

University of Louisville

ThinkIR: The University of Louisville's Institutional Repository

Faculty Scholarship

2003

Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen (Prevention of depression in children and adolescents).

Patrick Pössel
University of Louisville

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 and Martin Hautzinger. "Praevention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. [Prevention of depression in children and adolescents.]" 2003. *Kindheit und Entwicklung*, 12: 154-163. <http://doi.org/10.1026//0942-5403.12.3.154>

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

Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen

Patrick Pössel und Martin Hautzinger

Universität Tübingen

Patrick Pössel

Eberhard-Karls-Universität

Abt. Klinische und Physiologische Psychologie

72072 Tübingen

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

Zusammenfassung

Depressive Störungen in Kindheit und Jugendalter sind unter anderem durch die hohe Prävalenz und Persistenz depressiver Störungen bis ins Erwachsenenleben, bedeutenden Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und psychosozialen Problemen von hoher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung. Aufgrund dieser Erkenntnisse haben verschiedene Autoren weltweit damit begonnen Präventionsprogramme zu entwickeln und zu evaluieren. In diesem Artikel werden die Probleme der Präventionsforschung und die Effektivität von Prävention bei Kindern und Jugendlichen dargestellt. Den Schwerpunkt bildet dabei ein Überblick über derzeit vorliegenden Programme und deren Evaluationen unter besonderer Berücksichtigung von Programmen, die in deutscher Sprache vorliegen. Abschließend werden mögliche Entwicklungsrichtungen der zukünftigen Präventionsforschung aufgezeigt.

Schlagwörter: Depression, Prävention, Kinder und Jugendliche

Abstract

Depressive disorders in childhood and adolescents are a widespread problem because of their high prevalence and persistence until adulthood, important comorbidities with other psychiatric disorders, and extensive psychosocial consequences. For these reasons authors all over the world developed and evaluated prevention programs. In this article problems of prevention research and the effectivity of prevention in children and adolescents will be presented. A review of existing programs and their evaluations, especially of programs in German, is the main aim of this article. At last further developments in prevention research will be presented.

Keywords: Depression, prevention, childs and adolescents

Title: Prevention of depression in childs and adolescents

Depressive Störungen in Kindheit und Jugendalter sind ein weitverbreitetes Problem, so berichten nationale und internationale Studien über Prävalenzen von 15 – 20% bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998), wobei die Prävalenz in der Pubertät stark ansteigt. Unklar ist hierbei in welchem Alter der Betroffenen die Prävalenz von Depressionen genau ansteigt und ob von diesem Anstieg auch Jungen betroffen sind, oder ob sich dieses Phänomen auf die Mädchen beschränkt. Beispielsweise berichtet Rutter (1986) in einer Längsschnittstudie eine Verzehnfachung der Depressionsrate vom Alter von 10 Jahren auf 14 Jahren. Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee und Angell (1998) hingegen konnten in ihrer 10 Jahres Längsschnittstudie erst im Alter zwischen 15 und 18 Jahren einen bedeutsamen Anstieg der an Major Depression erkrankten Jugendlichen nachweisen. Langfristig erhöht eine depressive Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen auch das Risiko für die Entwicklung einer erneuten depressiven Episode im Erwachsenenalter (Weissman, et al., 1999) oder anderer psychischer Störungen (Birmaher et al., 1996; Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, Smailes & Brook, 2001). An psychosozialen Beeinträchtigungen zeigen sich bei Jugendlichen mit depressiven Störungen größere Schulschwierigkeiten (Birmaher et al., 1996), niedrigere Durchschnittsnoten, Beeinträchtigungen der Lehrer-Kind-Beziehung und Probleme in sozialen Beziehungen zu Geschwistern und Freunden. So sind depressive Jugendliche eher Gegenstand von Hänseleien (Puig-Antich, Lukens, Davies, Goetz, Brennan-Quattrock & Todak, 1985) und berichten häufiger Erfahrungen von Ablehnung (Vernberg, 1990) als nicht-depressive Jugendliche. Viele dieser psychosozialen Schwierigkeiten mit Eltern, Lehrern und Peers überdauern die depressiven Phasen (Reviews siehe Kaslow & Racusin, 1990), und führen sogar zu einer Verlängerung einer bestehenden depressiven Episode oder fördern das Auftreten einer erneuten Episode.

Neben den bereits genannten Punkten wird die individuelle wie auch die gesellschaftliche Situation dadurch verkompliziert, dass Dreiviertel der depressiven Jugendlichen aus

verschiedenen Gründen nicht oder nicht angemessen behandelt werden (Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1991). Von den verbleibenden Jugendlichen erhalten viele erst eine Behandlung, nachdem sie in der Schulen scheitern oder juristisch auffällig geworden sind und ihre Probleme damit deutlich eskalierten (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001).

All diese Faktoren tragen zu den erheblichen Kosten von enormer gesundheitsökonomischer Bedeutung bei. Betrachtet man die ungünstige Kettenreaktion, die aus einer Depression in der Kindheit oder Jugend folgt, sollten wirksame Präventionsmaßnahmen höchste Priorität genießen (Compas, Connor & Wadsworth, 1997).

Probleme der Präventionsforschung

Die Effektivität von Präventionsprogrammen nachzuweisen ist in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung. Wichtig ist hierbei die Unterscheidung zwischen selektiven und universalen Präventionsprogrammen. Sind Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko eine Depression zu entwickeln die Zielgruppe handelt es sich um ein selektives Präventionsprogramm. Universale Präventionsprogramme hingegen werden auf eine gesamte Bevölkerungsgruppe angewendet, unabhängig von eventuell vorhandenen Risiko- oder Schutzfaktoren. Bei dem Vergleich beider Formen der Prävention sind verschiedene Punkte zu berücksichtigen. So können bei einem universalen Präventionsprogramm die Effekte nicht so hoch sein wie bei einem selektiven Programm, was das Kosten-Nutzen-Verhältnis zugunsten der selektiven Programme verschiebt. Diese zu erwartenden geringeren Effekte beruhen darauf, dass an von den an einem universalen Präventionsprogramm teilnehmenden Schülern sowohl prozentual weniger erhöhte Depressionswerte haben, als auch die mittlere Höhe der Depressionswerte geringer ist als in Risikogruppen. Dennoch gibt es auch Argumente für die Entwicklung und den Einsatz universaler Präventionsprogramme. So treten Probleme bei der Rekrutierung und relativ hohe Drop-out Raten bei selektiven Programmen auf. Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett und Osgarby (2001) begründen dies mit der

hohen subjektiven Bedeutung der Akzeptanz durch Peers bei Kindern und Jugendlichen, während die Teilnahme an einem selektiven Präventionsprogramm zu einer Stigmatisierung führen kann. Neben dem subjektiven Effekt für die betroffenen Kinder und Jugendlichen wirken sich Stigmatisierungen auch objektiv negativ auf die sozialen Kontakte der Betroffenen aus und können andererseits durch Labeling zu einer Chronifizierung depressiver Störungen führen (Harrington & Clark, 1998). Weiterhin können universale Programme durch Veränderung des sozialen Umfeldes positive Effekte auch auf Jugendliche mit erhöhtem Risiko haben (Spence, 1998) und Peers mit besseren Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich als Modell für die Kinder und Jugendlichen dienen, die weniger Fähigkeiten in diesem Bereich haben (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001). Gillham, Shatté und Freres (2000) argumentieren darüber hinaus, dass selektive Programme zwar größere Effekte für jeden Teilnehmer habe, aber universale Programme über eine Vielzahl kleiner Effekte auf eine größere Anzahl von Teilnehmern enorme Effekte für die Gesellschaft haben können. Aus den genannten Gründen favorisieren Shochet et al. (2001) universale Präventionsprogramme im Rahmen des normalen Schulunterrichts gegenüber selektiven Programmen. Dies entspricht auch der Empfehlung von Hurrelmann und Settertobulte (2000).

Neben der Unterscheidung von selektiven und universalen Präventionsprogrammen machen vor allem methodische Probleme die Untersuchung von Präventionseffekten schwierig. Der Nachweis, dass eine depressive Störung nach der Teilnahme an einem Präventionsprogramm nicht auftritt bzw. in geringerem Masse auftritt ist dadurch erschwert, dass der natürliche Verlauf nach wie vor nur ansatzweise bekannt ist, so liegen bisher nur wenige epidemiologische Studien über den natürlichen Verlauf depressiver Störungen in der Kindheit und Jugend vor. Zu diesen wichtigen Ausnahmen gehören die „Kurfalz-Studie“ von Esser, Ihle, Schmidt und Blanz (2000). Das bisher nur bekannt ist, dass die Inzidenz von Depression in der Pubertät stark ansteigt, während genauere Zahlen zum Zeitpunkt noch

weitgehend unbekannt sind, erschwert die Festlegung wann ein Präventionsprogramm idealerweise durchgeführt werden sollte (Pössel, Horn & Hautzinger, 2003).

Weiterhin ist die Inzidenz von Depression in der Normalbevölkerung zu keinem Zeitpunkt so hoch, dass die Effekte eines Präventionsprogramms über das Auftreten bzw. Nicht-Auftreten nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) oder ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992) diagnostizierbarer Depressionen zu belegen ist. Hierzu wären – zumindest bei universalen Präventionsprogrammen – unrealistisch große Stichproben notwendig. Entsprechend ist das so genannte distale Programmziel oft nicht die Senkung der Anzahl neu auftretender depressiver Störungen, sondern die Reduktion bzw. Konstanthaltung depressiver Symptome bei unauffälligen Jugendlichen bzw. bei Jugendlichen mit subklinischer Depression.

Aufgrund der hier skizzierten Schwierigkeiten ist es notwendig eine erweiterte Perspektive für die Ziele eines Präventionsprogramms einzunehmen. Zusätzlich zur Erfassung der Depressivität der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen (distales Programmziel) werden deshalb oft auch so genannte proximale Programmziele erhoben. Hierbei handelt es sich um Prädiktoren oder Risikofaktoren für die Entstehung von Depression in der Kindheit oder Jugend, die je nach theoretischem Schwerpunkt der Autoren wechseln können.

Effektivität psychologischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen

Trotz der skizzierten Probleme der Präventionsforschung gibt es eine Reihe von Studien zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, wobei der Schwerpunkt der entwickelten und evaluierten Programme bei Externalisierungsstörungen liegt und es nur wenige Programme zur Prävention von Depressionen gibt (Greenberg et al., 2001; Wiesner & Reitzle, 2001). Dennoch sind Aussagen über verschiedene psychotherapeutische Behandlungsstrategien möglich, die den bisherigen Programmen zur Behandlung von Depressionen zugrunde liegen. So zeigen kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte bei der

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. Dies wird beispielsweise durch die Meta-Analyse von Durlak und Wells (1997) bezüglich Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen belegt, in der verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme ($ES = 0.49$) doppelt so hohe Effektstärken aufweisen wie andere Präventionsprogramme ($ES = 0.25$).

Präventionsprogramme von Depression

Im Folgenden werden die den Autoren bekannten Präventionsprogramme von Depression im Kindes- und Jugendalter dargestellt (Tabelle 1), die evaluiert wurden und für die Manuale vorliegen, unabhängig davon ob diese Manuale bei einem Verlag oder nur bei den Autoren der Manuale erhältlich sind. Aufgrund der bislang gefundenen Effektstärken werden überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutische Präventionsprogramme dargestellt. Diese Fokussierung auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden führt dazu, dass neue und interessante Ansätze zu kurz kommen. Als Beispiel für einen solchen Ansatz seien das familienorientierte Präventionsprogramm von Beardslee und Mitarbeitern (Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright & Rothberg, 1997; Beardslee, Versage, Wright, & Salt, 1997; Beardslee, Wright, Salt & Drezner, 1997) und das universale „Jugendpräventionsprogramm mit Expressivem Schreiben“ (JES!; Horn & Hautzinger, 2003) genannt.

Das selektive familienorientierte Präventionsprogramm von Beardslee und Mitarbeitern (Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright & Rothberg, 1997; Beardslee, Versage, Wright, & Salt, 1997; Beardslee, Wright, Salt & Drezner, 1997) zeichnet sich dadurch aus, dass es sich auch an Kinder unter zehn Jahren richtet. Hierbei soll mindestens ein Elternteil eine affektive Störung haben, während die Jugendliche selbst keine auffälligen depressiven

Symptome zeigen. Die Gruppe um Beardslee hat zwei verschiedene Interventionen entwickelt und getestet. Eine Intervention besteht aus einem von einem Kliniker geleiteten 6 bis 10 Sitzungen umfassenden Einzelprogramm, während die andere Intervention aus zwei einstündigen Vorträgen mit anschließender Diskussion besteht in kleinen Elterngruppen besteht. Beide Interventionen zielen darauf ab, die Wirkung der affektiven Störung der Eltern als Risikofaktor für die Entstehung einer Depression bei den Kindern zu reduzieren, resilientes Verhalten und Einstellungen bei den Kindern durch Unterstützung der Eltern zu fördern und die Entwicklung einer Depression oder anderer Psychopathologien bei den Kindern zu verhindern. Entsprechend des Fokus der Intervention nehmen an den meisten Sitzungen im Einzelprogramm nur die Eltern teil. Darüber hinaus haben die Kinder Einzelsitzungen und nehmen an einer Familiensitzung teil. Bei der Intervention in Form von Vorträgen nehmen ausschließlich die Eltern teil. Ein Vergleich der Effekte beider Interventionsformen zeigt, dass die Teilnehmer von beiden Formen profitieren, wobei die positiven Effekte der Teilnehmer am Einzelprogramm signifikant größer sind als bei den Teilnehmern der Vorträge. Die jugendlichen Teilnehmer am Einzelprogramm und ihre Eltern berichten über größeres Verständnis der Jugendlichen für die elterliche Depression und eine bessere Funktionalität (Beardslee, Wright, Salt & Drezner, 1997). Allerdings zeigen gerade die Effekte der Intervention in Vortragsform, dass bereits mit geringem Aufwand positive Wirkungen zu erzielen sind.

Bei JES! handelt es sich um ein sechs Sitzungen á 45 Minuten umfassendes universales Präventionsprogramm (Horn & Hautzinger, 2003), das auf dem Paradigma des expressiven Schreibens von Pennebaker (1997) beruht. Hierbei schreiben die Jugendlichen in jeder Sitzung 15 Minuten lang ihre Gedanken und Gefühle bezüglich eines belastenden Ereignisses auf. In der verbleibenden Zeit werden Informationen zu expressivem Schreiben, Emotionswahrnehmung und -ausdruck, Stress und Schreiben als Coping-Strategie, Gedankenunterdrückung sowie Unterdrückung emotionalen Ausdrucks vermittelt. In der

Evaluation des Programms zeigte sich neben einer Reduktion negativen Affekts und negativer automatischer Gedanken, weniger Fehltagen der teilnehmenden Jugendlichen im Vergleich zur Kontrollgruppe im 6-Monats-Follow-up (Horn, Pössel & Hautzinger, 2002).

Selektive Präventionsprogramme

Coping with Stress Program

Das von Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn und Seeley (1995) entwickelte schulbasierte selektive Präventionsprogramm „Coping with Stress“ basiert auf dem multifaktoriellen Depressionsmodell (Lewinsohn, Hoberman & Hautzinger, 1985) und umfasst die gleichen Behandlungselemente wie das gut evaluierte „Adolescent Coping with Depression“ (CWD-A) Therapieprogramm (Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990), wobei es für Jugendliche mit subklinischer Depression konzipiert wurde. Dieses 15 Sitzungen (à 45 Minuten) umfassende Präventionsprogramm wird in fünf Wochen mit je drei Sitzungen pro Woche nach der Schulzeit durchgeführt. Coping with Stress umfasst Module zur Selbstbeobachtung der Stimmung, zum Training sozialer Kompetenzen, zum Aufbau angenehmer Aktivitäten, zur Entwicklung der Entspannungsfähigkeit, zum Aufbau funktionalen Denkens, zum Training der kommunikativen Fähigkeiten, sowie zur Förderung der Problemlösefähigkeit. Hiermit besteht Coping with Stress aus allen Modulen, die auch in einer modernen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie von Depressionen zur Anwendung kommen.

In ihrer Evaluationsstudie konnten Clarke et al. (1995) in der Posterhebung bereits signifikant geringere Depressionswerte in einem Selbstbeurteilungsinstrument bei den Jugendlichen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen. Diese verfehlten zwar die Signifikanz beim 12-Monats-Follow-up, aber hier zeigten sich mittels Survivalanalyse in der Interventionsgruppe signifikant geringere Prävalenzen der Diagnosen Major Depression und Dysthymie (14.5%) als in der Kontrollgruppe (25.7%). Eine neuere

Evaluation wurde das Coping with Stress Program mit drei Informationsveranstaltungen für Eltern kombiniert. Dieses Programm wurde an Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren mit subklinischen Depressionswerten, deren Eltern klinisch depressiv sind getestet. In dieser Studie konnten sowohl im Selbst- und Fremdurteil, als auch im Auftreten depressiver Episoden (9.3% vs. 28.8%) signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe über einen Follow-up Zeitraum von 15 Monaten nachgewiesen werden (Clarke et al., 2001). In deutscher Sprache existiert zwar bisher keine Version von Coping with Stress, aber eine auf 10 Sitzungen verkürzte Version des CWD-A Therapieprogramms von Ihle und Herrle (2002a,b), das nach Angaben der Autoren sowohl zur Behandlung und Rückfallprophylaxe als auch zur selektiven Prävention eingesetzt werden kann (Ihle, Jahnke, Spieß & Herrle, 2002). Eine erste Evaluation im deutschsprachigen Raum an 24 Teilnehmern mit Depressionen im subklinischen und klinischen Bereich konnte eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik und des irrationalen Denkens im Prä-Post-Vergleich belegen (Ihle et al., 2002).

Penn Prevention Program

Die Arbeitsgruppe um Seligman hat das selektive schulbasierte Präventionsprogramm „Penn Prevention Program“ (Jaycox et al, 1994) für 10 – 13jährige Jugendliche mit subklinischer Depression entwickelt. Dieses 12-wöchige Präventionsprogramm wird in Gruppen mit 10 – 12 Schülern durchgeführt. Das Penn Prevention Program umfasst ein kognitives Training und ein Training sozialer Problemlösung. Im kognitiven Teil wird das Hauptaugenmerk auf die Beeinflussung des Attributionsstils als Mediator für das Auftreten von Depression gelegt. Dennoch umfasst das Programm auch die Grundlagen der kognitiven Theorien von Ellis (1962) und Beck (1967, 1976). So werden die Zusammenhänge zwischen Kognitionen und Emotionen anhand des ABC Modells von Ellis (1962) (*activation event – beliefs - consequences*) vermittelt und die Schüler lernen die Wirkung der kognitiven Triade (Ich bin schlecht! Die Welt ist schlecht! Die Zukunft ist schlecht!) von Beck (1967, 1976)

kennen. Hierbei sollen die Jugendlichen lernen flexibler zu denken und zu überprüfen, ob ihr Denken der Realität entspricht. Der Schwerpunkt des kognitiven Teils des Penn Prevention Program liegt aber auf der Identifikation und Benennung von Kausalattributionen. Liegt ein unzutreffender pessimistischer Attributionsstil (globale, internale, stabile Erklärung von negativen Ereignissen) vor, werden Veränderungen angeleitet. Ist der pessimistische Attributionsstil einer problematischen Situation hingegen angemessen, lernen die Jugendlichen mit den entstehenden Emotionen umzugehen und das Problem zu lösen. Im Training sozialer Problemlösung des Penn Prevention Program lernen die Jugendlichen sich Ziele zu setzen, Perspektivenwechsel, Strategien zur Informationssammlung und Generierung von alternativen Verhaltensweisen, sowie Methoden zur Entscheidungsfindung und Selbstinstruktion. Abschließend werden mit den Jugendlichen Methoden zum Umgang mit familiären Konflikten und anderen Stressoren trainiert. Zwar handelt es sich beim Penn Prevention Program mit 12 Sitzungen á 90 Minuten Dauer um das zeitlich umfangreichste hier dargestellte Programm, aber das Programm beinhaltet auch die meisten Inhalte. So werden in jeder Sitzung neue Themen behandelt, wobei der kognitive Teil aufeinander aufbaut, während der soziale Teil verschiedene Elemente beinhaltet, die eher nebeneinander bestehen.

Seligman und Mitarbeiter (Gillham & Reivich, 1999; Gillham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995) haben die Effektivität des Penn Prevention Program über 36 Monate nach der Intervention untersucht. Wie sich zeigt, führt das Programm nach 12 Monaten und über die restliche Follow-up Periode hinweg zur Veränderung des Attributionsstils, aber erst nach 18 Monaten traten signifikante Differenzen zwischen der Präventionsgruppe und der Kontrollgruppe in der depressiven Symptomatik auf. Dieser Effekt verschwand nach 24 Monaten wieder (Gillham & Reivich, 1999; Gillham et al., 1995). Replikationen an weiteren Jugendlichen mit erhöhtem Risiko eine Depression zu entwickeln erbrachten gemischt Ergebnisse. So zeigten adaptierte Versionen des Penn Prevention Programms bei

lateinamerikanischen Jugendlichen in den USA (Cardemil, Reivich & Seligman, 2002) und chinesischen Jugendlichen (Yu & Seligman, 2002) ebenfalls positive Effekte bis zu sechs Monaten nach Beendigung des Programms, während schwarzafrikanische Jugendliche in den USA nicht von einer Teilnahme profitierten (Cardemil et al., 2002).

Universale Präventionsprogramme

Resourceful Adolescent Programm (RAP)

Shochet und Mitarbeiter (Shochet, Holland & Whitefield, 1997; Shochet, Whitefield & Holland, 1997) haben zwei Versionen des „Resourceful Adolescent Programm“ (RAP) entwickelt und an Schülern der 9. Klasse validiert.

Das „Resourceful Adolescent Programm-Adolescents“ (RAP-A) ist ein schulbasiertes Gruppenprogramm, das von je einem Trainer mit 8 – 12 Schülern durchgeführt wird. RAP-A umfasst 11 Sitzungen von je 40 bis 50 Minuten Dauer. Das Ziel von RAP-A ist Resilienzfaktoren bei den Schülern zu unterstützen bzw. zu entwickeln. Hierzu folgen die Sitzungen 1 bis 7 überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden und vermitteln Selbstmanagement- und Problemlösefähigkeiten. In diesem Rahmen widmen sich zwei Sitzungen der kognitiven Umstrukturierung. In den Sitzungen 8 bis 10 werden interpersonale Risikofaktoren behandelt und protektive Faktoren in der Entwicklung der Jugendlichen gefördert, wobei neben der Fähigkeit soziale Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten auch Fertigkeiten zur Deeskalation von Konflikten in der Familie trainiert werden.

Das „Resourceful Adolescent Programm-Family“ (RAP-F) besteht aus dem RAP-A, sowie drei Gruppensitzungen mit den Eltern der teilnehmenden Schüler. Jede der Elternsitzungen wird von zwei Trainern durchgeführt, dauert drei Stunden und findet am Abend statt, um möglichst vielen Eltern die Teilnahme zu ermöglichen. In der ersten Sitzung werden die existierenden elterlichen Stärken der teilnehmenden Eltern identifiziert, Problemsituationen herausgearbeitet und der Umgang hiermit erarbeitet, sowie Methoden

effektiver Erziehung vermittelt. In der zweiten Sitzung werden Informationen zur normalen Entwicklung in der Pubertät vermittelt, Strategien zur Unterstützung der Entwicklung eines guten Selbstwertes der Jugendlichen und eines ausgewogenen Verhältnisses von Unabhängigkeit und Bindung an die Eltern erarbeitet. In der dritten Sitzung werden Strategien zur Förderung der Harmonie in der Familie und zum Umgang mit Konflikten vermittelt.

Die Evaluation von RAP zeigt, dass sowohl die Teilnahme an RAP-A als auch an RAP-F zu einem Rückgang der depressiven Symptome in der Postmessung und im 10-Monats-Follow-up führt. Eine unterschiedlich ausgeprägte Wirkung von RAP-A und RAP-F ließen sich nicht nachweisen, so dass die Einbeziehung der Eltern in das Präventionsprogramm keinen weiteren Beitrag zur Reduktion depressiver Symptome bei den Jugendlichen erbrachte. Einschränkend zu den Ergebnissen der Studie von Shochet et al. (2001) muss berücksichtigt werden, dass (a) klinische auffällige Jugendliche von der Datenanalyse ausgeschlossen wurden und (b) die Autoren nicht die Interkorrelationen zwischen den Schülern einer Klasse berücksichtigt haben (Hopkins, 1982). Das kann zu einer Fehlinterpretation der empirischen Ergebnisse führen, da die Gruppierung von Personen (z. B. in einer Klasse) zu einem wechselseitigen Einflussprozess zwischen Individuum und Gruppe führt, in dem sich die Personen gruppenspezifisch weiter differenzieren (Goldstein, 1995). Weiterhin haben die Autoren bei den Post-hoc-Tests keine angemessene Alphaadjustierung durchgeführt, was zu einer Überschätzung der Effekte führt (Shochet et al., 2001). Aufgrund dieser methodischen Mängel ist eine Interpretation der Daten im Vergleich zu den anderen Präventionsprogrammen nicht möglich.

Gesundheit und Optimismus (GO!)

Das schulbasierte Präventionsprogramm „Gesundheit und Optimismus“ (Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002) hat in dieser Darstellung eine Sonderstellung, da es nicht nur depressiven Symptomen, sondern auch Angstsymptomatik vorbeugen soll. GO! umfasst acht

Sitzungen á 90 Minuten und wird mit je einem Trainer in einer ganzen Schulklasse durchgeführt. Die inhaltlichen Schwerpunkte bei GO! umfassen eine kognitiven Komponente, Übungen zur Selbstkonfrontation mit aversiven Situationen, ein Training sozialer Problemlösestrategien und ein Training von Bewältigungsstrategien von Angst. Im kognitiven Teil des Präventionsprogramms lernen die Schüler ihre negativen Überzeugungen und depressogene Attributionsmuster zu erkennen, sie in Frage zu stellen und ggf. realistischere Alternativen zu entwickeln. Hinsichtlich der Angstsymptomatik werden Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst vermittelt (z. B. Drei-Komponenten-Modell der Angst, Zeitverlauf von Angstreaktionen, Bedeutung von Fehlinterpretationen, Teufelskreis-Modell). Weiterhin werden Bewältigungsstrategien von Angst, wie Selbstkonfrontation mit dem angstauslösenden Objekt, sowie Erkennen und Verändern von kognitiven Verzerrungen behandelt und exemplarisch eingeübt. Im sozialen Teil von GO! werden Kontaktprobleme und interpersonelle Probleme bearbeitet. Dies geschieht, in dem den Schülern vermittelt wird, sich über die eigenen Ziele und Absichten klar zu werden, bevor sie agieren. Hieraus ergeben sich mögliche Problemlösungen und das Abwägen zwischen Alternativen. Weitere Bausteine von GO! sind die Vermittlung von Copingstrategien bei Konflikten mit den Eltern, Techniken zur Verbesserung der Selbstsicherheit und ein Entspannungstraining (Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002).

In der Validierungsstudie zeigt sich, dass GO! zu signifikanten Verbesserungen in den proximalen Zielen wie dysfunktionalen Einstellungen und externalen Attributionen von Angststimuli führt. Anders bei den distalen Programmzielen, hier zeigen sich weder in der Postmessung, noch im 6-Monats-Follow-up signifikanten Effekte bei den untersuchten Jugendlichen (Manz, 2001). Diese Ergebnisse sind möglicherweise auf zwei Ursachen zurückzuführen. Erstens wurde GO! von nur einem Trainer mit kompletten Klassenverbänden durchgeführt und zweitens wurde in jeder Sitzung ein neues Thema behandelt, so dass die

einzelnen Schüler nicht viel Zeit zum Üben hatten und eine Wiederholung der behandelten Themen nicht stattfinden konnte.

Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag (LARS&LISA)

Basierend auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1986, 1993) wurde das Präventionsprogramm „Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag“ (LARS&LISA; Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, in Druck) für Schüler der 7. und 8. Klasse entwickelt. LARS&LISA umfasst in der aktuellen Version zehn Sitzungen á 90 Minuten und wird in wöchentlichem Abstand während der regulären Schulzeit durchgeführt. Hierbei nehmen komplette Klassen in nach dem Geschlecht getrennten Gruppen am Programm teil, wobei jede Gruppe von zwei Trainern geleitet wird. Nach einer Stunde zur allgemeinen Einführung und zum Kennenlernen, gliedern sich die folgenden Stunden in die fünf Schwerpunkte: (a) „Find your aims!“ (Formulierung und Operationalisierung persönlicher Ziele) (b) „Magische Spirale“ (Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten), (c) „THINK!“ (Identifikation von dysfunktionalen Gedanken; Überprüfung des Realitätsgehaltes dysfunktionaler Gedanken; Entwickeln funktionaler Gedanken; Üben funktionaler Gedanken), (d) „Just do it!“ (Training selbstsicheren Verhaltens) und (e) „Get in touch!“ (Training zur Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung).

In der Evaluation durch die Autoren zeigten sich nicht nur positive Effekte auf das soziale Netzwerk unmittelbar im Anschluss an die Teilnahme an LARS&LISA (Pössel, Horn & Hautzinger, 2003), sondern auch auf die Depressivität im 3- und 6-Monats-Follow-up (Pössel, Baldus, Horn, Hautzinger & Groen, 2003; Pössel, Horn, Hautzinger & Groen, 2003). Differentielle Analysen erbrachten, dass sowohl Jugendliche mit geringer globaler Selbstwirksamkeitserwartung nach Schwarzer (1994) als auch solche ohne bzw. mit subklinischer Depression besonders profitieren. Ausschließlich bei bereits klinisch auffälligen Jugendlichen zeigte LARS&LISA im Vergleich zur Wartekontrollgruppe keine positiven

Effekte. Eine weitere Evaluationsstudie der Arbeitsgruppe um Petermann (Groen, Al-Wiswasi, Petermann & Pössel, in diesem Heft) an Schülerinnen und Schülern der 7. Klasse konnte im 11-Monats-Follow-up signifikante Verbesserungen im Selbstwertgefühl und im aggressiven Verhalten nachweisen. Da sich bei den Jugendlichen in dieser Studie noch kein Anstieg der depressiven Symptomatik zeigte, war noch kein Effekt auf diese Symptomatik nachweisbar.

Zusammenfassende Bewertung und Perspektiven

Fasst man den Stand der Forschung zur Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen zusammen, zeigt sich dass die selektiven Präventionsprogramme gut ausgereift und mit Katamnesen über mehrere Jahre evaluiert sind. Wirkungsvolle universale Programme hingegen existieren erst seit wenigen Jahren, so dass hier noch einiges an Nachholbedarf besteht. So liegt für keines der hier genannten universalen Programme Daten über Follow-up Zeiträume von mehreren Jahren vor, wie sie in anderen Bereichen der Therapieforschung zum normalen Standard gehören.

Als unbefriedigend muss angesehen werden, dass die meisten Präventionsprogramme auf Modellen basieren, die für Erwachsene entwickelt wurden und dann auf Jugendliche angepasst wurden, so dass kaum die Erkenntnisse der Entwicklungspsychopathologie berücksichtigt wurden. Eine Ausnahme stellt das universale Präventionsprogramm von Pössel et al. (2003) dar. Die Untersuchung von Wirkmechanismen und Moderatorvariablen ist dringend angezeigt. So besteht selbst in dem gut evaluierten und effektiven Penn Prevention Program (Jaycox et al, 1994) nur ein geringer Zusammenhang zwischen dem als Vulnerabilitätsfaktor postulierten Attributionsstil und Depressivität. Entsprechend erscheint es notwendig auch in der Präventionsforschung den Blick verstärkt auf die Wirkmechanismen und schulenübergreifende Faktoren zu richten, wie dies seit Jahren in der Therapieforschung üblich ist (Lewinsohn, Clarke & Hautzinger, 1999).

Schließlich erscheint es notwendig auch im Bereich der Prävention von Depressionen mehrstufige Präventionsprogramme zu entwickeln, die sowohl universale als auch selektive Komponenten enthalten und so für verschiedene Zielgruppen unterschiedlich aufwendige Interventionen und ggf. differentielle Inhalte anbieten (Greenberg et al., 2001; Wiesner & Reitzle, 2001). In einem solchen mehrstufigen Programm sollten nicht nur individuenzentrierte Elemente enthalten sein, sondern ebenfalls eltern- und schulbezogene Elemente einbezogen werden. Eine entsprechende Entwicklung zeichnet sich bereits in der Integration des familienorientierten Programms von Beardslee et al. (Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright & Rothberg, 1997; Beardslee, Versage, Wright, & Salt, 1997; Beardslee, Wright, Salt & Drezner, 1997) in Form von Vorträgen für Eltern in das Coping with Stress Program (Clarke et al., 2001) ab. Mit einem solchen Vorgehen könnte Prävention auch bei Depressionen in dem Altersbereich unter zehn Jahren durchgeführt werden, der bisher stark vernachlässigt wurde (Beardslee & Gladstone, 2001; Michael & Crowley, 2002).

Ein wichtiges Problem besonders bei universalen Präventionsprogrammen ist ihre Diversivität, d. h. ob und unter welchen Umständen sie in den Alltag der Jugendlichen umsetzbar sind. Betrachtet man die hier aufgeführten universalen Programme handelt es sich ausschließlich um schulbasierte Präventionsprogramme. Entsprechend ist es entscheidend ob diese Programme von Lehrern durchgeführt und in den Schulunterricht integriert werden können. Eine leichte Integration kognitiv-verhaltenstherapeutischer Programme in den Schulalltag wird bisher dadurch erschwert, dass die Trainer über umfangreiches Wissen bezüglich der Grundlagen dieses therapeutischen Ansatzes verfügen müssen. Darüber hinaus erfordern die Programme einen erheblichen Personalaufwand. Zukünftige Forschung in Bezug auf universale Präventionsprogramme sollte die bisherigen Programme adaptieren, um die Durchführbarkeit im Schulalltag zu verbessern. Eine alternative Möglichkeit stellen Programme dar, die auf einfachen, auch durch Paraprofessionelle durchführbare Copingtechniken fokussieren. Ein Beispiel hierfür ist das Präventionsprogramm JES!, das

auf dem Paradigma des expressiven Schreibens im Sinne von Pennebaker (1997; vgl. auch Horn & Hautzinger, in diesem Heft) beruht.

Trotz der Kritik zeigt sich insgesamt ein günstiges Bild. So sind in der Prävention von Depression heute effektive Programme vorhanden, die in der Praxis angewendet werden können und auf die zukünftige Forschung aufbauen kann. Es ist zu erwarten, dass die hier kritisierten Punkte in den nächsten Jahren ausgeräumt werden und dies einerseits zu noch effektiveren, im Alltag besser einsetzbaren Programmen und andererseits zu einer Zunahme unseres Wissens über Depression im Kindes und Jugendalter führen wird.

Literaturverzeichnis

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

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

Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. & Salt, P. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. Development & Psychopathology, *9*, 109 – 130.

Beardslee, W. R., Wright, E., Salt, P. & Drezner, K. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *36*, 196-204.

Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

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.

Cardemil, E. V., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. P. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school student. Prevention & Treatment, *5*, Article 8.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M. & Sheeber, L., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high

school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 312 - 321.

Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Archives of General Psychiatry, 58, 1127 – 1134.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. & Hops, H. (1990). Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course. Eugene, OR: Castalia Press.

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.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Eds.), eighteenth Annual Minnesota Symposium on Child Psychology (pp. 77 – 125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. Annual Review of Psychology, 44, 559 – 584.

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.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 29, 276 - 283.

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

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H. & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. Psychological Science, 6, 343 – 351.

Gillham, J. E., Shatté, A. J. & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: a review of cognitive-behavioral and family interventions. Applied & Preventive Psychology, 9, 63 – 88.

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

Greenberg, M. T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. Prevention & Treatment, 4, Article 1.

Groen, G., A-Wiswasi, S., Petermann, F. & Pössel, P. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-up-Erhebung nach elf Monaten. Kindheit und Entwicklung, 12, xx – xx.

Hankin, B.L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 107, 128 – 140.

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

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, xx – xx.

Horn, A. B. & Hautzinger, M. (in Vorbereitung). Jugendpräventionsprogramm mit Expressivem Schreiben.

Horn, A.B., Pössel, P. & Hautzinger, M. (Oktober 2002): Chronic thought suppression and expressive writing in adolescence. 16. Konferenz der European Health Psychology Society EHPS, Lissabon, Portugal.

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

Ihle, W. & Herrle, J. (2002a). Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach Clarke & Lewinsohn. Tübingen: DGVT.

Ihle, W. & Herrle, J. (2002b). Mit depressiven Störungen im Jugendalter umgehen lernen. Ein Arbeitsbuch für Kursteilnehmer. Tübingen: DGVT.

Ihle, W., Jahnke, D., Spieß, L. und Herrle, J. (2002). Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für depressive Jugendliche und junge Erwachsene. Kindheit und Entwicklung, 11, 238 – 247.

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.

Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). Gesundheit und Optimismus. GO! Trainingsprogramm für Jugendliche. Weinheim: Beltz.

Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E. M. & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder. Alternative pathways of continuity. Archives of General Psychiatry, 58, 231 – 236.

Kaslow, N. J. & Racusin, G. R. (1990). Childhood depression: Current status and future directions. In A. S. Bellack, M. Hersen & A. E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy (2nd ed., pp. 649 – 668). New York: Plenum.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hautzinger, M. (1999). Psychologische Interventionen bei Depressionen im Jugendalter. Verhaltenstherapie, 9, 124 - 130.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy. New York: Academic Press.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. Behaviour Change, 18, 36 – 50.

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

Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 22, 247-269.

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experience as a therapeutic process. Psychological Science, 8, 162-166.

Pössel, P., Baldus, Ch., Horn, A. B., Hautzinger, M. & Groen, G. (eingereicht). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents.

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

Pössel, P., Horn, A. B. & Hautzinger, M. & Groen, G. (eingereicht). School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up.

Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S. & Hautzinger, M. (eingereicht). Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag – LARS&LISA. Manual eines schulbasierten universalen Präventionsprogramms von Depression bei Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J. & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal children with major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. Archives of General Psychiatry, 42, 500 - 507.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. Journal of Abnormal Psychology, 100, 214 – 222.

Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), Depression in young people. New York: Guilford Press.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM IV). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica, 40, 105-123.

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. Journal of Clinical Child Psychology, 30, 303 – 315.

Shochet, I. M., Holland, D. & Whitefield, K. (1997). Resourceful adolescent program: Participant's manual. Brisbane, Australia: Griffith University.

Shochet, I., Whitefield, K. & Holland, D. (1997). Resourceful adolescent program: Group leader's manual. Brisbane, Australia: Griffith University.

Spence, S. (1998). Preventive interventions. In T. Ollendick (Ed.), Comprehensive Clinical Psychology, Vol. 5. Children & adolescents: Clinical formulation and treatment. Amsterdam: Elsevier.

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.

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. Journal of the American Medical Association, 281, 1707 – 1713.

Wiesner, M. & Reitzle, M. (2001). Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 10, 248 – 257.

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.

Yu, D. L. & Seligman, M. E. P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children, Prevention & Treatment, 5, Article 9.

Tabelle 1

Zusammenfassende Darstellung der Präventionsprogramme und der Evaluationsstudien

Name des Programms	Autoren	Zielgruppe	Umfang	Trainer/ Gruppengröße	Effekte
Selektive Programme					
Familienorientiertes Präventionsprogramm	Beardslee et al. (1997a, 1997b, 1997c)	8 – 15jährige Jugendliche mit mind. einem depressiven Elternteil	a) 6 – 10 Sitzungen (Eltern, Kinder, Familiensitzungen) b) 2 Vorträge (Eltern) á 60 Minuten	a) Klinische Psychologe/ Einzelsitzungen b) - / -	Jugendlichen haben größeres Verständnis für elterliche Depression
Coping with Stress Programm	Clark et al. (1995); Dt. Version: Ihle & Herrle (2002a,b)	13 – 18jährige, subklinisch depressive Jugendliche (mit und ohne depressive Eltern)	15 Sitzungen á 45 Minuten	Schulpsychologen/ -	Verringerte Prävalenz von Major Depression und Dysthymie

Tabelle 1

Zusammenfassende Darstellung der Präventionsprogramme und der Evaluationsstudien

Penn Prevention Program	Jaycox et al. (1994); Dt. Version: -	10 – 13jährige subklinisch depressive Jugendliche	12 Sitzungen á 90 Minuten	Psychologiestudenten / 10 – 12 Schüler	Positive Effekte auf Attributionsstil und depressive Symptomatik
Universale Programme					
Jugendpräventionsprogramm mit Expressivem Schreiben (JES!)	Horn et al. (2003)	Schüler der 8. Klasse	6 Sitzungen á 45 Minuten	Diplom-Psychologen und Psychologiestudenten	
Resourceful Adolescent Programm (RAP)	Shochet et al. (1997); Dt. Version: -	Schüler der 9. Klasse	a) 11 Sitzungen á 40 – 50 Minuten (Schüler) b) Siehe a) & 3 Sitzungen á 180 Minuten (Eltern)	a) -/8 – 12 Schüler b) Siehe a) & Elternsitzungen Zwei Trainer/ -	Rückgang der depressiven Symptomatik, keine Effekte der Elternsitzungen

Fortsetzung

Tabelle 1

Zusammenfassende Darstellung der Präventionsprogramme und der Evaluationsstudien

Gesundheit und Optimismus (GO!)	Junge, Neumer, Manz & Margraf (2002)	Schüler der 9. & 10. Klasse	8 Sitzungen á 90 Minuten	Je zwei Psychologie- studenten/ komplette Klassen	Verbesserung dysfunktionaler Einstellungen und externaler Attributionen
Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag (LARS&LISA)	Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger(2003)	Schüler der 7. & 8. Klasse	10 Sitzungen á 90 Minuten	Je zwei Trainer/ Klassen nach Geschlecht getrennt	Verbesserung der depressiven Symptomatik

Fortsetzung