cognition)..

Keywords: School-based universal prevention, cognitive-behavioral, expressive writing, depression, adolescence

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen und verursachen enorme Kosten. Nach nationalen wie internationalen epidemiologischen Studien leiden 15 - 20 % der Minderjährigen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres unter mindestens einer depressiven Episode (z. B. Wittchen, Nelson & Lachner, 1998), wobei die Prävalenz etwa ab dem 13. Lebensjahr stark ansteigt (Wade, Cairney & Pevalin, 2002). Langfristig erhöhen Depressionen das Risiko für die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter (z. B. Weissman, et al., 1999) oder anderer psychische Störungen (Essau, Karpinski, Petermann & Conrad, 1998). Auch interferieren Depressionssymptome mit interpersonellen und schulischen Funktionen (Birmaher et al., 1996). Bereits die sogenannte subklinische Depression sind ein Risikofaktor für das spätere Auftreten einer depressiven Episode in der Jugend oder im Erwachsenenalter (Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss, 2000; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2001). Subklinisch ist in diesem Fall definiert als das Auftreten von einer bis vier der im DSM-IV geforderten Symptome einer Major Depression (Brent, Birmaher, Kolko, Baugher, & Bridge, 2001). Harrington und Clark (1998) konnten an einer unausgelesenen Stichprobe von 11 bis 15 Jährigen belegen, dass nur etwa 40% der interviewten Jugendlichen keine depressiven Symptome berichten, während 50% die Kriterien für eine subklinische Depression und 10% für eine Major Depression nach DSM IV erfüllen. Aus diesen Daten ergibt sich ein dringender Bedarf an effizienten Maßnahmen zur Behandlung und vor allem zur Prävention von Depressionen im Jugendalter, um so eine Reduktion der vielfältigen Folgen dieser Störungen bis ins Erwachsenenalter erreichen zu können.

Prävention 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. subklinische Depression: Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994) die besten Ergebnisse. In der Metaanalyse von Durlak und Wells (1997) bezüglich publizierter Präventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen ergaben verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme ($d = 0.49$) doppelt so hohe Effektstärken wie andere Präventionsprogramme ($d = 0.25$).

Nach dem Multifaktoriellen Depressionsmodell (Hautzinger, 1998; 2003) 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, 2003). 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). Soziale Unterstützung und soziale Fertigkeiten wiederum korrelieren hoch mit der Entwicklung emotionsregulatorischer Fähigkeiten (Eisenberg, 2001). Vermeidende Strategien der Emotionsregulation wie Gedankenunterdrückung sind als Risikofaktoren für die Entstehung und den Rückfall in eine Depression bekannt (zusammenfassend siehe Horn & Hautzinger, 2003). Die konzeptionelle Integration der Emotionsregulation in sozial-kognitive Informationsverarbeitungsmodelle der Ätiologie der Depression liegt inhaltlich unter Beachtung der vorliegenden Befunde nahe.

Bei Studien zu selektiven Präventionsprogrammen zeigen sich Probleme bezüglich der Rekrutierung und eine hohe Drop-out Rate. So berichten Clarke, Hawkins, Murphy und Sheeber (1993), dass sie nur 13 bis 19% der Schüler zu einer Teilnahme an ihrem selektiven Präventionsprogramm motivieren konnten, die sie als risikobelastet identifiziert hatten. Weiterhin berichten Gillham, Reivich, Jaycox und Seligman (1995) eine Dropout-Rate von 30%. Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett und Osgarby (2001) begründen diese Probleme 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. Bisher liegen zwar erst wenige Studien zur Effektivität universaler Prävention vor, diese sind insgesamt aber sehr positiv (Überblick siehe Pössel & Hautzinger, 2003). So konnte Jane-Llopis (2002) in einer jüngst publizierten Metaanalyse zur Effektivität von Programmen zur Prävention von Depressionen empirisch belegen, dass universale Präventionsprogramme mit Effektstärken von $d = .31$ (CI = .12 - .59), selektive Präventionsprogramme mit einer mittleren Effektstärke von $d = .21$ (CI = .09 - .29) und indizierte Programme mit $d = .34$ (CI = .07 - .41) vergleichbare Effekte haben.

Der Bedarf an universellen Depressionspräventionsprogrammen sieht sich aber mit den begrenzten Ressourcen konfrontiert, die für den präventiven Bereich vorliegen. Die Forderung nach niedrighwelligen, wenig Ressourcen fordernden Programmen liegt insofern nahe. Dabei kann das Expressive Schreiben, das sich aus einem von Pennebaker (Pennebaker & Beal, 1986) eingeführten Paradigma mittlerweile in verschiedenen

Populationen als psychische und körperliche Gesundheit fördernd erwiesen hat eine wichtige Rolle spielen (zusammenfassend bei Horn & Mehl, 2004). Das Bemerkenswerte an dem in vielen Studien unterschiedlicher Labore replizierten Befund ist der minimale Umfang der Intervention (vgl. Pennebaker, Colder & Sharp, 1990). Im Sinne von Diathese-Stress Modellen, die einen ungünstigen kognitiv-emotionalen Verarbeitungsstil belastender Situationen als Vulnerabilität für Depressionen in den Vordergrund stellen (vgl. Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) kann argumentiert werden, dass Expressives Schreiben insofern präventive Wirkung entfalten könnte, als es ruminative vermeidende Copingstile durch günstigere ersetzen kann. Besonders interessant sind die Effekte des Expressiven Schreibens auch auf körperliche Gesundheit. Die Zusammenhänge zwischen Stressbewältigung und Emotionen auf der einen Seite und körperlicher Gesundheit auf der anderen Seite sind auf verschiedenen Ebenen belegt (Traue, 1998) und lassen somit erwarten, dass präventive Maßnahmen gegen Depressionen auch einen Zusammenhang mit der Förderung körperlicher Gesundheit haben. Insbesondere subjektive Maße, die Lebenszufriedenheit und subjektiv erlebte körperliche Gesundheit verbinden, sind hierbei ein interessanter Marker für Gesundheitsförderung.

Beim Einsatz von Präventionsprogrammen sind verschiedene Punkte zu beachten. Hierunter fallen das Alter der teilnehmenden Jugendlichen, der Schultyp und die depressive Symptomatik zu Beginn einer Studie. Das Alter der teilnehmenden Jugendlichen ist relevant, 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 der Einsatz universaler Präventions zu diesem Zeitpunkt als ideal

anzunehmen. Betrachtet man die Häufigkeit depressiver Störungen nach Schultypen getrennt zeigt sich die Bedeutung dieser Variable. Nach Essau und Petermann (1999) zeigen sich die meisten Depressionen in Realschulen, gefolgt von Hauptschulen und Gymnasien. In Anbetracht begrenzter Ressourcen und des Bedarfs sollten Präventionprogramme deshalb in erster Linie in Realschulen durchgeführt werden. Schließlich sollte die depressive Symptomatik zu Beginn einer Studie als relevante Variable berücksichtigt werden, da in Abhängigkeit hiervon unterschiedliche Effekte zu erwarten sind. So kann ein effektives Präventionsprogramm einen Anstieg der Depressivität bei Jugendlichen ohne Symptome verhindern (Präventionseffekt), während ein Rückgang der depressiven Symptome bei Jugendlichen mit subklinischen Symptomen erwartet werden kann (Therapieeffekt). Ein positiver Einfluss auf die Symptomatik bei klinisch auffälligen Jugendlichen ist hingegen weniger zu erwarten, da diese Jugendlichen mehr Hilfe benötigen als ein Präventionsprogramm mit relativ großen Gruppen leisten kann. Dieses theoretische Ergebnismuster konnte in einer empirischen Studie mit einem 6-Monats Follow-up bestätigt werden (Pössel, Horn, Hautzinger & Groen, 2004).

Hypothesen

In Anlehnung an die bisherigen Erkenntnisse wird erwartet, dass die Präventionsprogramme bei Jugendlichen ohne depressive Symptome die Entstehung solcher Symptome verhindern können, während die depressive Symptomatik in einer unbehandelten Kontrollgruppe ansteigen sollte. Bei Jugendlichen mit subklinischen depressiven Symptomen hingegen sollte die Teilnahme an einem Präventionsprogramm zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik führen. In der unbehandelten Kontrollgruppe hingegen ist zu erwarten, dass die depressive Symptomatik unverändert hoch bleibt oder sogar ansteigt.

Weiterhin ist zu erwarten, dass präventive Maßnahmen gegen Depressionen einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit insbesondere im Bereich der Einstellung zur eigenen körperlichen Gesundheit haben. Hierbei wird in Bezug auf die ursprüngliche depressive Symptomatik das gleiche Ergebnismuster wie oben beschrieben erwartet.

Beim Vergleich eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Präventionsprogramms (KVP) mit einem auf dem Expressiven Schreiben basierenden Programm ist eine stärkere Wirkung des KVPs auf die depressiven Symptome zu erwarten, während das Expressive Schreiben eher Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit haben sollte.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 579 Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse von sechs Realschulen im Raum Tübingen. Es wurde angestrebt, in allen Schulen alle drei 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. Die Jugendlichen wurden klassenweise der Trainings-, Schreib- bzw. der Kontrollgruppe zugeteilt. 213 Jugendliche (Jungen: 121, 57.6%; Mädchen: 89, 42.4%) im mittleren Alter von 13.8 Jahren ($SD = 0.71$) in acht Klassen wurden der Trainingsgruppe zugeteilt, 215 Jugendliche (Jungen: 97, 46.9%; Mädchen: 110, 53.1%) im mittleren Alter von 14.0 Jahren ($SD = 0.77$) in sieben Klassen wurden der Schreibgruppe zugeteilt und 151 Jugendliche (Jungen: 72, 47.7%; Mädchen: 79, 52.3%) im mittleren Alter von 14.2 Jahren ($SD = 0.79$) in sechs Klassen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt. Bei fünf Schülerinnen

bzw. Schüler (1%) entschieden ihre Eltern, dass sie nicht an der Untersuchung teilnehmen dürfen. Die Daten von 47 (8.1%) Jugendlichen wurden nicht in die Datenanalyse einbezogen, da sie klinisch auffällige Werte in der depressiven Symptomatik berichteten. Weiterhin nahmen 59 Jugendliche (9.81%) aus verschiedenen Gründen (z. B. Erkrankung) nicht an allen drei Erhebungen teil, so dass von 468 Jugendlichen (81%) der ursprünglichen Stichprobe komplette Datensätze vorliegen.

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 (ausführliche Darstellung des Programms und der Wirkweise bei Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, 2004).

Das Präventionsprogramm Leichtigkeit Im Sozialen Alltag – Schreiben (LISA-S)

Bei dieser Bedingung wurde an denselben Schulen wie LISA-T fünf mal das auf deutsche Jugendliche adaptierte Schreibparadigma (Pennebaker & Beal, 1986) angewandt. Dies geschah im Rahmen von sechs Einzelschulstunden á 45 Minuten. Aufgrund des Settings und der Population war es wichtig, die Schreibintervention einzuführen und psychoedukative Kurzinformationen zu geben, warum und wie die Jugendlichen vom Schreiben profitieren könnten. Die vermittelten theoretischen Inhalte berührten Modelle der Emotionsregulation und Diathese-Stress-Modelle.

Design und Durchführung der Präventionsprogramme LISA-T und LISA-S

Um die Effektivität dieser beiden Präventionsprogramms zu untersuchen, wurde ein experimentelles Studiendesign mit Trainings- (LISA-T), Schreib- (LISA-S) und Kontrollgruppe (LISA-K), sowie Prä-, Postmessung und 3-Monats Follow-up gewählt.

LISA-T und LISA-S wurden 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 an den Präventionsprogrammen teil (siehe Pössel, Horn & Hautzinger, 2003). Jede LISA-T Gruppe wurde von einem Trainer und einem Co-Trainer durchgeführt, so dass jedes Trainerteam pro Klasse aus vier Personen bestand. LISA-S hingegen wurde von nur einem Trainer durchgeführt. 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 hauptsächlichlichen 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. Die Verhinderung einer Zunahme depressiver Symptome im Verlauf des Jugendalters wurde mit Zustimmung der Ethikkommission der DGPs bei diesen Informationen nicht explizit erwähnt, um eine mögliche Stigmatisierung der teilnehmenden Jugendlichen zu verhindern.

Instrumente

Die „Allgemeine Depressions-Skala“ (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Instrument zur Erfassung von Depressionssymptomen im Selbsturteil. Sie besteht aus 20 Items (z. B. „Während der letzten Woche haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“), mit denen auf einer vierstufigen Skala (0 - 3) die Häufigkeit des Auftretens der Symptome eingeschätzt wird, wobei eine höhere Zahl ein häufigeres Auftreten des Symptoms abbildet. Die Itemwerte werden zu einem Gesamtwert addiert, wobei dessen Range von 0 bis 60 reicht und die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) der ADS bei Jugendlichen $\alpha = .85$ beträgt (Meyer & Hautzinger, 2001). Folgt man den epidemiologischen Daten sind insgesamt 10 % der Schüler „klinisch auffällig“ und weitere 50 % haben eine „subklinische Depression“. Nur die verbleibenden 40% können als „unauffällig“ bezeichnet werden (Harrington & Clark, 1998). Überträgt man diese Zahlen auf die ADS-Werte aus der Normierungsstudie von Meyer und Hautzinger (2001), fallen alle Mädchen mit einem ADS-Wert von ≥ 31 in die Gruppe der „klinisch auffälligen“, und alle Mädchen mit einem ADS-Wert von 14 bis 30 gehören der Gruppe der „subklinisch“ Depressiven an. Alle Mädchen von < 14 sind der Gruppe ohne depressive Symptome zuzuordnen. Bei den Jungen liegt der cut-off Wert für die Zuordnung zur Gruppe der „klinisch auffälligen“ bei ≥ 23 . Für die Zuordnung zur Gruppe der „subklinisch“ Depressiven müssen die Jungen einen Wert von 11 bis 22 zeigen, während die Jungen mit einem ADS-Wert von < 11 der Gruppe ohne depressive Symptome zugeordnet werden.

Bei dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Braehler, 2000) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung kognitiver und affektiver Komponenten der Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen und Erwachsenen. In der vorliegenden Studie wurde ausschliesslich die Skala „Gesundheit“ (FLZ-GSS) verwendet, welche die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Gesundheitszustand,

der seelischen und körperlichen Verfassung, der körperlichen Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft gegen Krankheit erfasst (z. B. „Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...“). Die Skala Gesundheit umfasst 7 siebenstufigen Items (1 = sehr unzufrieden bis 7 = sehr zufrieden). Die Itemwerte werden zu einem Gesamtwert addiert wobei dessen Range von 7 bis 49 reicht und die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der FLZ-GSS $\alpha = .91$ beträgt (Fahrenberg et al., 2000).

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 Bedingung, sowie die Jugendlichen als Gruppierungsvariable in Klasse und Bedingung. Die Schule muss als Gruppierungsfaktor nicht berücksichtigt werden, da alle Bedingungen in allen Schulen durchgeführt werden.

Abhängige Variablen waren die Depressionswerte in der ADS und die Werte der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit des FLZ-GSS. Unabhängige Variablen stellten neben der Bedingung (Trainings- vs. Schreib- vs. Kontrollgruppe), der Messzeitpunkt (Post-Messung vs. 3-Monats Follow-up) und die Symptomgruppe zu Beginn der Studie (unauffällige vs. subklinisch depressive) dar. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket "SPSS for Windows 10". Es wurde für die abhängigen Variablen je eine ANCOVA mit Messwiederholung gerechnet, wobei die jeweilige abhängige Variable in der

Prämessung als Covariate verwendet wurde. Die Freiheitsgrade der Messwiederholungsvariablen wurden nach Greenhouse und Geisser (1959) korrigiert. Die Paarvergleiche erfolgten mittels Bonferroni Tests, die durch die SPSS Subroutine POSTHOC durchgeführt werden. Auf diese Weise bleibt sowohl die Gruppierung als auch die Adjustierung durch die Covariate erhalten. Weiterhin erfolgte eine automatische Bonferroni Adjustierung der p-Werte. Bei dieser Subroutine werden von SPSS keine t-Werte angegeben, so dass hier entgegen der üblichen Darstellungsart für die Bonferroni Tests nur die p-Werte dargestellt werden können.

Da ausschliesslich für die Bedingung x Messzeitpunkt und für die Bedingung x Messzeitpunkt x Symptomgruppe Interaktions-Hypothesen existieren, werden nur diese dargestellt und es wurden nur für diese Interaktionen posteriori Tests gerechnet.

Schliesslich wurde für alle signifikanten Paarvergleiche Hedges g^1 berechnet (Cohen, 1988). Positive Effektstärken repräsentieren Ergebnisse, die den Hypothesen entsprechen, während negative Effektstärken den Hypothesen widersprechende Ergebnisse repräsentieren. Bei Vergleichen des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms mit dem Schreibprogramm stehen positive Werte immer für eine Überlegenheit des Schreibprogramms, während negative Werte für eine Überlegenheit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms stehen.

Wie im Bereich der universalen Prävention üblich (z. B. Shochet et al., 2001) wurden klinisch auffällige Jugendliche von der Datenanalyse ausgeschlossen, da eine parallel stattfindende Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausgeschlossen werden konnte. Zwar handelt es sich bei den klinisch auffälligen Jugendlichen nur um eine verhältnismässig kleine Subgruppe, dennoch ist die Verzerrung der Studienergebnisse durch die Effekte einer

¹ $g = (\text{Mittelwert der einen Gruppe} - \text{Mittelwert der anderen Gruppe}) / \text{gepoolte Standard Abweichung beider Gruppen}$

individuellen Therapie alleine aufgrund der zu Beginn hohen Depressionswerte bei diesen Jugendlichen nicht zu unterschätzen.

Obwohl alle Fragebogen am Ende jeder Erhebung nach fehlenden Werten kontrolliert wurden, konnte nicht durchgängig verhindert werden, dass Items übersprungen wurden. Eine visuelle Inspektion ergab, dass es sich hierbei nicht um einen systematischen Datenausfall handelt und ein Vergleich der Jugendlichen, welche Items übersprungen haben mit denen, die das nicht getan haben, erbrachte keine bedeutsamen Unterschiede. Dennoch führt dies im Vergleich zur Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen in einigen Analysen zu einer reduzierten Stichprobengrösse.

Ergebnisse

Weder die Geschlechtsverteilung ($\chi^2(2) = 2.28, p = .320$), noch die ADS-Werte zum ersten Messzeitpunkt ($F(2,461) = 1.59, p = .205$) weichen zwischen den drei Bedingungen signifikant voneinander ab. Die Lebenszufriedenheit hingegen differiert signifikant zwischen den drei Bedingungen ($F(2,455) = 80.26, p < .001$). Dies beruht darauf dass die Schreibgruppe eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit berichtet als die Trainings- ($t(385) = 10.02, p < .001$) und die Kontrollgruppe ($t(329) = 10.79, p < .001$).

Effekte auf die depressive Symptomatik

Bei den durch die ADS erfassten depressiven Symptomen zeigt sich ausschliesslich ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Bedingung x Symptomgruppe ($F(2,323) = 2.50, p = .08$). Alle anderen Haupt- und Interaktionseffekte bei den depressiven Symptomen sind nicht signifikant (Tabelle 1).

Die Anschluss-tests belegen in der zu Beginn symptomfreien Gruppe eine kurzzeitige tendenzielle Überlegenheit des Trainingsprogramms gegenüber dem Schreibprogramm ($p =$

.087, $g = -.50$) und der Kontrollgruppe ($p = .026$, $g = .50$). Dieser Effekt lässt sich jedoch im 3-Monats Follow-up nicht mehr nachweisen (LISA-S: $p > .999$; LISA-K: $p = .773$). In der subklinisch depressiven Gruppe hingegen zeigt sich in der Postmessung in der Trainingsgruppe nur im Vergleich zur Schreibgruppe eine signifikant geringere depressive Symptomatik ($p = .010$, $g = -.42$), im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigt sich keine bedeutsame Differenz in der depressiven Symptomatik ($p > .999$). Im 3-Monats Follow-up hingegen sind die depressiven Werte der Jugendlichen in der Trainingsgruppe signifikant geringer als in der Schreib- ($p = .033$, $g = -.38$) und der Kontrollgruppe ($p = .020$, $g = .47$). Tendenzielle oder signifikante Differenzen zwischen der Schreib- und der Kontrollgruppe oder bedeutsame Veränderungen zwischen der Post-Messung und dem 3-Monats Follow-up konnten nicht nachgewiesen werden.

Effekte auf die Lebenszufriedenheit

Im Lebenszufriedenheitsfragebogen zeigt sich sowohl eine signifikante Messzeitpunkt x Bedingung ($F(2,324) = 20.18$, $p < .000$) als auch eine Messzeitpunkt x Bedingung x Symptomgruppe ($F(2,324) = 5.25$, $p = .006$) Interaktion. Alle anderen Haupt- und Interaktionseffekte sind nicht signifikant (Tabelle 1).

Diese Interaktionen beruhen sowohl auf Veränderungen über die Zeit hinweg als auch auf Unterschieden zwischen den Gruppen. Bei den Jugendlichen ohne depressive Symptome zu Beginn der Studie steigt die Lebenszufriedenheit zwischen der Post- und der 3-Monats Follow-up-Erhebung in den Bedingungen LISA-S ($p < .001$, $g = 1.42$) und LISA-K ($p = .026$, $g = -.55$) signifikant an, während sich keine Veränderungen in der Trainingsgruppe zeigt ($p = .829$). Weiterhin zeigt sich in der unauffälligen Gruppe in der Posterhebung eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit bei den Jugendlichen der Schreibgruppe im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen (LISA-T: $p < .001$, $g = -1.61$; LISA-K: $p < .001$, g

= -1.26), die sich nicht von einander unterscheiden ($p = .397$). Diese Unterschiede verschwinden aber, so dass sich die zu Beginn in Bezug auf depressive Symptomatik unauffälligen Jugendlichen aller drei Gruppen im 3-Monats Follow-up hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit nicht mehr unterscheiden (LISA-T vs. LISA-S: $p > .999$; LISA-T vs. LISA-K: $p > .999$; LISA-S vs. LISA-K: $p > .999$).

In der subklinisch depressiven Gruppe nimmt die Lebenszufriedenheit in den Bedingungen LISA-T ($p = .010$, $g = .35$) und LISA-S ($p < .001$, $g = 1.10$) von der Posterhebung zum 3-Monats Follow-up hin zu, während in der Kontrollgruppe keine Veränderungen nachweisbar sind ($p = .839$). Weiterhin zeigt sich in der subklinisch depressiven Gruppe bei den Jugendlichen, die am Schreibprogramm teilgenommen haben, in der Posterhebung eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit als in der Trainings- ($p < .001$, $g = -.84$) und Kontrollgruppe ($p < .001$, $g = 1.14$), während sich die Lebenszufriedenheit der beiden letzt genannten Gruppen in der Posterhebung nicht von einander unterscheidet ($p = .495$). Diese Unterschiede sind im 3-Monats Follow-up nicht mehr nachweisbar, so dass sich die subklinisch depressiven Jugendlichen aller drei Gruppen zu diesem Messzeitpunkt hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit nicht mehr unterscheiden (LISA-T vs. LISA-S: $p > .999$; LISA-T vs. LISA-K: $p > .952$; LISA-S vs. LISA-K: $p > .999$).

Diskussion

Es wurde erwartet, dass das KVP (LISA-T) bei Jugendlichen ohne depressive Symptome einen Präventionseffekt zeigt, während bei subklinisch depressiven Jugendlichen ein Therapieeffekt auf die depressive Symptomatik erwartet wurde. In der Interventionsgruppe, die am Expressiven Schreiben teilnahm, wurde ein dem KVP ähnlicher, aber schwächer ausgeprägter positiver Effekt auf die depressive Symptomatik erwartet. Die Ergebnisse

stützen diese Hypothesen nur teilweise. So zeigt sich LISA-T bei zu Beginn unauffälligen Jugendlichen den beiden anderen Gruppen gegenüber nur kurzfristig überlegen, zum 3-Monats Follow-up hingegen nivellieren sich die Unterschiede. In der Gruppe der subklinisch depressiven Jugendlichen hingegen entfaltet LISA-T erst im Follow-up seine Wirkung. Dies könnte auf den in der Therapie- und Präventionsforschung häufig diskutierten „sleeper“-Effekt zurückführbar sein, der wahrscheinlich darauf basiert, dass neu gelernte Fertigkeiten erst durch Übung ins Verhalten integriert werden muss um wirksam zu werden.

Die Lebenszufriedenheit bezüglich der körperlichen Gesundheit sollte insbesondere durch das Expressive Schreiben positiv beeinflusst werden, wobei ebenfalls unterschiedlich starke Effekte in Abhängigkeit der Ausprägung der depressiven Symptome zu Beginn der Studie erwartet wurden. Anders als erwartet spielt die depressive Symptomatik zu Beginn der Studie bei der Wirkung der Präventionsprogramme in Bezug auf die Lebenszufriedenheit bedeutsame Rolle. So zeigt sich bei allen Jugendlichen, die am Expressiven Schreiben teilgenommen haben, ein signifikanter Anstieg in der auf die körperliche Gesundheit bezogenen Lebenszufriedenheit. Dies wirkt sich so aus, dass die in der Prä- und Post-Messung noch geringere Lebenszufriedenheit in LISA-S sich mittelfristig an die Lebenszufriedenheit der beiden anderen Gruppen angleicht. Dieser durchgängig positive Effekt des Schreibprogramms ist besonders auf Grund der sehr kurzen Dauer des Programms nicht zu unterschätzen. Dies ist insbesondere in Bezug auf die Anwendbarkeit von Präventionsprogrammen im schulischen Rahmen relevant. Hier kann nicht nur die erheblich geringere Länge von LISA-S, sondern auch die leichtere Umsetzbarkeit durch Lehrer ein entscheidender Vorteil sein.

Dies führt zu einer besonderen Stärke der Studie. Bisher liegen nur wenige Untersuchungen vor, bei denen gezielt verschiedene Präventionsarten betrachtet und damit vergleichbar gemacht wurden. In der vorliegenden Studie zeichnen sich Muster ab, die bei

weiterer Untersuchung auf unterschiedliche Wirkweisen der beiden verwendeten Methoden hinweisen könnten. Langfristig könnte die Entwicklung klarer Indikationen für verschiedene präventive Maßnahmen ein wichtiges Ziel der Forschung sein.

Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass beide Präventionsprogramme aufgrund ihrer strukturellen Unterschiede nicht wirklich vergleichbar sind. So ist LISA-T mehr als dreimal so lang wie LISA-S. Darüberhinaus wurden die Klassen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bedingung von zwei Trainern durchgeführt. Die Bedeutung solcher strukturellen Unterschiede haben Baskin, Tierney, Minami und Wampold (2003) in ihrer Metaanalyse aufgezeigt. So kann es alleine aufgrund der strukturellen Unterschiede zu einer Benachteiligung des Expressiven Schreibens dem KVP gegenüber gekommen sein. Jedoch erscheint es nur schwer möglich zwei Programme so unterschiedlicher Orientierung unter identischen strukturellen Bedingungen durchzuführen. Beispielsweise wäre es weder sinnvoll ein KVP auf 6 x 45 Minuten zu kürzen, noch 13 bis 14-jährige Jugendliche dazu aufzufordern 90 Minuten am Stück über sie belastende Themen zu schreiben.

Eine zweite Einschränkung basieren darauf, dass die Ergebnisse ausschließlich auf Selbstberichten der Jugendlichen durch Fragebogen beruhen. Klinische Diagnosen konnten nicht geleistet werden und ein direktes, nicht subjektives Maß der Gesundheit der Jugendlichen ist nicht gegeben. Neuere Studien zeigen jedoch, dass ein Kontinuum von Depression gemessen durch Symptomfragebogen zu klinischen Diagnosen angenommen werden kann (z. B. Flett, Vredenburg & Krames, 1997).

Schliesslich wurden nur die Jugendlichen selbst befragt, nicht aber ihre Eltern, Lehrer oder Gleichaltrige. Frühere Studien (für einen Überblick siehe Kazdin, 1994) zeigen aber, dass es nur moderate Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdrating gibt und die

Jugendlichen selbst, gerade bei Internalisierungsstörungen wie Depression, eine zuverlässige Informationsquelle darstellen.

Zusammengefasst zeigten beide Präventionsprogramme Wirkung. Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm wirkt im Vergleich zur Kontrollgruppe und zum Schreibprogramm mittelfristig auf die selbstberichteten Depressionswerte, während sich das Schreibprogramm im Vergleich zur Kontrollgruppe und zum kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm sowohl kurz- als auch mittelfristig positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Trotz Einschränkungen in Bezug auf die Vergleichbarkeit beider Programme liefert die Studie erste wichtige Ergebnisse in Richtung eines Vergleichs unterschiedlicher Interventionen in der Präventionsforschung von Depressionen und regt weitere Forschung in diesem Gebiet an.

Literaturverzeichnis

Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T. & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 973 – 979.

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.

Brent, D. A., Birmaher, B., Kolko, D., Baugher, M., & Bridge, J. (2001). Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: Course and outcome. Journal of Affective Disorders, 63, 51 – 58.

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.

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.

- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, USA: Erlbaum.
- 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.
- 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.
- Eisenberg, N. (2001). The core and correlates of affective social competence. Social Development, 10, 120-124.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). 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].
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Braehler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen: Hogrefe.
- Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. Psychological Bulletin, 121, 395 – 416.
- 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.
- 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. (1998) Depression. Reihe Fortschritte der Psychotherapie (Band 4). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (6. Auflage). Weinheim: Beltz/PVU.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Weinheim: Beltz Test.
- Hopkins, K. D. (1982). The unit of analysis: Group means versus individual observations. American Educational Research Journal, 19, 5 – 18.
- Horn, A.B. & Hautzinger, M. (2003). Emotionsregulation und Gedankenunterdrückung: Aspekte der Entwicklung von Depressionen und deren Implikationen. Kindheit und Entwicklung, 12, 3, 133-144.
- Horn, A. B. & Mehl, M. R. (2004). Expressive writing as a coping tool: A state of the art review. Verhaltenstherapie, 14, 274 – 283.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie (S. 131 - 148). Göttingen: Hogrefe.
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Nijmegen University.

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.

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.

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.

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

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 115-121.

Pennebaker, J.W. & Bell, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. Journal of Abnormal Psychology, 95, 274-281.

Pennebaker, J.W., Colder, M. & Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 528-537.

Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 12, 154 - 163.

Pössel, P., Horn, A. B. & Hautzinger M. (2003). Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierte Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11, 10 – 20.

Pössel, P., Horn, A. B., Hautzinger, M., & Groen, G. (2004). School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 1003 – 1010.

Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S. & Hautzinger, M. (2004). Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS&LISA: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag. Hogrefe: Göttingen.

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.

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.

Traue, H. (1998). Emotion und Gesundheit: Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Wade, T. J., Cairney, J. & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, 190 – 198.

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.

Autorenhinweis

Die Studie wurde durch die DFG im Rahmen des Graduiertenkollegs „Lebensstile, soziale Differenzen und Gesundheitsförderung“ (GRK 530) durch Stipendien für Patrick Pössel und Andrea B. Horn gefördert. Alle drei Autoren arbeiteten während der Durchführung der Studie an der Universität Tübingen.

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.

Korrespondenz:

Patrick Pössel, Ph.D.

Department of Psychology and Human Development,

Peabody College #512,

Vanderbilt University

230 Appleton Place,

Nashville, TN 37203-5701, USA

e-mail: patrick.poessel@vanderbilt.edu

Tabelle 1

Haupt- und Interaktionseffekte der Varianzanalyse mit der ADS und dem FLZ-GZZ als abhängige Variablen

Bedingung	Symptom- gruppe	Prämessung	Postmessung	3-Monats Follow-up	Messzeitpunkt x Bedingung			Messzeitpunkt x Bedingung x Symptomgruppe		
		<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>F</u>	<u>df</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>df</u>	<u>p</u>
ADS										
LISA-T	unauffällig	8.48 (2.81)	10.25 (5.73)	11.64 (7.60)	.82	2/323	.441	2.50	2/232	.084+
	subklinisch	16.67 (4.82)	15.50 (8.39)	13.91 (7.08)						
LISA-S	unauffällig	8.32 (2.71)	13.23 (6.26)	13.19 (10.39)						
	subklinisch	18.10 (4.76)	18.85 (7.62)	16.94 (8.77)						
LISA-K	unauffällig	8.65 (2.99)	13.66 (8.12)	13.10 (7.46)						
	subklinisch	17.09 (4.11)	14.90 (7.99)	17.56 (8.59)						

Bedingung	Symptom- gruppe	Prämessung	Postmessung	3-Monats Follow-up	Messzeitpunkt x Bedingung			Messzeitpunkt x Bedingung x Symptomgruppe		
		<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>F</u>	df	<u>p</u>	<u>F</u>	df	<u>P</u>
FLZ-GZZ										
LISA-T	unauffällig	32.42 (8.74)	34.91 (5.21)	34.91 (6.17)	20.18	2/324	.001**	5.25	2/324	.006**
	subklinisch	28.96 (7.91)	31.00 (7.07)	33.42 (6.59)						
LISA-S	unauffällig	18.60 (9.69)	22.19 (10.58)	34.18 (6.28)						
	subklinisch	21.97 (8.47)	23.97 (9.62)	32.39 (5.75)						
LISA-K	unauffällig	32.60 (5.38)	32.75 (6.24)	35.83 (4.98)						
	subklinisch	29.55 (6.35)	32.95 (6.07)	32.68 (5.94)						

Fortsetzung

Anmerkungen: ADS = Allgemeine Depressionsskala; FLZ-GSS = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, Skala „Gesundheit“; LISA-T =

Trainingsgruppe; LISA-S = Schreibgruppe; LISA-K = Kontrollgruppe; + $\leq .10$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$