

Depressivität unter Schülern – Prävention, Früherkennung und schulrelevante Korrelate

Dissertation

Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät

der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

zur Erlangung des Grades eines

Doktors der Naturwissenschaft

(Dr. rer. nat)

von

Dipl.- Psych. Gabriel Kornwachs

aus Tübingen

Tübingen

2017

Tag der mündlichen Qualifikation:	11.09.2017
Dekan:	Prof. Dr. Wolfgang Rosenstiel
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Martin Hautzinger
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Dirk Zimmer

Danksagung

Ich möchte mich zunächst ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Hautzinger und Herrn Prof. Dr. Zimmer für die stets wohlwollende und motivierende Betreuung der Arbeit bedanken. Ich habe mich zu jeder Zeit unterstützt gefühlt!

Ausdrücklich gedankt sei Herrn Prof. Dr. Trautwein, Mareike Bierlich und der gesamten *Graduate School & Research Network LEAD* für die Finanzierung und vielfältige Unterstützung der Studien. Die Interdisziplinarität der Graduiertenschule war stets eine Herausforderung und Ansporn zugleich. In diesem Zusammenhang möchte ich mich ganz besonders bei Herrn Dr. Richard Göllner für die intensive statistische Zusammenarbeit und so manchem inhaltlichem Input bedanken.

Darüber hinaus möchte ich mich bei allen Mitwirkenden der Studien herzlich bedanken. Frau Dr. Margarete Patak und Frau Dr. Melanie Wahl möchte ich herzlich dafür danken, dass sie mir die Daten für Studie 1 zu Verfügung gestellt haben. Herrn Dr. Richard Göller und Fr. Leona Hellwig, M. Sc. danke ich für die Ideenkonzeption und Umsetzung der Videoratings von Studie 1. Bei Frau Dr. Sina Müller, Frau Dr. Aiste Jusyte und Herrn Dr. Richard Göllner bedanke ich mich für die Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts *Lebenslust mit LARS & LISA* und für die Zusammenarbeit für Studie 2.

Ich möchte mich ganz herzlich bei meinen Eltern und Brüdern bedanken. Nicht nur während der Zeit der Promotion, sondern auch während der gesamten Studienjahre habt Ihr mich immer finanziell wie emotional unterstützt!

Vorbemerkung

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Textes, wird in dieser Arbeit verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Die Aussagen beziehen sich dabei auf beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
1. Einleitung	12
1.1 Phänomenologie der Depression im Kindes- und Jugendalter	12
1.2 Verbreitung der Depression	14
1.2.1 Verbreitung der Depression im Kindes und Jugendalter	14
1.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Prävalenz.....	15
1.3 Ätiologie der Depression im Kindes- und Jugendalter.....	15
1.3.1 Multifaktorielle Erklärungsmodelle	15
1.3.2 Empirische Befundlage zu Schutz- und Risikofaktoren	19
1.3.2.1 Familiäre Vorbelastung und genetische Faktoren	20
1.3.2.2 Psychosoziale Risikofaktoren	21
1.3.2.3 Alltägliche Stressoren und kritische Lebensereignisse	22
1.3.2.4 Dysfunktionale Kognitionen	23
1.3.2.5 Dysfunktionale Copingstrategien	24
1.3.3 Ätiologische Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede.....	25
1.3.4 Ätiologische Unterschiede zwischen früherem und späterem Störungsbeginn	27
1.4 Verlauf und Folgen der Depression	27
1.5 Therapie der Depression im Erwachsenenalter	29
1.6 Therapie der Depression im Kindes- und Jugendalter.....	30
1.6.1 Psychopharmakotherapie der Depression im Kindes- und Jugendalter.....	30
1.6.2 Psychotherapie der Depression im Kindes- und Jugendalter.....	31
1.6.2.1 Interpersonelle Verhaltenstherapie.....	32
1.6.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie.....	33
1.6.3 Evidenzbasierungen und Empfehlungen der S3-Leitlinie	34
1.6.4 Therapeutische Maßnahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter	36
1.7 Die Bedeutung von Prävention und Früherkennung	37
1.8 Ausblick auf das Vorhaben der Arbeit	37
2. Depressionsprävention im Kindes- und Jugendalter.....	39
2.1 Unterscheidung präventiver Programme	39
2.2 Inhalte universeller Depressionspräventionsprogramme.....	39
2.3 Lebenslust mit LARS & LISA	40
2.4 Wirksamkeit und Moderatoren von Depressionspräventionsprogramme	41
2.5 Ausblick Studie 1.....	42

3. Schule als Risikosituation und Katalysator für Depressivität?	44
3.1 Die Belastung der Schüler durch die Schule	44
3.2 Die Schwächen Depressiver kommen zu Tage	44
3.3 Subjektive und objektive Vergleichssituationen in der Schule	45
3.4 Kritische Ereignisse in der Schule	45
3.5 Ausblick Studie 2.....	47
4. Früherkennung von Depressivität in der Schule	48
4.1 Allgemeine Schwierigkeiten bei der Erkennung depressiver Symptomatik	48
4.2 Ausblick Studie 3.....	49
4.3 Ausblick Studie 4.....	49
5. Studie 1	51
5.1 Introduction	51
5.2 Method.....	56
5.3 Results	62
5.4 Discussion.....	70
6. Studie 2	76
6.1 Einleitung.....	76
6.2 Methode	80
6.3 Ergebnisse.....	82
6.4 Diskussion	89
7. Studie 3	98
7.1 Einleitung.....	98
7.2 Methode	101
7.3 Ergebnisse.....	103
7.4 Diskussion	111
8. Studie 4	113
8.1 Einleitung.....	113
8.2 Methode	129
8.3 Ergebnisse.....	134
8.4 Diskussion	148
9. Diskussion und Integration der Studien	159
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	159
9.2 Das Zusammenspiel von Prävention und Früherkennung von Depressivität.....	162
9.3 Prävention und Früherkennung als Aufgabe der Gesellschaft	163
9.4 Was Lehrer leisten könnten – literaturbasierte Vorschläge.....	165

9.4.1 Primäre Prävention: Schutzfaktoren für Schüler aktiv mitgestalten	166
9.4.2 Sekundäre Prävention: Risikofaktoren frühzeitig erkennen	168
9.4.2.1 Risikofaktoren in der Schule	168
9.4.2.2 Risikofaktoren im Elternhaus	169
9.4.3 Tertiäre Prävention: Richtiger Umgang mit Betroffenen	169
9.4.4 Rechtliche Aspekte beachten	171
9.4.5 Die Rolle der Lehrer im Verlauf einer Psychotherapie.....	173
9.5 Zuständigkeit, politischer Wille und organisatorische Hürden – ein Ausblick	174
Literaturverzeichnis.....	177
Tabellenverzeichnis.....	206
Abbildungsverzeichnis	208

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu klären, ob und auf welche Art und Weise Prävention und Früherkennung der Depression im Kindes- und Jugendalter im Schulkontext unter Alltagsbedingungen möglich ist. In einer ersten Studie wurde untersucht, ob Lehrer und Psychologen eine vergleichbare Effektivität bei der Durchführung des universellen Depressionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* zeigen, ob sie sich in der Durchführung in ihren Unterrichtsqualitätsmerkmalen unterscheiden und welche Unterrichtsqualitätsmerkmale mit dem erwünschten Erfolg des Programms zusammenhängen. Dabei zeigte sich in einem quasiexperimentellen Prä-Post-Follow-Up-Design mit einer Stichprobe von 421 deutschen Acht- und Neuntklässlern, dass Lehrer und Psychologen mit unterschiedlichen Unterrichtsqualitäten in der Durchführung des Programms eine vergleichbare Effektivität erzielen. Unterrichtsqualitätsmerkmale, wie das *Classroom Management* und die *Strukturiertheit* des Unterrichts, scheinen prädiktiv für die Wirksamkeit des Programms zu sein.

In einer zweiten Studie wurde mit einem quasiexperimentellen Prä-Post-Design der zeitnahe Effekt desselben Programms auf die soziale Akzeptanz der Schüler untereinander untersucht. Die teilnehmenden 353 deutschen Acht- und Neuntklässlern wurden vor und nach der Programmimplementierung per Peer-Nomination-Technik von jeweils allen Klassenkameraden bzgl. ihrer sozialen Akzeptanz bewertet. Ohne Berücksichtigung der Klassenebene zeigte sich, dass bei deutschen Schüler das Programm im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Verbesserung der sozialen Akzeptanz nach sich zog. Dieser Effekt zeigte sich bei Schülern mit Migrationshintergrund allerdings nicht. In einer weiteren Regressionsanalyse unter Berücksichtigung der Klassenebene zeigte sich kein positiver Effekt des Programms auf die soziale Akzeptanz der Schüler. Je nach methodischem Vorgehen wurden somit unterschiedliche Effekte gefunden. Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden sowie Auswirkungen auf die Interpretation der Ergebnisse werden diskutiert.

In einer dritten und vierten Studie wurde die Früherkennung von Depressivität im Kontext Schule thematisiert. In der dritten Studie wurden hierfür zunächst die Selbstbeurteilungsfragebögen ADS-K (Depressivitätsmaß) und BPAQ-SF (Aggressivitätsmaß) aus Sicht der Schüler in Fremdbeurteilungsfragebögen für die Perspektive der Lehrer transformiert und faktorenanalytisch analysiert. Dabei zeigte sich, dass für beide Instrumente Einfaktorenlösungen sowohl für die Selbstbeurteilung der Schüler als auch für die Fremdbeurteilungen der Lehrer am besten geeignet erscheinen.

Schließlich wurde in einer vierten Studie die Übereinstimmung von Lehrern und Mitschülern zur Selbstauskunft von Schülern bezüglich deren Depressivität und Aggressivität betrachtet. 177 süddeutsche Acht- und Neuntklässler und 20 ihrer Lehrer nahmen an der Studie teil, sodass sich 451 Schüler-Lehrer Beurteilungsdyaden ergaben. Die genestete Datenstruktur wurde per gemischtem Regressionsmodell (Cross Classified) unter Kontrolle der Schüler und Lehrer berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Übereinstimmungsrate der Einschätzung zwischen Lehrern und ihren Schülern bzgl. deren Depressivität kontrastiert zur Aggressivität vergleichsweise niedrig ausfällt. Die Übereinstimmungsrate der Einschätzung bzgl. des Ausmaßes an Depressivität war zwischen Schülern und Mitschülern höher als zwischen Schülern und Lehrern. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Lehrer besondere Schwierigkeiten haben, das Ausmaß an Depressivität unter ihren Schülern zu erkennen. In einem theoretischen Modell wurde angenommen, dass einzelne Indikatoren, die (a) mit Depression zusammenhängen, (b) für die Schule eine hohe Relevanz aufweisen und (c) dort auch sichtbar werden, Lehrern das Erkennen von Depressivität im Schulkontext erleichtern könnten. Korrelative Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, dass einige dieser Indikatoren (z.B. schulische Leistungseinbußen, Motivationsverlust, Interessenlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Fehlzeiten, körperliche Beschwerden und fehlende Sympathie für den Schüler) für Lehrer bei der Früherkennung von Depressivität unter ihren Schülern hilfreich sein könnten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen insgesamt nahe, dass Lehrern bei der Prävention und der Früherkennung von Depressionen in der Schule eine bedeutendere Rolle als bisher angenommen zukommen dürfte. Abschließend werden konkrete Handlungsvorschläge für Lehrer diskutiert.

1. Einleitung

Ein Absinken des Ersterkrankungsalters von Depression sowie ein höheres Erkrankungsrisiko von jüngeren im Vergleich zu älteren Geburtskohorten legen nahe, dass Depressionen insgesamt auf dem Vormarsch sind (vgl. Wittchen & Jacobi, 2006; Kessler et al., 2003; Essau, 2002; Knäuper & Wittchen, 1995). In einer britischen Studie von Collishaw, Maughan, Natarajan und Pickles (2010) gaben im Jahr 2006 etwa doppelt so viele 16-18-Jährige an, häufig an Angst- oder Depressionszuständen zu leiden, als noch im Jahr 1986. Werden die verlorenen Lebensjahre aufgrund frühzeitigen Todes und die mit der Krankheit verbrachten Jahre als gemeinsamen Gradmesser der Bürde einer Krankheit für die Gesellschaft berechnet, so steht die Depression in der Rangordnung hinter den Atemwegserkrankungen, Durchfallerkrankungen und perinatalen Störungen bereits an vierter Stelle (vgl. Murray & Lopez, 1997). Schon aus volkswirtschaftlichen Gründen nehmen daher die Prävention und die Früherkennung von Depression einen zunehmenden Stellenwert ein und rücken mehr und mehr in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und von Entscheidungsträgern (vgl. Horowitz & Garber, 2006). Mittlerweile ist bekannt und wird auch zunehmend zum Gegenstand des gesellschaftlichen Diskurses, dass Depressionen nicht nur ein Problem von Erwachsenen darstellt, sondern sich bereits im Kindes- und Jugendalter entwickeln und schwerwiegende Folgen haben können.

1.1 Phänomenologie der Depression im Kindes- und Jugendalter

Nach Compas, Ey und Grant (1993) liegt eine hierarchische Abstufung verschiedener Begrifflichkeiten der Depression vor, sodass man heuristisch zwischen einer *depressiven Stimmung*, einem *depressivem Syndrom* und einer *depressiven Störung* unterscheiden kann.

Eine *depressive Stimmung* ist dabei durch eine freudlose, traurige und unlustbetonte Stimmung über einen unspezifischen Zeitraum hinweg gekennzeichnet. Laut Seiffge-Krenke (1998) geben etwa 30 - 50 % einer gesunden Stichprobe an, zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer

Adoleszenz eine depressive Stimmung gehabt zu haben. Ist diese Stimmung zeitlich begrenzt und das subjektive Leid gering, so kann diese „Verstimmung“ als normal betrachtet werden.

Bei Vorliegen eines *depressiven Syndroms* kommen bereits bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Vermeidungstendenzen), kognitive und motivationale Symptome (z.B. Konzentrationsstörungen und Interessensverlust) sowie somatische Beschwerden (z.B. Schlaf- und Appetitstörungen) zusammen. Die Kriterien einer depressiven Störung werden allerdings nicht erfüllt.

Erst bei Vorliegen spezifischer Symptommuster (nach ICD-10 oder DSM-V-Kriterien; vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 1991; American Psychiatric Association, 2013) über mindestens 14 Tage hinweg (in mindestens 50 % dieser Zeit) mit einem erheblichen subjektiven Leidensdruck spricht man von einer *depressiven Episode* bzw. *depressiven Störung*.

Je jünger die von einer Depression Betroffenen sind, desto eher unterscheiden sich deren Symptome von der klassischen Symptomatik der Depression im Erwachsenenalter (vgl. ICD-Kriterien, z.B. Dilling et al., 1991). Die Kernsymptome sind dabei, parallel zum Erwachsenenalter, niedergedrückte Stimmung, Interessensverlust sowie Freud- und Antriebslosigkeit. Bei betroffenen Kleinkindern imponieren jedoch oft somatische Symptome, wie Appetit-, Schlaf-, Gedeih- und Entwicklungsstörungen oder Bauchschmerzen (vgl. Mehler-Wex & Kölch, 2008). Daher gelten im jungen Alter körperliche Beschwerden in besonderem Maße als Indikatoren für depressive Verstimmungen. Im Vorschulalter ist oft eine erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität, und/oder eine reduzierte Psychomotorik, einsetzende Stimmungsschwankungen sowie verstärkte Lustlosigkeit zu beobachten. Betroffene Schulkinder leiden bereits unter Traurigkeit, Schuldvorstellungen, Versagensängste bis hin zu ersten suizidalen Gedanken. Oft ziehen sich betroffene Schulkinder bereits in diesem Alter aus ihrer sozialen Umgebung zurück. Im Jugendalter ähneln die Symptome zunehmend denen des Erwachsenenalters: Häufig bestehen ein Antriebs- und Interessensverlust, Zukunftsängste, Selbstwertprobleme, sozialer Rückzug und Leistungsprobleme. Auch eine erhöhte Reizbarkeit,

geringe Frustrationstoleranz, Jähzorn und externalisierendes Verhaltensweisen können mit einer Depression im Jugendalter einhergehen und deren Ausdruck sein. Betroffene Kinder und Jugendliche weisen häufig eine zusätzliche Komorbidität mit Angststörungen (bis zu 75 %), Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50 %) und Substanzmissbrauch und/oder Aggressivität (25 %) auf (vgl. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 2000).

In der vorliegenden Studie soll aufgrund bisheriger Befunde, die die Validität dimensionaler Modelle der Depression dargestellt haben, von einem dimensionalen Konzept der Depression ausgegangen werden. Folglich soll primär von depressiven Symptomen oder von „Depressivität“ gesprochen werden. (Shankman & Klein, 2002; Solomon, Haaga & Arnow, 2001; Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss, 2000).

1.2 Verbreitung der Depression

In einer deutschen repräsentativen Untersuchung des Robert Koch Instituts zeigte sich eine Punktprävalenz der Depression von 8,1 % unter der teilnehmenden 18- bis 79-Jährigen. Frauen wiesen mit 10,2% eine signifikant höhere Prävalenz auf als Männer mit 6,1% (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013). Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression betrug in dieser Studie 11,6% (Frauen 15,4%; Männer 7,8%). Die Punktprävalenz lag dabei für beide Geschlechter bei 18- bis 29-Jährigen am höchsten und sank bei Älteren ab. Diese Zahlen legen bereits nahe, dass bereits im jungen Alter Depressionen ein massives Problem für Betroffene, Angehörige und das Versorgungssystem darstellen.

1.2.1 Verbreitung der Depression im Kindes und Jugendalter

In einer US- amerikanischen Studie fanden Birmaher et al. (1996), dass etwa 20 % aller Jugendlichen mindestens eine depressive Episode vor Vollendung des 18. Lebensjahres durchleiden. In einer weiteren amerikanischen Studie betrug die 12-Monatsprävalenz bei 13- bis 17-jährigen Jugendlichen 8,2 % für Major Depression und Dysthymie (Kessler et al., 2012). In Deutschland sind die Zahlen vergleichbar mit 12.3 % betroffener Jungen und 21.2% betroffener Mädchen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-

Markwort & Ravens-Sieberer, 2008). Die Punktprävalenz liegt dabei im Kindes- und Jugendalter je nach Studie zwischen 0.7 -3.4 % (vgl. Groen & Petermann, 2011).

Die unterschiedlichen Größenordnungen der Prävalenzzahlen scheinen dabei zum einen darin begründet zu liegen, dass unterschiedliche Altersverteilungen in den Stichproben und verschiedene Formen der Prävalenz angegeben werden (z.B. Lifetime- vs. Punktprävalenz). Zum anderen ist nicht immer eindeutig, was in den Studien als „Depression“ gewertet wird. Compras et al. (1993) schätzt die Punktprävalenz von depressiven Stimmungen im Jugendalter im angloamerikanischen Sprachraum zwischen 15 - 40 %, für das depressive Syndrom zwischen 5 – 6 % und für die depressive Störung zwischen 1 - 3 % ein.

1.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Prävalenz

Im Alter von 13 – 15 Jahren steigt die Zahl weiblicher Betroffener sprunghaft an: Vor der Pubertät werden noch etwa gleich hohe bis leicht höhere Zahlen für Jungen verzeichnet, ab der frühen bis mittleren Adoleszenz sind dann Mädchen zwei- bis dreimal so häufig betroffen (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Weitere Studien fanden signifikante Geschlechterunterschiede ab dem Alter von 13 - 14 Jahren (Nummer & Seiffge-Krenke, 2001; Essau & Dobson, 1999). Während sich bei Mädchen ab der mittleren Adoleszenz ein starker Anstieg der Prävalenzzahlen zeigte, blieb die Belastung durch Depressivität bei Jungen in etwa gleich (vgl. Leadbeater, Blatt, & Quinlan, 1995).

1.3 Ätiologie der Depression im Kindes- und Jugendalter

1.3.1 Multifaktorielle Erklärungsmodelle

Für ätiologische Erklärungsmodelle der Depression im Kindes und Jugendalter werden sowohl psychologische, psychosoziale, biologische und entwicklungsbezogene Theorien als auch empirische Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigt. Genetische Faktoren als alleiniges Risiko darzustellen, greift laut Groen und Petermann (2012) deutlich zu kurz. Das Gros der Forscher geht derzeit davon aus, dass verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilitäten und Resilienzen für die Entstehung von Depression von Bedeutung sind. Man

nimmt an, dass das Aufeinandertreffen und das Zusammenspiel verschiedener bio-psycho-sozialer Risikofaktoren eine Depression verursachen kann (z.B. Schlack, Hölling, Erhart, Petermann & Ravens-Sieberer, 2010; Maier, 2004). Solche Erklärungsmodelle können somit als „Diathese-Stress-Modelle“ bezeichnet werden (vgl. Hautzinger, 1996)

Dabei kann eine Depression in verschiedenen Entwicklungsphasen von Fall zu Fall sehr individuell auf unterschiedlichen Risiken in unterschiedlichen Entwicklungsprozessen zurückzuführen sein (Äquifinalitätsprinzip). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass das Zusammenwirken verschiedener Risikofaktoren nicht nur das Risiko an einer Depression zu erkranken, sondern auch das Risiko, an einer anderen psychischen Störung zu erkranken, erhöhen kann (Multifinalitätsprinzip, vgl. Cichetti & Toth, 1998). Da multifaktorielle Ätiologiemodelle über die Annahme unikausaler Gründe für die Genese einer Depression hinausgehen, wird eine einseitige Fokussierung auf bestimmte Ursachen vermieden. Damit kann den unterschiedlichen klinischen Erscheinungsformen depressiver Störungen besser Rechnung getragen werden. Daher sind solche Modelle realistischer als lineare, unikausale Erklärungsversuche, jedoch sind sie durch ihre Komplexität empirisch nur schwer zu überprüfen.

Mc Cauley et al. (2001) gehen in ihrem Modell davon aus, dass zu Beginn der Entstehung einer Depression oft eine vulnerable Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson steht. Hierfür seien zum einen Eigenschaften des Kindes, wie dessen Veranlagung, Temperament, kognitive Kompetenzen und körperliche Gesundheit verantwortlich. Zum anderen seien auch die Eigenschaften der Bezugspersonen, wie deren kognitive Kompetenzen, deren Überzeugungen und Werte in Bezug auf sich selbst und auf das Kind, deren eigenes Bindungserfahrungen und Erziehungsverhalten, deren Copingstil bei Stress, deren eigene körperliche Gesundheit sowie deren eigene Gefühlslage für die Entstehung der Kind-Bezugsperson Bindung mitbestimmend. Eine gegebenenfalls hieraus resultierende vulnerable Bindung zeige sich nach dem Modell dann in negativen Erwartungen des Kindes gegenüber

möglichen Bindungspartner und einem negativen Selbstschema. Auch könne das Kind durch problematische Vorbilder eine ungünstige Affektmodulation erlernen. Dies sei wiederum der Boden auf dem eine dysfunktionale Emotionsregulation entstehen könne, sodass ein dysfunktionaler Copingstil bei Stress ausgeprägt werden kann. Schließlich könne sich dies negativ auf Aspekte des Selbstsystems des Kindes, wie der Persönlichkeitsentwicklung oder kognitiven und sozialen Kompetenzen, auswirken. McCauley et al. (2001) gehen dabei von weiteren, für die Pubertät spezifischen Einflussfaktoren aus. Diese seien die körperliche und kognitive Reifung, eine Neugestaltung der Beziehung zu Gleichaltrigen, der Prozess des Selbstständigwerdens sowie die Bildung eines Selbstbildes/Identität. Äußere Einflüsse, wie der sozioökonomischer Status, die familiäre Umwelt, die elterliche Beziehung, die soziale Unterstützung durch Gleichaltrige, soziales Lernen, Aufgaben/ Pflichten, sowie Lebensereignisse könnten sich in jeder Phase einer sich anbahnenden Störung auf alle Beteiligten verstärkend auswirken. Abbildung 1 zeigt eine vereinfachte Version des Modells von McCauley et al. (2001).

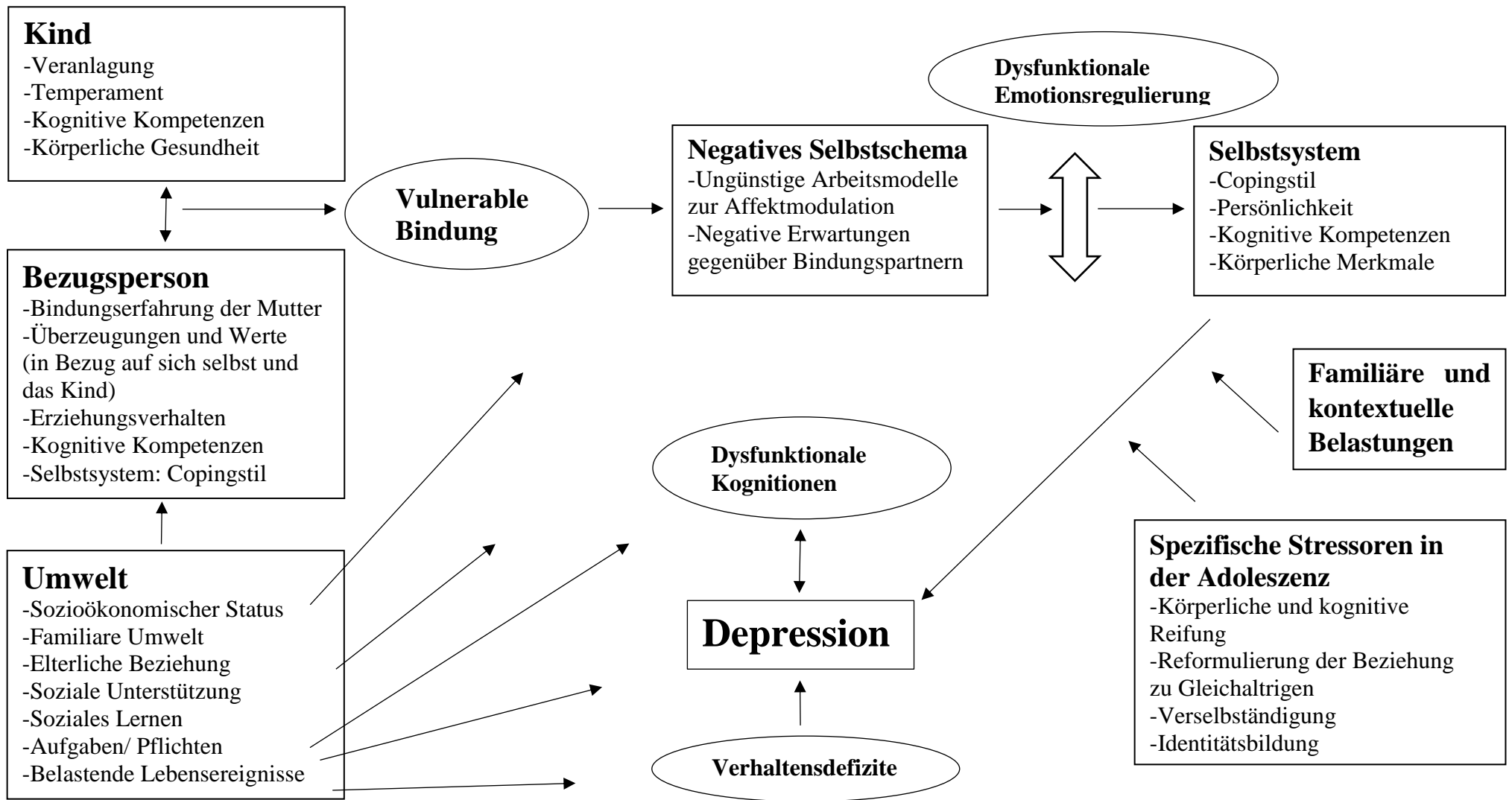


Abbildung 1: Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Jugendalter nach McCauley et al. (2001)

Auch Groen und Petermann (2012) gehen in ihrem multifaktoriellen Modell davon aus, dass genetische Veranlagungen und das Temperament des Kindes, frühkindliche belastende Erfahrungen und Bindungserlebnisse, Lernerfahrung und die Erziehung durch die Bezugspersonen das Kind für eine Depression anfällig machen kann. Nach diesem Konzept drückt sich dies beispielsweise darin aus, dass das Kind Schwierigkeiten hat, Gefühle zu regulieren, einseitig negative Bewertungsmuster oder mangelnde soziale Kompetenzen aufweist, empfindlich gegenüber Stress reagiert oder sich zurückzieht. Treffen diese Vulnerabilitäten auf Stressoren und soziale Belastungen, wie einer Trennung der Eltern, einem Todesfall im näheren Umfeld, einem Missbrauch, einem Wechsel der Bezugsperson, wiederholten Umzügen, einer dauerhaften Ablehnung, Armut, einem dauerhaften Streit, einer Überforderung in der Schule, etc., dann steige nach Groen und Petermann (2012) das Risiko bereits deutlich an. Hinzu können weitere Entwicklungsfaktoren kommen, die eine Depression begünstigen können, wie die körperlichen Veränderungen in der Pubertät, die wachsende Fähigkeit zu mehr Selbstreflektion, aber auch sich ändernde soziale Rollenerwartungen und das Bedürfnis der Heranwachsenden nach engen Freundschaften. Nach diesem Konzept können sich auch gesellschaftliche Einflüsse, wie die in den Medien verbreitete Wertevorstellungen oder ein zu hoher Leistungsdruck von außen (vor allem durch Eltern, Lehrer und Mitschüler), gegebenenfalls negativ auf die Heranwachsenden auswirken und somit das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen.

1.3.2 Empirische Befundlage zu Schutz- und Risikofaktoren

Als Schutzfaktoren gegenüber Depression konnten in bisherigen Studien unter anderem ein gesunder Selbstwert, das Vorhandensein von zwei Elternteilen oder das Gefühl des Jugendlichen, mit den Eltern, Peers oder der Schule verbunden zu sein, gefunden werden (Costello, Swendsen, Rose & Dierker, 2008; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer & Maughan, 2007). Kinder, die weniger von ihren Eltern kontrolliert werden und deren Beziehung zu ihren Eltern als warm, akzeptierend und wenig feindlich beschrieben werden können, leiden

weniger unter Depressionen (Pargas, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2010; Brennan, Le Brocque, & Hammen, 2003). Auch ein qualitativ hochwertiger Schlaf kann laut einer Studie von Silk et al. (2007) protektiv gegenüber einer Depression wirken.

Die empirische Befundlage für die Wirkung bestimmter Risikofaktoren kann insgesamt als noch unbefriedigend bezeichnet werden (vgl. Hautzinger & Petermann, 2002). Insbesondere konnte aus empirischer Perspektive bisher nicht hinreichend geklärt werden, ob Eigenschaften des Heranwachsenden, wie ein negativ verzerrtes kognitives Verarbeitungsmuster, eine niedrige Stresstoleranz und eine dysfunktionale Stressverarbeitung etc., für die Entstehung einer Depression mitverantwortlich sind oder als deren Ausdrucksformen zu bewerten sind. Im Folgenden werden diejenigen Faktoren dargestellt, welche nach derzeitigem Wissenstand - neben anderen Faktoren - als die gravierendsten Risikofaktoren bewertet werden können. Auf hirnpfysiologische und neuroendokrine Risikofaktoren soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Es sei hierbei auf andere Stellen verwiesen (z.B. Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012).

1.3.2.1 Familiäre Vorbelastung und genetische Faktoren

Die familiäre Vorbelastung durch depressive Erkrankungen gilt als einer der stärksten Prädiktoren für das Auftreten der Depression im Kindes- und Jugendalter (vgl. Ihle, 2016). Auch der Umgang von unter Depression leidenden Elternteilen mit ihren Kindern kann dabei eine Rolle spielen: Während laut einer Studie von Kane und Garber (2002) eine depressive Vorbelastung des Vaters sowohl mit dem Depressionsrisikos des Kindes als auch den innerfamiliären Konflikten direkt in Verbindung steht, zeigten Warner, Wickwamaratne und Weissman (1999), dass eine mütterliche Vorbelastung alleine noch nicht das Depressionsrisiko des Kindes erhöht. Vielmehr seien häufig weitere Faktoren, wie ein geringer emotionaler Ausdruck der Mutter, ein hohes mütterliches Kontrollverhalten und ein geringer Selbstwert des Kindes notwendige Voraussetzungen.

Genetische Faktoren scheinen, den empirischen Befunden nach zu urteilen, auf zweierlei Wegen von Bedeutung zu sein: So steigt laut Lau und Ehley (2008) für Kinder- und Jugendliche mit einem erhöhten genetischem Risiko auch das Risiko, in einer riskanten sozialen Umgebung ausgesetzt zu sein. Zum anderen konnte bereits gezeigt werden, dass Jugendliche mit genetischer Vorbelastung anfälliger auf umweltbedingte Stressoren reagieren (Eaves, Silberg & Erkanli, 2003).

Die Bedeutung der Gen-Umwelt Interaktion bei der Genese und Aufrechterhaltung der Depression ist ein ausführlich erforschtes Feld. Rice, Harold, Shelton und Thapar (2006) konnten zeigen, dass sich eine genetische Vorbelastung im Beisein von familiären Konflikten besonders negativ auf das Depressionsrisiko für Heranwachsende auswirkt. In einer Studie von Caspi et al. (2003) wurde eine Variante des Serotonin Transporter Gens (5-HTTLPR) als Moderator des Einflusses von widrigen soziale Lebensumständen, wie der eines Missbrauchs, auf das Depressionsrisiko identifiziert. Dieser Effekte zeigte sich bei Mädchen in besonderem Maße (Uher & McGuffin, 2002). In einer großangelegten Längsschnittstudie konnte der Einfluss des Transporter Gens 5-HTTLPR nicht bestätigt werden (vgl. Fergusson, Horwood, Miller & Kennedy, 2011). Die unterschiedlichen Befunde unterstreichen, dass trotz der vielen Forschungsbemühungen aus empirischer Perspektive noch weitestgehend unklar ist, inwieweit und auf welchem Wirkungsweg die Bereitschaft, an einer Depression zu erkranken, genetisch vorbestimmt ist.

1.3.2.2 Psychosoziale Risikofaktoren

Auch ein niedriger sozial ökonomischer Status der Eltern kann für die Kinder bereits eine Belastung darstellen: So berichten Goodman, Slap und Huang (2003) einen hohen Zusammenhang des Depressionsrisikos von Jugendlichen sowohl mit einem niedrigen Bildungsgrad als auch mit einem niedrigen Einkommen der Eltern. In der Mannheimer Risikokinder-Studie (Laucht, Esser & Schmidt, 2000) wurden bei 384 Kindern in einer prospektiven Längsschnittstudie (im Alter zwischen drei Monaten und elf Jahren) die

Entstehung und der Verlauf von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen untersucht. Dabei wurden elf Kriterien zur Einschätzung des psychosozialen Risikos definiert, die das Risiko für Kinder und Jugendliche, an einer psychischen Störung zu leiden, erhöhen. Neben einem niedrigen Bildungsniveau der Eltern, beengten Wohnverhältnissen, psychischen Störungen der Eltern, einer Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen mit Kriminalität und ständigen ehelichen Streits, werden eine frühe Elternschaft, Ein-Eltern-Familien, eine unerwünschte Schwangerschaft, eine mangelnde soziale Integration und Unterstützung, ausgeprägte chronische Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit, Krankheit) und eine mangelnde Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit den Lebensereignissen des letzten Jahres (z.B. Resignation, Rückzug, Dramatisierung) als psychosoziale Risikofaktoren genannt.

Faktoren, die insbesondere im Schulkontext relevant sind (fehlende soziale Akzeptanz, Viktimisierung im Klassenzimmer, etc.), werden in Kapitel 2 und 6 vertiefend behandelt.

1.3.2.3 Alltägliche Stressoren und kritische Lebensereignisse

Seiffge-Krenke und Klessinger (2001) fanden, dass alltäglicher Stress ein Prädiktor für Depressivität, sowohl aktuell als auch für den weiteren Verlauf, sein kann. Mädchen scheinen sich durch die gleichen Alltagsstressoren doppelt so stark belastet zu fühlen wie ihre männlichen Altersgenossen. Mädchen scheinen auch eher dazu zu neigen, neutrale Stressoren in stark belastende Beziehungsstressoren umzudeuten (vgl. Seiffge-Krenke, 1998). Der Zusammenhang zwischen alltäglichen Stressoren und Depressivität fällt laut einer Studie von Seiffge-Krenke (2000) sogar höher aus als derjenige zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressivität.

Ein Grund für die Zunahme an depressiven Neuerkrankungen in der Adoleszenz scheint die Zunahme normativer Stressoren im Jugendalter im Vergleich zur Kindheit zu sein (Seiffge-Krenke, 1998; Compas et al., 1993). Auch die Veränderung des Körpers kann als Stressor wirken: Laut Seiffge-Krenke und Stemmler (2002) kann es in Abhängigkeit von der körperlichen Reife zu einem Anstieg des Depressionsrisikos kommen: So waren frühreife

Mädchen von mehr depressiven Symptomen belastet als spätreife Mädchen. Diese Befunde könnten in Ansätzen auch erklären, weswegen das Alter immer wieder als Risikofaktor für Depressionen gefunden wird.

Der Zusammenhang von kritischen Lebensereignisse und Depression konnte bereits mehrfach dargestellt werden (z.B. Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012; Pine, Cohen Johnson & Brook, 2002). Bei 70 % der Kinder und Jugendlichen, die an einer depressiven Symptomatik leiden, sind kritische Lebensereignisse als prämorbid Risikofaktoren nachzuweisen (Essau & Petermann, 2000). Zu den bedeutsamsten Belastungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen gehören der Verlust eines Elternteils, konflikthafte Elternbeziehung und Scheidung, das Vorhandenseins lediglich eines Elternteils, psychische oder körperliche Erkrankung eines Elternteils, Deprivationen, längerfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr, ein niedriger Sozialstatus sowie ein Migrationshintergrund (vgl. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 2000).

Heute ist die Rolle psychosozialer Stressoren im Rahmen der Depressionsgenese unumstritten. Doch auch die Belastung, die möglicherweise durch alltägliche Stressoren oder kritische Lebensereignisse entsteht, kann nicht als unikausale Ursache der Genese einer Depression geltend gemacht werden.

1.3.2.4 Dysfunktionale Kognitionen

Habermas (2001) erklärt das Ansteigen depressiver Störungen von der Kindheit zum Jugendalter mit dem Voranschreiten der kognitiven Entwicklung der Heranwachsenden. Ab der späten Kindheit könne somit eine Selbstbewertung durch soziale Vergleiche erfolgen. Selbstüberschätzungen, die im frühen Alter noch typisch sind, nähmen mit der kognitiven Entwicklung zunehmend ab. Die Heranwachsenden seien durch die eigene geistige Entwicklung realistischeren und damit potentiell gefährlichen Vergleichsprozessen ausgesetzt. Durch den Vergleich mit anderen und dem kritischeren Blick auf sich selbst können laut Habermas (2001) depressiv verzerrte Kognitionen, wie Übergeneralisierungen,

katastrophisierendes Denken, eine selektiv verzerrte Wahrnehmung sowie dysfunktionale Attributionsstile erst auftreten. Die Diskrepanz zwischen Realität und idealisiertem Selbstbild könne sich somit vergrößern und depressive Gedankenspiralen in Gang setzen. Der Aufbau eines stabilen Selbstbilds könne dadurch gefährdet werden.

Asarnow, Carlson und Guthrie (1987) konnten an einer Stichprobe von 13-18-jährigen Jugendlichen einen Zusammenhang zwischen der negativ verzerrten Selbstwahrnehmung auf der einen und Depressivität auf der anderen Seite aufzeigen. Auch in einer Studie von Fend und Schröder (1989) hing das Ausmaß negativer selbstbezogener Kognitionen von Zwölfjährigen mit deren späteren Depressionsneigung im 16. und 17. Lebensjahr zusammen. Laut den Autoren seien depressive Verstimmungen unter anderem darauf zurück zu führen, dass die Aufmerksamkeit der Betroffenen weg von rationalen Entscheidungs- und Planungsnotwendigkeiten und hin zu grübelnden, sich wiederholenden Selbstreflexionen bzgl. der eigenen Befindlichkeit gehe. In einer Studie von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) zeigten die Autoren, dass Ruminationen prädiktiv für höhere Depressionswerte nach einem kritischen Lebensereignis (Erdbeben) sind. Auch in einer Studie von Just und Alloy (1997) sagten Grübeltendenzen sowohl prospektiv das Risiko, an einer Depression zu erkranken, als auch die Schwere der Episode voraus. Diese grübelnden Selbstreflexionen könnten besonders in Lebensphasen problematisch werden, in denen wesentliche Entwicklungsaufgaben auf die Heranwachsenden hinzukommen, welche wiederum eine aktive Bewältigung erfordern würden. So könne bspw. die Pubertät eine enorme Belastung darstellen, nicht zuletzt dadurch, dass sich der Körper in vielerlei Hinsicht, optisch wie hormonell, verändern würde, was gerade für Mädchen und junge Frauen eine hohe Anpassungsleistung erfordere und daher mit einer enormen kognitiven Belastung einhergehen könne.

1.3.2.5 Dysfunktionale Copingstrategien

Bisherige Studien zeigten, wie sehr der erlernte Umgang mit Stress auf der einen Seite Depressivität entgegen wirken und auf der anderen Seite Depressivität begünstigen kann. So

konnten bspw. Goodman, Gravitt und Kaslow (1995) zeigten, dass Personen mit einer hohen Stressbelastung und gleichzeitig vorhandenen Kompetenzen zur angemessenen Problemlösung (funktionales Coping) weniger depressive Symptome berichteten als Personen mit der gleichen Stressbelastung, aber fehlenden bzw. dysfunktionalen Copingstrategien. Ebata und Moos (1991) fanden, dass depressive Jugendliche signifikant häufiger Vermeidung und seltener annäherungsorientiertes Coping einsetzten als gesunde Jugendliche. Auch Chan (1995) zeigte, dass Jugendliche mit einer hohen Ausprägung an Depressivität häufiger vermeidendes Verhalten an den Tag legen als Jugendliche mit einer geringen Ausprägung an Depressivität. In einer Studie von Herman-Stahl, Stemmler und Petersen (1995) berichteten Jugendliche mit einem aktiven, sich den Problemen stellenden, Stressbewältigungsstil (funktionales Coping) die wenigsten depressiven Symptome, Jugendliche mit vermeidenden Verhaltenstendenzen (dysfunktionales Coping) hingegen die meisten. In einer weiteren Studie konnten kognitive Copingstrategien bei Jugendlichen etwa 38,8 % und bei Erwachsenen etwa 43,3 % der Varianz an depressiver Symptomatik erklären. Sowohl für Jugendliche, als auch für Erwachsene hingen Selbstbeschuldigungen und Katastrophisierungen mit depressiven Symptomen zusammen, während die kognitive Copingstrategie der positiven Neubewertung mit einer niedrigeren depressiven Symptomatik einherging (vgl. Garnefski, Legerstee, Kraaij, van der Kommer & Teerds, 2002).

1.3.3 Ätiologische Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede

Als häufig diskutierter Risikofaktor für Depression gilt das weibliche Geschlecht. Cyranowski et al. (2000) gehen in ihrem Modell davon aus, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz der Depression im Kindes- und Jugendalter durch ein Zusammenspiel aus geschlechtsspezifischen Unterschieden der Sozialisation, der sozialen und hormonellen Mechanismen und den in der Adoleszenz auftretenden stressvollen Ereignissen zustande kommt.

Dabei können verschiedene Faktoren den Zusammenhang von Geschlecht und Depressionsrisiko möglicherweise medieren: Bisherige Studien (z.B. Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991) fanden, dass bereits vor der Adoleszenz Mädchen mehr Risikofaktoren entwickeln als Jungen und bereits in der frühen Adoleszenz mehr Herausforderungen zu bewältigen haben als Jungen.

Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass gerade bei weiblichen Jugendlichen die Art und Weise der Wahrnehmung von Stress depressive Symptome in der späten Adoleszenz vorhersagt: Dieselben Alltagsstressoren belasten Mädchen stärker als Jungen (vgl. Seiffge-Krenke & Klessinger, 2001). Mädchen tendieren auch eher dazu, neutrale Stressoren in belastende Beziehungsstressoren umzudeuten (vgl. Seiffge-Krenke, 1998).

Bei männlichen Jugendlichen scheint zwar die Stresswahrnehmung ebenfalls bedeutsam, laut der Studie von Seiffge-Krenke und Klessinger (2001) besteht aber bei Mädchen eine größere Vorhersagekraft z.B. von schulbezogenen Stressoren für das Depressionsrisiko. Laut Nolen-Hoeksema (1991) kann auch eine erhöhte Ruminationsneigung weiblicher Betroffener für die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Prävalenz mitverantwortlich sein. Danach lenken sich Jungen in belastenden Situationen eher ab, während Mädchen sich eher auf belastende Ereignisse konzentrieren und grübeln (vgl. Seiffge-Krenke, 2007).

Bisherige Befunde legen nahe, dass auch postpubertäre hormonelle Änderungen besonders bei Mädchen in engem Zusammenhang zum Depressionsrisiko stehen (Angold, Costello, Erkanli & Worthman, 1999). Allerdings bleibt empirisch weitestgehend unklar, welche genaue Rolle die körperlichen Veränderungen, anatomisch wie hormonell, spielen.

Insgesamt erscheint aus empirischer Sicht, dass der geschlechtsbedingte Unterschied in der Prävalenz am ehesten durch eine Kombination von insgesamt mehr aber auch intensiver wahrgenommenen Belastungssituationen, bedeutenderen körperlichen Veränderungsprozessen und einer ungünstigeren Stresswahrnehmung sowie kognitiven Verarbeitung (Copingstil) der Mädchen erklärt werden kann.

1.3.4 Ätiologische Unterschiede zwischen früherem und späterem Störungsbeginn

Jaffee et al. (2002) gingen der Frage nach, welche Risikofaktoren für Depression mit Beginn im Jugendalter im Vergleich zu Depression mit Beginn im Erwachsenenalter verantwortlich sein könnten. Sie fanden, dass die Gruppe mit frühem Beginn signifikant mehr perinatale Verletzungen und motorische Defizite aufwies und häufiger Bezugspersonenwechsel erlebten. Deren Herkunftsfamilien wiesen höhere Raten an Kriminalität und Psychopathologie (Angst und Depression) auf. Darüber hinaus hatte diese Gruppe nach Lehrerangaben auch häufiger Probleme mit Peers, machten sich mehr Sorgen, waren hyperaktiver und antisozialer als Depressive mit Krankheitsbeginn im Erwachsenenalter. Die Befunde legen laut Autoren nahe, dass sich die Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter von denen für die Entstehung der Depression im Erwachsenenalter teilweise unterscheiden.

1.4 Verlauf und Folgen der Depression

Depressionen werden bei Kindern und Jugendlichen öfter übersehen als im Erwachsenenalter. Dies könnte laut Thapar, Collishaw, Pine und Thapar (2012) an den häufig fluktuierenden Symptomen der Depression im Kindes- und Jugendalter und dem damit einhergehenden heterogenen Erscheinungsbild einer Depression liegen. Laut Autoren kann die Tatsache eine Rolle spielen, dass im jungen Alter auch eine diffuse, verwirrte oder schnell wechselnde Gefühlslage, welche von außen betrachtet nur schwer einschätzbar ist, Ausdruck einer Depression sein kann.

Depressive Episoden sind im Jugendalter meist kürzer als im Erwachsenenalter, sodass ein Drittel innerhalb von drei Monaten remittiert (vgl. Mehler-Wex & Kölch, 2008). Jedoch ist bei bis zu 80 % von einer latenten Persistenz und insgesamt von hohen Rezidivraten auszugehen: Laut einer Studie von Blanz, Remschmidt, Schmidt und Warnke (2006) leiden 25, 40 beziehungsweise 72 % nach ein, zwei beziehungsweise fünf Jahren an mindestens einem Rezidiv.

In einer Studie mit klinischer Stichprobe betrug die mittlere Dauer einer depressiven Episode im Kindes- und Jugendalter ca. 35 Wochen und (McCauley, Myers, Mitchell, Calderon, Schloredt, & Treder, 1993). In einer großangelegten britischen Studie konnten die Autoren zeigen, dass 14-Jährige depressive Jugendliche, die im vergangene Jahr Hilfsysteme in Anspruch genommen haben, im Vergleich zu Jugendlichen, die dies nicht taten, im Alter von durchschnittlich 17,5 Jahren ein um den Faktor sieben reduziertes Risiko aufweisen, unter einer Depression zu leiden (Neufeld, et al. 2017).

Andere Befunde zeigen, wie persistierend eine einmal ausgebrochene depressive Störung sein kann: In einer Langzeitstudie von Mueller et al. (1996) befanden sich 7 % der Betroffenen nach zehn Jahren immer noch in der Depression. Neben psychosomatischen Folgerscheinungen, wie Kopf- oder Bauchschmerzen, Gewichtsverlust und Schlafstörungen, treten gehäuft Angsterkrankungen oder aggressive Verhaltenstendenzen komorbid mit einer Depression auf (vgl. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 2000). So führen depressive Erkrankungen zu einem Verlust an gesundheitsbezogener Lebensqualität (Unützer, Patrick, Diehr, Simon, Grembowski & Katon, 2000). Depressionen können nicht zuletzt die altersgerechte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen behindern und damit Entwicklungsstörungen und weitere Spätfolgen nach sich ziehen. Hinzu kommt im weiteren Verlauf eine erhöhte Mortalität (Schulz, Drayer, & Rollman, 2002). Etwa 20 - 35 % der vollzogenen Suizide sind auf schwere Depressionen zurückzuführen (Angst, Angst & Stassen, 1999). In einer US-amerikanischen Studie zeigte sich, dass etwas 50 % der in der Adoleszenz an einer schweren Depression erkrankten Jugendlichen bis zum Erwachsenenalter (Follow-Up 10-15 Jahre) einen Selbstmordversuch hatten, was einem 14-fach erhöhten Riskiko im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe entsprach. Knapp 8 % überlebten die Zeitspanne bis zum Follow-Up nicht (Weissmann, et.al., 1999). In einer britischen Studie zeigte sich, dass depressive Kinder im Erwachsenenalter wesentlich höhere Gesundheitskosten, Kosten für

soziale Betreuung und Kosten in den Strafjustizsystemen verursachten als Kinder, die nicht unter einer Depression litten (Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham & Wostear, 2002).

1.5 Therapie der Depression im Erwachsenenalter

Zahlen der Wirksamkeit von Psychotherapie und/oder Psychopharmakotherapie legen nahe, dass mit der kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonalen Psychotherapie neben der psychopharmakologischen Behandlung der Depression wirksame psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Hautzinger, 1998; vgl. auch S-3 Richtlinien: Dolle & Schulte-Körne, 2013). Laut Hautzinger (2008) wurden für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) Effektstärken im Vergleich Prä-Post gefunden, die zwischen $d = 1,5$ und $d = 2,3$ liegen. Eine Überlegenheit der KVT wurde laut Autor gegenüber Kontrollbedingungen (Warten, Placebo) mit $d = 0.82$ in 20 Studien, gegenüber Medikation von $d = 0.38$ in 17 Studien und gegenüber anderen Psychotherapien mit $d = 0.24$ in 22 Studien gefunden. Katamnestische Untersuchungen ergaben einen Vorteil der KVT gegenüber der Psychopharmakabehandlung bezüglich der Rückfallquote: Nach einer Metanalyse von Gloaguen, Cottraux, Cucherat und Blackburn (1998) lag die Rückfallrate in Studien mit mindestens einjähriger Katamnese nach einer KVT-Behandlung (zwischen 12 und 46 %, Durchschnitt: 30%) deutlich unter der Rückfallrate nach einer antidepressiven Medikationsbehandlung (zwischen 18 und 82%, Durchschnitt: 60%).

Einige Betroffenen zeigen eine ausgeprägte Therapieresistenz: Zulassungs- und Wirksamkeitsstudien verschiedenen Antidepressiva zeigten, dass ein Drittel bis die Hälfte der Patienten nicht auf eine mehrwöchige pharmakologische Behandlung ansprechen (z.B. Bauer, Pfennig, Severus, Whybrow, Angst & Möller, 2013; Bschor, 2008; Bauer et al., 2007). Bei chronischen Depression zeigte sich eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung von Psychopharmaka und Psychotherapie über die jeweiligen Einzeltherapien (Keller, et al. 2000). In einer britischen Studie verdoppelte die KVT als Adjunktiv-Therapie bei therapieresistenten

depressiven Patienten die Ansprechrate der Pharmakotherapie mit Antidepressiva von 22% auf 46 % (Wiles et al., 2013).

1.6 Therapie der Depression im Kindes- und Jugendalter

1.6.1 Psychopharmakotherapie der Depression im Kindes- und Jugendalter

Laut Petermann und Groen (2008) ist die Studienlage zur Wirksamkeit medikamentöser Behandlung insgesamt weniger homogen als im Erwachsenenalter. Michael und Crowley (2002) fanden eine durchschnittliche niedrige Effektstärke von $d = .19$ für Studien zur Effektivität von hauptsächlich trizyklischen Antidepressiva. Laut S3-Leitlinie (DGKJP, 2013) konnte eine Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva im Vergleich zu einem Placebo insgesamt nicht nachgewiesen werden (vgl. Tsapakis, Soldani, Tondo & Baldessarini, 2008; Hazell, O'Connell, Heathcote & Henry, 2002). Trizyklische Antidepressiva sollten bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen laut S3-Leitlinien daher nicht eingesetzt werden.

Studien zur Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) sind vielversprechender (vgl. Cheung, Emslie & Mayes, 2005). Die Gabe der SSRIs Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin stellte sich als insgesamt kurzfristig wirksamer dar als die Gabe eines Placebos. Jedoch war bei einer Einnahme der SSRIs auch das Vorkommen suicidalen Ereignisse kurzfristig höher als unter der Placebobedingung (Hetrick, McKenzie, Cox, Simmons & Merry, 2012; Evidenzgrad 1 in S3-Leitlinie).

Von einigen Autoren wird gerade bei schweren Depressionen neben einer Psychotherapie auch eine zusätzliche Gabe eines selektiven SSRI, insbesondere Fluoxetin, empfohlen (vgl. Brent et al., 2008; March et al., 2007). Von Pössel und Hautzinger (2006) wurde kritisch angemerkt, dass gerade die langfristigen Effekte und Nebenwirkungen von SSRIs noch nicht hinreichend gut untersucht sind. In den S3-Leitlinien zur Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter (vgl. DGKJP, 2013) gilt nur als klinischer Konsenspunkt, dass bei einer schweren Depression eine Kombinationstherapie in Erwägung

gezogen werden sollte. Die S3-Leitlinie empfiehlt ebenfalls als klinischen Konsenspunkt, dass bei Gabe eines Antidepressivums das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen gut beobachtet und die empfohlenen Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden sollten. Laut S3-Leitlinie stellt die Pharmakotherapie damit eindeutig ein Mittel zweiter Wahl nach der Psychotherapie dar.

1.6.2 Psychotherapie der Depression im Kindes- und Jugendalter

Verschiedene Metaanalysen konnten bereits die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Vorliegen einer Depression im Kindes und Jugendalter belegen. Dabei wurden Effektstärken im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe von $d = 0.29 - 1.63$, im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung von $d = 0.53 - 1.33$ und zwischen Prä- und Follow-Up-Messung von $d = 0.16 - 1.26$ gefunden (vgl. Erford et al., 2011; Watanabe, Hunot, Omori, Churchill & Furukawa, 2007; Pössel & Hautzinger, 2006; Weisz et al., 2006; Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004; Michael & Crowley, 2002; Lewinsohn & Clarke, 1999; Reinecke, Ryan & Du Bois, 1998). Die bisherigen Studien unterschieden sich deutlich hinsichtlich ihrer methodischen Vorgehensweise (Randomisierung, Stichprobengröße, Katamnesezeitpunkt, etc.). In der Metanalyse von Erford et al. (2011) zeigte sich eindrücklich, inwieweit allein die Art der Kontrollgruppe (keine Kontrollgruppe vs. Wartekontrollgruppe vs. Placebo-Kontrollgruppe vs. Treatment-As-Usual-Kontrollgruppe) Einfluss auf die gefundenen Effektgrößen und somit auf die Aussagen der Autoren bzgl. der Effektivität der Behandlung hatten. Laut Weisz et al. (2006) erklären sich die unterschiedlichen Effektstärken zum Teil auch darin, dass verschiedene Beurteiler als Quellen erfasst wurden und diese verschiedene Beurteilungstendenzen aufweisen. So sehen z.B. Jugendliche selbst mehr Verbesserung als deren Eltern.

Pössel und Hautzinger (2006) forderten weitere Katamnese Studien mit längeren Messabständen und ausreichend großen Stichproben, um die längerfristigen Effekte der Psychotherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter hinreichend zu belegen (z.B.

TAD-Studie, March et al., 2007). Darüber hinaus seien Kinder unter 10 Jahren in bisherigen Studien zumeist nicht hinreichend berücksichtigt worden (vgl. Pössel & Hautzinger, 2006). Auch in einer neueren Übersichtsarbeit von Zhou et al. (2015), die vor allem die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie und der interpersonellen Therapie bestätigte (Intervention- vs. Kontrollbedingung zum Postzeitpunkt von $d = 0.47 - 0.96$, zum Follow-Up-Zeitpunkt von $d = 0.26 - 1.05$), zeigte sich, dass in den darin berücksichtigten Studien lediglich ein mittlerer Follow-Up-Zeitraum der Messungen von 8.1 Monaten (zwischen 1 - 24 Monate) verwendet wurde. Des Weiteren hatten in derselben Übersichtsarbeit lediglich acht von 22 der darin enthaltenen Studien Kinder unter zehn Jahren als Studienteilnehmer. In lediglich zwei Studien (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith & Lyman, 1998; Liddle & Spence, 1990) nahmen Kindern unter acht Jahren teil, sodass die Kritikpunkte von Pössel und Hautzinger (2006) nach wie vor zu gelten scheinen.

1.6.2.1 Interpersonelle Verhaltenstherapie

Die Interpersonelle Verhaltenstherapie (IPT) fokussiert im besonderen Maße die persönlichen Beziehungen und Rollen innerhalb der Familie und innerhalb der Peers sowie deren Veränderung beim Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Wie die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert auch die IPT aktuelle Probleme der Heranwachsenden. Dabei wurden in einer Studie von Mufson et al. (2004) für die IPT bei Jugendlichen bis zu mittleren Effektstärken gefunden. Zhou et al. (2015) fanden, dass sich die IPT in Postuntersuchungen überlegen gegenüber einem psychologischen Placebo ($d = 0.60$), einem Treatment-as-Usual (TAU, $d = 0.68$), einer Spieltherapie ($d = 0.93$) und einer Warteliste ($d = 0.96$) sowie bei Follow-Up Untersuchungen überlegen gegenüber Problemlösetrainings ($d = 1.10$), Wartelisten ($d = 1.05$) und gegenüber TAU ($d = 0.52$) zeigten. Zhou et al. (2015) fanden sogar, dass bei längerfristigen Follow-Up Messungen nur die IPT überzeugte und sich die IPT hier sogar als überlegen gegenüber der KVT zeigen könnte.

Laut Zhou et al. (2015) konnten besonders jene Jugendliche, die an schweren Depressionen litten und jene Jugendliche, die einem niedrigen sozialökonomischen Status entstammten, von der IPT profitieren. In einer Studie mit geringer Teilnehmerzahl von hauptsächlich Schülern mit Migrationshintergrund konnte die IPT neben einer Reduktion von depressiven Symptomen auch das soziale Funktionsniveau und die sozialen Fertigkeiten der Jugendlichen verbessern (Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel, 1999). Laut einer Studie von Gunlicks-Stoessel, Mufson, Jekal und Turner (2010) zeigte sich ein Vorteil der IPT gegenüber der Treatment-as-Usual- Behandlung vor allem bei Jugendlichen, deren Verhältnis zur Mutter konfliktgeladen ist und deren soziales Funktionsniveau vor allem bzgl. dem Vorhandensein von Freunden gering ist.

Laut Abel & Hautzinger (2013) besteht mit der IPT insgesamt eine vielversprechende Alternative zur KVT. Jedoch liegen wesentlich weniger Studien zur Wirksamkeit der IPT verglichen mit der KVT vor (vgl. Zhou et al., 2015).

1.6.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Unter den Psychotherapieformen der Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter gilt vor allem die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als gut untersucht und wirksam (vgl. Abel & Hautzinger, 2013, Groen & Petermann, 2008; Park & Goodyer, 2000). Die KVT zeigte sich auch in der Metaanalyse von Zhou et al. (2015) bei Postuntersuchungen überlegen gegenüber dem psychologischen Placebo ($d = 0.47$), der TAU ($d = 0.55$), der Spieltherapie ($d = 0.80$) und der Warteliste ($d = 0.83$) sowie bei Follow-Up-Untersuchungen überlegen gegenüber dem Problemlösetraining ($d = 0.90$), dem No-Treatment ($d = 0.26$), der TAU ($d = 0.32$) und gegenüber der Warteliste ($d = 0.86$). Die Effektstärken der KVT bei der Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter werden von Weisz, McCarty und Valeri (2006) nach strikten Berechnungen und konservativer Annahme insgesamt als klein bis moderat beschrieben ($d = 0.35$).

Laut einer großangelegten Studie zur Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Jugendlichen (TADS, March et al., 2004; March et al., 2007) schneidet die Kombination aus der Gabe eines selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmers (SSRI) und KVT mit 73% an Respondern nach 12 Wochen besser ab als die jeweiligen Monotherapien aus KVT oder der Gabe eines SSRIs. Die anfängliche Überlegenheit (nach 12 Wochen) der Monotherapie SSRI gegenüber der KVT zeigte sich jedoch im weiteren Verlauf nicht mehr. Die KVT erreichte nach 36 Wochen eine Responderrate von 81%. Emslie et al. (2010) zeigten in einer weiteren großangelegten Studie mit schwer depressiven Jugendlichen, dass die zusätzliche Applikation von KVT im Vergleich zur lediglichen Gabe eines Antidepressivums (SSRI oder SNRI) die Responderrate von 40,8 % auf 54,8 % steigern kann.

In einer Benchmarking Studie (STAR, Weersing et al., 2006) zur Überprüfung der Wirksamkeit der KVT im Alltag zeigte sich, dass ambulant versorgte Patienten im Vergleich zu Patienten, die an randomisiert kontrollierten Studien teilnahmen, zwar eine langsamer verlaufende, insgesamt jedoch eine vergleichbare Symptomreduktion aufwiesen. Dies zeigt, dass sich die KVT insgesamt auch im Alltag zu bewähren scheint.

1.6.3 Evidenzbasierungen und Empfehlungen der S3-Leitlinie

Bei Kinder und Jugendlichen mit leichten depressiven Störungen ohne Komorbidität können laut S3-Leitlinien (Stand 2013) zunächst eine aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen ausreichend sein. Voraussetzung für dieses aktive Zuwarten sei eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung. Als klinischer Konsenspunkt gilt dabei, dass bei fortwährender Symptomatik weitere Interventionen geplant werden müssen.

Für Kinder unter acht Jahren gibt die S3-Leitlinie aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung. Die S3-Leitlinie empfiehlt, dass ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische, eine interpersonelle Psychotherapie, das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-

verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten sollen (Empfehlungsgrad A). Laut Leitlinie ist einer Psychotherapie Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte (Empfehlungsgrad A).

Als klinischer Konsenspunkt gilt laut S3-Leitlinie weiter, dass Psychotherapie bei leichter bis mittelgradiger Depression zunächst Vorrang zu geben ist und erst bei Vorliegen einer schweren Depression eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden sollte (vgl. DGKJP, 2013)

Bei Kindern gilt die KVT als Gruppentherapie sowohl mit also auch ohne Beteiligung der Eltern als wirksam (Empfehlungsgrad A). Bei Jugendlichen gilt die KVT als Gruppentherapie und die IPT als Individualtherapie als wirksam (Empfehlungsgrad A). Als lediglich wahrscheinlich wirksam gelten bei Kindern die Verhaltenstherapie und die Selbstkontrolltherapie und bei Jugendlichen die individuelle KVT mit und ohne Einbezug der Eltern und die KVT als Gruppentherapie mit Einbezug der Eltern (vgl. Abel & Hautzinger, 2013).

Weitere Therapieansätze, wie der Gesprächspsychotherapie, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), Elektrokonvulsionstherapie (EKT), Vagusnervstimulation, Schlafdeprivation oder der Gabe von Johanniskraut, Agomelatin oder Monoaminoxidasehemmer sind insgesamt zu wenig untersucht, konnten in vorhandenen Studien nicht überzeugen oder sind mit unerwünschten Nebenwirkungen begleitet. Daher empfiehlt die S3-Leitlinie diese Ansätze nicht. Unter den Therapieverfahren gilt insgesamt die kognitive Verhaltenstherapie damit als diejenige Methode, deren Wirksamkeit am besten abgesichert ist. Daher soll in der Folge näher auf diese Methode eingegangen werden.

1.6.4 Therapeutische Maßnahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Innerhalb einer kognitiven Verhaltenstherapie werden dabei zur Behandlung einer Depression typischerweise einige Maßnahmen ergriffen, die hier stark verkürzt dargestellt werden sollen:

Zunächst soll der Patient zentrale Probleme erkennen und benennen. In der ersten Therapiephase wird eine tragfähige therapeutische Beziehung angestrebt. Anhand eines Störungsmodells soll dem Patienten psychoedukativ ein Verständnis über die eigene Störung vermittelt werden. Typischerweise soll der Patient im weiteren Verlauf lernen, seine Passivität und Inaktivität zu überwinden. Hierzu soll er lernen, die eigene Aktivität und Stimmung zu beobachten und zu protokollieren. Dabei wird eine Steigerung angenehmer Aktivitäten bereits früh im Therapieprozess angestrebt. Der Patient soll mithilfe von Tages- und Wochenpläne lernen, seinen Alltag besser zu strukturieren und für ihn aversive Bedingungen zu vermeiden. Als weitere typische Maßnahme gilt es, negativ verzerrtes Denken zu reduzieren und zu überwinden. Hierzu sollen negativen Gedankengänge erkannt und unterbrochen werden. Automatisierte Denkprozesse sollen mithilfe von Realitätschecks hinterfragt und korrigiert werden. Funktionale, alternative Erklärungen sollen den dysfunktionalen Gedanken gegenübergestellt und eingeübt werden. Schließlich soll der Patient bisherige Fertigungsdefizite im sozialen Umgang überwinden. Er soll zielführende Verhaltensweisen erlernen, um neue soziale Kontakte zu schließen, bisherige Kontakte zu vertiefen und die innerfamiliäre Kommunikation zu verbessern. Abschließend soll der Patient auf Krisen vorbereitet werden und ein Notfallplan für mögliche Rückfälle erarbeitet werden. (vgl. Abel & Hautzinger, 2013; Groen, & Petermann, 2012; Groen, & Petermann, 2008). Dabei wird je nach Fall empfohlen, Eltern, weitere Familienmitglieder, die Schule und ggf. das Jugendamt in die Therapie miteinzubeziehen (Birmaher & Brent, 2007).

1.7 Die Bedeutung von Prävention und Früherkennung

Die dargestellten Studien zur Prävalenz und zum Verlauf der Depression im Kindes- und Jugendalter legen nahe: Je früher mit präventiven Maßnahmen begonnen wird, desto besser ist es sowohl für die Betroffenen selbst als auch für deren Angehörige, und desto günstiger ist es ebenfalls für die Versorge- und Hilfssysteme der Gesellschaft. Laut einer Studie von Wittchen und Jacobi (2001) erhält etwa nur die Hälfte der von affektiven Störungen Betroffenen eine adäquate Behandlung (vgl. S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie DGKJP, Dolle & Schulte-Körne, 2013). Daher ist neben der Prävention gerade die Früherkennung essentiell für eine frühe Intervention und Vermeidung von Chronifizierung und weiteren Komorbiditäten. Folglich spielen Prävention und Früherkennung bereits im jungen Alter eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Depression. In der vorliegenden Arbeit sollen daher Jugendliche im Schulalter im Fokus sowohl der Prävention als auch der Früherkennung von Depression stehen.

1.8 Ausblick auf das Vorhaben der Arbeit

Die Arbeit widmet sich dem Thema Prävention und Früherkennung der Depression im Kontext Schule aus verschiedenen Perspektiven.

In Kapitel 2 wird zunächst das Thema Depressionsprävention im Kindes- und Jugendalter erörtert, um auf das Vorhaben und die Fragestellung in Studie 1 hinzuführen.

Kapitel 3 widmet sich der Frage, inwieweit der Kontext Schule eine Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen sein kann, um auf das Vorhaben und die Fragestellung in Studie 2 einzugehen.

In Kapitel 4 soll die Bedeutung der Früherkennung der Depression verdeutlicht werden, um somit auf Studie 3 hinzuführen.

Anhand von Studie 1 soll in Kapitel 5 geklärt werden, inwieweit universelle Depressionspräventionsprogramme im Schulalltag auch von Lehrern umgesetzt werden

können, welche Faktoren der Unterrichtsqualität bei der Umsetzung von Bedeutung sind und wie sich Lehrer und Psychologen darin unterscheiden.

In Kapitel 6 soll durch Studie 2 geklärt werden, ob ein derartiges Programm die erlebte soziale Akzeptanz der Schüler untereinander zeitnah verbessern kann.

In Kapitel 7 soll anhand von Studie 3 untersucht werden, welche Faktorenstruktur die für Studie 4 verwendeten Instrumente zur Einschätzung von Depressivität und Aggressivität aus Schüler- und Lehrerperspektive aufweisen.

In Kapitel 8 wird Studie 4 dargestellt, in der zunächst untersucht wird, inwieweit Lehrer und Mitschüler Depressivität im Kontrast zu Aggressivität unter Schülern erkennen können. Darüber hinaus wird in Studie 4 ein theoretisches Modell erörtert, welches davon ausgeht, dass indirekte und im Schulkontext sichtbare Indikatoren von Depressivität unter Schülern für Lehrer eine Hilfe sein könnten, diese frühzeitig zu erkennen. Die als möglich betrachteten Faktoren werden in Studie 4 dahingehend empirisch untersucht.

In Kapitel 9 werden die Studienergebnisse zusammengefasst und integrativ diskutiert. Hierbei wird zunächst auf das Zusammenspiel von Prävention und Früherkennung von Depressivität eingegangen und deren Bedeutung als Aufgabe für der Gesellschaft diskutiert. Darüber hinaus werden in Kapitel 9 konkrete Handlungsvorschläge für Lehrer erörtert. Abschließend werden organisatorische Hürden für die Umsetzung dieser Vorschläge und Fragen der Zuständigkeit und des politischen Willens diskutiert.

2. Depressionsprävention im Kindes- und Jugendalter

Depressionspräventionsprogramme basieren größtenteils auf Inhalten und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), wie Verhaltensaufbau, Rollenspielen, kognitiver Umstrukturierung, etc.

2.1 Unterscheidung präventiver Programme

Dabei lassen sich nach der Einteilung von Gordon (1983) prinzipiell drei Typen von präventiven Programmen unterscheiden: *Indizierte* Programme erhalten Betroffene mit bereits vorhandenen subklinischen Symptomen. *Selektive* Programme werden bei einer Subgruppe einer Population durchgeführt, deren Risiko an einer Depression zu erkranken, erhöht ist. *Universelle* Programme hingegen erhalten alle Mitglieder einer Zielpopulation, unabhängig davon, ob diese einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind bzw. schon an subklinischen Symptomen leiden (vgl. Horowitz & Garber, 2006). Da alle Mitglieder einer Population teilnehmen, ist bei universellen Programmen keine Auswahl der Betroffenen notwendig. Daher ist bei diesem Vorgehen kein Screening im Vorhinein notwendig. Weitere Vorteile von universellen Programmen sind niedrige Dropout-Raten und die Vermeidung von Stigmatisierung der Betroffenen (vgl. Spence, Sheffield & Donovan, 2003).

2.2 Inhalte universeller Depressionspräventionsprogramme

Universelle präventive Programme zielen darauf ab, die Resilienz der Teilnehmer zu erhöhen, um besser mit etwaigen späteren, kritischen Lebensereignissen umgehen zu können (vgl. z.B. Pössel, Horn, Groen & Hautzinger, 2004). Die Programme sind oft schulbasiert und adressieren daher bereits Kinder und Jugendliche im Schulalter. Die meisten Programme beinhalten vergleichbare Komponenten. Beispielhaft sollen hier die zwei Hauptbausteine des universellen Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* skizziert werden (vgl. Wahl, Patak & Hautzinger, 2008):

(a) Das Erkennen von dysfunktionalen Gedanken, deren Zusammenhang mit eigenen Gefühlen und Verhaltensweisen, Realitätsüberprüfung der Überzeugungen und das Suchen und Einüben von alternativen, funktionalen Gedanken.

(b) Training sozialer Fertigkeiten, d.h. unterscheiden lernen, welche Verhaltensweisen in welchen Situationen sozial kompetent sind. Diese werden in Rollenspielen eingeübt, um einen Alltagstransfer herzustellen.

2.3 Lebenslust mit LARS & LISA

Das Programm wird in zehn aufeinander folgenden Wochen für die Dauer von 90 Minuten (zwei Schulstunden) während der normalen Unterrichtszeit durchgeführt. Es zeigte sich in vorangegangenen Studien, dass die Aufteilung der Gruppen nach Geschlecht eine Atmosphäre begünstigt, in der sich die Teilnehmer öffnen und somit besser mitarbeiten können (vgl. Wahl, Patak & Hautzinger, 2008). Das Programm beginnt mit einer allgemeinen Einführung und Kennenlernrunde („Get started“) und gliedert sich dann in fünf Bereiche:

- (a) „Set your goals“: Wann sind Ziele realistisch? Formulierung persönlicher Ziele und Mini-Ziele.
- (b) „Magische Spirale“: Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten erkennen, eigene dysfunktionale Gedanken („Runterzieher“) erkennen und funktionale Gedanken finden („Aufbauer“).
- (c) „THINK“: Identifikation von dysfunktionalen Gedanken mit Realitätstest; Entwicklung und Übung von funktionalen Gedanken.
- (d) „Just do it“: Training von selbstsicherem Verhalten.
- (e) „Get in touch“: Training zur Kontaktaufnahme und Aufrechterhaltung der bestehenden Kontakte.

Die empfohlene Gruppengröße liegt bei 6-12 Schülern. Jede Doppelstunde beinhaltet ein soziales Spiel als Muntermacher (z.B. gordischer Knoten). Wiederkehrende Elemente sind unter anderem das Bilden eines Sitzkreises, Wissenstests und Feedback über das Einhalten der

Gruppenregeln. Als besonders wichtig wird empfohlen, den persönlichen Alltagsbezug für die Schüler herzustellen. Damit sollen die Schüler zum einen motiviert werden und zum anderen soll ihnen dadurch der Transfer des Gelernten in ihren Alltag erleichtert werden (vgl. Wahl, Patak & Hautzinger, 2008).

Rollenspiele sind ein weiterer Hauptbestandteil des methodischen Vorgehens. Ziel der Rollenspiele ist es, den Handlungsspielraum der Schüler in sozialen Situation zu erweitern. Das Rollenspiel soll dabei immer zweimal stattfinden mit jeweils anschließendem Feedback. Dabei soll der Rollenspieler sich auf das konzentrieren, was er gut gemacht hat und dieses auch benennen. Selbstkritische Äußerungen sollen in Vorsätze und Verbesserungsziele umformuliert werden. Die Selbstverstärkung soll dabei nicht durch Fremdverstärkung durch den Trainer ersetzt werden (vgl. Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch & Pfingsten, 2007).

Der Trainer soll laut Manual ein hohes Maß an Zieltransparenz an den Tag legen. Er soll das Vorgehen begründen und nachvollziehbar machen. Im Manual wird dem Trainer des Weiteren empfohlen, klar zwischen Wissensfragen und dem Darstellen persönlicher Themen der Schüler zu differenzieren und nur bei Wissensfragen Schüler direkt anzusprechen. Er soll sinnvolle Beiträge unmittelbar verstärken und die Ursache des Lobes transparent darstellen. Der Trainer soll den Schülern nicht zeigen, wie man alles richtig macht, sondern stattdessen eigene Beispiele aufzeigen, ähnliche Probleme ggf. zugeben und eigene Strategien zur Bewältigung aufzeigen (Rollenmodell). Im Manual wird des Weiteren empfohlen, durch eine breite Aktivierung der Klasse, einen stetigen Unterrichtsfluss, klare Regeln sowie durch Präsenz- und Stoppsignale Störungen des Unterrichts zu vermeiden. Die durchführenden Trainer werden sowohl in Zielen des Programms als auch in methodischen Vorgehensweisen geschult (vgl. Wahl, Patak & Hautzinger, 2008).

2.4 Wirksamkeit und Moderatoren von Depressionspräventionsprogramme

In einigen randomisiert kontrollierten Studien konnte bereits gezeigt werden, dass das Risiko, im weiteren Lebensverlauf an depressiven Symptomen zu leiden, für diejenigen, die ein

derartiges kognitiv-behaviorales Gruppenpräventionsprogramm erhalten, im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe durchschnittlich geringer ist (vgl. z.B. Werner-Seidler, Perry, Calear, Newby & Christensen, 2017; Schulte-Korn & Schiller 2012; Garber et al., 2009; Horowitz & Garber, 2006; Stice, Burton, Bearman & Rohde, 2006). Andere Studien (z.B. Tak, Lichtwarck-Aschoff, Gillham, Zundert, & Engels, 2015) fanden keinen präventiven Effekt für derartige Programme. Insgesamt ist die Studienlage bzgl. der Wirksamkeit derzeit noch sehr heterogen. Die Effektstärken sind meist klein bis moderat, nicht alle Studien finden derartige Effekte und nicht bei jedem Schüler haben derartige Programme den erwünschten Effekt. Daher stellt sich die Frage, welche Moderatoren die Wirksamkeit beeinflussen.

Laut einer Metaanalyse von Stice, Shaw, Bohon, Marti & Rohde (2009) sind derartige Programme eher bei Risikogruppen (indizierte Programme) effektiv. Sie sind des Weiteren dann effektiver, wenn sie unter anderem Hausaufgaben beinhalten und von kürzerer Dauer sind. Sie wirken laut Autoren bei Mädchen eher als bei Jungen und bei älteren eher als bei jüngeren Schülern (vgl. Stice et al., 2009). Trotz der bereits gefundenen Moderatoren der Wirksamkeit derartiger Programme gilt es aufgrund der heterogenen Befundlage, weiter der Frage nachzugehen, wann diese Programme für wen, von wem und in welcher Form durchgeführt funktionieren.

2.5 Ausblick Studie 1

In Deutschland erscheint eine ausreichende Versorgung der Schulen durch Schulpsychologen nicht realistisch zu sein (vgl. Dollase, 2010). Die Versorgungslage legt daher nahe, dass Lehrer anstelle von Psychologen universelle Depressionsprogramme durchführen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die praktisch relevante Frage, ob Lehrer in der Durchführung eines universellen Depressionsprogramms vergleichbar effektiv sind wie Psychologen.

In der Metanalyse von Stice et al., (2009) wurde sichtbar, dass in Studien, in denen professionelle Kräfte aus dem Gesundheitssektor die Programme durchführten, geringfügig

bessere Effekte zu finden waren, als in Studien, in denen reguläre Lehrkräfte die Programme durchführten. Auch Calear und Christensen (2010) fanden, dass bei Lehrern als Trainer weniger signifikante Effekte gefunden wurden. Wahl, Adelson, Patak, Pössel & Hautzinger, (2014) legen wiederum nahe, dass Lehrer durchaus derartige Programme effektiv durchführen können. In Studie 1 soll daher zunächst der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich die Effektivität des universellen Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* unterscheidet, wenn es von Lehrern im Vergleich zu Psychologen durchgeführt wird.

Bisherige Untersuchungen haben nach bestem Wissenstand noch nicht die Wirkmechanismen der konkreten Umsetzung innerhalb des Kontexts Schule adressiert. Daher blieb bisher offen, inwieweit Faktoren, die insbesondere *während* des Unterrichts dieser Programme zu beachten sind, von Bedeutung für die Wirksamkeit sein könnten. Dabei scheint relevant zu sein, welche Unterrichtsqualitätsmerkmale die Wirksamkeit derartiger Programme beeinflussen können und in welchen Unterrichtsqualitätsmerkmalen sich Lehrer und Psychologen unterscheiden. Hierfür sollen die aus dem Bereich der empirischen Bildungsforschung als relevant bekannten Faktoren der Unterrichtsqualität *Classroom Management* und *Strukturiertheit des Unterrichts* (vgl. Wentzel, Battle, Russell & Looney, 2010; Pianta & Hamre, 2009) sowie die in der Präventionsforschung häufig diskutierte *Manualtreue* (vgl. Stice et al., 2009) untersucht werden. Die Forschungsfragen für Studie 1 lassen sich wie folgt gliedern:

- (a) Erreichen Lehrkräfte bei der Durchführung des universellen Depressionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* eine vergleichbare Wirksamkeit wie Psychologen?
- (b) Welche Stärken und Schwächen bzgl. der Unterrichtsfaktoren zeigen Lehrer bzw. Psychologen bei der Durchführung des Programms?
- (c) Welche Unterrichtsfaktoren beeinflussen die Wirksamkeit des Programms?

Diese Fragen sollen anhand der ersten Studie beantwortet werden.

3. Schule als Risikosituation und Katalysator für Depressivität?

3.1 Die Belastung der Schüler durch die Schule

In der Umfrage „Kinderbarometer“ aus dem Jahr 2013 mit rund 11 000 deutschen Schülern im Alter zwischen neun und 14 Jahren gab mehr als die Hälfte der Schüler an, die Schule biete ihnen zu wenig Phasen zum Ausruhen. Rund jedes zweites Kind gab an, in der Schule zu wenig Zeit zu haben, um mit Freunden zu reden. Etwa 46 % beklagten zu wenig Gelegenheit zum Spielen, 33 % der Kinder sind in der Schule manchmal gestresst, 23 % oft und 10 % sehr oft. Dabei stiegen diese negativen Bewertungen mit zunehmenden Alter an, sodass unter den Befragten die Siebtklässler am stärksten belastet waren (vgl. Schröder, 2014). In einer weiteren großangelegten deutschen Studie gaben 11.6 % der befragten Schüler der Klassenstufen drei bis zwölf an, in den letzten 6 Monaten „gelegentlich“ bis „mehrmals die Woche“ Opfer durch Ausgrenzung und Isolierung geworden zu sein. 21,1 % der Befragten seien „gelegentlich“ bis „mehrmals die Woche“ Opfer direkter Gewalttaten. Mobbing tritt am häufigsten in den Klassenstufen sieben bis zehn auf, was erneut die Pubertät als kritischen Zeitraum der Entwicklung darlegt (Hanewinkel & Knaack, 1997). Es zeigt sich also, dass die Anforderung in der Schule von vielen als belastend wahrgenommen wird und dort vorkommende kritische Ereignisse, wie Mobbing, im besonderen Maße belastend sein können.

3.2 Die Schwächen Depressiver kommen zu Tage

Während Lernen Motivation, Organisation, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verstehen, Übung und Transfer verlangt, klagen Betroffene, die unter einer Depression leiden, häufig an Antriebslosigkeit, Interessenlosigkeit und Müdigkeit. Darüber hinaus leiden psychisch belastete Kinder und Jugendliche häufig an Konzentrationsschwächen (vgl. ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1991), welche sich im Schulkontext als Unaufmerksamkeit, Vergesslichkeit, Verlangsamung und einer reduzierte Informationsverarbeitung manifestieren können (vgl. Lauer, et al., 1994).

Schlechte Noten scheinen dabei eine logische Folge zu sein (vgl. Mikas, 2012; Krapp, Schiefele & Schreyer, 1993). Dabei kann eine Negativspirale aus depressiven Symptomen, schlechter Leistung, schlechten Noten und negativem Denken entstehen.

3.3 Subjektive und objektive Vergleichssituationen in der Schule

Im Jugendalter nimmt nicht nur die Fähigkeit zu, sich Gedanken über sich selbst zu machen, sondern es nehmen auch subjektive wie objektive Vergleichssituationen zu (vgl. Habermas, 2001). Diese Vergleiche können sowohl positiv wie auch negativ ausfallen. Schüler erleben sich in der Klasse ständig mit Gleichaltrigen. Je nachdem, wie dabei der subjektive erlebte soziale Vergleich zu den anderen ausfällt, kann diese Konfrontation potentiell selbstwertdienlich oder auch kränkend sein. Noten stellen wiederum relativ objektive Leistungsvergleiche dar, die durch ihren Bewertungscharakter sowohl selbstwertdienlich als auch potentiell selbstwertgefährdend sein können. Gerade für diejenigen Schüler mit bereits bestehenden dysfunktionalen Gedanken und Coping-strategien scheinen derartige Vergleiche, die in der Schule ständig stattfinden, somit gefährlich zu sein. Die Schule stellt somit einen Ort dar, in dem positive aber auch negative Erfahrungen zwangsläufig gemacht werden. Es ist davon auszugehen, dass beliebte und erfolgreiche Schüler in der Schule eher positive Erfahrungen machen, während schwächere und/oder unbeliebte Schüler eher negative Erfahrungen machen. Diese negativen Erfahrungen könnten wiederum bei manchen Schülern vorhandene depressive Gedankenspiralen auslösen oder verstärken.

3.4 Kritische Ereignisse in der Schule

In der Schule vorkommende kritische Ereignisse, wie Ausgrenzung und Mobbing, gehen mit dem Depressionsrisiko einher (vgl. z.B. Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007; Hawker & Boulton, 2000). So können auch moderate bis hohe Korrelationen ($r = 0.40$ bis $r = 0.70$) zwischen Angst- und Depressionsmaßen im subklinischen Bereich durch die Unbeliebtheit der depressiven Jugendlichen und deren einhergehende Zurückweisung durch die Peergroup teilweise erklärt werden (Kusch & Petermann, 1997). Folge von sozialer

Zurückweisung kann ein zunehmender sozialer Rückzug sein und damit eine fehlende Teilnahme am altersentsprechenden Alltag. Dadurch kann wiederum die entwicklungsnotwendige Stimulation fehlen und somit die weitere Reifung im Bereich Psychomotorik, Sprache, Kognition und soziales Interaktionsverhalten verzögert werden (Mehler-Wex & Kölch, 2008; Fischer, 2011).

Zusammenfassend stellt die Schule also einen Ort dar, der zur geistigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen enorm wichtig ist, jedoch auch ein hohes Gefahrenpotential für manche Schüler darstellt. Drei Gründe scheinen dabei eine besondere Rolle zu spielen:

(a) Die Anforderung in der Schule wird von vielen als belastend erlebt. Dies kann gerade für Betroffene bedeuten, dass sie besonders unter den Anforderungen, die in der Schule gestellt werden, leiden.

(b) In der Schule könnten sich dysfunktionale Kognitionen durch ständig vorhandene soziale- wie Leistungsvergleiche ausbilden oder verstärken und somit eine negative Wirkung gerade auf vorbelastete Schüler haben.

(c) In der Schule vorkommende kritische Ereignisse, wie Ausgrenzung, Mobbing, Frustration durch Versagen, etc. können sich besonders negativ auf das Selbstbild eines Schülers auswirken.

So scheinen auf der einen Seite vorbelastete Kinder und Jugendliche durch die Leistungsanforderungen in der Schule und die Notwendigkeit, motiviert und konzentriert zu sein, unter ihren Symptomen zu leiden. Auf der anderen Seite kann auch der allgegenwärtige Umgang mit Gleichaltrigen, die ersten Erfahrungen im Umgang mit dem anderen Geschlecht sowie die stetige Möglichkeit des sozialen Vergleichs vorbelastete Kinder und Jugendliche im besonderen Maße belasten. Somit könnten negative Erfahrungen in der Schule bei bereits vorbelastenden Kindern und Jugendlichen wie ein Katalysator auf bestehende dysfunktionale Gedanken- und Verhaltenstendenzen wirken, sodass diese zu ernsthaften psychischen Symptomen einer Depression heranreifen könnten.

Daraus lässt sich zum einen ableiten, dass der Kontext Schule eine Möglichkeit darstellt, um zumeist schwer sichtbare, internalisierende Symptome der Depression besser zu beobachten (vgl. Kapitel 4). Zum anderen scheint es aufgrund der beschriebenen Problematik für die präventive Arbeit gegen Depression sinnvoll zu sein, die soziale Akzeptanz von Schülern im Schulkontext zu verbessern.

3.5 Ausblick Studie 2

Da (a) das Risiko, an einer Depression zu erkranken und die erlebte soziale Akzeptanz eng miteinander zusammenhängen (z.B. Jia et al., 2009; Lansford et al., 2007; Colarossi, et al., 2003) und (b) eine Verbesserung des sozialen Miteinanders im Klassenzimmer sowohl die Schüler als auch die Trainer für die Durchführung des Programms motivieren sollte, soll in einer zweiten Studie die Wirksamkeit eines universellen Depressionspräventionsprogramms auf das proximale Ziel der Verbesserung der erlebten sozialen Akzeptanz untersucht werden.

4. Früherkennung von Depressivität in der Schule

Neben der Notwendigkeit, Präventionsarbeit in der Schule zu betreiben, scheint es ebenfalls von Bedeutung zu sein, bereits betroffenen Schüler frühzeitig zu erkennen (vgl. Kloppenburg et al., 2004). Je früher ein problematisches Verhalten erkannt wird, desto früher kann auch sachkundige Hilfe eingeholt werden. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Schule einen Ort darstellt, in dem eine Früherkennung der Depression im Kindes- und Jugendalter möglich ist. Auf diese Fragestellung soll im Folgenden eingegangen werden.

Die Schule stellt für die Entwicklung der Heranwachsenden einen wichtigen Ort der Sozialisation dar, an dem wertvolle, positive Erfahrungen des sozialen Mitandern gemacht werden können. Jugendliche, die diese positiven Erfahrung, wie von den Mitschülern sozial akzeptiert zu sein, nicht ausreichend machen, können darunter leiden und möglicherweise sogar gefährdet sein, in eine Depression abzurutschen (vgl. z.B. Lansford et al., 2007; Colarossi & Eccles, 2003). Umso wichtiger erscheint es daher, das Verhalten des Schülers im Kontext Schule zu beobachten, um gegebenenfalls Hilfssysteme zu aktivieren. Daher könnte im Kontext Schule durch die Beobachtung des alltäglichen Verhaltens des Schülers im Klassenzimmer eine besondere Chance bestehen, Depressivität im Kindes- und Jugendalter früher zu erkennen. Hierbei kommt den Lehrern in der praktischen Umsetzung eine besondere Rolle zu. Dies wirft die Frage auf, auf welche Anzeichen oder Indikatoren Lehrer konkret achten sollen?

4.1 Allgemeine Schwierigkeiten bei der Erkennung depressiver Symptomatik

Bei der Diagnose von internalisierende Störungen treten insbesondere im Kindes- und Jugendalter Schwierigkeiten auf: Zum einen können die eigenen Schamgefühle oder Dissimulationstendenzen ein Kind daran hindern, von eigenen Problemen und Symptomen zu berichten. Auch verbale und introspektive Fähigkeiten können noch unausgereift sein (vgl. Mehler-Wex & Kölch, 2008). Daher werden zum Teil nonverbale Verfahren oder projektiven Verfahren (bspw. Zeichnen, Satzergänzungstest, etc.) eingesetzt, deren Validität jedoch häufig angezweifelt wird (vgl. Wienand, 2015; Döpfner & Petermann, 2012). Neben dem

Heranwachsenden selbst stellen auch enge Bezugspersonen für die Diagnose eine wichtige Informationsquelle dar. So kommt hierbei neben den Eltern den Lehrern eine entscheidende Rolle zu, da sie (a) die einzigen erwachsener Beobachter im Klassenzimmer sind und (b) insgesamt sehr viel Zeit mit den Schülern verbringen (z.B. Rutter, 1982).

Lehrer haben also den Vorteil, durch den täglichen Umgang mit den Schülern in einer Position zu sein, in der sie sowohl die soziale Interaktion des Schülers als auch deren Leistung, Fehlzeiten, Motivation, Konzentration usw. beurteilen können. Daher soll in Studie 4 zunächst geklärt werden, wie gut Lehrer Depressivität im Vergleich zur Aggressivität unter ihren Schülern erkennen können.

4.2 Ausblick Studie 3

Mithilfe von Studie 3 soll hierfür zunächst faktorenanalytisch geklärt werden, welche Faktoren die häufig verwendeten Instrumente *Allgemeine Depressionsskala* (Kurzversion ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) und *Buss Perry Aggression Questionnaire* (Kurzversion: BPAQ-SF, Diamond & Magaletta, 2006) im Kindes- und Jugendalter messen. Dabei sollen sowohl die Selbstbeurteilungen der Schüler als auch die Fremdbeurteilungen der Lehrer betrachtet werden.

In Studie 3 stellt sich die Frage, ob eine Transformation der Instrumente in ein Fremdbeurteilungsinstrument aus Perspektive der Lehrer, wie sie in Studie 4 vorgenommen wurde, zulässig ist.

4.3 Ausblick Studie 4

Schließlich soll in Studie 4 die Erkennungsleistung von Lehrern mit der Erkennungsleistung von den Mitschülern verglichen werden. Dabei soll sowohl die Depressivität als auch die Aggressivität der Schüler betrachtet werden. Es soll geklärt werden, inwieweit Lehrer und Mitschüler das Ausmaß an Depressivität und Aggressivität bei den (betroffenen) Schülern erkennen und inwieweit sich die Erkennungsleistungen je nach

Beobachter (Lehrer vs. Mitschüler) und/oder Verhaltensweise (Depressivität vs. Aggressivität) unterscheiden.

Darüber hinaus soll geprüft werden, ob schulrelevante und im Schulkontext sichtbare Indikatoren der Depression dem Lehrer bei der Beurteilung des Ausmaßes an Depressivität ihrer Schüler helfen können. Hierbei soll davon ausgegangen werden, dass einige Indikatoren der Depression für Lehrer von diagnostischer Güte sein können, wenn diese schulrelevant sind und sich im Schulkontext zeigen. Für Studie 4 stellen sich also folgende Fragen:

(a) Wie gut können Lehrer und Mitschüler Depressivität und Aggressivität von Schülern erkennen?

(b) Können schulrelevante und in der Schule sichtbare Korrelate der Depression für Lehrer Indikatoren darstellen, die ihnen beim Erkennen des Ausmaßes an Depressivität unter ihren Schülern helfen?

5. Studie 1

The Role of Effective Teaching Behaviors in a School-Based Program for Preventing Depressive Symptoms¹

5.1 Introduction

Educational researchers and politicians are becoming increasingly aware that besides focusing on students' academic success, schools should also focus on students' psychological well-being (e.g., OECD 2013). This development seems to be urgently needed because mental health problems are prevalent among students; for example, in the US, around 20% of adolescents experience an episode of depression by the age of 18 (Birmaher et al., 1996). In the German population, the numbers are comparable: 12.3% of boys and 21.7% of girls score above the cutoff for depression, reflecting the general finding that girls are found to be at higher risk for depression than boys (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort, & Ravens-Sieberer, 2008). Major depression, as one of the most common psychiatric problems faced by adolescents, is marked by a recurrent course, an increased risk for future suicide attempts, interpersonal problems, unemployment, legal problems, severe psychiatric comorbidity, and academic failure (Maughan, Collishaw, & Stringaris, 2013; Klein, Torpey, & Bufferd, 2008). At the same time, the school context is systematically related to students' mental health. For instance, Anderman (2002) showed that students' perception of belonging to the school is inversely related to their depressive symptoms, and Schwartz et al. (2005) found that peer-group victimization within classrooms prospectively predicts students' depressive symptoms and academic functioning.

Because the importance of the school context has now been recognized, specific school-based prevention programs have been created. These programs are designed to enhance students' social competence and improve their peer relationships. They target the skills needed

¹ Vorgesehen zur Einreichung bei dem US-Amerikanischen *Journal of School Psychology*.

to cope with stressful life events in order to create resiliency that can prevent depressive symptoms and longstanding maladaptation (e.g., Gillham et al., 2007).

Despite the increasing number of school-based prevention programs, however, relatively little is known about the effectiveness of such programs within the school context, and considerably less attention has been devoted to aspects of teaching behavior that may influence the effectiveness of prevention programs (e.g., classroom management, structure, or teachers' knowledge). This is surprising because such factors are well-known in the field of educational research but barely considered in the field of school-based intervention or prevention research.

In the present study, we evaluated a school-based program that is aimed at preventing depression in young adolescents. We were explicitly interested in examining the teaching behavior of trainers (regular classroom teachers or health professionals) as a potential predictor of prevention effectiveness. We were primarily interested in three research questions: (a) Are regular classroom teachers and health professionals similarly effective at enhancing social competencies and emotional functioning and preventing depression in a school-based program for preventing depressive symptoms? (b) Do well-known factors of effective teaching behavior differ between regular classroom teachers and health professionals? (c) Can effective teaching behavior help to explain the prevention effectiveness of regular classroom teachers and health professionals?

School-Based Prevention Programs for Depressive Symptoms

According to a representative Germany-wide survey of children and adolescents (KiGGS), 14.7% of children and adolescents (3-17 years) are at risk for mental health problems (Schlack, Kurth, & Hölling, 2008). For this reason, there are calls for schools to step up to the challenges of meeting the mental health needs of their students (e.g., Greenberg et al., 2003), resulting in an increasing number of school-based intervention and prevention programs.

However, existing empirical results suggest that school-based prevention programs do not fully meet the high expectations for reducing the risk of depression in children and adolescents. Stice, Shaw, Bohon, Marti, and Rohde (2009) examined 47 school-based attempts to prevent depression. They determined that the impact of efforts to enhance mental health and to prevent depression in schools has resulted in only small to moderate effect sizes. More specifically, they found a small average effect on depressive symptoms from pretest to posttest ($r = .15$) and from pretest to follow-up test ($r = .11$) with substantial variability across single prevention trials. Somewhat larger effects emerged for programs that targeted high-risk students, were shorter, or gave homework assignments as well as in samples with more females or older adolescents. The contents of the prevention program (e.g., a focus on reducing negative cognitions or problem solving training) was more or less unrelated to program effectiveness (for additional reviews, see Coririeri, Heider, Conrad, Blume, König, & Heller, 2013; Horowitz & Garber, 2006).

Stice et al.'s (2009) finding, which suggests that mental health professionals seem to be slightly more effective than regular classroom teachers, is particularly important for the present study. Factors that can convincingly explain the effectiveness of the different groups have yet to be identified and should therefore be addressed in the following study. A study by Wahl, Adelson, Patak, Pössel, and Hautzinger (2014) directly compared the effectiveness of regular classroom teachers and psychologists when delivering the *LARS & LISA* training program, which focuses on students' social functioning and teaches coping strategies to create resiliency in students. Psychologists were found to be more effective at reducing depressive symptoms than regular classroom teachers, but only for girls. Overall, the teachers and psychologists produced very similar results with large variability within both groups. However, the reasons behind the variability in program effectiveness remain unknown. In the present study, we assumed that factors that are present *during* program delivery could be important for the effectiveness of the program. It was thus the goal of our study to investigate teachers' teaching

behavior as a potential source of variability in program effectiveness. On the basis of Wahl et al.'s (2014) findings, and in order to help identify practically relevant implementation factors, the present study examined differences between regular classroom teachers and health professionals when they delivered a school-based prevention program. We examined differences in aspects of teaching quality between teachers and health professionals and investigated the impact of these quality factors on proximal and distal prevention outcomes.

Effective Teaching Behavior as a Potential Factor for the Effectiveness of Prevention Programs

School-based programs that are designed to prevent mental health problems are not implemented within a vacuum, but they rather reflect and are probably strongly influenced by contextual school and classroom characteristics.

Guided by research in the field of teaching quality (e.g. Pianta & Hamre, 2009; Hamre & Pianta, 2001), there is a fairly broad range of relevant school and classroom factors that can be seen as potential factors for increasing or decreasing the effectiveness of class-based programs. Current models of teaching quality emphasize the relationship between students and educators as an essential component for students' development (Pianta, 1999). From large-scale assessments in the field of educational research, we know that variations in student-teacher relations are related to variations in students' development in terms of academic learning as well as students' emotional and social development. Three domains are seen as important: (a) classroom organization, which refers to the broad spectrum of teachers' management strategies, including the effective handling of interruptions; (b) instructional support, which focuses on teachers helping students to understand the key concepts and principles of the course contents, and (c) emotional support, which refers to teachers' overall emotional tone and responsiveness to student needs, and to the degree to which the teachers respect students' interests and motivations (Wentzel, Battle, Russell, & Looney, 2010; Pianta & Hamre, 2009). Research has shown that all three quality domains are related to students' development. High levels of

classroom management and instructional support are positively associated with effective student learning (e.g. Bohn, Roehrig, & Pressley, 2004; Arnold, McWilliams, & Arnold, 1998; Evertson, Emmer, Sanford, & Clements, 1983) whereas dimensions of emotional support are more closely related to the emotional tone with which the learning is received (e.g., motivation, self-esteem, enjoyment; Hamre & Pianta, 2001; Harter, 1996).

In line with this approach, in the present study we addressed teaching behavior assessed via classroom observation, with the goal of providing a broad description of classroom characteristics. As potential determinants of program effectiveness, we considered (a) classroom management, (b) trainers' clarity of instruction (i.e., teaching), measured as how trainers structured the lesson; and (c) the trainers' specific knowledge about the program contents in terms of program adherence.

The Present Study

The present study was based on the *LARS & LISA* Program, which is increasingly implemented in lower track schools in Germany (Wahl et al., 2014). The program has demonstrated effectiveness in past evaluations (*LARS & LISA* Program; e.g., Pössel, Horn, Groen, & Hautzinger, 2004). We focused on trainers' (regular classroom teachers or health professionals) teaching behavior as a possible reason for variability in program effectiveness. The goals of the present study were as follows: (a) In order to investigate the entire bandwidth of prevention practices in the classroom context, we compared the prevention effectiveness of regular classroom teachers and health professionals with respect to depressive symptoms, general psychopathology, and positive social behavior. (b) We then examined differences between regular classroom teachers and health professionals in their classroom management, clarity of instruction, and program adherence. (c) Finally, we tested the impact of teaching behavior on the prevention outcomes. The effectiveness of the program was conceptualized in the following way: In accordance with modern etiological concepts of youth depression, we considered the proximal outcome (i.e., positive social behavior) to represent a central goal of

the program and distal outcomes (i.e., depressive symptoms and general psychopathology) to represent clinically relevant outcomes.

5.2 Method

Participants

A total of $N = 421$ adolescents who were attending the eighth grade at vocational secondary schools in South Germany, participated in the training (10 weeks) across three measurement points: pretest, posttest, and 12-month follow-up (12MFU). Students' ages ranged from 13 to 17 (with 95.2% between 13 and 15, $M = 14.04$); 45.1% were girls. The proportion of students with a migration background was 56.8%. The program was taught within gender-homogenous groups to optimally suit the needs of adolescent boys and girls (Wahl, Patak, Schmid, & Hautzinger, 2008). The groups were then randomly assigned to one of the two conditions: regular classroom teachers versus health professionals (school psychologists or clinically practicing psychologists).

The 44 gender-homogenous groups were led by 22 regular classroom teachers and 22 health professionals with an overall percentage of 88 % female trainers. The regular classroom teachers led the program for 207 (47.3% female) students, whereas the health professionals taught the program for 214 (43.5% female) students. The regular classroom teachers primarily consisted (in 19 of 22 cases) of class teachers who, in the German school systems, normally teach several subjects and spend the most time with the students. The mean age of the regular classroom teachers was $M = 45.14$ ($SD = 11.56$), and the mean age of the health professionals was $M = 33.47$ ($SD = 6.30$).

The Prevention Program

Lebenslust mit LARS & LISA. The school-based prevention program *Lebenslust mit LARS & LISA* was derived from *LARS & LISA* (Pössel, Horn, Seemann, & Hautzinger, 2004). The manualized program is based on the social information processing model of social competences by Dodge (1993) and addresses social information processing deficits found in

children with higher levels of depressive symptoms (Quiggle, Garber, Panak, & Dodge, 1992). The methods it applies were taken from cognitive-behavioral therapy (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). The program focuses on cognitive and social components of social information processing. In the first five sessions, students learned the relations among cognitions, emotions, and behavior. They learned how to identify and challenge negative thoughts and replace them with positive ones. In the following four sessions, they were trained in assertiveness and social competence. Training also included roleplays and personal examples. *LARS & LISA* has been shown to have a positive influence by reducing depressive symptoms which already exist, and by preventing increases in depression rates (Pössel, Horn, Hautzinger, & Groen, 2004; Wahl et al., 2014).

Trainer workshop. Before the *LARS & LISA* training took place, regular classroom teachers and health professionals were trained separately in a 2-day training. The regular classroom teachers were trained in cognitive behavioral theories, prevention methods, social competence training, and in the understanding of symptoms of depression and its negative impact on students. Health professionals were taught about pedagogical issues (e.g., preventing classroom interruptions, managing a group of teenagers, lesson flow, and guidelines on how to handle difficult group situations). Apart from this profession-specific input, on the second day, both groups learned about the aim of the program in detail and how to transfer it into the classroom situation. Roleplays and personal examples were used in the training.

Procedure of the program. The program was implemented in 10 weekly 1.5-hr sessions. The use of the term “depression prevention” was avoided due to stigmatization issues. During the program, videotapes that focused on the trainers’ behavior were recorded and used for biweekly obligatory supervision, which was held separately for regular classroom teachers and health professionals. Supervision was given to ensure adherence to the program, to improve the trainers’ training, to activate the trainers’ resources, and to provide room for open questions.

Measures

For the present study, we used three different time points for students' self-ratings: pretraining, posttraining, and 12MFU. The diagnostic procedure took around 45 min and was performed during regular class time. The effectiveness of the program was measured with several self-rating instruments.

Prevention outcomes. To assess prevention effectiveness, we used a multidimensional approach including proximal and distal outcomes: As a proximal outcome variable, we used the *Teenage Inventory of Social Skills – Positive* (TISS-P; Inderbitzen & Foster, 1992; Pössel & Häußler, 2004). It contains 14 items and measures the students' positive behavior toward their peers. Its formulation is gender specific. Self-ratings are made on a 6-point Likert scale. Internal consistency (TISS-P: $\alpha = .86$; Häußler, 2002) and retest reliability over 13-18 days ($r = .89$; Pössel & Häußler, 2004) have been shown to be satisfactory. In the present study, the internal consistency was satisfactory at all time points ($.85 \leq \alpha \leq .87$). The scores were averaged with higher scores indicating a higher level of positive social behavior.

For the distal measurement of general psychopathology, we used the *Strength and Difficulty Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997; German version: Klasen & Häußler, 2000). The brief behavioral screening questionnaire is used widely and has been translated into 40 languages (Klasen et al., 2000). Its correlation with the longer *Child Behavior Checklist* is acceptable ($r = .58$ to $r = -.78$). The SDQ can correctly identify emotional disorders (72%), oppositional behavior (81%), and ADHD (77%) in adolescents (Klasen et al., 2000). Its subscales *emotional symptoms*, *conduct problems*, *hyperactivity/inattention*, and *peer relationship problems*, with five items each, measured on a 3-point Likert scale, were averaged into a global score, with higher scores indicating higher general psychopathology. Internal consistency was satisfactory at all time points ($.88 \leq \alpha \leq .91$).

Furthermore, we used the students' current depressive symptoms as a distal outcome, measured with the *Center for Epidemiologic Studies Depression Questionnaire* (CES-D) adapted for adolescents (Meyer & Hautzinger, 2001). The 20 items are answered on a 4-point

Likert scale. Internal consistency was satisfactory at all time points ($.86 \leq \alpha \leq .90$). Scores were averaged with higher scores indicating a more severe depressive symptomatology.

Effective teaching behavior. To assess effective teaching behavior, all sessions were videotaped and rated in two rating runs by blinded raters in a randomized order.

In line with the CLASS framework (Hamre & Pianta, 2007), the first agent of effective teaching behavior was teachers' *classroom management* (e.g., Wang, Härtel, & Walberg, 1993). It was tested for whether it affected the prevention outcomes. Since classroom management reflects a rather low-inference construct, we used short video clips from different sessions. More specifically, clips from three sessions (Sessions 3, 5, and 9 of the 10 session) were selected, cut into small pieces of 3 min each, and rated by four blinded raters. Five clips from these three sessions were randomly selected for the ratings. Students' disruptive behaviors were used as an indicator of classroom management (e.g., Wang et al., 1993). Interrater reliability was satisfactory (Krippendorff's $\alpha = .82$). The raters' ratings were averaged for every trainer in the gender-homogenous groups.

Second, to broaden the spectrum of effective teaching behavior, *clarity of instruction* and *trainers' adherence* were rated. As both constructs represent high inference ratings and require longer observation periods, ratings of *clarity of instruction* and *trainers' adherence* were based on longer time frames for single sessions. Therefore, we used longer video clips (the whole session of 90 min clips for *trainers' adherence*; 20-30 min clips for *clarity of instruction*). Due to the resulting time constraints, one trained rater rated the clips, and 25% of the clips were randomly selected and rated by a second rater.

To measure clarity of instruction, we selected two sessions that had been determined to be important modules for the program a-priori: one from the cognitive part (Session 5) and one from the social skills part (Session 8). We used an adapted version of the teaching quality rating questionnaire (Helmke, 2003) which has been used successfully before (e.g., Hosenfeld, Helmke, & Schrader, 2002) and contains 24 items that are rated on a 6-point Likert scale. In

the present study, interrater reliability (Cohen's Kappa $\kappa = .95$) and internal consistency ($\alpha = .86$) were satisfactory. Scores were averaged with high scores indicating a high rate of clarity of instruction.

Finally, effective teaching also depends on teachers' knowledge (e.g., Hill, Rowan, & Ball, 2005). In the context of the present study, we used the *trainer's adherence* to the program as a measure of knowledge. To measure trainers' adherence in the present study, we randomly selected two complete sessions (one from the cognitive part in Sessions 3-6, and one from the social skills part in Sessions 7-9). Adherence was rated with an adapted and translated version of a specific questionnaire used in the American version of the program (*TIM & SARA*; Pössel, Garber, & Martin, 2008). The questionnaire contained 13-17 items (depending on the session) for rating the quantity of the contents that were taught on a 3-point Likert scale. As a reference, raters were provided with a catalogue that listed the session-specific contents so that the raters could compare the contents, described in the manual with those that were actually taught by the trainer. The correlation between *trainers' adherence* from Session 5 and Session 8 was $r = .53$, indicating satisfactory stability of the construct with respect to the fact that those sessions reflected different program modules. Interrater reliability was satisfactory (Cohen's Kappa $\kappa = .78$). Scores were averaged with higher scores indicating a higher rate of trainers' adherence.

Data Analysis

To examine the first and third research questions ((a) and (c) in chapter 5.1), we computed multilevel regression models (Hox, Moerbeek, & v. d. Schoot, 2010; Raudenbush & Bryk, 2002). We calculated hierarchical linear models with fixed effects for each outcome variable. To examine the second research question ((b) in chapter 5.1), i.e. to compare regular classroom teachers with health professionals concerning the factors of effective teaching behavior, we calculated independent-sample *t*-tests using data that were aggregated on the classroom level.

Multilevel models offer a standard analytical method for analyzing hierarchically structured data when individuals are nested within groups (e.g., classrooms or schools). It is not unusual to have additional grouping factors that can lead to three or more levels within student data (e.g., repeated measures nested within individuals, schools, or communities; Atkins, 2005). The hierarchical structure of such data is important for both substantive and methodological reasons. Methodologically, in hierarchically structured data, individual observations are usually correlated within clusters such as schools or classrooms. This correlation violates the assumption of independence of observations common to most statistical tests, which can lead to biased *p*-values, incorrect confidence intervals, and inflated effect sizes (Snijders & Bosker, 2012). Multilevel models adjust for the correlations between observations by modeling between-cluster variability and are also more flexible with respect to ignorable missing data and the correlational structure of the residuals than earlier methods (e.g., ordinary single-level regression models; Raudenbush & Bryk, 2002). Substantively, researchers are often interested in the variability of variables at higher levels of analysis. In the present study, we were interested in whether regular classroom teachers and health professionals (Level 2) would differ with respect to prevention outcomes. Moreover, the extent to which their teaching behavior is related to individual student outcomes (Level 1) was of interest.

To control for possible a-priori differences between prevention groups at the levels of both students and trainers, we added covariates to the analytical model, thus including all prior outcomes measures assessed at baseline, students' age and migration status (all at the student level), as well as trainers' age and gender at the prevention group level. We added the interactions between the trainers' profession and the specific teaching behavior factor in order to draw conclusions about whether there were effects of the specific teaching behavior factors independent of the trainers' profession. As the prevention program was held in same-gender groups, we included students' gender at the training group level. Due to the limited numbers of

teachers and psychologists, all significance testing was performed at the .05 level (one-sided). We used SPSS (Version 22, 2013) for all analyses.

5.3 Results

Descriptive Statistics and Intercorrelations

Means, standard deviations, and inter-correlations are shown in Table 1 for students' demographic characteristics and outcomes. The baseline scores on the TISS-P, CES-D, and SDQ indicated a level of mental stress that would be expected in this age cohort. Intercorrelations amongst the outcomes were higher ($.31 \leq r \leq .62$) between the two distal (CES-D and SDQ) outcomes than between the distal and the proximal (TISS-P) outcomes ($-.10 \leq r \leq .08$). As expected, the SDQ and CES-D were strongly associated, particularly at the same measurement points ($.61 \leq r \leq .62$). The across-time correlations were generally high ($.27 \leq r \leq .66$), especially for the SDQ ($.39 \leq r \leq .64$) and TISS-P ($.48 \leq r \leq .66$). The outcome variables were generally more strongly correlated with students' gender ($.07 \leq r \leq .32$) than with students' age ($-.05 \leq r \leq .17$) or migration status ($-.05 \leq r \leq .13$). Female students ($.10 \leq r \leq .27$) as well as older students ($.14 \leq r \leq .17$) showed more depressive symptoms at all measurement points. Female students also showed more positive social behavior ($.30 \leq r \leq .32$) but also a higher degree of general psychopathology ($.07 \leq r \leq .21$). Furthermore, migrants showed more positive social behavior both before ($r = .13$) and after ($r = .10$) training.

Table 1: *Descriptive Statistics and Intercorrelations of Student and Outcome Variables*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Age												
2. Female	.05											
3. Migrant	.01	.01										
4. CES-D-pre	.17**	.27**	-.05									
5. CES-D-post	.16**	.26**	-.03	.49**								
6. CES-D-12MFU	.14**	.10*	.07	.27**	.34**							
7. SDQ-pre	.12**	.21**	-.05	.61**	.43**	.31**						
8. SDQ-post	.07	.14**	-.02	.45**	.62**	.32**	.64**					
9. SDQ-12MFU	.05	.07	.05	.32**	.39**	.62**	.54**	.39**				
10. TISS-P-pre	-.05	.31**	.13**	.05	.02	.03	-.07	-.11*	-.04			
11. TISS-P-post	.04	.30**	.10*	.06	.01	.01	-.07	.04	-.10*	.66**		
12. TISS-P-12MFU	-.05	.32**	.09	.01	.06	.02	.01	.04	-.10*	.48**	.54**	
<i>M</i>	14.04	0.45	0.57	16.72	15.65	16.08	12.25	12.45	11.82	46.43	46.35	46.01
<i>SD</i>	0.83	0.50	0.50	9.61	9.39	10.15	5.22	5.42	5.68	10.63	11.18	10.58

Note. *N*s ranged from 218 (correlations with post and 12MFU outcome variables) to 421 due to missing data. All variables except the dummy variables (migrant, female) were z-standardized before the correlations were calculated. For female, 0 = male, 1 = female. For migrant, 0 = German, 1 = non-German. CES-D = Center for Epidemiologic Studies – Depression Questionnaire, SDQ = Strength and Difficulty Questionnaire, TISS-P = Teenage Inventory of Social Skills - positive behavior. Measurement points: pre = pretraining, post = posttraining, 12MFU = 12-month follow-up.

* $p < .05$. ** $p < .01$, one-tailed.

Research Question 1: Differences between Regular Classroom Teachers' and Health Professionals' Effectiveness

The effects of the control variables are shown in Tables 2 and 4. Most control variables (except trainers' age) affected some but not all prevention outcomes. Baseline scores consistently predicted scores on the same outcome at the later measurement point (posttest and 12MFU). Students' demographic characteristics were more predictive overall than teachers' demographic characteristics.

With respect to our first research question, Table 2 illustrates that we did not find significant differences between regular classroom teachers and health professionals on the proximal or distal prevention outcomes. The results indicate that trainers' profession did not predict students' depressive symptoms, CES-D-post: $B = 0.00$, $SE = 0.12$, $t(31) = 0.02$, $p = .98$; CES-D-12MFU: $B = -0.16$, $SE = 0.14$, $t(34) = -1.09$, $p = .28$, general psychopathology, or positive social behavior at any time point. Thus, the results do not suggest that health professionals have an advantage over regular classroom teachers when delivering the *LARS&LISA* program.

Table 2: *Multilevel Regression Analyses without Effective Teaching Behavior*

	CES-D				SDQ				TISS-P			
	Post		12MFU		Post		12MFU		Post		12MFU	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>
Constant	-0.31	0.15*	0.03	0.17	-0.01	0.15	0.16	0.16	-0.25	0.14*	-0.31	0.17*
Student level												
Students' age	0.08	0.04*	0.12	0.05*	-0.01	0.04	0.01	0.05	0.05	0.04	-0.03	0.05
Migrant	-0.04	0.09	0.15	0.11	0.02	0.08	0.19	0.09*	0.03	0.08	0.05	0.10
Baseline score	0.43	0.05***	0.25	0.06***	0.63	0.04***	0.57	0.05***	0.62	0.04***	0.41	0.05***
Classroom level												
Student female	0.27	0.10**	0.09	0.12	-0.02	0.10	-0.09	0.11	0.18	0.10*	0.41	0.12***
Trainers' age	-0.05	0.06	-0.07	0.07	-0.05	0.06	0.02	0.06	0.06	0.06	0.01	0.07
Trainer female	0.24	0.14*	-0.05	0.16	0.03	0.14	-0.10	0.15	0.11	0.13	0.04	0.15
Health professional	0.00	0.12	-0.16	0.14	-0.03	0.12	-0.11	0.13	0.14	0.11	0.12	0.13

Note. *Dfs* ranged from 37 to 385 due to different levels (individual and group). All variables except dummy variables (Migrant, student female, trainer female, health professional) were z-standardized before the regression models were calculated. For student female and trainer female, 0 = male, 1 = female. Student female was measured on the classroom level because the groups were gender-homogenous. For Migrant, 0 = German, 1 = non-German. For health professional, 0 = teacher, 1 = psychologist. CES-D = Center for Epidemiologic Studies – Depression Questionnaire, SDQ = Strength and Difficulty Questionnaire, TISS-P = Teenage Inventory of Social Skills - positive behavior. Measurement points: post = posttraining, 12MFU = 12-month follow-up.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, one-tailed.

Research Question 2: Differences in Effective Teaching Behavior

To investigate our second research question (b), we tested whether the trainers differed with respect to the effective teaching behavior factors *classroom management*, *clarity of instructions*, and *trainers' adherence*. Means, standard deviations, intercorrelations, and trainers' demographic characteristics are shown in Table 3. The regular classroom teachers ($M = 45.14$, $SD = 11.56$) were generally older than the health professionals ($M = 33.47$, $SD = 6.30$), $t(39) = 3.92$, $p < .001$). Trainers' age was positively associated with classroom management ($r = .33$) but negatively associated with clarity of instruction ($r = -.41$). The only significant intercorrelation amongst the factors of effective teaching behavior was found between trainers' adherence and clarity of instruction ($r = .37$).

With regard to teaching behavior, the results showed that the regular classroom teachers ($M = 3.40$, $SD = 0.33$) had better *classroom management* than the health professionals ($M = 2.76$, $SD = 0.58$), $t(42) = -4.55$, $p < .001$. The results also suggested that the health professionals ($M = 4.31$, $SD = 0.32$) had more *clarity of instruction* when implementing the program than the regular classroom teachers ($M = 4.12$, $SD = 0.25$), $t(42) = 2.14$, $p < .05$. In addition, the health professionals ($M = 74.91$, $SD = 16.52$) and regular classroom teachers ($M = 70.71$, $SD = 10.27$) did not differ with respect to *trainers' adherence*, $t(42) = 1.01$, $p = .32$. Overall, we found that trainers indeed differed in their teaching behavior.

Table 3: *Trainer Variables for Regular Classroom Teachers compared with Health Professionals and Intercorrelations*

	Teachers		Health professionals		<i>t</i> (42)	Intercorrelations			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		1	2	3	4
1. Trainer age	45.18	11.52	32.77	6.30	4.43***				
2. Trainer female	0.82	0.39	0.86	0.35	0.17 ^a	.08			
3. Classroom management	3.40	0.33	2.76	0.58	-4.55***	.33*	.08		
4. Clarity of instruction	4.12	0.25	4.31	0.32	2.14*	-.41**	-.09	.06	
5. Trainers' adherence	70.71	10.27	74.91	16.52	1.01	-.09	-.10	.12	.37**

Note. Trainer female, 0 = male, 1 = female.

^aChi-square test was used.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, one-tailed.

Research Question 3: The Value of Teaching Behavior in Predicting the Prevention Outcomes

To examine our third research question (c), which asked whether *classroom management*, *clarity of instruction*, and *trainers' adherence* would predict the success of the program, we added these factors and their respective interactions with the variable *health professional* to the multilevel regression model. The results are shown in Table 4.

Classroom management predicted the proximal outcome variable TISS-P-post, $B = 0.16$, $SE = 0.08$, $t(44) = 2.04$, $p < .05$: When the trainers showed good management of the group, their students showed more positive social behavior directly after training. This effect vanished at the 12MFU. *Classroom management* did not predict the distal outcome variables CES-D and SDQ directly after the training (CES-D-post and SDQ-post). But *classroom management* predicted the distal outcome SDQ, $B = -0.21$, $SE = 0.09$, $t(30) = -2.21$ $p < .05$, at the 12MFU. A trend was found for the CES-D outcome, $B = -0.16$, $SE = 0.12$, $t(35) = -1.42$ $p = .08$, at the 12MFU. The better a trainer managed his or her group, the more the students in this group seemed to profit from the program. This was mainly indicated by a lower degree of general psychopathology (SDQ) 12 months after the training.

Clarity of instruction was found to be a predictor but only for the proximal outcome SDQ, $B = -0.11$, $SE = 0.07$, $t(26) = -1.72$, $p < .01$, at the 12MFU: The more clarity the trainers showed when instructing their students during the sessions, the less general psychopathology the students showed 1 year after training. *Clarity of instruction* did not predict the other outcomes.

The *trainers' adherence* to the manual did not predict any of the outcomes at any time point. None of the interaction terms were significant predictors of the outcomes, indicating that the reported effects of the teaching behavior factors did not vary substantially between the two professions.

Table 4: *Multilevel Regression Analyses with Effective Teaching Behavior*

	CES-D				SDQ				TISS-P			
	Post		12MFU		Post		12MFU		Post		12MFU	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>
Constant	-0.49	0.22*	-0.20	0.26	-0.02	0.21	-0.07	0.22	-0.35	0.20*	-0.33	0.25
Student level												
Students' age	0.09	0.05*	0.15	0.06**	-0.00	0.04	0.03	0.05	0.04	0.04	-0.05	0.05
Migrant	-0.00	0.09	0.18	0.11	0.03	0.08	0.23	0.09**	0.02	0.08	0.05	0.10
Baseline score	0.43	0.05***	0.23	0.06***	0.62	0.04***	0.57	0.05***	0.62	0.04***	0.40	0.05***
Classroom level												
Student female	0.34	0.13**	0.26	0.15*	0.06	0.12	0.12	0.12	0.10	0.12	0.34	0.14*
Trainers' age	-0.02	0.07	-0.06	0.08	-0.03	0.07	0.01	0.06	0.06	0.06	0.04	0.08
Trainer female	0.31	0.16*	0.08	0.19	0.07	0.15	0.02	0.15	0.05	0.14	-0.02	0.17
Health professional	-0.01	0.19	-0.32	0.23	-0.16	0.19	-0.32	0.18*	0.41	0.17*	0.29	0.21
Classroom management	-0.05	0.10	-0.16	0.12	-0.12	0.10	-0.21	0.09*	0.19	0.09*	0.13	0.11
Clarity of instruction	-0.03	0.07	-0.06	0.08	-0.00	0.07	-0.11	0.07*	-0.03	0.06	0.01	0.08
Trainers' adherence	0.08	0.06	0.03	0.07	0.02	0.06	0.06	0.06	-0.05	0.06	0.05	0.07
IA HP×CM	-0.11	0.10	-0.13	0.12	-0.01	0.10	-0.13	0.09	-0.06	0.09	-0.03	0.11
IA HP×CoI	-0.01	0.07	0.04	0.08	-0.03	0.07	0.07	0.07	0.04	0.06	-0.06	0.08
IA HP×TA	0.07	0.06	0.07	0.07	0.06	0.06	0.02	0.06	-0.03	0.06	-0.01	0.07

Note. *Dfs* ranged from 37 to 385 due to different levels (individual and group). All variables except dummy variables (Migrant, student female, trainer female, health professional) were standardized before the regression models were calculated. For student female and trainer female, 0 = male, 1 = female, student female was measured at the classroom level because the groups were gender-homogenous. For migrant, 0 = German, 1 = non-German. For health professional, 0 = teacher, 1 = psychologist. CES-D = Center for Epidemiologic Studies – Depression Questionnaire, SDQ = Strength and Difficulty Questionnaire, TISS-P = Teenage Inventory of Social Skills - positive behavior. IA = interaction, HP = health professional, CM = classroom management, CoI = clarity of instruction, TA = trainers' adherence. Measurement points: post = posttraining, 12MFU = 12-month follow-up.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, one-tailed

5.4 Discussion

On the background of the limited attention that previous research has paid to the effectiveness of programs for preventing depressive symptoms in the specific context of schools, the first goal of the present study was to examine whether health professionals differed from regular classroom teachers in their effectiveness when teaching a school-based program that was designed to prevent depressive symptoms. Guided by current models of teaching quality research, the present study paid special attention to classroom management, clarity of instruction, and program adherence during the lesson. In sum, the study found no differences between regular classroom teachers and health professionals in prevention effectiveness for proximal (TISS-P) and distal (CES-D and SDQ) outcomes, but the results indicated that teachers displayed better classroom management, and health professionals showed better clarity of instruction during the program. Trainers' classroom management revealed a strong and consistent effect on proximal as well as distal prevention outcomes at posttest and 12MFU. Clarity of instruction predicted a distal outcome (SDQ), whereas trainers' adherence remained unrelated to the prevention outcomes. In the following, we will discuss the findings and outline the main contributions of the study.

Differences between Regular Classroom Teachers' and Health Professionals' Effectiveness

The aim of the present study was to address an important limitation in our understanding of the effectiveness of school-based programs that have been designed to prevent depressive symptoms in adolescent students. For this reason, the present study focused on key aspects of regular classroom teachers' and health professionals' teaching behavior. Regular classroom teachers and health professionals were chosen, first, to directly compare their effectiveness, and second, to identify substantial variation in effective teaching behavior. Thereby, the comparison of regular classroom teachers and health professionals revealed no differences between them in terms of proximal and distal outcomes.

The result of the direct comparison of these two groups in our study is remarkable when compared with the results of the meta-analysis by Stice et al. (2009), who showed that in studies in which health professionals conducted the programs, slightly greater effects were observed at follow-up than in studies in which teachers delivered the programs. It is important to note that, in the present study, the regular classroom teachers received highly intensive training accompanied by regular monitoring. Thus, the teachers devoted much of their time to the program, which was also part of their regular lessons during the course of the study. This intensive training of teachers might provide an explanation for the similarity in the levels of effectiveness between the classroom teachers and health professionals. But despite the intensive training, differences between the regular classroom teachers and the health professionals have to be kept in mind. Regular classroom teachers, on the one hand, can rely on their pedagogical background, they know their group thoroughly, and they can build on their long-term relationship of trust and an established set of rules (e.g., Han & Weiss, 2005; Masia-Warner, Nangle, & Hansen, 2006), whereas health professionals, on the other hand, can rely on their professional background and profound knowledge. Such differences are exactly what we found in the present study with regard to well-known factors of teaching behavior research: We found that regular classroom teachers surpassed the health professionals in terms of classroom management, whereas the health professionals outmatched the teachers in terms of clarity of instruction.

The Role of Effective Teaching Behavior

When focusing on the ratings of key classroom processes obtained from independent observers, the results showed that the ways in which regular classroom teachers and health professionals instructed the students during the program produced meaningful differences in program effectiveness. Thereby, the present study builds on the theoretical and methodological advice on the “science of classrooms.” Our analyses of the influence of teaching quality factors on proximal and distal outcomes indicated that classroom management and clarity of instruction

had positive effects on relevant prevention outcomes. Both regular classroom teachers and health professionals who displayed effective classroom management and presented the contents in a structured way laid the foundation for a more effective program. These findings are consistent with known results, and they extend the results in the field of teaching behavior research. Teachers' classroom management and clarity of instruction are considered to be important aspects of the quality of the learning process in the literature. Teaching quality research has shown that a structured and organized environment is associated with the way in which students learn and develop academically. In the current study, we found that this association held true not only for everyday learning but also for the effectiveness of a depression prevention program. Thereby, classroom management and clarity of instruction reflect important factors for regular classroom teachers and health professionals, a finding that supports the generalizability of quality factors in instructional settings.

By contrast, trainers' adherence had no significant impact on study outcomes. The reasons for this could be manifold. First, the present study showed that trainers' adherence and trainers' clarity of instruction were not independent from each other. They were correlated $r = .37$, displaying a moderate association. Second, we took special care to ensure that both the regular classroom teachers and health professionals adhered to the program as outlined in the manual. Thus, such intensive training may have led to similar levels of adherence between groups and a restriction of its predictive value. Finally, there is some indication that the *what* of an intervention program is less important than previously assumed. *How* a school-based program is delivered seems to be even more important (Stice et al., 2009).

Differential Pathways of Effectiveness

As we did not observe a consistent advantage for either of the professions, we examined whether the two professions differed in their teaching behavior. Indeed, the results indicated that classroom management reflects a valuable resource for classroom teachers, whereas clarity

of instruction reflects a valuable resource for health professionals in providing an effective program.

One explanation for these results may be found in the specific characteristics of lower track students. Especially in lower track classrooms, classroom management reflects a very important factor of teaching quality. The teacher's experience with students, including a set of existing rules and corporate agreements between students and their classroom teacher, can be assumed to be an important part of the classroom management process, which is not easy to achieve for external health professionals. On the other hand, health professionals have more profound knowledge about psychological content, leading to more structured sessions and clearer teaching. Even though special care was taken to impart adequate psychological knowledge to the teachers during their training, a free dealing and flexible use of the psychological content (e.g., providing examples of stressful situations) may have been difficult for the teachers to achieve. This might provide a potential explanation for the differences that were identified between the regular classroom teachers and the health professionals in terms of clarity of instruction.

Consequently, it appears that each, teachers and health professionals, displayed advantages in different important aspects of teaching behavior and were thus able to follow different pathways that led to comparable outcomes.

Limitations

This study has several important strengths, but there are a number of limitations that must be noted. First, even though 44 training groups participated in the present study, the size of the final sample limited the power of the given analysis. Moreover, it constrained the analysis of potential program moderators such as trainers' characteristics, the compositional features of the classroom, and the classroom-aggregated levels of behavioral risk factors.

Second, the design of the prevention program did not enable us to disentangle gender and prevention group effects. Although it is likely that a combination of students' gender and

program factors would provide additional information about program effectiveness, the conducting of gender-homogenous groups did not allow us to test such cross-level interactions.

Third, only the lower track students took part in the study. As students from the lower track are at a higher risk for the emergence of mental health problems (e.g., Fend & Schröer, 1990), *LARS & LISA* was primarily designed for lower track schools and classrooms, and students in the highest school track in Germany (i.e., the Gymnasium) did not participate in our study. Therefore, it is possible that school track differences might lead to differences in program effectiveness, including the relevance of teaching behavior factors for prevention success.

Fourth, the study outcomes were based only on students' self-reports. Even though past research has shown that adolescents can provide reliable and valid information about their psychological well-being (e.g., Inderbitzen, 1994), additional sources of information should be considered in further research.

Finally, future studies should also include additional domains of classroom interactions (e.g., emotional support). For instance, teaching dimensions such as trainers' sensitivity or trainers' regard for students' perspectives might reflect additional features of prevention effectiveness. The question of how such constructs can be operationalized in such relatively brief prevention studies might be challenging, especially when trainers from outside the school system (e.g., health professionals or any external program providers) deliver such programs. Nevertheless, without explicitly measuring such additional domains of classroom interaction, we cannot know whether they may be relevant for program effectiveness, too.

Despite these limitations, the results of this study advance our understanding of the effectiveness of school-based programs for preventing depressive symptoms. Most important, this study showed that well-known teaching behaviors substantially shape the effectiveness of school-based programs. The structured presentation of the contents of the program in a well-managed classroom was more important than the professional background of the person who delivered the program. In sum, the results should encourage the implementation of school-based

prevention programs. Not only health professionals, but also teachers, could be considered as potential deliverers of school-based prevention programs, whereby the promotion of their psychological background knowledge in training processes and practices might be a potential factor for increasing program effectiveness.

6. Studie 2

Die Wirkung eines universellen Depressionspräventionsprogramms auf die soziale Akzeptanz aus Sicht der Mitschüler²

6.1 Einleitung

Zahlen der Prävalenz der Depression im Kindes- und Jugendalter (Punktprävalenz: 0.68 - 3.4 %, vgl. Groen & Petermann, 2011; Lebenszeitprävalenz für 11-17 Jährige: 12.3 % Jungen, 21.2 % Mädchen, vgl. Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort & Ravens-Sieberer, 2008) belegen, dass Depression bereits im Schulalter ein ernstes Problem darstellen. Depressive Störungen weisen einen wiederkehrenden Verlauf auf und gehen mit einem erhöhten Risiko für künftige Selbstmordversuche, interpersonellen Probleme, Arbeitslosigkeit, Problemen mit dem Gesetz, psychiatrischen Komorbiditäten und schulischem Versagen einher (vgl. Klein, Torpey & Bufferd, 2008). Dies verdeutlicht, dass Präventions- und Interventionsstudien bereits im frühen Alter von enormer Bedeutung sind. Entsprechend steht mittlerweile eine Vielzahl universeller und selektiver Präventionsprogramme zur Verfügung, welche hauptsächlich auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgreifen (vgl. Seidler, Perry, Calear, Newby & Christensen, 2017; Corrieri, Heider, Conrad, Blume, König & Riedel-Heller, 2014). In bisherigen Evaluationsstudien von Depressionspräventionsprogrammen wurden immer wieder höhere präventive Effektstärken für weibliche und ältere Teilnehmer gefunden (Stice, Shaw, Bohon, Marti & Rohde, 2009). Darüber hinaus wird oft der Migrationshintergrund als Risikofaktor für Depression genannt (z.B. Bermejo, Mayninger, Kriston & Härter, 2010; Tydecks, Temur-Erman, Schouler-Ocak & Fydrich, 2009). Auch im Rahmen der Depressionsprävention wird der Migrationshintergrund als Moderator der Effektivität diskutiert (Stice et al., 2009), sodass bereits erste Versuche erfolgten, derartige Programme kulturell anzupassen (D'Angelo et al., 2009).

² Vorgesehen zur Einreichung im deutschen Journal *Kindheit und Entwicklung*

Das ursprünglich für die Realschule konzipierte Programm *LARS & LISA* gehört zu den bekanntesten Präventionsprogrammen im deutschen Sprachraum und erwies sich bereits in mehreren Evaluationsstudien als wirksam (Pössel, Seemann & Hautzinger, 2008, Pössel, Baldus, Horn, Groen & Hautzinger, 2005; Pössel, Horn, Hautzinger & Groen 2004; Groen, Pössel, Al-Wiswasi & Petermann, 2003). Neben einer hohen Akzeptanz bei den teilnehmenden Schülern, zeigte sich in Evaluationsstudien ein präventiver Effekt gegenüber Depressivität und damit zusammenhängenden Konstrukten, wie einem niedrigen Selbstwertgefühl (Wahl, Patak, Schmid & Hautzinger, 2008). Das für Hauptschulen adaptierte Programm *Lebenslust mit LARS & LISA* (LLL; Wahl et al., 2008) wird von den Schülern ebenfalls gut akzeptiert und erzielte in Studien mit sowohl durchführenden Lehrer als auch Psychologen positive Effekte bzgl. der depressiven Symptomatik und des Sozialverhaltens im 6 Monats-Follow-Up (Wahl, 2011). Diese Befunde sprechen dafür, dass sich LLL auch unter ökologisch validen Bedingungen mit nur einem Trainer und unter Anleitung durch ausgebildete Lehrkräfte für die Reduktion depressiver Symptomatik bewährt hat. Unklar ist bisher, inwieweit das Programm auch zeitlich naheliegende Effekte auf die soziale Akzeptanz unter Schülern hat (vgl. Pössel et al., 2005).

Lebenslust mit LARS & LISA beinhaltet neben kognitiven Trainingsbausteinen auch ein soziales Kompetenztraining, in dem sozial angemessener Umgang mit anderen in verschiedenen sozialen Situationen besprochen und geübt wird. Pfingsten (2000) konnte zeigen, dass derartige soziale Kompetenztrainings soziale Kognitionen in positiver Weise verändern können. Demnach führte das Training zu einer Reduktion von Angst vor Kontaktinitiierung, Kritik durch andere sowie einer Abnahme von Schuldgefühlen und übertriebenen Skrupel in sozialen Situationen. Ähnliche Befunde werden auch in einer Metaanalyse berichtet, die eine mittlere Effektstärke von sozialen Kompetenztrainings auf eine verbesserte soziale Interaktion nachweisen konnte (Pfingsten & Lösel, 1994). Diese sozialen Kompetenzen scheinen sowohl für das soziale Auftreten eines Schülers in der Klasse als auch die Reaktion der Klasse auf den Schüler wichtig zu sein (Kasari, Rotheram-Fuller, Locke &

Gulstrup, 2012; Hinsch, Bauer, Pflingsten & Weigelt, 1983). So konnte bereits gezeigt werden, dass sich durch ein soziales Kompetenztraining die soziale Akzeptanz von Schülern erhöhen kann (Bierman & Furman, 1984). Es erscheint daher plausibel, dass durch das Erlernen sozialer Fertigkeiten und durch gemeinsame Übungen während der Trainingssitzungen die soziale Akzeptanz der Schüler durch das Depressionspräventionsprogramm LLL positiv beeinflusst werden kann.

Diese Fragestellung erscheint besonders vor dem Hintergrund empirischer Belege wichtig, die wiederholt einen Zusammenhang zwischen Depression und sozialer Akzeptanz dokumentiert haben. Bisherige Befunde konnten zeigen, dass eine geringe soziale Akzeptanz durch Freunde (Colarossi & Eccles, 2003) und das Erleben, von Klassenkameraden nicht gemocht zu werden (Lansford et al., 2007), zukünftige depressive Symptome vorhersagen können. Es gibt sogar Belege, dass die von Schülern erlebte soziale Akzeptanz kulturübergreifend (sowohl für chinesische als auch für US-amerikanische Schüler) positiv mit dem Selbstwertgefühl und der akademischen Leistung und negativ mit ihrer Depressivität zusammenhängt (Jia et al., 2009). Plant und Sachs-Ericsson (2004) fanden, dass eine hohe soziale Akzeptanz besonders ethnische Minderheiten vor Depression schützen können.

Eine fehlende soziale Akzeptanz bis hin zur Viktimisierung von Schülern kann wiederum enorme negative Konsequenzen nach sich ziehen. Peerviktimisierung kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden, z.B. auf physischer (z.B. schlagen, schubsen), verbaler (z.B. hänseln) oder auf Beziehungsebene (z.B. Gerüchte verbreiten, jmd. ausschließen; vgl. Hawker & Boulton, 2000). Eine großangelegte Metanalyse von Querschnittsuntersuchungen über 20 Jahre legt nahe, dass Peerviktimisierung einen beträchtlichen Risikofaktor für Depression darstellt (Hawker & Boulton, 2000). Viktimisierte Jugendliche haben ein deutlich erhöhtes Risiko, depressive Symptome zu zeigen (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007). Schwartz et al. (2005) fanden einen prädiktiven Zusammenhang von Viktimisierung im Klassenzimmer und dem Ausmaß an depressiven Symptomen der Schüler. Die hohe Relevanz

für den Schulalltag zeigt sich nicht zuletzt darin, dass auch die schulische Leistung sozial ausgeschlossener Schüler vergleichsweise geringer ausfällt (vgl. Buhs, Ladd & Herald, 2006). Nach einer sozialen Zurückweisung erholen sich Depressive nicht nur langsamer emotional, sie zeigen auch eine verringerte körpereigene Opiatausschüttung (vgl. Hsu et al., 2015). Auch weitere Untersuchungen legen nahe, dass eine vorhandene soziale Akzeptanz vor Depressivität schützen und eine nicht vorhandene soziale Akzeptanz bis hin zur Viktimisierung ein Risikofaktor für Depressivität sein kann (Davidson & Demaray, 2007; Stadler, Feifel, Rohrman, Vermeiren & Poustka, 2010).

Darüber hinaus liegen Hinweise vor, die für die Annahme sprechen, dass Depressive durch ihr Verhalten bedingt auf soziale Abweisung stoßen (vgl. Coyne, 1976). Im Vergleich mit gesunden Kontrollprobanden werden demnach depressive Kinder weniger attraktiv und sozial kompetent eingeschätzt und erwecken weniger den Wunsch, mit ihnen Kontakt zu haben (Faust, Baum & Forehand, 1985; Mullins, Peterson, Wonderlich & Reaven, 1986). Zahlreiche weitere Studien deuten darauf hin, dass bereits junge depressive Kinder durch ihr Verhalten vergleichsweise sozial unattraktiv bzw. unsympathisch wirken und deshalb von ihren Peers zurückgewiesen oder schikaniert werden, was wiederum als aufrechterhaltender Faktor der Depression fungieren kann (z.B. Sentse, Prinzie & Salmivalli, 2016; Platt et al. 2013, Joiner, 2001; Connolly, Geller, Marton & Kutcher, 1992).

Bisherige Studien konnten folglich einen Zusammenhang zwischen sozialer Akzeptanz und Depressivität belegen, wobei beide Wirkrichtungen plausibel erscheinen. Trotz dieser Erkenntnisse gibt es bis dato kaum Bemühungen, die Auswirkung von Depressionspräventionsprogrammen auf die soziale Akzeptanz der Schüler zu untersuchen. In der einzig bekannten Studie (Pössel et al., 2005), die sich diesem Thema widmet, wurde die Eigenperspektive der Schüler zur Erhebung der subjektiv erlebten, sozialen Netzwerkgröße der Schüler herangezogen: LLL konnte dabei die soziale Netzwerkgröße der Schüler erhöhen. Da eine verzerrte Wahrnehmung der Betroffenen ein wesentliches Merkmal von Depression ist

(Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), scheinen *objektive* Maße möglicherweise adäquater zu sein. Ziel der vorliegenden Studie war es folglich, die Effektivität des universellen Depressionspräventionsprogramm LLL auf die objektive soziale Akzeptanz zu untersuchen. Hierzu wurde die Peer-Nomination Methode eingesetzt, bei der die Einschätzung der Mitschüler bzgl. der sozialen Akzeptanz der jeweiligen Schülerin bzw. des jeweiligen Schülers erhoben wird. Der wesentliche Vorteil der Peer-Nomination Methode ist, dass für jeden Schüler durch die hohe Anzahl an Fremdbeurteilungen eine valide und objektive Einschätzung der sozialen Akzeptanz entsteht, die somit erfasst, wie der jeweilige Schüler von der gesamten Klassengemeinschaft wahrgenommen wird.

In der vorliegenden Studie werden darüber hinaus die in diesem Kontext häufig als relevant beschriebenen Variablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund (vgl. z.B. Stice et al., 2009) auf deren moderierenden Einfluss untersucht. In der vorliegenden Studie soll somit überprüft werden:

- (a) ob aus Perspektive der Schüler das Ausmaß an sozialer Akzeptanz mit dem Ausmaß an Depressivität negativ zusammenhängt,
- (b) ob sich aus Sicht der Mitschüler das universelle Depressionspräventionsprogramm LLL positiv auf die soziale Akzeptanz der Schüler auswirkt,
- (c) ob das Geschlecht, das Alter und der Migrationshintergrund der Schüler diesen Effekt moderieren und
- (d) ob sich diese Effekte auch unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur (Schüler genestet in Klassen) zeigen.

6.2 Methode

Stichprobe

An der Studie nahmen 353 Schüler aus 16 berufsausbildenden Klassen (neun in der Interventionsgruppe; sieben in der Kontrollgruppe) der Jahrgangstufe acht und neun aus den Regierungsbezirken Karlsruhe und Tübingen teil. Zum Zeitpunkt der Prämessung lag das Alter

der Teilnehmer zwischen 12 und 16 Jahren ($M = 13.52$ $SD = 0.66$). 54.2 % waren männlich und 29.2 % hatten einen Migrationshintergrund.

Studiendesign

Da einige Rektoren sich nur bereit erklärten, dass ihre Schule lediglich als Kontrollgruppe teilnehmen durfte, konnte keine Randomisierung auf Klassenebene stattfinden (siehe Diskussion). Die Schüler einer Schule gehörten somit entweder zur Kontrollgruppe oder zur Interventionsgruppe. Schüler der Interventionsgruppe wurden in zwei geschlechtshomogene Gruppen mit jeweils einem Trainer aufgeteilt. Die Kontrollgruppen erhielten zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie regulären Unterricht. Somit resultierte ein Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten, direkt vor und direkt nach dem zehnwöchigen Programm.

Durchführung von *LARS & LISA*

LLL beinhaltet als ersten zentralen Baustein das Erkennen des Zusammenhangs von Gedanken, Gefühlen und Handlungen. Dabei sollen die Schüler lernen, eigene dysfunktionale Gedanken zu erkennen und durch aufbauende Gedanken zu ersetzen. Als zweiten Baustein beinhaltet das Programm das Erlernen und Einüben von sozial kompetenten Verhaltensweisen. Der Einbezug des Alltags der Schüler sowie Rollenspiele als praktische Übungen sind für das Programm zentrale methodische Vorgehensweisen (zur genaueren Übersicht siehe Wahl et al., 2008).

Das Programm wurde von ausgebildeten Lehrern und Psychologen durchgeführt, welche in einem zweitägigen Training von erfahrenden Therapeuten in den Programminhalten ausgebildet wurden. LLL wurde in zehn wöchentlichen Doppelstunden mit einer Dauer von 90 min während der normalen Unterrichtszeit durchgeführt. Zunächst wurden Informationsbriefe an die Rektoren der jeweiligen Schulen geschickt. Auf deren Einverständniserklärung hin wurden Eltern und Klassenlehrer informiert und eine Einverständniserklärung an die Eltern geschickt.

Instrumente

Für die Einschätzung der Klassenkameraden wurden Items verwendet, welche die Schüler auf einer Likert-Skala von 1 (Stimmt genau) bis 4 (Stimmt gar nicht) bezüglich jedes Klassenkameraden beurteilen sollten. Das Ausmaß an Niedergeschlagenheit wurde von den Klassenkameraden mithilfe des Items „Dieser Schüler ist häufig niedergeschlagen“ beurteilt und sollte als Annäherung an das Konstrukt Depressivität betrachtet werden. Die Beliebtheit der Schüler wurde mit der Aussage „Diesen Schüler mag ich sehr“ bewertet. Inwieweit der Schüler in die Klassengemeinschaft integriert oder ausgeschlossen wird, wurde mit der Aussage „Für mich gehört dieser Schüler nicht richtig zur Klassengemeinschaft dazu“ erhoben. Die Beliebtheit und das Maß an Integration (Item umcodiert) wurden für jeden Schüler zu einem Wert addiert, der ein Maß für die jeweilige soziale Akzeptanz der Schüler ergab. Jeder Schüler erhielt demnach von jedem seiner Klassenkameraden eine Einschätzung bzgl. Depressivität und sozialer Akzeptanz. Die Einschätzungen wurden über die Mitschüler hinweg gemittelt. Diese Methode der gegenseitigen Einschätzung geht auf die Peernomination-Technik zurück (vgl. Serbin, Lyons, Marchessault, Schwartzman & Ledingham 1987).

Studienablauf und Datenanalyse

Die Datenerhebung fand mit der ganzen Klasse während der normalen Unterrichtszeit statt. Währenddessen waren das Forscherteam und zumeist die jeweils verantwortlichen Lehrer anwesend. Die Schüler wurden instruiert, die Items bzgl. all ihrer Mitschüler zu beantworten. Die Datenerhebung dauerte etwa 45 min. Im Anschluss erhielten die Schüler eine Süßigkeit.

Zur Datenanalyse wurden Regressionsanalysen berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Für die Berechnungen wurde das Statistikprogramm SPSS (Version 22, 2013) verwendet.

6.3 Ergebnisse

Zusammenhang von Depressivität und sozialer Akzeptanz

Erwartungskonform zeigte sich, dass das von den Mitschülern berichtete Ausmaß an Depressivität mit dem Ausmaß an sozialer Akzeptanz sowohl vor ($r = -.63, p < .001$) als auch nach dem Training ($r = -.54, p < .001$) hoch negativ korrelierte.

Berechnung des Intraklassen-Koeffizienten

Da die Intervention auf Klassenebene ausgeführt wurde, stand zunächst die Annahme im Raum, dass Schüler einer Klasse ähnlichere Werte bzgl. der sozialen Akzeptanz aufweisen könnten als Schüler verschiedener Klassen. Daher sollte zunächst überprüft werden, ob die Klassenzugehörigkeit einen substanziellen Teil zur Varianzaufklärung beiträgt. Hierfür wurde der Intraklassen-Koeffizient der Klassenzugehörigkeit in einem hierarchischen Nullmodell berechnet. Dieser lag bei einem Wert von 16.2 %. Die Signifikanzgrenze wurde erreicht ($p = .028$). Da es daher wahrscheinlich erschien, dass die Klassenzugehörigkeit Varianz aufklären kann, erschien es notwendig, die Klassenebene in eine weitere Analyse mitaufzunehmen. Daher sollen die Daten in der Folge sowohl mit als auch ohne Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit dargestellt werden. Die statistische Power variiert je nach Art des Modells (einfaches lineares- vs. multilevel Modell), da je nach methodischem Vorgehen entweder die Anzahl an Schüler oder die Anzahl an Klassen als Grundlage der Berechnung gewählt werden. Die Ergebnisse sollen verglichen und diskutiert werden.

Ergebnisse ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur

Als abhängige Variable wurde der Postwert der Variable soziale Akzeptanz verwendet. Neben der Dummyvariable LLL (LLL erhalten = 1/ LLL nicht erhalten = 0) wurden folgende Variablen als Kontrollvariablen in die Regression miteingeschlossen: Ausgangswert des sozialen Akzeptanz (z-standartisiert), Alter (z-standardisiert), Geschlecht (Dummyvariable, weiblich = 1/ männlich = 0) und Migrationshintergrund (Dummyvariable, mit Migrationshintergrund = 1/ deutsch = 0). Ebenso wurden die Interaktionsterme der Variablen LLL mit den Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund in die Regressionsberechnung miteingeschlossen.

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der linearen Regression ohne Berücksichtigung der Klassen oder Trainingsgruppenzugehörigkeit dargestellt. Die Varianzinflationsfaktoren der angegebenen Faktoren wurden berechnet, um das Modell auf Multikollinearität zu überprüfen. Die VIF-Werte liegen allesamt unter 10. Die Schätzungen der Regressionskoeffizienten können demnach nach Wooldridge (2015) als ausreichend stabil und genau bezeichnet werden.

Kontrollvariablen. Von den Kontrollvariablen konnte erwartungsgemäß der Ausgangswert der sozialen Akzeptanz (Präwert) deren spätere Ausprägung (Postwert) vorhersagen ($B = 0.72$, $SE = 0.04$, $t = 20.68$; $p < .001$): höhere Werte an sozialer Akzeptanz im Prätest sagten eine höhere soziale Akzeptanz für den Posttest vorher. Auch das Geschlecht konnten die soziale Akzeptanz (Post) vorhersagen ($B = 0.34$, $SE = 0.10$, $t = 3.32$; $p < .01$): diese war für Mädchen günstiger als für Jungen. Die Variablen Alter und Migrationshintergrund sagten die soziale Akzeptanz nicht signifikant vorher.

Effekt von LLL. Erwartungskonform konnte die Interventionsvariable LLL die spätere soziale Akzeptanz der Schüler vorhersagen ($B = 0.27$, $SE = 0.11$, $t = 2.55$; $p < .05$). Denjenigen Schüler, die LLL erhielten, wurde direkt nach der Intervention - kontrolliert auf die genannten Kovariablen - mehr soziale Akzeptanz zuteil als jenen, die in der Kontrollgruppe waren.

Interaktionseffekte. Der Interaktionsterm von LLL und Migrationshintergrund wurde ebenfalls signifikant ($B = -0.35$, $SE = 0.15$, $t = -2.36$; $p < .05$). Zur Interpretation der Richtung der Interaktion und zur graphischen Darstellung wurden die jeweiligen Werte der Untergruppen (Deutsche und LLL; Deutsche ohne LLL; Schüler mit Migrationshintergrund und LLL; Schüler mit Migrationshintergrund ohne LLL) berechnet. Hierfür wurde zu den für alle Untergruppen relevanten Regressionskoeffizienten (Konstante der Regressionsgleichung, Ausgangswert der soziale Akzeptanz und Geschlecht der Teilnehmer) zusätzlich die Faktoren Migrant und LLL je nach Dummycodierung (mit Migrationshintergrund = 1/ deutsch = 0; LLL erhalten = 1/ LLL nicht erhalten = 0) addiert. Somit erhielt jede Untergruppe einen spezifischen Wert, die grafisch in Abbildung 2 dargestellt sind. Anschließend wurde separat der Effekt von LLL bei deutschen

Schülern und bei Schülern mit Migrationshintergrund berechnet. Dabei wurde analog zur obigen Regressionsanalyse vorgegangen (ohne den Faktor Migrant und den Interaktionsterm $Migrant \times LLL$). Dabei scheinen deutsche Schüler von der Intervention zu profitieren ($B = 0.35$, $SE = 0.12$, $t = 2.91$; $p < .01$), während dies bei Schülern mit Migrationshintergrund nicht der Fall zu sein scheint ($B = -0.10$, $SE = 0.16$, $t = -0.64$; $p = .53$).

Alle anderen Interaktionsterme ($LLL \times Alter$ und $LLL \times Geschlecht$) stellten sich als nicht signifikant heraus.

Tabelle 5: *Lineare Regressionsanalyse mit sozialer Akzeptanz (Post) als abhängiger Variable ohne Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit und der Trainingsgruppenzugehörigkeit*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p-Wert</i>	<i>VIF</i>
Konstante	-.28	.09	-3.26	.001	
Soziale Akzeptanz (Prä)	.72	.04	20.68	.000***	1.06
Alter	-.01	.05	-0.20	.845	2.24
weiblich	.34	.10	3.32	.001**	2.46
Migrant	.20	.11	1.90	.059	2.15
LLL	.27	.11	2.55	.011*	2.50
IA LLL × Migrant	-.35	.15	-2.36	.019*	2.38
IA LLL × Weiblich	-.18	.14	-1.27	.205	3.09
IA LLL × Alter	-.09	.07	-1.29	.199	2.16

Anmerkung. VIF = Varianzinflationsfaktor. Soziale Akzeptanz (Prä) und Alter sind z-standardisiert. Für Dummyvariable Migrant: mit Migrationshintergrund = 1/ deutsch = 0. Für Dummyvariable weiblich: weiblich = 1/ männlich = 0. Für Dummyvariable LLL: LLL erhalten = 1/ LLL nicht erhalten = 0. IA = Interaktionsterm. * $p < .05$. ** $p < .01$. $p < .001$ ***, zweiseitig.

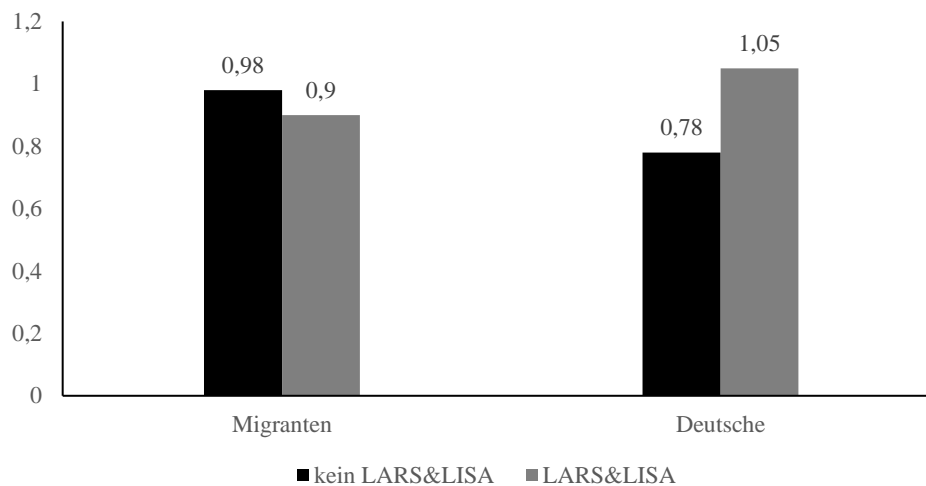


Abbildung 2: Werte der Regressionsgleichung für die Untergruppen, die aus den dichotomen Faktoren LLL und Migrant resultieren. Werte ergeben sich aus der Berechnung der Regressionsgleichung für die jeweilige Untergruppe durch Einsetzen der Dummywerte und den signifikanten Prädiktoren: Konstante, soziale Akzeptanz (Prä), weiblich, LLL und der Interaktion aus LLL und Migrant. Während deutsche Schüler (Beschriftung: „Deutsche“) von LLL zu profitieren scheinen, ist bei Schülern mit Migrationshintergrund (Beschriftung: „Migranten“) keine durch LLL erreichte Verbesserung der sozialen Akzeptanz zu erkennen.

Berechnung unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur

Tabelle 6 stellt die Werte unter Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit und der Trainingsgruppenzugehörigkeit dar. Da es sich um genestete Daten der Schüler innerhalb einer Klasse handelte und die Werte der sozialen Akzeptanz der Schüler innerhalb der Klasse nicht unabhängig voneinander waren ($ICC = .16$), wurde in einer zusätzlichen hierarchischen Regression (gemischtes Modell mit Restricted Maximum Likelihood Schätzung) berücksichtigt, aus welcher Klasse die Schüler kamen und in welcher Trainingsgruppe die Schüler sich befanden. Damit sollte eine Kontrolle des Effekts, der auf die Klassen- und/oder Trainingsgruppenzugehörigkeit zurückzuführen ist, erreicht werden. Zur Berechnung des gemischten Regressionsmodells wurden dieselben Variablen, wie oben beschrieben, aufgenommen. Die Effekte der Klassenzugehörigkeit und der Trainingsgruppenzugehörigkeit wurden als zufällige Effekte in die Regression mitaufgenommen.

Kontrollvariablen. In diesem Modell war lediglich der Präwert der sozialen Akzeptanz ($B = .78$, $SE = .03$, $t(309) = 24.67$, $p < .001$) als signifikanter Prädiktor und das Geschlecht als marginal signifikanter Prädiktor ($B = .18$, $SE = .09$, $t(310) = 1.87$, $p = .06$) für die Outcomevariable soziale Akzeptanz (Post) auszumachen. Weder die Variablen Alter ($B = -.03$, $SE = .04$, $t(301) = -0.83$, $p = .40$), noch Migrationshintergrund ($B = .11$, $SE = .10$, $t(310) = 1.15$, $p = .24$) konnten als signifikante Prädiktoren ausgemacht werden.

Effekt von LLL. Auch die Interventionsvariable LLL konnte unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur nicht als Prädiktor für die soziale Akzeptanz (Post) ausgemacht werden ($B = .11$, $SE = .21$, $t(17) = 0.53$, $p = .60$). Auf der Klassenebene konnte das universelle Depressionspräventionsprogramm LLL also den erwarteten Effekt nicht erzielen (siehe Diskussion). Interaktionseffekte waren ebenfalls nicht zu finden.

Tabelle 6: Hierarchische Regressionsanalyse mit sozialer Akzeptanz (Post) als abhängiger Variable unter Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit und Trainingsgruppenzugehörigkeit

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>t</i> -Wert	<i>p</i> -Wert
Konstante	-.12	.16	19	-0.70	.49
Soziale Akzeptanz (Prä)	.78	.03	309	24.67	.000***
Alter	-.03	.04	301	-0.83	.405
weiblich	.18	.09	310	1.87	.062
Migrant	.11	.10	310	1.15	.249
LLL	.11	.21	17	0.53	.603
IA LLL × Migrant	-.17	.13	308	-1.29	.199
IA LLL × Weiblich	-.15	.12	308	-1.18	.239
IA LLL × Alter	.01	.06	302	0.18	.860

Anmerkung. Soziale Akzeptanz (Prä) und Alter sind z-standartisiert. Für Dummyvariable Migrant gilt: mit Migrationshintergrund = 1/ deutsch = 0. Für Dummyvariable weiblich: weiblich = 1/ männlich = 0. Für Dummyvariable LLL: LLL erhalten = 1/ LLL nicht erhalten = 0. IA = Interaktionsterm. Df = Freiheitsgrade. * $p < .05$. ** $p < .01$. $p < .001$ ***, zweiseitig.

6.4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die Effektivität des universellen Depressionspräventionsprogramm *Lebenslust mit LARS & LISA* auf die soziale Akzeptanz der teilnehmenden Schüler untersucht. Dabei zeigte sich, (a) dass aus Sicht der Mitschüler das Ausmaß an Depressivität hoch negativ mit dem Ausmaß an sozialer Akzeptanz korrelierte, (b) dass LLL ohne Berücksichtigung der Klassenebene einen positiven Effekt auf die soziale Akzeptanz der Schüler hatte, (c) dass dieser Effekt nur bei deutschen Schülern und nicht bei Schülern mit Migrationshintergrund zu finden war und (d) dass der positive Effekt von LLL auf die soziale Akzeptanz unter Berücksichtigung der Klassenebene nicht mehr zu finden war.

Einfluss der Kontrollvariablen

Neben dem Geschlecht sagte der Ausgangswert der sozialen Akzeptanz den späteren Wert der sozialen Akzeptanz voraus. Beide Befunde sprechen für die Reliabilität der abhängigen Variable *soziale Akzeptanz*. Dass Mädchen mehr soziale Akzeptanz erfahren als Jungen, scheint dabei im Einklang mit der bestehenden Literatur zu stehen (z.B. O'Neil, Welsh, Parke, Wang & Strand, 1997). Auch Preuss-Lausitz (1992) fand in einer Längsschnittuntersuchung, in der Grundschulklassen befragt wurden, dass Mädchen deutlich beliebter sind als Jungen und dass unter den besonders Beliebten mehr Mädchen und unter den besonders Unbeliebten mehr Jungen zu finden sind. Dabei nimmt die soziale Akzeptanz von Jungen zwar von der ersten bis zur sechsten Klasse zu, erreicht aber nicht die Beliebtheit der Mädchen. Auch andere Studien (O'Neil et al. 1997; Boulton & Smith, 1994), zeigten, dass das Ausmaß an sozialer Akzeptanz zeitlich eher stabil ist. Dies könnte möglicherweise in Teilen dadurch erklärt werden, dass unterschiedliche Faktoren für die soziale Akzeptanz für Jungen und Mädchen verantwortlich sind: Für Jungen scheinen Eigenschaften wie athletisch, „cool“ und stark zu sein, sowie soziale Fertigkeiten und Erfolg in gegengeschlechtlichen Beziehungen zu haben, besonders wichtig für deren soziale Akzeptanz. Mädchen punkten wiederum mit

ihrem körperlichen Erscheinungsbild, mit sozialen Fertigkeiten, mit schulischem Erfolg und mit dem sozioökonomischen Status der Eltern (Adler, Kless & Adler, 1992).

Der Zusammenhang von sozialer Akzeptanz und Depressivität

Erwartungskonform und in Übereinstimmung mit bisheriger Literatur (z.B. Jia et al., 2009; Zimmer-Gembeck, Hunter & Pronk, 2007; Colarossi & Eccles, 2003; Segrin, & Flora, 2000) konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass das Ausmaß an Depressivität stark mit einer fehlenden sozialen Akzeptanz assoziiert ist. Die vorliegenden Ergebnisse sind zudem in Übereinstimmung mit einer Reihe von Studien, die zum einen die mitbestimmende Rolle der sozialen Akzeptanz bei der Entstehung von Depressivität bei Heranwachsenden (z.B. Stadler et al., 2010; Davidson & Demaray, 2007; Lansford et al., 2007; Klomek et al., 2007; Schwartz et al., 2005) und zum anderen die negative Auswirkung des Verhaltens depressiver Kinder auf deren soziale Akzeptanz belegen (z.B. Sentse et al., 2016; Platt et al. 2013, Joiner, 2001; Connolly, Geller, Marton & Kutcher, 1992). Die vorliegende Studie ergänzt diese bisherigen Befunde in einer wichtigen Hinsicht: Um die verzerrte Wahrnehmung der Betroffenen als wesentlichem Merkmal von Depression (vgl. Beck et al., 1979) vorzubeugen, wurde in der vorliegenden Studie die Peer-Nomination Methode als objektives Maß zur Erhebung der sozialen Akzeptanz herangezogen. Der beschriebene Befund ist folglich dahingehend besonders wertvoll, da durch die hohe Anzahl an Fremdbeurteilungen für jeden Schüler ein Bild der sozialen Akzeptanz entstand, dass es erlaubt, den Schüler aus Sicht der gesamten Klasse zu sehen.

Der Einfluss von LLL auf die soziale Akzeptanz

Den Ergebnissen ohne Berücksichtigung der Klassenebene zur Folge scheint LLL einen positiven Einfluss auf die soziale Akzeptanz der Schüler zu haben. Dies legt nahe, dass das ursprünglich zur Depressionsprävention konzipierte Programm LLL bereits einen Effekt auf das zeitlich nahe liegende Ziel der Verbesserung der sozialen Akzeptanz der Schüler haben könnte.

Ein hohes Maß an sozialer Akzeptanz zu gewährleisten, stellt damit nicht nur ein wichtiges Ziel für das tägliche Miteinander in der Schule dar, sondern würde somit auch ein wichtiger Faktor zur präventiven Bekämpfung von Depression im Kindes- und Jugendalter sein. Für die durchführenden Lehrer dürfte eine Verbesserung der sozialen Akzeptanz im Vergleich zu einer etwaigen Verbesserung internaler Faktoren, wie bspw. depressives Grübeln, besser erkennbar sein (vgl. Puura et al., 1998). Eine erkennbare Besserung dürfte wiederum für die Trainer eher als motivierender Faktor für die Durchführung erlebt werden als eine Besserung, die lediglich internal von statten geht und daher schwer von außen beobachtet werden kann (vgl. Han & Weiss, 2005). Vor diesem Hintergrund scheinen derartige proximale Ziele im Rahmen von Depressionspräventionsprogrammen gerade für die längerfristige Motivation des durchführenden Trainers von besonderer Bedeutung zu sein.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Erweiterung des Evaluationsfokus derartiger Programme auf den Faktor soziale Akzeptanz aus mehreren Gründen vielversprechend ist. Zum einen ist an der Entstehung der sozialen Akzeptanz der einzelnen Schüler jeweils die ganze Klasse beteiligt, sodass deren Beurteilung einen besonderen Aufschluss über das Ausmaß an sozialer Akzeptanz der einzelnen Schüler liefert. Darüber hinaus scheint es auch plausibel zu sein, dass unter einer insgesamt verbesserten erlebten sozialen Akzeptanz der einzelnen Schüler auch die ganze Klasse, z.B. im Sinne eines verbesserten Klassenklimas, profitiert. Somit scheint es sich bei der sozialen Akzeptanz weniger um ein unabhängiges Erleben eines Einzelnen zu handeln, als vielmehr um einen Faktor, der zum einen die ganze Klasse betrifft und der zum anderen von der Klasse selbst aktiv mitbestimmt wird (vgl. Reindl & Gniewosz, 2017).

Migrationshintergrund als Moderator

Die in der Studie gefundene Interaktion von Migrationshintergrund und LLL legt nahe, dass in der vorliegenden Stichprobe lediglich deutsche Schüler von LLL bzgl. der sozialen Akzeptanz profitierten, während Schüler mit Migrationshintergrund keine Verbesserung aufwiesen. Dieser Befund scheint nicht mit den Ergebnissen der Metanalyse von Stice et al.

(2009) in Einklang zu sein, in der die Autoren fanden, dass derartige Programme in Populationen mit einem höheren Anteil an Migranten effektiver sind.

Der Befund der vorliegenden Studie könnte darin begründet sein, dass derartige Programme hauptsächlich von europäischen und/oder amerikanischen Forschern konzipiert und evaluiert wurden (vgl. Seidler et al., 2017), sodass die verwendeten Themen, Konzepte, Übungen, etc. möglicherweise inkongruent zu andern Kulturen sind und daher bei letzteren weniger wirken. So werden bei LLL möglicherweise die speziellen Lebensumstände von Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund des häufig diskutierten Risikofaktors Migrationshintergrund für die psychische Gesundheit empfehlen auch Horowitz und Garber (2006) derartige Programme auf die kulturelle Herkunft der Rezipienten anzupassen. Der Widerspruch des Ergebnisses der vorliegenden Studie zum Ergebnis der Studie von Stice et al. (2009) kann mit diesem Erklärungsansatz jedoch nicht erklärt werden, sodass es notwendig erscheint, mithilfe weiterer Forschungsbestrebungen den Migrationshintergrund als moderierenden Faktor näher zu untersuchen.

Mögliche Wirkungswege

Es stellt sich die theoretische Frage, auf welchem Weg LLL die soziale Akzeptanz verbessern könnte. Prinzipiell wäre es möglich, eine erhöhte soziale Akzeptanz als Folge einer geringeren Depressivität der Schüler anzusehen. Die mit einer reduzierten Depressivität einhergehenden, sozial günstigeren Verhaltens- und Denkweisen der Schüler könnten somit zu mehr sozialer Akzeptanz geführt haben (vgl. Sentse, Prinzie & Salmivalli, 2016; Coyne, 1976).

Auf der anderen Seite könnte LLL gerade durch Programmelemente, wie Rollenspiele, sozial adäquate Verhaltensweisen geformt haben (vgl. Pfingsten & Lösel, 1994), die sich wiederum positiv auf die soziale Akzeptanz der Schüler ausgewirkt haben könnten. Weitere Programmbausteine, wie das Einbringen persönlicher Beispiele der Schüler, könnte die Schüler untereinander insgesamt offener und toleranter gegenüber den Problemen und Schwächen der Anderen gemacht haben, sodass durch gewisse Programmbausteine von LLL

Einstellungsänderungen vermittelt wurden (vgl. Pfingsten, 2000), die sich schließlich günstig auf die soziale Akzeptanz ausgewirkt haben (vgl. Pfingsten & Lösel, 1994).

Prinzipiell scheinen beide Wirkrichtungen möglich. Für die Ergebnisse der vorgelegten Studie scheint jedoch die letztgenannte Wirkrichtung plausibler, da eine direkte Veränderung auf das enger gefasste, eher proximale Konzept der sozialen Akzeptanz einen geringeren Wirkungszeitraum beanspruchen dürfte, als das eher distale Ziel der Verbesserung der Depressivität. Letzteres Ziel umfasst mehr Komponenten, dürfte von mehr Faktoren abhängen und daher möglicherweise eher mehr Wirkungszeit beanspruchen. Da aber in der vorliegenden Studie die zeitlich unmittelbare Wirkung direkt nach dem Programm erhoben wurde, erscheint es daher wahrscheinlicher, dass dabei eine direkte Wirkung von LLL auf die soziale Akzeptanz erfasst wurde. Eine verbesserte soziale Akzeptanz könnte wiederum mit mehr Wirkungszeit (als in der vorliegenden Studie gemessen) Depressivität reduzieren oder verhindern (vgl. Colarossi & Eccles, 2003).

Ergebnisse mit Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur

Geht man davon aus, dass die Schüler einer Klasse nicht als vollständig unabhängige Untersuchungseinheiten betrachtet werden können und berücksichtigt man die hierarchische Struktur der Daten (Schüler genestet in Klassen), so wurden die oben genannten Ergebnisse nicht bestätigt: LLL konnte unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur nicht mehr als Prädiktor für die soziale Akzeptanz ausgemacht werden.

Je nach Art der Modellierung - mit oder ohne Berücksichtigung der Klassenebene - können somit unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen werden, was in der Folge sowohl methodisch als auch inhaltlich diskutiert werden soll.

Vor- und Nachteil der verwendeten Modellierung

Beide verwendete Arten der Regressionsberechnungen haben Vor- und Nachteile. Der Vorteil des nicht-hierarchischen Modells ohne Berücksichtigung der Klassenebene liegt vor allem darin, dass die Freiheitsgrade auf Schülerebene wesentlich höher sind, als dies auf

Klassenebene der Fall ist. Aufgrund des erhöhten Risikos eines Fehlers 1. Art müssen die Ergebnisse dabei mit Vorsicht und als vorläufig betrachtet werden. Problematisch ist dabei, dass die Unabhängigkeit der Teilnehmer oft nicht vollständig gegeben ist. So betrug der Intraklassen-Koeffizient (ICC) der teilnehmenden Klassen in der vorliegenden Studie .16. Folglich lassen sich 16% der Gesamtvarianz der sozialen Akzeptanz in der vorliegenden Studie lediglich dadurch erklären, aus welcher Klasse der Schüler stammt. Dies deckt sich mit praktischen Erfahrungen von Lehrkräften, die von unterschiedlich ausgeprägter sozialer Akzeptanz innerhalb von unterschiedlichen Klassen berichteten, was bspw. mit der Klassengröße zusammen zu hängen scheint (vgl. Haselbeck, 2005; Weissleder, 1997). Mit zunehmenden ICC-Werten steigt aber das Risiko eines falsch positiven Resultats (Musca et al., 2011). Das Risiko eines Fehlers erster Art wird demnach erhöht, sobald die ICC-Werte > 0 annehmen. Musca et al. (2011) legen nahe, dass bereits ein geringer ICC zu einer Inflation des Fehlers erster Art führen kann. Ab einem Wert von $> .10$ ist dann mit einer nicht zu unterschätzenden Inflation des Fehlers erster Art zu rechnen (Kenny & Judd, 1986). Würden daher lediglich die Ergebnisse der vorliegenden Studie ohne Berücksichtigung der Klassenebene betrachtet, bestünde ein nicht zu unterschätztes Risiko eines Fehlers erster Art. Denn damit könnte eine Wirksamkeit eines derartigen Programms nahegelegt werden, welche jedoch so nicht der Fall ist. Das unterstreicht die Notwendigkeit, derartige Daten auch unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur zu analysieren.

Wesentlicher Vorteil des hierarchischen Vorgehens unter Berücksichtigung der Klassenebene ist, dass die Teilnehmer einer Klasse für die Berechnung nicht unabhängig sein müssen. Wird die genestete Datenstruktur berücksichtigt, liegt jedoch zur Berechnung nun die Klassenebene mit weniger Freiheitsgraden zugrunde. Der Nachteil dieses Vorgehens ist folglich, dass die Freiheitsgrade geringer sind als auf Schülerebene.

Randomisierung und Gruppengröße

Sowohl aus schulorganisatorischen als auch aus ethischen Gründen (z.B. Stigmatisierung, etc) ist es problematisch, einigen Schüler einer Klasse eine Intervention zukommen zu lassen, während andere nicht teilnehmen dürfen. Bei der vorliegenden Studie wurde die Bedingung somit nicht auf Schülerebene randomisiert, da jeweils gesamte Klassen das Programm erhielten oder als Kontrollgruppe teilnahmen. Eine Randomisierung auf Klassenebene war dadurch erschwert, dass einige Schulleiter nicht wollten, dass das Programm an ihrer Schule durchgeführt wird. Damit standen die Klassen dieser Schule nur als Kontrollgruppe zur Verfügung.

Musca et al. (2011) beschreiben, wie der Fehler erster Art mit der Menge an Mitgliedern pro Gruppe zunimmt, so dass die Autoren empfehlen, weniger Teilnehmer pro Gruppe, dafür aber mehr Gruppen zu verwenden. Um in künftigen Studien das Studiendesign aus methodischen Gesichtspunkten zu optimieren, müsste (a) vor allem bei niedrigen Stichproben auf Schülerebene randomisiert werden, (b) die Klassen in verschiedene Gruppen aufgeteilt werden und/oder (c) insgesamt mehr Klassen teilnehmen. Dabei ist stets zu bedenken, dass eine Randomisierung auf Schülerebene oder Aufteilung der Klassen mit weiteren Problemen, wie möglichen Stigmatisierungen, Frage nach den Auswahlkriterien, etc., einhergehen kann.

Stärken und Limitationen der Studie

In der vorliegenden Studie wurde die objektive soziale Akzeptanz aus Sicht aller Mitschüler untersucht. Die hierfür eingesetzte Peer-Nomination Methode hat dabei den wesentlichen Vorteil, dass für jeden Schüler durch die hohe Anzahl an Fremdbeurteilungen eine sehr breite Einschätzung entsteht. Somit besteht die grundlegende Stärke der Studie darin, dass erstmalig die Wirkung eines universellen Depressionsprogrammes auf die soziale Akzeptanz der jeweiligen Schüler aus Sicht der Mitschüler betrachtet wurde.

Neben den Stärken dieser Studie (z.B. Peer-Nomination-Technik) gibt es einige Aspekte, die kritisch bedacht werden sollten: Neben einer limitierten Anzahl der teilnehmenden Klassen ist auch die Tatsache zu nennen, dass diese nur aus gewissen (zwei süddeutschen)

Schulbezirken stammten. Dies begrenzt bereits die Möglichkeit, generalisierte Aussagen zu treffen. Aus methodischen Gründen wäre es für künftige Untersuchungen wünschenswert, die Anzahl der Teilnehmer insgesamt zu erhöhen und die Anzahl an Schülern pro Trainingsgruppe zu reduzieren, während die Anzahl an Trainingsgruppen gleichzeitig erhöht wird. Eine hier nicht erfolgte Randomisierung auf Schülerebene wäre aus methodischen Gesichtspunkten optimal, erscheint jedoch im Schulalltag oft nur schwer realisierbar zu sein.

Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend legen die Ergebnisse der Studie Folgendes nahe: Die Peer-Nomination-Technik erscheint für Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit schulbasierter Präventionsprogramme innerhalb der Klasse untersucht, besonders geeignet und stellt eine sinnvolle methodische Erweiterung für derartigen Studien dar. Trotz der Limitationen der Studie kann der Schluss gezogen werden, dass Depressionspräventionsprogramme einen zeitlich naheliegenden Effekt auf die soziale Akzeptanz der Schüler haben könnten. Eine mögliche Wirksamkeit scheint wiederum von weiteren Faktoren, wie dem Migrationshintergrund, moderiert zu werden. Daher erscheint es sinnvoll, bei der Konzeption und Umsetzung derartiger Programme kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen und das Programm ggf. anzupassen. Allerdings konnte ein positiver Effekt von LLL auf die soziale Akzeptanz unter Berücksichtigung der Klassenebene nicht bestätigt werden. Die vorliegende Studie unterstreicht somit die Schwierigkeit, bei Feldstudien im Kontext Schule unter realen Alltagsbedingungen einem, unter methodischen Gesichtspunkten optimalen, Studiendesign nachzukommen. Die unterschiedlichen Ergebnisse legen zweierlei nahe:

(a) Zunächst ist die Umsetzung einer optimalen Methodik (u.a. Berücksichtigung der hierarchischen Datenstruktur) gerade bei derartigen Feldstudien organisatorischen Grenzen ausgesetzt. So kann es bei derartigen Studienvorhaben vorkommen, dass eine Randomisierung weder auf Schüler- noch auch auf Klassenebene möglich ist, da schulorganisatorische Barrieren im Weg stehen. Diese Umstände stellen Herausforderungen dar, die im Schulkontext oft schwer

zu überwinden sind. Daher ist bei derartigen Unternehmungen im Feld stets mit gewissen methodischen Einschränkungen zu rechnen. Folglich erscheint es für künftige Studien im Bereich der Depressionsprävention sinnvoll, dem methodischen Ideal zwar näher zu kommen, ohne dabei allerdings alltäglichen Problemen bei der Forschung im Schulkontext aus dem Weg zu gehen oder gar den Weg zurück zu Laboruntersuchungen einzuschlagen.

(b) Die Studie zeigt darüber hinaus, dass bei Evaluationsstudien ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur (Berücksichtigung der Klassenebene) Aussagen zur Wirksamkeit von präventiven Programmen nur mit großer Vorsicht gemacht werden sollen. Voreilige Schlüsse sind dann besonders problematisch, wenn eine Überschätzung der Wirksamkeit eines Präventionsprogramms deren Weiterentwicklung und Verbesserung verhindert.

7. Studie 3

Explorative Faktorenanalysen der Kurzversionen der Allgemeine Depressionsskala und des Buss Perry Aggression Questionnaires aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler und Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer

7.1 Einleitung

Um die Selbstbeurteilung von Schülern mit der Fremdbeurteilung durch Lehrer bezüglich des Ausmaßes an Depressivität und Aggressivität überprüfen zu können, stellt sich zunächst die Frage, ob die Summenwerte der Skalen adäquate Maße für die zu erhebenden Konstrukte Depressivität bzw. Aggressivität darstellen. Daher soll geklärt werden, welche Faktoren die Instrumente *Allgemeine Depressions Skala* (ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) und *Buss Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ-SF) messen. Des Weiteren soll die Frage geklärt werden, ob die Instrumente unterschiedliche Faktorenstrukturen zwischen Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler und Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer aufweisen. Dies ist von Bedeutung, da beide Instrumente jeweils ursprünglich zur Selbstbeurteilung konzipiert wurden. Es stellt sich also die Frage, ob eine Transformation dieser Instrumente in Fremdbeurteilungsinstrumente für Lehrer veränderte Faktorenstrukturen nach sich zieht.

Bisherige Befundlage zur Faktorenstruktur des ADS-L und des ADS-K

Meyer und Hautzinger (2001) fanden in ihrer groß angelegten Analyse von 4032 deutschen Schülern im Alter von 13 bis 17 Jahren, in welcher zur zusätzlichen Erhebung von manischen Symptomen die lange Version der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) um weitere neun Items ergänzt wurde, zwei Hauptfaktoren: eine für depressive und eine für manische/hypomane Symptome. In Manual des ADS-Instruments (Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012) berichten die Autoren darüber hinaus, dass diejenigen Items des ADS-L, welche auf einem potentiellen, weiteren Depressions-Faktor laden, die jeweils invers

formulierten Items des Fragebogens sind und dass all diese Items ebenso auf dem Hauptfaktor laden. Außerdem korrelierten diese beiden Faktoren mit .60 (für Jungen) und .78 (für Mädchen) hoch miteinander. Diese Befunde sprechen für die Eindimensionalität des Instruments für die Messung des Konstrukts Depression im Kindes- und Jugendalter.

Andere Studien der ADS-L mit konfirmatorischen Faktorenanalysen sprechen wiederum eher für eine Vierfaktorenlösung des ADS-L im Jugendalter (vgl. Crockett, Randall, Shen, Russell & Driscoll, 2005; Barkmann et al., 2008). Steinhausen und Winkler-Metzke (2000) erhielten in ihrer Studie mit 567 Schweizer Schüler im Alter zwischen 12.3 und 17.9 Jahren eine Faktorenstruktur, die überwiegend mit den ursprünglich von Radloff (1977) beschriebenen Faktoren (*Depressiver Affekt; Positiver Affekt; Somatische Beschwerden und Antriebslosigkeit & Interpersonelle Erfahrungen*) übereinstimmt. Laut Steinhausen und Winkler-Metzke (2000) spricht es für die Konstruktvalidität des Instruments, dass sich in amerikanischen und deutschen Stichproben die extrahierten Faktoren replizieren ließen.

Trotz dieser Befunde sprechen jedoch laut Steinhausen und Winkler-Metzke (2000) in Übereinstimmung mit Hautzinger und Bailer (1993) folgende drei Gründe für einen Skalengesamtwert (Summenwert): (a) Zunächst wurde für die Gesamtstichprobe und für beide Geschlechter ein starker erster Faktor extrahiert, auf dem die Mehrzahl der Items luden. (b) Die Eigenwerte der weiteren Faktoren liegen nur knapp über dem Eigenwert 1. (c) Schließlich sprechen viele Doppelladungen gegen eine Mehrfaktorenlösung.

Da zusätzlich der Skalengesamtwert eine hohe Homogenität (innere Konsistenz) aufweise und die allermeisten Items bei den Itemanalysen bestehen würden, plädieren Steinhausen und Winkler-Metzke (2000) für die Verwendung eines globalen Skalengesamtwertes. Insgesamt ergibt sich laut Hautzinger et al. (2012) für den ADS-L für Jugendliche eine ähnliche Befundlage wie bei der Erwachsenenversion: Tiefergehende Analysen sprechen zwar eher für eine vierfaktorielle Struktur, für praktische Zwecke kann jedoch von einer Einfaktorenlösung ausgegangen werden.

Laut Hautzinger et al. (2012) werden auch für die Kurzform ADS-K eher Einfaktorlösungen gefunden. In einer erwachsenen Bevölkerungsstichprobe von 2873 Teilnehmern berichten die Autoren zwar von einem sehr schwachen potentiellen zweiten Faktor im ADS-K (hierauf laden ebenfalls die invers formulierten Items), der aber mit einer aufgeklärten Varianz von 7,9 % nicht überzeuge und ebenso auf dem ersten Faktoren lade. Da darüber hinaus beide Faktoren mit .62 hoch korrelieren, folgern die Autoren, dass bei der Kurzform des ADS (ADS-K) nur ein genereller Faktor interpretierbar und die Bildung des Summenwertes daher plausibel sei. Eine Überprüfung der Faktorenstruktur des ADS-K bei Jugendlichen ist nach bisherigem Erkenntnistand bisher noch nicht erfolgt und soll hier ansatzweise geleistet werden.

Die bisherigen Forschungsergebnisse legen nahe, dass für die Verwendung des ADS-K für Kinder und Jugendliche eine Einfaktorenlösung am plausibelsten und für den praktischen Gebrauch am realistischen erscheint. In der vorliegenden Studie soll überprüft werden, ob eine Einfaktorenlösung zulässig ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die bisher gefundenen Faktoren sowohl bei der Selbstbeurteilung der Schüler als auch bei der Fremdbeurteilung der Lehrer gleichermaßen zu finden sind.

Bisherige Befundlage zur Faktorenstruktur des BPAQ

Untersuchungen bezüglich der psychometrischen Eigenschaften des BPAQ wurden bereits sowohl mit unterschiedlichen Methoden (u.a. Feldstudien oder Laboruntersuchungen mit physiologischen Markern) als auch mit verschiedenen Stichproben (z.B. Schüler, Erwachsene, Gewalttäter) durchgeführt (vgl. Diamond & Magaletta, 2006; Bernstein & Gesn, 1997; Harris, 1995). Zusammenfassend untermauern diese Studien die Befunde von Buss und Perry (1992), wonach der BPAQ eine Vierfaktorenstruktur aufweist (vgl. Diamond, Wang & Buffington-Vollum, 2005; Bryant & Smith, 2001). In einer von Diamond und Magaletta (2006) mit Verbrechern als Stichprobe wurde die Dimension *physische Aggression* durch die Items 1, 4 und 8 am besten dargestellt (vgl. Tabelle 12). Die *verbale Aggression* wurde hauptsächlich

durch die Items 2, 5 und 9 gemessen, während *Ärger* hauptsächlich durch die Items 6, 10 und 12 und *Feindseligkeit* durch die Items 3, 7 und 11 repräsentiert wurden.

Es gilt in der Folge zu überprüfen, ob diese Faktoren auch in der vorliegenden Stichprobe so zu finden sind und ob diese gleichermaßen sowohl für die Selbstbeurteilungsperspektive als auch für die Lehrerperspektive zu finden sind.

7.2 Methode

Stichprobe

Schüler. 177 Schüler nahmen an der Studie teil (52.0 % weiblich). 33.9% der Schüler hatten einen Migrationshintergrund. Die Schüler waren zwischen 13 und 17 Jahren ($M = 14.77$) alt. Die teilnehmenden Schüler waren aus den Klassenstufen acht und neun aus den Regierungsbezirken Karlsruhe und Tübingen. Die Klassen kamen sowohl aus Gymnasien (vier Klassen) als auch aus Haupt- und Realschulen (vier Klassen).

Lehrer. 20 Lehrer aus acht verschiedenen Klassen (ein bis vier Lehrer pro Klasse) nahmen teil. 66.7 % der Lehrer waren weiblich. Es ergaben sich $N = 432$ Lehrerangaben bzgl. der Schüler. Die Lehrer waren zwischen 25 und 66 Jahren ($M = 44.24$) alt. Die Berufserfahrung der Lehrer lag zwischen 0.5 und 40 Jahren ($M = 16.69$). Die Lehrer kannten die Klasse seit zwischen zwei Monaten und vier Jahren ($M = 1.50$). 39.0% waren Klassenlehrer der jeweiligen Klassen, 61.0% waren Fachlehrer verschiedener Fachrichtungen. Die Lehrer verbrachten zwischen null und 17 Stunden pro Woche ($M = 4.89$) mit den Schülern.

Instrumente

Schüler. Die kurze Version der *Allgemeine Depressionsskala* (ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) besteht aus 15 Items, die auf einer vier-Punkt-Likert-Skala beantwortet wurden. Die interne Konsistenz des Fragebogens lag bei $\alpha = .80$.

Der kurze Version des *Buss Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ-SF, Diamond & Magaletta, 2006; Bryant & Smith, 2001, deutsche Übersetzung nach Amelang & Bartussek,

1997) besteht aus 12 Items. Diese wurden auf einer fünf-Punkt-Likert-Skala beantwortet. Die interne Konsistenz lag bei $\alpha = .85$.

Lehrer. Für die Fremdbeurteilungsratings der Lehrer wurden zunächst die ursprünglich für die Selbstbeurteilungsperspektive konstruierten Items des ADS-K in die Lehrerperspektive umformuliert (siehe Tabelle 8 für die Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler und Tabelle 10 für die Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer). Dabei wurde darauf geachtet, dass die Items lediglich grammatikalisch wurden. Der Inhalt und Wortlaut der Fragen wurden weitestgehend beibehalten. Dabei wurden sehr vorsichtige Formulierungen, wie bspw. „der Schüler scheint...“ oder „der Schüler wirkt...“ verwendet, da vermutet wurde, dass manche Lehrer bei unvorsichtig formulierten Aussagen vor ehrlichen Antworten zurückschrecken könnten.

Analog dazu wurde bei der Umformulierung des BPAQ-SF vorgegangen. In Tabelle 12 sind die Items des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler und in Tabelle 14 aus Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer dargestellt. Die interne Konsistenz der Lehrerversion des ADS-K lag bei $\alpha = .73$ und des BPAQ-SF bei $\alpha = .92$.

Studienablauf und Datenanalyse

Die Datenerhebung für die Schüler fand in Computerräumen während der regulären Unterrichtszeit mit der gesamten Klasse statt. Dabei war das Forscherteam und zumeist die jeweils verantwortlichen Lehrer anwesend. Die Schüler wurden instruiert, die Fragen am PC eigenständig und ehrlich zu beantworten. Die Schüler erhielten im Anschluss eine Süßigkeit.

Im Anschluss an die Datenerhebung der Schüler stellte der Versuchsleiter für jeweils vier Lehrer pro Klasse die ausgedruckten Lehrerversionen (bzgl. jedes Schülers) mit der Bitte zur Verfügung, diese im Falle einer freiwilligen Teilnahme innerhalb von vier Wochen auszufüllen.

Zur Datenanalyse wurden explorative Faktorenanalysen mit Hilfe des Statistik Programms SPSS (Version 22, 2013) berechnet.

7.3 Ergebnisse

Exploratorische Faktorenanalyse des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler

Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 und 8 dargestellt. Alle Items des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler laden auf dem generellen Faktor „Depressivität“, der etwa 47 % der Varianz aufklärt. Einen möglicherweise zweiter Faktor könnten Konzentrationsschwierigkeiten und schlechter Schlaf darstellen und daher wohl am ehesten mit dem von Radloff (1977) beschriebenen Faktor *Somatische Beschwerden und Antriebslosigkeit* verglichen werden. Allerdings laden diese beiden Items ebenso auf dem ersten Faktor, was wiederum gegen einen zweiten Faktor und für eine Einfaktorenlösung spricht.

Tabelle 7: Extrahierte Faktoren des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung

	Eigenwert	% Varianz	kumulativ	Beschreibung
Faktor 1	7.068	47.118	47.118	„Depressivität“
Faktor 2	1.101	7.337	54.456	„Somatisierung“

Tabelle 8: *Items des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive*

Items	Itemformulierungen	Faktor 1	Faktor 2
	Während der letzten Woche...		
1. Beunruhigung	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	.597	.030
2. Trübsinnige Laune	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	.751	-.307
3. Konzentrationsschwierigkeiten	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	.567	.542
4. Niedergeschlagenheit	war ich deprimiert/niedergeschlagen	.834	-.112
5. Subjektive Anstrengung	war alles anstrengend für mich	.711	.264
6. Leben als Fehlschlag erleben	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	.821	.022
7. Angst	hatte ich Angst	.708	.065
8. Schlechter Schlaf	habe ich schlecht geschlafen	.488	.532
9. Fröhliche Stimmung (r)	war ich fröhlich gestimmt	.733	-.259
10. Weniger geredet	habe ich weniger als sonst geredet	.473	.308
11. Einsamkeit	fühlte ich mich einsam	.774	-.180
12. Leben genießen (r)	habe ich das Leben genossen	.620	-.269
13. Traurigkeit	war ich traurig	.860	-.134
14. Gefühl, nicht gemocht zu werden	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	.626	-.198
15. Antriebslosigkeit	konnte ich mich zu nichts aufraffen	.580	.131

Exploratorische Faktorenanalyse des ADS-K aus Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer

Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 und 10 dargestellt. Die Analyse des ADS-K aus Lehrerperspektive stellt eine vergleichbare Struktur zum ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler dar: Da wiederum alle Items auf den generellen Faktor „Depressivität“ laden, welcher etwa 46 % Varianz erklärt, spricht dieser Befund trotz der drei gefundenen Faktoren auch aus Lehrerperspektive für eine Einfaktorenlösung. Ein möglicherweise zweiter Faktor könnte aus den Symptomen Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit, subjektive Anstrengung und schlechter Schlaf gebildet werden (vgl. Radloff, 1977: *Somatische Beschwerden und Antriebslosigkeit*). Erstaunlicherweise laden auf diesem Faktor die Items Konzentrationsschwierigkeiten und schlechter Schlaf in der Lehrerperspektive in die gegengesetzter Richtung des Faktors „Somatisierung“ aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler. Aus Lehrerperspektive könnte man diesen Faktor daher eher positiv als „Wachheit/Aufgewecktheit“ formulieren. Diese Items laden allesamt ebenso auf dem ersten Faktor. Ein dritter Faktor könnte noch am ehesten mit *positiver Affekt* benannt werden (vgl. Radloff, 1977), ist jedoch inhaltlich weder klar interpretierbar, noch von den anderen Faktoren klar abgrenzbar. Da sowohl Faktor 2 als auch Faktor 3 nicht eindeutig interpretierbar sind, Faktor 3 darüber hinaus knapp einen Eigenwert > 1 erreicht und die Items der Faktoren 2 und 3 auch meist sogar höher auf Faktor 1 als auf Faktor 2 oder 3 laden, kann man auch aus Lehrerperspektive von einer Einfaktorenlösung ausgehen.

Tabelle 9: *Extrahierte Faktoren des ADS-K aus Lehrerperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung*

	Eigenwert	% Varianz	kumulativ	Beschreibung
Faktor 1	6.963	46.420	46.420	„Depressivität“
Faktor 2	1.811	12.075	58.495	„Wachheit/Aufgewecktheit“, uneindeutig
Faktor 3	1.301	8.672	67.167	„Positiver Affekt/ Einstellung“, uneindeutig

Tabelle 10: *Items des ADS-K aus Lehrerperspektive mit Faktorladungen*

Items	Itemformulierungen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
	Während der letzten Woche (in letzter Zeit, in der ich den Schüler sah)...	1	2	3
1. Beunruhigung	scheint dieser Schüler über Dinge beunruhigt gewesen zu sein, die ihm sonst nichts auszumachen scheinen.	.466	.298	.587
2. Trübsinnige Laune	konnte der Schüler seine trübsinnige Laune nicht loswerden. Aufmunterungen scheinen nicht geholfen zu haben.	.841	.018	.073
3. Konzentrationsschwierigkeiten	hatte der Schüler Mühe, sich zu konzentrieren.	.666	-.518	.235
4. Niedergeschlagenheit	war der Schüler deprimiert/niedergeschlagen	.866	.026	-.105
5. Subjektive Anstrengung	scheint alles anstrengend für den Schüler gewesen zu sein.	.727	-.416	.120
6. Leben als Fehlschlag erleben	scheint der Schüler sein Leben als einzigen Fehlschlag erlebt zu haben.	.720	.148	.315
7. Angst	wirkte es, als ob der Schüler Angst hätte.	.472	.570	.173
8. Schlechter Schlaf	scheint der Schüler schlecht geschlafen zu haben.	.616	-.491	-.005
9. Fröhliche Stimmung (r)	war der Schüler fröhlich gestimmt.	.689	.054	-.552
10. Weniger geredet	redete der Schüler weniger als sonst.	.290	.463	.159
11. Einsamkeit	wirkte der Schüler einsam.	.714	.277	-.203
12. Leben genießen (r)	wirkte der Schüler, als ob er das Leben genießt.	.703	.256	-.489
13. Traurigkeit	wirkte der Schüler traurig auf mich.	.841	.113	-.233
14. Gefühl, nicht gemocht zu werden	scheint der Schüler das Gefühl gehabt zu haben, dass die Leute ihn nicht leiden können.	.696	.165	.270
15. Antriebslosigkeit	konnte sich der Schüler zu nichts aufraffen	.664	-.542	.056

Exploratorische Faktorenanalyse des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler

Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 und 12 dargestellt. Zunächst ist ein starker erster Faktor auszumachen, der wohl am besten mit *allgemeiner Aggressivität* bezeichnet werden kann. Dieser Faktor klärt aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler 39 % der Varianz auf. Alle Items laden auf diesem Faktor. Ein potentiell zweiter Faktor kann am ehesten mit Verbitterung erklärt werden. Ein dritter potentieller Faktor hat nur knapp einen Eigenwert > 1 und ist inhaltlich uneindeutig. Da auch hier alle Items, die auf Faktor 2 oder 3 laden, auch auf Faktor 1 laden, sprechen die Daten dieser Studie eher für eine Einfaktorenlösung.

Tabelle 11: *Extrahierte Faktoren des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung*

	Eigenwert	% Varianz	kumulativ	Beschreibung
Faktor 1	4,710	39,247	39,247	„allgemeine Aggressivität“
Faktor 2	1,754	14,617	53,864	„Verbitterung“
Faktor 3	1,033	8,611	62,475	Uneindeutig

Tabelle 12: *Items des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler*

Item	Faktor	Faktor	Faktor
	1	2	3
1. Wenn ich nur entsprechend gereizt werde, kann ich jemand anderen durchaus schlagen.	.660	-.404	.331
2. Es passiert mir oft, dass ich mit anderen nicht übereinstimme.	.504	.083	-.166
3. Manchmal spielt mir das Leben übel mit.	.583	.581	.212
4. Manche Leute haben mich schon so weit gebracht, dass wir uns geprügelt haben.	.637	-.456	.359
5. Wenn andere mit mir nicht übereinstimmen, kann ich mich nicht zurückhalten, mit ihnen darüber zu streiten.	.499	-.240	-.247
6. Ich brause manchmal wegen Nichtigkeiten auf.	.764	.081	-.331
7. Glück scheinen immer nur die anderen zu haben.	.513	.584	.300
8. Ich habe schon Leute bedroht, die ich gut kenne.	.626	-.321	.293
9. Meine Freunde sagen, ich sei etwas streitlustig.	.734	-.389	-.111
10. Es fällt mir schwer, meinen Zorn zu kontrollieren.	.778	-.029	-.261
11. Ich frage mich, warum ich manchmal so verbittert bin.	.591	.590	.191
12. Ich rege mich schnell auf, aber mein Ärger veriraucht auch wieder schnell.	.544	.175	-.509

Exploratorische Faktorenanalyse des BPAQ-SF aus Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer

Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 und 14 dargestellt. Auch aus Lehrerperspektive ist ein starker erster Faktor auszumachen, der am besten mit *allgemeiner Aggressivität* bezeichnet werden kann. Dieser Faktor klärt 64 % der Varianz auf. Alle Items laden hoch auf diesem Faktor. Ein potentiell zweiter Faktor kann am ehesten mit *Verbitterung* erklärt werden. Ein dritter potentieller Faktor, der wohl am besten mit *Streitlust* inhaltlich beschrieben werden kann, hat nur knapp einen Eigenwert > 1 . Da auch aus Lehrerperspektive alle Items, die auf Faktor 2 oder 3 laden, auch auf Faktor 1 laden, sprechen die Daten auch aus Lehrerperspektive für eine Einfaktorenlösung.

Tabelle 13: *Extrahierte Faktoren des BPAQ-SF aus Lehrerperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung*

	Eigenwert	% Varianz	kumulativ	
Faktor 1	7.653	63.773	63.773	„Aggressivität“
Faktor 2	1.205	10.040	73.812	„Verbitterung“
Faktor 3	1.062	8.851	82.663	„Streitlust“

Tabelle 14: *Items des BPAQ-SF aus Lehrerperspektive*

Item	Faktor	Faktor	Faktor
	1	2	3
1. Wenn der Schüler entsprechend gereizt wird, schlägt er durchaus zu.	.887	-.237	-.201
2. Dem Schüler passiert es oft, dass er mit anderen nicht übereinstimmt.	.638	.348	.592
3. Der Schüler ist davon überzeugt, dass ihm das Leben übel mitspielt.	.634	.712	.001
4. Manche Leute haben den Schüler schon so weit gebracht, dass er sich mit ihnen geprügelt hat.	.809	-.054	-.074
5. Wenn andere nicht mit dem Schüler übereinstimmen, kann er sich nicht zurückhalten, mit ihnen darüber zu streiten.	.745	-.060	.541
6. Der Schüler braust manchmal wegen Nichtigkeiten (unwichtigen Kleinigkeiten) auf.	.906	-.154	.125
7. Der Schüler glaubt, dass Glück immer nur die anderen haben.	.782	.410	-.152
8. Der Schüler hat schon Leute bedroht, die er gut kennt.	.794	-.168	-.153
9. Andere (Freunde) halten den Schüler für streitlustig.	.868	-.283	.009
10. Dem Schüler fällt es schwer, seinen Zorn zu kontrollieren.	.906	-.168	-.182
11. Der Schüler scheint sich zu fragen, warum er manchmal so verbittert (unzufrieden/ verärgert über das eigene Leben) ist.	.710	.314	-.512
12. Der Schüler regt sich schnell auf, aber sein Ärger verraucht auch wieder schnell.	.841	-.296	.123

7.4 Diskussion

Die Ergebnisse bezüglich der Faktorenstruktur des ADS-K sprechen auch für das Kindes- und Jugendalter für eine Einfaktorenstruktur, sowohl aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler als auch aus Fremdbeurteilungsperspektive der Lehrer. Der ADS-K weist somit aus Selbstbeurteilungsperspektive und Lehrerperspektive eine vergleichbare Faktorenstruktur auf. Aufgrund der Übereinstimmung der Einfaktorenlösung

kann der Summenwert als valides Maß zur Messung der Depressivität sowohl aus Selbstbeurteilungsperspektive als auch aus Lehrerperspektive genommen werden.

Bezüglich des BPAQ-SF lässt sich abschließend sagen, dass (a) das Instrument aus Selbstbeurteilungsperspektive und Lehrerperspektive eine inhaltlich sehr ähnliche Faktorenstruktur aufweist und dass (b) aufgrund der Einfaktorenlösung sowohl aus Selbst- als auch aus Lehrerperspektive der jeweilige Summenwert als valides Maß der Aggressivität der Schüler herangezogen werden kann.

Insgesamt sprechen damit sowohl die Faktorenstrukturen bzgl. des ADS-K als auch die des BPAQ-SF dafür, dass beide Instrumente hauptsächlich einen allgemeinen Faktor messen, da andere Faktoren entweder inhaltlich nicht klar interpretierbar, oder nicht unabhängig vom ersten Faktor sind. Daher erscheint für die Depressivität und die Aggressivität im Kindes- und Jugendalter eine Einfaktorenlösung sowohl aus Sicht der Schüler als auch aus Sicht der Lehrer eine praktische *und* adäquate Annäherung an die zu messenden Konstrukte zu sein.

Mit 177 Schülern und 20 Lehrern liegt der vorliegenden Studie eine Stichprobe vor, mit der Schlussfolgerungen mit großer Vorsicht zu betrachten sind. Insgesamt wäre eine höhere Stichprobe, speziell für die teilnehmenden Lehrer, notwendig. Aufgrund der sich verändernden Erscheinungsformen der Depression in verschiedenen Altersbereichen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Mehler-Wex & Kölch, 2008), sollten die in der Studie vorgelegten Ergebnisse auch für andere Altersbereiche überprüft werden.

8. Studie 4

Die Schwierigkeit für Lehrer und Mitschüler, Depressivität und Aggressivität bei Schülern zu erkennen: Können schulrelevante und sichtbare Indikatoren Lehrern bei der Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität bei ihren Schülern helfen?

8.1 Einleitung

In den USA durchleiden etwa 20 % aller Jugendlichen mindestens eine depressive Episode vor Vollendung des 18. Lebensjahres (Birmaher et al., 1996). In einer weiteren amerikanischen Studie betrug die 12-Monatsprävalenz bei 13- bis 17-jährigen Jugendlichen 8,2 % für Major Depression und Dysthymie (Kessler et al, 2012). In Deutschland sind die Zahlen vergleichbar mit 12.3 % betroffener Jungen und 21.2% betroffener Mädchen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort & Ravens-Sieberer, 2008). Die Punktprävalenz liegt dabei im Kindes- und Jugendalter je nach Studie zwischen 0.68 % und 3.4 % (vgl. Groen & Petermann, 2011). Im Alter von 13- bis 15-Jahren steigt die Zahl weiblicher Betroffener sprunghaft an: Vor der Pubertät werden noch etwa gleich hohe bis leicht höhere Raten für Jungen verzeichnet, ab der frühen bis mittleren Adoleszenz sind dann Mädchen zwei- bis dreimal so häufig betroffen (Costello et al., 2003).

Depressionen haben einen wiederkehrenden Verlauf und gehen unter anderem mit einem erhöhten Risiko künftiger Selbstmordversuche, interpersoneller Probleme, Arbeitslosigkeit, Probleme mit dem Gesetz, psychiatrischen Komorbiditäten und schulischem Versagen einher (Klein, Torpey & Bufferd, 2008). In einer Studie von Stengler-Wenzke, Angermeyer und Matschinger (2000) berichteten 45% der Patienten von Stigmatisierung in ihrem sozialen Umfeld, nachdem sie nach einer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Faust, Baum und Forehand (1985) fanden, dass bereits im Kindesalter ein Zusammenhang zwischen Depressivität und Zurückweisung durch das Umfeld besteht. Mullins, Peterson, Wonderlich und Reaven (1986) ließen Erwachsene Portraitfilme ansehen, in denen depressive (vs. nicht depressive) Kinder dargestellt wurden. Die

Erwachsenen hatten danach weniger Lust, Kontakt mit den depressiven im Vergleich zu den nicht-depressiven Kindern zu haben und bewerteten die Depressiven als weniger attraktiv und weniger sozial kompetent. Demnach scheint es, dass Depressive auch durch ihr Verhalten bedingt eher unsympathisch wirken und somit eher auf soziale Abweisung stoßen (vgl. Coyne, 1976).

Sich mit einer depressiven Problematik jemandem anzuvertrauen, stellt somit verständlicherweise eine hohe Hürde für Betroffene dar. Bereits aus dem Grund erscheint nachvollziehbar, dass Betroffene sich zu selten Hilfe suchen und daher die Diagnose Depression als eine nach wie vor unterdiagnostizierte psychische Störung gilt (z.B. Sheehan, 2004). Wenn Kinder oder Jugendliche betroffen sind, tritt neben der Problematik, dass die Betroffenen und deren Eltern eine Stigmatisierung im sozialen Umfeld fürchten, auch das Problem auf, dass es für die Angehörigen oft sehr schwierig ist nachzuvollziehen, was gerade mit dem betroffenen Heranwachsenden vor sich geht. Oft sind die Symptome für Außenstehende nicht eindeutig einer Depression zuzuordnen, da sie internal stattfinden und oft körperliche Symptome, wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Atembeschwerden, etc. imponieren (z.B. Larson, 1991). Daher werden zur Diagnose meist mehrere Beobachter herangezogen. Dabei wird oft auch die Perspektive von Schulsozialarbeitern, Schulpsychologen oder Lehrern zur Diagnostik einer möglichen Depression notwendig, da diese die Heranwachsenden in einem für deren psychische Gesundheit relevanten Kontext beobachten können (Döpfner, Görtz-Dorten, Lehmkuhl, Breuer & Goletz, 2008; Döpfner & Melchers, 1993). Darüber hinaus wird empfohlen, Lehrer - je nach Einzelfall – ggf. auch in die Therapie des Schülers miteinzubeziehen (vgl. Döpfner & Petermann, 2012; Birmaher & Brent, 2007; Park & Goodyer, 2000).

Ein schwerwiegendes Problem der Erkennung von Depressivität in der Schule stellt jedoch die Tatsache dar, dass in deutschen Schulen immer noch relativ wenige Schulpsychologen tätig sind. Eine Studie des statistischen Bundesamtes von 2007 stellt dar,

dass, je nach Bundesland, durchschnittlich zwischen 5491 (Hamburg) und 26324 (Sachsen-Anhalt) Schüler auf einen tätigen Schulpsychologen kommen (Dollase, 2010). Im Vergleich dazu kommen durchschnittlich 13.7 Schüler auf einen Lehrer (Dalton, Gutierrez & Still, 2014). Bereits diese Zahlen legen eine Einbeziehung von Lehrkräften in die Früherkennung von Depression nahe.

Können Lehrer Depressivität unter Schülern erkennen?

Bisherige, meist korrelative Studien deuten darauf hin, dass Lehrer speziell beim Erkennen des Ausmaßes an Depressivität unter ihren Schüler große Schwierigkeiten haben:

Zunächst legen bisherige Befunde nahe, dass die Übereinstimmungsraten zwischen der Selbstbeurteilung der Schüler und der Fremdbeurteilung der Lehrer insgesamt gering ausfallen und tendenziell geringer sind als bspw. zwischen Schülern und Eltern oder Schülern und Mitschülern. Eine Metanalyse über 119 Studien von Achenbach, Mc Conaughy & Howell (1987) verglich die Übereinstimmung zwischen der Selbstbeurteilung der Schüler und der Fremdbeurteilung von Eltern, Lehrern, Psychologen und weiteren Beobachtern: Dabei zeigten sowohl Lehrer ($r = .20$) als auch Mitschüler ($r = .26$) eine recht geringe Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilung der Schüler. Sich in ihrer Perspektive ähnelnde Beurteiler (z.B. Elternpaare) lieferten insgesamt höhere Übereinstimmungsraten ($r = .60$) als sich in dieser Hinsicht stärker unterscheidende Beurteiler (z.B. Lehrer und Eltern, $r = .28$). Lambert und Lyubansky (1999) zeigten, dass Lehrer die psychische Belastung der Schüler geringer einschätzen, als dies die Betroffenen selbst wie auch deren Eltern tun. Auch Youngstrom, Loeber und Stouthamer-Loeber (2000) zeigten, dass Lehrer sowohl die internalisierenden als auch die externalisierenden Symptomausprägungen im Vergleich zu den Einschätzungen der betroffenen Jugendlichen und deren Eltern eher unterschätzten. Diese Befunde deuten darauf hin, dass Lehrer insgesamt Schwierigkeiten beim Erkennen psychischer Belastungen von Jugendlichen zu haben scheinen.

Dolle, Schulte-Körne, Hofacker, Izat und Allgaier (2012) zeigten, dass im Bereich von internalisierenden Störungen, wie der Depression, sogar strukturierte Interviews höchstens mäßige Übereinstimmungen mit klinischen Urteilen erreichen. Bei der Frage, ob bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen im Alter von 9-16 Jahren eine depressive Episode vorlag, stimmten strukturierte Kindes- und Elterninterviews sowohl untereinander als auch mit den professionellen, klinischen Urteilen nur niedrig bis mäßig überein. Dies zeigt, dass Depressivität als internalisierende Störung für alle externen Beobachter, inklusive den klinisch tätigen Psychologen, schwierig zu diagnostizieren ist. Für externalisierende Symptome (z.B. Aggressivität) im Vergleich zu internalisierenden Symptomen sind die Übereinstimmungsraten der Einschätzungen im Allgemeinen geringfügig größer (Achenbach et al., 1987).

Betrachtet man die Übereinstimmung von Selbstbeurteilungen der Schüler und Fremdbeurteilungen der Lehrer, so zeigte sich in der Metanalyse von Achenbach et al. (1987), dass die Übereinstimmung für externalisierendes Verhalten ($r = .34$) höher ist als für internalisierendes Verhalten ($r = .16$). Dasselbe Muster zeigt sich für die Einschätzung zwischen Eltern und Schüler (externalisierendes Verhalten: $r = .44$; internalisierendes Verhalten $r = .31$).

Die Befunde deuten zusammenfassend darauf hin, dass (a) die Übereinstimmung zwischen Lehrer- und Schülerbeurteilungen bei psychischen Belastungen der Schüler insgesamt gering ist, (b) ein hohes Ausmaß an Depressivität (internalisierende Störung) für *alle* externen Beobachter schwer zu erkennen ist und (c) Lehrer besonders bei der Einschätzung von internalisierenden Symptomen – im Vergleich zu externalisierenden Symptomen - große Schwierigkeiten haben.

Die Befunde deuten darüber hinaus auf die hohe Relevanz der jeweiligen Beobachtungssituation hin (z.B. Schulkontext, zuhause, etc.), in der die jeweiligen Beurteilenden das Verhalten bewerten. Folglich scheint der Grad an Übereinstimmung verschiedener Beobachter von dreierlei abzuhängen: von dem zu beobachteten Verhalten, dem

Beobachtenden und der Situation, in welcher das Verhalten stattfindet (vgl. Achenbach et al., 1987).

Können Lehrer depressions-relevantes Verhalten erkennen?

In einer großangelegten finnischen Studie verglichen Puura et al. (1998) 381 depressive mit 5205 nicht-depressiven Kinder hinsichtlich der Einschätzung ihrer Lehrer. Die Einschätzungen der Lehrer unterschieden sich zwischen den Gruppen (depressive vs. nicht-depressive Schüler) genau dann, wenn die Lehrer nach passivem, reaktionslosem oder eigenartigem Verhalten der Schüler, nach Schulproblemen, somatischen Beschwerden, Mobbing oder nach deren Grad an Besorgnis über die jeweiligen Schüler gefragt wurden. Die Lehrer erkannten jedoch meistens nicht, dass den depressiven Schülern geholfen werden sollte. Daraus lässt sich folgern, dass Lehrer Depression an sich zwar schwer erkennen können. Jedoch scheinen Lehrer recht sensitiv gegenüber einigen Faktoren zu sein, die mit Depression zusammenhängen, ohne diese als ein Krankheitsbild einordnen zu können.

Dies deutet darauf hin, dass Lehrer durchaus auf depressive Schüler aufmerksam werden könnten, wenn man ihnen die richtigen Fragen stellen würde. Daher scheint es sinnvoll zu sein, anstatt nur nach internalisierenden Verhaltensweisen, die Lehrer eher nach Indikatoren der Depression zu fragen, die sie besser beobachten können. Schlussfolgernd scheint also die durchschnittliche Fähigkeit von Lehrkräften, die Depressivität ihrer Schüler direkt zu erkennen, nicht besonders hoch zu sein. Trotzdem sollten Lehrer als eine vielversprechende Quelle bei der Identifikation von depressiven Symptomen unter Schülern angesehen werden. Dabei geht der Beruf des Lehrers mit drei nicht zu unterschätzenden Vorteilen einher:

- (a) Lehrer verbringen sehr viel Zeit mit Schülern (vgl. Rutter, 1982)
- (b) Lehrer sind die einzigen erwachsenen Beobachter der sozialen Interaktion im Klassenzimmer. Diese ist für das psychische Wohlbefinden der Schüler von enormer Bedeutung: So zeigte Anderman (2002) bspw., dass die Wahrnehmung bzgl. der sozialen Zugehörigkeit zur Schule durch die Schüler negativ mit der depressiven

Symptomatik korreliert. Schwartz et al. (2005) zeigten zudem, dass Viktimisierungserfahrungen innerhalb der Klasse sowohl negativ mit der schulischen Leistung als auch mit depressiven Symptomen assoziiert sind.

(c) Lehrer scheinen darüber hinaus für bestimmte Indikatoren der Depression (z.B. Schulprobleme, Mobbing, passive, reaktionslose oder eigenartige Verhaltensweisen in der Schule, somatische Beschwerden oder Grad an Besorgnis; vgl. Puura et al., 1998) sensitiv zu sein. Einige dieser Faktoren könnten von anderen externen Beurteilern nur schwer erkannt werden, da ihnen nicht die diagnostisch wertvolle Beobachtung des Verhaltens des Schülers im Klassenzimmer zur Verfügung steht.

Auf diesen Umständen gründend und in Übereinkunft mit anderen Autoren (z.B. Maag, Rutherford & Parks, 1988; Ines & Sacco, 1992) wird in der Folge davon ausgegangen, dass Lehrern eine zentrale Rolle bei der Erkennung von depressiven Symptomen unter Schülern beigemessen werden sollte.

Warum können Lehrer Depression unter Schülern schwer erkennen?

Dabei stellt sich die Frage, warum Lehrer im Durchschnitt die Fähigkeit zu fehlen scheint, das Ausmaß an Depressivität unter ihren Schülern erkennen zu können. In einer qualitativen Analyse von Rothi, Leavey & Best (2008) sollten Lehrer Schwierigkeiten bei der Erkennung von Depressionen im Schulkontext nennen. Danach scheinen einige Lehrer eher ein subjektives „Abweichungsmodell“ vom Normalverhalten als eigenen Maßstab zur Beurteilung des Verhaltens der Schüler anzuwenden als klinische Störungskriterien. In ihre Beurteilung lassen sie dabei vor allem ihre Erfahrung, Intuitionen und ihren „gesunden Menschenverstand“ einfließen. Lehrer sehen dabei primär das Befolgen von Regeln als Indikator für die Fähigkeit des Kindes, sich zu integrieren (vgl. Rothi et al., 2008). Letzteres könnte möglicherweise auch ein Grund dafür sein, weshalb Lehrer eher externalisierende als internalisierende, problematische Verhaltensweisen erkennen (vgl. Achenbach et al., 1987).

Trudgen und Lawn (2011) berichten, dass Lehrer sich nicht auf formales Wissen beziehen, wenn es darum geht, Depression zu erkennen oder zu entscheiden, ab wann sie ihre Bedenken kundtun. Auch die Anzahl an Berufsjahren scheint dabei keine Hilfe zu sein. Hingegen können der Zeitdruck, unter denen Lehrer stehen, und die Unterbesetzung an Schulsozialarbeitern für Lehrer weitere Hürden darstellen, möglichen Bedenken nachzugehen oder diese weiterzugeben. Die Aussagen der Lehrer in diesen qualitativen Studien verdeutlichen den Bedarf an neuen Strategien für das Erkennen und den Umgang mit Depressionen im Schulalltag.

Trainingsprogramme für Lehrer

Eine Möglichkeit, Lehrer bei der Identifikation von Depressivität unter Schülern zu helfen, stellen spezifische Trainingsprogramme dar. Moor et al. (2000; 2007) versuchten mit einem Trainingsprogramm, Lehrern Information zum Thema Depression an die Hand zu geben, um damit deren Erkennungsquoten von depressiven Störungen bei Schülern zu erhöhen. Die Ergebnisse waren jedoch ernüchternd: In zwei Studienanläufen fühlten sich die Lehrer zwar nach dem Training kompetenter als vorher, jedoch steigerte das Training deren Erkennungsquote nicht. Die Autoren schlussfolgerten, dass ein Training für Lehrer möglicherweise kein probates Mittel zur Verbesserung der Erkennung von Depressionen im Schulalltag darstellt. Die Autoren sahen vor allem eine Schwierigkeit darin, dass Lehrer ihrer Schüler nicht mit der Diagnose „Depression“ brandmarken wollten. Möglicherweise sei dies auch in deren Vorstellung begründet, Depression sei etwas „Unmoralisches“ (vgl. Moor et al., 2007).

Daher soll bei der Durchführung der vorliegenden Studie darauf Wert gelegt werden, dass im Umgang mit den Lehrern der Begriff „Depression“ möglichst vermieden wird und stattdessen konkrete Symptome der Depression thematisiert werden.

Zusammenfassend deutet die Studienlage darauf hin, dass die Mehrzahl der Lehrer einer Unterstützung bedarf, wenn es darum geht, depressive Symptome bei Schülern frühzeitig zu

erkennen. Neben der bereits erwähnten Möglichkeit eines speziellen Trainings, könnte eine weitere Möglichkeit darin liegen, die diagnostische Urteilskraft der Lehrer auf *indirektem* Weg zu nutzen. Dies soll im Folgenden erläutert und theoretisch verortet werden soll.

Wann ist ein Verhalten beobachtbar?

Das *Realistic Accuracy Model* (RAM, Funder, 1995), ein theoretisches Modell ursprünglich zur Beschreibung von Persönlichkeiten entwickelt, geht davon aus, dass ein Verhalten nur dann von einem Beobachter bewertet werden kann, wenn die zu beobachtende Person etwas zeigt, was für dieses Verhalten *relevant* ist, der Beobachter dieses Verhalten *wahrnimmt* und es als zu der beobachteten Kategorie zugehörend *interpretiert*. Nach dem RAM muss ein kriteriumsrelevantes Verhalten dem Beurteiler also zunächst zur Verfügung stehen, dann rezipiert und schließlich richtig interpretiert werden.

Überträgt man diese Annahmen auf den Schulkontext, so erscheint es notwendig, dass ein Lehrer zunächst ausreichend Zeit mit den Schülern verbringen sollte, damit die Wahrscheinlichkeit groß genug ist, dass eine relevante Verhaltensweise auch in Anwesenheit des Lehrers gezeigt wird. Des Weiteren muss der Lehrer eine ausreichend hohe Sensitivität für das gezeigte, relevante Verhalten haben. Dafür sollte er aufmerksam sein und neben seiner Haupttätigkeit der Lernbegleitung noch ausreichend freie Wahrnehmungsressourcen zur Verfügung haben. Diese Sensitivität dürfte sich sehr stark von Lehrer zu Lehrer unterscheiden, je nach persönlicher Erfahrung, Hintergrundwissen zum Thema Depression, verwendeten Entscheidungskriterien und „Talent“ im weitesten Sinne (vgl. Rothi et al, 2008; Trudgen & Lawn, 2011). Das zu beurteilende Verhalten unterscheidet sich jedoch auch darin, in wieweit es überhaupt sichtbar wird. So könnte es sein, dass Lehrer gerade depressive Symptome deshalb sehr schwer erkennen können, da diese einen internalisierenden, also nach innen kehrenden Charakter aufweisen und ein relevantes Verhalten - wenn es überhaupt gezeigt wird - dann von Lehrern nicht als für das psychische Befinden des Kindes relevant wahrgenommen wird. Das gezeigte und relevante Verhalten sollte schließlich auch eine hohe Spezifität aufweisen. So

sollte das für Depression relevante Verhalten nur für Depression und für möglichst kein anderes Problem ein Indikator darstellen. Dies stellt eine Forderung dar, die kaum zu erreichen ist, da jedes Symptom der Depression durch multiple Ursachen verursacht sein kann, also nicht spezifisch für eine Depression ist.

Internalisierende Symptome gelten als weniger sichtbar (vgl. Achenbach et al., 1987), da sie meist im „Inneren“ des Heranwachsenden vor sich gehen (z.B. negativistisches Denken, Grübeln, etc.). Als weitere mögliche Schwierigkeit für Lehrer ist festzuhalten, dass diese durch ihre primäre Aufgabe der Wissensvermittlung sowie durch problematische Verhaltensweisen der Schüler, wie verbales Störverhalten, mangelnder Lerneifer, motorische Unruhe, aggressives Verhalten (vgl. Eder, Fartacek & Mayr, 1987) derart beansprucht und abgelenkt ist, dass sie keine Wahrnehmungskapazitäten für Probleme ruhigerer Schüler haben. Schließlich besteht auch die Möglichkeit, dass der Lehrer zwar eine Verhaltensweise des Schülers wahrnimmt, die mit einer etwaigen depressiven Symptomatik des Schülers zusammenhängt, der Lehrer diese aber aufgrund fehlender Erfahrung oder mangelnden Hintergrundwissens nicht die notwendige Bedeutung schenkt oder fehlinterpretiert (vgl. Rothi et al., 2008). Daher soll in der vorliegenden Studie davon angenommen werden, dass auf verschiedenen Stufen der Beurteilung fremden Verhaltens Depressivität unter Schülern für Lehrer im Schulkontext schwerer zu erkennen ist als Aggressivität.

Hierzu kommt, dass Lehrer das Verhalten ihrer Schüler meist nur während der Schulstunde beobachten. Dem Lehrer steht demnach nicht die Gesamtbreite des Verhaltens des Jugendlichen zu Verfügung, sondern nur ein begrenzter Ausschnitt, nämlich das Verhalten unmittelbar vor, während, sowie unmittelbar nach einer Schulstunde. Daher erscheint es notwendig, dass Lehrern Indikatoren zur Verfügung gestellt werden, welche vor, während oder kurz nach dem Unterricht sichtbar werden und für den Kontext Schule relevant sind.

Auf indirektem Weg Depressivität erkennen: Sichtbare und schulrelevante Indikatoren

In der vorliegenden Studie steht daher die Frage im Mittelpunkt, ob *schulrelevante* und im Schulkontext *sichtbare* Indikatoren von Depression Lehrern die Identifikation von depressiven Symptomen unter deren Schülern erleichtern können. Ines und Sacco (1992) fanden in ihrer Studie, in der sie die Übereinstimmung von Schüler und Lehrereinschätzungen bzgl. depressionsrelevanten Verhalten des Schülers untersuchten, dass solche Items, die besonders konkrete und schulbezogene Verhaltensweisen der Schüler beschreiben, auch hohe Übereinstimmungsraten zwischen Lehrer und Selbstaussage der Schüler zeigten. Darunter fielen bspw. Items, die sich darauf bezogen, ob Hausaufgaben gemacht wurden, wie sich die schulische Leistung entwickelte, ob der Schüler den Anweisungen des Lehrers nachkam, ob der Schüler oft mit anderen in physische Kämpfe verwickelt war, etc. Nach innen gerichtete (internalisierende) Korrelate der Depression, wie Verstimmung, Selbsthass oder das Gefühl, nicht geliebt zu werden, zeigten hingegen geringe Übereinstimmungsraten zwischen Lehrern und Schülern.

Es soll daher in der vorliegenden Studie davon ausgegangen werden, dass manche Indikatoren der Depression für Lehrer *sichtbarer* sind als andere, was vor allem an der Manifestation/ Erscheinungsform des Symptoms an sich (internalisierend vs. externalisierend) aber auch am betreffenden Hintergrundwissen des Lehrers liegen könnte. Da das Hintergrundwissen speziell über das Thema Depression von regulären Klassenlehrern vergleichsweise gering ausfällt (vgl. Maag, Rutherford & Parks; Rothi et al., 2008) und die primäre Aufgabe einer Lehrkraft in der Wissensvermittlung liegt und nicht darin, spezielle Indikatoren für das psychologische Wohlbefinden ihrer Schüler zu beobachten, soll folgender Zusammenhang angenommen werden: Je größer die Bedeutung eines möglichen Indikatoren einer Depression für die primäre Aufgabe der Wissensvermittlung des Lehrers ist, desto konkreter, sichtbarer und damit hilfreicher ist dieser Indikator für den Lehrer bei der Erkennung von Depressivität unter Schülern. Es sollen Faktoren, die die Interaktion der Schüler im

Klassenzimmer sowie deren Schulleistung beeinträchtigen könnten, als für den Schulalltag *relevant* betrachtet werden.

Dabei muss der Lehrer den Zusammenhang dieser Indikatoren mit Depression nicht kennen. Das Hintergrundwissen über das Thema Depression wäre somit nur noch zweitrangig (vgl. Aussagen der Lehrer bei Rothi et al. 2008). Verhaltensweisen des Schülers würden für Lehrer folglich dann geeignete Indikatoren der Depression darstellen, wenn sie (a) mit Depression korrelieren, (b) ausreichend *sichtbar* und (c) für den Schulalltag ausreichend *relevant* sind. Abbildung 3 illustriert die Annahme eines indirekten Vorgehens.

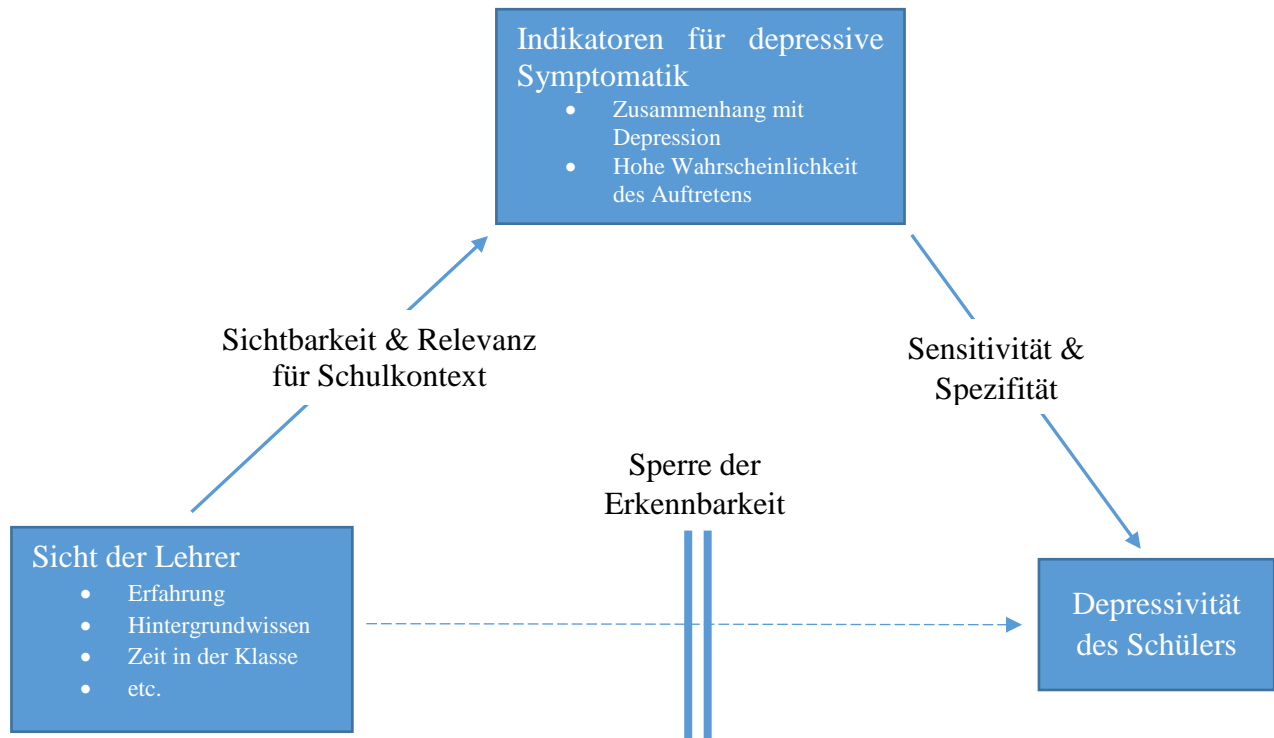


Abbildung 3: Modell der sichtbaren und schulrelevanten Indikatoren. Wenn Lehrer Depressivität bei ihren Schülern schlecht erkennen, soll mit Hilfe von Indikatoren, die im Schulkontext sichtbar und für die Schule relevant sind, und die wiederum mit Depression zusammenhängen, das diagnostische Potential von Lehrern genutzt werden. Diese Faktoren sollen dabei möglichst sensitiv und spezifisch für Depressivität sein.

In Abbildung 4 soll die Annahme illustriert werden, dass die Sichtbarkeit von gewissen internalisierenden Symptomen, vor allem von kognitiven Kernsymptomen der Depression (z.B. negativistisches Denken, Grübeln etc.), gering ist und die Erkennungsleistung mithilfe dieser Faktoren kaum verbessert werden kann (vgl. Moor et al, 2000; 2007). Daher sollen die Aspekte der *Sichtbarkeit* und *Relevanz für den Schulkontext* im Fokus stehen. Es sollen folglich diejenigen Indikatoren der Depression betrachtet werden, die a-priori als *schulrelevant* einzuschätzen sind und von denen auszugehen ist, dass sie im Schulkontext am ehesten *sichtbar* werden.

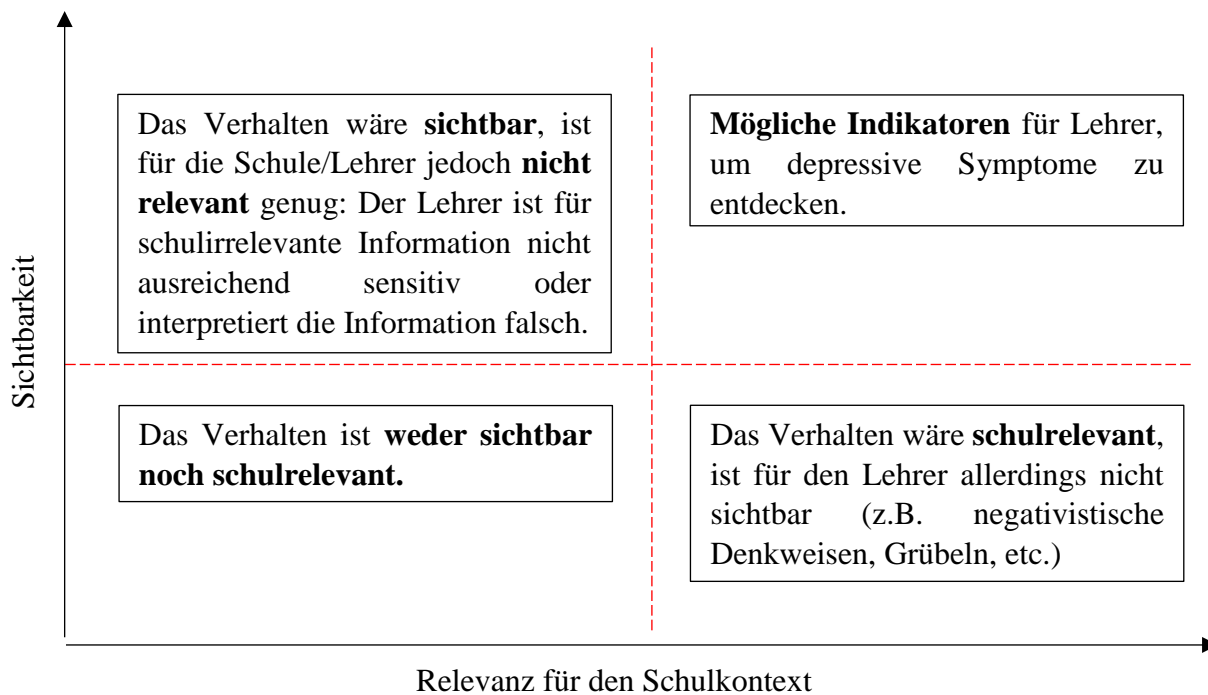


Abbildung 4: Modell der Sichtbarkeit und Relevanz für den Schulkontext. Mögliche Indikatoren sollen sowohl für den Lehrer sichtbar als auch für den Schulkontext relevant sein.

Mögliche schulrelevante und sichtbare Indikatoren der Depression

Interessenlosigkeit, Schlafprobleme und Konzentrationsdefizite sind als Symptome im Kriterienkatalog der ICD-10 Diagnose der Depression zu finden (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Diese Symptome stellen somit zum einen zentrale Punkte der Depression dar und scheinen zum anderen im Schulkontext sichtbar und relevant zu sein: Interessenlosigkeit sollte dabei am konkret gezeigten Interesse des Schülers an der Thematik des Unterrichts für den Lehrer zu beobachten sein (z.B. fehlendes Zuhören). Schlafprobleme könnten Lehrer an auffälligen Verhaltensweisen, wie ständigem Gähnen, oder sichtbaren Merkmalen, wie verschlafenen Augen, beobachten. Konzentrationsdefizite könnten unterer anderem an der Aufmerksamkeitsspanne des Schülers bei Erledigung der Aufgaben für den Lehrer sichtbar werden.

Es wird angenommen, dass darüber hinaus der Mangel an Motivation eine hohe Relevanz für den Schulkontext aufweist. Weiterhin gilt der Zusammenhang von schulischer Leistung und depressiver Verstimmung als gut belegt (z.B. De Roma, Leach & Leverett, 2009).

Eine ebenso hohe praktischer Relevanz für die Schule stellt das Thema Fehlzeiten dar. Dass psychische Erkrankungen zu vermehrten Fehltagen führen, geht eindrucksvoll aus Analysen von Krankenkassen hervor (z.B. Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008; Heyde & Macco, 2008). Eine Studie von Van Ameringen, Mancini und Farvolden (2003) legt weiterhin nahe, dass eine ängstliche und depressive Symptomatik bei Kindern- und Jugendlichen im Schulalter mit einem frühzeitigen Schulabbruch der Betroffenen zusammenhängt.

Des Weiteren gelten körperliche Beschwerden gerade im jungen Alter als Indikatoren für depressive Verstimmungen. Je jünger sich eine Depression manifestiert, desto eher imponieren somatische Beschwerden. Auch Schlafprobleme können dabei vermehrt auftreten (z.B. Mehler-Wex & Kölch, 2008).

Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen der Integration eines Schülers in die Klassengemeinschaft und dessen Depressivität. Den prädiktiven Zusammenhang von Viktimisierung im Klassenzimmer und depressiven Symptomen beschreibt bspw. Schwartz et al. (2005). Da auch die schulische Leistung sozial ausgeschlossener Schüler vergleichsweise geringer ausfällt (vgl. Buhs, Ladd & Herald, 2006), kann auch hier von einer hohen Relevanz für den Schulalltag ausgegangen werden. Da ein Lehrer die soziale Interaktion im Klassenzimmer im Blickfeld haben sollte, stellt die Frage, ob ein Schüler zur Klassengemeinschaft dazugehört, einen möglichen weiteren Indikator dar.

Da bisherige Befunde (z.B. Faust, Baum & Forehand, 1985; Mullins, Peterson, Wonderlich & Reaven, 1986) darauf hinweisen, dass Depressive bereits im jungen Alter vergleichsweise unsympathisch wirken und daher von anderen eher zurückgewiesen werden, scheint es auch für den Schulkontext relevant zu sein, ob der Schüler, durch sein Verhalten

bedingt, von anderen gemocht wird oder nicht. Ob eine Lehrkraft nun einen Schüler sympathisch oder unsympathisch findet, könnte somit in diesem Zusammenhang ein relevanter Indikator für die fehlende soziale Unterstützung des Schülers im Schulkontext und dessen Depressionsrisiko sein. Wie der Schüler auf andere wirkt, sollte der Lehrer am ehesten entscheiden können, wenn er dazu zu Rate zieht, inwieweit der Schüler auf ihn selbst sympathisch wirkt.

Schließlich tritt auch aggressives Verhalten und Depression häufig gemeinsam auf. Dies legen Zahlen zur Komorbidität der Störungen nahe (z.B. Angold & Costello, 1993; Beyers & Loeber, 2003, vgl. auch Ines & Sacco, 1992). Faktoren der sozialen Interaktion in der Klasse scheinen gerade für das Schulklima von hoher Relevanz zu sein. Daher sollte eine Lehrkraft auch hinreichend sensitiv sowohl bezüglich der Integration der Schüler in die Klassengemeinschaft als auch bezüglich aggressiven Verhaltens der Schüler untereinander sein. Die Frage, ob ein Schüler häufig in Konflikte mit anderen gerät, sollte eine hohe Sichtbarkeit und eine hohe Relevanz für den Schulalltag aufweisen.

Zusammenfassend soll daher angenommen werden, dass folgende Indikatoren aus Perspektive der Lehrer mit der Selbstauskunft der Schüler bzgl. deren Ausmaß an Depressivität zusammenhängen, da diese (a) mit Depression zusammenhängen, (b) in der Schule als ausreichend sichtbar und (c) ausreichend relevant für den Schulalltag erscheinen:

(1) Mangelnde Motivation des Schülers, (2) Interessenlosigkeit des Schülers, (3) Konzentrationsprobleme des Schülers während des Unterrichts, (4) schulische Leistungseinbußen des Schülers, (5) häufige Fehlzeiten des Schülers, (6) körperliche Beschwerden des Schülers, (7) Schlafprobleme des Schülers, (8) Zugehörigkeit des Schülers zur Klassengemeinschaft, (9) unsympathische Wirkung des Schülers auf andere und (10) häufige Konflikte des Schülers mit anderen.

Weitere Korrelate der Depression, von denen angenommen wurde, dass sie entweder nicht ausreichend schulrelevant sind oder dort nicht ausreichend sichtbar werden, sollen in der

vorgelegten Studie nicht weiter betrachtet werden. Es wurden nur diejenigen Indikatoren genannt, von denen a-priori und theoretisch abgeleitet angenommen wurde, dass sie für den Schulkontext ausreichend relevant sind und dort zu einer hohen Wahrscheinlichkeit sichtbar werden. Die Auflistung stellt jedoch nur eine Auswahl der möglichen schulrelevanten Korrelate der Depression dar. Jeder der genannten, möglichen Indikatoren ist für sich alleine genommen nicht aussagekräftig genug, da unter anderem auch andere Gründe verantwortlich für dessen Ausprägung sein könnten (niedrige Spezifität). Die aus dieser Auflistung gefundenen signifikanten Indikatoren sollen daher zu einen Summenscore addiert werden.

Die vorliegende Studie

Das *Self Other Asymmetry Model* (Vazire, 2010) geht davon aus, dass gerade wenig sichtbares Verhalten am besten per Selbstauskunft beurteilt werden soll. In Einklang mit diesem Modell nehmen wir an, dass das Ausmaß depressiver Symptome präziser von den Schülern selbst als von irgendeinem externen Beurteilern beurteilt werden kann. In der vorliegenden Studie waren aufgrund von organisatorischen Einschränkungen professionelle klinische Interviews nicht möglich. Forschungsarbeiten konnten jedoch bereits zeigen, dass Jugendliche für deren psychologischen Wohlbefinden eine valide und reliable Informationsquelle darstellen können (z.B. Inderbitzen, 1994). Die Ratings der befragten Jugendlichen zur eigenen psychische Belastungen liegen meist höher als die Ratings anderer Beurteiler, wie Eltern oder Lehrer (vgl. Youngstrom, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2000; Lambert & Lyubansky, 1999). Daher soll im Folgenden die Selbstbeurteilungen der Schüler als primäre Quelle für die Ausprägung an Depressivität herangezogen und die Beurteilungen anderer Beobachter mit der Selbsteinschätzung der Schüler verglichen werden.

Hypothesen

Es ergeben sich folgende Hypothesen:

1: Die Übereinstimmungsraten zwischen Selbstbeurteilung der Schüler und Lehrerbeurteilung sind sowohl bzgl. des Ausmaßes an Depressivität als auch bzgl. des Ausmaßes an Aggressivität niedriger als zwischen Selbstbeurteilungen der Schüler und Mitschülerbeurteilungen.

2: Die Übereinstimmungsraten sowohl zwischen Selbstbeurteilung der Schüler und Lehrerbeurteilung als auch zwischen Selbstbeurteilung der Schüler und Mitschülerbeurteilung sind bzgl. dem Ausmaß an Depressivität geringer als bzgl. dem Ausmaß an Aggressivität.

3: Einzelne schulrelevante und in der Schule sichtbare Korrelate der Depression aus Sicht der Lehrerbeurteilung korrelieren mit der Selbstbeurteilung der Schüler bzgl. deren Ausmaß an Depressivität (Summenwert des ADS-K).

4: Der Summenwert dieser einzelnen Indikatoren ist ein signifikanter Prädiktor für die Selbstbeurteilung der Schüler bzgl. deren Ausmaß an Depressivität (Summenwert des ADS-K).

8.2 Methode

Stichprobe

Klassen. Die teilnehmenden Klassen der Stufen acht und neun wurden in den süddeutschen Regierungsbezirken Karlsruhe und Tübingen im Rahmen einer Evaluationsstudie des Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* rekrutiert. Die Klassen erhielten für die Teilnahme 100 Euro für die Klassenkasse. Die Klassen kamen sowohl aus weiterführenden Schulen (vier gymnasiale Klassen) als auch aus Haupt- und Realschulen (vier Klassen). Die Datenerhebung fand zwischen Juli 2014 und Januar 2015 statt. Im Vorfeld wurde eine elterliche Einverständniserklärung eingeholt.

Schüler. Eine Stichprobe von 177 Schülern dieser Klassen nahm an der Studie teil. Ein Anteil von 52.0% der Schüler war weiblich und 33.9% der Schüler hatten einen Migrationshintergrund. Das Alter der Schüler lag zwischen 13 und 17 Jahren ($M = 14.77$).

Lehrer. Es nahmen 21 Lehrer aus den acht verschiedenen Klassen (ein bis vier Lehrer pro Klasse) teil. Ein Lehrer füllte den Fragebogen nicht aus, sodass eine Stichprobe von 20 Lehrern (66.7 % davon weiblich) in die Datenanalyse aufgenommen wurde. Drei Lehrer füllten den

Fragebogen nur für eine Hälfte der Klasse aus, da sie nur diese unterrichteten. Ansonsten füllte jeder Lehrer für jeden Schüler einen Fragebogen aus. Daraus ergaben sich $N = 432$ Lehrer-Schüler-Dyaden. Die Altersspanne der Lehrer lag zwischen 25 und 66 Jahren ($M = 44.24$). Die Lehrer hatten zwischen einem halben und 40 Jahren berufliche Erfahrung als Lehrkraft ($M = 16.69$). Sie kannten die Klasse bereits seit zwischen zwei Monaten und vier Jahren ($M = 1.50$). Ein Anteil von 39.0% waren Klassenlehrer der jeweiligen Klassen (61.0% Fachlehrer verschiedener Fächer). Ein Lehrer unterrichtete die Klasse aktuell nicht. Da dieser allerdings die Klasse erst kürzlich noch als Klassenlehrer unterrichtete und die Klasse seit vier Jahren kannte, wurde er in die Datenanalyse aufgenommen. Die Zeit, die die Lehrer aktuell mit der Klasse verbrachte, betrug zwischen null (beschriebener Fall) und 17 Stunden pro Woche ($M = 4.89$). Das Hintergrundwissen über das Thema Depression wurde anhand von frei niedergeschriebenen Kriterien der Depression im Kindes und Jugendalter erhoben (vgl. ICD-10 Kriterien bei Mehler-Wex & Kölch, 2008). Die Anzahl der von den Lehrern niedergeschriebenen Kriterien variierte zwischen einem und sieben ($M = 3.71$) genannten richtigen Kriterien der Depression im Kindes- und Jugendalter. Weiterhin gaben 94.0% der Lehrer an, dass sie sich während des Studiums mit Inhalten zur psychischen Gesundheit von Schülern auseinander gesetzt hätten. Jedoch gab keiner an, sich im Rahmen von Fortbildungsangeboten zum Thema psychische Gesundheit weiter fortgebildet zu haben. Ein Prozentsatz von 55.6% der Lehrer gab an, ein psychisches Problem eines ihrer Schüler wahrscheinlich erkennen zu können, 33.3 % gaben an, dies vielleicht zu können und 11.1% gaben an, dies mit Sicherheit zu können. Keiner gab an, solche Probleme gar nicht erkennen zu können. Ein Prozentsatz von 11.1% der Lehrer gab an, dass sie ihrer Meinung nach adäquat auf ein psychisches Problem eines Schülers reagieren würden, 61.1% gaben an, dies vielleicht zu können, 16.7% gaben an, dies wahrscheinlich zu können und 5.6% gaben an, dies mit Sicherheit zu können.

Instrumente

Schüler. Als Maß der Depressivität wurden die innerhalb der letzten Woche aufgetretene, depressive Symptomausprägung anhand der Kurzversion des Selbstbeurteilungsinstruments *Allgemeine Depressionsskala* (ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) gemessen. Die 15 Items wurden auf einer Vier-Punkt-Likert-Skala beantwortet. Die Antworten wurden zu einem Summenscore addiert, wobei höhere Werte eine stärkere depressive Symptomatik darstellen. Die interne Konsistenz des Fragebogens in dieser Stichprobe war zufriedenstellend ($\alpha = .80$).

Das Ausmaß an Aggressivität des Schülers wurde mit Hilfe der Kurzversion des Selbstbeurteilungsinstruments *Buss Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ-SF, Bryant & Smith, 2001, deutsche Übersetzung nach Amelang & Bartussek, 1997) gemessen. Die kurze Version des Fragebogens enthält zwölf Items, welche die Subskalen physische und verbale Aggression sowie Ärger und Feindseligkeit abdeckt. Die Antworten wurden zu einem Summenscore addiert. Die Fragen wurden auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala beantwortet. Die interne Konsistenz war zufriedenstellend ($\alpha = .85$).

Mitschüler. Für die Einschätzung der Klassenkameraden wurden zwei Fragen verwendet, welche die Schüler auf einer Likert-Skala von 1 (Stimmt genau) bis 4 (Stimmt gar nicht) bezüglich eines jeden Klassenkameraden beurteilten. Das Item mit dem Wortlaut „Dieser Schüler ist häufig niedergeschlagen“ sollte eine Einschätzung bzgl. der Depressivität des jeweiligen Klassenkameraden liefern, während das Item „Dieser Schüler gerät häufig in Konflikte“ eine Einschätzung bzgl. dessen Aggressivität liefern sollte. Diese Methode der gegenseitigen Einschätzung geht auf die Peernomination-Technik zurück (Serbin, Lyons, Marchessault, Schwartzman & Ledingham 1987). Jeder Schüler erhielt demnach von jedem seiner Klassenkameraden eine Einschätzung bzgl. deren Depressivität und Aggressivität. Die Einschätzungen wurden über die Klassenkameraden hinweg gemittelt, um für jeden Schüler eine Einschätzung der Mitschüler zu erlangen.

Lehrer. Um die Beurteilung der Lehrer zu erheben, wurden die ursprünglichen Selbstbeurteilungsversionen des ADS-K und des BPAQ-SF zu Fremdbeurteilungsversionen

aus Sicht der Lehrer transformiert. Hierfür wurden die Items grammatikalisch verändert. Der Inhalt und Wortlaut der Fragen wurden weitestgehend beibehalten (vgl. Kapitel 7, Studie 3). Die interne Konsistenz der Lehrerversion des ADS-K lag bei $\alpha = .73$ und des BPAQ-SF bei $\alpha = .92$. Zusätzlich beantworteten die Lehrer dieselben zwei Fragen pro Schüler, die auch die Mitschüler beantworteten. Auch hierfür wurde nur die Perspektive durch grammatikalische Anpassung verändert, die Formulierung jedoch inhaltlich beibehalten. Um die Einschätzung der Lehrer bzgl. der genannten, schulrelevanten und sichtbaren Indikatoren bzgl. der Schüler (fehlende Motivation, Interessenlosigkeit, Konzentrationsprobleme, schulische Leistungseinbußen, etc.) zu erheben, füllten die Lehrer weitere Items aus. In Tabelle 15 sind die Formulierungen dieser Items dargestellt. Da zu vermuten war, dass manche Items möglicherweise von den Lehrern als heikel eingeschätzt werden könnten und diese - ohne der Verwendung einer vorsichtigen Formulierung - vor einer entsprechenden Antwort zurückschrecken könnten, wurden dementsprechend vorsichtige Formulierungen, wie bspw. „der Schüler scheint...“ oder „der Schüler wirkt...“, verwendet.

Tabelle 15: *Formulierung der Items für die Lehrer*

Item	Formulierung
Fehlende Motivation	<i>Der Schüler wirkt unmotiviert.</i>
Interessenlosigkeit	<i>Der Schüler scheint sich für nichts zu interessieren.</i>
Konzentrationsprobleme	<i>Während der letzten Woche (in letzter Zeit, in der ich den Schüler sah) hatte der Schüler Mühe, sich zu konzentrieren.</i>
Schulische Leistungseinbußen	<i>Die Leistung des Schülers hat in letzter Zeit nachgelassen.</i>
Fehlzeiten	<i>Der Schüler fehlt tendenziell häufig.</i>
Körperliche Beschwerden	<i>Der Schüler scheint körperlich angeschlagen zu sein.</i>
Schlechter Schlaf	<i>Während der letzten Woche (in letzter Zeit, in der ich den Schüler sah) scheint der Schüler schlecht geschlafen zu haben.</i>
Ausschluss aus der Klassengemeinschaft	<i>Es wirkt, als ob der Schüler nicht richtig zur Klassengemeinschaft dazu gehört.</i>
Wirkt sympathisch (r)	<i>Der Schüler wirkt mit seiner sympathischen Art positiv auf mich.</i>
Gerät oft in Konflikte	<i>Der Schüler gerät oft in Konflikte.</i>

Anmerkung. Die Items *Konzentrationsprobleme* und *Schlechter Schlaf* sind an die Allgemeine Depressionsskala (ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) angelehnt.

Studienablauf

Die Datenerhebung fand in Computerräumen der jeweiligen Schulen während der normalen Unterrichtszeit mit der gesamten Klasse statt. Währenddessen waren das Forscherteam und zumeist die jeweils verantwortlichen Lehrer anwesend. Die Schüler wurden instruiert, zunächst mit Papier und Stift die zwei Fragen bzgl. all ihrer Mitschüler zu beantworten. Danach sollten die Schüler eine Testbatterie am PC ausfüllen. Im Rahmen der Evaluation des Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* wurden dabei weitere Instrumente miterhoben, die jedoch in der vorliegenden Studie keine Rolle spielen. Die Datenerhebung dauerte etwa 45 min. Die Schüler erhielten im Anschluss eine Süßigkeit.

Im Anschluss an diese Datenerhebung stellte der Versuchsleiter für vier Lehrern pro Klasse ausgedruckte Fragebögen bzgl. jeden Schülers mit der Bitte zur Verfügung, diese, im Falle einer freiwilligen Teilnahme, innerhalb von vier Wochen auszufüllen (vgl. Studie 3, Kapitel 7.2).

Datenanalyse

Zur Datenanalyse wurden zunächst korrelative Verfahren verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf .05 festgelegt. Die genestete Datenstruktur wurde berücksichtigt, indem zum einen kontrolliert wurde, welcher Lehrer die Schüler beurteilte und zum anderen, welcher Schüler beurteilt wurde. Für die Berechnungen wurde das Statistikprogramm SPSS (Version 22, 2013) verwendet. Zum Vergleich der Korrelationen wurde Fischers Z Statistik (vgl. Bortz, 2004, S. 218 ff.) herangezogen und mit dem Excel-Program *Korel_Vergleiche* (<http://www.spss-seminar.de>, Zugriff am 08.07.2015) berechnet.

8.3 Ergebnisse

Tabelle 16 stellt zunächst ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur

sowohl die Mittelwerte und Standardabweichungen der Beurteilungen der betroffenen Schüler, deren Mitschüler und Lehrer als auch die Übereinstimmungsraten (Korrelationen) der verschiedenen Perspektiven hinsichtlich des Ausmaßes an Depressivität und Aggressivität dar.

Tabelle 16: Korrelationen zwischen Selbstbeurteilungen, Lehrerbeurteilungen und Peerbeurteilungen

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 ADS-K SB								
2 BPAQ-SF SB	.55**							
3 ADS-K LB	.16**	.22**						
4 BPAQ-SF LB	.06	.19**	.49**					
5 Einzelitem Depressivität LB	.08	.12*	.79**	.38**				
6 Einzelitem Aggressivität LB	.08	.23**	.36**	.69**	.25**			
7 Einzelitem Depressivität PB	.40**	.15**	.35**	.12*	.31**	.04		
8 Einzelitem Aggressivität PB	.09	.41**	.24**	.41**	.07	.40**	.18**	
<i>M</i>	25.85	26.91	21.60	18.60	1.54	1.36	1.58	1.60
<i>SD</i>	8.77	8.27	6.76	7.87	0.58	0.53	0.03	0.03

Anmerkungen. *N* variieren zwischen 401 und 177 je nach Anzahl der Beurteiler und Dropouts. ADS-K = Allgemeine Depressionsskala (Kurzversion). BPAQ-SF = Buss Perry Aggression Questionnaire - Short Form. Einzelitem Depression = Einzelnes Item (Niedergeschlagenheit) als Annäherung an das Konstrukt Depressivität. Einzelitem Aggression = Einzelnes Item zur Aggression: Konflikte. SB = Selbstbeurteilung, LB = Lehrerbeurteilung, PB = Peerbeurteilung. * $p < .05$, ** $p < .01$, zweiseitig.

Cross Classified Model und Intraklassenkoeffizienten

Lehrerurteile. Um die Unabhängigkeit der Beurteilungen von der Klassenzugehörigkeit, den Beurteiler und den Beurteiltem zu überprüfen, wurden zunächst Nullmodelle sowohl für die Instrumente ADS-SF und BPAQ-SF als auch für die Einzelitems Depressivität und Aggressivität berechnet.

Zunächst wurde der Einfluss der Klassenzugehörigkeit berücksichtigt. Hierfür wurden Nullmodelle berechnet, bei denen jeweils auf die Klassenzugehörigkeit kontrolliert wurde. Tabelle 17 stellt die Intraklassenkoeffizienten (ICCs) nach abhängigen Variablen dar. Der ICC der Variable Klasse stellt demnach die Varianz der Lehrerurteile dar, die durch die Klassenzugehörigkeit aufgeklärt wird. Dieser war dabei im Verhältnis zur Gesamtvarianz recht gering, sowohl für den ADS-K (ICC = 0.02) als auch für den BPAQ-SF (ICC = 0.10). Auch die ICCs der Einzelitems Depressivität (ICC = 0.02) und Aggressivität (ICC = 0.09) waren vergleichsweise gering. Daher wurde in der Folge nicht auf die Klassenzugehörigkeit kontrolliert.

Des Weiteren sollte überprüft werden, ob die Fremdbeurteilungen *eines* Lehrers bzgl. der Schüler ähnlicher sind als die Fremdbeurteilungen *verschiedener* Lehrern, d.h. inwieweit die Beurteilungen der einzelnen Lehrer von persönlichen Tendenzen geprägt sind. Zudem sollte überprüft werden, ob die Fremdbeurteilungen der Lehrer bzgl. *eines* Schülers sich ähnlicher sind als die Fremdbeurteilungen bzgl. *verschiedener* Schüler. Hierfür wurde der Intraklassenkoeffizient auf Lehrer- und Schülerebene berechnet. Da sowohl mehrere Schüler von denselben Lehrern beurteilt wurden, als auch jeder Schüler von 1-4 Lehrern beurteilt wurde, war dabei keine eindimensionale Hierarchie der Beurteilungsebenen gegeben. Daher wurde ein Cross Classified Model berechnet, indem sowohl auf Lehrer als auch auf Schüler kontrolliert wurde. Es wurde ersichtlich, dass bzgl. des ADS-K die Tatsache, welcher Lehrer der Beurteiler war, (ICC = 0.12) und die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde (ICC =

0.37), jeweils einen substanziellen Beitrag zur Varianzaufklärung aufwiesen. Auch bzgl. des BPAQ-SF ähnelten sich die Beurteilungen innerhalb der beurteilenden Lehrer ($ICC = 0.19$) und innerhalb der beurteilten Schüler ($ICC = 0.37$). Bezüglich der Einzelitems waren die Unterschiede der ICCs zwischen Schüler und Lehrer für Depressivität ($ICC_{\text{Lehrer}} = 0.13$, $ICC_{\text{Schüler}} = 0.24$) und Aggressivität ($ICC_{\text{Lehrer}} = 0.13$, $ICC_{\text{Schüler}} = 0.25$), in vergleichbarem Maße vorhanden. Daher wurde in der Folge bzgl. der Lehrerurteile jeweils sowohl auf beurteilten Schüler als auch auf beurteilenden Lehrer kontrolliert.

Aus den bisher dargestellten Analysen der ICCs ist Folgendes zu erkennen: (a) Die Klassenebene scheint für die weitere Analyse vernachlässigbar zu sein. (b) Welcher Lehrer beurteilte, spielte insgesamt eine geringere Rolle als die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde. (c) Im Kontrast zum BPAQ-SF ähnelten sich die einzelnen Lehrer in ihren Beurteilungen beim ADS-K relativ wenig (siehe Diskussion).

Mitschülerurteile. Hierbei wurde ebenfalls zunächst die Klassenebene betrachtet. Der ICC der Klassen lag für die Mitschülerurteile bei $ICC = 0.02$ für das Einzelitem Depressivität und bei $ICC = 0.04$ für das Einzelitem Aggressivität.

Auch bei den Mitschülerbeurteilungen lag die Vermutung nahe, dass die Beurteilungen innerhalb *eines* beurteilenden Mitschülers sich ähnlicher waren als die Beurteilungen *verschiedener* Mitschüler und dass die Beurteilungen, die für *einen* Schüler von den Mitschülern abgegeben wurden, sich ähnlicher waren als die Beurteilungen über *verschiedene* Schüler hinweg. Daher wurden analog zu oben die ICCs der Beurteiler (Mitschüler) und der Beurteilten (Schüler) berechnet. Es wurde ersichtlich, dass bzgl. des Einzelitems Depressivität sowohl die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde ($ICC = 0.17$), als auch die Tatsache, welcher Mitschüler der Beurteiler war ($ICC = 0.15$), einen substanziellen Beitrag zur Varianzaufklärung aufwiesen. Auch bzgl. des Einzelitems Aggressivität erschien es nicht vernachlässigbar, welcher Schüler beurteilt wurde ($ICC = 0.32$) und welcher Mitschüler

beurteilte ($ICC = 0.18$). Daher wurde auch bzgl. der Mitschülerurteile in der Folge auf beurteilten Schüler und beurteilenden Mitschüler kontrolliert.

Bei der Beurteilung der Mitschüler erschien es bzgl. der Aggressivität - im Kontrast zur Beurteilung der Depressivität- besonders auf die Frage anzukommen, welcher Schüler beurteilt wurde (siehe Diskussion).

Tabelle 17: *Intraklassenkoeffizienten der Lehrer- und Mitschülerbeurteilungen der Ebenen Klassenzugehörigkeit, beurteilter Schüler und beurteilender Lehrer/Mitschüler*

	Lehrerbeurteilungen				Mitschülerbeurteilungen	
	<i>Depressivität</i>		<i>Aggressivität</i>		<i>Depressivität</i>	<i>Aggressivität</i>
	ADS-K	Einzelitem	BPAQ-SF	Einzelitem	Einzelitem	Einzelitem
Klassenzugehörigkeit	.02	.02	.10	.09	.02	.04
Beurteilter Schüler	.37	.24	.37	.25	.17	.32
Beurteilender Lehrer/Mitschüler	.12	.13	.19	.13	.15	.18

Anmerkungen. Die Intraklassenkoeffizienten (ICCs) auf der Ebene der beurteilten Schüler und der Ebene der beurteilenden Lehrern/Mitschüler liegen $>.10$, sodass in den folgenden Regressionsanalysen auf diese Ebenen kontrolliert werden soll. Da die ICCs auf der Ebene der Klassenzugehörigkeit $<.10$ nicht überschreiten, wird in der Folge die Klassenebene nicht weiter berücksichtigt.

Hypothese 1

Betrachtet man zunächst ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur³ die Übereinstimmungsraten (Korrelationen) zwischen den Selbstbeurteilungen der Schüler (ADS-K und BPAQ-SF) und den Lehrerbeurteilungen bzgl. der einzelnen Items (Depressivität und Aggressivität), so waren diese ($r_{dep} = .08$; $r_{aggr} = .23$) wesentlich geringer als die Übereinstimmungsraten zwischen Selbstbeurteilung der Schüler und Mitschülerbeurteilungen ($r_{dep} = .40$ und $r_{aggr} = .41$; Fischers $Z_{dep} = -3.65$, $p < .01$; Fischers $Z_{aggr} = -2.32$, $p < .05$). Ein vergleichbares Bild ergibt sich, wenn zum Vergleich der Übereinstimmungsraten bei den Lehrerbeurteilungen die Mittelwerte der gesamten Instrumente ADS-K und BPAQ-SF aus Lehrerperspektive herangezogen werden: Die Selbstbeurteilungen der Schüler korrelierte mit den Beurteilungen der Mitschüler sowohl bzgl. der Depressivität (Schüler: ADS-K; Mitschüler: Einzelitem Depressivität, $r_{dep} = .40$) als auch bzgl. der Aggressivität (Schüler: BPAQ-SF; Mitschüler: Einzelitem Aggression, $r = .41$) wesentlich höher als mit den Lehrerbeurteilungen (Schüler und Lehrer jeweils ADS-K, $r_{dep} = .16$; jeweils BPAQ-SF, $r_{aggr} = .16$), Fischers $Z_{dep} = -2.75$, $p < .01$; Fischers $Z_{aggr} = -2.82$, $p < .01$). Ohne die genestete Struktur der Daten zu berücksichtigen, scheinen also die Selbstbeurteilungen der Schüler eher mit den Beurteilungen der Mitschüler als mit den Beurteilungen der Lehrer übereinzustimmen.

Um in der Folge die genestete Datenstruktur zu berücksichtigen, wurde in gemischten Regressionsmodellen jeweils der prädiktive Wert berechnet, den die Selbstbeurteilungen der Schüler auf die Lehrerbeurteilungen/ Mitschülerbeurteilungen sowohl bzgl. der Depressivität als auch bzgl. der Aggressivität hat. Hierbei wurden jeweils sämtliche Variablen z-standardisiert. In gemischten Cross Classified Models wurde dabei jeweils sowohl auf die Beurteilten (Schüler) als auch auf die Beurteilenden (Lehrer oder Mitschüler) kontrolliert, indem diese Variablen (beurteilter Schüler und Beurteilender Lehrer/Mitschüler) als zufällige

³ Zu den Vorteilen dieses Vorgehens siehe Studie 2, Kapitel 6.4

Effekte mit in die Regression mitaufgenommen wurden. Um zu überprüfen, ob auch unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur die Übereinstimmungsraten zwischen Selbstbeurteilungen und Lehrerbeurteilungen generell niedriger sind als zwischen Selbstbeurteilungen und Mitschülerbeurteilungen, wurden jeweils der prädiktive Wert der Selbstbeurteilungen der Schüler auf die Lehrerbeurteilungen/Mitschülerbeurteilungen betrachtet.

Es zeigte sich, dass die Selbstbeurteilungen der Schüler auf die Lehrerbeurteilungen bzgl. der Depressivität (Einzelitem) einen prädiktiven Wert von $B = .10$ ($SE = 0.06$, $t(136) = 1.73$, $p = .09$) und bzgl. der Aggressivität (Einzelitem) einen Wert von $B = .25$ ($SE = 0.06$, $t(141) = 4.22$, $p < .001$) aufwies. Es zeigte sich weiterhin, dass die Selbstbeurteilungen der Schüler auf die Mitschülerbeurteilungen einen prädiktiven Wert von $B = .18$ ($SE = 0.03$, $t(173) = 6.32$, $p < .001$) bzgl. der Depressivität und von $B = .22$ ($SE = 0.04$, $t(175) = 5.98$, $p < .001$) bzgl. der Aggressivität aufwies. Somit kann unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur nicht *allgemein* bestätigt werden, dass Mitschüler Lehrern bzgl. der Güte der Übereinstimmung mit den Selbstbeurteilungen der Schüler überlegen sind. Daher wird Hypothese 1 abgelehnt. Jedoch zeigte sich, dass Lehrer bei der Beurteilung der Depressivität einen Nachteil gegenüber Mitschülern aufweisen.

Hypothese 2

Auf korrelativer Ebene und ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur lag die Übereinstimmungsrate zwischen Selbstbeurteilung und Lehrerbeurteilung sowohl für den ADS-K ($r = .16$) als auch für den BPAQ-SF ($r = .19$) im niedrigen Bereich und unterschieden sich nicht (Fischers $Z = -0.40$, $p = .34$). Die Korrelationen der Selbstbeurteilungen (ADS-K und BPAQ-SF) mit den Lehrerbeurteilungen (Einzelitems Depressivität und Aggressivität) unterschieden sich jedoch zwischen Depressivität ($r = .08$) und Aggressivität ($r = .23$, Fischers $Z = -2.00$, $p < .05$). Betrachtet man die Übereinstimmungsraten zwischen den

Selbstbeurteilungen der Schüler und den Mitschülerbeurteilungen, so fanden sich keine Unterschiede zwischen Depressivität ($r = .40$) und Aggressivität ($r = .41$, Fischers $Z = -0.21$, $p = .42$).

Um zu überprüfen, ob unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur die Übereinstimmungsraten sowohl zwischen Selbstbeurteilung der Schüler und Mitschülerbeurteilungen als auch zwischen Selbstbeurteilungen der Schüler und Lehrerbeurteilungen für Depressivität niedriger waren als für Aggressivität, konnten die unter Hypothese 1 genannten prädiktiven Werte herangezogen werden. Dabei zeigte sich, dass bei Lehrerbeurteilungen ein Unterschied zwischen dem prädiktiven Wert bzgl. der Depressivität (Einzelitem, $B = .10$) auf der einen Seite und dem prädiktiven Wert bzgl. der Aggressivität (Einzelitem, $B = .25$) auf der anderen Seite besteht: Bzgl. der Depressivität wies die Selbstbeurteilung der Schüler keinen signifikanten prädiktiven Wert auf die Lehrerbeurteilung aus ($B = .10$, $SE = 0.06$, $t(136) = 1.73$, $p = .09$), bzgl. der Aggressivität wurde die Signifikanzschwelle jedoch erreicht ($B = .25$, $SE = 0.06$, $t(141) = 4.22$, $p < .001$). Da sich jedoch bei den Mitschülerbeurteilungen die prädiktiven Werte zwischen Depressivität ($B = .18$) und Aggressivität ($B = .22$) kaum unterscheiden, wird die allgemein formulierte Hypothese 2 abgelehnt. Hypothese 2 kann jedoch, wenn man lediglich die Beurteilungsgüte der Lehrer und nicht die der Mitschüler betrachtet, als spezifizierte Hypothese bestätigt werden.

Hypothese 3

Tabelle 18 zeigt die korrelativen Zusammenhänge der a-priori als schulrelevant und für Lehrer sichtbar eingeschätzten Indikatoren aus Perspektive der Lehrer mit dem Summenscore des ADS-K aus Perspektive der Schüler. Während *niedrige Schlafqualität*, *Integration in die Klassengemeinschaft* und *Konflikthäufigkeit* nicht mit dem Summenwert der Selbsteinschätzung des ADS-K korrelieren, sind folgende Faktoren aus Lehrerperspektive mit der Selbstbeurteilung der Schüler (ADS-K) signifikant assoziiert: *niedrige Motivation der*

Schülers ($r = .17, p < .01$), *Interessenlosigkeit* ($r = .18, p < .01$), *Konzentrationsprobleme* ($r = .16, p < .01$) *schulische Leistungseinbußen* ($r = .15, p < .01$), *Fehlzeiten* ($r = .16, p < .01$), *körperliche Beschwerden* ($r = .12, p < .05$) und eine *unsympathische Wirkung* des Schülers auf den Lehrer ($r = .17, p < .01$). Hypothese 3 kann somit bestätigt werden.

Hypothese 4

Werden diese Indikatoren der Lehrerperspektive zu einem Summenscore addiert, so korreliert dieser mit der Selbstbeurteilung der Schüler (ADS-K) zu $r = .21, (p < .01)$. Um auch hier die genestete Struktur der Daten zu berücksichtigen, wurde erneut auf die beurteilenden Lehrer und die beurteilten Schüler kontrolliert und ein gemischtes Regressionsmodell (cross classified) berechnet. Um zu überprüfen, inwieweit ein gemittelter Gesamtwert dieser signifikanten Faktoren mit der Selbstbeurteilung der Schüler (ADS-K) übereinstimmt, wurden diese Faktoren der Lehrerperspektive zunächst zu einem Gesamtwert gemittelt und dieser z-standardisiert. Der prädiktive Wert der Selbstbeurteilung der Schüler auf den gemittelten Gesamtwert dieser Faktoren aus Lehrersicht lag bei $B = .19 (SE = 0.06, t(132) = 3.11, p < .01)$. Hypothese 4 kann daher bestätigt werden.

Dieser prädiktive Wert ist vergleichbar mit den prädiktiven Wert des ADS-K aus Schülersicht auf den ADS-K aus Lehrersicht ($B = .20, SE = 0.06, t(135) = 3.30, p < .01$) und dem prädiktiven Wert des BPAQ-SF aus Schülersicht auf den BPAQ-SF aus Lehrersicht ($B = .17, SE = 0.06, t(150) = 2.82, p < .01$).

Tabelle 18: Interkorrelationen zwischen möglichen Indikatoren der Depression für Lehrer und Korrelationen zwischen möglichen Indikatoren für Lehrer und Selbstbeurteilungen der Schüler (ADS-K Summenscore)

	ADS-K	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11
1. Fehlende Motivation	.17**										
2. Interessenlosigkeit	.18**	.77**									
3. Konzentrationsprobleme	.16**	.64**	.61**								
4. Schulische Leistungseinbußen	.15**	.65**	.65**	.51**							
5. Fehlzeiten	.16**	.51**	.46**	.39**	.39**						
6. Körperliche Beschwerden	.12*	.29**	.27**	.19**	.22**	.53**					
7. Schlechter Schlaf	.09	.60**	.51**	.57**	.42**	.34**	.13*				
8. Ausschluss aus Klassengemeinschaft	.09	.26**	.29**	.28**	.24**	.29**	.31**	.26**			
9. Wirkt sympathisch (r)	.17**	.58**	.53**	.50**	.41**	.34**	.20**	.35**	.39**		
10. Gerät oft in Konflikte	.08	.39**	.29**	.45**	.35**	.29**	.16**	.28**	.32**	.31**	
11. Summe aus 1,2,3,4,5,6,9	.21**										
<i>M</i>	1.74	1.69	1.57	1.74	1.47	1.40	1.22	1.52	1.54	3.02	1.37
<i>SD</i>	0.58	.93	.81	.91	.76	.76	.60	.76	.83	.92	.67

Anmerkungen. *N* variieren zwischen 401 und 319 je nach Anzahl der Beurteiler und Dropouts. Spalte ADS-K: Korrelation mit Kurzform der allgemeinen Depressionsskala (Selbstbeurteilung der Schüler). * $p < .05$, ** $p < .01$, zweiseitig.

Exploratives Vorgehen

Um explorativ die diagnostische Güte des ADS und des Gesamtwerts der alternativen Indikatoren der gewählten Indikatoren zu betrachten, wurde eine *Receiver Operator Curve* (ROC) Analyse gerechnet. Hierbei wurde die Sensitivität gegen 1 - Spezifität abgetragen (richtig Positive gegen falsch Positive). Das Zustandskriterium für einen kritischen Depressionswert wurde bei einem Cut-off der obersten 10% nach Selbstbeurteilungen der Schüler gewählt (vgl. Prävalenzzahlen in Kapitel 1.2), was einem ADS-K-Summenwert von 38 der vorliegenden Stichprobe entsprach. Der *Area-Under-the-Curve*-Wert (AUC) wurde dabei als Indikator für die Güte des Tests (Genauigkeit) herangezogen: Der Wert entspricht der Wahrscheinlichkeit, zwischen einem zufällig ausgewählten „nicht-Depressiven“ (zu den unteren 90 % auf dem Depressivitätsmaß gehörend) und einem zufällig ausgewählten „Depressiven“ (hier: zu den 10 obersten % auf dem Depressivitätsmaß gehörend) korrekt den „Depressiven“ auszumachen. Je näher dieser Wert an 1 liegt (Wertebereich von 0 - 1; dabei entspricht 0.5 einer Zufallsauswahl), desto diagnostisch valider ist der Test.

Dabei lag der AUC-Wert für den gemittelten Gesamtwert der sieben ausgewählten Indikatoren aus Lehrerperspektive ($AUC = .60$) im ähnlich Bereich wie der AUC-Wert des ADS-K aus Lehrerperspektive ($AUC = .56$). Beide erfüllen damit nicht die Kriterien eines gültigen Screeningtests (vgl. Green & Swets, 1966).

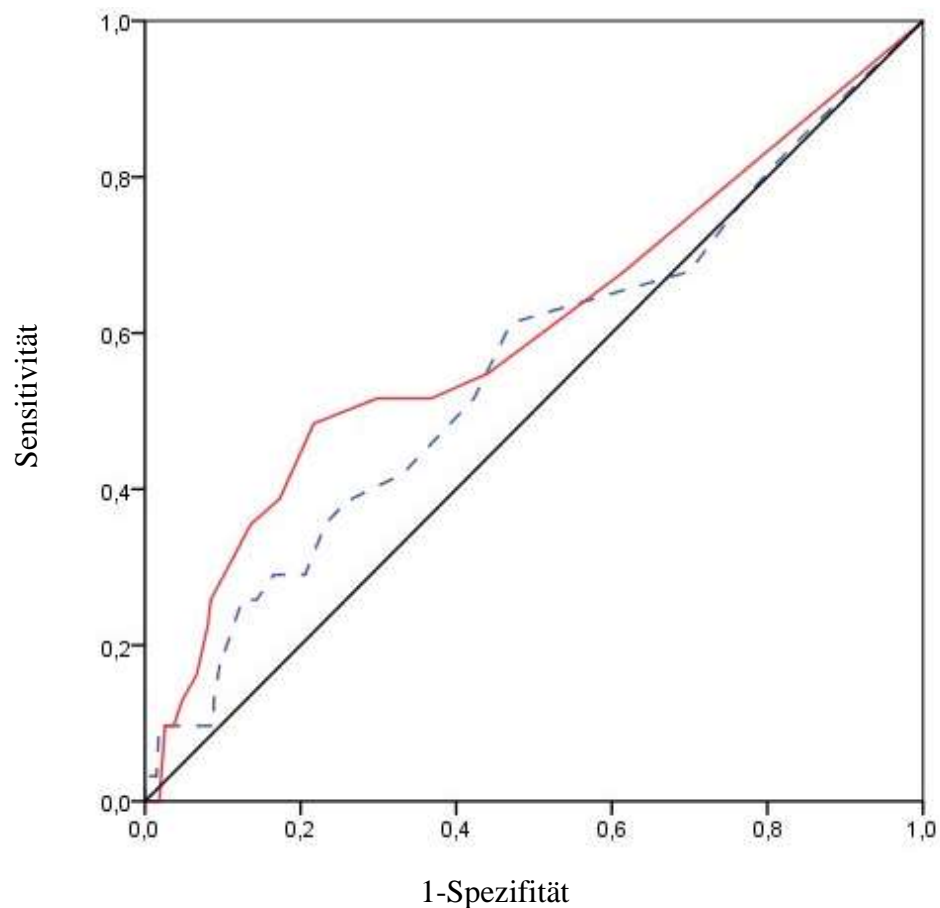


Abbildung 5: Receiver Operator Curve (ROC). Der Zustand zu den zehn obersten Prozent der Stichprobe gehörend ist erreicht, wenn der ADS-K der Selbstbeurteilung des Schülers > 38 (obersten 10 %). Rote, durchgezogene Linie = Summenscore der Indikatoren *fehlende Motivation, Interessenlosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schulische Leistungseinbußen, Fehlzeiten, körperliche Beschwerden* und *unsympathische Wirkung* ($AUC = .60$). Blaue, gestrichelte Linie = Summenscore des ADS-K aus Lehrerperspektive ($AUC = .56$). Schwarze Linie stellt Referenzlinie (zufällige Auswahl) dar.

8.4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde zunächst untersucht, inwieweit Lehrer und Mitschüler mit den Selbstbeurteilungen von Schülern sowohl bzgl. deren Ausmaß an Depressivität und Aggressivität übereinstimmen. Kontrastiert zu den Übereinstimmungsraten zwischen Selbstbeurteilungen der Schüler und Fremdbeurteilungen durch Mitschüler zeigte sich eine geringe Übereinstimmung zwischen Selbstbeurteilungen der Schüler und Fremdbeurteilungen durch Lehrer bzgl. des Ausmaßes an Depressivität. In der Folge wurden sichtbare und schulrelevante Indikatoren der Depression dahingehend untersucht, ob sie für Lehrer bei der Erkennung des Ausmaßes an Depressivität bei Schülern hilfreich sein können. Sieben Indikatoren aus Lehrerperspektive (*fehlende Motivation, Interessenlosigkeit, Konzentrationsprobleme, schulische Leistungseinbußen, häufige Fehlzeiten, häufige körperliche Beschwerden* und *unsympathische Wirkung*) korrelierten dabei mit dem Ausmaß an Depressivität der Schüler (Selbstbeurteilungsinstrument ADS-K).

Tendenzen in der Fremdbeurteilung

Zunächst wurde die Ähnlichkeit der Beurteilten und der Beurteilenden erhoben. Dabei wurden zunächst die ICCs der Klassenebene berechnet. Innerhalb einer Klasse ähnelten sich die Beurteilungen kaum. Die Klasse konnte also keinen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung der Beurteilungen leisten.

Weiterhin wurden jeweils separat für die Übereinstimmungsrate der Lehrerbeurteilungen und für die Übereinstimmungsrate der Mitschülerbeurteilungen mit den Selbstbeurteilungen der Schüler die ICCs der verschiedenen Ebenen (Schüler, Lehrer/Mitschüler) berechnet.

Es zeigte sich, dass die Tatsache, welcher Lehrer beurteilte, insgesamt eine geringere Rolle zur Varianzaufklärung einer Beurteilung spielte, als die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde. Die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde, war demnach entscheidender (klärte mehr Varianz auf) als die Antworttendenz der Lehrer. Dies könnte prinzipiell als

Argument für die Beurteilungsfähigkeit der Lehrer betrachtet werden. Bei den Einzelitems der Lehrerbeurteilungen bestand kein wesentlicher Unterschied der ICCs zwischen Depressivität und Aggressivität. Unter Verwendung der Messinstrumente ADS-K und BPAQ-SF klärten die Tendenzen der Lehrer beim ADS-K weniger Varianz auf als beim BPAQ-SF. Bezüglich der Einschätzung des Ausmaßes Depressivität sind folglich für die jeweiligen Lehrer vergleichsweise schwache persönliche Antworttendenzen zu erkennen.

Betrachtet man die Übereinstimmung der Mitschülerbeurteilungen, so kann festgehalten werden, dass lediglich bzgl. der Aggressivität die Tatsache, welcher Schüler beurteilt wurde, von größerer Bedeutung war (mehr Varianz aufklärte) als die Tatsache, welcher Mitschüler beurteilte. Bzgl. der Depressivität scheint es jedoch im vergleichbaren Ausmaß von Bedeutung zu sein, welcher Mitschüler beurteilte und welcher Schüler beurteilt wurde. Dies spricht dafür, dass es bei Mitschülerbeurteilungen bzgl. der Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität vergleichsweise stark auch auf die Antworttendenzen des Beurteilenden ankommt.

Den Ergebnissen zur Folge scheinen demnach Lehrer bzgl. der Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität vergleichsweise wenig durch persönliche Antworttendenzen beeinflusst zu werden. Jedoch gibt der ICC der Lehrer nicht die Güte der Übereinstimmung mit den Selbstbeurteilungen an, sondern lediglich, inwieweit sich die Beurteilungen der jeweiligen Lehrer über alle Schüler hinweg ähneln. Analog dazu gibt der ICC der Mitschüler nicht die Güte der Beurteilungen der Mitschüler an, sondern lediglich, inwieweit sich die Beurteilungen eines beurteilenden Mitschüler ähneln, also inwieweit diese von einer gewissen persönlichen Tendenz geprägt sind. Die Ergebnisse legen nahe, dass Eigenschaften der Beurteilenden die Beurteilungen maßgeblich beeinflussen können (vgl. Leising, Ostrovski & Zimmermann, 2012; Back, Schmukle & Egloff, 2010).

Übereinstimmungsraten von Selbstbeurteilungen der Schüler und Fremdbeurteilungen

Auf korrelativer Ebene ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur zeigte sich unter Verwendung zweier verschiedener Messinstrumente, dass Lehrer im Vergleich zu

Mitschülern deutlich weniger mit den Selbstbeurteilungen der Schüler übereinzustimmen – sowohl bzgl. des Ausmaßes an Depressivität als auch bzgl. des Ausmaßes an Aggressivität. Dieses Ergebnis liegt in Einklang mit den Befunden von Achenbach et al. (1987). Der Unterschied ist in der vorliegenden Studie sogar deutlicher als der in der Metaanalyse von Achenbach et al. (1987).

Unter Berücksichtigung der genesteten Daten war der Unterschied der Übereinstimmung zwischen Lehrern und Mitschülern nur noch bzgl. des Ausmaßes an Depressivität zu finden. Es konnte somit unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur nicht bestätigt werden, dass Depressivität *von allen* Fremdbeurteilern schlechter erkannt wird als Aggressivität, da die Gruppe der Mitschüler das Ausmaß an Depressivität unter den Schülern vergleichbar gut erkennen konnten wie das Ausmaß an Aggressivität. Auch konnte unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur nicht bestätigt werden, dass Lehrer bei der Fremdbeurteilung *stets* schlechter abschneiden als Mitschüler, da Lehrer bzgl. der Aggressivität eine vergleichbare Übereinstimmungsrate aufweisen wie Mitschüler.

Die Ergebnisse verdeutlichen folglich, dass (a) Lehrer speziell bei der Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität unter ihren Schülern Schwierigkeiten haben und (b) dass dieser Befund sich über verschiedene Methoden und Messinstrumente hinweg zeigt. Diese Ergebnisse liegen damit im Einklang mit der bestehenden Literatur (Achenbach et al., 1987; Rothi et al., 2008).

Welche Fragen sollen Lehrern gestellt werden?

Die korrelativen Befunde legen zunächst nahe, dass die Beurteilungen der Lehrer bzgl. dem Ausmaß an Depressivität unter den Schülern höher mit den Selbstbeurteilungen der Schüler (Selbstbeurteilungsinstrument ADS-K) übereinstimmen, wenn den Lehrern statt einem einzeltem Item ($r = .08$) ein Fragebogen mit mehreren Items (ADS-K aus Lehrerperspektive ($r = .16$)) zur Verfügung steht. Im Kontrast dazu war bei der Beurteilung der Lehrer bzgl. der

Aggressivität unter den Schüler keine Erhöhung der Übereinstimmungsrate durch Erhöhung der Itemanzahl zu erkennen.

Eine nachträgliche Berechnung der Einzelkorrelationen der ADS-K-Items aus Lehrperspektive mit dem ADS-K aus Schülerperspektive ergab jedoch, dass vier Items („[...] scheint der Schüler schlecht geschlafen zu haben.“, $r = .09$; „[...] wirkte der Schüler einsam.“, $r = -.11$; „[...] wirkte der Schüler, als ob er das Leben genießt.“, $r = .05$; „[...] scheint der Schüler das Gefühl gehabt zu haben, dass die Leute ihn nicht leiden können.“, $r = .07$) nicht signifikant mit dem Summenscore des betroffenen Schülers korrelierten. Auch hier scheint - im Sinne des Modells - deutlich zu werden, dass speziell diejenigen Items, die nach der inneren Befindlichkeit fragen und daher schwer von außen zu erkennen sind, dem Lehrer kaum als Anhaltspunkt dienen können. Damit erscheinen gewisse Items des ADS-K für Lehrer nützlicher zu sein als andere. Insgesamt legen die Befunde nahe, dass es lohnenswert sein dürfte, weiter nach geeigneten depressionsrelevanten Items speziell für Lehrer zu suchen. So wäre es für zukünftige Forschung lohnenswert, den ADS-K auch nach dem Kriterium der ökologischen Validität auf die Perspektive der Lehrer anzupassen, d.h. diejenigen Items ohne diagnostischen Wert für Lehrer nicht mehr zu verwenden und andere, wie die in der vorliegenden Studie beschriebenen, aufzunehmen.

Diesem Ansatz folgend, wurden in der vorliegenden Studie weitere Indikatoren untersucht, welche in bisherigen Studien mit Depressivität zusammenhingen und von denen zum anderen angenommen wurde, dass sie sowohl in der Schule sichtbar als auch schulrelevant sind. In der vorliegenden Studie korrelierten die Aussagen der Lehrer bzgl. sieben Faktoren signifikant mit dem gemittelten Gesamtwert der Selbstbeurteilung der Schüler bzgl. deren Ausmaß an Depressivität (ADS-K). Auch der Gesamtwert dieser sieben Faktoren korrelierte signifikant mit den Selbstbeurteilungen der Schüler bzgl. deren Ausmaß an Depressivität und stellte auch unter Berücksichtigung der genesteten Daten einen signifikanten Prädiktor für das

Ausmaß an Depressivität der Schüler dar. Dabei schnitten diese sieben Indikatoren (als gemittelter Gesamtwert) als Prädiktor ähnlich gut ab, wie der ADS-K aus Lehrerperspektive.

Im Folgenden soll daher die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit diese Faktoren speziell für Lehrer zusätzliche Indikatoren für das frühzeitige Erkennen von Depressivität darstellen können. Während einige Faktoren in der vorliegenden Studie keinen diagnostischen Nutzen lieferten, wiesen andere Faktoren in der vorliegenden Studie einen diagnostischen Wert für Lehrer auf.

So legen die korrelativen Befunde der vorliegenden Studie nahe, dass die Häufigkeit, mit der ein Schüler in Konflikte gerät, als Indikator für Lehrer in der untersuchten Stichprobe nicht nützlich erscheint. Laut Jürgens (2000) sind aggressive Verhaltensweisen im Vergleich zu anderen Störverhaltensweisen (verbales Stören, mangelnder Lerneifer, motorische Unruhe) relativ selten. Möglicherweise hat dieser Faktor für das Ausmaß an Depressivität daher in der vorliegenden Studie keinen diagnostischen Nutzen, da das Verhalten von den Schülern nicht häufig genug in Anwesenheit des Lehrers gezeigt wurde (vgl. Funder, 1995).

Auch Schlafprobleme erscheinen entgegen der Annahme für Lehrer in der untersuchten Stichprobe keinen diagnostischen Wert für Depressivität zu besitzen. Möglicherweise sind derartige Probleme im Schulkontext nicht so deutlich sichtbar wie erwartet (z.B. durch verschlafene Augen). Möglicherweise können Schlafprobleme eher von Eltern als von Lehrern beobachtet werden können, da diese etwaige Schlafprobleme, wie Ein- oder Durchschlafstörungen besser verfolgen können. In Übereinstimmung zu den Erkenntnissen von Achenbach et al. (1987) deutet auch dieses Ergebnis an, wie stark derartige Beurteilungen vom Kontext der zu beobachtenden Situation abhängen.

Hilfreiche Indikatoren für Lehrer

Häufige *Fehlzeiten* scheinen den Ergebnissen zur Folge für Lehrer ein hilfreicher Indikator darzustellen, obgleich dieser, wie jeder einzelne der hier untersuchten Indikatoren, für sich allein genommen nicht spezifisch für das Ausmaß an Depressivität sein kann.

Besonders hilfreich könnte dieser Indikator jedoch deshalb sein, da dieser deutlich „sichtbar“ und mit einem Blick ins Klassenbuch überprüfbar ist.

Der Faktor häufige *körperliche Beschwerden* scheint dahingehend von besonderer praktischer Relevanz zu sein, da mit dessen Hilfe für den Lehrer eine besondere Chance bestehen könnte, eine erkannte psychische Auffälligkeit eines Schülers „weniger verfänglich“ ansprechen zu können. Ohne sofort auf eine erkannte psychische Auffälligkeit eingehen zu müssen, könnte der Lehrer sich zunächst nach etwaigen körperlichen Beschwerden erkundigen, um mit dem Schüler ins Gespräch zu kommen. Somit könnte er dann im weiteren Verlauf andere, auch mögliche psychische Auffälligkeiten besser einschätzen und ggf. ansprechen (vgl. Aussagen der Lehrer bei Rothi et al., 2008).

Ein genaues Beobachten des Faktors *schulische Leistung* scheint den Ergebnissen zur Folge ebenso diagnostisch wertvoll zum Erkennen des Ausmaßes an Depressivität unter Schülern zu sein. Hinter schulischen Leistungseinbußen könnten sich dabei unter anderem auch weniger sichtbare Probleme des Schülers, wie Konzentrations- oder Motivationsprobleme verbergen. Sich verschlechternde Schulnoten scheinen in diesem Zusammenhang objektiver als sich möglicherweise dahinter verbergende Faktoren, wie z.B. Konzentrations- und Motivationsprobleme, zu sein. Sie könnten daher für Lehrer besser erkennbar sein.

Mangelnde *Motivation*, *Interessenlosigkeit* und *Konzentrationsprobleme* sind nahe am Kernbereich der Depression anzusiedeln und erwiesen sich auch für Lehrer - den Ergebnissen zufolge – als potenziell diagnostisch hilfreich. Diese Indikatoren scheinen für den Kontext Schule von besonderer Bedeutung zu sein, nicht zuletzt dadurch, da sie in engen Zusammenhang mit der schulischen Leistung stehen (z.B. Krapp, Schiefele & Schreyer, 1993). Zum Erkennen dieser Indikatoren ist - im Vergleich zu offensichtlicheren Indikatoren, wie Fehlzeiten etc. - ein geschulteres Auge des Beobachters notwendig. Beim Betrachten dieser

Faktoren besteht dabei stets eine Gefahr von Überinterpretationen, gerade von nicht-professionellen (klinischen) Beurteilenden, wie den Lehrern.

Die Frage, ob der Lehrer den betreffenden Schüler *sympathisch* findet, scheint den vorliegenden Daten zur Folge ebenfalls eine Rolle für das Erkennen von Depressivität spielen zu können. Besonders hilfreich könnte der Indikator *fehlende Sympathie* aus dem Grunde sein, da hier *ausschließlich* nach dem subjektiven Eindruck des Lehrers gefragt wird und dessen Befürchtung, etwas falsch einzuschätzen (vgl. Rothi et al., 2008), daher geringer ausfallen sollte.

Gerade bei der Beurteilung der Sympathie müssen intrapsychische Prozesse des beurteilenden Lehrers und dessen Verhältnis zum Schüler besonders beachtet werden. Beispielsweise fanden in einer Studie von Back, Schmukle und Egloff (2010) die Autoren, dass jene Beurteiler, die selbst eher zu selbst-transzendenten und weniger selbstfokussierten Werten neigen, die zu beurteilenden Personen eher mögen. In der Studie zeigte sich also, dass es bei der Beurteilung der Sympathie für einen anderen ebenfalls auf die Eigenschaften des Beurteilenden ankommt. Des Weiteren fanden die Autoren, dass extrovertierte und selbstfokussierte Personen eher gemocht werden und dass eine erhöhte wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Beurteilenden und Beurteilten die Beurteilung der Sympathie positiv beeinflusst. Darüber hinaus konnte der Einfluss der Persönlichkeitseigenschaften der Beurteilten auf deren soziale Beliebtheit in der Studie von sichtbaren physischen, nonverbalen und auditiven Hinweisreizen meditiert werden. Die Studie von Back et al. (2010) legt damit zum einen nahe, dass in der sozialen Wirkung von Schülern sehr viel Information steckt und diese daher prinzipiell aufschlussreich auch für die Früherkennung von auffälligen Verhaltensweisen von Schüler sein könnte. Auf der anderen Seite zeigt die Studie, dass in der Information, ob ein Schüler gemocht wird oder nicht, neben dem Ausmaß an Depressivität auch zahlreiche andere Faktoren verborgen sein können, was es bei der Interpretation dieser Information zu beachten gilt.

Leising, Ostrovski und Zimmermann (2012) fanden, dass der Grad an Übereinstimmung zweier Beurteiler unter anderem davon abhängt, inwieweit die Beurteilenden sich gegenseitig mögen: Während eine geteilte Sympathie höhere Übereinstimmungsgraden nach sich ziehen kann, scheint eine geteilte Antipathie mit einer geringeren Übereinstimmung zusammenzuhängen. Dieser Befunde legt nahe, wie schwierig es ist, mit der Selbstbeurteilung eines einem unsympathisch erscheinenden Menschen übereinzustimmen. Wenn man sich die Befunde vor Augen führt, dass Depressive eher unsympathisch auf andere wirken (z.B. Sentse, et al. 2016), so liegt auf der Hand, dass es bei von Depressivität Betroffenen neben anderen Gründen (z.B. internalisierende Symptome) allein wegen deren vergleichsweise unsympathischen Wirkung schon schwieriger ist, deren Verhalten und Wahrnehmung korrekt zu beurteilen.

Die Bedeutung weiterer Faktoren für das Erkennen des Ausmaßes an Depressivität im Schulkontext soll aufgrund der hier vorliegenden Datenlage keinesfalls ausgeschlossen werden. Im Gegenteil: Die Studie legt nahe, dass es lohnenswert erscheint, nach weiteren Indikatoren für Lehrer zu suchen. Dabei erscheint für künftige Studien unter anderem die Fragestellung sinnvoll zu sein, ob es nach Kriterien der Sensitivität und der Spezifität möglich ist, einen gemittelten Gesamtwert der gefundenen Indikatoren zu erstellen und einen Cut-off zu definieren, ab wann weitere diagnostische Schritte unternommen werden sollten. Darüber hinaus könnte in künftigen Studien eine Gewichtung der gefundenen Indikatoren (bspw. nach Relevanz der Kriterien) vorgenommen werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass nicht jeder Schüler, der schlechte Noten hat, häufig fehlt, körperliche Beschwerden hat, unmotiviert, unkonzentriert und interesselos ist oder auf den Lehrer unsympathisch wirkt, ein hohes Ausmaß an Depressivität aufweist oder ein hohes Risiko für eine depressive Störung haben muss. Doch scheint gerade in der Kombination von objektivierbaren Faktoren (z.B. schlechte Noten, häufiges Fehlen, körperliche Beschwerden) und der subjektiveren Einschätzung von Lehrern (z.B. Konzentrationsprobleme, Interessenlosigkeit, unsympathische Wirkung) im schulischen Kontext eine besondere Chance

zu bestehen, eine bestehende depressive Symptomatik oder ein erhöhtes Depressionsrisiko von Schülern zu erkennen. Eine fachlich kompetente Überprüfung eines etwaigen Verdachts müsste dann jedoch nicht von Lehrern, sondern durch professionelle Kräfte erfolgen (vgl. Kapitel 9.3).

Limitation und Ausblick

Da jeder Lehrer zu *jedem* seiner Schüler die genannten Items beantwortete, entstand in der vorliegenden Studie eine Anzahl von 451 Schüler-Lehrer-Dyaden. Da die Einschätzung der Mitschüler aus der Meinung *aller* Mitschüler bestand und neben dem Ausmaß an Depressivität auch das Ausmaß an Aggressivität beurteilt wurde, lag für jeden Schüler daher ein relativ breites Bild von verschiedenen Beurteilern bzgl. verschiedener Verhaltensweisen vor.

Ein Vorteil der Auswahl der Stichprobe dieser Studie im Vergleich zu einer (sub-) klinischen Stichprobe besteht darin, dass *alle* Schüler einer bestimmten Gruppe (Klasse) und nicht nur ausgewählte Schüler untersucht wurden. Die Auswahl dieser nicht-selektiven Stichprobe ermöglicht damit eher einen Alltagstransfer für die typische Situation, die ein Lehrer im Schulkontext vorfindet. Ein Nachteil dieser Art von Stichprobe liegt hingegen darin, dass sich die meisten Schüler bei einer derartigen Stichprobenauswahl im Normalbereich befinden und die Beurteilenden in ihren Ratings daher seltener in klinisch relevante Bereiche kommen sollten. Neben der Verwendung einer (sub-) klinischen Stichprobe hätte auch eine insgesamt größere Anzahl an Schülern den Vorteil, dass sich mehr betroffene Schüler (mit einer hohen Ausprägung an Depressivität) innerhalb der Stichprobe befänden und somit die diagnostischen Instrumente besser für deren relevanten Anwendungsbereich überprüfbar wären.

Mit einer größeren Stichprobe an Lehrern wäre es für künftige Studien interessant, mögliche Moderatoren auf Seite der Lehrer zu untersuchen, wie bspw. der Erfahrung der Lehrer, wie lang diese die Klasse schon kennen oder welches Vorwissen diese einbringen, etc. (vgl. Kapitel.8.2). Aufgrund der freiwilligen Teilnahme nahmen möglicherweise eher jene Lehrer teil, die sich auch eher zutrauten, derartige Fragen zu beantworten. Auf der einen Seite reduziert dies die Generalisierbarkeit der Befunde der Studie. Die Problematik, dass sich

manche Lehrer derartige Bewertungen eher zutrauen als andere - ob berechtigt oder nicht -, scheint jedoch auf der anderen Seite ein reales, alltagsnahes Problem abzubilden.

Als primäre Informationsquelle, mit der die Beurteilungen von Lehrern und Mitschülern verglichen wurden, wurde die Selbstbeurteilung der Schüler herangezogen. Klinische Interviews hätten im Vergleich zur gewählten Erhebungsmethode den Vorteil, dass die Information, ob ein gewisses Ausmaß an Depressivität tatsächlich vorliegt oder nicht, aufgrund des geschulten Auges des Klinikers noch valider wäre. Jedoch muss auch in klinischen Interviews ein Diagnostiker sich neben seinem geschulten klinischen Blick primär auf die Selbstauskunft des Patienten verlassen. Darüber hinaus wurde bereits gezeigt, dass Selbstbeurteilungen von Jugendlichen eine valide Quelle der Information darstellen können (z.B. Inderbitzen, 1994).

Einordnung

Im deutschsprachigen Raum werden zur Diagnostik von auffälligen Verhalten von Jugendlichen im Schulkontext oft die deutsche Version des *Teacher Report Forms* (TRF, Döpfner & Melchers, 1993) verwendet. Der TRF-Fragebogen ist für Lehrer als Breitbandscreening konzipiert. Der Fragebogen orientiert sich hauptsächlich an der *globalen* Funktionalität des Verhaltens des Schülers, wobei für die Unterkategorie Depression vor allem DSM-Kriterien gewertet werden und manche Auffälligkeiten (z.B. körperliche Beschwerden oder Konzentrationsdefizite), die für Depression diagnostisch interessant wären, für andere Störungskategorien gewertet werden und damit in der Auswertung keinen Informationsgewinn für die Einschätzung der Depressivität liefern.

Der *Fremdbeurteilungsbogen Depression* (FBB-DES im DYSYPS II-System; Döpfner, Görtz-Dorten, Lehmkuhl, Breuer & Goletz, 2008) ist hingegen speziell auf Depression im Kindes- und Jugendalter und für die Beurteilung externer Beobachter ausgelegt. Jedoch ist dieser nicht nur für Lehrer und den Schulkontext, sondern ebenfalls für Eltern und weitere externe Beobachter konzipiert und scheint daher recht unspezifisch für die jeweilige Situation

und die Möglichkeit der Beobachtung des Beurteilers zu sein. Hingegen wurde in Anbetracht der in der vorliegenden Studie unterstrichenen Annahme, dass insbesondere Lehrer beim Erkennen des Ausmaßes an Depressivität Schwierigkeiten haben, in der vorliegenden Studie versucht, Indikatoren zu finden, welche der spezifischen Situation für Lehrkräfte Rechnung tragen und daher speziell für Lehrer im Schulkontext diagnostisch wertvoll sein könnten.

Die vorliegende Studie kann daher als ein erster Versuch verortet werden, für das Problem der Früherkennung von depressiven Symptomen in der Schule bestehende, diagnostische Instrumente speziell für Lehrer zu ergänzen. Für weitere Forschungsbemühungen erscheint vor allem der Befund der vorliegenden Studie vielversprechend, dass aus Perspektive der Lehrer lediglich sieben sichtbare und schulrelevante Indikatoren einen vergleichbaren Grad der Übereinstimmung zu Selbstbeurteilung der Schüler erzielen wie der ADS-K (aus Lehrerperspektive) mit immerhin 15 Items. Jedoch liegt die Genauigkeit beider Summenwerte im niedrigen Bereich, was die Schwierigkeit und Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich unterstreicht.

9. Diskussion und Integration der Studien

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In Studie 1 wurde untersucht, ob Lehrkräfte bei der Durchführung eines universellen Depressionsprogramms eine vergleichbare Wirksamkeit wie Psychologen erzielen und mit welchen Schwächen und Stärken der Lehren bzw. der Psychologen bei der Durchführung zu rechnen ist. Ferner wurde untersucht, welche Unterrichtsfaktoren die Wirksamkeit des Programms beeinflussen. Es zeigte sich, dass sich die Berufsgruppen Lehrer und Psychologen bezüglich der Wirksamkeit des universellen Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* nicht unterscheiden. Zur generellen Wirksamkeit dieses universellen Depressionspräventionsprogramms sei an dieser Stelle z.B. auf Pössel, Wahl, Patak und Hautzinger (2014) verwiesen. Lehrer zeigten bei der Durchführung eine bessere Klassenführung als Psychologen. Psychologen wiederum zeigten eine bessere Strukturiertheit des Unterrichts im Vergleich zu Lehrern. Die Ergebnisse legen nahe, dass Lehrer und Psychologen auf unterschiedlichen Wegen zu einer vergleichbaren Wirksamkeit gelangen. Es zeigte sich darüber hinaus, dass die Unterrichtsqualitätsmerkmale *Klassenführung* und *Strukturiertheit* des Unterrichts Prädiktoren für die Wirksamkeit des Programms im 12-Monats Follow-Up darstellen.

In Studie 2 wurde die Wirksamkeit des universellen Depressionspräventionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* auf das proximale Ziel der Verbesserung der erlebten sozialen Akzeptanz untersucht. Hierbei wurden verschiedene methodische Herangehensweisen verwendet, deren Vor- und Nachteile diskutiert und die aus ihnen jeweils resultierenden Interpretationen der Ergebnisse verortet. Je nach methodischem Vorgehen zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse: Ohne Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur und Beibehaltung einer höheren statistischen Power zeigte sich, dass das universelle Depressionspräventionsprogramm *Lebenslust mit LARS & LISA* die von den Schülern wahrgenommene soziale Akzeptanz verbessern kann. Bei Schülern mit Migrationshintergrund

wurde dieser positive Effekt nicht gefunden. Unter Berücksichtigung der genesteten Datenstruktur konnten diese Ergebnisse nicht bestätigt werden. Die Studie zeigte somit, dass (a) das universelle Depressionsprogramm *Lebenslust mit LARS & LISA* auf die soziale Akzeptanz der Schüler untereinander einen positiven und zeitlich naheliegenden Einfluss haben könnte, und dass (b) je nach Methode, demselben Programm eine unterschiedliche Wirksamkeit attestiert werden kann. Dies verdeutlichte die Gefahr, voreilige Schlüsse bzgl. der Effektivität eines derartigen Programms zu ziehen, insbesondere da damit eine etwaige Verbesserung des Programms verhindert werden könnte.

In Studie 3 stellte sich die Frage, ob eine Transformation der Instrumente *Allgemeine Depressionsskala* (Kurzversion ADS-K, Meyer & Hautzinger, 2001) und *Buss Perry Aggression Questionnaire* (Kurzversion: BPAQ-SF, Diamond & Magaletta, 2006) in ein Fremdbeurteilungsinstrument aus Perspektive der Lehrer zulässig ist. Mithilfe von Studie 3 sollte faktorenanalytisch geklärt werden, welche Faktoren die in Studie 4 verwendeten Instrumente ADS-K und BPAQ-SF im Kindes- und Jugendalter messen. Dabei wurden sowohl die Selbstbeurteilungen der Schüler als auch die Fremdbeurteilungen der Lehrer betrachtet. Die Ergebnisse legen nahe, dass sowohl für den ADS-K als auch den BPAQ-SF Einfaktorenlösungen sowohl für die Selbstbeurteilungen der Schüler als auch für die Fremdbeurteilungen durch Lehrer am besten geeignet erscheinen. Eine Transformation der Selbstbeurteilungsinstrumente in Fremdbeurteilungsinstrumente durch Lehrer scheint den Ergebnissen zur Folge aus faktorenanalytischer Sicht zulässig zu sein.

In Studie 4 wurde die Erkennungsleistung von Lehrern sowohl bezüglich des Ausmaßes an Depressivität als auch bzgl. des Ausmaßes an Aggressivität der Schüler mit der Erkennungsleistung von Mitschülern verglichen. Dabei sollte geklärt werden, inwieweit Lehrer und Mitschüler das Ausmaß an Depressivität und Aggressivität bei Schülern erkennen und inwieweit sich die Erkennungsleistungen je nach Beobachter (Lehrer vs. Mitschüler) und Verhaltensweise (Depressivität vs. Aggressivität) unterscheiden. Ferner wurde untersucht, ob

schulrelevante und im Schulkontext sichtbare Indikatoren der Depression den Lehrern bei der Beurteilung bzgl. der Depressivität ihrer Schüler helfen können. Dabei zeigte sich, dass Mitschüler höhere Übereinstimmungsraten mit den Selbstbeurteilungen der Schüler bezüglich der Depressivität aufweisen als Lehrer. Lehrer hatten insbesondere bei der Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität im Vergleich zur Aggressivität und im Vergleich zu den Einschätzungen der Mitschüler besondere Schwierigkeiten. Es zeigte sich, dass sich einige a-priori als schulrelevant und im Kontext Schule als sichtbar eingeschätzte Indikatoren der Depression (fehlende Motivation, Interessenlosigkeit, Konzentrationsprobleme, schulische Leistungseinbußen, häufige Fehlzeiten, körperliche Beschwerden und unsympathische Wirkung auf den Lehrer) für die Einschätzung des Ausmaßes an Depressivität speziell für Lehrer als hilfreich darstellten könnten.

Zusammengefasst lieferten die dargestellten Studien folgende Ergebnisse:

- (a) Lehrer und Psychologen scheinen mit unterschiedlichen Qualitäten in der Durchführung des universellen Depressionsprogramms *Lebenslust mit LARS & LISA* eine vergleichbare Effektivität zu erzielen. Faktoren des Unterrichtsverhaltens, wie das *Classroom Management* und die *Strukturiertheit* des Unterrichts, scheinen prädiktiv für die Wirksamkeit des Programms zu sein.
- (b) Das universelle Depressionspräventionsprogramm *Lebenslust mit LARS & LISA* könnte die erlebte soziale Akzeptanz von Schüler untereinander verbessern. Dabei schienen lediglich deutsche Schüler und nicht Schüler mit Migrationshintergrund zu profitieren. Hierbei zeigte sich, dass aufgrund der Schwierigkeit, optimale methodische Standards im Kontext Schule zu erfüllen, derartige Schlüsse mit Vorsicht zu betrachten sind.
- (c) Sowohl für den ADS-K als auch für den BPAQ-SF scheinen Einfaktorenlösungen für die Selbstbeurteilungen der Schüler und für die Fremdbeurteilungen durch Lehrer im Jugendalter am besten geeignet zu sein. Eine Transformation der

Selbstbeurteilungsinstrumente aus Perspektive der Schüler in Fremdbeurteilungsinstrumente aus Perspektive der Lehrer scheint aus faktorenanalytischer Sicht zulässig zu sein.

- (d) Das Ausmaß an Depressivität von Schülern zu erkennen, scheint für Lehrer im Vergleich zu Mitschülern und im Vergleich zum Ausmaß an Aggressivität besonders schwer zu sein. Einige schulrelevante und sichtbare Indikatoren könnten für die Früherkennung von Depressivität unter Schülern für Lehrer hilfreich sein.

9.2 Das Zusammenspiel von Prävention und Früherkennung von Depressivität

Prävention und Früherkennung sind prinzipiell eng miteinander verknüpft und gerade im Einzelfall kaum auseinanderzuhalten.

Wenn früh Anzeichen bei Betroffenen erkannt werden, kann auch früher interveniert werden, indem z.B. der Schüler an indizierten Präventionsprogrammen teilnimmt oder therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt. Somit kann ein Ausbruch der Störung möglicherweise noch verhindert werden. Bei der Früherkennung kommt neben den Sorgeberechtigten auch den Lehrern eine wichtige Rolle zu. Die Ergebnisse der Arbeit konnten zeigen, dass Lehrer eine potenzielle Ressource in der Früherkennung von Depressivität bei Kinder- und Jugendlichen darstellen können. Inwieweit Lehrer dann Alarm schlagen müssen, sollen oder dürfen, ist ein weites Feld, das mit vielen berufspolitischen Wertevorstellungen verknüpft ist. Eine Erörterung kann hier nur ansatzweise geleistet werden (vgl. Kapitel 9.3 und 9.4).

Darüber hinaus erscheint es plausibel, dass gerade während der Durchführung universeller Präventionsprogramme psychische Probleme von Schülern auffallen, die erst aufgrund der näheren Beschäftigung mit dem Thema zu Tage kommen. Derartige Probleme der Schüler könnten dabei sowohl den Schülern selbst, den durchführenden Trainern oder den Eltern in einem durch das Training ausgelösten Gespräch mit ihren Kindern auffallen. So könnten während der Durchführung derartiger Präventionsprogramme Frühsymptome erkannt werden, die sonst möglicherweise länger verborgen geblieben wären. Damit könnten

frühzeitiger Hilfssysteme aktiviert werden. Programmbausteine, wie das Einbringen eigener persönlicher Beispiele (vgl. Wahl et al., 2008), scheinen prädestiniert dafür zu sein, bestehende Probleme salient zu machen.

Wie diese Beispiele verdeutlichen, gehen Früherkennung und Prävention gerade im Kontext Schule Hand in Hand, sodass sie als komplementär zueinander beschrieben werden können und integrativ betrachtet werden sollten.

9.3 Prävention und Früherkennung als Aufgabe der Gesellschaft

Bereits im Jahre 1948 hat die WHO *Gesundheit* als einem Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen definiert. Gesundheit wird als funktionale Norm folglich daran gemessen, ob eine Person in der Lage ist, die Aufgaben zu erfüllen, die von ihrer sozialen Rolle erwartet werden (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health; z.B. WHO, 2001). Damit sind für Kinder und Jugendliche das zeitgerechte Erreichen der Meilensteine der Entwicklung und die Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben als bedeutsame Teilaspekte der Gesundheit zu verstehen. Die Prävention und Früherkennung von Depressivität im Kindes- und Jugendalter stellt in diesem Sinne eine enorme Herausforderung an unserer Gesellschaft dar (z.B. Horowitz & Garber, 2006; Cassano & Fava, 2002). Hierbei wird neben den Eltern im besonderen Maße auch den Erziehern und Lehrern eine gesellschaftliche Aufgabe zuteil.

In einem solchen breiten Verständnis von Gesundheit kommen neben dem körperlichen Wohlbefinden (Fehlen von Beschwerden, positives Körpergefühl, körperliches Leistungsvermögen), dem psychischem Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, Freude, etc.) und der Möglichkeit, die soziale(n) Rollen zu erfüllen, auch Begriffe wie Selbstverwirklichung, spirituelle Orientierung und Sinnfindung hinzu (vgl. Ritterbach & Wohlfarth, 2009).

Im biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit ist diese letztlich ein Ausdruck eines dynamischen Gleichgewichts zwischen gesund erhaltenden und krank machenden Faktoren

(vgl. Schlack & Brockmann, 2014). Für die Gesellschaft leitet sich aus einer derartigen Vorstellung von Gesundheit der Auftrag ab, die Gesundheit der Gesellschaft wie die des Einzelnen sowohl durch geeignete medizinische und psychotherapeutische, als auch durch soziale Maßnahmen, kurativ wie präventiv, zu fördern.

Dieses Prinzip liegt auch dem von Antonovsky (1987) formulierten Konzept der Salutogenese zugrunde. Laut Autor sind Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber potenziell krank machenden Faktoren Ausdruck von psychischen Kompetenzen, die im Laufe des Lebens erworben werden. Diese Kompetenzen müssten dann lebenslang weiterentwickelt und gestärkt werden. Die Erfüllung essenzieller Bedürfnisse während der Kindheit liefert nach Antonovsky hierfür die Grundlage. Zum Erreichen dieser Kompetenzen sind nach Antonovsky drei grundlegende Überzeugungen erforderlich, die Heranwachsende im Laufe ihres Lebens erlernen sollen: Zunächst ist es wichtig, dass sie zur Überzeugung kommen, dass neue Situationen und unvertraute Erfahrungen für sie grundsätzlich verstehbar sind und dass sie damit nicht dem „Chaos der Welt“ hilflos ausgeliefert sind (kognitive Bewältigung). Eine weitere wichtige Grundüberzeugung für Heranwachsende ist, dass Probleme durch Mobilisierung eigener Kompetenzen und Ressourcen lösbar sind (Selbstwirksamkeit). Komplettiert werden diese Einstellungen mit der Überzeugung, dass auftretende Aufgaben, aber auch Probleme, einen Sinn haben (können) und es sich lohnt, Kräfte und Fähigkeiten zu ihrer Bewältigung einzusetzen (Sinnggebung). Gelangen Heranwachsende zu diesen drei Grundüberzeugungen, so empfinden sie nach Antonovsky auch ein Gefühl des Zusammenhalts („sense of coherence“). Letzteres wird von Antonovsky als das Fundament der Gesundheit angesehen.

Diesem Denkansatz folgend, ist es daher Aufgabe der Gesellschaft und insbesondere ihrer Schlüsselfiguren, wie Amts- und Würdenträgern, Eltern sowie Lehrern und Erziehern, dafür zu sorgen, dass Heranwachsende eben jene Erfahrungen machen können, welche die von Antonovsky (1987) genannten Grundüberzeugungen ermöglichen. Auf den Kontext Schule

bezogen, ergeben sich daraus wichtige Fragestellungen und Implikationen. Denn um dieser gesellschaftlichen Herausforderung gerecht werden zu können, kommen an dieser Stelle im Kontext Schule (vgl. Kapitel 3) wichtige Aufgaben vor allem auf Lehrer zu. Was also können Lehrer konkret unternehmen, um ihrer Rolle als Schlüsselfiguren im Erleben von schulischem und sozialen Erfolg oder Misserfolg von Heranwachsenden gerecht zu werden?

9.4 Was Lehrer leisten könnten – literaturbasierte Vorschläge

Insgesamt legen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nahe, dass Lehrern sowohl bei der Prävention als auch bei der Früherkennung von Depressivität eine wichtige Rolle zukommen sollte. Dabei könnten Lehrer Aufgaben übernehmen, die in der Folge diskutiert werden sollen. Ob Lehrer auch gewillt sind, diese Aufgabenbereiche für sich in Anspruch zu nehmen, ist eine ganz andere Frage. Sie würde viel Diskussionsstoff bieten und soll hier nicht vertiefend geklärt werden. Schulorganisatorische Änderungen, die vorgenommen werden müssten, um Lehrer stärker einzubinden, werden in Kapitel 9.5 erörtert.

Es stellt sich folgende konkrete Frage: Was sollten Lehrer im Umgang mit ihren Schülern beachten? Dabei sollen primär Klassenlehrer und unter Umständen auch Lehrer der Hauptfächer gemeint sein, da diese normalerweise die meiste Zeit mit ihren Schülern verbringen.

Grundsätzliche Probleme, die Lehrer nach eigenen Aussagen beispielsweise beim Erkennen von Depressivität sehen, sind zwar unter anderem bei Rothi et al. (2008) beschrieben. Bisher gibt es aber kaum empirische Arbeiten, die spezifisch die Rolle von Lehrern im konkreten Umgang mit dem Phänomen Depressivität bei Schülern unter die Lupe genommen haben (vgl. Crundwell & Killu, 2010). Die folgenden Vorschläge basieren somit primär auf in diesem Zusammenhang relevant erscheinenden Theorien, Case-Studies und empirischen Befunden aus verwandten Themengebieten. Dabei erscheint je nach Schultyp, Belastung des Lehrers, verfügbare Zeit des Lehrers mit der Klasse, Symptomausprägung des Schülers, etc. stets immer nur ein fallabhängiger, individualisierter Umgang mit betroffenen Schülern

möglich zu sein (vgl. Crundwell & Killu, 2010; Rothi et al. 2008). Universell verwendbare Regeln sind insgesamt schwer auszumachen und dürften im Schulalltag nur schwer umsetzbar sein.

Trotzdem soll im Folgenden versucht werden, einige konkrete Vorschläge darzustellen, welche in die Konzeption der primären, sekundären und tertiären Prävention verortet werden sollen (vgl. Commission on Chronic Illness 1957). Nach dieser Konzeption findet primäre Prävention vor dem „biologischen Ursprung“ der Störung statt. Nachdem erste Hinweise der Störung vorliegen, jedoch noch kein Leiden auftritt, findet sekundäre Prävention statt. Um eine Verschlimmerung einer einmal ausgebrochenen Störung zu vermeiden, findet tertiäre Prävention statt (vgl. Commission on Chronic Illness, 1957). Eine klare Trennung dieser Bereiche kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Auch erscheint es plausibel, dass durch dieselben Handlungsweisen eines Lehrers sowohl gesunde Schüler (primär präventiv), Schüler mit erhöhtem Risiko (sekundär präventiv) als auch bereits betroffene Schüler (tertiär präventiv) profitieren können.

9.4.1 Primäre Prävention: Schutzfaktoren für Schüler aktiv mitgestalten

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gehen negativ mit depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einhergeht (z.B. Steca, Abela, Monzani, Greco, Hazel & Hankin, 2014; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003). Bisherige Studien wiesen speziell auf den negativen Zusammenhang von schulischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung und dem Ausmaß an depressiven Symptomen hin (Steca, et al., 2014; Scott, Dearing, Reynolds, Lindsay, Baird & Hamill, 2008). In diesem Sinne sollte in der Schule eine Steigerung speziell des schulischen Selbstwirksamkeitserlebens angestrebt werden. Laut Bandura (2012; 1998) kann Selbstwirksamkeit auf drei Wegen entstehen: In dem man Hindernisse selbst überwindet, ähnliche Personen bei der Überwindung von Problemen beobachtet oder durch andere Personen von den eigenen Kompetenzen, Probleme selbst überwinden zu können, überzeugt wird (soziale Persuasion). Insbesondere Letzteres erscheint für Lehrer eine Möglichkeit darzustellen,

schulische Selbstwirksamkeit bei Schülern zu fördern: Lehrer sollten allen Schülern und insbesondere den bereits von Depressivität Betroffenen die Überzeugung vermitteln, dass diese den alltäglichen Belastungen in der Schule aus eigener Kraft gewachsen sind. Darüber hinaus sollten sie ihnen mögliche Hilfestellungen und Problemlösestrategien (z.B. realistische und messbare Ziele setzen, Arbeitsplan aufstellen, etc., vgl. Wahl et al., 2008) anbieten.

Depressivität geht bei Schülern mit einem negativen akademischem Selbstkonzept einher (vgl. Masi et al., 2001). Der Lehrer sollte daher Erfolgserlebnisse für Schüler ermöglichen (vgl. Auger, 2005). Durch ein adäquates Maß der Anforderung an die Schüler sollte er die Anzahl erlebter Misserfolge begrenzen, um pessimistischem Denken der Schüler keine Grundlage zu bieten. Er sollte die Belastung gerade für Betroffene minimieren, ohne jedoch diese allzu sehr zu schonen. Dabei sollte der Lehrer darauf achten, den Betroffenen nicht einen alles umgreifenden Sonderstatus zu attestieren, da dieser die betroffenen Schüler stigmatisieren und somit weiter belastet könnte (vgl. Stengler-Wenzke, Angermeyer & Matschinger, 2000).

Dem Schüler sollte von Seiten des Lehrers aus vermittelt werden, dass es sich lohnt, Kräfte und Fähigkeiten zum Erreichen der Ziele und Bewältigung aufgetretener (schulischer) Probleme einzusetzen (vgl. Auger, 2005). Der Lehrer sollte durch Transparenz im Feedback, erfolgsorientierter Motivation und das Darlegen hoffnungsstiftender Zukunftsperspektiven und Chancen versuchen, den in der Schule erlebten Misserfolgen eine Sinnhaftigkeit im Sinne Antonovsky (1987) zu vermitteln. Dabei sollte der Lehrer dem Schüler verdeutlichen, dass eine stattgefunden negative Rückmeldung stets der Mobilisierung seiner Ressourcen dient.

Des Weiteren kann der Lehrer die Teilnahme der Schüler und besonders der Betroffenen an sozialen Aktivitäten aktiv fördern, wie z.B. Projekte anbieten, Klassenfeste organisieren, aktive Pausen gestalten (vgl. Auger, 2005). Dass Aktivitätsaufbau einen antidepressiven Effekt haben kann, konnte unter anderem eine Metanalyse von Cuijpers, Van Straten und Warmerdam (2007) zeigen.

9.4.2 Sekundäre Prävention: Risikofaktoren frühzeitig erkennen

9.4.2.1 Risikofaktoren in der Schule

In einer großangelegten Studie der DAK (2010), an der 1693 Schüler mit einem Altersdurchschnitt von 13,4 Jahren teilnahmen, zeigte sich, dass 48 % der Schüler mit depressiver Stimmung das Klassenklima als schlecht oder sehr schlecht einschätzten, während 29 % der Schüler ohne depressive Stimmung zu dieser Einschätzung kamen. In der Studie zeigte sich darüber hinaus, dass Schüler mit depressiver Stimmung seltener hilfsbereite Mitschüler erlebten (44%) als nicht betroffene Schüler (51%). Auch bemerkten von Depressivität betroffene Schüler eher, dass einzelne Schüler abgelehnt, allein gelassen oder ausgegrenzt wurden (44 %) - im Vergleich zur Gruppe der nicht betroffenen Schüler (25%). Betroffene berichteten häufiger (35 %) von Aggression untereinander (Streit, sich ärgern, sich lustig machen über Mitschüler) als Schüler ohne depressive Stimmung (19%). 23 % der betroffenen Schüler schätzten den Schulstress als hoch oder sehr hoch ein (vs. 8 % der nicht betroffenen Schüler) und 43 % dieser Gruppe berichteten von fehlender Schullust (vs. 22 % der nicht betroffenen Schüler). In der Studie zeigte sich darüber hinaus, dass ein positives, hilfsberechtigtes und lernförderliches Klassenklima schulische und außerschulische Belastungen und Stresssituationen abpuffern konnte.

Diese Zahlen klären zwar nicht die Wirkrichtung der Zusammenhänge dieser schulischen Faktoren mit dem Ausmaß an Depressivität der Schüler. Nichtsdestoweniger erscheint es aufgrund solcher Zahlen notwendig, dass Lehrer speziell für Kinder- und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko oder ersten Symptomen einer Depression für ein hilfsberechtigtes Klassenklima ohne Aggression und Ausgrenzung sorgen und Überlastungen vorbeugen. Folglich sollten Lehrer stets wachsam für etwaige Ausgrenzungen, Mobbing und Überlastungen sein. Sie sollten somit zum einen proaktiv ein möglichst positives Klima in der Klasse schaffen und zum anderen reaktiv Problemsituationen, wie Mobbing, fehlende

Hilfsbereitschaft oder ein schlechtes Klassenklima erkennen, ansprechen und frühzeitig unterbinden (vgl. Auger, 2005)

9.4.2.2 Risikofaktoren im Elternhaus

In der bereits genannten Mannheimer Risikokinder-Studie (Laucht et al., 2000) zeigte sich, dass bereits bei Vorliegen von zwei psychosozialen Risikofaktoren (vgl. Kapitel 1.3.2.2) das Risiko der Vernachlässigung und einer Entwicklungsstörung des Kindes bereits deutlich erhöht ist. Derartige psychosoziale Belastungen haben laut Autoren Auswirkungen auf kognitive und sozial-emotionale Funktionen. Die negativen Folgen früher Risiken waren in der Studie bis zum Schulalter nachweisbar. Haben die Eltern einen geringen Bildungsgrad, eine eingeschränkte Fähigkeiten der Problembewältigung in kritischen Lebenslagen und leiden sie an sozialem Stress, so verschlechtern sich die Voraussetzungen dafür, dass Eltern die seelischen Grundbedürfnisse ihrer Kinder erfüllen, um somit die Wurzel für deren seelische Gesundheit schaffen zu können (Laucht et al., 2000).

Diese Risikofaktoren wurden in dieser Studie zwar nicht spezifisch auf Depression bezogen, trotzdem legen die Ergebnisse nahe, dass es insgesamt empfehlenswert erscheint, dass sich der (Klassen-)Lehrer einen groben Eindruck über den sozialen Hintergrund der Schüler verschafft, insbesondere dann, wenn der Schüler bereits erste Symptome zeigt.

9.4.3 Tertiäre Prävention: Richtiger Umgang mit Betroffenen

Neben der Durchführung universeller Depressionspräventionsprogramme (vgl. Kapitel 5) sollten sich Lehrer über Depression und andere im Kindes- und Jugendalter prävalente psychische Störungen informieren. Hierzu wäre eine entsprechende Erweiterung des Lehrgangsstudiums wünschenswert (vgl. Aussagen bei Rothi et al., 2008). Zwar fühlt sich nur eine Minderheit der Lehrer im Umgang mit psychisch kranken oder sich selbst verletzenden Schülern ausreichend informiert und kompetent, doch werden Lehrer durchaus als hilfreich in der Bewältigung von Problemen, bspw. von Betroffenen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen, erlebt (Plener et al., 2011).

Lehrer sollten darauf achten, dass sie nicht durch vorschnelle Schlüsse und eine unvorsichtige Verbreitung eines Verdachts den Betroffenen stigmatisieren und somit weiter belasten (vgl. Stengler-Wenzke et al., 2000). Lehrer sollen und können nicht psychopathologische Diagnosen erstellen (vgl. Plener, Kaess, Bonenberger, Blaumer & Spröber, 2011). Falls sie sich eines Problems des Betroffenen „annehmen“, sollten sie nicht versuchen, die Arbeit eines Psychotherapeuten zu übernehmen oder gar als „Ersatzeltern“ aufzutreten (vgl. Plener et al. 2011; Auger, 2005). Sie haben auch nicht den Auftrag, die Eltern zu einem anderen Erziehungsverhalten zu zwingen oder für bessere Wohnverhältnisse und eine gesunde soziale Nachbarschaft im Umfeld des Kindes zu sorgen (vgl. Auslegung des §1666 BGB, Kunkel, 2015). Auch wenn das Verhalten oder die Lebensumstände des Kindes noch so auffällig erscheinen, dürfen Lehrer weder Eltern noch das Kind zur Abklärung einer von ihnen angenommenen Störung zwingen.

Lehrer sollten jedoch genau hinsehen und damit Warnsignale von Schülern und deren Umgebung wahrnehmen. Sie sollten nachfragen, falls ihnen etwas auffällt. Sie sollten dies auf eine vorsichtige und schonende Art und Weise tun und ihr Verhalten auf den Einzelfall anpassen. Plener et al. (2011) sprechen in diesem Sinne von einer „respektvollen Neugier“, mit welcher ein Ansprechen von auffallenden Problemen möglich sei und den Weg zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Maßnahme bahnen könne. Wie in Kapitel 8 erwähnt, könnte der Lehrer zunächst den Schüler z.B. darauf ansprechen, dass ihm aufgefallen sei, dass dieser häufig fehle oder häufig an körperlichen Beschwerden leide. Auf diese Art und Weise könnte er zunächst mit dem Schüler selbst ins Gespräch kommen, um Näheres zu erfahren oder gar einer dahinterliegenden Problematik näher zu kommen. Besteht begründeter Anlass zur Sorge, sollte der Lehrer seine Sorgen den Eltern kundtun und gleichzeitig Hilfsmöglichkeiten, wie dem Gang zum Schulsozialarbeiter, zum Psychotherapeuten oder gegebenenfalls zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen aufzeigen. Falls es vom Betroffenen oder von den Eltern erwünscht wird und weder von diesem noch von weiteren Bezugspersonen geleistet

werden kann, Hilfe zu organisieren, sollte der Lehrer auch den Kontakt zu den entsprechenden Hilffssystemen vermitteln können (vgl. Evans, et al., 2002).

Dabei sollten Lehrer – je nach Einzelfall - eng mit den Eltern zusammenarbeiten und sich bei erfahrenen Kollegen, Schulsozialarbeiter oder Schulpsychologen Erfahrungen und Ratschläge einholen (vgl. Birmaher & Brent, 2007, Evans, Van Velsor & Schumacher, 2002).

Der Lehrer sollte bei seinem Vorgehen prinzipiell den Betroffenen gegenüber transparent sein (vgl. Augner, 2005, vgl. § 4 Abs. 1 KKG). Er muss auch darauf achten, die Betroffenen stets vor unnötiger Verbreitung von Information an Unbeteiligte oder gar Gefährdende zu schützen (vgl. §203 StGB). Bei allen Maßnahmen müssen Lehrer stets beachten, die Rechte aller Beteiligten, insbesondere der betroffenen Schüler, zu schützen.

9.4.4 Rechtliche Aspekte beachten

Lehrer unterliegen als Amtsträger nach §203 StGB der Schweigepflicht. Sie dürfen Inhalte, die ihnen in einem Beratungsgespräch anvertraut wurden, nicht offenbaren, es sei denn, der Betroffene ist damit ausdrücklich oder konkludent einverstanden. Eine Zuwiderhandlung wäre strafbar.

Kinder und Jugendliche sind jedoch durch staatliche und gemeindliche Maßnahmen und Einrichtungen zu schützen. Das staatliche Wächteramt übt dabei neben dem Jugendamt, dem Familiengericht und der Polizei auch die Schule aus (vgl. § 8a Abs.1 SGB VIII, § 1666 BGB, sowie § 85 SchG BW, vgl. Kunkel, 2015). Wenn ein höherwertiges Rechtsgut, wie z.B. die Unversehrtheit der Gesundheit der Schüler, gegenwärtig und konkret gefährdet ist, ist der Bruch der Schweigepflicht nicht rechtswidrig (§ 34 StGB).

Lehrer sind verpflichtet, die Eltern über wichtige Belange, die ihre Kinder betreffen, zu informieren. Wenn dem Lehrer Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (bspw. Suizidabsichten seines Schülers) vorliegen, muss er diese mit dem Schüler und dessen Eltern besprechen (§ 4 Abs. 1 KKG, vgl. Kunkel, 2015).

Der Artikel § 4 Abs. 1 KKG besagt:

„Werden Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“

Kunkel (2015) interpretiert hierbei die Sollbestimmung als eine Mussbestimmung im Regelfall.

Lehrer müssen auch der Schulleitung gegenüber wichtige Angelegenheiten, wie z.B. Straftaten oder Anzeichen von Kindeswohlgefährdung, melden und offenlegen. Denn wenn das Leben oder die Gesundheit des Schülers oder eines anderen Menschen akut und unmittelbar gefährdet ist und eine Offenbarung weiteren Schaden verhindern kann, besteht für die Schule eine Offenbarungspflicht nach § 85 SchG BW (vgl. Kunkel, 2015). Droht beispielsweise ein depressiver Schüler ernsthaft sich umzubringen, besteht folglich eine solche Offenbarungspflicht. Erst bei zweifelsfreiem Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung mit absehbaren, tiefgehenden Schäden für das Kind hat folglich die Schulleitung (nicht der Lehrer) die Pflicht, das Jugendamt zu informieren. Die Eltern sollen davor angehört werden. Nimmt kein Elternteil die Einladung der Schule wahr und stellt die Klassenkonferenz mit anwesendem Schulleiter gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohl des Kindes fest, kann laut Gesetz (§ 85 SchG BW) eine weitere Einladung an die Eltern mit dem Hinweis verwunden werden, dass bei Nichtbefolgen das Jugendamt unterrichtet wird. Obwohl Schulgesetze Ländersache sind, lassen sich laut Kunkel (2015) die Gesetze sinngemäß auf andere Bundesländer übertragen.

Die Schweigepflicht (§ 203 StGB) bestehe laut Kunkel (2015) nur, wenn dem Lehrer personenbezogene Daten anvertraut wurden (oder beim Anvertrauen bekannt geworden sind).

Informationen, die der Lehrer selbst ermittelt hat oder ihm zugegangen sind, unterliegen nicht der Schweigepflicht, jedoch dem Datengeheimnis nach § 6 LDSG BW. Diese Daten dürfen somit der Schulleitung, anderen Lehrern oder dem Jugendamt mitgeteilt werden, wenn diese zur Erfüllung des Schutzauftrages erforderlich sind (§ 16 LDSG BW, vgl. Kunkel, 2015).

Am konkreten Beispiel hieße das: Wenn der Lehrer selbst Verdacht schöpft, dass ein Kind bspw. unter einer Depression leidet, kann er dies mit Kollegen besprechen und so weitere Informationen einholen. Wenn sich ein betroffener Schüler jedoch dem Lehrer anvertraut, darf der Lehrer ohne Hinweise auf akute Kindeswohlgefährdung diese Information ohne Einverständnis des Schülers nicht weitergeben.

Lehrer bewegen sich damit rechtlich zwischen der amtlichen Schweigepflicht (§203 StGB), einer Offenbarungsbefugnis (§ 4 Abs. 1 KKG) und einer Offenbarungspflicht, die sich für die Schule ergibt (§ 85 SchG BW). Durch die teilweise kollidierenden Pflichten und daraus entstehenden Ausnahmen, ist die Schweigepflicht des Lehrers zwar als in Einzelfällen lockerer anzusehen als die des Arztes oder die des Psychotherapeuten. Jedoch muss der Lehrer stets darauf achten, den Willen und die Rechte der zumeist noch minderjährigen Schüler bestmöglich zu achten. Dabei gelte laut Kunkel für alle Beteiligten die Faustregel, dass das Gesetz nicht verlangt, das Beste für das Kind zu erreichen, sondern das Schlimmste zu verhindern (vgl. §1666 BGB, Kunkel 2015).

9.4.5 Die Rolle der Lehrer im Verlauf einer Psychotherapie

Im Falle einer Therapie sollte der Lehrer, sofern eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt, bereit sein, seine Sicht der Dinge dem Therapeuten gegenüber zu schildern. Es kann sowohl für die Diagnostik als auch für die Psychotherapie sehr hilfreich sein, wenn dem Therapeuten verschiedene Perspektiven zur Verfügung stehen (vgl. Döpfner & Petermann, 2012; Birmaher & Brent, 2007; Park & Goodyer, 2000). Neben der Selbstauskunft der Schüler, den Schilderungen der Eltern und dem Eindruck des Therapeuten kommt der Perspektive des Lehrers oft eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. z.B. Ihle, Ahle, Jahnke, & Esser, 2004).

Diese kann den Eindruck ergänzen, der beim Therapeuten über den Schüler selbst, aber auch über dessen sozialen Hintergrund entstanden ist.

Im Verlauf einer Therapie wird sich der Schüler möglicherweise Herausforderungen stellen müssen, die in der Schule stattfinden oder besondere Relevanz für den Kontext Schule haben. Der Schulkontext stellt für Patienten eine praktisch relevante Übungsplattform dar (McWilliam & Scott, 2001). Im Verlaufe einer Therapie könnte ein Schüler bspw. neu erlernte soziale Fertigkeiten in der Schule üben, indem er als therapeutische Hausaufgabe damit beauftragt wird, ein kleines Referat vor der Klasse zu halten oder aktiv auf andere Schüler zuzugehen. Hierbei kann es - bei Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung - von Vorteil sein, wenn der Lehrer über den Verlauf der Therapie im Bilde ist, ohne dass er Details über den Betroffenen erfahren muss. Der Patient, Therapeut und der Lehrer können somit gemeinsam sinnvolle Übungen und Verstärkerpläne kreieren, für dessen praktische Umsetzung in der Schule der Lehrer von entscheidender Bedeutung sein kann. Der Lehrer kann den Schüler für gezeigtes erwünschtes Verhalten unmittelbar verstärken. Dem Schüler kann laut McWilliam und Scott (2001) darüber hinaus durch das Einbinden des Schulkontexts in die Therapie besser vermittelt werden, dass er in der Therapie auf konkrete und für ihn relevante Ziele hinarbeitet.

9.5 Zuständigkeit, politischer Wille und organisatorische Hürden – ein Ausblick

Um diese Aufgaben für Lehrer zu ermöglichen bzw. zu erleichtern, bedarf es unter anderem einer dezidierten Willensbildung bei der organisatorischen Umsetzung in den Schulen. Hierfür erscheinen auch Modifikationen im Schulalltag notwendig, die sich sicherlich – wenn überhaupt – nur sehr langsam umsetzen lassen.

Zunächst müsste in weiteren Studien verstärkt der Frage nachgegangen werden, inwieweit Lehrer im Stande und auch Willens sind, ihren Beitrag zur Früherkennung und Prävention zu leisten.

In weiteren Studien müsste unter anderem geklärt werden, wie gut ein Lehrer die Schüler kennen muss und wieviel Zeit er mit ihnen verbringen muss, um sich im Stande zu

fühlen, Indikatoren der Depression zu erkennen. Dabei könnte es auch spannend sein zu erfahren, welche Fächer(-kombinationen) dem Lehrer einen guten diagnostischen Blickwinkel ermöglichen. Bis dato erscheint es am sinnvollsten, die bereits bestehenden Strukturen zu nutzen und zunächst jene Lehrer heranzuziehen, die die Schüler am besten kennen und/oder am meisten sehen. Hierfür kommen in der heutigen deutschen Schullandschaft in den herkömmlichen Schulsystemen am ehesten die Klassenlehrer, die Lehrer der Hauptfächer oder die Vertrauenslehrer in Frage.

Falls sich in großangelegten Verlaufsstudien erhärten sollte, dass Lehrer einen prinzipiell wichtigen Beitrag bei der Früherkennung und der Prävention von Depressivität leisten können, sollten sie diese Aufgabe auch annehmen und sich – wenn auch in einem eingeschränkten Sinne - zuständig fühlen. Dies würde eine Erweiterung des Aufgabengebietes des Berufs des Lehrers bedeuten, was schulorganisatorische Änderungen erfordern würde. Für eine dementsprechend erbrachte Leistung müssten Lehrer unter anderem entsprechend entlohnt werden. Hierfür müsste ein politischer Wille bestehen, die Lehrer auch entsprechend zu vergüten oder das Lehrdeputat bei gleichbleibendem Gehalt zu verringern.

Es liegt also auf der einen Seite an den Forschern, entsprechende Ergebnisse zu liefern und in einer Weise zu präsentieren, dass sie eine breite Masse ansprechen und einen gesellschaftlichen Diskurs anregen, dem sich die politischen Entscheidungsträger nicht entziehen können. Auf der anderen Seite müssten die finanziellen und schulorganisatorischen Rahmenbedingungen (Aufwandsentschädigung, Deputatsverringern, etc.) politisch geschaffen werden, um die Bereitschaft von Lehrern zu steigern, an den erforderlichen Studien und Programmen teilzunehmen.

Insgesamt scheint es noch ein weiter Weg zu sein, die entsprechenden Entscheidungsträger nicht nur prinzipiell von der Bedeutung der Prävention und der Früherkennung der Depression im Kindes- und Jugendalter zu überzeugen, sondern auch davon, die praktische Umsetzung (z.B. breite Dissemination von

Depressionspräventionsprogrammen) nachhaltig finanziell zu unterstützen. Niederschwelliger und ebenfalls wünschenswert für die Zukunft wäre es beispielsweise, dass Lehrer, die betroffene Schüler unterrichten, von erfahrenen Psychologen Supervision angeboten bekämen. Darüber hinaus könnten Informationsabende Lehrer, Schüler und Eltern über das Thema psychische Gesundheit aufklären und für das Thema sensibilisieren.

Literaturverzeichnis

- Abel, U., & Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situationalspecificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, *66*(4), 685.
- Adler, P. A., Kless, S. J., & Adler, P. (1992). Socialization to gender roles: Popularity among elementary school boys and girls. *Sociology of Education*, *65*(3), 169-187.
- Amelang, M., & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (5. Aufl.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderman, E. M. (2002). School Effects on Psychological Outcomes During Adolescence. *Journal of Educational Psychology*, *94*(4), 795-809.
- Angold, A., & Costello, E., J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, *150*(12), 1779-1791.
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, *29*(05), 1043-1053.
- Angst, J., Angst, F., & Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*(2), 57-62.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mysteries of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993). Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report

- Form der Child Behavior Checklist (TRF). *Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arnold, D. H., McWilliams, L., & Arnold, E. H. (1998). Teacher discipline and child misbehavior in day care: Untangling causality with correlational data. *Developmental Psychology, 34*, 276–287.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(3), 361-366.
- Atkins, D. C. (2005). Using multilevel models to analyze couple and family treatment data: basic and advanced issues. *Journal of Family Psychology, 19*(1), 98.
- Auger, R. W. (2005). School-based interventions for students with depressive disorders. *Professional School Counseling, 8*(4), 344-352.
- Back, M. D., Schmukle, S. C., & Egloff, B. (2011). A closer look at first sight: Social relations lens model analyses of personality and interpersonal attraction at zero acquaintance. *European Journal of Personality, 25*, 225-238.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health, 13*(4), 623–649.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management, 38*(1), 9–44.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development, 74*(3), 769-782.
- Barkmann, C., Erhart, M., Schulte-Markwort, M., & BELLA Study Group. (2008). The German Version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents—results of the BELLA study. *European Child & Adolescent psychiatry, 17*(1), 116-124.

- Bauer, M., Bschor, T., Pfennig, A., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M., ... & Pfennig, A. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(2), 67-104.
- Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., & Möller, H. J. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(5), 334-385.
- Beck, A. T. Rush, A. J. Shaw B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck-Online (2016). Schulgesetz Baden-Württemberg. § 85 Verantwortlichkeit für die Erfüllung der Schul- und Teilnahmepflicht, Information des Jugendamtes, verpflichtendes Elterngespräch. https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/komm_pdk/PdK-BW-G1BW/BWSchG/cont/PdK-BW-G1BW.BWSchG.p85.htm. Abgerufen am 24.3.2017.
- Beelmann, A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260–271.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37(05), 225-232.
- Bernstein, I. H., & Gesn, P. R. (1997). On the dimensionality of the Buss/Perry aggression questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 563-568.
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive symptoms of children and adolescents in a german representative sample: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 71-81.
- Beyers, J. M. & Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 247–266.

- Bierman, K. L. & Furman, W. (1984). The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. *Child Development*, 55(1) 151-162.
- Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bohn, C. M., Roehrig, A. D., & Pressley, M. (2004). The first days of school in effective and less effective primary-grades classrooms. *Elementary School Journal*, 104, 269–287.
- Borde T, Braun T, & David M. (2003). Gibt es Besonderheiten in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In T. Borde, M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 43-81). Frankfurt: Mabuse.
- Bortz, J. (2004). *Statistik*, 6. Auflage. Springer: Heidelberg. S. 218 ff.
- Boulton, M. J., & Smith, P. K. (1994). Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perceptions and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology*, 12(3), 315-329.
- Brennan, P. A., Le Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent–child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469-1477.
- Bryant, F. B & Smith, B. D. (2001). Refining the Architecture of Aggression: A measurement Model. *Journal of Research in Personality*, 35, 138-167.
- Bschor, T. (2008). Definition, klinisches Bild und Epidemiologie. In T. Bschor, (Hrsg.), *Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie – Somatische Therapieverfahren – Psychotherapie* (S. 11-16). Stuttgart: Kohlhammer.

- Buhs, E. S., Ladd, G. W., & Herald, S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98, 1-13.
- Bundesministerium der Justiz und des Verbraucherschutz (2011). Bürgerliches Gesetzbuch. § 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1666.html. Abgerufen am 24.3.2017
- Bundesministerium der Justiz und des Verbraucherschutz (2011). Sozialgesetzbuch (SGB) - Achstes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8a.html. Abgerufen am 24.3.2017.
- Bundesministerium der Justiz und des Verbraucherschutz (2011). Strafgesetzbuch (StGB). § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_203.html. Abgerufen am 24.3.2017
- Bundesministerium der Justiz und des Verbraucherschutz (2011). Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz. § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Abgerufen unter <https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html>. Abgerufen am 24.3.2017
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733-739.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33(3), 429-438.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.

- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.
- Chan, D. W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.
- Cheung, A. H., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 735-754.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Cobb, N. (2007). *Adolescence: Continuity, change, and diversity*. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. Singer, *Handbook of Psychology and Health* (S. 253–268). Hillsdale: Erlbaum.
- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27, 19–30.
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migranten. In T. Hegemann, & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 52-63). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885-894.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic Illness in the United States, vol. 1*. Cambridge: Harvard University Press.
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.

- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(8), 930-959.
- Connolly, J., Geller, S., Marton, P., & Kutcher, S. (1992). Peer responses to social interaction with depressed adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*(4), 365-370.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International, 29*(3), 427-441.
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 173.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 186-193.
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology, 8*, 367-380.
- Crockett, L. Randall, B., Shen, Y., Russell, S. & Driscoll, A.K (2005). Measurement Equivalence of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Latino and Anglo Adolescents: A National Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 47-58.
- Crundwell, R. M. A., & Killu, K. (2010). Responding to a Student's Depression. *Educational Leadership, 68*(2), 46-51.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 318-326.

- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- D'Aangelo, E. J., Llerema-Quinn, Shapiro, R., Colon, F., Rodriguez, P., Gallagher, K., & Beardslee, W. R. (2009). Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. *Family Process*, 48(2), 269-291.
- DAK (2010). *Depressive Stimmungen bei Schülerinnen und Schülern. Personale und schulische Risikofaktoren und Ansatzpunkte zur Prävention und Intervention*. Leuphana Universität Lüneburg.
- Dalton, P., Gutierrez, O. M & Still, A. (2014). The efficiency Index. Which education systems deliver the best value for money. <http://www.edefficiencyindex.com/book/#/4-5/zoomed>, Abgerufen am 10.6.2015.
- Davidson, L. M., & Demaray, M. K. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing/externalizing behaviors from bullying. *School Psychology Review*, 36, 383-405.
- DeRoma, V. M., Leach, J. B., & Leverett, J. P. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43, 325-334.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2013). *Report zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“*. *Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)*. https://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/leitlinie_depression_kjp_methodenreport.pdf. Abgerufen am 1.3.2017.
- Diamond, P. M., & Magaletta, P. R. (2006). The Short-Form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF) A Validation Study With Federal Offenders. *Assessment*, 13(3), 227-240.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation.

- Dollase, R. (2010). *Situation der Schulpsychologie in Deutschland und in Niedersachsen im internationalen Vergleich*. Gutachten im Auftrag der Max Träger Stiftung. Bielefeld. Online Version <http://www.gew-nds.de>. Abgerufen am 10.6.2015.
- Dolle, K., Schulte-Körne, G., von Hofacker, N., Izat, Y., & Allgaier, A. K. (2012). Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen bei Depression im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(6), 405-414.
- Döpfner, M., & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D., & Goletz, H. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II (DISYPS-II)*. Bern: Huber.
- Eaves, L., Silberg, J., & Erkanli, A. (2003). Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1006-1014.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(1), 33-54.
- Eisman, A. B., Stoddard S. A., Heinze, J., Caldwell H. C. & Zimmermann, M. A. (2015). Depressive Symptoms, Social Support and Violence Exposure Among Urban Youth: A Longitudinal Study of Resilienc. *Developmental Psychology*, 51(9), 1307–1316.
- Emslie, G. J., Mayes, T., Porta, G., Vitiello, B., Clarke, G., Wagner, K. D., ... & Kennard, B. (2010). Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 782-791.
- Erford, B. T., Erford, B. M., Lattanzi, G., Weller, J., Schein, H., Wolf, E., . . . Peacock, E. (2011). Counseling outcomes from 1990 to 2008 for school-age youth with depression: A metaanalysis. *Journal of Counseling & Development*, 89, 439–457
- Essau, C. A., & Petermann, U. (2000). Depression. In F. Petermann F (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 291–322). Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen..* UTB, München

- Evans, J. R., Van Velsor, P., & Schumacher, J. E. (2002). Addressing adolescent depression: A role for school counselors. *Professional School Counseling, 5*, 211-219.
- Evertson, C. M., Emmer, E. T., Sanford, I. P., & Clements, B. S. (1983). Improving classroom management: An experiment in elementary school classrooms. *Elementary School Journal, 84*, 173–188.
- Fartacek, W., Eder, F. & Mayr, J. (1987). Schwierigkeiten von Lehrerstudenden und Lehrern im Umgang mit Schülern. *Erziehung und Unterricht, 137*(1), 12-24.
- Faust, J., Baum, C. G., & Forehand, R. (1985). An Examination of the Association between Social Relationships and Depression in Early Adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology, 6*, 291-297.
- Fend, H., & Schröer, S. (1989). Depressive Verstimmungen in der Adoleszenz – Verbreitungsgrad und Determinanten in einer Normalpopulation. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 4*, 264-86.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2011). Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry, 198*(2), 129-135.
- Fischer, K. (2011). Konzept und Wirksamkeit der Psychomotorik in der Frühförderung. *Frühförderung Interdisziplinär, 30*(1), 2-16.
- Funder, D. C. (1995). On the Accuracy of Personality Judgements: A Realistic Approach. *Psychological Review, 102*, 652-670.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., ... & Shamseddeen, W. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Jama, 301*(21), 2215-2224.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*(6), 603-611.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., et al. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study

- of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 9-19.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Goodman, E., Slap, G. B., & Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1844-1850.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, S. H., Gravitt, G. W., Kaslow, N. J. (1995). Social problem solving: A moderator of the relation between negative life stress and depression symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 473-85.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Green, D. M., & Swets, J. A. (1966). *Signal Detection Theory and Psychophysics*. Wiley, New York.
- Greenberg, M. T., Weissberg R. P., O'Brien M. U., Zins J. E., Fredericks L., Resnik H., & Elias M. J. (2003). Enhancing School-Based Prevention and Youth Development through Coordinated Social, Emotional, and Academic Learning. *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474.
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2.Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., & Petermann, F. (2008). Was wirkt in der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 243-251.
- Groen, G., & Petermann, F. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(6), 373-384.

- Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S. & Petermann, F. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up- Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 12(3), 1164-1174.
- Gunlicks-Stoessel, M., Mufson, L., Jekal, A., & Turner, J. B. (2010). The impact of perceived interpersonal functioning on treatment for adolescent depression: IPT-A versus treatment as usual in school-based health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 260.
- Habermas, T. (2001). Die Entwicklung eines stabilen Selbstkonzepts als Beitrag zur Zunahme der Depression im späten Kindesalter und Jugendalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33, 215-220.
- Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2007). Learning opportunities in preschool and early elementary classrooms. In R. Pianta, M. Cox, & K. Snow (Hrsg.), *School readiness & the transition to kindergarten in the era of accountability* (S. 49-84). Baltimore: Brookes.
- Hamre, B., & Pianta, R. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children’s school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72, 625–638.
- Han, S. S., & Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 665-679.
- Hanewinkel, R., Knaack, R., & Eichler, D. (1997). Mobbing: Eine Fragebogenstudie zum Ausmaß von Aggression und Gewalt an Schulen. *Empirische Pädagogik*, 11(3), 403-422.
- Harris, J. A. (1995). Confirmatory factor analysis of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 991-993.
- Harter, S. (1996). Teacher and classmate influences on scholastic motivation, self-esteem, and level of voice in adolescents. In J. Juvonen & K. Wentzel (Hrsg.), *Social motivation: Understanding children’s school adjustment* (S. 11–42). New York: Cambridge University Press.
- Haselbeck, F. (2005) *Aspekte der Klassengröße im Urteil von Hauptschullehrerinnen und Hauptschullehrern. Eine empirisch qualitative Untersuchung*. Universität Passau.

- Häußler, B. (2002). *Übersetzung des "Teenage Inventory of Social Skills" (TISS) und Validierung der deutschen Version (TISS-D)*. Universität Tübingen.
- Hautzinger, M. (1996). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 147-159). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1998). Zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinische Psychologie*, 3, 65-75.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala (ADS)*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., & Petermann, F. (2003). Depression im Kindes- und Jugendalter - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 12(3), 127-132.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Manual (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 41, 441-455.
- Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., & Henry, D. A. (2002). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *The Cochrane Library of Systematic Review*, 2. CD002317.
- Helmke, A. (2003). Unterrichtsevaluation: Verfahren und Instrumente. *Schulmanagement*, 1, 8-11.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Herman-Stabl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649-665.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (2000). Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf. In: F. Petermann, K. Niebank, H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung*.

- Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 224–238). Göttingen: Hogrefe.
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B., & Merry, S. N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library of Systematic Reviews*, 11. CD004851.
- Heyde, K. & Macco, K. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 31-40). Berlin: Springer.
- Hill, H. C., Rowan, B., & Ball, D. L. (2005). Effects of teachers' mathematical knowledge for teaching on student achievement. *American Educational Research Journal*, 42(2), 371-406.
- Hinsch, R., Bauer, M., Pfingsten, U., & Weigelt, M. (1983). Das Gruppentraining zur Förderung sozialer Kompetenz (GSK): Konzeption und erste Ergebnisse der Evaluation. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 12(4), 229-244.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401-415.
- Hosenfeld, I., Helmke, A., & Schrader, F.-W. (2002). Diagnostische Kompetenz: Unterrichts- und lernrelevante Schülermerkmale und deren Einschätzung durch Lehrkräfte in der Unterrichtsstudie SALVE. In M. Prenzel & J. Doll (Hrsg.), *Bildungsqualität von Schule: Schulische und außerschulische Bedingungen mathematischer, naturwissenschaftlicher und überfachlicher Kompetenzen*. *Zeitschrift für Pädagogik*, 45, 65-82. Weinheim: Beltz.
- Hox, J. J., Moerbeek, M., & van de Schoot, R. (2010). *Multilevel Analysis: Techniques and Applications*. Routledge.
- Hsu, D. T., Sanford, B. J., Meyers, K. K., Love, T. M., Hazlett, K. E., Walker, S. J., ... & Zubieta, J. K. (2015). It still hurts: altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 20(2), 193-200.

- Ihle, W. (2016). Depressive Störungen im Kindes-und Jugendalter. *Psychotherapeut*, 61(6), 535-553.
- Ihle, W., Ahle, M. E., Jahnke, D., & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes-und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13(2), 64-79.
- Inderbitzen H. M. (1994). Adolescent peer social competence. A critical review of assessment methodologies and instruments. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16, 227-259.
- Ines, T.M., Sacco, W.P. (1992). Factors related to correspondence between teacher ratings of elementary student depression and student self-ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 140-142.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 215-222.
- Jia, Y., Way, N., Ling, G., Yoshikawa, H., Chen, X., Hughes, D., ... & Lu, Z. (2009). The influence of student perceptions of school climate on socioemotional and academic adjustment: A comparison of Chinese and American adolescents. *Child Development*, 80(5), 1514-1530.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 339-360.
- Kasari, C., Rotheram-Fuller, E., Locke, J., & Gulsrud, A. (2012). Making the connection: Randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 431-439.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., ... & Trivedi, M. H. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470.

- Kenny, D. A., & Judd, C. M. (1986). Consequences of violating the independence assumption in analysis of variance. *Psychological Bulletin*, *99*, 422-431.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... & Sampson, N. A. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, *69*(4), 372-380.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, *289*(23), 3095-3105.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, ... & Goodman, R. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry* *9*, 271–276.
- Klein D. N., Torpey D. C., Bufferd S. J. & Dyson M. W. (2008). Depressive disorders. In: T. P. Beauchaine, S. P. Hinshaw (Hrsg.), *Child and adolescent psychopathology* (S. 477–509). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S. & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of Academic Child Adolescence Psychiatry*, *46*(1), 40-49.
- Kloppenburg, H., Gaebel, W., Hegerl, U., Henderson, G., Henderson, J., Kuhn, K., ... & Schmidtke, A. (2004). *Maßnahmen gegen Depressionen Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen*. Veröffentlichter Beitrag, vom Referat C2 der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission.http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_de.pdf. Abgerufen am 05.09.2016.
- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *The British Journal of Psychiatry*, *180*, 19-23.

- Knäuper, B., & Wittchen, H. U. (1995). Epidemiologie der Major Depression: Nehmen depressive Erkrankungen zu? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(1), 8-21.
- Korel_Vergleiche. Exel-Program. <http://www.spss-seminar.de>. Aufgerufen am 08.07.2015.
- Kornischka, J., Assion, H. J., Ziegenbein, M., & Agelink, M. W. (2008). Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. *Psychiatrische Praxis*, 35(2), 60-66.
- Krapp, A., Schiefele, U., & Schreyer, I. (1993). Metaanalyse des Zusammenhangs von Interesse und schulischer Leistung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 10(2), 120-148.
- Kunkel, C. (2015). Kinderschutz in der Schule. <http://www.SGBVIII.de/S132.pdf>. Abgerufen am 23.3.2017.
- Kusch, M., & Petermann, F. (1997). Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 212-23.
- Lambert, L. C., & Lyubansky, M. (1999). Behavior and emotional problems among Jamaican children and adolescents: An epidemiological survey of teacher, parent and self-reports for ages 6-18. *International Journal of Intercultural Relations*, 23, 121-151.
- Landesrecht BW Bürgerservice (2000). Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Landesdatenschutzgesetz - LDSG) in der Fassung vom 18. September 2000. § 6 Datengeheimnis. <http://www.landesrecht-bw.de>. Abgerufen am 24.3.2017.
- Landesrecht BW Bürgerservice (2000). Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Landesdatenschutzgesetz - LDSG) in der Fassung vom 18. September 2000. § 16 Übermittlung an Stellen innerhalb des öffentlichen Bereichs. <http://www.landesrecht-bw.de>. Abgerufen am 24.3.2017.
- Lansford, J. E., Capanna, C., Dodge, K. A., Caprara, G. V., Bates, J. E., Pettit, G. S., & Pastorelli, C. (2007). Peer social preference and depressive symptoms of children in Italy and the United States. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 274–283.
- Lau, J. Y., & Eley, T. C. (2008). Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 142-150.

- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Lauer, R. E., Giordani, B., Boivin, M. J., Halle, N., Glasgow, B., Alessi, N. E., & Berent, S. (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 679-685.
- Leadbeater, B. J., Blatt, S. J., & Quinlan, D. M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 5(1), 1-29.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Hoven, C. W., ... & Regier, D. A. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 889-897.
- Leising, D., Ostrovski, O., & Zimmermann, J. (2012). "Are we talking about the same person here?" Interrater agreement in judgments of personality varies dramatically with how much the perceivers like the targets. *Social Psychological and Personality Science*, 4, 468-474.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 329-342.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 345-351.
- Liddle, B., & Spence, S. H. (1990). Cognitive Behaviour Therapy with Depressed Primary School Children: A Cautionary Note. *Behavioural Psychotherapy*, 18(02), 85-102.
- Maag, J. W., Rutherford, R. B. Jr. & Parks, B. T. (1988). Secondary school professionals' ability to identify depression in adolescents. *Adolescence*, 23(89), 73-82.
- Maier, W. (2004). Genetik der Depression. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47(5), 487-492.

- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., ... & Severe, J. (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*, *64*(10), 1132-1143.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., ... & Severe, J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama*, *292*(7), 807-820.
- Masi, G., Tomaiuolo, F., Sbrana, B., Poli, P., Baracchini, G., Pruneti, C. A., ... & Marcheschi, M. (2001). Depressive symptoms and academic self-image in adolescence. *Psychopathology*, *34*(2), 57-61.
- Masia-Warner, C., Nangle, D. W., & Hansen, D. J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: general issues and specific populations. *Education and Treatment of Children*, *29*, 165-172.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(1), 35-40.
- McCauley, E. Myers, K., Mitchell, J., Calderon, R., Schloredt, K., & Treder, R. (1993). Depression in young people: initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(4), 714-722.
- McCauley, E., Pavlidis, K., & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: The child and the social environment. *The Depressed Child and Adolescent*, *2*, 46-78.
- Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, *Deutsches Ärzteblatt*, *105*(9), 149-55.
- Meyer, T. D., & Hautzinger, M. (2001). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Normierung an Minderjährigen und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS). *Diagnostica*, *47*(4), 208-215.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *22*(2), 247-269.

- Mikas, D. (2012). The impact of emotional and behavioural problems on school achievement of pupils. *Pedagogijska istraživanja*, 9(1/2), 83-101.
- Minas, H. (2001). Service Responses to Cultural Diversity. In Thornicraft G, Szmukler G (Hrsg.), *Textbook of Community Psychiatry* (S. 192-206). New York: Oxford University Press.
- Moor, S., Ann, M., Hester, M., Elisabeth, W. J., Robert, E., Robert, W., & Caroline, B. (2007). Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers? *Journal of Adolescence*, 30(1), 81-95.
- Moor, S., Sharrock, G., Scott, J., McQueen, H., Wrate, R., Cowan, J., & Blair, C. (2000). Evaluation of a teaching package designed to improve teachers' recognition of depressed pupils—a pilot study. *Journal of Adolescence*, 23(3), 331-342.
- Mueller, T. I., Keller, M. B., Leon, A. C., Solomon, D. A., Shea, M. T., Coryell, W., & Endicott, J. (1996). Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(9), 794-799.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577-584.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573-579.
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Selten, J. P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 386-391.
- Mullins, L. L., Peterson, L., Wonderlich, S. A., & Reaven, N. M. (1986). The influence of depressive symptomatology in children on the social responses and perceptions of adults. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 233-240.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436-1442.

- Musca, S. C., Kamiejski, R., Nugier, A., Méot, A., Er-Rafiy, A., & Brauer, M. (2011). Data with hierarchical structure: impact of intraclass correlation and sample size on Type-I error. *Frontiers in Psychology, 2*, 74.
- Neufeld, S. A., Dunn, V. J., Jones, P. B., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2017). Reduction in adolescent depression after contact with mental health services: a longitudinal cohort study in the UK. *The Lancet Psychiatry 4*(2), 120-127
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms. A five year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Nummer, G., & Seiffge-Krenke, I. (2001). Können Unterschiede in der Stresswahrnehmung und –bewältigung Geschlechtsunterschiede in der depressiven Symptombelastung bei Jugendlichen erklären? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29*, 89-97.
- O'Neil, R., Welsh, M., Parke, R. D., Wang, S., & Strand, C. (1997). A longitudinal assessment of the academic correlates of early peer acceptance and rejection. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(3), 290-303.
- Pargas, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology, 46*(4), 805-814.
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*(3), 147-161.
- Petersen, A. C. , Sarigiani, P. A. , Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 247-271.

- Pfingsten, U. (2000). Langzeiteffekte des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 211-218.
- Pianta, R. C. (1999). *Enhancing relationships between children and teachers*. London: American Psychological Association.
- Pianta, R. C., & Hamre, B. K. (2009). Conceptualization, measurement, and improvement of classroom processes: Standardized observation can leverage capacity. *Educational Researcher*, 38(2), 109-119.
- Pianta, R. C., La Paro K., & Hamre, B. (2005). *The Classroom Assessment Scoring System*. University of Virginia.
- Pine, D. S., Cohen, P., Johnson, J. G., & Brook, J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(1), 49-57.
- Plant, E. A., & Sachs-Ericsson, N. (2004). Racial and ethnic differences in depression: the roles of social support and meeting basic needs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 41-52.
- Plener, P. L., Kaess, M., Bonenberger, M., Blaumer, D. & Spröber, N. (2011). Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 16-22.
- Pössel, P., & Häußler, B. (2004). Übersetzungs- und Validierungsansätze der deutschen Version des "Teenage Inventory of Social Skills". *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 37-43.
- Pössel, P., & Hautzinger, M. (2006). Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(4), 243-255.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 982-994.

- Pössel, P., Garber, J., & Martin, N. C. (2008). *Training Program for Prevention of Depression in Adolescents. TIM & SARA Together Initiating More Socially Adaptive & Realistic Attitudes*. USA: Vanderbilt University.
- Pössel, P., Horn, A. B., & Hautzinger, M., & Groen, G. (2004). School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1003-1010.
- Pössel, P., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2008). Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 106-117.
- Preuss-Lausitz, U. (1992). Mädchen an den Rand gedrängt? Soziale Beziehungen in Grundschulklassen. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 12(1), 66-79.
- Puura, K., Almqvist, F., Piha, J., Moilanen, I., Tamminen, T., Kumpulainen, K., ... & Koivisto, A. M. (1998). Children with symptoms of depression—what do the adults see? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 577-585.
- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak W. F., & Dodge K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development*, 63(6), 1305-20.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Reindl, M., & Gniewosz, B. (2017). Klassenklima. In M. Reindl, & B. Gniewosz, (Hrsg.), *Prima Klima, Schule ist mehr als Unterricht* (S. 77-104). Berlin: Springer.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & Du Bois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Rice, F., Harold, G. T., Shelton, K. H., & Thapar, A. (2006). Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 841-848.

- Ritterbach, U., & Wohlfarth, R. (2009). Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style -Lebensstil und Gesundheit. In U. Ritterbach, J. Nicolaus, U. Spörhase & K. Schleider (Hrsg.), *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht* (S. 51-78). Freiburg: Centaurus-Verlag.
- Rothi, D. M., Leavey, G. & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217–1231.
- Rutter, M. (1982). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Cambridge: Harvard University Press.
- Schlack, H. G., & Brockmann, K. (2014). Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern. In G. F. Hoffmann, M. J. Lentze, J. Spranger, & F. Zepp, F. (Hrsg.), *Pädiatrie* (S. 152-155). Berlin: Springer.
- Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 228-238.
- Schlack, R., Kurth, B. M., & Hölling, H. (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizinische Forschung und Praxis*, 13(4) 245–260.
- Schröder, C. (2014). *LBS-Kinderbarometer Deutschland 2014 Stimmungen, Trends und Meinungen von Kindern aus Deutschland. Ergebnisse des Erhebungsjahres 2013*. Herten: PROSOZ Institut für Sozialforschung.
- Schröder, H., Klose, J., & K. Macco, K. (2010). In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2009* (S. 31-40). Berlin: Springer.
- Schulz, R., Drayer, R. A., & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52(3), 205-225.
- Schwartz, D., Hopmeyer-Gorman, A., Nakamoto, J., & Toblin, R. L. (2005). Victimization in the Peer Group and Children's Academic Functioning. *Journal of Educational Psychology*, 97(3), 425-435.

- Scott, W. D., Dearing, E., Reynolds, W. R., Lindsay, J. E., Baird, G. L., & Hamill, S. (2008). Cognitive Self-Regulation and Depression: Examining Academic Self-Efficacy and Goal Characteristics in Youth of a Northern Plains Tribe. *Journal of Research on Adolescence, 18*(2), 379-394.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research, 26*(3), 489-514.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health: A developmental perspective*. Mahwah: Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence, 23*(6), 675-691.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56*(3), 185-205.
- Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2001). Gibt es geschlechtsspezifische Faktoren in der Vorhersage depressiver Symptome im Jugendalter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30*, 22-32.
- Sentse, M., Prinzie, P., & Salmivalli, C. (2016). Testing the direction of longitudinal paths between victimization, peer rejection, and different types of internalizing problems in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 1-11*.
- Serbin, L. A., Lyons, J., Marchessault, K., Schwartzman, A., & Ledingham, J. (1987). An Observational validation of a peer nomination technique for identifying aggressive, withdrawn, and aggressive-withdrawn children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 109-110.
- Shankman, S. A., & Klein, D. N. (2002). Dimensional diagnosis of depression: Adding the dimension of course to severity, and comparison to the DSM. *Comprehensive Psychiatry, 43*(6), 420-426.
- Sheehan, D., V. (2004). Depression: underdiagnosed, undertreated, underappreciated. *Management Care, 13* (6 Suppl. Depression), 6-8.

- Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Whalen, D. J., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology, 19*(03), 841-865.
- Snijders, T., & Bosker, R. (2012). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Applied Multilevel Analysis, second edition*. Sage.
- Solomon, A. R. I., Haaga, D. A., & Arnow, B. A. (2001). Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(8), 498-506.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 3–13.
- Stadler, C., Feifel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R., & Poustka, F. (2010). Peervictimization and mental health problems in adolescents: Are parental and school support protective? *Child Psychiatry and Human Development, 41* (4), 371-386.
- Steca, P., Abela, J. R. Z., Monzani, D., Greco, A., Hazel, N. A., & Hankin, B. L. (2014). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in children: The protective role of self-efficacy beliefs in a multi-wave longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(1), 137–148
- Steinhausen, H. C. & Winkler-Metzke, C. (2000). Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendliche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49*(6), 419-434.
- Stengler-Wenzke K, Angermeyer M. C., & Matschinger H. (2000). Depression und Stigma. *Psychiatrische Praxis, 27*, 330-335.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & P. Rohde, P. (2006). Randomized trial of a brief depression prevention program: an elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 863–876.

- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 155–159.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 486-503.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067.
- Trudgen, M., & Lawn, S. (2011). What is the Threshold of Teachers' Recognition and Report of Concerns about Anxiety and Depression in Students? An Exploratory Study with Teachers of Adolescents in Regional Australia. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 21*(2), 126-141.
- Tsapakis, E. M., Soldani, F., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2008). Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 193*(1), 10-17.
- Tydecks, S., Temur-Erman, S., Schouler-Ocak, M., & Fydrich, T. (2009). Psychische Störungen, psychische Belastungen und soziale Unterstützung bei türkischen Migranten in zwei Berliner Allgemeinarztpraxen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18*(3/4), 101-107.
- Uher, R., & McGuffin, P. (2008). The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: review and methodological analysis. *Molecular Psychiatry 13*, 131–146.
- Unützer, J., Patrick, D. L., Diehr, P., Simon, G., Grembowski, D., & Katon, W. (2000). Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *International Psychogeriatrics, 12*(01), 15-33.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 561-571.
- Vazire, S. (2010). Who Knows What About a Person? The Self–Other Knowledge Asymmetry (SOKA) Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(2), 281–300.

- Wahl, M. S. (2011). *Lebenslust mit LARS & LISA. Evaluation eines schulbasierten, universalen Depressionspräventionsprogramms für Jugendliche*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Wahl, M. S., Adelson, J. L., Patak, M. A., Pössel, P., & Hautzinger, M. (2014). Teachers or psychologists: Who should facilitate depression prevention programs in schools? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(5), 5294-5316.
- Wahl, M. S., Patak, M. A., Schmid, P., & Hautzinger, M. (2008). *Lebenslust mit LARS & LISA. Lebenskompetenzen und Emotionsregulation*. Tübingen: Eberhard Karls Universität.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1993). Toward a knowledge base for school learning. *Review of Educational Research*, *63*(3), 249-294.
- Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(2), 84-95.
- Weersing, V. R., Iyengar, S., Kolko, D. J., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking investigation. *Behavior Therapy*, *37*(1), 36-48.
- Weissleder, M. (1997). *Aspekte der Klassengröße*. Würzburg: Egon.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., ... & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama*, *281*(18), 1707-1713.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 132-149.
- Wentzel, K. R., Battle, A., Russell, S. L., & Looney, L. B. (2010). Social supports from teachers and peers as predictors of academic and social motivation. *Contemporary Educational Psychology*, *35*, 193-202
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *51*, 30-47.
- Wienand, F. (2015). *Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien: Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer: Stuttgart.

- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... & Kuyken, W. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9864), 375-384.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld, F. W. Schwartz (Hrsg.) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive* (S. 15–37). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.
- Wooldridge, J. (2015). *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. Nelson Education.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- Yagdiran, O., & Haasen, C. (2002). Therapeutische Arbeit mit Migranten. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiller (Hrsg.), *Gesundheit – Migration – Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (S. 163-172). Bad Honnef: Hippocampus Verlag.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Zhang, Y. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207-222.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Hunter, T. A., & Pronk, R. (2007). A model of behaviors, peer relations and depression: Perceived social acceptance as a mediator and the divergence of perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 273-302.

Tabellenverzeichnis

Table 1: *Descriptive Statistics and Intercorrelations of Student and Outcome Variables* 63

Table 2: *Multilevel Regression Analyses without Effective Teaching Behavior* 65

Table 3: *Trainer Variables for Regular Classroom Teachers compared with Health Professionals and Intercorrelations* 67

Table 4: *Multilevel Regression Analyses with Effective Teaching Behavior* 69

Tabelle 5: *Lineare Regressionsanalyse mit sozialer Akzeptanz (Post) als abhängiger Variable ohne Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit und der Trainingsgruppenzugehörigkeit* .. 86

Tabelle 6: *Hierarchische Regressionsanalyse mit sozialer Akzeptanz (Post) als abhängiger Variable unter Berücksichtigung der Klassenzugehörigkeit und Trainingsgruppenzugehörigkeit* 88

Tabelle 7: *Extrahierte Faktoren des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung* 103

Tabelle 8: *Items des ADS-K aus Selbstbeurteilungsperspektive* 104

Tabelle 9: *Extrahierte Faktoren des ADS-K aus Lehrerperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung* 106

Tabelle 10: *Items des ADS-K aus Lehrerperspektive mit Faktorladungen* 107

Tabelle 11: *Extrahierte Faktoren des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung* 108

Tabelle 12: *Items des BPAQ-SF aus Selbstbeurteilungsperspektive der Schüler* 109

Tabelle 13: *Extrahierte Faktoren des BPAQ-SF aus Lehrerperspektive mit Eigenwerten, aufgeklärter Varianz und inhaltlicher Beschreibung* 110

Tabelle 14: *Items des BPAQ-SF aus Lehrerperspektive* 111

Tabelle 15: *Formulierung der Items für die Lehrer* 133

Tabelle 16: *Korrelationen zwischen Selbstbeurteilungen, Lehrerbeurteilungen und Peerbeurteilungen* 136

Tabelle 17: *Intraklassenkoeffizienten der Lehrer- und Mitschülerbeurteilungen der Ebenen Klassenzugehörigkeit, beurteilter Schüler und beurteilender Lehrer/Mitschüler* 140

Tabelle 18: *Interkorrelationen zwischen möglichen Indikatoren der Depression für Lehrer und Korrelationen zwischen möglichen Indikatoren für Lehrer und Selbstbeurteilungen der Schüler (ADS-K Summenscore)*..... 145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Jugendalter nach McCauley et al. (2001)*..... 18

Abbildung 2. *Werte der Regressionsgleichung für die Untergruppen, die aus den dichotomen Faktoren LLL und Migrant resultieren.* 86

Abbildung 3. *Modell der sichtbaren und schulrelevanten Indikatoren.* 124

Abbildung 4. *Modell der Sichtbarkeit und Relevanz für den Schulkontext*..... 125

Abbildung 5: *Receiver Operator Curve (ROC).* 147