

9-2006

Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Effects and costs of universal prevention of internalization disorders in children and adolescents).

Patrick Pössel
University of Louisville

Silvia Schneider
Universität Basel

Simone Seemann
Universität Tübingen

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

 Part of the [Counseling Psychology Commons](#)

Original Publication Information

This is the peer-reviewed but unedited manuscript version of the following article:

Pössel, Patrick, Silvia Schneider and Simone Seemann. "Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. [Effects and costs of universal prevention of internalization disorders in children and adolescents.]"

2006. *Verhaltenstherapie* 16(3): 201-210.

The final, published version is available at <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000094918>

ThinkIR Citation

Pössel, Patrick; Schneider, Silvia; and Seemann, Simone, "Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Effects and costs of universal prevention of internalization disorders in children and adolescents)." (2006). *Faculty Scholarship*. 262.

<http://ir.library.louisville.edu/faculty/262>

Patrick Pössel
Vanderbilt University
Silvia Schneider
Universität Basel
Simone Seemann
Universität Tübingen

Patrick Pössel, Department of Psychology and Human Development, Peabody College
#512, Vanderbilt University, 230 Appleton Place, Nashville, TN 37203-5701, USA

Phone: +1-615-322-3104, Fax: +1-615-343-9494

e-mail: patrick.poessel@vanderbilt.edu

Kolumentitel: UNIVERSALE PRÄVENTION VON
INTERNALISIERUNGSSTÖRUNGEN

Running title: UNIVERSAL PREVENTION OF INTERNALIZATION DISORDERS

Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungsstörungen bei Kindern
und Jugendlichen

Effects and costs of universal prevention of internalization disorders in children and
adolescents

Zusammenfassung

Internalisierungsstörungen gehören zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters und stellen bedeutende Risikofaktoren für das Auftreten von psychischen Störungen des Erwachsenenalters dar. Nach einer Begriffsbestimmung der verschiedenen Ansätze zur Prävention psychischer Störungen wird in dem vorliegenden Beitrag der internationale Forschungsstand zur universalen Prävention von Internalisierungsstörungen zusammengefasst. Um die Wirkung der Präventionsprogramme untereinander vergleichbar zu machen und die Kosten-Nutzen-Relation zu berechnen wurde Hedge's g für die verfügbaren Vergleiche über die Zeit berechnet. Anschließend wurde Hedge's g der Kontrollgruppe von dem g der Interventionsgruppe subtrahiert um so die Nettoeffektstärke des Präventionsprogramms zu erhalten. Außerdem wurde die Anzahl der Gruppenleiter mit der Länge des Programms und dem mittleren Stundenlohn der Gruppenleiter multipliziert und durch die mittlere Gruppengröße geteilt, um so die Gesamtkosten pro Teilnehmer zu ermitteln. Bei der universalen Prävention von Angststörungen ergeben sich Nettoeffektstärken in Höhe von $g = -.22$ bis $.89$ für den Prä-Post Vergleich. Die Prä-Follow-up Vergleiche fallen insgesamt schlechter aus und können für keines der hier dargestellten Programme einen positiven Nettoeffekt nachweisen. Die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen liegen hierbei zwischen EURO 10.- und EURO 61,90. In Bezug auf Depression zeigen die universalen Präventionsprogramme Nettoeffektstärken von $g = -.30$ bis $.46$ im Prä-Post-Vergleich und von $g = -.24$ bis $.45$ im Prä-Follow-up-Vergleich. Die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen liegen hier zwischen EURO 2,25 und EURO 61,90. Sowohl die Qualifikation der Gruppenleiter (Lehrer vs. Psychologen) als auch die Gruppengröße scheinen relevant fuer die Effekte eines Programms zu sein, während die Programmdauer und die Kosten pro Jugendlichen weniger bedeutsam zu sein scheinen.

Schlagwörter: Internalisierungsstörung, Angst und Depression, universale Prävention, Kinder und Jugendliche.

Abstract

Internalization disorders are one of the most frequently mental disorders in children and adolescents. Furthermore, they are important risk factors for the development of mental disorders in adulthood. Following a definition of different kinds of prevention the international research to universal prevention of internalization are reviewed. To make the effects of the programs comparable Hedge's g for the comparisons between different measure points were calculated in a first step. Than Hedge's g of the control group was subtracted from the g of the intervention group to calculate the net effect size. To identify the cost-value relation the number of group leaders per intervention group was multiplied with the duration of the program and the mean hourly earnings of the group leaders. This product was divided by the mean group size to calculate the costs for each participant. The net pre-post effect sizes of the universal anxiety prevention programs are $g = -.22$ to $.89$. For none of the presented programs positive effects could be shown. The costs for each participant are between EURO 10.00 and EURO 61.90. The net effect sizes on depression are $g = -.30$ to $.46$ for the pre-post comparisons and between $g = -.24$ and $.45$ for pre -follow-up comparisons. Here are the costs for each participant between EURO 2.25 and EURO 61.90. It seems the qualification of the group leader (teacher vs. psychologists) and group size are relevant while program duration and costs are less important for the effects of the programs.

Keywords: Internalization disorder, anxiety and depression, universal prevention, children and adolescents

Angst und Depressionen, die bei Kindern und Jugendlichen oft unter der Bezeichnung Internalisierungsstörung zusammengefasst werden, 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. Birmaher et al., 1996], wobei die Prävalenz ca. ab dem 13. Lebensjahr stark ansteigt [Wade et al., 2002]. Für Angststörungen ergeben sich ähnliche Zahlen: Die Lebenszeitprävalenz liegt hier bis zum Alter von 18 Jahren zwischen 14 und 19 % [Überblick Essau et al., 2004]. Bereits im Alter von 8 Jahren leiden 10 % der Kinder aktuell an einer Angsterkrankung oder haben im letzten halben Jahr eine Angsterkrankung erlitten [Federer et al., 2000].

Insgesamt kommt Angststörungen und Depressionen eine zunehmend größere Bedeutung für das Funktionieren von Gesellschaften zu [Weltgesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation, Genf 2001]. Bereits 1990 stand die unipolare Depression weltweit an vierter Stelle aller Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung und vorzeitiger Mortalität [Murray und Lopez, 1996]. Nach den Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation wird die Depression bis zum Jahr 2020 sogar auf den zweiten Platz steigen, nur noch übertroffen von Herz-Kreislaufkrankungen. Dadurch wachsen die Gesundheitsausgaben in eine Höhe, die selbst für wohlhabende Gesellschaften kaum mehr finanzierbar sind. So verursachen Depressionen in Deutschland alleine Kosten von etwa 17 Milliarden EURO pro Jahr. Bei etwa 4 Millionen behandlungsbedürftigen Betroffenen in allen Altersgruppen sind das etwa EURO 4250.- pro Betroffenen und Jahr [Kompetenznetz Depression, 22.6.05]. Ähnliche Zahlen liegen in Bezug auf Angststörungen vor, die Gesamtkosten in Höhe von \$42 Milliarden pro Jahr für die amerikanische Gesellschaft oder von \$1542 pro Patient verursachen [Greenberg et al., 2001]. Aus diesen Daten ergibt sich ein dringender Bedarf an effizienten Maßnahmen zur Behandlung und vor allem zur Prävention von Internalisierungsstörungen im Kindes- und Jugendalter, um so eine Reduktion der vielfältigen Folgen dieser Störungen bis ins Erwachsenenalter erreichen zu können.

Begriffsbestimmung und Ansatzpunkte für Präventionsprogramme

Prävention wird heute von Behandlung und Erhaltungsinterventionen unterschieden [Munoz et al., 1996]. Der Begriff *Prävention* beschreibt hierbei all jene Interventionen, die vor dem erstmaligen Auftreten von psychischen Störungen erfolgen. *Behandlungen* beziehen sich auf Interventionen bei bereits vorliegenden psychischen Störungen. *Erhaltungsinterventionen* gelten der Nachbehandlung, der Erfolgssicherung bzw. der Rückfallprophylaxe. Während zahlreiche gut validierte Verfahren zur Behandlung und Erhaltungsintervention von Angst und Depressionen bei Minderjährigen vorliegen [Überblick Compton et al., 2004; In-Albon und Schneider, in Druck], ist die Befundlage im Hinblick auf Präventionsinterventionen eher rudimentär.

Präventionsprogramme unterscheiden sich weiterhin danach, an welche Zielgruppe sie sich wenden. Hierbei wird zwischen indizierten, selektiven und universalen Präventionsprogrammen unterschieden. *Indizierte Präventionsprogramme* werden eingesetzt bei Personen mit eng umschriebenen Risikofaktoren wie bereits bestehenden Prodromalsymptome. *Selektive Präventionsprogramme* wenden sich an Personengruppen mit erhöhtem Risiko, eine Störung zu entwickeln. In diese Gruppe fallen unter anderem Kinder und Jugendliche mit subklinischer Angst oder Depression [Dadds et al., 1999; Jaycox et al., 1994]. *Universale Präventionsprogramme* hingegen wenden sich an eine gesamte Bevölkerungsgruppe, unabhängig vom Risiko der einzelnen Personen z. B. eine Angst- oder depressive Störung zu entwickeln.

Bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen ist es wichtig, zwischen selektiver und indizierter Prävention auf der einen Seite und universaler Prävention auf der anderen Seite zu unterscheiden und damit die Zielgruppe des Programms zu definieren. Da eine ausführliche Darstellung der Vor- und Nachteile beider Ansätze den Rahmen des Artikels sprengen würde sei an dieser Stelle auf die Arbeit von Offord [2000] verwiesen, der etwa gleich viele Vor- (6) und Nachteile (8) für universale Programme nennt, aber nur zwei Vorteilen sechs Nachteile selektiver und indizierter Programme gegenüber stellt. Im Folgenden sollen nur kurz die wichtigsten Punkte erwähnt werden, um die Bedeutung universaler Prävention darzustellen.

Als zentraler Vorteil der selektiven und indizierten Prävention gilt, dass sie im Vergleich zu universalen Programmen kostengünstiger ist, da sie nur mit einer Risiko- und nicht mit der gesamten Population durchgeführt wird. Bei selektiven und

indizierten Präventionsprogrammen wird weiterhin angenommen, dass sie im Vergleich zu universalen Ansätzen höhere Effektstärken erzielen, da die an diesen Programmen teilnehmenden Probanden durchschnittlich höhere Ausprägungen psychopathologischer Symptome aufweisen sowie der prozentuale Anteil der Probanden mit erhöhten Psychopathologiewerten größer ist als in den Stichproben universaler Präventionsprogramme. Als weiterer Vorteil gilt, dass Kinder und Jugendliche mit stärkerer psychischer Belastung vermutlich eine höhere Motivation aufweisen, an einem entsprechenden Programm teilzunehmen [Jaycox et al., 1994; Offord, 2000], was insbesondere zu einer besseren Rekrutierungs- und Beibehaltungsrate führen sollte. Interessanterweise widersprechen die empirischen Daten im Bereich der Prävention bei Jugendlichen jedoch diesen Annahmen. So berichten Clarke et al. [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 et al. [1995] eine Dropout-Rate von 30 %. Beide Kritikpunkte lassen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und die Anwendung selektiver Programme in der Praxis als zweifelhaft erscheinen. Ein Grund für diese Probleme, der gleichzeitig als weiterer Nachteil selektiver Programme betrachtet werden sollte, ist die wiederholte Beobachtung, dass die Teilnahme an selektiven Präventionsprogrammen zur Stigmatisierung der teilnehmenden Probanden durch Gleichaltrige führen kann. Dieser Effekt scheint insbesondere bei Jugendlichen von Bedeutung zu sein [Shochet et al., 2001]. Neben dem subjektiven Effekt wirken sich Stigmatisierungen auch objektiv negativ auf die sozialen Kontakte der Betroffenen aus und können durch Labeling zu einer Chronifizierung depressiver Störungen führen [Harrington und Clark, 1998].

Die hier genannten Nachteile selektiver und indizierter Präventionsprogramme treffen auf universale Präventionsprogramme nicht zu: Aufgrund der Tatsache, dass bei diesem Ansatz *alle* Kinder bzw. Jugendlichen etwa im Rahmen schulbasierter Programme am Präventionsprogramm teilnehmen, können Probleme in der Selektion und Rekrutierung, wie auch Stigmatisierungseffekte vermieden werden. Der Einbezug einer gesamten Population erlaubt zudem, Kinder und Jugendliche mit besseren Fähigkeiten in bestimmten Bereichen als Modell für die Kinder und Jugendlichen zu nutzen, die Defizite in diesen Bereichen aufweisen [Lowry-Webster et al., 2001], was ein bedeutender Vorteil dieses Präventionsansatzes ist. Offord [2000] argumentiert

darüber hinaus, dass selektive Programme zwar größere Effekte für die einzelnen Teilnehmer haben, aber universale Programme über eine Vielzahl kleiner Effekte auf eine größere Anzahl von Teilnehmern enorme Effekte für die Gesellschaft haben können. So profitieren auch nicht gefährdete Kinder und Jugendliche von den in den Präventionsprogrammen vermittelten Fertigkeiten [Harrington und Clark, 1998]. Die Zusammenschau der genannten Vor- und Nachteile selektiver und indizierter vs. universaler Präventionsansätzen lässt erwarten, dass universale Programme nicht weniger effektiv sind als selektive und indizierte Programme. Dies wird auch durch eine jüngst publizierte Metaanalyse zur Effektivität von Programmen zur Prävention von Depressionen empirisch gestützt: In dieser Metaanalyse konnten für universale Präventionsprogramme Effektstärken von $d = .31$ (CI = .12 - .59), für selektive Präventionsprogramme von $d = .21$ (CI = .09 - .29) und für indizierte Programme von $d = .34$ (CI = .07 - .41) beobachtet werden [Jane-Llopis, 2002]. Hurrelmann und Seltertobulte [2000] sowie Shochet et al. [2001] favorisieren daher universale Präventionsprogramme im Rahmen des normalen Schulunterrichts um einen möglichst großer Anteil an Kindern und Jugendlichen zu erreichen. Diesen Überlegungen folgend, wird sich die folgende Darstellung evaluierter Präventionsprogramme auf universale Ansätze beschränken.

Bei der Untersuchung der Effektivität von Präventionsprogrammen allgemein und von universalen Programmen insbesondere ist zu beachten, dass die Inzidenz von Internalisierungsstörungen in der Normalbevölkerung nicht hoch genug ist, um die Effektivität eines Präventionsprogramms über das Auftreten bzw. Nicht-Auftreten diagnostizierbarer Ängste und Depressionen belegen zu können. Hierzu wären – zumindest bei universalen Präventionsprogrammen – unrealistisch große Stichproben notwendig. Entsprechend ist das Programmziel oft nicht die Senkung der Anzahl neu auftretender Internalisierungsstörungen, sondern die Reduktion bzw. Konstanthaltung von Internalisierungssymptomen.

Bewertung universaler Präventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen

Im Folgenden werden die den Autoren bekannten evaluierten universalen Programme im Kindes- und Jugendalter dargestellt, welche auch auf die Prävention von Angst und Depressionen abzielen. Die Suche erfolgte hierbei in PsycINFO und

PSYINDEX mit den Suchworten universale Prävention, Kind*, Jugendl*, Depress*, Angst und ängstl* bzw. den entsprechenden englischen Suchbegriffen (universal prevention, child*, youth, adolesc*, anxie* und depress*). Eine Einschränkung auf bestimmte Jahrgänge erfolgte nicht. Diese Suche erbrachte 7 Programme zur universalen Prävention von Angst oder Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Bei der Darstellung der Evaluationsstudien soll das Augenmerk insbesondere auf die Kosten-Nutzen-Relation gerichtet werden.

Um die Wirkung der Präventionsprogramme untereinander vergleichbar zu machen und die Kosten-Nutzen-Relation berechnen zu können, wurde folgendes mehrstufiges Verfahren gewählt. Zuerst wurde aus den vorliegenden Arbeiten Hedges's g^1 als Maß der Effektstärke für die jeweils angegebenen Vergleiche über die Zeit berechnet [Cohen, 1988]. Anschliessend wurde Hedge's g der Kontrollgruppe von dem g der Interventionsgruppe subtrahiert um so die Nettoeffektstärke des Präventionsprogramms zu erhalten. Hierbei wurden differentielle Angaben nach hoch- oder niedrigbelasteten Kindern und Jugendlichen oder nach Geschlecht der Originalautoren aufgehoben und gewichtete Mittelwerte der Effektstärken basierend auf dem Stichprobenumfang der Teilstichproben ermittelt, um die Effekte der unterschiedlichen Programme vergleichbar zu machen. Um zu testen ob die berechneten Nettoeffektstärken signifikant von Null verschieden sind, wurden weiterhin 95% Konfidenzintervalle berechnet. Um den notwendigen Aufwand zur Durchführung des jeweiligen Programms zu berücksichtigen, wurde die Anzahl der notwendigen Gruppenleiter mit der Länge des Programms in Zeitstunden und dem mittleren Stundenlohn der Gruppenleiter multipliziert und durch die mittlere Gruppengröße geteilt. Auf diese Weise wurden die Gesamtkosten pro teilnehmenden Kind oder Jugendlichen ermittelt. Auf diese Weise können Effektivität und Kosten der Programme miteinander verglichen werden. Wenn ein Programm beispielsweise in einer Evaluationsstudie zu einer Reduktion der Symptomatik von $g = .5$ führt, die Kontrollgruppe aber bereits eine Reduktion von $g = .2$ erreicht ergibt sich eine Nettoeffektstärke von $g = .3$. Wenn das Programm weiterhin eine Länge von 10 Zeitstunden hat, jede Gruppe von einem Psychologen geleitet wird (EURO 20.- Arbeitnehmerbruttoarbeitslohn pro Stunde, Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung 21.6.2005) und im Mittel 15

Jugendliche pro Gruppe teilnehmen, ergeben sich Kosten von EURO 13,34 pro teilnehmendem Jugendlichen.

Die Programme mit dem Fokus auf die Prävention von Angststörungen werden zuerst dargestellt, da diese Störungen meist in früherem Alter beginnen, gefolgt von den Programmen zur Prävention von Depressionen.

Stressreduktionsprogramm von Hains [Hains, 1992; Hains und Ellmann, 1994]

Das Stressreduktionsprogramm von Hains [1992] sowie von Hains und Ellmann [1994] basiert auf dem Stressimpfungstraining nach Meichenbaum [1985].

Entsprechend gliedert es sich in die Konzeptualisierungs-, Fertigkeitentrainings- und Anwendungsphase. Jede Phase beginnt mit einer 40-minütigen Gruppensitzung, an die sich individuelle Sitzungen von je 30 bis 40 Minuten anschliessen. In der Konzeptualisierungsphase nimmt jeder Jugendliche an einer individuellen Sitzung teil, während es in der Fertigkeitentrainingsphase zwei individuelle Sitzungen und in der Anwendungsphase drei individuelle Sitzungen sind.

Zu diesem Programm liegen zwei Evaluationsstudien mit 25 15 bis 16-jährigen [Hains, 1992] und 21 [Hains und Ellmann, 1994] Jugendlichen der 9. bis 12. Klasse vor. In der Studie von Hains [1992] zeigte sich im Prä-Post-Vergleich ein Rückgang der State ($g = .91$) und Trait-Angst ($g = .75$), sowie der selbstberichteten Depression ($g = .59$), während sich keine solche Veränderung in der Wartelisten-Kontrollgruppe (State Angst: $g = -.49$; Trait Angst: $g = -.14$; Depression: $g = -.06$) zeigte. Dieser Rückgang der Internalisierungssymptome blieb über den 3-Monats Follow-up stabil (State-Angst: $g = 1.17$; Trait-Angst: $g = .98$; Depression: $g = .91$). Da für die Wartelisten-Kontrollgruppe keine Follow-up Daten vorliegen konnte keine Nettoeffektstärke berechnet werden. In der jüngeren Studie von Hains und Ellmann [1994] zeigten sich ausschliesslich bei Jugendlichen mit hoher emotionaler Belastung in der Postmessung ein signifikanter Unterschied zwischen Jugendlichen, die am Stressimpfungstraining teilgenommen haben und solchen der Wartelisten-Kontrollgruppe in der Trait-Angst (Interventionsgruppe: $g = 2.12$; Kontrollgruppe: $g = .44$) und Depression (Interventionsgruppe: $g = 2.38$; Kontrollgruppe: $g = .64$). Im Prä-2-Monats Follow-up Vergleich zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Rückgang in der Trait-Angst ($g = 2.25$) und Depression ($g = 1.99$) in der Interventionsgruppe. In der State-Angst hingegen zeigt

¹ $g = (\text{Mittelwert der ersten Messung} - \text{Mittelwert der zweiten Messung}) / \text{gepoolte Standard Abweichung}$

sich kein signifikanter Effekt des Stressimpfungstrainings. Weiterhin zeigt sich bei Jugendlichen mit niedriger emotionaler Belastung weder in einem der Angst-, noch im Depressionsmaß ein signifikanter Effekt des Stressimpfungsprogramms.

FRIENDS for Children [Barrett et al., 2000]

Das weltweit am häufigsten eingesetzte Programm zur Prävention von Angstsymptomen ist das australische FRIENDS-Programm von Paula Barrett und Kollegen. FRIENDS ist für den Einsatz in Schulen gedacht und baut auf Philipp Kendalls Therapieprogramm „Coping Cat“ auf, das sich in der Behandlung von Angststörungen bei Kindern als erfolgreich erwiesen hat [Kendall, 2000]. FRIENDS umfasst insgesamt 12 Sitzungen à 75 Minuten mit dem Kind (10 wöchentlich stattfindende Sitzungen und 2 Boostersitzungen 1 und 3 Monate nach der 10. Sitzung) sowie 4 Sitzungen mit den Eltern, die parallel zu den Kindersitzungen durchgeführt werden. Die Inhalte der Kindersitzungen sind Entspannungstraining, kognitive Umstrukturierung, Aufmerksamkeitstraining, Expositionstraining und Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige. In den Elternsitzungen werden die Eltern angeleitet, ihre Kinder in der Bewältigung von Ängsten zu unterstützen (z.B. Hilfestellung bei Exposition, operante Verstärkerstrategien, Förderung von Erziehungskompetenzen). Das Akronym FRIENDS steht für: „F – feeling worried? R - relax and feel good, I – inner thoughts, E – explore plans, N - nice work – self reward, D – don’t forget to practice, S – stay calm“ und soll den Kindern helfen, die Schritte zur Angstbewältigung besser zu erinnern. Es existieren zwei Versionen des FRIENDS-Programms: Eine Version für Kinder im Alter zwischen 7 und 11 Jahren und eine Version für Jugendliche im Alter zwischen 12 und 16 Jahren. Das FRIENDS-Programm liegt zwischenzeitlich auch in einer deutschen Übersetzung vor [FREUNDE, Essau und Conradt, 2003].

Zur Prüfung der Wirksamkeit von FRIENDS liegen bisher zwei australische Studien vor. Barrett und Turner [2001] untersuchten die Wirksamkeit des Programms an einer Stichprobe von 489 Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren. Die Kinder wurden einer von drei Interventionsbedingungen zugeordnet: FRIENDS-Programm - durchgeführt von einem Psychologen, FRIENDS-Programm - durchgeführt von einem Lehrer oder normaler Schulunterricht. Die Interventionen wurden jeweils in einem Klassensetting à 30 Kinder durchgeführt. Psychologen und Lehrer wurden im Rahmen

eines eintägigen Workshops in die Durchführung des Präventionsprogramms eingeführt und trainiert. Im Prä-Post-Vergleich konnten Barrett und Turner [2001] eine Reduktion der selbstberichteten Angstsymptomatik in den von Psychologen durchgeführten Gruppen von $g = .57$ und in den von Lehrern durchgeführten Gruppen von $g = .49$ nachweisen, während die Angstsymptomatik in der unbehandelten Kontrollgruppe nur um $g = .32$ zurückging. Entsprechend führte FRIENDS in den von Psychologen durchgeführten Gruppen zu einer Nettoangstreduktion von $g = .25$ und in den von Lehrern durchgeführten Gruppen von $g = .17$.

In der zweiten Studie verglichen Lowry-Webster et al. [2001] das FRIENDS-Programm gegen eine Wartelisten-Kontrollgruppe. In dieser Studie wurde die Intervention ausschliesslich von trainierten Lehrern im Klassensetting mit jeweils 18 Schülern durchgeführt. Insgesamt wurden 594 Schüler im Alter zwischen 10- bis 13 Jahren untersucht. Hierbei konnten die Autoren die Ergebnisse von Barrett und Turner weitest gehend replizieren (Prä-Post-Vergleich Angstsymptomatik: Präventionsgruppe: $g = .57$, Wartelisten-Kontrollgruppe: $g = .31$) Für weitere Analysen wurden die Gruppen je nach Erkrankungsrisiko bei Prä- oder Posttest stratifiziert. Dabei zeigte sich bei Kindern mit höherem Risiko für Angststörungen ebenfalls eine Reduktion der selbstberichteten Angstsymptome im Prä-Post-Vergleich: (Präventionsgruppe: $N = 77$, $g = 1.54$, Wartelisten-Kontrollgruppe: $N = 31$, $g = .70$). In beiden Studien werden keine Follow-up-Daten angegeben.

Gesundheit und Optimismus (GO!) von Junge et al. [2002]

Bei dem Programm GO! handelt es sich um ein deutschsprachiges Programm, das zur Vorbeugung von Angststörungen und Depressionen bei Jugendlichen (14-18 Jahren) im schulischen Setting entwickelt wurde. Das Programm baut auf kognitiv-behavioralen Theorien zu Depressionen und Angststörungen auf und hat zum Ziel, allgemeine gesundheitsfördernde Kompetenzen („Gesundheit“) zu stärken und störungsspezifische Fertigkeiten zum Umgang mit Angst und Depression zu vermitteln. In acht 90-minütigen Sitzungen werden die Jugendlichen umfassend über Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten und depressiver Stimmungen informiert und Möglichkeiten zur Veränderung dieser emotionalen Zustände erarbeitet. Des Weiteren beinhaltet das Programm ein Training sozialer Kompetenzen und die Vermittlung von Strategien zur Stressreduktion (Entspannungstraining, Systematisches Problemlösen).

Das Programm GO! wurde in einer ersten Studie [Manz et al., 2001] an 702 Gymnasiasten der 9. und 10. Klasse in Gruppen von 10 – 12 Schülern anhand eines quasi-experimentellen Designs überprüft. Die Intervention wurde von fortgeschrittenen Studierenden der Psychologie nach einem ausführlichen Training durchgeführt. Insgesamt konnten keine signifikanten Effekte auf die Angst- und Depressionssymptome im Prä-Post- (Präventionsgruppe-Angst-Jungen $g = .00$, Angst-Mädchen $g = .35$, Präventionsgruppe-Depression-Jungen $g = .63$, Depression-Mädchen $g = .35$, Wartelisten-Kontrollgruppe-Angst Jungen $g = .27$, Angst-Mädchen $g = .54$, Depression-Jungen $g = .45$, Depression-Mädchen $g = .56$) und Prä-6-Monats-Follow-up-Vergleich (Präventionsgruppe-Angst-Jungen $g = -.08$, Angst-Mädchen $g = .11$, Präventionsgruppe-Depression-Jungen $g = .38$, Depression-Mädchen $g = .35$, Wartelisten-Kontrollgruppe-Angst Jungen $g = .39$, Angst-Mädchen $g = .43$, Depression-Jungen $g = .75$, Depression-Mädchen $g = .65$) nachgewiesen werden.

Universale Gruppenprogramme zur Prävention von Depressionen von Clarke et al. [1993]

Die Arbeitsgruppe um Clarke [Clarke et al., 1993] entwickelte zwei schulbasierte kognitive Gruppenprogramme zur universalen Prävention von Depressionen bei Jugendlichen der 9. und 10. Klasse. Beide Programme basieren auf dem multifaktoriellen Depressionsmodell [Lewinsohn et al., 1985] und werden mit kompletten Klassenverbänden durchgeführt. Die Programme bauen aufeinander auf, so dass das zweite Programm aufgrund der Erfahrungen mit dem ersten Programm entwickelt wurde. Das erste dieser beiden schulbasierten Gruppenprogramme umfasst drei Sitzungen von je 50 Minuten Dauer. Als einzige Methode wird die Wissensvermittlung angewendet, d. h. es werden Informationen zum Thema Depressionen vermittelt. Den Jugendlichen werden Symptome, Ursachen und Behandlung von Depression erklärt. In der Evaluation an 513 Jugendlichen zeigte dieses Programm keine signifikant positive Wirkung auf die depressiven Symptome der Jugendlichen.

Hierauf aufbauend haben Clarke et al. [1993] ein weiteres Programm entwickelt, das fünf Sitzungen zu je 50 Minuten umfasst und neben dem verkürzten edukativen Teil aus einem verhaltenstherapeutischen Fertigkeitentraining zur Steigerung der Anzahl

positiver Aktivitäten besteht. Auch dieses Programm zeigte bei der Evaluation an 300 Jugendlichen keine Effekte auf die Depressivität der Schüler.

Resourceful Adolescent Programm (RAP)

Shochet et al. [2001] haben zwei Versionen des „Resourceful Adolescent Programm“ (RAP) entwickelt und an Schülerinnen und Schülern der 9. Klasse validiert.

Das *schulbasierte* „Resourceful Adolescent Programm-Adolescents“ (RAP-A) 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 es Resilienzfaktoren bei den Schülern zu unterstützen bzw. zu entwickeln. Hierzu folgen die ersten sieben Sitzungen überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden und vermitteln Selbstmanagement- und Problemlösefähigkeiten. In diesem Rahmen widmen sich zwei Sitzungen der kognitiven Umstrukturierung und in drei Sitzungen werden interpersonale Risikofaktoren behandelt sowie 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.

In der Evaluationsstudie von Shochet et al. [2001] an 260 Schülerinnen und Schülern der 9. Klasse zeigte sich kein zusätzlicher positiver Effekt der Elternsitzungen. Entsprechend wurden die folgenden Effektstärken und Kostenberechnungen ausschliesslich für RAP-A ermittelt. Hierbei zeigte sich ein Rückgang der depressiven

Symptomatik in zwei verschiedenen Instrumenten im Prä-Post-Vergleich (Präventionsgruppe: $g = .29$ & $.39$, Wartelisten-Kontrollgruppe: $g = .31$ & $.38$) und im Prä-10-Monats-Follow-up-Vergleich (Präventionsgruppe: $g = .31$ & $.52$, Wartelisten-Kontrollgruppe: $g = .10$ & $.43$).

Bei der Studie von Merry et al. [2004] handelt es sich um eine der wenigen Studien, die eine Placebokontrollgruppe verwendet. Merry et al. [2004] haben mit 392 Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse gearbeitet. Die Gruppen wurden von Lehrern durchgeführt, die neben einer Schulung am Anfang der Studie eine wöchentliche Supervision zur Aufrechterhaltung der Manualtreue erhielten. In dieser Studie zeigte sich ein Rückgang in zwei Selbstbeurteilungsmaßen der depressiven Symptomatik im Prä-Post-Vergleich (Präventionsgruppe: $g = .16$ & $.25$, Placebo-Kontrollgruppe: $g = .005$ & $.05$). Im 18-Monats Follow-up hingegen war nur noch in den logarithmierten Werten eines der beiden Maße ein Rückgang der Symptomatik nachweisbar (Prä-18-Monats-Follow-up-Vergleich: Präventionsgruppe: $g = .17$ & $.32$, Placebo-Kontrollgruppe: $g = .13$ & $.31$).

Problem Solving for Life Program (PSFL)

Das "Problem Solving for Life Program" [PSFL, Spence et al., 2003, 2005] integriert die Ansätze der kognitiven Restrukturierung und der Problemlösung. Hierbei lernen die Teilnehmer aus der 8. Klasse ihre Gedanken, Gefühle und Problemsituationen zu identifizieren. Weiterhin werden die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen aufgezeigt und die Jugendlichen lernen die Methoden der kognitiven Restrukturierung und Problemlösefähigkeiten. Das Gesamtprogramm hat einen Umfang von 8 Sitzungen mit einer Dauer von je 45 - 50 Minuten und wird von Lehrern in kompletten Klassen durchgeführt.

Bei der Studie von Spence et al. [2003, 2005] an 1500 australischen Jugendlichen in der 9. Klasse handelt es sich um eine Prüfung der Wirksamkeit unter Routinebedingungen. (Effectivenessstudie), da die Gruppen von Lehrern durchgeführt wurden, die zwar ein sechs stündiges Training, aber keine kontinuierliche Supervision erhalten haben. In dieser Studie zeigte sich bei Hochdepressiven im Prä-Post-Vergleich ein signifikant stärkerer Rückgang der selbstberichteten depressiven Symptomatik in der PSFL-Gruppe ($g = .98$) im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe ($g = .35$) und bei Niedrigdepressiven

konnte im gleichen Zeitraum ein Anstieg der selbstberichteten depressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe ($g = .07$) verhindert werden (unbehandelte Kontrollgruppe: $g = -.33$).

In den Vergleichen zwischen Präerhebung und den Follow-up Messungen zeigen sich jedoch keine signifikanten Differenzen mehr, unabhängig davon ob es sich um die hoch- oder niedrigdepressiven Jugendlichen handelte.

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

Basierend auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge [1993] wurde das Präventionsprogramm „Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag“ [LARS&LISA; Pössel, Horn, Seemann und Hautzinger, 2004] für Schüler der 8. Klasse entwickelt. LARS&LISA umfasst 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, da sich nach Angaben der Autoren in einer Vorstudie gezeigt hatte, dass dies zu mehr Kooperation der Jugendlichen führt [Pössel et al., 2003]. Jede sich hieraus ergebende Gruppe wird von zwei Trainern geleitet. Nach einer Stunde zur allgemeinen Einführung und zum Kennenlernen, gliedert sich das Programm in die Schwerpunkte: (a) Formulierung und Operationalisierung persönlicher Ziele, (b) Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten, (c) Identifikation von dysfunktionalen Gedanken; Überprüfung des Realitätsgehaltes dysfunktionaler Gedanken; Entwickeln funktionaler Gedanken; Üben funktionaler Gedanken, (d) Training selbstsicheren Verhaltens und (e) Training zur Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung.

In der Evaluationsstudie von Pössel, Horn, Hautzinger und Groen [2004] an 324 Jugendlichen der 8. Klasse konnten bei Niedrigdepressiven im Prä-Post- ($g = -.90$) und im Prä-6-Monats-Follow-up-Vergleich ($g = -.96$) in der Kontrollgruppe ein signifikanter Anstieg der selbstberichteten depressiven Symptomatik beobachtet werden, der in der Interventionsgruppe verhindert werden konnte (Prä-Post-Vergleich: $g = -.42$; Prä-6-Monats-Follow-up-Vergleich: $g = -.37$). Bei subklinischdepressiven Jugendlichen konnte durch die Teilnahme an LARS&LISA ausschliesslich im Prä-6-Monats-Follow-up-Vergleich ($g = .42$) ein signifikanter Rückgang der selbstberichteten depressiven Symptomatik erreicht werden. Sowohl im Prä-Post-Vergleich ($g = .18$) der Interventionsgruppe, als auch in allen

Vergleichen der Kontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen über die Zeit hinweg (Prä-Post-Vergleich: $g = .39$; Prä-6-Monats-Follow-up-Vergleich: $g = -.15$).

Zusammenfassende Bewertung und Perspektiven

Für sieben universale Präventionsprogramme liegen Evaluationsstudien vor, die deren Einfluss auf depressive und Angstsymptomatik untersuchen. Um die Wirkung der Präventionsprogramme besser vergleichen zu können, wurde sowohl die Nettoeffektstärke als auch die Gesamtkosten pro teilnehmenden Kind oder Jugendlichen ermittelt. Tabelle 1 fasst die von uns dargestellten Evaluationsstudien und deren Ergebnisse zusammen.

Fasst man den Stand der Forschung zur universalen Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen zusammen, so ergeben sich Nettoeffektstärken für die Trait-Angst in Höhe von $g = -.22$ bis $.89$ für den Prä-Post Vergleich. Die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen liegen hierbei zwischen EURO 10.- und EURO 61,90. Die Prä-Follow-up Vergleiche fallen insgesamt schlechter aus, hier konnte für keines der dargestellten Programme ein positiver Nettoeffekt nachgewiesen werden. Insgesamt kann für das Stressimpfungstraining ein positiver Nettoeffekt auf die Angstsymptomatik nachgewiesen werden, wobei die Nettoeffektstärke nur im Prä-Post-Vergleich signifikant von Null abweicht. Weiterhin ist zu beachten, dass das Stressimpfungstraining [Hains, 1992; Hains und Ellmann, 1994] das mit Abstand teuerste Programm ist. Die hohen Kosten pro Jugendlichen werden in diesem Programm durch individuelle Sitzungen verursacht, auf welche die anderen Programme verzichten. Weiterhin handelt es sich bei beiden Evaluationsstudien um kleine Stichproben. Entsprechend erscheint eine Replikation der Ergebnisse mit einer größeren Stichprobe dringend indiziert. Für FRIENDS kann in beiden Studien im Prä-Post-Vergleich ein signifikant von Null abweichender positiver Nettoeffekt auf Angst nachgewiesen werden. Die Berechnung von Nettoeffektstärken für Prä-Follow-up-Vergleiche waren allerdings nicht möglich, so dass unklar bleibt ob dieses Programm langfristig positive Effekte zeigt. GO! hingegen zeigt sowohl im Prä-Post- als auch im Prä-Follow-up-Vergleich eine signifikante negative Nettoeffektstärke. Zusammenfassend zeigt sich, dass für keines der existierenden

Angstpräventionsprogramme langfristig positive Effekte auf den Verlauf der Angstsymptomatik nachgewiesen werden konnten.

In Bezug auf Depression zeigen sich Nettoeffektstärken von $g = -.30$ bis $.46$ im Prä-Post-Vergleich und von $g = -.24$ bis $.45$ im Prä-Follow-up-Vergleich. Werden zur Prävention von Angst entwickelte Programme mit einbezogen, die auch depressive Symptomatik erhoben haben, reicht die Nettoeffektstärke im Prä-Post-Vergleich sogar bis $g = 1.18$ (Stressimpfungstraining) und im Prä-Follow-up-Vergleich im negativen Bereich bis $g = -.33$ (GO!). Die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen liegen hierbei zwischen EURO 2,25 und EURO 61,90. Erneut ist das Stressimpfungstraining [Hains, 1992; Hains und Ellmann, 1994] das teuerste Programm. In Bezug auf Depression kommt hinzu, dass es keineswegs das effektivste Programm ist. Auf der anderen Seite lassen sich für die billigsten Programme [Clarke et al., 1993] keine von Null abweichenden Nettoeffektstärken nachweisen. Es ist nicht ganz klar ob die geringe Effektivität auf die kurze Dauer der Programme (2,25 & 3,75 Stunden) oder den überwiegend edukativen Charakter der Programme zurückführbar ist, wobei alle anderen Programme eine Dauer von 5,5 bis 15 Stunden haben und übende Elemente beinhalten. Obwohl sich in unserem Überblick kein Einfluss der Programmdauer zeigt, wird es eine Aufgabe zukünftiger Forschung sein die Bedeutung der Programmdauer und der übenden Elemente in der universalen Prävention zu klären da bisher keine Studien vorliegen, die diese beiden Variablen systematisch variieren.

In den Evaluationsstudien wurden die Angst- und Depressionspräventionsprogramme sowohl von Psychologen als auch von trainierten Lehrern durchgeführt. Dies ist insofern bedeutsam, als universale Präventionsprogramme, die von Lehrern durchgeführt werden, leichter in den schulischen Alltag integriert werden können als wenn externe „Experten“ benötigt werden. Bisher wurden sowohl FRIENDS als auch RAP von Psychologen und Lehrern durchgeführt, wobei nur in einer Studie von Psychologen und Lehrern durchgeführte Gruppen verglichen wurden [Barrett und Turner, 2001]. Hierbei zeigte sich, dass die Nettoeffektstärke der Angstsymptomatik nur in den von Psychologen durchgeführten Gruppen signifikant ist, während sich kein signifikanter Effekt in den von Lehrern durchgeführten Gruppen zeigt. Zwar zeigen sich bessere Ergebnisse für das von Lehrern durchgeführte FRIENDS in der Studie von Lowry-Webster et al. [2001] jedoch muss

hier berücksichtigt werden, dass die Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen pro Gruppe erheblich geringer ist als in der Studie von Barrett und Turner [2001]. RAP zeigte ausschliesslich in von Psychologen durchgeführten Gruppen signifikante Nettoeffektstärken [Shochet et al., 2001], nicht jedoch in von Lehrern durchgeführten Gruppen [Merry et al., 2004]. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen in von Psychologen durchgeführten Gruppen geringer war als in den von Lehrern durchgeführten Gruppen. Zusammenfassend gibt es jedoch erste Hinweise dafür, dass Psychologen Lehrern als Trainer überlegen sind. Da bisher aber erst eine Studie vorliegt, welche die Qualifikation der Trainer systematisch variiert, ist weitere Forschung notwendig. Weiterhin stellt sich mit diesen Ergebnissen die Frage nach der Bedeutung der Gruppengröße für die Effekte von Präventionsprogrammen.

Bisherige Studien zeigen signifikante Nettoeffektstärken für Prä-Follow-up-Vergleiche ausschließlich für Programme die mit kleineren Gruppen arbeiten [Pössel, Horn, Hautzinger und Groen, 2004; Shochet et al., 2001], während Studien, in denen mit ganzen Klassenverbänden gearbeitet wird, keine oder nur kurzfristige signifikante Effekte nachweisen konnten [z. B., Merry et al., 2004; Spence et al., 2003, 2005]. Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung der Gruppengröße zeigt sich, wenn die Studien von Barrett und Turner [2001] (ausschliesslich von Lehrern durchgeführte Gruppen) und Lowry-Webster et al. [2001] in Bezug auf die Angstsymptomatik bzw. die Studien von Shochet et al. [2001] und Merry et al. [2004] in Bezug auf die Depressionssymptomatik verglichen werden. In beiden Fällen zeigen die Studien mit kleineren Gruppen signifikante Nettoeffektstärken, nicht jedoch die Studien mit den größeren Gruppen. Einschränkend ist zu sagen, dass erneut eine Konfundierung von Qualifikation der Trainer (Psychologen, Lehrer) und Gruppengröße (kleine Gruppen, ganze Klassenverbände) vorliegt. In zukünftigen Studien sollten also nicht nur Gruppen unterschiedlicher Größe miteinander verglichen werden, sondern auch Psychologen und Lehrer als Gruppenleiter systematisch variiert werden.

Verbunden mit der Gruppengröße - wenn auch nicht gleichzusetzen mit ihr - sind die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen. Sowohl auf Angst als auch auf Depression bezogen zeigt sich in gewissen Grenzen in unserem Überblick kein nachweisbarer Einfluss der Kosten für die Durchführung eines Programms auf die erreichbare Nettoeffektstärke. So zeigt das teuerste Angstpräventionsprogramm

(Stressimpfungstraining) ebenso signifikante positive Nettoeffektstärken wie das günstigste Programm (FRIENDS, EURO 10.-), während sich bei dem im Mittelbereich liegenden GO! nur negative Nettoeffektstärken nachweisen ließen. Bezogen auf depressive Symptomatik zeigt sowohl das relativ teure LARS&LISA als auch das erheblich günstigere RAP (EURO 16,50 von Psychologen durchgeführt) signifikante langfristige Nettoeffektstärken, während sich sowohl für teurere als auch für billigere Programme keine vergleichbaren Effekte im Prä-Follow-up-Vergleich nachweisen ließen.

Werden die Kosten pro teilnehmenden Jugendlichen an den günstigsten effektiven universalen Präventionsprogrammen zugrunde gelegt zeigt sich, dass für die Behandlungskosten eines Angstpatienten pro Jahr [\$1542, Greenberg et al., 2001] 154 Jugendliche pro Jahr an FRIENDS teilnehmen können. Für die Behandlungskosten eines Depressionspatienten pro Jahr [EURO 4250.-, Kompetenznetz Depression, 22.6.05] können sogar 257 Jugendliche pro Jahr an RAP teilnehmen.

Betrachtet man die Follow-up Resultate fallen zwei Punkte auf. Erstens liegen die meisten Follow-up Zeiträume in einem Bereich von unter einem Jahr, nur die Studien von Merry et al. [2004] und Spence et al. [2003, 2005] haben längere Follow-up Zeiträume. Diese Nachuntersuchungszeiträume sind eindeutig zu kurz und zukünftige Studien sollten erheblich längere Follow-up Zeiträume beinhalten. Bemerkenswert ist aber gleichzeitig, dass die Nettoeffektstärken relativ unabhängig vom Follow-up Zeitpunkt im Vergleich zur Nettoeffektstärke im Prä-Post-Vergleich stark abfallen und nur in zwei Fällen signifikant von Null abweichen [Pössel, Horn, Hautzinger und Groen, 2004; Shochet et al., 2001]. Warum diese beiden Studien dem allgemeinen Trend widersprechen und die Nettoeffektstärke sogar noch ansteigt ist unklar.

Auffallend ist, dass es uns nicht gelungen ist Programme zu finden, welche mit Kindern jünger als 10 Jahren arbeiten oder in einem anderen Setting als der Schule. Während letzteres sich durch die Zielsetzung universaler Prävention anbietet und wiederholt empfohlen wurde [Hurrelmann und Settertobulte, 2000; Shochet et al., 2001] um ein Optimum an Erreichbarkeit gewährleisten zu können ist die Beschränkung bisheriger Studien zumindest bei Programmen zur Angstprävention überraschend. Diese Zurückhaltung in der Arbeit mit Kindern mag darin begründet sein, dass alle Programme auf kognitiv-behavioralen Ansätzen beruhen, welche eine kognitive

Entwicklung der Teilnehmer voraussetzen, die bei präpubertären Kindern noch nicht unbedingt gegeben ist [Groen [et al.](#), 2003]. Hier zeigt sich zumindest in der Prävention von Angst ein dringender Handlungsbedarf, da bereits 10 % der 8-jährigen an einer Angsterkrankung leiden [Federer et al., 2000]. Entsprechend muss Prävention noch früher ansetzen und damit, ggf. schon im Kindergarten durchgeführt werden.

Zusammengefasst scheint [der Einfluss](#) der Qualifikation der Gruppenleiter (Lehrer vs. Psychologen) [und die Gruppengröße](#) auf die Nettoeffektstärke [relevant](#) zu sein. In gewissen Grenzen scheint die Effektivität universaler Prävention hingegen unabhängig von der Programmdauer [und den Kosten](#) zu sein. Bis die [vorliegenden ersten Hinweise](#) jedoch als empirisch abgesichert gelten können steht noch einiges an Forschung aus. So müssen alle hier genannten Faktoren erst in empirischen Studien systematisch variiert und gegeneinander getestet werden. Hierbei sollte auf jeden Fall auch auf längere Follow-up Zeiträume Wert gelegt werden. Zwei Jahre, wie sie in der Psychotherapieforschung Standard sind, könnten als eine erste Zielgröße dienen. [Werden sowohl das persönliche Leid als auch die Kosten für die Allgemeinheit berücksichtigt welche durch Angst und Depression entstehen, erscheinen die anfallenden Kosten von EURO 10.- bzw. 16,50 pro teilnehmenden Jugendlichen an einem effektiven universalen Präventionsprogramm als sehr gering. Entsprechend kann trotz der noch notwendigen Forschung eine erste Empfehlung ausgesprochen werden, universale Präventionsprogramme im deutschsprachigen Raum durchzuführen.](#)

Literaturverzeichnis

- Barrett PM, Lowry-Webster H, Turner C: FRIENDS program for children: Participants workbook. Brisbane, Australian Academic Press, 2000.
- Barrett PM, Turner C: Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. Br J Clin Psychol 2001; 40: 399–410.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B: Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I: J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1427-1439.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L: School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents. Findings from two studies. J Adolesc Res 1993; 8: 183–204.
- Cohen J: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, USA, Erlbaum, 1988.
- Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J: Cognitive-Behavioral Psychotherapy for anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: an Evidence-Based Medicine Review. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 2004; 43: 930-958.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH: Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. J Consult Clin Psychol 1999; 6: 145-150.
- Dodge KA: Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. Annu Rev Psychol 1993; 44: 559–584.
- Essau CA, Conrad J: FREUNDE: Prävention von Angst und Depression bei Kindern. München, Ernst Reinhardt Verlag, 2003.
- Essau CA, Conrad J, Reiss B: Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen; in Schneider S (ed): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, Springer, 2004, pp. 79-102.
- Federer M, Margraf J, Schneider S: Leiden schon Achtjährige an Panik? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2000; 28: 205-214.
- Gillham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman MEP: Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. Psychol Sci 1995; 6: 343–351.

[Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B: The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. Prev Treatment 2001; 4; Article 1.](#)

[Greenberg MT, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein S, Berndt E, Davidson J, Ballenger J, Fyer A: The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry 1999; 60; 427-435.](#)

[Groen G, Pössel P, Petermann F: Depression im Kindes- und Jugendalter, in Petermann F, Niebank K, Scheithauer H \(eds\): Lehrbuch der Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie, Genetik, Neuropsychologie. Berlin, Springer, 2003, pp. 437-481.](#)

[Harrington R, Clark A: Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998; 248; 32-45.](#)

[Hurrelmann K, Settertobulte W: Prävention und Gesundheitsförderung, in Petermann F \(ed\): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. Göttingen, Hogrefe, 2000, pp. 131-148.](#)

[In-Albon T, Schneider S: Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: a Meta-Analysis, Psychotherapy and Psychosomatics in Druck.](#)

[Jane-Llopis E: What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen, Nijmegen University, 2004.](#)

[Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman EP: Prevention of depressive symptoms in school children. Behav Res Ther 1994; 32; 801-816.](#)

[Junge J, Neumer SP, Manz R, Margraf J: Gesundheit und Optimismus. GO! Trainingsprogramm für Jugendliche. Weinheim, Beltz, 2002.](#)

[Kendall PC: Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Workbook Publishing, 2000.](#)

[Kompetenznetz Depression: http://www.kompetenznetz-depression.de/./betroffene/frameset_betroffene.htm, 22.6.05.](http://www.kompetenznetz-depression.de/./betroffene/frameset_betroffene.htm)

[Lewinsohn PM, Hoberman HM, Hautzinger M: An integrative theory of depression, in Reiss S, Bootzin RR \(eds.\): Theoretical issues in behavior therapy. New York, Academic Press, 1985.](#)

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR: A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. Behav Change 2001; 18; 36–50.

Manz R, Junge J, Margraf J: Praevention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. Z Gesundheitspsychologie 2001; 4; 168-179.

Merry S, McDowell H, Wild CJ, Bir J, Cunliffe R: A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 2004; 43; 538–547.

Munoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ: Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. Am Psychol 1996; 51; 1116–1122.

Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease. Cambridge, Harvard School of Public Health, 1996.

Offord DR: Selection of levels of prevention. Addic Behav 2000; 25; 833–842.

Pössel P, Horn AB, Hautzinger M: Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Z Gesundheitspsychologie 2003; 11; 10–20.

Pössel P, Horn AB, Hautzinger M, Groen G: School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 2004; 43; 1003–1010.

Pössel P, Horn AB, Seemann S, Hautzinger M: Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag – LARS&LISA. Manual eines schulbasierten universalen Präventionsprogramms von Depression bei Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe, 2004.

Shochet SH, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM: The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. J Clin Child Psychol 2001; 30; 303–315.

Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL: Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life Program. J Consult Clin Psychol 2003; 71; 3–13.

Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL: Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. J Consult Clin Psychol 2003; 73; 160–167.

Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ: Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 2002; 41; 190–198.

WHO: The World Health Report 2001: Mental Health-new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.

Tabelle 1 Zusammenfassende Darstellung der Evaluationsstudien zu den dargestellten Präventionsprogrammen

Programm	Studienautoren	Follow-up Länge in Monaten	Nettoeffektstärke Prä-Post-Vergleich (Konfidenzintervall)	Nettoeffektstärke Prä-Follow-up-Vergleich (Konfidenzintervall)	Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen pro Gruppe	Anzahl der Gruppenleiter pro Gruppe	Qualifikation der Gruppenleiter ²	Länge des Programms in Zeitstunden	Gesamtkosten pro Jugendlichen in EURO
Stress-impfungs-training	Hains [1992]	3	State Angst: 1.40 (.34 – 2.46) Trait Angst: .89 (-.14 – 1.92) Depression: .65 (-.37 – 1.67)		25 & individuelle Sitzungen	1	Psychologen	5,5	61,60
	Hains und Ellmann [1994]	2	State Angst: 1.11 (.20 – 2.02) Trait Angst: .48 (-.40 – 1.36) Depression: 1.18 (.26 – 2.10)	State Angst: -.08 (-.93 – .77) Trait Angst: -.07 (-.92 – .78) Depression: -.05 (-.90 – .80)	21 & individuelle Sitzungen	1	Psychologen	5,5	61,90
FRIENDS	Barrett und Turner [2001]	-	Psychologen: .25 (.03 - .47) Lehrer: .17 (-.04 - .38)		30	1	Psychologen Lehrer	15 & 4 Eltern-	10.00 - 10,70

² Arbeitnehmerbruttomonatsgehalt für einen ledigen Psychologen, 35 Jahre EURO 3467,98 (BAT IIa); Stundensatz: EURO 20.-; Arbeitnehmerbruttomonatsgehalt für einen ledigen Lehrer, 35 Jahre EURO 3706,82 (Studienrat, A13); Stundensatz: EURO 21,39 (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung 21.6.2005)

	Lowry- Webster et al. [2001]	12	<i>.26 (.06 - .46)</i>		18	1	Lehrer sitzun- gen	26,00	
GO!	Manz et al. [2001]	6	Trait-Angst: <i>-.22 (-.38 - -.06)</i> Depression: <i>-.05 (-.21 - .11)</i>	Trait-Angst: <i>-.38 (-.53 - -.23)</i> Depression: <i>-.33 (-.49 - -.17)</i>	11	1	Psycho- logen	12	21,81
Programme von Clarke et al. (1993)	Clarke et al. [1993]	3	1. Programm: <i>-.14 (-.30 - .02)</i> 2. Programm: <i>.01 (-.19 - .21)</i>	1. Programm: <i>-.03 (-.19 - .13)</i> 2. Programm: <i>-.04 (-.24 - .16)</i>	20	1	Psycho- loge	2,25	2,25
RAP	Shochet et al. [2001]	10	<i>-.01 (-.27 - .25)</i>	<i>.30 (.01 - .59)</i>	10	1	Psycho- loge	8,25	16,50
	Merry et al. [2004]	18	<i>.18 (-.02 - .39)</i>	<i>.03 (-.21 - .27)</i>	20	1	Lehrer	8,25	8,82
PSFL	Spence et al. [2003, 2005]	12, 24, 36, 48 Monate	<i>.46 (.36 - .56)</i>	12 Monate: <i>.09 (-.03 - .21)</i> 24 Monate: <i>.11 (-.01 - .23)</i> 36 Monate: <i>.10 (-.03 - .23)</i> 48 Monate: <i>.13 (-.001 - .26)</i>	20	1	Lehrer	6	6,42
LARS&LISA	Pössel et al. [2004]	6 Monate	<i>.17 (-.05 - .39)</i>	<i>.45 (.23 - .67)</i>	16	2	Psycho- logen	15	37,50

Anmerkungen: signifikante Nettoeffektstärken sind kursiv gedruckt.