



**Dysfunktionale Einstellungen und Depression
im Kindes- und Jugendalter**

Eine längsschnittliche Analyse der dysfunktionalen Einstellungen als
Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz
depressiver Symptomatik

**Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. Phil.)**

eingereicht bei der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Potsdam

von Dipl.-Psych. Fidan Sahyazici-Knaak

2014

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert:
Namensnennung 4.0 International
Um die Bedingungen der Lizenz einzusehen, folgen Sie bitte dem Hyperlink:
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Online veröffentlicht auf dem
Publikationsserver der Universität Potsdam:
URN [urn:nbn:de:kobv:517-opus4-76417](http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-76417)
<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-76417>

Danksagung

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Graduiertenkollegs *Intrapersonale Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter 1668/1* am Department für Psychologie der Universität Potsdam. Dabei wurde ich von vielen Personen unterstützt, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Meinem Betreuer Prof. Dr. Günter Esser danke ich für seine konstruktive und stets motivierende Unterstützung in der Entstehung dieser Arbeit. Besonders danke ich ihm dabei für seinen Humor und den Freiraum, den er mir gegeben hat, um das Thema zu meinem eigenen Thema zu machen.

Ein herzlicher Dank gilt darüber hinaus den Mitgliedern des Graduiertenkollegs. Bei Dr. Rebecca Bondü, Dr. Juliane Felber, Dr. Sebastian Grümer und Julia Tetzner möchte ich mich dafür bedanken, dass sie neben ihren fachlichen Kenntnissen auch ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben und mir dadurch stets beratend zur Seite standen. Meinen Kolleginnen Gina Austin, Johanna Graefen, Karoline Groppe, Anne Koch, Helena Rohlf, Marie Sehm, Mareen Selle, Anja Sperlich, Franziska Stutz und Anna Wollny möchte ich für die wunderbare und sehr wertvolle Zusammenarbeit danken. Aus den zahlreichen inhaltlichen wie methodischen Diskussionen sind hilfreiche Gedanken für die Umsetzung meiner Arbeit entstanden. Besonders möchte ich an dieser Stelle Anna Wollny dafür danken, dass sie in den letzten Jahren versucht hat, mich mit ihrer Faszination an der Wissenschaft anzustecken. Außerdem gilt ihr ebenso wie Johanna Graefen, Karoline Groppe und Gina Austin großer Dank für ihre moralische Unterstützung und ihren unermüdlichen Einsatz im Korrekturlesen in den letzten Monaten. Ich hoffe, der Bezug ist hier eindeutig!

Weiterhin möchte ich mich beim Arbeitsbereich Klinische Psychologie bedanken, die mir viele inhaltliche Anregungen bei der Entwicklung der Arbeit mitgegeben haben. Dabei bin ich insbesondere Wolfgang Ihle, Dr. Anna Höse und Dr. Anne Wyschkon für inhaltliche Anregungen und Unterstützung durch Korrekturlesen zu Dank verpflichtet.

Einen lieben Dank an Judith Anders, Dr. Juliane Felber sowie an Svenja und Alex Spuling für das Korrekturlesen der Arbeit und den damit verbundenen hilfreichen Anregungen.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie danken, die mich durch ihre Liebe und bedingungslose Unterstützung immer dazu ermutigt hat, weiter zu machen. Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann, Sascha, der mich mit seiner Zuversicht und Ruhe stets wieder erden konnte und sehr geduldig mit mir diese Zeit überstanden hat.

**„14. Glück ist, wenn man dafür geliebt wird, wie man eben ist.“
aus: Hectors Reise oder die Suche nach dem Glück, François Lelord**

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie im Rahmen der Dissertation beschäftigte sich mit der Bedeutung der dysfunktionalen Kognitionen für die Entwicklung von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen. Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung bestand in der Analyse der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache, Begleiterscheinung oder Konsequenz depressiver Symptomatik und in der damit verbundenen Überprüfung des für das Erwachsenenalter bekannten kognitiven Modells der Depression nach Beck (1967, 1996), welches annimmt, dass dysfunktionale Einstellungen bei eintretendem Stress zu depressiven Symptomen führen. Als Datengrundlage diente eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 20 Jahren, die im Rahmen der PIER-Studie zu zwei Erhebungszeiträumen im Abstand von durchschnittlich zwei Jahren erhoben wurden (t3: 2011/2012, t4: 2013/2014). Eine latente Moderationsanalyse wies im Querschnitt auf eine Bestätigung des kognitiven Modells nur bei Jugendlichen hin. Im Längsschnitt zeigten latente Cross-Lagged-Panel-Analysen erwartungsgemäß, dass die dysfunktionalen Einstellungen und die Depressivität mit dem Alter immer stabilere Konstrukte darstellen, die sehr eng miteinander zusammenhängen. Eine diesem Modell hinzugefügte latente Moderationsanalyse konnte das kognitive Modell der Depression nach Beck weder bei Kindern noch bei Jugendlichen bestätigen. Die spätere depressive Symptomatik konnte lediglich durch Haupteffekte der früheren Ausprägung der Depressivität und der kritischen Lebensereignisse vorhergesagt werden. Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass es sich bei den dysfunktionalen Einstellungen eher um Begleiterscheinungen als um Risikofaktoren oder Konsequenzen der depressiven Symptomatik handelt.

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	XI
0 Einleitung	1
1 Theoretischer Hintergrund	5
1.1 Depression im Kindes- und Jugendalter	5
1.1.1 Erscheinungsbild der Depression im Kindes- und Jugendalter.....	6
1.1.1.1 Diagnostik der Depression im Kindes- und Jugendalter	6
1.1.1.2 Epidemiologie der Depression im Kindes- und Jugendalter	8
1.1.2 Depression im Verlauf für das Kindes- und Jugendalter	14
1.1.2.1 Verlauf der Depression und ihre psychosozialen Folgen	14
1.1.2.2 Entwicklung der Depressivität über die Zeit	16
1.2 Dysfunktionale Kognitionen.....	18
1.2.1 Kognitionen	18
1.2.1.1 Versuch einer Definition der Kognition	18
1.2.1.2 Entwicklung der Kognition(en) im Kindes- und Jugendalter.....	20
1.2.2 Von der Kognition zur dysfunktionalen Kognition – Ursprünge der dysfunktionalen Kognitionen	27
1.2.2.1 Genetisch-Biologischer Ursprung dysfunktionaler Kognitionen	28
1.2.2.2 Sozialer Ursprung dysfunktionaler Kognitionen	29
1.2.2.3 Kognitiver Ursprung dysfunktionaler Kognitionen.....	32
1.2.3 Dysfunktionale Einstellungen als dysfunktionale Kognition der Theorie der Depression nach Beck	33
1.2.3.1 Dysfunktionale Einstellungen – eine Definition.....	33
1.2.3.2 Entwicklungsbedingtes Auftreten dysfunktionaler Einstellungen.....	35
1.2.3.3 Verlauf der dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit.....	36
1.3 Stress.....	39
1.3.1 Definitive Aspekte von Stress	39

1.3.2	Stress und Depression	42
1.3.2.1	Formen von Stress	42
1.3.2.2	Formen des Zusammenhangs von Stress und Depression	45
1.4	Kognitive Modelle der Depression	50
1.4.1	Kognitive Modelle der Depression	50
1.4.1.1	Die kognitive Theorie der Depression	51
1.4.1.2	Die Theorie des grübelnden Reaktionsstils	53
1.4.1.3	Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeitstheorie	55
1.4.2	Kognitive Modelle im Kindes- und Jugendalter	56
1.5	Fragestellungen und Hypothesen	59
1.5.1	Fragestellungen im Querschnitt	67
1.5.2	Fragestellungen im Längsschnitt	68
2	Methoden	71
2.1	Datengrundlage	71
2.2	Studienverlauf	72
2.2.1	Kontaktaufnahme mit den teilnehmenden Familien und Kindern bzw. Jugendlichen sowie mit den betreffenden Schulen	72
2.2.2	Teilnehmerzahlen zum ersten MZP von September 2011 bis Dezember 2012	73
2.2.3	Teilnehmerzahlen zum zweiten MZP von Mai 2013 bis März 2014	74
2.3	Studienprozedere	76
2.3.1	Befragung der Kinder und Jugendlichen	76
2.3.2	Befragung der Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer	77
2.4	Stichprobe	77
2.4.1	Gesamtstichproben zum ersten MZP (t3) und zum zweiten MZP (t4)	78
2.4.1.1	Alters- und Geschlechterverteilung	78
2.4.1.2	Schulklasse	80
2.4.1.3	Sozioökonomischer Status	82
2.4.2	Substichproben nach Altersgruppen	84
2.4.2.1	Substichproben zum ersten MZP (t3)	85
2.4.2.2	Substichproben zum zweiten MZP (t4)	85

2.5	Instrumente	87
2.5.1	Depressivität	87
2.5.2	Dysfunktionale Einstellungen	88
2.5.3	Kritische Lebensereignisse als Indikator für Stress	90
2.6	Spezifische Voranalysen.....	91
2.6.1	Umgang mit verschiedenen altersbezogenen Versionen der Skalen der dysfunktionalen Einstellungen	91
2.6.1.1	Inhaltliche Äquivalenz.....	92
2.6.1.2	Empirische/Statistische Äquivalenz	93
2.6.2	Analyse und Umgang mit fehlenden Werten	98
2.6.2.1	Fehlende Werte auf Itemebene	98
2.6.2.2	Fehlende Werte auf Personenebene und Drop-Out-Analyse.....	99
2.7	Analysen	103
2.7.1	Analysen für Fragestellungen im Querschnitt.....	104
2.7.2	Analysen für Fragestellungen im Längsschnitt	105
3	Ergebnisse	112
3.1	Analysen zu Altersgruppen- und Geschlechtseffekten in Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritischen Lebensereignissen und die Überprüfung des kognitiven Modells der Depression im Querschnitt	112
3.1.1	Deskriptive Ergebnisse	112
3.1.2	Hypothese 1: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in Depressivität....	115
3.1.3	Hypothese 2: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in dysfunktionalen Einstellungen	117
3.1.4	Hypothese 3: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in kritischen Lebensereignissen.	120
3.1.5	Hypothese 4: Zusammenhänge der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse.....	124
3.1.6	Hypothese 5: Überprüfung des Kognitiven Modells der Depression nach Beck im Querschnitt	128

3.1.6.1	Moderationseffekt der Anzahl der berichteten kritischen Lebensereignisse auf den Zusammenhang von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität	131
3.1.6.2	Moderationseffekt der Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse auf den Zusammenhang von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität	139
3.2	Resümee der Ergebnisse im Querschnitt	148
3.2.1	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Ausprägung und in Zusammenhängen der zentralen Konstrukte	148
3.2.2	Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck	149
3.3	Longitudinale Analysen zu Stabilität und Zusammenhängen von Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen	150
3.3.1	Deskriptive Ergebnisse	150
3.3.2	Überprüfung der Messinvarianz von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität	153
3.3.3	Hypothese 1: Stabilität von Depressivität über die Zeit	160
3.3.4	Hypothese 2: Stabilität von dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit	160
3.3.5	Hypothese 3: Dysfunktionale Einstellungen als Ursache, Konsequenz, oder Symptom von Depressivität?	162
3.3.6	Hypothese 4: Überprüfung des kognitiven Modells der Depression nach Beck im Längsschnitt	165
3.3.6.1	Erweiterung des Crossed-Lagged-Panel-Modells der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen um die kritischen Lebensereignisse	165
3.3.6.2	Direkte Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck	174
3.4	Resümee der Ergebnisse im Längsschnitt	182
3.5	Post-Hoc-Analysen	184
4	Diskussion	190
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Einbetten in bisherige Forschungsliteratur	190
4.1.1	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen sowie in deren Zusammenhängen	191
4.1.1.1	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Depressivität	191

4.1.1.2	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die dysfunktionalen Einstellungen	193
4.1.1.3	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Anzahl der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse	195
4.1.1.4	Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Depressivität, der dysfunktionalen Einstellungen und den kritischen Lebensereignissen	196
4.1.2	Dysfunktionale Einstellungen als Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz der Depressivität?	197
4.1.2.1	Stabilitätsanalysen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen..	198
4.1.2.2	Entwicklung der Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen in Abhängigkeit voneinander	202
4.1.3	Das kognitive Modell der Depression nach Beck – Überprüfung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für Depressivität unter der Berücksichtigung der kritischen Lebensereignisse	203
4.2	Alternative Ansätze zum klassischen kognitiven Modell der Depression.....	210
4.3	Konzeptuelle und methodische Einschränkungen	212
4.3.1	Konzeptuelle Einschränkungen	212
4.3.2	Methodische Einschränkungen.....	214
5	Ausblick für zukünftige Arbeiten und mögliche Implikationen für die Praxis	217
5.1	Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten.....	218
5.2	Implikationen für die Praxis	220
6	Literaturverzeichnis.....	222
7	Anhang	244
	Anhang A.....	245
	Anhang B.....	247
	Anhang C.....	251
	Anhang D.....	257
	Anhang E	263

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1.</i>	Taxonomie der Kognitionen und ihre Verbindungen untereinander nach Ingram & Kendall (1986).	19
<i>Abbildung 2.</i>	Zuordnung der kognitiven Theorien der Depression zu der Taxonomie der Kognition nach Ingram und Kendall (1986).	51
<i>Abbildung 3.</i>	Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Epiphänomen für die Entwicklung der Depressivität. 64	
<i>Abbildung 4.</i>	Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Konsequenz für die Entwicklung der Depressivität. 65	
<i>Abbildung 5.</i>	Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für die Entwicklung der Depressivität.	66
<i>Abbildung 6.</i>	Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für die Entwicklung der Depressivität in Verbindung mit dem Eintreten von Stress in Form von kritischen Lebensereignissen.	66
<i>Abbildung 7.</i>	Studienfluss der PIER-Studie und der vorliegenden Untersuchung. ..	75
<i>Abbildung 8.</i>	Altersverteilung der Gesamtstichprobe zu t3.	79
<i>Abbildung 9.</i>	Altersverteilung der Gesamtstichprobe im Längsschnitt zu t4.	79
<i>Abbildung 10.</i>	Schulklassenverteilung in der Gesamtstichprobe im Querschnitt (t3). 81	
<i>Abbildung 11.</i>	Schulklassenverteilung der Gesamtstichprobe im Längsschnitt (t4). .	81
<i>Abbildung 12.</i>	Höchster Schulabschluss der Eltern in der Gesamtstichprobe zum ersten MZP (t3).	82
<i>Abbildung 13.</i>	Höchster Schulabschluss der Eltern in der Gesamtstichprobe zum zweiten MZP (t4).	83
<i>Abbildung 14.</i>	Grundprinzip eines Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei	

	MZP.	106
<i>Abbildung 15.</i>	Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für Depressivität im Rahmen den Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP.	107
<i>Abbildung 16.</i>	Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Epiphänomen der Depressivität im Rahmen den Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP.	109
<i>Abbildung 17.</i>	Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Konsequenz der Depressivität im Rahmen den Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP.	109
<i>Abbildung 18.</i>	Mittelwerteunterschied in Depressivität nach Altersgruppe und Geschlecht.	115
<i>Abbildung 19.</i>	Mittelwerteunterschied in den dysfunktionalen Einstellungen nach Altersgruppe und Geschlecht.	118
<i>Abbildung 20.</i>	Mittlere Anzahl der kritischen Lebensereignisse in den Subgruppen nach Altersgruppe und Geschlecht.	122
<i>Abbildung 21.</i>	Mittlere Belastung durch die kritischen Lebensereignisse in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe.	123
<i>Abbildung 22.</i>	Gemeinsames Messmodell der latenten Faktoren Dysfunktionale Einstellungen (DAS) und Depressivität (DEP).	130
<i>Abbildung 23.</i>	Strukturmodell zur multiplen Regression der Depressivität (DEP) auf die dysfunktionalen Einstellungen (DAS) und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse (KLE_A)	132
<i>Abbildung 24.</i>	Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Jugendlichen.	135

<i>Abbildung 25.</i>	Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die jugendlichen Jungen.....	139
<i>Abbildung 26.</i>	Strukturmodell zur multiplen Regression der Depressivität (DEP) auf die dysfunktionalen Einstellungen (DAS) und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse (KLE_B).	141
<i>Abbildung 27.</i>	Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Jugendlichen.....	144
<i>Abbildung 28.</i>	Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die jugendlichen Jungen.....	147
<i>Abbildung 29.</i>	Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität (DEP) in der Gesamtgruppe ($N = 1053$).....	157
<i>Abbildung 30.</i>	Längsschnittliches Messmodell für die dysfunktionalen Einstellungen in der Gesamtgruppe ($N = 1053$).....	157
<i>Abbildung 31.</i>	Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder ($n = 726$) und Jugendliche ($n = 327$).....	158
<i>Abbildung 32.</i>	Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder ($n = 726$) und Jugendliche ($n = 327$).....	158
<i>Abbildung 35.</i>	Cross-Lagged-Panel-Modell der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen über die beiden Messzeitpunkte hinweg für Kinder und Jugendliche im Vergleich.....	162
<i>Abbildung 36.</i>	Cross-Lagged-Panel-Modell der Depressivität (DEP) und der dysfunktionalen Einstellungen (DAS) über die beiden MZP hinweg für Kinder und Jugendliche im Vergleich.....	164

<i>Abbildung 37.</i>	Schematische Darstellung des Crossed-Lagged-Panel-Modells von Depressivität (DEP) und dysfunktionalen Einstellungen (DAS) erweitert um die kritischen Lebensereignisse (KLE_A/B).	166
<i>Abbildung 38.</i>	Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität (DEP) und dysfunktionalen Einstellungen (DAS) erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse (KLE_A) für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen.....	167
<i>Abbildung 39.</i>	Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen..	169
<i>Abbildung 40.</i>	Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen.....	171
<i>Abbildung 41.</i>	Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen.	173
<i>Abbildung 42.</i>	Schematische Darstellung der Moderation des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf spätere Depressivität durch die kritischen Lebensereignisse im Rahmen des Crossed-Lagged-Panel-Modells.....	176
<i>Abbildung 43.</i>	Second-Order-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen in den drei Altersgruppen.....	187

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	<i>Übersicht über die relevanten Diagnosekategorien der Depression im Kindes- und Jugendalter für die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV im Vergleich</i>	8
Tabelle 2	<i>Geschlechterverteilung in der Stichprobe im Querschnitt zu t3 und der Stichprobe im Längsschnitt zu t4.....</i>	80
Tabelle 3	<i>Alters- und Geschlechtsverteilung in den beiden altersbezogenen Subgruppen Kinder und Jugendliche zu t4.....</i>	86
Tabelle 4	<i>Alters- und Geschlechtsverteilung in den drei altersbezogenen Substichproben Kinder, Wechsler, Jugendliche zu t4</i>	86
Tabelle 5	<i>Reliabilitätskennwerte (Interne Konsistenz und Re-Test) für die beiden Subskalen des Depressionstests für Kinder insgesamt und für die Subskalen zu beiden MZP</i>	88
Tabelle 6	<i>Zentrale Konstrukte der Studie und zeitlicher Einsatz der jeweiligen genutzten Instrumente im Überblick.....</i>	91
Tabelle 7	<i>Identifizierte Itemzwillinge der beiden Versionen des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen</i>	93
Tabelle 8	<i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfe der korrespondierenden Items (Itempaare) aus den beiden Versionen des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen.....</i>	94
Tabelle 9	<i>Faktorladungen der Itemzwillinge im Vergleich</i>	95
Tabelle 10	<i>Interne Konsistenzen (Cronbach's α) für die neue und ursprüngliche Version des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen in den altersbezogenen Subgruppen im Vergleich.....</i>	96
Tabelle 11	<i>Zusammenhänge der zentralen Konstrukte mit den beiden Versionen des Fragebogens zu dysfunktionalen Einstellungen für die altersbezogenen Subgruppen Kinder und Jugendliche.....</i>	97

Tabelle 12	<i>Vergleich der Ausprägungen in den zentralen Konstrukten zwischen den Continuern und Droppern</i>	101
Tabelle 13	<i>Zentrale Tendenz, Streuung, Range und Korrelationen von Alter und der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) zu t3.....</i>	114
Tabelle 14	<i>Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausprägung der Depressivität in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe.....</i>	116
Tabelle 15	<i>Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe.....</i>	119
Tabelle 16	<i>Mittelwerte und Standardabweichungen der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) in den Subgruppen nach Altersgruppe und Geschlecht.....</i>	121
Tabelle 17	<i>Partialkorrelationen zwischen den zentralen Konstrukten Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse nach der Kontrolle für Alter und Geschlecht.....</i>	124
Tabelle 18	<i>Interkorrelationen der zentralen Konstrukte dysfunktionale Einstellungen, kritische Lebensereignisse und Depressivität in der Subgruppe der Kinder.....</i>	125
Tabelle 19	<i>Interkorrelationen der zentralen Konstrukte dysfunktionale Einstellungen, kritische Lebensereignisse und Depressivität in der Subgruppe der Jugendlichen.....</i>	126
Tabelle 20	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für das Messmodelle mit schwacher und starker Messinvarianz.....</i>	130
Tabelle 21	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Kinder.....</i>	133

Tabelle 22	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Jugendlichen</i>	134
Tabelle 23	<i>Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse</i>	136
Tabelle 24	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Mädchen</i>	137
Tabelle 25	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Jungen</i>	137
Tabelle 26	<i>Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse ...</i>	140
Tabelle 27	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Kinder</i>	142
Tabelle 28	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Jugendlichen.....</i>	143
Tabelle 29	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Mädchen</i>	145

Tabelle 30	<i>Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Jungen</i>	145
Tabelle 31	<i>Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse in der Gruppe der Jugendlichen</i>	146
Tabelle 32	<i>Zentrale Tendenz, Streuung, Range und Korrelationen von Alter und der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) der Längsschnittstichprobe über die beiden MZP (t3 und t4)</i>	152
Tabelle 33	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in der Gesamtgruppe</i>	154
Tabelle 34	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in der Gesamtgruppe</i>	154
Tabelle 35	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen</i>	154
Tabelle 36	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen</i>	155
Tabelle 37	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in den Altersgruppen der Kinder, Wechsler und Jugendlichen</i>	155
Tabelle 38	<i>Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle</i>	

	<i>der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in den Altersgruppen der Kinder, Wechsler und Jugendlichen</i>	156
Tabelle 39	<i>Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen</i>	168
Tabelle 40	<i>Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen</i>	170
Tabelle 41	<i>Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen.....</i>	172
Tabelle 42	<i>Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen</i>	174
Tabelle 43	<i>Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen</i>	177
Tabelle 44	<i>Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für Kinder, Wechsler und Jugendliche</i>	178
Tabelle 45	<i>Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendliche</i>	179
Tabelle 46	<i>Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf</i>	

	<i>die spätere Depressivität durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für Kinder, Wechsler und Jugendliche</i>	181
Tabelle 47	<i>Indikatoren der Modellgüte des Second-Order-Modells in den drei Altersgruppen.....</i>	185
Tabelle 48	<i>Korrelationsmatrizen der Subskalen von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit hinweg für Kinder, Wechsler und Jugendliche im Vergleich</i>	188

0 EINLEITUNG

Hector schreibt in sein Reisetagebuch auf: „14. Glück ist, wenn man dafür geliebt wird, wie man eben ist.“ Was ist das Besondere an dieser Glücksregel? Natürlich ist es schön geliebt zu werden, aber das Wichtige steht hier fast beiläufig am Ende: „wie man eben ist“. Diese Glücksregel ist deswegen so besonders, weil viele Personen nicht glauben können, dass sie geliebt werden und somit Glück haben, wenn sie sie selbst sind. Sie haben irgendwann gelernt, liebevolle Aufmerksamkeiten durch gute Noten in der Schule, viel Fleiß und Anstrengung zu bekommen oder haben gelernt, dass sie nur dann Freunde haben, wenn sie immer nett und hilfsbereit sind oder nie widersprechen. Diese Vorstellungen werden in frühester Kindheit gelernt und beeinflussen das eigene Verhalten in der Weise, dass diese impliziten Annahmen meistens bestätigt werden. Es werden hohe und rigide Ansprüche an eigene Leistungen und hohe moralische Ansprüche an das eigene Verhalten mit anderen Menschen gesetzt. Der eigene Selbstwert wird davon abhängig gemacht, ob man diesen Ansprüchen genügt oder nicht. Genügt man diesen Ansprüchen einmal nicht, wird der eigene Selbstwert abgewertet und man geht gleichzeitig davon aus, dass man auch für die anderen Personen an Liebenswürdigkeit verloren hätte. Solche Gedanken können zu Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und weiteren selbstbezogenen negativen Gedanken führen. Erlebt man solche Episoden bereits im Kindes- und Jugendalter kann man sich sehr gut langfristige negative Konsequenzen bis ins hohe Erwachsenenalter vorstellen, die das eigene Leben in ihrer Qualität sehr beeinträchtigen können.

In der psychologischen Forschung werden diese negativen Gedankenmuster dysfunktionale Kognitionen genannt. Seit langem werden sie als Risikofaktor für Depression im Erwachsenenalter untersucht. Im Sinne eines kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modells wurde angenommen und auch bestätigt, dass dysfunktionale Kognitionen in Verbindung mit auftretendem Stress zu depressiven Symptomen führen. Die empirische Forschungslage zur Bedeutung der dysfunktionalen Kognitionen für die Entwicklung von depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter ist hingegen noch sehr unbefriedigend. Die bisherigen, meist querschnittlichen Studien orientierten sich an den kognitiven Modellen der Depression aus dem Erwachsenenalter und wiesen hinsichtlich der Bedeutung der dysfunktionalen Kognitionen für die Depression heterogene Befunde auf. Längsschnittliche Studien sind noch rar (Lakdawalla et al., 2007). Hierbei kann allerdings angezweifelt werden, ob die untersuchten Kinder und Jugendlichen bereits über eine ausreichende kognitive Reife für die angenom-

menen Modelle verfügen (Weitlauf & Cole, 2012). Weiterhin kann man aus den nur sehr vage formulierten Annahmen darüber, wie und wann sie gebildet werden, nicht so recht schließen, ob Kinder ebenso über solche dysfunktionalen Kognitionen verfügen wie Erwachsene. Es bleibt demnach noch zu klären, ob die dysfunktionalen Kognitionen wirklich einen Risikofaktor oder gar eine Ursache für die Entwicklung von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen darstellen oder in einer anderen Form mit depressiven Symptomen zusammenhängen. Die Untersuchung dieser kognitiven Muster im Kindes- und Jugendalter ist dabei besonders interessant. Der Übergang vom Kindes- ins Jugendalter stellt eine Phase des Umbruchs dar, in der die Heranwachsenden mit biologischen, sozialen und kognitiven Veränderungen konfrontiert sind. Der eigene Körper entwickelt sich, Beziehungen zu Freunden werden zentraler, es folgen Auseinandersetzungen mit sich und der eigenen Identität, erste romantische Gefühle und Erfahrungen werden erlebt. Dieser Übergang könnte eine sensitive Phase sein, in der die gelernten Gedankenstrukturen womöglich zum ersten Mal zu Tage treten und bei den vielen Ereignissen vielleicht zum Teil auch dysfunktional werden und folglich zu depressiven Symptomen führen können.

Im Rahmen dieser Dissertation wird auf der theoretischen Grundlage der kognitiven Theorie der Depression nach Beck (1967, 1996) die Bedeutung der dysfunktionalen Kognition für die Entwicklung depressiver Symptome vom späten Kindes- bis zum späten Jugendalter untersucht. Mit der vorliegenden Untersuchung soll der Versuch unternommen werden, folgende Fragen zu beantworten: *Ab wann sind die dysfunktionalen Kognitionen stabil abbildbar und wie stark und auf welche Weise hängen sie mit dem Auftreten depressiver Symptome zusammen? Wie entwickeln sich Depressivität und dysfunktionale Kognitionen in Abhängigkeit voneinander? Welche Bedeutung haben stressauslösende Ereignisse dabei?* Dafür sollen zunächst die drei zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Kognitionen, Stressereignisse und deren Assoziationen untereinander nach möglichen Alters- und Geschlechtseffekten analysiert werden. Weiterhin werden prospektiv die Entwicklungen und der gegenseitige Einfluss der dysfunktionalen Kognitionen und der Depressivität untersucht. Mit der Berücksichtigung des Stressfaktors soll die Theorie nach Beck (1967, 1996) im Quer- und Längsschnitt im Kindes- und Jugendalter überprüft werden, wobei an dieser Stelle wiederum Alterseffekte explizit untersucht werden sollen.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit leitet sich aus einem theoretischen, empirischen und zusammenfassenden bzw. diskutierenden Teil ab. Die Darstellung des theoretischen Hin-

tergrunds (1) folgt dabei dem angenommenen kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Sie beginnt mit dem Kapitel über die *Depression im Kindes- und Jugendalter* (1.1) als die zu erklärende psychische Störung in dem Modell. Dabei wird ein Überblick über die Besonderheiten im Erscheinungsbild der Depression (1.1.1) und über den Verlauf der Depression (1.1.2) gegeben. Daran schließt sich ein Kapitel an, in dem das Konstrukt der *dysfunktionalen Kognitionen* als kognitiver Vulnerabilitätsfaktor umfangreich dargestellt werden soll (1.2). Das Kapitel beginnt zunächst mit der Definition von Kognition und Beschreibung der Entwicklung von Kognitionen im Allgemeinen (1.2.1), bevor umfassend beschrieben wird, wie dysfunktionale Kognitionen entstehen können (1.2.2). Schließlich werden die dysfunktionalen Einstellungen, die der vorliegenden Untersuchung als die dysfunktionalen Kognitionen dienen, vorgestellt (1.2.3). Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Faktor *Stress* (1.3) und beschreibt nach definitorischen Aspekten (1.3.1) näher seinen Zusammenhang mit Depression (1.3.2). Die drei beschriebenen Teilaspekte des Modells zusammenführend werden die *kognitiven Modelle der Depression* im Kindes- und Jugendalter vorgestellt (1.4), wobei für den Altersbereich bedeutende kognitive Modelle beschrieben werden (1.4.1) und auf die Bedeutung dieser Modelle im Kindes- und Jugendalter Bezug genommen (1.4.2). Daran anschließend werden im letzten Kapitel des theoretischen Abschnitts der Arbeit die zu untersuchenden *Fragestellungen* hergeleitet und die *Untersuchungshypothesen* vorgestellt (1.5).

Der empirische Teil beginnt mit dem *methodischen Vorgehen* (2) in der vorliegenden Studie. Zunächst wird in den ersten Abschnitten die PIER-Studie näher beschrieben, in deren Rahmen die vorliegende Arbeit entstanden ist (2.1-2.3). Daran anschließend werden die für die Untersuchung analysierte Stichprobe (2.4) und das methodische Vorgehen ausführlich beschrieben (2.5-2.7), bevor im nächsten Kapitel die *Ergebnisse* (3) der Untersuchung zu den querschnittlichen (3.1, 3.2) und längsschnittlichen Fragestellungen (3.3, 3.4) dargestellt werden. Ein Abschnitt über die Ergebnisse der Post-Hoc-Analysen, die sich erst durch weiterführende Untersuchungsfragen während der Hauptanalysen ergeben haben (3.5), wird den empirischen Teil der Arbeit abschließen.

Der zusammenfassende bzw. diskutierende Teil der Arbeit beginnt mit dem Kapitel der *Diskussion* (4). In diesem werden zunächst die Untersuchungsergebnisse insgesamt im Hinblick auf die Fragestellungen zusammengefasst, in die bisherige Forschungsliteratur eingebettet und diskutiert (4.1). Daran schließt sich ein Abschnitt an, der sich mit möglichen alternativen Ansätzen zur Untersuchung von kognitiven Modellen der Depression im Kindes- und Jugendalter beschäftigt (4.2), bevor konzeptuelle und methodische Einschränkungen

kungen der vorliegenden Studie dargestellt werden (4.3). Der zusammenfassende bzw. diskutierende Teil der Arbeit (5) endet mit einem *Ausblick* für zukünftige Forschungsarbeiten (5.1) und mit möglichen *Implikationen* für die Praxis (5.2).

1 THEORETISCHER HINTERGRUND

In diesem Kapitel sollen die für die Untersuchung zentralen Konstrukte umfassend mit den wichtigsten theoretischen und empirischen Erkenntnissen dazu dargestellt werden. Der Aufbau dieser Darstellung folgt dabei dem angenommenen kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Sie beginnt mit dem Abschnitt über die Depression im Kindes- und Jugendalter (1.1) als die zu erklärende psychische Störung in dem Modell, bezieht sich dann auf die dysfunktionalen Kognitionen als kognitiven Vulnerabilitätsfaktor (1.2) und auf den Stressfaktor (1.3). Schließlich werden die Teilaspekte des Modells im Abschnitt über die kognitiven Modelle der Depression im Kindes- und Jugendalter zusammengeführt (1.4).

1.1 Depression im Kindes- und Jugendalter

Wenn man die durch eine Erkrankung verlorene Lebensqualität und die verlorenen Lebens-tage (DALYs: „disability adjusted life years“) berücksichtigt, geht von depressiven Erkrankungen die stärkste Belastung in entwickelten Ländern aus (Ferrari et al., 2013). In einer Untersuchung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellen Wittchen und Kollegen (1998) heraus, dass die depressive Störung nach der Phobie und der bipolaren Störung an dritter Stelle der psychischen Störungen steht, durch welche die stärksten Beeinträchtigungen im Leben hervorgerufen werden. In den vergangenen knapp 30 Jahren wurde eine deutlich steigende Tendenz für emotionale Probleme augenscheinlich (Collishaw et al., 2004). Bisherige Befunde gehen bisher meist aus Untersuchungen mit Erwachsenen hervor. Obwohl depressive Störungen auch im Kindes- und Jugendalter ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko darstellen, sind Studien in diesen jüngeren Altersgruppen weiterhin rar. Unbefriedigend ist daher die Befundlage dazu, wie sich die Depression oder depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen äußert, wie häufig diese zu finden ist, welche Wirkmechanismen ausgemacht werden können und wie sich die depressive Symptomatik über einen längeren Zeitraum entwickelt (Lehmkuhl, et al., 2008; Preiß & Remschmidt, 2007).

In den folgenden beiden Abschnitten soll der bisherige Kenntnisstand zur Depression im Kindes- und Jugendalter dargestellt werden, wobei sich der erste Abschnitt auf das

Erscheinungsbild der Depression im Allgemeinen (1.1.1) und der zweite Abschnitt auf den Verlauf der Depression (1.1.2) beziehen wird.

1.1.1 Erscheinungsbild der Depression im Kindes- und Jugendalter

In diesem Abschnitt soll dargestellt werden, wie sich die Depression im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen äußert. Es soll beschrieben werden, an welchen Symptomen eine Depression ausgemacht wird (1.1.1.1), wie sich die Verteilung der Depression nach Alter und Geschlecht darstellt und welche Risikofaktoren und ätiologischen Theorien für diesen Altersbereich angenommen werden (1.1.1.2).

1.1.1.1 Diagnostik der Depression im Kindes- und Jugendalter

Nach den gängigen Klassifikationssystemen für psychische Störungen, der *International Classification of Diseases* der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, Remschmidt et al., 2006) und dem *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychological Association (DSM-IV, Saß et al., 1998), gehören zu den Hauptsymptomen der Depression eine deutlich länger anhaltende gedrückte Grundstimmung, Verlust von Freude und Interesse an Aktivitäten, die vorher angenehm waren, sowie ein verminderter Antrieb bzw. eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Das Spezifische dieses Altersbereiches ist, dass anstelle der gedrückten Grundstimmung auch eine extrem gereizte Grundstimmung vorherrschen kann. Hinzu kommen, wiederum ähnlich wie bei den Erwachsenen, mehrere Nebensymptome, die sich *affektiven*, *kognitiven* und *somatischen* Bereichen zuordnen lassen. Affektive Nebensymptome äußern sich in einem verminderten Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, in unbegründeten Selbstvorwürfen und in ausgeprägten unangemessenen Schuldgefühlen. Die auch bei Erwachsenen vorhandene Grübelneigung, ein vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, negative Zukunftserwartungen oder auch Suizidgedanken gehören zu den kognitiven Symptomen. Im somatischen Bereich zeigen sich depressive Symptome in einer psychomotorischen Agitiertheit oder auch Hemmung, in Ein- und Durchschlafstörungen oder vermehrtem Schlaf, in starkem Gewichtsverlust ohne eine Diät zu halten, oder starker Gewichtszunahme und in entweder gesteigertem oder vermindertem Appetit. Bei der Diagnose im Kindesalter kommen häufig die Angaben von Bauch-

und Kopfschmerzen sowie vom Ausbleiben der durch das Wachstum und die Entwicklung zu erwartenden Gewichtszunahme hinzu.

Mit einigen Ausnahmen sind die diagnostischen Klassifikationskriterien im Kindes- und Jugendalter den Kriterien im Erwachsenenalter demnach weitgehend ähnlich. In der Literatur wird dabei oft auf eine entwicklungspezifische Ausprägung der Symptomatik hingewiesen. Während im Kleinkind- und Vorschulalter vermehrtes Weinen, Irritierbarkeit, Schlafstörungen, ein gestörtes Essverhalten und Bauchschmerzen zur depressiven Symptomatik gehören, kommen ab dem Schulalter Schulleistungsstörungen, Selbstisolierungstendenzen (Introvertiertheit, Rückzugsverhalten), Stimmungslabilität, Enuresis (Einnässen) und der Pavor nocturnus (Alpträume) hinzu. Ab dem Jugendalter nähert sich die Psychopathologie der der Erwachsenen an (Groen & Petermann, 2005; Preiß & Remschmidt, 2007).

Eine depressive Episode nach der ICD-10-Klassifikation (Remschmidt et al., 2006) bzw. eine Major Depression nach dem DSM-IV (Saß et al., 1998) wird diagnostiziert, wenn eine Mindestanzahl von vier (ICD-10) bzw. fünf (DSM-IV) depressiven Symptomen (davon zwei Hauptsymptome) mindestens zwei Wochen die meiste Zeit des Tages beobachtet werden können. Für die Schweregradeinteilung von leichter über mittelgradiger bis schwerer depressiven Episode gelten im ICD-10 unterschiedliche Kombinationen von Haupt- und Nebensymptomen, die sich in der jeweiligen Anzahl der vorhandenen Symptome unterscheiden. Eine Depressionsdiagnose darf nicht gestellt werden, wenn die Symptome entweder auf organische Erkrankungen, direkte Wirkung von Drogen, andere psychische Störungen oder auf einfache Trauer zurückgeführt werden können. Im Kindes- und Jugendalter kommen depressive Episoden auch im Rahmen weiterer affektiver Störungen (rezidivierende depressive Störung, Dysthymie) sowie anderer psychischer Störungen, wie Angst, Störung des Sozialverhaltens und Anpassungsstörungen, vor. Eine Übersicht hierzu ist in Tabelle 1 gegeben.

Tabelle 1

Übersicht über die relevanten Diagnosekategorien der Depression im Kindes- und Jugendalter für die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV im Vergleich

ICD-10		DSM-IV	
F32	Depressive Episode	296.2	Major Depression (MD)
F32.0	Leichte depressive Episode	296.21	MD, leicht
F32.1	Mittelgradige Episode	296.22	MD, mittelschwer
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	296.23	MD, schwer ohne psychotische Merkmale
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	296.24	MD, schwer mit psychotischen Merkmalen
F33	Rezidivierende depressive Störung	296.3	Major Depression, rezidivierend
	Gegenwärtig leichte Episode		MD, rezidivierend, letzte Episode leicht
F33.0	Gegenwärtig mittelgradige Episode	296.31	MD, rezidivierend, letzte Episode mittelschwer
F33.1	Gegenwärtig schwere Episode ohne psychotischen Symptomen	296.32	MD, rezidivierend, letzte Episode schwer ohne psychotische Merkmale
F33.2	Gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	296.33	MD, rezidivierend, letzte Episode schwer mit psychotischen Merkmalen
	Gegenwärtig remittiert		MD, rezidivierend, teilremittiert oder vollremittiert
F33.3		296.34	
		296.35 o.	
F33.4		296.36	
F34.1	Dysthymia	300.4	Dysthyme Störung
F41.2	Angst und depressive Störung gemischt	o. E.	o. E. durch zwei Diagnosen kodiert
F43.20	Kurze depressive Reaktion (Anpassungsstörung)	309.0	Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung
F43.21	Längere depressive Reaktion (Anpassungsstörung)	309.0	Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung
		311	NNB depressive Störung
F43.22	Anpassung und depressive Reaktion gemischt	309.28	Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	o. E.	o. E. durch zwei Diagnosen kodiert

Anmerkungen. o. E. = ohne Entsprechung.

1.1.1.2 Epidemiologie der Depression im Kindes- und Jugendalter

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der epidemiologischen Beschreibung der Depression im Kindes- und Jugendalter. Dazu werden zunächst das Auftreten der Depression und die Geschlechterverteilung dargestellt. Daran schließt sich ein kurzer Überblick über die diskutierten Risikofaktoren sowie Ätiologiemodelle der Depression an, bevor die Aspekte der Komorbidität näher beschrieben werden.

Prävalenzen für eine depressive Episode im Kindes- und Jugendalter.

Vor allem wegen der entwicklungspezifischen Symptome wurde lange Zeit vernachlässigt, dass die Depression auch im Kindes- und Jugendalter eine Bedeutung hat. Dabei zeigen Studien, dass nicht nur in der Erwachsenenbevölkerung der Trend steigend ist, sondern dieses Phänomen auch Kinder und Jugendliche immer mehr betrifft. In der Literatur finden sich 12-Monats-Prävalenzraten von etwa 0.9% bei Kleinkindern, bei Schulkindern etwa 1.9% und bei Jugendlichen, vergleichbar mit den Raten für Erwachsene (Kessler et al., 2003), bereits ca. 4.5% bis 5% (Birmaher et al., 1996b; Ihle et al., 2000; Preiß & Remschmidt, 2007; Wittchen et al., 1998). Esser und Kollegen (Esser et al., 1990, 1992; Ihle et al., 2000) berichten aus der Kurpfalzerhebung Punktprävalenzen von 1.1% im Alter von acht Jahren, 2.3% im Alter von 13 Jahren und 1.2% im Alter von 18 Jahren.

Geschlechterverteilung im Auftreten einer depressiven Episode.

Die Geschlechterverteilung ist bis zum Jugendalter ausgeglichen und gleicht sich ab dem Jugendalter der Verteilung im Erwachsenenalter an. Ab dem 13. bzw. 14. Lebensjahr sind Mädchen doppelt so häufig von einer Depression betroffen wie gleichaltrige Jungen (Angold et al., 1998; Groen & Petermann, 2005; Wittchen et al., 1998). Auch im subklinischen Bereich findet sich eine stärkere Ausprägung der Depressivität bei Mädchen im Vergleich zu Jungen (Seiffge-Krenke & Stemmler, 2002; Hankin et al., 1998; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Birmaher et al., 2004; Duggal et al., 2001). Die Gründe für die Änderung der Geschlechterverteilung im Jugendalter sind in der Forschung bisher noch nicht ausreichend geklärt. Diskutiert werden dabei biologische Faktoren, wie die Pubertät oder das Alter beim Eintritt in die Pubertät (Angold et al., 1998), aber auch soziale und psychologische Faktoren, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Soziale Faktoren zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede betreffen meist unterschiedliche Stressoren für Mädchen und Jungen oder unterschiedliche Belastungen durch dieselben Stressoren in Abhängigkeit von verschiedenen Bewältigungsstrategien (Seiffge-Krenke & Stemmler, 2002). Stress durch kritische Lebensereignisse oder die wechselnden Umstände im beginnenden Jugendalter erfahren Mädchen wie Jungen, jedoch scheint der Faktor Stress für Mädchen eine noch weitreichendere Bedeutung für die Entwicklung depressiver Symptome zu haben als für Jungen. In der Literatur lassen sich zwei, sich ergänzende Theorien dazu finden: das *stress-exposure* - Modell und das *stress-reactivity* - Mo-

modell. Die Grundannahme des stress-exposure - Modells besteht darin, dass Mädchen mehr Stressoren ausgesetzt sind und dadurch eher depressive Symptome entwickeln als Jungen (Hankin & Abramson, 1999). Im Rahmen des stress-reactivity - Modells wird postuliert, dass Mädchen auf dasselbe Ausmaß an Stress mit einem erhöhten Ausmaß an depressiver Symptomatik reagieren (Rudolph, 2002). Hankin und Kollegen (2007b) überprüften beide Modelle gleichzeitig an einer Stichprobe von Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Zunächst konnten die Autoren in ihrem Längsschnitt zeigen, dass Mädchen über den einjährigen Zeitraum der Studie hinweg höhere Werte in der depressiven Symptomatik aufwiesen als Jungen. Weiterhin konnten zusätzlich beide beschriebenen Modelle bestätigt werden. Mithilfe von Mediationsanalysen konnte herausgestellt werden, dass der Geschlechtsunterschied in der depressiven Symptomatik dadurch erklärt konnte, dass Mädchen im Gegensatz zu Jungen mehr Stressereignisse erlebten. Gerade im interpersonalen Stressorenbereich (Familie, Peers) konnte dieser Sachverhalt gut gezeigt werden. Dieses Ergebnis spricht für das stress-exposure - Modell. Moderationsanalysen hingegen konnten zusätzlich in Abhängigkeit von spezifischen Stressorenbereichen Bestätigung für das stress-reactivity - Modell finden. Bei leistungsbezogenen, schicksalhaften und peerbezogenen Stressoren reagierten die Mädchen in der Studie mit stärkerer depressiver Symptomatik als die Jungen. Beide Modelle konnten somit bestätigt werden.

Hinsichtlich der psychologisch-kognitiven Faktoren werden zumeist mögliche Unterschiede in der Entwicklung dysfunktionaler Kognitionsmuster zwischen Mädchen und Jungen analysiert. Morris und Kollegen (2008) überprüften hierzu in einer prospektiven Längsschnittstudie ein kognitives Vulnerabilitäts-Stress-Modell für Depression bei Kindern im Übergang von der 6. zur 7. Klasse und untersuchten etwaige unterschiedliche Interaktionsmuster der beiden Geschlechter. Die Ergebnisse der Studie sprechen für einen vorhandenen Geschlechterunterschied in der Auswirkung der negativen Kognitionen. Für die Jungen konnte das allgemeine kognitive-Vulnerabilitäts-Modell der Depression bestätigt werden. Jungen mit höheren Werten in negativen Kognitionen, die ebenfalls ein höheres Ausmaß an Stress aufwiesen, zeigten ein Jahr später eine stärkere depressive Symptomatik. Mädchen mit höheren Werten in negativen Kognitionen wiesen ein Jahr später jedoch sowohl bei geringem als auch hohem Ausmaß an Stress, erhöhte Werte in depressiver Symptomatik auf. Nur die Mädchen mit eher positiven Kognitionen und geringem Ausmaß an Stress zeigten niedrige Werte in depressiver Symptomatik auf. Die Autoren schließen daraus, dass der kognitive Risikofaktor bei Jungen ein notwendiger, jedoch kein hinreichender Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptome darstellt. Für die Mädchen wirkt

im Gegensatz dazu der kognitive Risikofaktor als hinreichender, aber nicht notwendiger Risikofaktor für depressive Symptome. Sie entwickelten nämlich auch bei eher positiven Kognitionen, aber hohem Ausmaß an Stress, erhöhte Werte in depressiver Symptomatik. Die Autoren gehen hierbei von einer doppelten Vulnerabilität für Mädchen aus, die den großen Geschlechterunterschied in der Depressivität erklären könnte. Allerdings lassen andere Studien, die den umgekehrten Geschlechtseffekt in den Kognitionsmustern finden (Abela, 2001; Hankin et al., 2001), darauf schließen, dass die Änderung der Geschlechterverteilung empirisch noch nicht eindeutig geklärt werden kann.

Risikofaktoren und ätiologische Modelle der Depression.

Bei der Entstehung von depressiven Störungen geht man im Allgemeinen von einem biopsychosozialen Modell aus, das auch als multifaktorieller Prozess angenommen werden kann, an dem biologische, psychologische und soziale Vulnerabilitäten bzw. Risikofaktoren und Stressoren beteiligt sind (Lehmkuhl et al., 2008).

Zu den *biologischen Risikofaktoren* werden neben einer genetischen Disposition auch neurobiologische Dysfunktionen, wie verminderte Transmission der Monoamine Serotonin und Noradrenalin oder eine Dysregulation der noradrenergen und cholinergen Systeme, neuroendokrinologische Veränderungen, wie die Störung des Hippocampus und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit erhöhter Kortisolreaktion oder auch anatomische Veränderungen des präfrontalen Kortex, diskutiert (Birmaher et al., 1996b; Kaufman et al., 2001; Lehmkuhl et al., 2008; Nestler et al., 2002). Hinsichtlich der biologischen Risikofaktoren kann allerdings nicht mit Sicherheit von zeitlich vorangestellten Risikofaktoren ausgegangen werden, da die meisten berichteten Veränderungen oder Dysbalancen bei den bereits depressiven Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern beobachtet wurden (Nestler et al., 2002).

Die *psychischen Risikofaktoren* umfassen meist dysfunktionale Kognitionen, wie die irrationalen Gedanken, einen negativen Attributionstil oder dysfunktionale Einstellungen, die zentrale Konstrukte in den meisten kognitiven Theorien der Depression darstellen (Abramson et al., 1978; Abramson et al., 1989; Beck, 1967; Ellis, 1994). Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich im Wesentlichen mit den dysfunktionalen Kognitionen in Zusammenhang mit Depression, weswegen an dieser Stelle für eine umfangreiche Darstellung der Theorien auf die nachfolgenden Abschnitte (1.2 und .14) verwiesen wird. Des Wei-

teren werden bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, wie Neurotizismus, als psychische Risikofaktoren für Depressionen diskutiert. Da jedoch im Kindes- und Jugendalter situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften noch nicht sehr stabil ausgeprägt sind, existieren dazu nur wenige Studien. (z.B. Kuyken et al., 2006).

Die eher individuumsbezogenen biologischen und psychischen Faktoren sind im Kindes- und Jugendalter noch Entwicklungen unterlegen, sodass das *soziale Umfeld* in diesem Alter ein umso bedeutenderes Element bei der Entstehung einer Depression darstellt. Die Familie als chronische Stressumgebung, wozu Misshandlungen, eine geringe emotionale Bindung zu den Eltern, die mütterliche Depression, elterliche Alkoholprobleme, und Armut zählen (Duggal et al., 2001; Grant et al., 2004; King et al., 2008), scheint dabei, vor allem im Kindesalter, der wichtigste soziale Risikofaktor zu sein. Ab dem Jugendalter verschiebt sich die Bedeutung des Umfelds von der Familie auf die Peers, sodass dann die Ablehnung durch Peers bzw. interpersonelle Probleme mit Peers im Allgemeinen für die Entwicklung von Depressionen wichtiger werden (z.B. Hammen, 2005; Rudolph et al., 2001). Das Eintreten kritischer Lebensereignisse, wie Trennung der Eltern oder der Tod eines nahen Angehörigen kann ebenfalls direkt oder in Interaktion mit anderen vorhandenen Vulnerabilitätsfaktoren zur Entwicklung einer Depression führen (Kim et al., 2003; Lewinsohn et al., 1999; Williamson et al., 2005). Anders als bei Erwachsenen (Kessler et al., 2003) ist die Bedeutung eines gering ausgeprägten sozioökonomischen Status als Risikofaktor nicht ganz eindeutig. Während zwar einige Autoren einen bedeutenden Zusammenhang finden können (z.B. Gilman et al., 2003), lässt eine Meta-Analyse von Twenge und Nolen-Hoeksema (2002) darauf schließen, dass der sozioökonomische Status keinen Effekt auf die Entwicklung einer Depression im Kindes- und Jugendalter (8 bis 16 Jahre) hat.

Im Großen und Ganzen nehmen die meisten in der Forschungsliteratur bekannten *Ätiologiemodelle* der Depression ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell an, in dem die genannten biologischen und psychologischen Faktoren eine Person für depressive Symptome vulnerabel machen und in Kombination mit Stress verantwortlich für die Entwicklung einer depressiven Störung sind (Hankin & Abela, 2005). Um die Entwicklung der Depression im Kindes- und Jugendalter besser beschreiben, verstehen und erklären zu können, wurde bisher versucht, die auch im Erwachsenenalter noch uneinheitlichen ätiologischen Theorien auf diesen Altersbereich zu übertragen. Über die Zulässigkeit einer solchen Übertragung wird diskutiert. Kaufman und Kollegen (2001) gehen in ihrem Review noch weiter und stellen in Frage, ob man bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf der einen Seite und De-

pressionen im Erwachsenenalter auf der anderen Seite von derselben Erkrankung ausgehen kann. Zusammenfassend schließen sie, dass das Wissen aus Forschungsergebnissen über Depression aus dem Erwachsenenbereich nicht ohne weiteres auf das Kindes- und Jugendalter angewendet werden kann oder sollte. Sie finden besonders im Hinblick auf neurobiologische Korrelate der Depression und auf Therapieerfolge mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ginge man nun von qualitativ unterschiedlichen Störungen aus, so spräche dies in jedem Fall gegen die Anwendung derselben ätiologischen Theorien für die verschiedenen Alters- und Entwicklungsbereiche. Die in der psychologischen Forschung viel beachteten kognitiven Theorien der Depression (Abramson et al., 1989; Beck, 1967) sind ein gutes Beispiel dafür, dass Annahmen, die für das Erwachsenenalter gemacht werden, auch für das Kindes- und Jugendalter vorbehaltlos übernommen werden (z.B. Abela & D'Alessandro, 2002; Alloy et al., 2000; für eine Übersicht s. Review von Lakdawalla et al., 2007). Es ist jedoch fraglich, ob Kinder und Jugendliche die gleichen kognitiven Leistungen erbringen können wie die Erwachsenen. Viele dieser Theorien verlangen gedankliche Reflektionen des eigenen Verhaltens und der erlebten Situationen, wofür eine gewisse kognitive Reife unerlässlich ist.

Komorbidität der Depression im Kindes- und Jugendalter.

Depression gilt als eine psychische Erkrankung mit sehr hohen Komorbiditätsraten. In der Literatur findet man Schätzungen von 40% - 70% depressiver Kinder und Jugendlicher, die an mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung leiden (Birmaher et al., 1996b). Hinsichtlich des Auftretens einer Erkrankung aus demselben psychischen Störungsbereich (homotypische Komorbidität) zeigt sich die höchste komorbide Rate mit der Dysthymie (30% - 80%). Komorbide Störungen aus anderen psychischen Störungsbereichen (heterotypische Komorbidität) sind meist Angststörungen (mediane Prävalenz: 39%), Störungen des Sozialverhaltens (mediane Prävalenz: 27.3%) und Substanzmissbrauch (20 - 30%) (Angold et al., 1999; Avenevoli et al., 2001; Birmaher et al., 1996b; Birmaher et al., 2004). Dabei zeigt sich, dass die Depression den komorbiden Erkrankungen meist zeitlich nachgestellt ist (Avenevoli et al., 2001; Birmaher et al., 2004).

1.1.2 Depression im Verlauf für das Kindes- und Jugendalter

Nachdem im vorherigen Abschnitt das Erscheinungsbild der Depression im Kindes- und Jugendalter umfassend dargestellt wurde, soll es in diesem Abschnitt um den Verlauf der Depression gehen. Zunächst wird dabei auf den Verlauf einer depressiven Episode und deren psychosoziale Folgen für die Betroffenen eingegangen (1.1.2.1), wonach dann aber die Entwicklung depressiver Symptomatik im Allgemeinen dargestellt werden soll (1.1.2.2).

1.1.2.1 Verlauf der Depression und ihre psychosozialen Folgen

Betrachtet man den Umstand, dass eine depressive Episode im Kindesalter eine mediane Dauer von sechs bis neun Monaten aufweist und dass mit 90% die meisten Kinder nach zwei Jahren mindestens ein symptomfreies Intervall aufweisen (Birmaher et al., 1996b; Birmaher et al., 2004), könnte man leicht der Idee verfallen, dass die Depression im Kindes- und Jugendalter eine eher leichte psychopathologische Ausprägung zeigt, die relativ schnell wieder überstanden ist. Allerdings steigt durch eine erlebte depressive Episode nicht nur das Risiko für einen rezidivierenden Verlauf, sondern auch das Risiko, im Erwachsenenalter sowohl erneut an einer affektiven Störung (Fergusson et al., 2002; Nolen-Hoeksema et al., 1992) als auch an anderen psychischen Störungen, wie Schizophrenie, Angst, Manie oder Substanzmissbrauch, zu erkranken (Kim-Cohen et al., 2003; Copeland et al., 2013). Ebenso kann eine erlebte depressive Episode das Auftreten weiterer psychosozialer Probleme bedingen. Als sogenannte Narben einer depressiven Episode können emotionale Abhängigkeit sowie internalisierende Verhaltensprobleme, wie der soziale Rückzug, Angst oder ständiges sich Sorgen, zurückbleiben (Rohde et al., 1994). Schwierigkeiten in den schulischen Leistungen und in der Interaktion mit anderen gehören dabei zu den eher unspezifischen Folgen einer erlebten depressiven Episode, wohingegen ein erhöhtes suizidales Risiko, das von suizidalen Gedanken bis zu suizidalen Versuchen reicht, eine spezifische Folge des Erlebens einer depressiven Episode darstellt (Birmaher et al., 1996b).

Rückfallquoten von 40% innerhalb der ersten zwei Jahre und ca. 70% innerhalb der ersten fünf Jahre verdeutlichen das Folgerisiko einer erlebten depressiven Episode (Birmaher et al., 1996; Birmaher et al., 2004). Ungünstigere Prognosen zeigen sich besonders bei einem frühen Krankheitsbeginn, was wiederum eine starke Vulnerabilität signalisiert, bei einem hohen Ausmaß an komorbider Psychopathologie, bei familiären Belastun-

gen und bei dysthymen Zuständen parallel zu den depressiven Episoden (Birmaher et al., 1996b). Groen und Petermann (2005) berichten aus ihrer epidemiologischen Studie mit Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von einer Persistenzrate von gut 24% für eine depressive Störung nach einem Zeitraum von 16 Monaten. Als ungünstig erwiesen sich hierbei wiederum das Vorliegen komorbider Störungen sowie das Vorhandensein bestimmter depressiver Symptome (Müdigkeit/Energieverlust, Selbstmordgedanken). In ihrem Review über Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Psychopathologie zwischen Kindheit und Erwachsenenalter werteten Rutter und Kollegen (2006) prospektive Längsschnittstudien aus, die vor dem 16. Lebensjahr ansetzten und mindestens bis zum 21. Lebensjahr weitergeführt wurden. Hier berichten sie, dass 40 - 70% der Jugendlichen eine weitere depressive Episode im Erwachsenenalter erlebten und im Vergleich zu Kontrollpersonen somit ein zwei- bis siebenfaches Risiko aufweisen, im Erwachsenenalter an einer depressiven Episode zu leiden. Für den angenommenen Zusammenhang zwischen einer adoleszenten und einer adulten Depression diskutieren die Autoren genetische Einflüsse, adverse Lebensereignisse und auch dysfunktionale Kognitionen als mögliche mediierende Einflüsse. In ähnlicher Weise berichten Fombonne und Kollegen (2001) in ihrer rund 21 Jahren andauernden Follow-Up-Studie eine Rate von 62.4% für das Wiederauftreten einer depressiven Störung im Erwachsenenalter bei Kindern und Jugendlichen, die an einer Depression litten.

Doch auch die langfristigen Folgen einer sogenannten unterschweligen Depression (subthreshold depression), also das Vorhandensein klinisch relevanter Symptome, ohne dass die Kriterien für eine depressive Episode gänzlich erfüllt werden bzw. eine erhöhte depressive Symptomatik sind in diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigen (Costello et al., 1999; Slade & Andrews, 2005; Keenan et al., 2009). Bertha und Balázs (2013) konnten in ihrem systematischen Review über die unterschwellige Depression herausstellen, dass diese im Jugendalter sehr verbreitet ist und ähnlich wie die klinische Depression mit einer schlechteren Lebensqualität einhergeht sowie einen Risikofaktor für spätere depressive Störungen darstellt. So berichten z.B. Fergusson und Kollegen (2005), dass Jugendliche mit einer unterschweligen Depressivität im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko aufweisen, an einer depressiven Störung zu leiden und sogar suizidales Verhalten zu zeigen. Dabei unterscheiden sich diese Jugendlichen in ihrem Risiko nicht von denjenigen, die die Kriterien einer depressiven Störung zuvor erfüllt haben. Bettge und Kollegen (2008) zeigten in einer für die Bundesrepublik Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Studie zu psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (kurz: BELLA-Studie), dass bereits eine nichtklinische Depressivität bzw. eine erhöhte Symptomatik negativ mit dem Vorhanden-

sein von Schutzfaktoren zusammenhing und 9.7% der Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren sich dadurch in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sahen. Weiterhin zeigten die Depressivitätswerte ähnliche komorbide Zusammenhänge wie eine depressive Episode. Angstsymptome, Probleme mit dem Essverhalten und Suizidalität wiesen dabei die höchsten Komorbiditätsraten auf. Ebenso zeigten Kinder und Jugendliche mit erhöhter depressiver Symptomatik deutliche Einbußen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

1.1.2.2 Entwicklung der Depressivität über die Zeit

Wie aus dem vorherigen Abschnitt (1.1.2.1) deutlich geworden ist, ist es nicht nur wichtig, die Bedingungsfaktoren und den Verlauf einer kriterien erfüllenden, diagnostizierbaren depressiven Störung zu betrachten, sondern auch die Bedingungsfaktoren und den Verlauf einer nichtklinischen, unterschweligen Depressivität im Kindes- und Jugendalter zu erforschen. An diesen Punkt schließt sich die Frage der Stabilität von depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter an. Dabei geht es um die Unterscheidung zwischen der Depressivität als einem zustandsabhängigen Faktor (State) oder einem situationsüberdauernden Faktor (Trait). Forschungsarbeiten zu diesem Thema zeigen, dass sich im Erwachsenenalter Hinweise auf beide dieser Unterscheidungen finden lassen (Hartlage, 1998). Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 16 Jahren konnte bereits gezeigt werden, dass die Depressivität ebenfalls stabile und sich verändernde Anteile aufweist (Olatunji & Cole, 2009; Prenoveau et al., 2011). Zu einem etwas anderen Ergebnis kommen Tram und Cole (2006) in ihrer Längsschnittstudie zur Stabilität depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter. In der Studie wurden Kinder der 5. bis zur 8. Klasse begleitet und in einem 6-Monats-Intervall zu depressiven Symptomen befragt. Die Forscher konnten eine hohe Stabilität depressiver Symptome über die Zeit hinweg herausstellen, wobei die Phase zwischen der 6. und 7. Klasse eine Ausnahme bildete und eine geringere Stabilität aufwies. In diesem Übergang zur Oberschule, wenn gleichzeitig noch weitere kritische Transitionen die Jugendlichen erwarten, vermuten die Forscher einen guten Zeitpunkt, Prädiktoren von depressiven Störungen zu untersuchen. Denn an diesem Punkt können positive Wirkfaktoren einer Verschlechterung entgegenwirken oder negative Ereignisse oder Erfahrungen die Entwicklung einer depressiven Episode begünstigen. Die Autoren merken allerdings noch an, dass die gefundenen hohen Stabilitätswerte, die auch an den angewendeten statistischen Metho-

den liegen können, mit denen es nicht möglich war, stabile Anteile von zustandsabhängigen Anteilen zu unterscheiden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bereits viele deskriptive Informationen über die Depression, wie das Erscheinungsbild, die Prävalenz oder die Alters- und Geschlechtsverteilungen, im Kindes- und Jugendalter vorhanden sind. Forschungsbedarf besteht in den möglichen Ursachen für die Geschlechterverteilung oder für das Auftreten einer depressiven Episode im Allgemeinen sowie für die längerfristige Entwicklung von depressiven Symptomen.

1.2 Dysfunktionale Kognitionen

Die dysfunktionalen Kognitionen stellen in der vorliegenden Arbeit den zu untersuchenden Vulnerabilitätsfaktor dar und sind oft zentraler Gegenstand kognitiver Theorien der Depression. Dabei wird unter den dysfunktionalen Kognitionen je nach angewandeter Theorie und Definition von Kognition inhaltlich etwas anderes verstanden.

Für ein umfassendes Verständnis der Bedeutung dieser dysfunktionalen Kognitionen soll zunächst die Kognition und deren Entwicklung in Kindheit und Jugend näher beleuchtet werden (1.2.1), bevor anhand einer theoretischen und empirischen Herleitung dargeboten werden soll, wie aus Kognitionen dysfunktionale Kognitionen werden können (1.2.2). Als theoretische Grundlage für die vorliegende Untersuchung dient die kognitive Theorie nach Beck (1967, 1996), sodass im letzten Abschnitt dieses Kapitels die in seinem Modell postulierten dysfunktionalen Einstellungen als dysfunktionale Kognition in ihrer Definition und Entwicklung beschrieben werden (1.2.3).

1.2.1 Kognitionen

In diesem Abschnitt wird zunächst das Konstrukt der Kognition definiert (1.2.1.1) und schließlich die normative Entwicklung der Kognition in der Kindheit und im Jugendalter zu beschreiben (1.2.1.2).

1.2.1.1 Versuch einer Definition der Kognition

Sucht man in der Literatur nach einer Definition von Kognition, so wird ersichtlich, dass es sich um ein heterogenes Konstrukt handelt, das auf verschiedenen Ebenen betrachtet, auch verschiedene Bedeutungen haben kann. Kognitionen können basale neuronale Prozesse, wie die Informationsverarbeitung, Gedächtnisinhalte, wie Gedanken und Erinnerungen und komplexere Konstrukte, wie das Schlussfolgern, Interpretieren oder die Einstellung, umfassen. In einem psychologischen Wörterbuch steht zur Erklärung des Begriffes folgendes geschrieben:

„[...] Sammelname für alle Vorgänge oder Strukturen, die mit dem Gewährwerden und Erkennen zusammenhängen, wie Wahrnehmung, Erinnerung (Wiedererkennen), Vorstellung, Begriff, Gedanke, aber auch Vermutung, Erwartung, Plan und Problemlösen [...]“ (Häcker & Stapf, 2004, S. 488)

Der Begriff *Sammelname* legt bereits nahe, dass das Konstrukt der Kognition ein sehr heterogenes sein muss, sodass es zunächst einmal sinnvoll erscheint, in diese Aneinanderreihung von inhaltlichen Zuschreibungen eine gewisse Ordnung und Klarheit zu bringen. Im Rahmen ihres Meta-Konstrukt-Modells für eine allgemeine kognitive Herangehensweise in der Untersuchung von Psychopathologie geben Ingram und Kendall (1986) unter anderem eine hilfreiche Möglichkeit Kognitionen zu strukturieren und zu klassifizieren. Sie unterteilen dabei Kognitionen zunächst in Schemata, Operationen und Produkte, wobei die Schemata aus einer Kombination der Strukturen und Propositionen entstehen. Dieses soll anhand der Abbildung 1 im Folgenden näher erläutert werden.

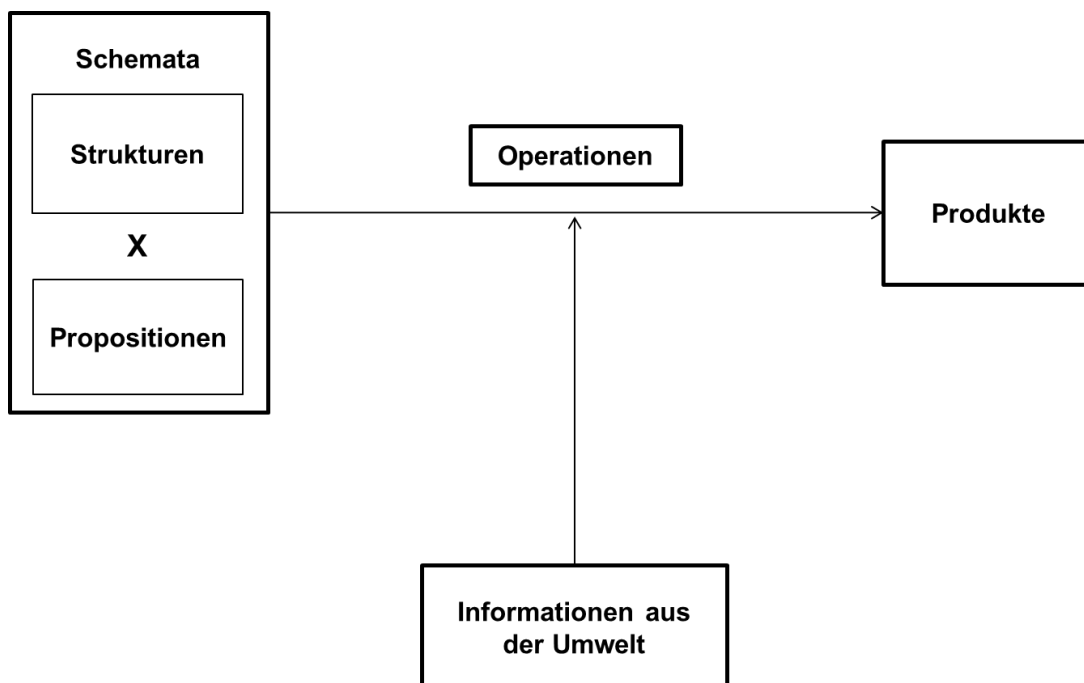


Abbildung 1. Taxonomie der Kognitionen und ihre Verbindungen untereinander nach Ingram & Kendall (1986).

Mit kognitiven *Strukturen* ist hier die Art des Abspeicherns und Organisierens von Informationen gemeint. Diese Strukturen bilden die „Architektur“ bzw. die Ordnung des Systems der Gedankeninhalte. Beispiele dafür sind das Kurz- und Langzeitgedächtnis, der sensorische oder ikonische Speicher, die neuronalen Netzwerke und die assoziativen Verbindungen. Ergänzend dazu stellen die kognitiven *Propositionen* die Inhalte der in den Strukturen abgespeicherten Informationen dar. Hier wird die Bedeutung, die aus den eingehenden Informationen innerhalb des Systems dekodiert wurde, abgespeichert. Das episodische bzw. das semantische Wissen oder auch abgespeicherte unbewusste Überzeugungen sind Beispiele dieser Inhalte. Die Interaktion dieser beiden bildet die Schemata ab. Die kognitiven *Operationen* bilden die Informationsverarbeitungsprozesse ab, die zwischen den einzelnen Komponenten des Modells stattfinden. Dazu gehören z.B. das Enkodieren und Abrufen von Informationen, die gezeigte Aufmerksamkeit oder die Geschwindigkeit der Informationsübertragung. Aus der Interaktion der eingehenden *Informationen aus der Umwelt* mit den Schemata und kognitiven Operationen entstehen als Ergebnis die sogenannten kognitiven *Produkte*. Anders als bei den vorherigen Modellbausteinen sind den Individuen diese Kognitionen, wie Attributionen, Entscheidungen, Wiedererkennung von Reizen, Gedanken oder zugängliche Überzeugungen, bewusst.

Für die vorliegende Untersuchung soll diese Taxonomie als definatorische Grundlage dienen, an der erneut sehr deutlich wird, dass das Konstrukt der Kognition ein sehr heterogenes ist und dadurch eine einheitliche Definition von *Kognition* nur schwer gegeben werden kann.

1.2.1.2 *Entwicklung der Kognition(en) im Kindes- und Jugendalter*

Neben dieser uneinheitlichen Definition unterliegen die Kognitionen im Kindes- und Jugendalter darüber hinaus noch zusätzlich entwicklungsbedingten, dynamischen Veränderungen, wodurch die Untersuchung von Kognitionen in diesem Altersbereich eine komplexe Herausforderung darstellt. Es ist demnach nicht nur erforderlich zu klären, was unter Kognitionen verstanden wird, sondern auch, ob diese Kognitionen in diesem Altersbereich so weit entwickelt sind, dass ihre Dysfunktionalität einen Risikofaktor für depressive Symptome darstellen könnte. Es ist nämlich nur sehr schwer vorstellbar, dass z.B. dysfunktionale Einstellungen das individuelle Leben beeinflussen können, bevor ein Kind in der Lage ist, Einstellungen konkret bilden zu können. Den erwähnten verschiedenen inhaltli-

chen Bedeutungen der Kognition folgend ist es wiederum schwierig, die eine Form der Entwicklung von der einen Form der Kognition zu beschreiben. Jede Art oder jeder Teilaspekt der Kognition folgt vielmehr einer eigenen Entwicklung. Es gilt demnach aufzuzeigen, wann die kognitiven Schemata, Operationen und Produkte im Kindes- und Jugendalter so weit entwickelt sind, dass man von einer ausreichenden kognitiven Reife für ein kognitives Vulnerabilitäts-Stress-Modell ausgehen kann.

Aus der Forschungsliteratur zum Thema kognitive Entwicklung im Kindes- und Jugendalter stellen der Informationsverarbeitungsansatz und der inhaltsbezogene Ansatz eine gute Grundlage dafür dar. In seinen Grundzügen lässt sich *der Informationsverarbeitungsansatz* gut auf die oben aufgestellte Strukturierung und Klassifizierung des Begriffs Kognition (kognitive Taxonomie im Meta-Konstrukt-Modell, Ingram & Kendall, 1986) übertragen. Es werden nämlich verschiedene Facetten der Kognition unterschieden und deren Entwicklung getrennt voneinander betrachtet. Die Gedächtniskapazität und die Arbeitsgeschwindigkeit bilden die kognitiven Strukturen ab, in denen das Gedächtnis und das Wissen (kognitive Propositionen) abgespeichert sind. Die Themen des Vergessens und des Erinnerns (Reminiszenz-Effekt, Brainerd et al., 1990), des impliziten und expliziten Gedächtnisses beziehen sich auf die kognitiven Operationen, mit denen das kognitive System arbeitet. Die kognitiven Produkte können ebenso mit dem Informationsverarbeitungsansatz in Verbindung gebracht werden. Denn durch die Interaktion der genannten im weitesten Sinne Informationsverarbeitungsprozesse und der sozialen Umwelt entstehen Einstellungen, Überzeugungen oder Handlungserklärungen, deren Entwicklung wiederum zentrale Themen des *inhaltsbezogenen Ansatzes* darstellen. Im Folgenden wird die Entwicklung der kognitiven Strukturen und Propositionen, der kognitiven Operationen und der kognitiven Produkte anhand des Kenntnisstandes des Informationsverarbeitungs- und inhaltsbezogenen Ansatzes beschrieben. Dabei soll auf den Altersbereich der vorliegenden Studie Bezug genommen und beurteilt werden, ob die kognitive Entwicklung bzw. Entwicklung der Kognitionen in diesem Altersbereich so weit fortgeschritten ist, dass es legitim wäre, die dysfunktionalen Kognitionen als Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung depressiver Symptome zu untersuchen.

Entwicklung der kognitiven Strukturen und Propositionen.

Im Rahmen des Informationsverarbeitungsansatzes zeigen sich in vielen Bereichen des sprachlichen Gedächtnisses deutliche Performanzsteigerungen von der Kindheit bis ins späte Jugendalter hinein, wobei die größten Leistungszuwächse vom späten Kindergarten- bis zum späten Grundschulalter auftreten (z.B. Schneider, 2000). Die Gedächtniskapazität und die davon nicht zu trennende Arbeitsgeschwindigkeit des Gedächtnisses bilden die kognitiven Strukturen als ordnendes Moment im Kognitionskonstrukt ab. Als Indikator für die Gedächtniskapazität wird oft die sogenannte Gedächtnisspanne herangezogen. Hierbei geht es darum, wie viele Einheiten eine Person behalten und dann wieder richtig wiedergeben kann. In der empirischen Forschungsliteratur zeigt sich eine stetige Zunahme derselben von der Kindheit bis ins Jugendalter, was auf neurologische Reifungsprozesse zurückgeführt wird. Es wird hierbei angenommen, dass die Myelinisierung der Nervenbahnen dabei eine bedeutende Rolle spielt. In diesem Zusammenhang wird oft die Frage nach der Invarianz der insgesamt zur Verfügung stehenden Verarbeitungskapazität über die Lebensspanne hinweg gestellt. Kann demnach angenommen werden, dass die Verarbeitungskapazität über die Entwicklung unverändert bleibt oder vergrößert werden kann. Für eine gesteigerte Kapazität bei gleichbleibenden strukturellen Gegebenheiten geben Case (1985, 1995) und Baddeley (1990) Erklärungen, welche die Arbeitsgeschwindigkeit in den Fokus stellen. Beide Forscher gehen davon aus, dass die stetige Zunahme der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit dazu führt, dass mehr „Speicherplatz“ zur Verfügung steht. Bezogen auf das wohl bekannteste Modell des Arbeitsgedächtnisses nach Baddeley (1990), das das Arbeitsgedächtnis in die zentrale Exekutive, den räumlich-visuellen Notizblock und die artikulatorische Schleife unterteilt, kann durch das schnellere mentale Repetieren die artikulatorische Schleife mehr fassen bzw. speichern. Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit als strukturelle Grundlage der dysfunktionalen Kognitionen befindet sich im Kindes- und Jugendalter demnach sowohl in ständiger Zunahme und Verbesserung als auch in ständiger Entwicklung und Veränderung. Dies wiederum könnte die Annahme erschweren, dass Kinder und Jugendliche für die Bildung von dysfunktionalen Kognitionen bereits die nötige kognitive Reife aufweisen.

Die Entwicklung von Gedächtnisinhalten, wie das episodische oder semantische Wissen als kognitive Propositionen, ist der Entwicklung der strukturellen Aspekte der Kognition in der Weise ähnlich, als dass alterskorrelierte Unterschiede deutlich werden. Im Wesentlichen zeigen sich mit steigendem Alter bessere Gedächtnisleistungen sowie ein An-

wachsen des episodischen und semantischen Wissens. Wie die Forschungsliteratur zu diesem Thema allerdings aufzeigt, ist der Unterschied zur kognitiv-strukturellen Entwicklung, dass dem Alter hierbei keine kausale Bedeutung beigemessen wird. Während mit dem Alter bestimmte Reifungsprozesse z.B. zu einer höheren Arbeitsgeschwindigkeit führen, ist es in diesem Fall die Erfahrung mit wissensbasierten Inhalten, die zu einer Weiterentwicklung führt (Björklund, 1987; Chi & Ceci, 1987). Das menschliche Wissen ist in mentalen Netzwerken organisiert, die durch Erfahrung mit neuen Aspekten in der Umwelt immer wieder erneuert werden. Das Inhaltswissen von Kindern gleicht zunächst einem einfachen mentalen Wörterbuch zu Objekten und Konzepten mit hierarchischer Struktur. Im Laufe der Zeit entwickeln sich durch die steigende Interaktion des Kindes mit der Umwelt (Erfahrung) mehr Knotenpunkte und Verbindungen zwischen den einzelnen mentalen Repräsentationen innerhalb des Netzwerks. Das Netzwerk bzw. das Wissensgeflecht wird nicht nur größer, sondern auch dichter und komplexer. Je enger das Geflecht also wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Aktivierung eines spezifischen Knotens benachbarte Bereiche zugänglich macht. Dem Vorwissen – hier der Dichte und Größe des Netzwerks – wird bei der Erklärung der obengenannten alterskorrelierten Unterschiede eine größere Bedeutung beigemessen als dem Alter an sich. Da man normalerweise davon ausgeht, dass Kinder mit dem Alter stetig mehr Erfahrungen mit ihrer Umwelt machen, bleibt auch hier die Frage der ausreichenden kognitiven Reife spannend.

Entwicklung der kognitiven Operationen.

Bei einer Analyse der nötigen kognitiven Reife von Kindern und Jugendlichen für die Untersuchung einer kognitiven Vulnerabilität sind die Entwicklungen der kognitiven Operationen, wie das Enkodieren und Abrufen von Informationen, von besonderer Bedeutung, da meist angenommen wird, dass dysfunktionale Kognitionen durch frühe Lernerfahrungen entstehen (z.B. Beck, 1967). Wenn diese Erfahrungen wegen der noch nicht vollständigen kognitiven Entwicklung nicht abgerufen werden können, dann fehlt für die genannten Theorien jegliche kognitive Grundlage in diesem Altersbereich. Hierbei soll es allerdings nicht um ein exaktes Zurückgreifen auf kognitive Repräsentation gehen, was nach der *Fuzzy-Trace-Theorie* (Reyna & Brainerd, 1995) beim Denken, Schlussfolgern oder Erinnern schon nicht gegeben ist. Der Sachverhalt wird eher wenig präzise mit Bezug auf die Bedeutung oder den Sinn erinnert. Ein in diesem Bereich interessanter Aspekt ist der sogenannte

Reminiszenz-Effekt (Brainerd et al., 1990). Dieser Effekt beschreibt, dass zunächst vergessene Informationen zu einem späteren Zeitpunkt wieder erinnert werden. Bezogen auf die Erfahrungen in der frühen Kindheit werden Erlebnisse mit den Eltern z.B. erst vergessen, dann aber womöglich durch ein kritisches Lebensereignis ausgelöst wieder erinnert. Zwischen 4 und 8 Jahren zeigen sich keine oder nur geringe Altersunterschiede. Ab dem späten Grundschulalter zeigen sich wiederum deutliche Anstiege in der Reminiszenzrate bis ins frühe Erwachsenenalter hinein. Demnach ist es möglich, dass Kinder im Grundschulalter frühe kognitionsbildende Erlebnisse abrufen können, woraus sich dysfunktionale Kognitionen entwickeln könnten. Ein anderer wichtiger Aspekt bei der Entwicklung der kognitiven Operationen betrifft die Entwicklung des impliziten Gedächtnisses. Während im expliziten Gedächtnis bewusst gelernt und wiederum bewusst und direkt abgefragt wird, geht es im impliziten Gedächtnis eher um Nachwirkungen von Erfahrungen, derer man sich nicht bewusst ist und die nur indirekt erfasst werden können. In der Forschungsliteratur wird bereits bei dreijährigen Kindern von ersten impliziten Lernerfahrungen berichtet (Parkin & Streete, 1988). Es zeigt sich, dass das implizite Gedächtnis in einem weitaus geringeren Maße von alterskorrelierten Faktoren beeinflusst wird als das explizite Gedächtnis (Anooshian, 1997). Schließlich wären Kinder und Jugendliche demnach kognitiv in der Lage, sowohl bewusst als auch unbewusst kognitionsbildende Erfahrungen zu erinnern.

Nach dem Informationsverarbeitungsansatz kann man davon ausgehen, dass zwar die kognitiven Strukturen (Gedächtniskapazität, Arbeitsgeschwindigkeit) und die kognitiven Propositionen (semantisches und episodisches Wissen) bei Kindern ab dem späten Grundschulalter noch Entwicklungen und Verbesserungen unterliegen, aber die kognitiven Operationen (Erinnern, implizites Gedächtnis) bei Kindern so weit entwickelt sind, dass diese als mögliche kognitive Risikofaktoren für depressive Symptome analysiert werden könnten.

Entwicklung der kognitiven Produkte.

Der Fokus des inhaltsbezogenen Ansatzes innerhalb der kognitiven Entwicklungstheorien verlagert sich vom Individuum auf die Ergebnisse aus der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Das Forschungsgebiet der sozialen Kognition beschäftigt sich mit dieser Interaktion und beschreibt, wie Menschen soziale Informationen wahrnehmen, interpretieren und im Gedächtnis behalten. Nach Flavell (1977) bezieht sich die soziale

Kognition auf die innerpsychischen Prozesse des Gegenübers. Es geht demnach unter anderem um das Verstehen von Absichten, Einstellungen, Gefühlen, Überzeugungen, Eigenschaften und Gedanken. In der Untersuchung der dysfunktionalen Kognitionen ist dies von besonderer Bedeutung, da die kognitiven Produkte, wie Einstellungen oder Attributionen (Abramson et al., 1989) unter anderem auch durch die Wahrnehmung von salienten anderen Personen und ihren Überzeugungen, Einstellungen oder Gedanken entstehen. Durch die Zuschreibung bestimmter Gedanken und Absichten wird ebenfalls die psychologische Qualität von Beziehungen zwischen dem Individuum und der anderen Person beeinflusst, wodurch wiederum dysfunktionale Kognitionen entstehen können.

Demzufolge ist es ebenfalls von großer Bedeutung, die Entwicklung der sozialen Kognition bei Kindern und Jugendlichen zu verstehen, um beurteilen zu können, ob diese die kognitive Reife besitzen, die für die Untersuchung der dysfunktionalen Kognitionen als Risikofaktor für Depression notwendig ist. Für die Entwicklung der sozialen Kognition existieren viele verschiedene theoretische Ansätze. Im Folgenden sollen die Entwicklung der Perspektivenübernahme und die Entwicklung der Handlungserklärungen bzw. Kontrollüberzeugungen näher dargestellt werden, da an diesen sehr gut die Zusammenhänge mit den dysfunktionalen Kognitionen festgemacht werden können.

Durch die Entwicklung der Perspektivenübernahme wird ein Kind dazu befähigt, psychische Zustände und Prozesse, wie Denken, Fühlen und Wollen, einer anderen Person zu verstehen. Zunächst wird die Situationsgebundenheit des Handelns der anderen Person erkannt. Daraufhin werden Schlussfolgerungen über das Denken und Fühlen, der anderen Personen gezogen. Nach Flavell und Kollegen (1968) kann die Entwicklung der Perspektivenübernahme in folgenden vier Schritten beschrieben werden. Sie beginnt damit, dass Unterschiede in der sozialen Perspektive wahrgenommen werden. Allerdings ist diese Wahrnehmung noch in der Weise diffus, als dass nur die Unterschiede anerkannt werden, jedoch nicht angegeben werden kann, um welches Denken, Fühlen oder Wollen es sich handelt. Die Erkenntnis der Unterschiedlichkeit bewirkt das Bedürfnis, die sozialen Unterschiede näher zu untersuchen. Dafür werden dann die benötigten analytischen Fertigkeiten und Fähigkeiten entwickelt. Im letzten Schritt der Entwicklung werden schließlich Fähigkeiten erworben, die dabei helfen, das neue Verständnis der sozialen Perspektive planvoll in der sozialen Interaktion einsetzen zu können. Von der Kindheit bis zum Jugendalter geht man dabei von einer realitätsgerechteren Erfassung der Hintergründe des Handelns anderer aus. Die größten Fortschritte in der Entwicklung der kognitiven Perspektivenübernahme, also

beim Erschließen des Denkens im Rahmen einer bestimmten Situation, werden dabei im Grundschulalter beobachtet. Ab diesem Altersbereich wären Kinder und Jugendliche demnach kognitiv in der Lage, sich überhaupt Vorstellungen über die Gedanken und Absichten anderer Personen zu machen, die eigene Einstellungen oder Überzeugungen gegebenenfalls beeinflussen könnten.

Bei der Entwicklung von Handlungserklärungen und Kontrollüberzeugungen geht es im Allgemeinen um die Ursachenzuschreibung (Attribution) von beobachteten Ereignissen. Nach dem Kovariationsprinzip von Kelley (1973) wird die Ursache eines beobachteten Verhaltens jener Bedingung zugeschrieben, mit der es über die Zeit gemeinsam variiert. Die Entscheidung, ob das Verhalten innerhalb (internal) oder außerhalb (external) der Person liegenden Faktoren zugeschrieben werden kann, ist abhängig von den drei mit der Zeit kovariierenden Merkmalen Distinktheit, Konsens und Konsistenz des Verhaltens. Dies soll an einem Beispiel deutlich gemacht werden. Das beobachtete Verhalten sei eine Situation, in der sich Person A Person B gegenüber abweisend verhält. Person B macht sich nun Gedanken, woran dies liegen könnte. Liegt der Grund an ihr selbst, also internal, oder hat Person A einen schlechten Tag und es liegt an ihr (external)? Für die endgültige Entscheidung helfen Informationen darüber, ob Person A sich auch anderen gegenüber abweisend verhält oder nur Person B gegenüber (Distinktheit), ob sich andere Personen Person B gegenüber abweisend verhalten (Konsens) und ob sich Person A sonst auch abweisend gegenüber Person B verhält (Konsistenz). Verhält sich Person A nur Person B gegenüber abweisend, verhalten sich auch andere Personen Person B gegenüber abweisend und verhält sich Person A sonst immer abweisend gegenüber Person B, so müsste Person B das von ihm beobachtete Verhalten internal attribuieren. Schuster und Kollegen (1998) konnten in ihrer Untersuchung zum Verständnis der verschiedenen Zuschreibungen herausstellen, dass es Kindergartenkindern noch nicht gelingt, zwischen internal und external zu entscheiden. Erst mit zunehmendem Alter wird dies möglich. Bei Variationen weiterer Bedingungen wird es immer komplexer und erst Collegestudierende sind in der Lage, das Kovariationsprinzip richtig anzuwenden. Das Bilden von Attributionen als kognitives Produkt befindet sich im Kindes- und Jugendalter demnach noch in der Entwicklungsphase, sodass nicht eindeutig auf die vorhandene kognitive Reife geschlossen werden kann und somit bei der Analyse dieser Kognitionen mit verzerrten Ergebnissen hinsichtlich der Bedeutung der dysfunktionalen Kognitionen für die Entwicklung von depressiven Symptomen zu rechnen ist (Weitlauf & Cole, 2012).

Abschließend lässt sich zur kognitiven Entwicklung zusammenfassen, dass bei Kindern und Jugendlichen einerseits noch einige kognitive Veränderungen und Verbesserungen (Gedächtniskapazität, Arbeitsgeschwindigkeit, Handlungserklärungen), andererseits aber auch bereits einschlägige kognitive Fähigkeiten (Reminiszenz-Effekt, implizites Gedächtnis, Perspektivenübernahme) zu finden sind. Die Frage nach der kognitiven Reife für ein kognitives Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die Entwicklung von depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter kann, wie das Konstrukt der Kognition selbst, nicht einheitlich beantwortet werden und bleibt demnach weiterhin spannend und untersuchungswürdig. Je nach ausgewählter Facette der Kognition existieren Hinweise darauf, dass eine ausreichende kognitive Reife erwartet werden kann, um dysfunktionale Kognitionen als Risikofaktoren für Depression zu untersuchen.

1.2.2 Von der Kognition zur dysfunktionalen Kognition – Ursprünge der dysfunktionalen Kognitionen

Im selben Maße heterogen wie das Konstrukt der Kognition und dessen Entwicklung ist auch die Bedeutung von dysfunktionalen Kognitionen, da es, wie im vorherigen Abschnitt (1.2.1) beschrieben, viele Ansatzpunkte gibt, an denen eine Störung bzw. eine Dysfunktion der Kognition entstehen kann. Es stellt sich die Frage, wie und wann die oben genannten vielseitigen Kognitionen dysfunktional werden. An dieser Stelle soll unbedingt betont werden, dass es dabei nicht um die philosophische Diskussion darüber gehen soll, warum oder wann ein Mensch mit seinen Gedanken funktionieren soll, muss oder darf. Hierbei geht es tatsächlich darum, dass gewisse Kognitionen, die man sich auf irgendeine Art und Weise angeeignet hat, das eigene Leben so beeinträchtigen, dass es zu depressiven Symptomen kommen kann. Dies soll an einem Gedankenexperiment illustriert werden. Kognitionen helfen, das Leben zu strukturieren und es dadurch einfacher zu gestalten. Eine Person verfügt über ein bestimmtes Schema einer bevorstehenden Situation und braucht keine weiteren Mühen aufbringen, darüber nachzudenken. Wenn dann alles erwartungsgemäß abläuft, dürfte alles in Ordnung sein. Ein Problem bergen festgelegte Kognitionen dann, wenn diese Denkstrukturen so starr und unflexibel sind, dass man sie auch bei Eintreten des Gegenteils nicht verändern kann. Diese Diskrepanz löst bei den Personen ein solch großes Unbehagen aus, dass die bisherige Lebensweise nicht mehr funktioniert. Die Kognition wird somit nicht mehr funktional, sie stört und beeinträchtigt das Leben (Beck, 1967).

Alle Menschen besitzen unterschiedlich viele Kognitionen, die für ihr eigenes Leben nicht funktional sind. Ob und wann sie weitere Konsequenzen nach sich ziehen, hängt von mehreren Faktoren ab, auf die im Weiteren der Arbeit eingegangen wird. An dieser Stelle soll zunächst geklärt werden, wie diese dysfunktionalen Kognitionen entstehen, die wiederum eine kognitive Vulnerabilität für Depression darstellen.

Ein Blick in die Forschungsliteratur zu diesem Thema zeigt, dass hier wiederum von vielen Faktoren ausgegangen wird, die zu der Entwicklung von dysfunktionalen Kognitionen führen können. Beck (1967, 1996) postuliert zwar, dass die dysfunktionalen Kognitionen in der frühen Kindheit erworben werden, äußert sich allerdings nicht weiter dazu. Wie auch die Depression multideterminiert ist, scheinen auch die Ursprünge der dysfunktionalen Kognitionen aus vielen verschiedenen Facetten zu bestehen (Hankin et al., 2009b; Ingram, 2001). In der Literatur lassen sich die möglichen Quellen dysfunktionaler Kognitionen in eine genetisch-biologische (1.2.2.1), eine soziale (1.2.2.2) und eine kognitive Quelle (1.2.2.3) unterscheiden, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden. Diese Unterscheidung erinnert an das biopsychosoziale Modell der Depression.

1.2.2.1 Genetisch-Biologischer Ursprung dysfunktionaler Kognitionen

In ihrem Review über entwicklungsbezogene Ursprünge der kognitiven Vulnerabilität für Depression geben Hankin und Kollegen (2009b) einen Überblick über die genetischen Hintergründe der kognitiven Vulnerabilität für Depression. Aus diesem geht hervor, dass die distalen ätiologischen genetischen Risikofaktoren über den Endophänotyp der kognitiven Vulnerabilität zu dem Phänotyp der Depression führen.

Im Rahmen von Verhaltensstudien konnte im Querschnitt eine Heritabilität von .35 bis .47 für den Zusammenhang von Attributionsstil als dysfunktionale Kognition und Depression bei monozygotischen Zwillingen gezeigt werden (Lau et al., 2006). Im Längsschnitt konnten diese Autoren eine mittlere Heritabilität von .40 bis .42 zeigen und damit deutlich machen, dass die interindividuellen Unterschiede im Attributionsstil zu einem gewissen Teil auf eine genetische Prädisposition zurückgeführt werden können (Lau & Eley, 2008). Demnach kann man von einem moderaten Zusammenhang zwischen genetischen Faktoren und dem Attributionsstil ausgehen. Auch auf der Ebene von einzelnen Genen und ihren Allelen konnten Zusammenhänge gefunden werden. So gilt insbesondere das s-Allel

des funktionellen Serotonin Transporter Polymorphismus (5-HTTLPR) als großer genetischer Einfluss auf die Tendenz zur Bildung von dysfunktionalen Attributionen eines Ereignisses (Hayden et al., 2008; Sheikh et al., 2008). Doch bei der Interpretation dieser Zusammenhangsstudien ist Vorsicht geboten, da die meisten dieser Studien eher geringe Stichprobengrößen aufweisen und Replikationsstudien noch ausstehen.

Weiterhin wird im Review von Hankin und Kollegen (2009b) die Rolle einiger Aspekte des Temperaments diskutiert. Neben einem direkten Einfluss von negativer und positiver Emotionalität und der Aufmerksamkeitskontrolle auf die Entwicklung depressiver Symptome (Davies & Windle, 2001; Wetter & Hankin, 2009) wird auch ein indirekter Einfluss über die kognitive Vulnerabilität angenommen. Am Beispiel der negativen Emotionalität lässt sich das gut beschreiben. Das Konzept der negativen Emotionalität beinhaltet die stärkere Neigung dazu, mehr intensive Gefühle des Unbehagens zu erfahren und dadurch leichter auf Lebensereignisse mit Stress zu reagieren. Die Annahme besteht hierbei darin, dass Kinder, deren Temperament hohe Werte in negativer Emotionalität aufweist, eine größere emotionale Reaktivität auf negative Lebensereignisse zeigen und dadurch mit einer größeren Wahrscheinlichkeit negative kognitive Stile entwickeln. In ihrer Längsschnittstudie konnten Mezulis und Kolleginnen (2006) einen Moderationseffekt der Temperamentsdimension auf den Zusammenhang von negativen Lebensereignissen und negativem kognitiven Stil zeigen. Je höher die Werte in dieser Temperamentsdimension waren, desto wahrscheinlicher war die Entwicklung von negativen Kognitionen, wenn ein kritisches Lebensereignis eingetreten war.

1.2.2.2 Sozialer Ursprung dysfunktionaler Kognitionen

Auch bei der Entwicklung von dysfunktionalen Kognitionen bzw. von einer kognitiven Vulnerabilität für Depression spielt die Anlage-Umwelt-Interaktion eine bedeutende Rolle. Im folgenden Abschnitt soll nun vor allem auf interpersonale und Umweltfaktoren eingegangen werden, die die Entstehung dysfunktionaler Kognitionen bedingen.

Bei den interpersonalen Faktoren sind besonders die Beziehungen des sich entwickelnden Individuums zu den Eltern und Peers hervorzuheben. Die ersten Bezugspersonen, die ein Kind erlebt, sind meistens die Eltern, sodass die Eltern-Kind-Interaktion zunächst einen sehr großen Einfluss auf die kognitive Entwicklung des Kindes hat. Gut belegt sind

die Folgen bestimmter Erziehungsstile auf die Entwicklung der Kinder. In der Literatur wird ein generell negativer Erziehungsstil, geprägt durch ein hohes Ausmaß an Kritik, Perfektionismus, Ablehnung und psychologischer Kontrolle und durch ein geringes Ausmaß an Wärme und Akzeptanz, als Risikofaktor für kognitive Vulnerabilität für Depression diskutiert (Bruce et al., 2006; Garber & Flynn, 2001; Liu, 2003; Randolph & Dykman, 1998; Rudolph et al., 2001). Während Alloy und Kollegen (2001) den Einfluss eines negativen Erziehungsstils lediglich für die Rolle des Vaters, aber nicht für die der Mutter bestätigen konnten, konnten Hankin und Kollegen (2009a, zitiert nach Hankin et al., 2009b) diesen angenommenen Einfluss in ihrer Beobachtungsstudie nicht bestätigen. In ihrem Review (2009b) weisen Hankin und Kollegen darauf hin, dass eher explizitere Kommunikationsstrukturen für den Einfluss auf die Entwicklung der kognitiven Vulnerabilität verantwortlich sind. Hierbei stehen sich zwei Annahmen ergänzend gegenüber. Die Modell-Hypothese nimmt an, dass die Kinder ereignisbezogene negative Kognitionen der Eltern modellhaft übernehmen. Vor allem der kognitive Stil der Mutter, die üblicherweise die primäre Bezugsperson ist, scheint von besonderer Bedeutung (Alloy et al., 2006a; Garber & Flynn, 2001). Die Feedback-Hypothese auf der anderen Seite nimmt an, dass die Kinder die negativen (stabil und global bei negativen Ereignissen) Attributionen internalisieren, die die Eltern bezüglich des Verhaltens der Kinder zeigen. In ihrer Längsschnittstudie zu entwicklungsbezogenen Ursprüngen der kognitiven Vulnerabilität für Depression beschäftigten sich Mezulis und ihre Kolleginnen (2006) unter anderem mit diesem Thema. Sie konnten zeigen, dass die beobachtete negative Attribution des Versagens in einer Matheaufgabe durch die Mutter einen großen Einfluss auf die Entwicklung der kognitiven Vulnerabilität des Kindes hat. Für die Attributionen des Vaters konnten sie nur wenig Evidenz finden.

In der Phase der Adoleszenz werden die Beziehungen zu Gleichaltrigen für die Jugendlichen immer wichtiger, sodass auch in diesem Rahmen Risikofaktoren hinsichtlich Stabilisierung oder auch Verschärfung der kognitiven Vulnerabilität zu finden sein können. Neben ersten empirischen Hinweisen fehlen jedoch auch hier noch ausreichende empirische Belege. So gibt es Hinweise darauf, dass sowohl die Viktimisierung durch Gleichaltrige (Mezulis et al., 2006; Gibb et al., 2004) als auch andere interpersonale Verhaltensprobleme (Whisman & Friedman, 1998) einen starken Zusammenhang mit kognitiver Vulnerabilität aufweisen.

Zusätzlich zu den interpersonalen Faktoren sind bei der Entwicklung von kognitiver Vulnerabilität Umweltfaktoren nicht zu vernachlässigen. Akute kritische Lebensereignisse wie auch chronische stresserzeugende Situationen gehören zu diesen Faktoren (Garber &

Flynn, 2001). Um die Effekte von Stress auf die mögliche kognitive Vulnerabilität besser zu verstehen, unterscheidet Ingram (2001) drei unterschiedliche Kategorien von Stress. Zunächst beschreibt er akute kritische Lebensereignisse, wie z.B. einen Autounfall, als zufällige Stressereignisse. Diese werden durch unkontrollierbare externe Faktoren verursacht, sodass sie demnach unabhängig von den persönlichen und familiären Situationen der Kinder auftreten. Diese Unabhängigkeit ist bei der zweiten Kategorie von Stress genau nicht gegeben. Solche familienabhängigen Stressereignisse beinhalten meist schwierige Situationen der Eltern-Kind-Interaktionen und andere familiäre Ereignisse, wie z.B. die Scheidung der Eltern, die die Entwicklung von Selbstschemata der Kinder und Jugendlichen beeinflussen können. So konnten Rudolph und Kolleginnen (2001) z.B. zeigen, dass der Verlust eines Elternteils durch Trennung oder Tod zu einer geringeren schulischen Kontrollüberzeugung und zu erhöhten Hilflosigkeitsgedanken im schulischen und sozialen Bereich bei Kindern der 5. und 6. Klassen führt. Die dritte Kategorie, die Ingram (2001) beschreibt, ist die der Stressgenerierung. Dahinter steckt die Idee, dass für Depressivität anfällige Individuen den Stress, dem sie begegnen, selbst hervorrufen. Bezogen auf die kognitive Vulnerabilität könnte man davon ausgehen, dass Kinder mit sich entwickelndem dysfunktionalem Selbstbild in Situationen geraten, die dieses dysfunktionale Selbstbild bestätigen und dadurch bestärken. Ingram (2001) gibt hier das Beispiel eines Kindes, das zu Hause Zurückweisung erlebt und womöglich eine ähnliche Zurückweisung von den Mitschülerinnen und Mitschülern erwartet. Aus dieser Erwartung heraus zieht sich das Kind von selbst aus dem sozialen Geschehen in der Schule zurück, wodurch es allerdings genau die Zurückweisung erlebt, der es eigentlich entgehen wollte. Hierbei erlebt das Kind also nicht nur den Stress einer Zurückweisung durch Gleichaltrige, sondern auch die Bestätigung und Verstärkung seines dysfunktionalen Selbstbildes.

Von den drei genannten Kategorien von Stress sieht Ingram (2001) die letzten beiden, familienabhängiger Stress und Stressgenerierung, als diejenigen Kategorien an, die den größten Effekt auf die Entwicklung und Verstärkung kognitiver Vulnerabilität haben. Ergänzend schließen Mezulis und Kolleginnen (2006) aus ihrem Längsschnitt, dass negative Lebensereignisse gerade in der Interaktion mit den zuvor beschriebenen genetisch-biologischen und sozialen Risikofaktoren einen starken Effekt auf die Entwicklung von kognitiver Vulnerabilität haben.

1.2.2.3 *Kognitiver Ursprung dysfunktionaler Kognitionen*

Anhand des kognitiven Ursprungs dysfunktionaler Kognitionen wird sehr gut deutlich, wie eng verstrickt die verschiedenen Ursprünge sind und nur in Interaktion zu der Entstehung dysfunktionaler Kognitionen bzw. zu der Entstehung kognitiver Vulnerabilität führen. Abe-la und Hankin (2008) weisen als möglichen Ursprung auf die normativen Veränderungen in der kognitiven Entwicklung von der Kindheit zum Jugendalter hin. Dabei beziehen sie sich auf Elkind's (1967, 1978) Hypothesen des jugendlichen Egozentrismus, der auf ein Anwachsen der Selbstbewusstheit zurückgeführt wird. Ist die jugendliche Person eher kritisch mit sich selbst, so wird das „imaginäre Publikum“ ebenfalls kritisch sein. Sie wird sich regelmäßig unter Kritik bewertet sehen und somit eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, ein nicht nur kritisches Selbstbild, sondern negative (dysfunktionale) Kognitionen über sich zu entwickeln. Demnach wird der Einfluss dieser normativen kognitiven Veränderung erst zu einem möglichen Ursprung für dysfunktionale Kognitionen, wenn die Erfahrungen mit dem „reellen Publikum“, wie den Peers oder anderen salienten Personen, die erwartete Kritik bestätigen. Die in der Adoleszenz angestiegene Selbstbewusstheit (kognitiver Ursprung) benötigt Erfahrungen mit der Umwelt (sozialer Ursprung), um die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung dysfunktionaler Kognitionen zu erhöhen.

Bei der Untersuchung von Kindern zwischen 8 und 12 Jahren konnten Taylor und Ingram (1999) zeigen, dass bereits auf einer basaleren kognitiven Ebene im Rahmen des Informationsverarbeitungsprozesses ein kognitiver Ursprung für die kognitive Vulnerabilität festgemacht werden kann. Kinder depressiver Mütter konnten weniger positive Selbstbeschreibungen finden, nachdem sie sich selbst mit einem mit traurigen Ereignis konfrontieren mussten, als nachdem sie von für sie affektiv neutralen Ereignissen berichten sollten. Im Vergleich dazu zeigten Kinder nichtdepressiver Mütter, dass sie in beiden Situationen eine gleichbleibende Anzahl von Selbstbeschreibungen fanden. Die stärkere kognitive Reaktion auf negative Reize als möglicher kognitiver Ursprung benötigt demnach ebenso eine Umwelt mit eben diesen negativen Reizen, damit dysfunktionale Kognitionen entwickelt werden können.

An der Entstehung dysfunktionaler Kognitionen sind folglich biologische, soziale und kognitive Faktoren beteiligt. Es wäre sinnvoll, bei der weiteren Untersuchung der Ursprünge der kognitiven Vulnerabilität ein Gesamtmodell zu überprüfen, das die unterschiedlichen

Determinanten integriert (Hankin et al., 2009b; Ingram, 2001; Ingram, 2003; Mezulis et al., 2006).

1.2.3 Dysfunktionale Einstellungen als dysfunktionale Kognition der Theorie der Depression nach Beck

Ähnlich wie auch nicht von *der einen* Kognition ausgegangen werden kann, ist es nicht möglich, von *der einen* dysfunktionalen Kognition zu auszugehen. Je nach dem Definitionsmodell der Kognition versteht man etwas anderes unter dysfunktionaler Kognition oder kognitiver Dysfunktion. Beide Begrifflichkeiten werden oft synonym verwendet, was im Grunde nicht zulässig ist. In Anlehnung an das Klassifikationsmodell der Kognition im Rahmen des Meta-Konstrukt-Modells (Ingram & Kendall, 1986) unterscheiden diese Begrifflichkeiten schon im Wortlaut, ob es sich um einen strukturellen Aspekt oder inhaltlichen Aspekt (Produkt) der Kognition handelt. Spricht man demnach von kognitiven Dysfunktionen, sollten damit z.B. etwa Störungen der Aufmerksamkeit oder Informationsverarbeitung gemeint sein. Dysfunktionale Kognitionen hingegen beschreiben eher den inhaltlichen Aspekt, dass die Kognition, die man besitzt, nicht funktional, also nicht hilfreich ist.

Eine interessante Verschmelzung dieser beiden Konstrukte findet sich in den dysfunktionalen Einstellungen nach Beck (1967, 1987) wieder, die für die Analysen der vorliegenden Untersuchung als Indikator dysfunktionaler Kognitionen genutzt werden sollen. Im Folgenden werden die dysfunktionalen Einstellungen zunächst näher erläutert (1.2.3.1), um schließlich auf deren entwicklungsbedingtes Auftreten (1.2.3.2) und Verlauf einzugehen (1.2.3.3).

1.2.3.1 Dysfunktionale Einstellungen – eine Definition

Für eine erste Einordnung der dysfunktionalen Einstellungen sollte zunächst geklärt werden, ob die dysfunktionalen Einstellungen der oben genannten Unterscheidung nach eher kognitive Dysfunktionen oder dysfunktionale Kognitionen darstellen. Grundlage der kognitiven Theorie der Depression nach Beck (1967, 1987) bilden sogenannte maladaptive Schemata, sodass Ingram und Kendall (1986) die dysfunktionalen kognitiven Schemata

dem strukturell-propositorischen Bereich der Kognition zuweisen würden, da sie gleichzeitig sowohl die strukturelle Organisation des Denkens (Abspeichern und Organisation von Informationen) als auch den Inhalt des Denkens (abgespeicherte unbewusste Überzeugungen) abbilden. Die von Beck postulierten dysfunktionalen Schemata wären nach der Unterscheidung aus der Einführung dieses Abschnittes eine kognitive Dysfunktion. Diese Schemata sind zwar nicht bewusst zugänglich, aber organisiert in einer Ansammlung von dysfunktionalen Einstellungen. Diese bilden die bewusst zugänglichen Indikatoren der maladaptiven Schemata und wären somit kognitive Produkte im Sinne von Ingram und Kendall (1986). Demnach kann man bei den dysfunktionalen Einstellungen ebenso von dysfunktionalen Kognitionen sprechen.

In der vorliegenden Untersuchung werden die dysfunktionalen Einstellungen als dysfunktionale Kognitionen angesehen. Folglich soll es hierbei um die kognitiven Inhalte gehen, die Personen daran hindern, funktional mit den Erfahrungen aus der Umwelt umzugehen. Zusammenfassend lassen sich dysfunktionale Einstellungen als Inhalte maladaptiver Selbstschemata beschreiben, in denen die Themen Verlust, Unzulänglichkeit, Misserfolg und Wertlosigkeit vorherrschend sind. Aus diesen Themen wiederum spezifiziert Beck (1987) zwei Modi hinsichtlich der dominanten Inhalte der individuellen dysfunktionalen Einstellungen. Es werden die Aspekte der Soziotropie und Autonomie unterschieden. Personen, die großen Wert auf positive Interaktionen mit anderen Menschen legen und ihren Fokus damit auf soziale Beziehungen, Intimität, Akzeptanz und Unterstützung von anderen setzen, würden dem interpersonalen Modus, der Soziotropie, zugeordnet werden. Hierbei besitzt das Individuum negativ verzerrte Schemata darüber, wie soziale Beziehungen oder Akzeptanz von anderen erreicht werden, und hat dementsprechende dysfunktionale Einstellungen, wie „Ich muss immer zu allen nett sein, um von anderen gemocht zu werden“. Personen, die ihrerseits ihre Unabhängigkeit, Freiheit und ihre Leistung bzw. ihren Erfolg überbewerten, würden dem Erfolgsmodus, der Autonomie, zugeordnet werden. Das Individuum verfügt hierbei über verzerrte Selbstschemata darüber, was und wie es etwas leisten oder beweisen muss, um ein wertvoller Mensch zu sein. Entsprechende dysfunktionale Einstellungen würden in der Art entwickelt werden, dass es bei allem, was es tut, perfekt sein muss, um ein wertvoller Mensch zu sein.

1.2.3.2 Entwicklungsbedingtes Auftreten dysfunktionaler Einstellungen

Woher diese kognitiv verzerrten Schemata oder dysfunktionalen Kognitionen stammen könnten, wurde bereits im vorherigen Abschnitt (1.2.2) beschrieben. Ein anderer ebenfalls wichtiger Punkt ist die Frage danach, in welchem Altersbereich die Auswirkungen der dysfunktionalen Einstellungen auf das individuelle Verhalten deutlich werden können. In der Beschreibung der allgemeinen Entwicklung von Kognitionen wurde herausgestellt, dass diese ab dem späten Grundschulalter einerseits noch sehr von strukturellen Veränderungen und Verbesserungen geprägt ist (Gedächtniskapazität, Arbeitsgeschwindigkeit, Handlungserklärungen), andererseits jedoch ebenfalls einschlägige kognitive Fähigkeiten aufweist (Reminiszenz-Effekt, implizites Gedächtnis, Perspektivenübernahme). Neben der kognitiven Reife spielen in der Entwicklung von dysfunktionalen Einstellungen allerdings auch frühe Erfahrungen mit der nächsten Umwelt eine bedeutende Rolle. Gerade Beck (1967) postuliert den Ursprung der maladaptiven Schemata in der Lernerfahrung innerhalb der Familie. Demnach braucht das Individuum ja auch erst einmal ausreichend Zeit, um bestimmte Dinge zu erfahren, zu lernen und in Schemata umzuwandeln. Man könnte davon ausgehen, dass Kinder im Gegensatz zu Jugendlichen und Erwachsenen weniger Zeit für solche Erfahrungen hatten. Dazu passt das Ergebnis aus dem Review über kognitive Vulnerabilität für Depression im Kindes- und Jugendalter von Lakdawalla und Kollegen (2007), dass über die analysierten Studien hinweg zwar die Hypothese der kognitiven Vulnerabilität für Depression durch dysfunktionale Kognitionen für das Kindes- und Jugendalter unterstützt werden kann, jedoch für Jugendliche größere Effektstärken berichtet werden als für Kinder.

Mit der Frage danach, ab welchem Alter sich dysfunktionale Einstellungen und ihre Einflüsse auf die Entwicklung depressiver Symptome abbilden lassen, beschäftigen sich eher wenige Studien. Daher werden hierfür auch Ergebnisse mit anderen dysfunktionalen Kognitionen herangezogen. Cole und Kollegen (2008) haben sich in ihrer Längsschnittstudie mit ca. 500 Kindern und Jugendlichen von der 2. bis 9. Klasse mit den Attributionsmustern als dysfunktionale Kognitionen beschäftigt. Aus einer querschnittlichen Analyse der Attributionsmuster schließen die Autoren, dass die Attributionen negativer Ereignisse schon bei siebenjährigen Kindern konsistent zu finden sind. Es gibt demnach bereits ein Verständnis für das Konstrukt der Ursachenzuschreibung. Längsschnittlich gesehen verändern sich jedoch die Muster im Laufe der Entwicklung und werden stabiler. Schließlich finden die Autoren erst im Alter von 14 oder 15 Jahren, dass ein negativer Attributionsstil

mit negativen Lebensereignissen interagiert und dadurch zur Entwicklung depressiver Symptome führt. Über die Entwicklung bzw. den Verlauf der dysfunktionalen Einstellungen existieren hingegen kaum Studien. Allerdings konnten D'Alessandro und Burton (2006) in ihrer längsschnittlich angelegten Studie mit 241 Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 14 Jahren nachweisen, dass die Wirkung der dysfunktionalen Einstellungen erst mit 11 Jahren abbildbar ist. Die Autoren teilten die Stichprobe hierfür bei einem Alter von 11 Jahren und 5 Monaten, wobei sie sich an möglichst gleichgroßen Gruppengrößen sowie an den kognitiven Entwicklungsstufen von Piaget (1954, 1972) orientiert haben, der bei ungefähr 11 und 12 Jahren den Beginn der formal-operativen Denkweise sieht. Der Vergleich dieser beiden Altersgruppen zeigte, dass die Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und dem normativen kritischen Lebensereignis der Zeugnisübergabe lediglich in der älteren Altersgruppe zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Erhöhung der depressiven Symptome führte. D'Alessandro und Burton (2006) schließen daraus, dass die kognitive Theorie der Depression nach Beck (1967) erst bei Kindern ab 11 Jahren als ätiologisches Konzept angenommen werden kann.

1.2.3.3 Verlauf der dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit

Ein anderer bedeutender und mit der Entwicklung verbundener Aspekt zur Beschreibung der Wirkzusammenhänge von dysfunktionalen Einstellungen und Depression betrifft die Veränderung bzw. die Stabilität der kognitiven Muster über einen längeren Zeitraum hinweg. Es ist die Frage nach der dysfunktionalen Einstellung als überdauernde Eigenschaft (Trait) oder als stimmungsabhängiger Zustand (State). Die kognitiven Strukturen der Kinder und Jugendlichen befinden sich noch in der Phase der Entwicklung, sodass man davon ausgehen könnte, dass die Art der Informationsverarbeitung, Einstellungen und Urteile im ständigen Wandel sind. Allerdings konnte bisher noch nicht eindeutig geklärt werden, ob dysfunktionale Kognitionen Ursache, Begleiterscheinung oder Konsequenz von Depressionen sind, wodurch die Frage nach der Stabilität noch komplizierter wird. Es scheint schwierig zu klären, ob eine Variabilität von dysfunktionalen Kognitionen den noch nicht ausgereiften kognitiven Entwicklungsstand zeigt oder ob sie ein Hinweis darauf ist, dass sie als Begleiterscheinung der Depression gesehen werden kann.

In der Forschungsliteratur für Erwachsene findet man schon eine über längere Zeit andauernde Diskussion darüber, ob dysfunktionale Kognitionen über die Zeit stabil bleiben

und somit eine persönliche Eigenschaft (Trait) darstellen oder ob diese eher einem stimmungabhängigen Zustand (State) abbilden. Gemäß der kognitiven Theorie der Depression nach Beck (1967), in der den dysfunktionalen Einstellungen eine wichtige ätiologische Rolle in der Entwicklung von depressiven Symptomen zugeschrieben wird, werden dysfunktionale Einstellungen als sich in der Kindheit entwickelnde und überdauernde Persönlichkeitsanteile gesehen. Jedoch finden sich Studien, die diese postulierte Stabilität nicht bestätigen können und somit auf dysfunktionale Einstellungen als State schließen (für eine Übersicht: Beevers & Miller, 2004). Dabei ist gerade für die Überprüfung der Annahme des Vulnerabilitätsfaktors der dysfunktionalen Einstellungen die Stabilität derselben eine Voraussetzung. Aus dieser Debatte heraus überprüften Zuroff und Kollegen (1999) ein State-Trait-Modell der mit Depression zusammenhängenden dysfunktionalen Einstellungen. Sie nahmen an, dass dysfunktionale Einstellungen zwar von der aktuellen Depressivität abhängen, aber trotzdem noch über die Zeit hinweg stabile Anteile besitzen. Die Autoren konnten ihre Annahme bestätigen. Auch Beevers und Miller (2004) konnten in ihrer Längsschnittstudie mithilfe von Pfadanalysen gleichermaßen beide Anteile abbilden. Die Studienteilnehmer wurden vor, während sowie ein Jahr nach der Therapie hinsichtlich ihrer dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität untersucht. Es zeigte sich, dass die dysfunktionalen Kognitionen sowohl von den dysfunktionalen Kognitionen zu den vorherigen Messzeitpunkten als auch von der Ausprägung der gegenwärtigen Depressivität abhängig waren. Für Kinder und Jugendliche ist die Frage nach Stabilität, noch schwieriger zu klären, da eine fehlende Stabilität zwar auf eine mögliche Stimmungsabhängigkeit, aber auch auf eine unzureichende Entwicklung der dysfunktionalen Einstellungen im Kindes- und Jugendalter hinweisen könnte. Hankin (2008) untersuchte in einer kurzzeitigen prospektiven Längsschnittstudie die Stabilität verschiedener kognitiver Konstrukte (negativer Attributionsstil, dysfunktionale Einstellungen, Grübelneigung) bei Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren. Die Ergebnisse waren bezogen auf die spezifischen Konstrukte uneinheitlich. Während ein negativer Attributionsstil relativ stabil über die 5 Monate blieb, erfuhren die dysfunktionalen Einstellungen und die Grübelneigung ein unerwartetes Änderungsmuster über die Zeit hinweg. Aus entwicklungspsychologischer Sicht sah der Autor keine Erklärung für das Ergebnis und diskutierte psychometrische Mängel der Instrumente zur Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen und der Grübelneigung als mögliche Ursache. Einen anderen neuen Aspekt bringen dabei Hankin und Kollegen (2008) ein, die die Vorhersagekraft der dysfunktionalen Einstellungen für depressive Symptome und den reziproken Einfluss derselben untersuchten. Dabei wurde angenommen, dass die dysfunktionalen Einstellungen

einerseits im Sinne der kognitiven Vulnerabilität die Entwicklung depressiver Symptome beeinflusst, was dem Trait-Gedanken sehr nahe kommt. Andererseits werden diese dysfunktionalen Einstellungen aber auch durch vorherige negative Lebensereignisse und Depressivität reziprok beeinflusst, was wiederum dem State-Gedanken sehr ähnlich ist. Dieser Forschungsbereich ist allerdings noch ziemlich jung und verlangt nach einer größeren Anzahl empirischer Studien, um die Frage nach der Stabilität eindeutig klären zu können.

Die dysfunktionalen Einstellungen sind als dysfunktionale Kognitionen zwar zentrales Konstrukt des wohl bekanntesten kognitiven Modells der Depression (Beck, 1967, 1996), aber trotzdem erscheint es aus dem bisherigen Forschungsstand schwierig zu bestimmen, ab welchem Alter die dysfunktionalen Einstellungen verhaltenswirksam werden und wie sich deren Ausprägung über die Zeit entwickelt. Aus der Zusammenfassung dieses Kapitels könnte man schließen, dass sie ab dem späten Grundschulalter auftreten und über die Zeit hinweg stabil mit möglichen veränderbaren Anteilen bleiben.

1.3 Stress

Der dritte, noch fehlende Aspekt eines kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modells der Depression ist der sogenannte Stressfaktor. Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über die theoretischen Herangehensweisen an das Konstrukt Stress aus der psychologischen Forschung gegeben und eine Definition für Stress im Rahmen der vorliegenden Studie formuliert werden (1.3.1). Daran anschließend soll auf die unterschiedlich ausgeprägten Zusammenhänge von Stress und Depression eingegangen werden (1.3.2).

1.3.1 Definitive Aspekte von Stress

Die Stressforschung hat eine lange Tradition und in dieser Zeit hat sich eine Vielzahl an Definitionen von Stress entwickelt. Die früheste Herangehensweise ist die reaktionsbasierte Konzeptualisierung des Stresses. Dabei wurde der Fokus auf die Reaktion des Organismus auf bestimmte Situationen gelegt. Nach Selye (1936, 1956) stellen diese bestimmten Situationen als Stressoren einen Reiz dar, auf den ein Organismus mit Stress reagiert. Stress ist demnach eine Reaktion des Körpers auf Stressreize. Er beschreibt das *Allgemeine Adaptionsyndrom*, in welchem er drei Phasen unterscheidet. Tritt der Stressor auf, ist der Körper in der Alarmphase. In dieser wird der Körper entweder zum Kämpfen oder zum Fliehen mobilisiert. Hält der Stress länger an, befindet sich der Organismus in der Widerstandsphase, in welchem eine mehr oder weniger erfolgreiche Anpassung des Organismus an den Stressor stattgefunden hat. In dieser Phase kann der Organismus nicht mehr gut funktionieren und ist für Krankheiten sehr anfällig. Sind die Ressourcen, die die Anpassung gewährleisten, erschöpft, ist der Körper in der Erschöpfungsphase. Es kommt zu einem Zusammenbruch und dieser kann z.B. zu Erschöpfungssymptomen oder auch zur Depression führen. Der Fokus dieser Theorie wird sehr auf die körperlichen Aspekte gelegt, sodass eine Übertragung der Theorie auf psychologische Aspekte erschwert wird. In keiner Weise werden Kognitionen, Emotionen oder gar Interaktionen des Individuums mit seiner Umwelt angesprochen.

Eine in der psychologischen Forschung prominentere Konzeptualisierung ist die stimulusbasierte Perspektive auf Stress (Holmes & Rahe, 1967, Dohrenwend & ShROUT, 1985). Hierbei wechselt der Fokus von der körperlichen Reaktion auf die Eigenschaften des Stressors. Einsetzende kritische Lebensereignisse oder andauernde negative Lebensbedin-

gungen stellen im besonderen Maße Anforderungen an die Wiederanpassungsleistung der Personen. Durch dieses Beanspruchen der persönlichen Ressourcen werden Stressreaktionen hervorgerufen, die wiederum die Entwicklung von psychischen Krankheiten begünstigen können. Nach Holmes und Rahe (1967) ist ein Individuum dann besonders anfällig für diese Krankheiten, wenn mehr Stressoren vorhanden und dadurch wiederum mehr Wiederanpassungsleistungen notwendig sind. Die bekannten Stressereignislisten basieren auf dieser Annahme (z.B. Coddington, 1971; Compas et al., 1987). Problematisch ist es allerdings, zu bestimmen, welche Bedeutung ein bestimmtes kritisches Ereignis für ein Individuum hat, und in diesem Zusammenhang dann auch, wie viel Wiederanpassung nötig sein wird. Holmes und Rahe (1967) haben mit ihrer *Social Readjustment Rating Scale* an einer durchschnittlichen Gewichtung der kritischen Ereignisse gearbeitet, wobei individuelle Bewertungen der Situation vernachlässigt wurden.

Anders als seine Vorgänger in der Stressforschung, die Stress entweder als Reiz oder Reaktion sehen, versteht das *Transaktionale Stressmodell* nach Lazarus und Folkman (1984; zitiert nach Grant et al., 2003) Stress als eine Wechselwirkung, eben eine Transaktion zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Stress beinhaltet demnach

„[...] ein spezifisches Verhältnis zwischen Person und Umgebung, das in der Wahrnehmung der Person ihre Ressourcen bis zu deren Grenze oder darüber hinaus fordert und ihr Wohlbefinden bedroht“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19, zitiert nach Grant et al., 2003).¹

Ein wesentlicher Einflussfaktor in dieser Person-Umwelt-Transaktion ist die kognitive Bewertung, die in Primär-, Sekundär- und Neubewertung unterschieden wird. In der Primärbewertung geht es darum auszumachen, welche Auswirkungen die vorhandene Situation auf die eigene Person hat. Im Rahmen der Primärbewertung wird ausgelotet, ob diese Situation eine Bedrohung, eine Schädigung oder eine Herausforderung birgt. Kommt es zu einer Bedrohungsbewertung, wird die Sekundärbewertung ausgelöst, in der sich die Person mit den vorhandenen Bewältigungsstrategien (Coping-Mechanismen) auseinandersetzt. Nach diesen Vorgängen, die empirisch nur schwer voneinander zu trennen sind, kann es zu einer Neubewertung der Situation kommen. Eine vormals als bedrohlich bewertete Situation kann nach der Prüfung der Bewältigungsfähigkeiten als Herausforderung angesehen werden. Bedrohungsbewertungen werden durch eine Vielzahl von sowohl situationsabhängigen

¹ Im Original: “[...] a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being“.

Faktoren, wie Mehrdeutigkeit oder Neuartigkeit der Situation, Kontrollierbarkeit, zeitliche und räumliche Nähe oder Intensität und Dauer der kritischen Situation, als auch personenabhängigen Faktoren, wie Wertvorstellungen, Verpflichtungen und Ziele, Verfügbarkeit von Ressourcen, Selbstwertgefühl und sozialer Rückhalt, beeinflusst. Erhöhter Stress entsteht dann, wenn Menschen die Situation als bedrohlich einschätzen und davon ausgehen, dass ihre Coping-Strategien nicht ausreichen, um erfolgreich mit der Situation umzugehen. Sind die Coping-Strategien oder persönlichen Ressourcen erschöpft, kann dies sowohl kurz- als auch langfristig zu psychischen und physischen Gesundheitsproblemen führen (Hobfoll, 2001).

Allerdings kann sich auch das Einbeziehen der subjektiven kognitiven Bewertung eines Ereignisses im Rahmen der Vulnerabilitäts-Stress-Modelle von psychischen Auffälligkeiten als schwierig erweisen, da es kaum möglich ist, die kognitive Bewertung von möglichen vulnerablen Persönlichkeitseigenschaften zu unterscheiden, die wiederum die Bewertung der Stresssituation bedeutend beeinflussen könnten. So konnte z.B. gezeigt werden, dass Personen mit hohen Werten in Neurotizismus bzw. in negativer Emotionalität Situationen eher stressreich beurteilen und somit mehr kritische Lebensereignisse berichten (Hankin, 2010).

Für die vorliegende Studie soll über die oben beschriebenen Ansätze hinaus ein breiterer Ansatz zur Definition von Stress genutzt werden, der auch von neueren Forschungsergebnissen unterstützt wird (für eine Übersicht: Grant et al., 2003). Zu der Definition nach Grant und Kollegen (2003), wonach Stress

„[...]Ereignisse in der Umwelt oder chronische Bedingungen, die objektiv die physische und/oder psychische Gesundheit oder Wohlbefinden von Individuen eines bestimmten Alters in einer bestimmten Gesellschaft bedroht“ (S. 449)²

beinhaltet, wird ein subjektiver Bewertungsfaktor dieser Bedrohung ergänzt. Subjektive Bewertungen verfügen nämlich über eine größere Prädiktivität für die Entwicklung psychisch auffälliger Symptome als die bloße Darstellung des objektiven Stresses (Solomon et al., 1987).

² Im Original, „[...] environmental events or chronic conditions that objectively threaten the physical and/or psychological health or well-being of individuals of a particular age in a particular society“.

1.3.2 Stress und Depression

Der Zusammenhang von Stress und psychischen Auffälligkeiten konnte schon vielfach sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gezeigt werden (für eine Übersicht: Grant et al., 2004; Grant & McMahon, 2005). Auch die empirische Beschäftigung mit dem Zusammenhang von Stress und Depression hat bereits eine lange Tradition (Brown & Harris, 1979). Doch trotz der langen Forschungszeit gibt es bisher noch keine einheitlichen Belege dafür, wie diese beiden Faktoren im Spezifischen miteinander interagieren. Vorrangig wurde im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells untersucht, ob akute Stressereignisse zu der Ausbildung depressiver Episoden führen (Meyer et al., 2001; Monroe & Simmons, 1991). Die vielen verschiedenen Studien jedoch erbrachten wegen uneinheitlicher inhaltlicher sowie methodischer Operationalisierung unterschiedliche Ergebnisse (Grant et al., 2003; Hammen, 2005). Während sich die Operationalisierung von Depression nach zwei Möglichkeiten der Erfassung, nämlich der der qualitativen Erfassung als Diagnose oder der der quantitativen Erfassung als Ausprägung von Depressivität unterscheiden lässt, sind es beim Konstrukt Stress erheblich mehr Aspekte, die zwischen Studien variieren können. Vergleichbare Studien und daraus folgende vergleichbare Ergebnisse sind somit rar.

Im Folgenden werden aus diesem Grund zunächst die verschiedenen Formen von Stress (1.3.2.1) und die verschiedenen Formen des Zusammenhangs von Stress und Depression (1.3.2.2) näher beschrieben, um dann abschließend das Vorgehen im Rahmen der vorliegenden Studie zu erläutern.

1.3.2.1 Formen von Stress

In diesem Abschnitt sollen die verschiedenen Formen von Stress erläutert werden, die im Zusammenhang mit Depression oft diskutiert werden. Hinsichtlich dieser Formen von Stress werden viele spezifische Unterscheidungen getroffen, wodurch ein Vergleich oder eine einheitliche Aussage zum Zusammenhang von Stress und Depression erschwert werden (Hammen, 2005).

Hammen (2005) fasst in ihrem Review zusammen, dass beim Inhalt des Stressors nach unabhängig und abhängig sowie nach interpersonal und intrapersonal unterschieden werden kann, wobei die meisten Stressoren aus dem allgemeinen Themenbereich Verlust

stammen. Während bei unabhängigen Ereignissen, wie Naturkatastrophen oder dem Tod nahestehender Personen, das Individuum keinen Einfluss auf das Eintreten dieser Ereignisse hat, ist das Individuum bei sogenannten abhängigen Ereignissen für das Eintreten dieser Ereignisse „mitverantwortlich“. Beispiele dafür wären Trennungen, Probleme mit Arbeitskollegen oder auch finanzielle Schwierigkeiten. Diese Ereignisse oder besser das Eintreten und der Verlauf dieser Ereignisse sind demnach geprägt, also abhängig, von der Persönlichkeit und dem Verhalten des Individuums. In der Empirie zeigt sich, dass die abhängigen Stressereignisse einen stärkeren Zusammenhang mit depressiven Symptomen aufweisen als die unabhängigen Stressereignisse, der häufig sogar reziprok ist (Hammen, 2006; Harkness & Stuart, 2009; Kendler et al., 1999). Insbesondere zeigt sich diese Assoziation bei Kindern und Jugendlichen, wenn es sich dabei um abhängige, interpersonale Stressoren handelt, wie z.B. Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen (z.B. Harkness et al., 2008; Rudolph et al., 2000).

Eine weitere Unterscheidung hinsichtlich der Dauer der Stressoren wird zwischen akuten und chronischen Stressoren getroffen. Akute Stressereignisse sind in ihrem zeitlichen Eintreten und ihrer Dauer klar umgrenzt. Der Tod eines nahen Angehörigen, ein Autounfall oder auch das Versagen in einem subjektiv wichtigen Lebensbereich wären Beispiele dafür. Während man bei chronischen Stressoren teilweise noch den Beginn angeben kann, ist die Dauer hingegen nicht so klar umgrenzt. Chronische Stressoren gleichen demnach einer andauernden Belastungssituation, von der bereits ein prädiktiver Einfluss auf die Ausprägung depressiver Symptome gezeigt werden konnte (McGonagle & Kessler, 1990). Definitionen darüber, ab wann ein Stressor chronisch wird, reichen von anhaltenden Schwierigkeiten von mindestens 4 Wochen (Brown & Harris, 1979), über mindestens 6 Monate (Hammen et al., 2009) bis zu mindestens 12 Monaten (McGonagle & Kessler, 1990).

In den meisten Theorien in der Tradition der Vulnerabilitäts-Stress-Perspektive sind es zunächst akute Stressereignisse, wie das Eintreten kritischer Lebensereignisse, die für die Entwicklung psychopathologischer Zustände verantwortlich sind (z.B. Beck, 1967, 1996; Abramson et al., 1989) Auch wenn man die früheren Versuche der Definition von Stress betrachtet, fällt auf, dass mit Stress meist ein akut auftretendes Ereignis gemeint ist, das negative Konsequenzen nach sich zieht (Selye 1936,1956; Holmes & Rahe, 1967).

Zielführender als die strenge Unterscheidung in akute und chronische Stressoren bei der Vorhersage von depressiven Symptomen ist wahrscheinlich eine gemeinsame Betrachtung dieser beiden Aspekte und ihrer gemeinsamen und unterschiedlichen Auswirkungen. So zeigten Hammen und ihre Kolleginnen (2009) in ihrer Studie zu chronischem und aku-

tem Stress bei der Vorhersage einer depressiven Episode bei jungen Frauen, dass sowohl chronischer Stress als auch akuter Stress unabhängig voneinander zu einer depressiven Episode führen können und der Zusammenhang zwischen dem chronischen Stress und der Depression durch das Auftreten eines akuten Stressereignisses sogar noch verstärkt wird. Weiterhin wiesen sie mit ihren Ergebnissen auf einen sogenannten Sensitivierungseffekt des chronischen Stresses hin. Eine höhere Ausprägung des chronischen Stresses moderierte den Effekt der akuten negativen Lebensereignisse auf die Entwicklung einer depressiven Episode in der Weise, dass dieser Effekt noch stärker wurde. Demnach reagieren Individuen mit einer höheren chronischen Belastung, wie Armut oder eingeschränkter Gesundheit, stärker auf das Eintreten akuter kritischer Lebensereignisse. In anderen auch früheren Studien fanden sich ähnliche Ergebnisse, die im Kindes- und Jugendalter zeigten, dass sowohl länger andauernde Stressfaktoren als auch akut eintretende negative Lebensereignisse zur Entwicklung depressiver Symptome führen (s. Grant et al., 2004). Eine andere Art der gemeinsamen Betrachtung führten King und seine Kolleginnen (2008) durch. Sie untersuchten in einer Längsschnittstudie mit Jugendlichen im Alter von 10 bis 15 Jahren die Stabilität des Auftretens akuter negativer Lebensereignisse. Dabei fanden sie heraus, dass selbst akute Lebensereignisse zwar zeitlich variable, aber eben auch stabile Anteile aufweisen können, die von Umweltfaktoren, wie z.B. einem Alkoholproblem der Eltern oder einer geringen elterlichen emotionalen Unterstützung abhängen. Zusammen mit den Ergebnissen der Studie von Hammen und Kolleginnen (2009) könnte man zu dem Schluss kommen, dass akute negative Lebensereignisse durch ihre stabilen Tendenz zu chronischen Stressoren werden, wodurch eine Unterscheidung und getrennte Betrachtung von akuten und chronischen Stressoren sich womöglich doch als sehr schwierig darstellen könnte.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in Anlehnung an das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967, 1987) soll das Eintreten kritischer Lebensereignisse als akute Stressfaktoren untersucht werden. An dieser Stelle soll allerdings deutlich gemacht werden, dass dies nicht gleichbedeutend mit einer Abwertung des Einflusses chronischer Stressfaktoren ist. Gerade im Kindesalter werden meist extreme Milieubelastungen durch Armut etc. als mögliche Ursachen und Begleitumstände der kindlichen Depression angesehen (Lehmkuhl et al., 2008).

1.3.2.2 Formen des Zusammenhangs von Stress und Depression

Nachdem nun definitorische, inhaltliche und temporäre Aspekte des Stresskonstrukts erläutert wurden, liegt der Fokus des folgenden Abschnitts auf der Art der Beziehung zwischen Stress und Depression. Demnach geht es um die Fragen, wie sich der Zusammenhang dieser beiden Faktoren genau gestaltet und wie diese Faktoren im Kindes- und Jugendalter wirken. Diesem großen Thema wurden in den Jahren 2003 und 2004 zwei Reviews und eine Meta-Analyse gewidmet (Grant et al., 2004, McMahon et al., 2003, Grant et al., 2003). Grob lassen sich die bisherigen Studien zu diesem Thema dabei nach der Annahme einer direkten und einer indirekten Beziehung zwischen Stress und Depression unterscheiden.

Direkter Zusammenhang von Stress und Depression.

In den frühen empirischen Studien zum Zusammenhang von Stress und Depression wird zunächst eine direkte, nicht durch andere Faktoren vermittelte oder beeinflusste Assoziation angenommen. Des Weiteren wurde zunächst lediglich eine Wirkrichtung von Stress auf die Entwicklung depressiver Symptome untersucht (Brown & Harris, 1979). Dies änderte sich mit der Einführung der Theorie der *stress generation* nach Hammen (1991, 2006), im Rahmen derer auch die gegenteilige Wirkrichtung bestätigt werden konnte. Seit dem liest man in der Literatur die Gegenüberstellung des *stress exposure* - Modells und des *stress generation* - Modells.

Das *stress exposure* - Modell bezieht sich auf die Effekte von Stress auf gesundheitsbezogene Aspekte, wie hier z.B. auf die Ausprägung von Depressivität. Es nimmt an, dass Individuen, die negativen bzw. stressreichen Lebensereignissen ausgesetzt sind, ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome aufweisen (Cole et al., 2006; Hankin & Abramson, 1999). Diese Wirkrichtung konnte bereits in vielen Studien mit Kindern und Jugendlichen bestätigt und in differenzierter Weise dargestellt werden (z.B. Kendler et al., 1999; Hankin et al., 2007; Cole et al., 2006). So zeigten Carter und ihre Kollegen (2006) in ihrer vierjährigen prospektiven Studie zum Zusammenhang von alltäglichen Schwierigkeiten (*hassle*) und internalisierenden Störungen, dass es hierbei sogar einen Unterschied macht, welche Informanten in den Analysen berücksichtigt werden. Auf der Basis des Selbstberichts von Kindern und Jugendlichen konnte das *stress-exposure* - Modell den Zu-

sammenhang von Stress und internalisierenden Symptomen am besten abbilden, während auf der Basis der Elternberichte das stress-generation - Modell den Zusammenhang am besten wiedergeben konnte. Aber nicht nur der Informant erscheint wichtig, sondern auch die Ausprägung der Depression scheint eine bedeutende Rolle dabei zu spielen, wie Stress und Depression sich gegenseitig beeinflussen. So konnten Cole und seine Kollegen (2006), die in ihrer Längsschnittstudie einen stabilen (Trait) und in einen situationsabhängigen (State) Anteil der Depression unterschieden haben, zeigen, dass gerade bei der Vorhersage des situationsabhängigen Anteils von Depression durch das Eintreten kritischer Lebensereignisse das stress-exposure - Modell bestätigt werden kann.

Das stress-generation - Modell nach Hammen (1991) bezieht sich hingegen auf die Effekte, welche die Depression auf das Auftreten kritischer Lebensereignisse haben können. Im Detail geht es darum, dass Individuen mit einer vorherigen depressiven Episode und den dazugehörigen Persönlichkeits-, Verhaltens- und Interpretationstendenzen einen eigenen Beitrag zum Erleben kritischer Lebensereignisse leisten. Diese Personen generieren die von ihnen so belastend erlebten kritischen Lebensereignisse (Hammen, 2006; Krackow & Rudolph, 2008). Dieser Zusammenhang wurde zwar zunächst bei Erwachsenen beobachtet (Brown & Rosellini, 2011) und untersucht, aber auch in quer- und längsschnittlichen Studien im Kindes- und Jugendalter konnte das stress-generation - Modell bestätigt werden (Flynn & Rudolph, 2011; Harkness & Stewart, 2009; Tran et al., 2012). Joiner und Kollegen (2005) konnten in ihrer Studie mit Studienanfängerinnen und -anfängern sogar die Spezifität des stress generation - Modells für Depression aufzeigen. Im Rahmen der Studie wurde das Modell parallel mit vergangenen Angstsymptomen überprüft und konnte dabei nicht bestätigt werden. Im Rahmen dieses Modells werden eher (von der Person) abhängige und interpersonale Stressoren, wie Trennungen oder Streitigkeiten mit Freunden, als Auswirkungen früherer depressiver Episoden postuliert und auch nur mit diesen Stressoren konnte das Modell empirisch bestätigt werden (Hammen, 2006; Harkness & Stewart, 2009; Tran et al., 2012; Hankin et al., 2010). Die Längsschnittstudie von Cole und Kollegen (2006) konnte zusätzlich zeigen, dass das stress-generation - Modell in Zusammenhang mit dem Trait-Anteil der Depression bestätigt werden konnte, was im Wesentlichen einer Persönlichkeitstendenz sehr nahe kommt.

Diese und andere Studien zeigen, wie wichtig prospektive Studien sind, um diese genannten Modelle wirklich gegeneinander zu überprüfen. Es stellt sich hier die Frage, ob eine gemeinsame Betrachtung hinsichtlich eines reziproken längsschnittlichen Zusammenhangs

nicht angebracht wäre. Bisherige prospektive Studien, von denen es noch zu wenige gibt, bestätigen einen reziproken Zusammenhang zwischen Stress und Depression im Kindes- und Jugendalter (Hankin et al., 2010; Kim et al., 2003; Cole et al., 2006). Bettet man diese Ergebnisse in die bisherigen theoretischen Annahmen für die Bedeutung von Stress bei der Entstehung einer depressiven Episode ein, so könnte man das stress exposure - Modell als die Theorie für das erste Auftreten depressiver Symptome übernehmen und das stress generation - Modell als die Theorie für die Aufrechterhaltung bzw. für das Entstehen rekurrenter depressiver Episoden annehmen (Hammen, 2005).

Indirekter Zusammenhang zwischen Stress und Depression über mögliche Mediator oder Moderator.

Wie in vielen anderen Bereichen aus der Psychologie scheint der Zusammenhang zwischen Stress und Depression nicht so klar zu sein, dass man einen linearen Einfluss von Stress auf Depression oder von Depression auf Stress annehmen kann. Auch die Annahme einer reziproken Beziehung zueinander erscheint zu reduziert. Bezugnehmend auf die Vulnerabilitäts-Stress-Modelle ist man schon relativ früh zu der Erkenntnis gelangt, dass neben einem direkten Zusammenhang in jedem Fall auch ein indirekter Zusammenhang zwischen Stress und dem Ausbilden einer depressiven Episode existieren muss, da nicht alle Personen, die unter derselben Stressbelastung leiden, eine depressive Symptomatik entwickeln (Ingram & Luxton, 2005).

So überprüften Michl und Kolleginnen (2013) in ihren Längsschnittstudien ein Mediatormodell, in dem angenommen wird, dass Ruminieren die starke Assoziation zwischen kritischen Lebensereignissen und Symptomen der Angst sowie Symptomen der Depression vermitteln. Während das postulierte Mediatormodell für die Symptome der Angst sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene bestätigt werden konnte, ließ sich solch eine Bestätigung für die Symptome der Depression nur in der Erwachsenenstichprobe finden, nicht aber für die Jugendlichen-Stichprobe. Doch auch in diesem Fall ist die empirische Lage in Abhängigkeit der gewählten Stressfaktoren und Mediatoren sehr uneinheitlich. In ihrer Meta-Analyse konnten Grant und Kollegen (2003) über eine Vielzahl an Mediatoren zeigen, dass das negative Parenting (Erziehungsverhalten) den Zusammenhang von Armut als chronischen Stress und kindlicher Psychopathologie erklären kann.

Ein wesentlich größeres Forschungsfeld bezieht sich auf die Analyse bestimmter Moderatormodelle, in denen angenommen wird, dass die Beziehung zwischen Stress und Depression von einer Drittvariablen in Abhängigkeit ihrer Ausprägung entweder verstärkt oder abgeschwächt wird. Die Vulnerabilitäts-Stress-Modelle können als solche Moderatormodelle gesehen werden. Die analysierten möglichen Moderatoren (oder Vulnerabilitäten) lassen sich dann auch im Sinne des biopsychosozialen Modells in biologische, psychologische und soziale Moderatoren unterteilen.

In der jüngsten Forschungsliteratur wird als *biologischer Moderator* häufig das Serotonin-Transporter-Gen (5-HTTLPR) untersucht. In vielen Studien konnte auch die Bestätigung dafür gefunden werden, dass eine Interaktion zwischen einer bestimmten Ausprägung dieses Gens (kurzes oder langes Allel) und Stressfaktoren sowohl bei Erwachsenen (Laucht et al., 2009; Karg et al., 2011) als auch bei Jugendlichen zu einer verstärkten Entwicklung depressiver Symptome führt (Petersen et al., 2012; Starr et al., 2012). Die *sozialen Moderatoren* werden meist durch die Untersuchung des Vorhandenseins sozialer Unterstützung abgebildet. Häufiger als die Analyse fehlender Unterstützung als Diathese (Haefffel & Mathew, 2010) wird das Vorhandensein dieser Unterstützung als Puffer für die negativen Auswirkungen der Stressfaktoren überprüft. Auch hier existieren gemischte Ergebnisse. Während einige Autorinnen und Autoren einen Puffereffekt durch soziale Ressourcen bestätigen können (Ivanova & Israel, 2005; Liu, 2002), berichten andere Autorinnen und Autoren nur von einem allgemeinen positiven Haupteffekt der sozialen Unterstützung auf die Reduzierung depressiver Symptome ohne eine Interaktion mit den Stressfaktoren (Bilsky et al., 2013; Herman-Stahl & Petersen, 1999). Nach Hammen (2006) werden zumeist kognitive Stile und Persönlichkeitseigenschaften als mögliche *psychologische Moderatoren* untersucht. Dabei wird dem Neurotizismus als Trait eine besondere Bedeutung in der Reaktion auf kritische Lebensereignisse beigemessen. Personen, die ein hohes Ausmaß an Trait-Neurotizismus aufweisen, reagieren auf diese kritischen Lebensereignisse eher mit depressiven Symptomen (Kendler et al., 2004). In der Prognose früherer Depressionspatientinnen und -patienten zeigte sich ebenso, dass eine hohe Ausprägung des Neurotizismus in Verbindung mit chronischem Stress zu einer geringeren Verbesserung der Depressivität führt (Brown & Rosellini, 2011). Größere Aufmerksamkeit als die Persönlichkeitseigenschaften bekamen die dysfunktionalen Kognitionen als mögliche psychologische Moderatoren. An dieser Stelle könnte man die zahlreichen kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modelle der Depression anführen, wie z.B. die Hoffnungslosigkeitstheorie (Abramson et al., 1989) oder die kognitive Theorie nach Beck (1967). Allen Theorien ist gemeinsam, dass eine dysfunktio-

nale Art und Weise der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung und Interpretation sich ereignender Situationen dazu führen, dass bei Eintreten kritischer Lebensereignisse bzw. von Stressmomenten depressive Symptome entwickelt werden. Neben vielen quer- und längsschnittlichen Studien im Erwachsenenbereich zeigten auch einige der wenigen vorhandenen prospektiven Studien im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass die dysfunktionalen Kognitionen, wie die dysfunktionalen Einstellungen oder ein negativer kognitiver Stil, in Verbindung mit Stress zu einer erhöhten Ausprägung der Depressivität (Hankin, 2010) oder gar zu einer depressiven Episode führen können (Alloy et al., 2000).

Diese Studien zusammenfassend schlagen Grant und ihre Kolleginnen (2003) ihr eigenes integratives Modell zur Bedeutung von Stress für die Entwicklung von Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter vor, das folgende fünf Annahmen macht. Zunächst tragen Stressoren zur Entwicklung der Psychopathologie bei (1), dieser Beitrag kann gleichzeitig durch Moderatoren beeinflusst werden (2) und durch Mediatoren erklärt werden (3). Weiterhin besteht eine Spezifität zwischen den einzelnen Faktoren in der Weise, dass nur bestimmte Stressoren mit bestimmten Moderatoren und Mediatoren zu einem bestimmten psychopathologischen Zustand führen (4). Schließlich wird für das gesamte Modell angenommen, dass die einzelnen Faktoren reziprok und dynamisch miteinander zusammenhängen können (5). Mit der sich anschließenden Meta-Analyse konnten Teile ihres vorgeschlagenen Modells bestätigt werden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll auch vor dem Hintergrund dieses Modells die Bedeutung von Stress in der Beziehung zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität untersucht werden. Dabei wird der Stressfaktor durch die Erhebung der kritischen Lebensereignisse zunächst als akut eintretender Stimulus definiert. Durch das Einbeziehen der dysfunktionalen Einstellungen wird in der vorliegenden Arbeit eine transaktionale Perspektive auf die Definition von Stress eingenommen, da zugestanden wird, dass die dysfunktionalen Einstellungen einen Einfluss auf die Wahrnehmung eintretender kritischer Lebensereignisse haben können.

1.4 Kognitive Modelle der Depression

Beim gedanklichen Zusammenführen der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Konstrukte Depression, Kognitionen und Stress stößt man auf die sogenannten kognitiven Theorien der Depression, die in der klinischen Forschung eine lange Tradition aufweisen (z.B. Abramson et al., 1989; Beck, 1967; Ellis, 1994; Nolen-Hoeksema, 1991). In diesem Kapitel sollen die für den untersuchten Altersbereich bedeutenden kognitive Modelle vorgestellt (1.4.1) und deren Bedeutung die im Kindes- und Jugendalter beschrieben werden (1.4.2)

1.4.1 Kognitive Modelle der Depression

Die in der Einführung dieses Kapitels erwähnte lange Tradition der kognitiven Theorien der Depression ist nicht gleichbedeutend damit, dass auf diesem Forschungsgebiet Einigkeit herrscht. Wie schon in Abschnitt 1.2.1 beschrieben ist das Konstrukt der Kognition ein sehr heterogenes. Je nach untersuchter Facette der Kognition, an der eine Dysfunktion entstehen kann, unterscheiden sich die kognitiven Theorien der Depression und ihre Forschungsergebnisse in hohem Maße. Anhand der beschriebenen Taxonomie im Rahmen des *Meta-Konstrukt-Modells* nach Ingram und Kendall (1986), in dem die Kognitionen in Schemata, Operationen und Produkte unterteilt werden, kann diese Unterschiedlichkeit sehr gut deutlich gemacht werden (s. Abbildung 2). In der Forschung mit Kindern und Jugendlichen dienten bisher die kognitive Theorie nach Beck (1967, 1996) (1.4.1.1), die Theorie des grübelnden Reaktionsstils nach Nolen-Hoeksema (1991) (1.4.1.2) und die Hilflosigkeits- bzw. Hoffnungslosigkeit nach Abramson und Kollegen (1978, 1989) (1.4.1.3) als theoretische Grundlage, deren Annahmen im Folgenden beschrieben werden.

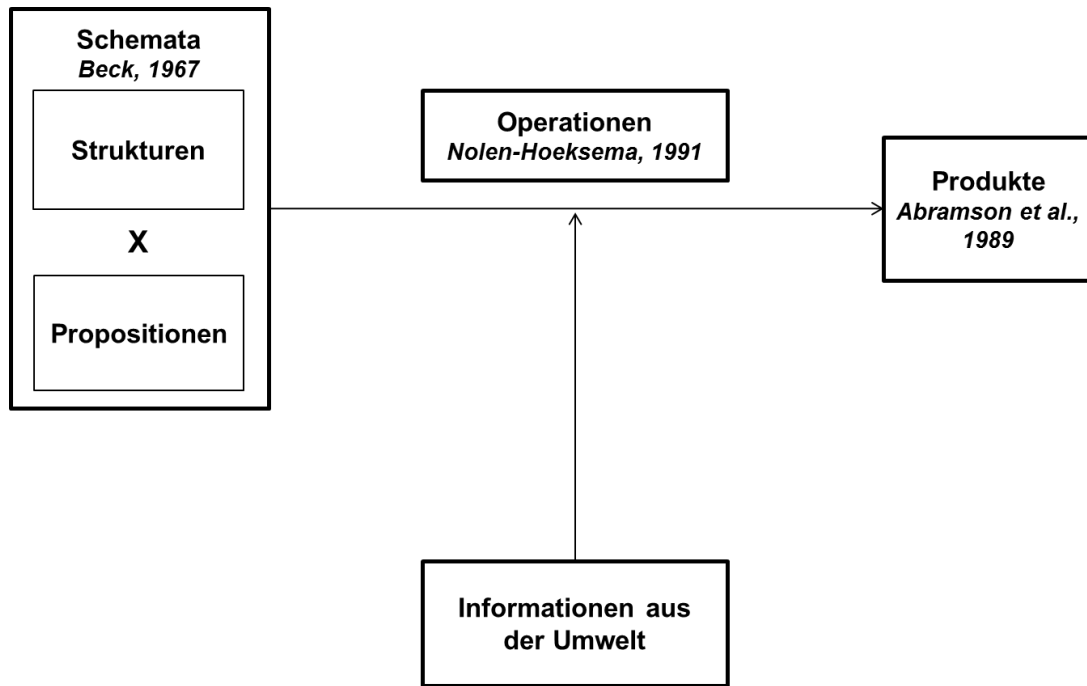


Abbildung 2. Zuordnung der kognitiven Theorien der Depression zu der Taxonomie der Kognition nach Ingram und Kendall (1986).

1.4.1.1 Die kognitive Theorie der Depression

Das bekannteste kognitive Modell der Depression, das die kognitive Vulnerabilität an der Dysfunktion der Schemata festmacht (s. Abbildung 2), ist die kognitive Theorie der Depression nach Beck (1967, 1996). Ausgehend von systematischen klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen postuliert Beck drei Kernpunkte, die die Entwicklung von depressiven Symptomen erklären. Die Kernpunkte beinhalten die kognitive Triade, dysfunktionale Schemata und kognitive Fehler.

In der sogenannten *kognitiven Triade* verbinden sich ein negatives Selbstbild, eine negative Interpretation individueller Erfahrungen (negative Weltsicht) und negative Zukunftserwartungen zu dem proximalen Indikator für die Entwicklung depressiver Symptome. Personen mit einem negativen Selbstbild sehen sich selbst als fehlerhaft, unzulänglich, krank oder benachteiligt an. Bei unangenehmen Erfahrungen schließen diese Individuen eher auf ihren eigenen psychischen, physischen oder moralischen Mangel. Es kommt des Weiteren meist zu einer Unterschätzung und starker Kritik der eigenen Person. Die angesprochene negative Weltsicht beinhaltet den Gedanken, dass die Welt viel fordert oder viele

unüberwindbare Hindernisse für die Verwirklichung der Lebensziele in den Weg gelegt werden. Die Interaktionen mit der Umwelt bestehen daher zumeist aus Niederlagen und Enttäuschungen. Von der Zukunft bzw. von zukünftigen Aufgaben erwarten sie ewig andauernde Schwierigkeiten und Leiden, ständige Mühsal, Frustration, weitere Benachteiligungen und Fehlschläge. Durch die Aktivierung dieser kognitiven Muster werden dann die weiteren Symptome einer depressiven Episode ausgelöst. Schon der Gedanke an soziale Zurückweisung erzeugt denselben negativen Affekt (emotionales Symptom) wie eine wirkliche Zurückweisung. Pessimismus und Hoffnungslosigkeit können den Willen lähmen (motivationale Symptome) und die Überzeugung, dass alles von vornherein zum Scheitern verurteilt ist, kann eine Apathie bzw. Energielosigkeit auslösen, die bis zur psychomotorischen Hemmung führen kann.

Basierend auf Interaktionen von selektiv wahrgenommenen Umweltreizen verfügen Individuen über relativ stabile kognitive Muster, die das Konzept einer Situation oder eines Ereignisses beinhalten. Diese Schemata sind für die Gleichförmigkeit, mit der bestimmte Klassen von Situationen interpretiert werden, verantwortlich. Folglich zeigen sich dadurch ebenfalls konsistente Reaktionen eines Menschen auf ähnliche Ereignistypen. Solch ein Schema dient demnach als Grundlage für die Umwandlung von erlebten Tatsachen in Kognitionen. Im Rahmen dieser Umwandlung werden die Umweltreize kodiert, überprüft, kategorisiert und schließlich bewertet. Sobald diese Schemata durch bestimmte Reize aktiviert werden, zeigen Personen ihre individuellen Reaktionen darauf. Bezogen auf die Depression postuliert Beck, dass Personen aus frühen Erfahrungen in der Kindheit *dysfunktionale Schemata* entwickelt haben und jede neue Situation in ihrer Wahrnehmung und Interpretation so verzerren, dass diese wiederum in die vorhandenen dysfunktionalen Schemata passen. Diese Schemata sind meist überaktiv und idiosynkratisch, sodass eine systematische Anpassung eines geeigneten Schemas für eine bestimmte erlebte Tatsache verhindert wird. Zudem wird angenommen, dass je öfter diese Schemata aktiviert werden, desto umfangreicher die Klasse von Reizen wird, die die dysfunktionalen Schemata auslösen können. Dabei können die Reize in einer immer geringer werdenden logischen Beziehung zu den Schemata stehen. Demnach sind die beherrschenden idiosynkratischen Schemata für eine gewisse Störung der Realität des Individuums verantwortlich, wodurch systematische Fehler im Denken entstehen.

Der letzte Kernaspekt der kognitiven Triade sind *die kognitiven Fehler*. Unter diesen systematischen Denkfehlern wird eine fehlerhafte Informationsverarbeitung angenommen, die den Glauben des Individuums an die Gültigkeit seiner negativen Konzepte (Sche-

mata) aufrechterhält. Darunter fallen willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Verallgemeinerung, Übergeneralisation, Maximierung bzw. Minimierung, Personalisierung und verabsolutiertes, dichotomes Denken. Personen mit solchen kognitiven Fehlern ziehen bestimmte Schlüsse, ohne Beweise für deren Rechtfertigung zu haben. Demnach verhindern diese Fehler die Einsicht oder das Verständnis dafür, dass die eigenen negativen Interpretationen irrig sind.

Aber Beck (1967) postuliert, dass dieser Komplex dysfunktionaler kognitiver Strukturen, der sich zu einem früheren Zeitpunkt entwickelt hat, erst durch das Auftreten von kritischen Lebensereignissen aktiviert und somit für die Entwicklung von depressiven Symptomen wirksam wird. Bis zu solch einem Schlüsselereignis bleiben die dysfunktionalen Schemata demnach latent und verursachen keine Einschränkungen im Leben. Individuelle Unterschiede zwischen den Personen hinsichtlich dessen, worauf sie im Leben Wert legen, beeinflussen jedoch, inwiefern sie bestimmte kritische Lebensereignisse belasten und somit zu depressiven Symptomen führen können. Wie bereits in Abschnitt 1.2.3.1 beschrieben macht Beck (1987) an dieser Stelle eine Ergänzung zu seiner Theorie und spezifiziert zwei Modi, nach denen Individuen ihre Wertvorstellungen richten. Personen, die großen Wert auf positive Interaktionen mit anderen Menschen legen und ihren Fokus damit auf soziale Beziehungen, Intimität, Akzeptanz und Unterstützung von anderen setzen, würden dem interpersonalen Modus, der Soziotropie, zugeordnet werden. Themenkongruente Stressoren könnten hierbei soziale Zurückweisung oder interpersonale Verluste sein. Personen, die ihrerseits ihre Unabhängigkeit, Freiheit und ihre Leistung bzw. ihren Erfolg überbewerten, würden dem Erfolgsmodus, der Autonomie, zugeordnet werden. Die Bedrohung der persönlichen Kontrolle oder Misserfolg wären hier themenkongruente Stressoren, die zu depressiven Symptomen führen. Demnach sollten die dysfunktionalen Kognitionen eines Schülers, der zur Soziotropie tendiert, bei einer schlechten Note auf dem Zeugnis nicht aktiviert werden, sodass keine depressiven Symptome entwickelt werden. Eine Aktivierung würde dagegen bei diesem Fall eintreten, wenn der Schüler eine Trennung von einer geliebten Person erleben würde.

1.4.1.2 Die Theorie des grübelnden Reaktionsstils

Auf eine Dysfunktion bzw. Störung der kognitiven Operationen bezieht sich die Theorie des ruminativen/grübelnden Reaktionsstils nach Nolen-Hoeksema (1991), um die Entste-

hung bzw. eher die Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen zu erklären. Im Rahmen dieser Theorie unterscheidet Nolen-Hoeksema (1991) drei mögliche Reaktionsstile auf vorhandene depressive Symptome: Ruminieren/Grübeln, Ablenken und Problemlösen. Ein ruminativer Reaktionsstil beinhaltet, dass die Personen über die eigenen erlebten depressiven Symptome, über mögliche Ursachen und Konsequenzen dieser Symptome immerzu grübeln müssen. Diese ständige Fokussierung auf die negativen Gefühle und Gedanken intensiviert und verlängert somit die depressive Phase. An dieser Stelle unterscheidet sie drei mögliche Mechanismen, die den Einfluss des Grübelns auf die depressiven Symptome erklären. Zunächst wird durch das ständige Nachdenken über die negative depressive Stimmung die Informationsverarbeitung und das Denken per se insofern beeinflusst, als dass der Zugang zu und das Erinnern an negative Ereignisse so verstärkt wird, dass vermehrt negative Verhaltensinterpretationen vollzogen und dass Kontrollüberzeugungen vermindert werden. Weiterhin hindert das Grübeln die Individuen daran, aktive Verhaltensweisen zu zeigen, die eine positive Verstärkung oder das Gefühl von Kontrolle bieten könnten. Schließlich wird durch das grübelnde Verhalten die Wahrscheinlichkeit geringer, ein effektives Problemlöseverhalten zu zeigen. Die leichter zugänglichen negativen Erwartungen an das Wirken des eigenen Verhaltens verhindern schon das Beginnen eines möglichen positiven Problemlöseverhaltens. Im Gegensatz zum grübelnden Reaktionsstil zeichnen sich die beiden anderen Reaktionsstile durch ein aktives von den depressiven Symptomen weg gerichtetes Verhalten aus. Individuen, die mit Ablenken auf depressive Symptome reagieren, wenden den Fokus mit Absicht ab von den Symptomen und den möglichen Ursachen und Konsequenzen, um sich neutraleren oder positiven Verhaltensweisen zuzuwenden. Dazu gehören z.B. das Treffen mit Freunden oder das Ausüben des eigenen Hobbys. Wichtig ist hierbei nicht die Aktivität an sich, sondern dass die Gedanken sich von den depressiven Symptomen abwenden. Auf diese Weise kann der depressiven Stimmung entgegengewirkt und sich dann auf Lösungsmöglichkeiten konzentriert werden. Der Reaktionsstil des Problemlösens an sich beinhaltet den aktiven Versuch, die für die depressive Person unangenehme Situation zu verändern und an die konkreten Probleme heranzutreten, um sie lösen zu können. Diese Reaktion zu zeigen, gestaltet sich jedoch gerade bei depressiven Personen schwierig, da die niedergeschlagene, lethargische Stimmung die Individuen daran hindert, aktives Problemlöseverhalten zu initiieren.

1.4.1.3 Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeitstheorie

In der Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1972) bzw. in der reformulierten und erweiterten Version der Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression (Abramson et al., 1978; Abramson et al., 1989) liegt die kognitive Dysfunktion im Bereich der Produkte der Kognitionen, im Spezifischen in den Attributionen. Laut der Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1972) wird ein Individuum dann depressive Symptome entwickeln, wenn es durch frühere Erfahrungen gelernt hat, dass es aversive Ereignisse nicht kontrollieren kann. Ursprünglich nicht als Theorie zur Entstehung von Depression gedacht, veranschaulichte Seligman dieses Phänomen an Experimenten mit Hunden. In diesen Experimenten wurden Hunden, die einer Käfigapparatur entfliehen wollten, intermittierend und variabel Elektroschocks gegeben, sodass diese für die Hunde nicht vorhersehbar waren. Die Hunde lernten, dass sie dem aversiven Reiz gegenüber hilflos waren und zeigten den depressiven Symptomen ähnliche Verhaltensweisen. Resigniert blieben sie auch dann noch im Käfig, als sie objektiv die Möglichkeit zum Entfliehen hatten. Sie hatten gelernt, aversiven Ereignissen gegenüber hilflos zu sein und sich dementsprechend zu verhalten. Bezogen auf den Menschen schloss Seligman (1972), dass für depressive Symptome anfällige Individuen erwarten, dass sie aversive Ereignisse nicht kontrollieren können und sich ebenfalls diesen Erwartungen entsprechend verhalten und resignieren.

Nach zahlreicher Forschung zu dieser Theorie entwickelten Abramson und Kollegen (1978) eine reformulierte Theorie der Hilflosigkeit und Depression. Diese Revision beinhaltete zusätzlich den individuellen Attributionsstil als Schlüsselfaktor für die Entwicklung von depressiven Symptomen. Demnach ist es von Bedeutung, wem die Ursachen von Geschehnissen zugeschrieben werden. Innerhalb dieser Theorie entwickelt ein Individuum dann depressive Symptome, wenn negative Ereignisse internal (eigene Person), stabil (immer) und global (in jedem Bereich) und positive Ereignisse external (außerhalb der Person), variabel und spezifisch (nur in diesem Bereich) attribuiert werden. Abramson und Kollegen (1989) ergänzten diese Theorie um noch weitere Komponenten. Gemäß ihrer sogenannten Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression erzeugen im Angesicht negativer Lebensereignisse (bzw. dem Ausbleiben positiver erwünschter Lebensereignisse) nicht nur stabile und globale Kausalattributionen, sondern auch die Erwartung, dass dieses negative Ereignis zu weiteren negativen Ereignissen führen wird, sowie die negative Schlussfolgerung auf die eigene Person (wertlos, defizitär) Hoffnungslosigkeit. Diese führt dann wiederum zu den spezifischen Symptomen der Hoffnungslosigkeitsdepression.

Noch einmal wird deutlich, dass es viele Ansatzpunkte gibt, an denen eine Störung bzw. eine Dysfunktion zu kognitiver Vulnerabilität führen kann. Allen gemeinsam ist allerdings die Annahme eines *kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modells* der Depression. Demnach führen die dysfunktionalen Kognitionen erst durch die Interaktion mit einem Stressereignis (z.B. einem kritischen Lebensereignis) zu depressiven Symptomen.

1.4.2 Kognitive Modelle im Kindes- und Jugendalter

Diese kognitiven Modelle der Depression wurden ursprünglich auf der Grundlage von Erwachsenen aufgestellt, empirisch überprüft und konnten weitestgehend bestätigt werden (s. dazu Abramson et al., 2002; Scher et al., 2005). Untersuchte man die kognitive Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen, bestand die bisherige Herangehensweise darin, die für den Erwachsenenbereich etablierten kognitiven Theorien der Depression vorbehaltlos auf das Kindes- und Jugendalter zu übertragen.

Doch aus entwicklungspsychologischer Sicht existieren gravierende Unterschiede zwischen den kognitiven Fähigkeiten und Kapazitäten von Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite und von Erwachsenen auf der anderen Seite. Für die meisten kognitiven Theorien der Depression sollte mindestens eine gewisse kognitive Reife vorhanden sein, um reflektiert über die eigenen Erfahrungen, Erlebnisse und Verhaltensweisen urteilen zu können. Wenn diese Reife nicht gegeben ist, ist es fraglich, wie Kinder Kausalattributionen vollziehen können, die z.B. in der Theorie der erlernten Hilflosigkeit bzw. der Hoffnungslosigkeitstheorie (Abramson et al., 1978; Abramson et al., 1989) zentraler Gegenstand sind. Neben der Frage der Angemessenheit der Anwendung dieser Theorien muss man sich in der Forschung zu diesem Themengebiet mit uneinheitlichen Ergebnissen auseinandersetzen, die eine klare Aussage nicht ermöglichen (Lakdawalla et al., 2007). Dies liegt allerdings nicht nur daran, dass Kinder und Jugendliche, die sich noch in einer Entwicklungsphase befinden, Gegenstand der Studien sind, sondern auch daran, dass auf der Grundlage unterschiedlicher Theorien der Depression viele Querschnittstudien und kaum Längsschnittstudien existieren.

Ein Review längsschnittlicher Studie über die Anwendung der kognitiven Theorien der Depression bei Kindern und Jugendlichen von Lakdawalla und Kollegen (2007) beschreibt zwar nur die drei im vorangegangenen Abschnitt (1.4.1) beschriebenen Theorien

mit den jeweiligen empirischen Ergebnissen, aber selbst dies lässt Unterschiede in der Anzahl der Studien und ihren Ergebnissen erkennen.

Für einen Großteil (18 Studien) der prospektiv-längsschnittlichen Studien dient die Hoffnungslosigkeitstheorie nach Abramson und Kollegen (1989) als theoretische Grundlage. Demnach wurden Attributionen als dysfunktionale Kognition noch am meisten untersucht. Alloy und Kollegen konnten im Rahmen des *Temple-Wisconsin Projekts der kognitiven Vulnerabilität für Depression* die postulierten Hypothesen sowohl retrospektiv (2000) als auch prospektiv (2006b) bestätigen. In diesem Projekt wurden Studienanfängerinnen und -anfänger ohne vorherige Erkrankung an einer Achse-I-Störung je nach Ausprägung des negativen kognitiven Stils entweder zu der Gruppe mit hohem oder zu der Gruppe mit geringem Risiko zugeordnet. Ein Vergleich zwischen den Risikogruppen zeigte, dass die Gruppe mit einem eher negativen kognitiven Stil (Hochrisikogruppe) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweist, eine depressive Episode zu entwickeln. In der Literatur findet man auch für jüngere Kinder und Jugendliche Bestätigung der im Rahmen der Hoffnungslosigkeitstheorie postulierten Hypothesen (Conley et al., 2001; Abela, 2001; Hankin & Abramson, 2002). Allerdings besteht bei der Messung dieses Konstrukts ein großes Problem in den eher schlechten psychometrischen Kennwerten der dafür vorgesehenen Instrumente (für eine Übersicht: Hankin & Abramson, 2002).

Für die anderen beiden Theorien des Reviews, die kognitive Theorie nach Beck (1967) und die Theorie des grübelnden Reaktionsstils nach Nolen-Hoeksema (1991), fanden sich jeweils nur zwei prospektive Studien mit uneinheitlichen Ergebnissen (Abela & Sullivan, 2003; Abela et al., 2002; Lewinsohn et al., 2001; Schwartz & Koenig, 1996). Neuere längsschnittliche Studien oder Studien mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus angrenzenden Altersbereichen fanden Bestätigung für ein kognitives Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das nach Beck (1967, 1996) dysfunktionale Einstellungen als kognitive Grundlage hat. So überprüften Abela und D'Alessandro (2002) dieses Modell für 136 Schülerinnen und Schüler des letzten High-School-Jahrgangs mit einem kurzzeitigen Längsschnittdesign und konnten zeigen, dass bei Eintreten eines negativen Lebensereignisses dysfunktionale Einstellungen erhöhte Werte in depressiver Stimmung vorhersagten. Da man bei Schülerinnen und Schülern der letzten Schulklassen davon ausgehen kann, dass diese in ihrem Entwicklungsstand dem jungen Erwachsenenalter schon sehr ähnlich sind, ist es von großer Bedeutung, zu überprüfen, ob man dieses Ergebnismuster nicht auch bei jüngeren Kindern finden kann. Genau mit diesem Gedanken setzten sich Hankin und Kollegen (2008) auseinander und untersuchten an einer Stichprobe von 350 Kindern und Jugendlichen zwischen

11 und 17 Jahren die Entwicklung von depressiven, ängstlichen sowie externalisierenden Symptomen und Stress über vier Messzeitpunkte hinweg in einem Zeitraum von fünf Monaten. In dieser Studie konnte ebenfalls gezeigt werden, dass eine Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen mit negativen Lebensereignissen spätere depressive Symptome vorhersagen konnte.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Untersuchung der kognitiven Theorien im Kindes- und Jugendalter besteht nicht nur in der Fragestellung, ob, sondern auch ab welchem Alter eine Bestätigung für die kognitiven Theorien gefunden werden. Das Review von Lakdawalla und Kollegen (2007) weist bereits darauf hin, dass zwar die Hypothese der kognitiven Vulnerabilität für Depression durch die analysierten Studien unterstützt werden kann, jedoch für Jugendliche größere Effektstärken berichtet werden. Cole und Kollegen (2008) untersuchten in ihrer Längsschnittstudie Kinder und Jugendliche von der 2. bis zur 9. Klasse hinsichtlich ihrer Attributionsmuster als dysfunktionale Kognition und ihre Auswirkungen auf depressive Symptome. Aus einer querschnittlichen Analyse der Attributionsmuster schließen die Autoren, dass die Attributionen negativer Ereignisse schon bei siebenjährigen Kindern konsistent zu finden sind. Es gibt demnach bereits ein Verständnis für das Konstrukt der Ursachenzuschreibung. Längsschnittlich gesehen verändern sich jedoch die Muster im Laufe der Entwicklung und werden stabiler. Schließlich finden die Autoren erst im Alter von 14 oder 15 Jahren, dass ein negativer Attributionsstil mit negativen Lebensereignissen interagiert und dadurch zur Entwicklung depressiver Symptome führt. Im Hinblick auf die dysfunktionalen Einstellungen fanden D'Alessandro und Burton (2006) in ihrer Studie mit Kindern und Jugendlichen von 8 bis 14 Jahren, dass ab 11 Jahren die dysfunktionalen Einstellungen in Interaktion mit Stress zu depressiven Symptomen führten.

Zusammenfassend kann aus diesem Abschnitt geschlossen werden, dass zwar erste Hinweise darauf existieren, dass auch bei Kindern und Jugendlichen ein kognitives Modell der Depression angenommen werden kann, jedoch fehlen eindeutig Längsschnittstudien, die diese Hinweise untermauern könnten. Besonders auf der Grundlage der kognitiven Theorie nach Beck (1967, 1996) sind Studien selten.

1.5 Fragestellungen und Hypothesen

Wie aus den vorherigen Abschnitten (1.1 - 1.4) ersichtlich wird, hat das theoretische und empirische Wissen über die Depressivität, dysfunktionalen Kognitionen und den Stress im Kindes- und Jugendalter in den letzten 25 Jahren zwar deutlich zugenommen, aber die Forschung hat im Vergleich zum Wissensstand bezüglich des Erwachsenenalters noch Aufholbedarf. Das liegt womöglich an mehreren Gründen. Zum einen wurde lange Zeit vernachlässigt, dass es überhaupt Depressionen im Kindes- und Jugendalter geben kann, sodass erst sehr spät mit der Untersuchung von dysfunktionalen Kognitionen als Risikofaktor für Depression bei Kindern begonnen wurde. Darüber hinaus geschah und geschieht dies nicht mit alters- bzw. entwicklungsspezifischen Theorien, sondern mit den auch für das Erwachsenenalter uneinheitlichen kognitiven Theorien der Depression, was wiederum hinsichtlich der Frage der kognitiven Reife der Kinder und somit Passung der für das Erwachsenenalter diskutierten Theorien angezweifelt werden darf. Weiterhin ist der in Relation zur Lebenszeit eher kurze Altersbereich des Kindes- und Jugendalters von vielen biologischen, psychischen und sozialen Entwicklungen und Veränderungen geprägt, sodass bei Untersuchungen mögliche Effekte nicht gut voneinander zu trennen sind. Neben den inhaltlichen Schwierigkeiten können zudem methodische Probleme bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen über einen längeren Zeitraum auftreten. Die Befragung von Kindern und Jugendlichen bringt einen viel größeren Aufwand mit sich als die Befragung von Erwachsenen. Zunächst ist es erforderlich, dass sowohl die zu befragenden Kinder und Jugendlichen als auch deren Eltern der Teilnahme zustimmen müssen. Um ein umfassendes/kohärentes Bild von den Kindern mit in die Analysen aufnehmen zu können, sollten die Eltern zusätzlich befragt werden. Dies könnte wiederum die Teilnahmebereitschaft der Eltern senken. Außerdem ist es aus Gründen des Verständnisses und der daraus resultierenden Validität und Reliabilität abhängig vom Alter der Kinder nicht möglich, etablierte Fragebögen bei der Erhebung zu benutzen, die im Gegensatz zu kindlich aufbereiteten Erhebungsmethoden die zeiteffizientere Variante wären. Ist solch eine Studie über einen längeren Zeitraum mit mehreren Erhebungszeitpunkten konzipiert, müssen zu jedem dieser Erhebungszeitpunkte die Schwierigkeiten der Teilnahmebereitschaft und der passenden Erhebungsmethoden überwunden werden. Aus diesem Grund ist es auch im Forschungsbereich zu dysfunktionalen Kognitionen, Stress und Depression nicht verwunderlich, dass gerade prospektive Studien rar sind.

Dennoch konnte die bisherige Forschung bereits einige Erkenntnisse zusammentragen. So ist empirisch gut belegt, dass Depressionen, wenn auch mit entwicklungspezifischen Symptomen, schon im Kindes- und Jugendalter vorkommen können. Die Prävalenzzahlen gleichen zwar erst ab dem Jugendalter den Zahlen aus dem Erwachsenenalter, jedoch ist in den letzten 30 Jahren eine steigende Tendenz für emotionale Probleme auszumachen (Collishaw et al., 2004; Lehmkuhl et al., 2008). Die schwerwiegenden psychosozialen Folgen, die mit einer depressiven Episode für Kinder und Jugendliche einhergehen, konnten ebenfalls gut herausgestellt werden, wobei es keine Rolle spielt, ob es sich um klinisch diagnostizierbare depressive Episoden oder um eine unterschwellige Depressivität handelt (Bertha & Balasz, 2013). Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Episode zeigen oft emotionale Abhängigkeit, soziale Rückzugstendenzen, Angst, aus denen sich nicht selten auch Probleme in den schulischen Leistungen oder Probleme mit Gleichaltrigen ergeben. Eine für die Depression spezifische Gefahr birgt das erhöhte Risiko für suizidale Gedanken bis hin zu Suizidversuchen der Kinder und Jugendlichen (Birmaher et al., 1996b; Rohde, 1994). Gepaart mit dem einhergehenden erhöhten Risiko für eine weitere depressive Episode im Erwachsenenalter stellt eine Depression im Kindes- und Jugendalter eine ernstzunehmende psychische Erkrankung mit schwerwiegenden Konsequenzen für das weitere Leben dar. Die hohen Remissionsraten sollten davon nicht ablenken (Birmaher et al., 1996b). Keine Einigkeit herrscht bisher bezüglich der Ursachen für den im Übergang vom Kindes- zum Jugendalter auftretenden Geschlechtsunterschied der Prävalenzraten von depressiven Episoden oder in der Depressivität (Angold et al., 1998; Hankin & Abramson, 1999). Neben der relativ hohen Rückfallquote ist noch wenig über den Verlauf von Depressivität sowohl im klinischen als auch subklinischen Bereich bekannt. Erste Untersuchungen lassen auf sowohl stabile als auch veränderbare Anteile der Depressivität schließen (Olatunji & Cole, 2009; Tram & Cole, 2006). Schließlich konnte noch nicht hinreichend geklärt werden, wo die Ursachen für die depressiven Symptome im Kindes- und Jugendalter liegen. Zwar konnten Risikofaktoren identifiziert werden, auf ein einheitliches Ätiologiemodell konnte sich die bisherige Forschung jedoch nicht einigen.

Ein auf diese Weise viel diskutierter Risikofaktor und eine potentielle Ursache für die Depression ist die Ausprägung von dysfunktionalen Kognitionen. Diese sind bereits im Erwachsenenalter zentrales Konstrukt für bekannte Ätiologiemodelle der Depression (Abramson et al., 1989; Beck, 1967; Seligman, 1972). Bisher konnte nur noch nicht hinreichend geklärt werden, inwiefern diese Modelle auch auf das Kindes- und Jugendalter anwendbar sind bzw. welche Bedeutung die dysfunktionalen Kognitionen für die Entwick-

lung von depressiven Symptomen haben (Lakdawalla et al., 2007). Stellen diese tatsächlich Risikofaktoren bzw. mögliche Ursachen oder doch eher Begleiterscheinungen oder sogar Konsequenzen der Depressivität dar? Die Anwendbarkeit dieser Theorien aus dem Erwachsenenbereich muss angezweifelt werden, da nicht gesichert ist, ob die Kognitionen der Kinder schon so weit entwickelt sind, dass eine Dysfunktion derselben deutlich gemacht bzw. verhaltenswirksam werden könnte. Aus dem Abschnitt zur Entwicklung von Kognitionen (1.2.1.2) wird ersichtlich, dass die einen Aspekte der Kognition ab dem Grundschulalter schon gut entwickelt sind. Andere Aspekte aber unterliegen wiederum weiterhin ständigen Veränderungen bzw. Weiterentwicklungen, sodass noch keine eindeutige Antwort auf die Frage nach der kognitiven Reife gegeben werden kann. Daraus folgt, dass bei der Untersuchung der dysfunktionalen Kognitionen, die biologische, soziale und kognitive Ursachen haben können (Hankin et al., 2009b; Ingram, 2001), gerade bei Kindern immer erst gezeigt werden sollte, ob diese bereits stabil abbildbar sind. Daran knüpfen sich weitere Fragen nach Alters- und Geschlechtsunterschieden und dem Verlauf an, die in der bisherigen Forschung nicht hinreichend untersucht wurden. Erste Ergebnisse zur Entwicklung der dysfunktionalen Kognitionen geben – ähnlich wie beim Verlauf der Depressivität – Hinweise auf stabile und veränderbare Anteile (Hankin et al., 2008).

Wenn es um die Erklärung psychischer Störungen bzw. um die Analyse bestimmter Risikofaktoren geht, geben Vulnerabilitäts-Stress-Modelle meist ein vollständigeres Bild ab als eine isolierte Betrachtung der einzelnen Risikofaktoren (Ingram & Luxton, 2005). Die kognitiven Theorien der Depression sehen auch im Rahmen ihrer Modelle stets einen Stressfaktor vor, durch den der Risikofaktor der dysfunktionalen Kognition zu depressiven Symptomen führt. Es sind demnach kognitive Vulnerabilitäts-Stress-Modelle der Depression. Der Faktor Stress kann dabei viele Formen annehmen und auf vielfältige Weise mit der psychischen Störung zusammenhängen (Grant et al., 2003; Hammen, 2005). Bei der Untersuchung der Auswirkungen von Stress auf depressive Symptome konnte bisher auch im Kindes- und Jugendalter herausgestellt werden, dass meist abhängige, interpersonale Stressoren – akut und chronisch – die Depressivität am stärksten beeinflussen können (Hammen, 2006; Harkness et al., 2008). Gemäß dem Modell von Grant und Kollegen (2004) können sich die Zusammenhänge zwischen dem Stressfaktor und der Depression direkt oder indirekt gestalten. An dieser Stelle gelangt man erneut zum kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modell, so jedoch von der anderen Seite. Während im Rahmen der Diathese-Stress-Modelle der Stress der Moderator in dem Beziehungsgefüge darstellt, ist die Diathese im Modell von Grant und Kollegen (2004) der Moderator. Gemeinsam ist den Modellen, dass

beide Faktoren zusammen einen Einfluss auf die depressiven Symptome haben. Grant und Kollegen (2004) berücksichtigen in ihrem Modell allerdings auch die umgekehrte Beeinflussung der depressiven Symptome auf den Stress, was in der Forschung unter der stress generation (Hammen, 1991) bekannt wurde. Rückkoppelungsprozesse zwischen den depressiven Symptomen und den dysfunktionalen Kognitionen oder zwischen den dysfunktionalen Kognitionen und dem Stress sind denkbar, wurden aber bislang kaum untersucht.

Die bisherigen kognitiven Modelle der Depression wurden im Kindes- und Jugendalter im Vergleich noch eher selten überprüft, sodass auch nur wenige prospektive Studien durchgeführt wurden, die diese Modelle eigentlich verlangen (Lakdawalla et al., 2007). Das wohl bekannteste kognitive Modell der Depression nach Beck (1967) wurde dabei praktisch noch gar nicht zugrunde gelegt. Die Folge daraus sind uneinheitliche und uneindeutige Ergebnisse, die einerseits das Modell bestätigen, andererseits wieder keine oder nur teilweise eine Bestätigung finden (Abela & Sullivan, 2003; D'Alessandro & Burton, 2006; Lewinsohn et al., 2001). Auch an dieser Stelle besteht großer Forschungsbedarf.

Auch wenn das Auftreten depressiver Episoden im Kindes- und Jugendalter vergleichsweise gering ist, zwingen die schwerwiegenden Konsequenzen in diesem Altersbereich, zu versuchen, die genannten Wissenslücken zu füllen. Mit der vorliegenden Untersuchung soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die Zusammenhangsstrukturen, die zur Erklärung der depressiven Symptome beitragen, weiter zu erhellen.

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Untersuchungsarbeit besteht darin, im Rahmen von quer- und längsschnittlichen Analysen herauszufinden, welche spezifische Bedeutung die dysfunktionalen Kognitionen, hier die dysfunktionalen Einstellungen, für die depressive Symptomatik im Kindes- und Jugendalter aufweisen. Stellen diese ihre Ursache, ein Epiphänomen oder eine Konsequenz der Depressivität dar? Da die Untersuchung von dysfunktionalen Kognitionen als Risiko- bzw. Vulnerabilitätsfaktor meist im Rahmen von sogenannten kognitiven Vulnerabilitäts-Stress-Modellen durchgeführt wird, soll der Einfluss von Stress dabei ebenso in den Analysen berücksichtigt werden.

Im Spezifischen sollen zunächst die drei zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen, Stress (durch Aspekte kritischer Lebensereignisse operationalisiert) näher untersucht werden. Dabei werden im Querschnitt mögliche Alters- und Geschlechtseffekte auf die jeweiligen Ausprägungen und Zusammenhänge zwischen den Konstrukten analysiert. Bezugnehmend auf die bisherige Forschungsliteratur mag zwar ange-

nommen werden, dass Jugendliche eine höhere Depressivität aufweisen (Preiß & Remschmidt, 2007; Wittchen et al., 1998) und von mehr Stress (Mezulis et al., 2010) berichten als Kinder, und dass ebenso Mädchen ab dem Jugendalter mehr depressive Symptome (Hankin et al., 1998; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002;) und mehr Stress (Davis et al., 1999; Rudolph & Hammen, 1999) berichten als Jungen. Über mögliche Alters- und Geschlechtseffekte hinsichtlich der dysfunktionalen Einstellungen ist jedoch wenig bekannt, sodass diese Frage offen bleibt und die Analysen dahingehend explorativ sein werden. Bezogen auf die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten werden aus der Empirie heraus positive Assoziationen angenommen (Garber & Flynn, 2001; Kendler et al., 1999), die zusätzlich auf mögliche Alters- und Geschlechtseffekte untersucht werden sollen. Ergänzend soll bereits im Querschnitt die kognitive Theorie nach Beck (1967, 1996) überprüft und dafür der Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der depressiven Symptomatik unter Berücksichtigung des Stressfaktors analysiert werden. Im Längsschnitt soll jeweils der Verlauf der Depressivität und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen näher betrachtet werden. Hierbei soll zunächst die Frage nach der Stabilität der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen im Vordergrund stehen. Zeigen die Ausprägungen der Depressivität im Kindes- und Jugendalter eine ähnliche Stabilität wie im Erwachsenenalter? Besonders die Frage nach der Stabilität der dysfunktionalen Einstellungen im Kindes- und Jugendalter ist in diesem Zusammenhang von Interesse. Als postulierter persönlicher Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung der Depression sollte die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen einer Person einem Trait ähnlich über die Zeit stabil sein. Doch kann diese Stabilität in einer Phase der Entwicklung in Kindheit und Jugend schon ausreichend vorhanden sein? Für die Untersuchung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz, soll analysiert werden, wie sich die Ausprägungen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit in Abhängigkeit voneinander verändern. Ausgehend von der kognitiven Theorie nach Beck (1967, 1996) soll die Analyse der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache durch die Einbeziehung der kritischen Lebensereignisse als Stressfaktor weiter spezifiziert werden. In den folgenden Abbildungen (3-6) sind die longitudinalen Fragestellungen zusammenfassend dargestellt.

Ließe sich ausschließlich ein querschnittlicher korrelativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der Depressivität herausstellen (s. Abbildung 3), wäre daraus zu schlussfolgern, dass die dysfunktionalen Einstellungen eher Epiphänomen bzw. Symptom der Depression sind.

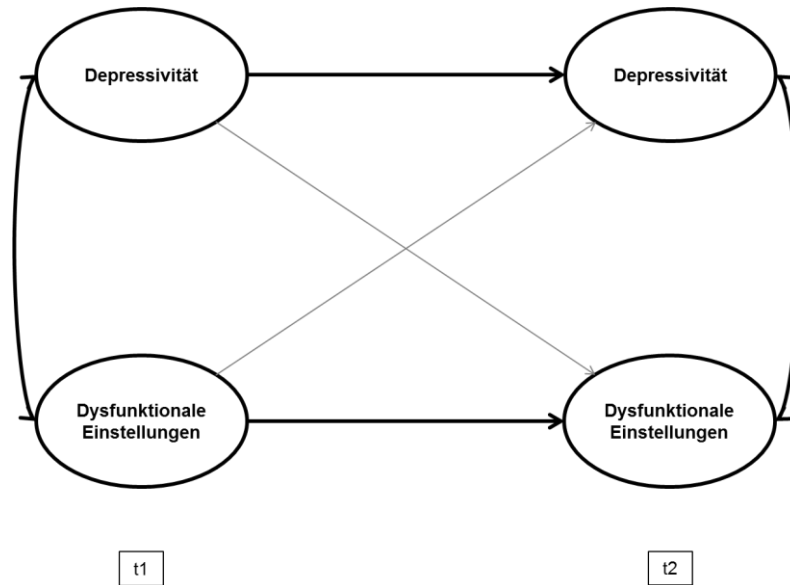


Abbildung 3. Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Epiphänomen für die Entwicklung der Depressivität. t1 = Zeitpunkt 1, t2 = Zeitpunkt 2.

In der Forschungsliteratur wird ebenfalls diskutiert, ob die dysfunktionalen Einstellungen eine sogenannte „Narbe“ (Rohde, 1994) einer vorangegangenen depressiven Episode darstellen. In dem Fall würde man erwarten, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum zweiten Messzeitpunkt abhängig von der Ausprägung der Depressivität zum ersten Messzeitpunkt ist. Ist die Depressivität zum ersten Messzeitpunkt hoch ausgeprägt, so sollte sich die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum zweiten Messzeitpunkt erhöhen (s. Abbildung 4). In dem Fall würde man davon ausgehen, dass die dysfunktionalen Einstellungen eine Konsequenz der Depressivität darstellen.

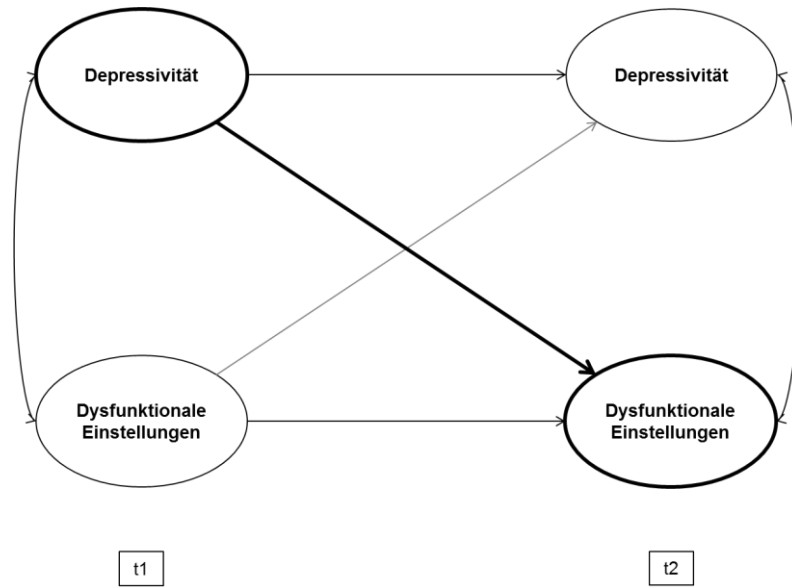


Abbildung 4. Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Konsequenz für die Entwicklung der Depressivität. t1 = Zeitpunkt 1, t2 = Zeitpunkt 2.

Wäre die Ausprägung der Depressivität zum zweiten Messzeitpunkt abhängig von der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum ersten Messzeitpunkt in der Weise, dass frühere höhere Werte in den dysfunktionalen Einstellungen spätere höhere Werte in der Depressivität nach sich ziehen, so würde dies auf die dysfunktionalen Einstellungen als Ursache hinweisen (s. Abbildung 5). Die Erweiterung dieser Annahme durch das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967, 1996) würde darin bestehen, dass die dysfunktionalen Einstellungen in Interaktion mit eintretenden kritischen Lebensereignissen die Ursache für eine erhöhte depressive Symptomatik darstellen und deren erhöhte Ausprägung zu einer erhöhten depressiven Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt führen (s. Abbildung 6).

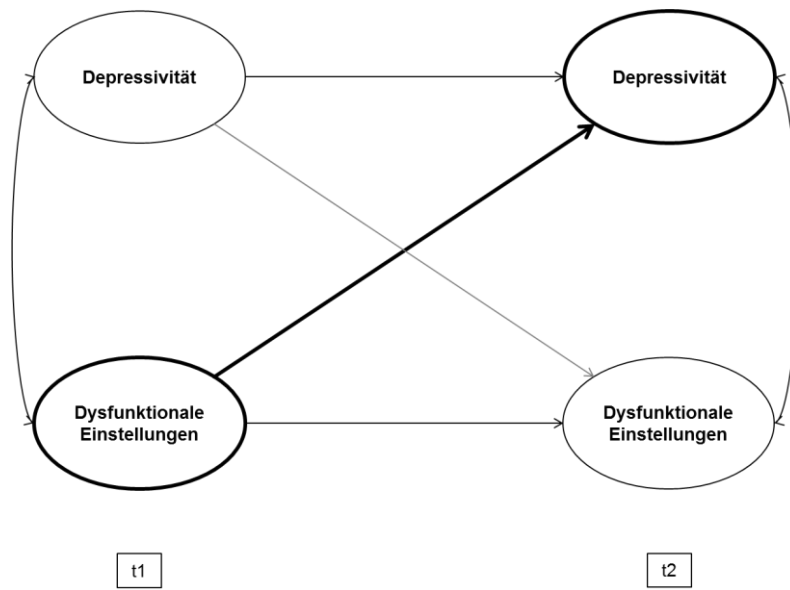


Abbildung 5. Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für die Entwicklung der Depressivität. t1 = Zeitpunkt 1, t2 = Zeitpunkt 2.

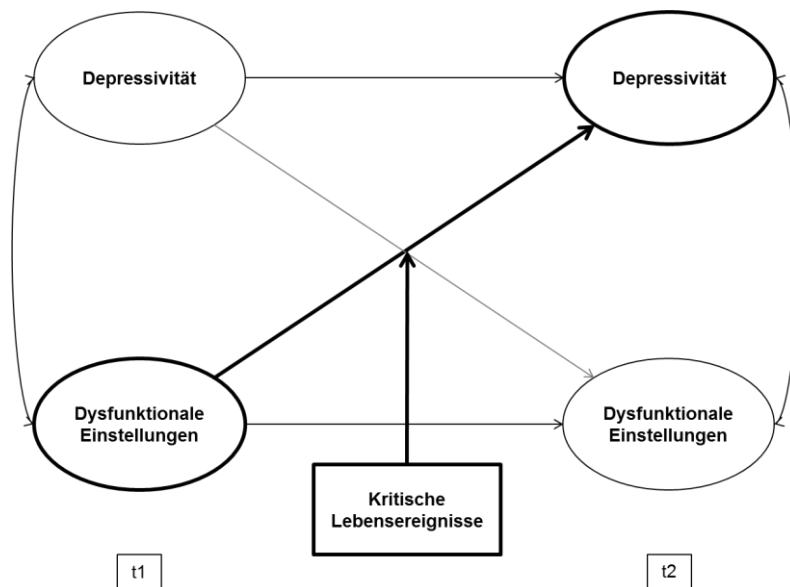


Abbildung 6. Schematische Darstellung für die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für die Entwicklung der Depressivität in Verbindung mit dem Eintreten von Stress in Form von kritischen Lebensereignissen.

Da gerade die Anwendbarkeit der kognitiven Theorie der Depression im Kindes- und Jugendalter getestet werden soll, wird im Rahmen dieser Forschungsarbeit ebenfalls überprüft, ab welchem Alter bzw. welcher Altersspanne dysfunktionale Einstellungen abbildbar bzw. wirkungsvoll werden und ab wann die innerhalb der Theorie postulierte Interaktion mit den kritischen Lebensereignissen zu finden ist.

Im Folgenden sind die spezifischen querschnittlichen (1.5.1) und längsschnittlichen (1.5.2) Fragestellungen und dazugehörigen aufgestellten Hypothesen näher beschrieben.

1.5.1 Fragestellungen im Querschnitt

Querschnittliche Analysen sollen sich zunächst den allgemeinen Fragestellungen bezüglich der Alters- und Geschlechtseffekten der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse und ihrer Assoziationen untereinander widmen. Ein Großteil dieser Analysen stellt dabei Replikationen bereits existierender Forschungsergebnisse dar. Obwohl die kognitive Theorie der Depression nach Beck (1967) für eine eindeutige Überprüfung einen Längsschnitt verlangt, soll bereits im Querschnitt dieser Zusammenhang überprüft werden. Demzufolge werden folgende Hypothesen im Querschnitt analysiert und überprüft:

Alters- und Geschlechtseffekte

1. Es existieren Alters- und Geschlechtseffekte hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität in der Weise, dass Jugendliche und Mädchen im Gegensatz zu Kindern und Jungen eine höhere Ausprägung der Depressivität aufweisen.
2. Da dieser Forschungsbereich kaum untersucht wurde, soll exploriert werden, ob Alters- und Geschlechtseffekte hinsichtlich der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zu finden sind.
3. Es existieren Alters- und Geschlechtseffekte hinsichtlich der Belastung durch kritische Lebensereignisse in der Weise, dass Jugendliche und Mädchen stärker durch kritische Lebensereignisse belastet sind als Kinder und Jungen.

Zusammenhänge zwischen Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen

4. Die zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und die kritischen Lebensereignisse sind unabhängig von Alter und Geschlecht alle positiv miteinander assoziiert.
5. In Anlehnung an Beck (1967) wird angenommen, dass der positive Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität durch die kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) beeinflusst wird. Je höher die Anzahl bzw. je stärker die Belastung ist, desto stärker ist der positive Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität. Mögliche Altersgruppeneffekte sollen explorativ untersucht werden.

1.5.2 Fragestellungen im Längsschnitt

Die längsschnittlichen Fragestellungen und die daraus folgenden Analysen stellen den Mehrwert der vorliegenden Arbeit dar. Wie in den vorangegangenen Kapiteln der Theorie schon zusammenfassend erläutert, fehlen in dem untersuchten Forschungsgebiet aussagekräftige Längsschnittanalysen. Dies gilt insbesondere für den Altersbereich des Kindes- und Jugendalters und für das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967) in diesem Altersbereich. Demnach soll versucht werden, die Frage zu beantworten, ob im Kindes- und Jugendalter die dysfunktionalen Einstellungen Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz der Depressivität darstellen. In diesem Zusammenhang soll zunächst der longitudinale Verlauf der Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen einzeln auf mögliche Stabilität hin, anschließend in einem gemeinsamen Modell auf wechselseitige Einflüsse hin analysiert werden. Schließlich wird das kognitive Modell nach Beck (1967), wonach die dysfunktionalen Einstellungen in Verbindung mit eintretenden kritischen Lebensereignissen zu einer erhöhten depressiven Symptomatik führen, überprüft. Demzufolge werden im Längsschnitt folgende Hypothesen exploriert und überprüft:

Verlauf der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen

1. Die Ausprägung der Depressivität weist über die beiden Messzeitpunkte hinweg Stabilität auf.
 - a. Es existieren hierbei Altersgruppenunterschiede in der Weise, dass die Ausprägung der Depressivität über die Zeit unter Kindern weniger stabil ist als unter Jugendlichen.
2. Die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen weist über die beiden Messzeitpunkte hinweg Stabilität auf.
 - a. Bei der Entwicklung der dysfunktionalen Einstellungen existieren Altersgruppenunterschiede, wonach die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen unter Jugendlichen stabiler ist als die Ausprägung unter Kindern.

Longitudinale Zusammenhänge der Depressivität, der dysfunktionalen Einstellungen und der kritischen Lebensereignisse

3. Es werden wechselseitige dynamische Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der Depressivität erwartet, wobei die Form dieser Beziehungen und mögliche Altersgruppeneffekte explorativ analysiert werden sollen.
 - a. Zeigen die beiden Konstrukte Depressivität und Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen ausschließlich bedeutsame querschnittliche Zusammenhänge (*dysfunktionale Einstellungen als Epiphänomen*)?
 - b. Zeigt sich ausschließlich ein längsschnittlicher Einfluss der Depressivität auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen (*dysfunktionale Einstellungen als Konsequenz*)?
 - c. Zeigt sich ausschließlich ein längsschnittlicher Einfluss der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen auf die Depressivität (*dysfunktionale Einstellungen als Ursache*)?
4. In Anlehnung an Beck (1967, 1996) wird angenommen, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum ersten Messzeitpunkt in Interaktion mit kritischen Lebensereignissen (Anzahl und Belastung) zu einer erhöhten Depressivität

zum zweiten Messzeitpunkt führt. Mögliche Altersgruppeneffekte sollen explorativ untersucht werden.

2 METHODEN

Der empirische Teil der Arbeit beginnt mit der Beschreibung des methodischen Vorgehens. Nach einer Einführung in die Datengrundlage (2.1), in den Studienverlauf (2.2) und das Studienprozedere (2.3) folgt die Beschreibung der Stichprobe, auf welche sich die Analysen der vorliegenden Untersuchung stützen (2.4). Weiterhin werden die für die Arbeit genutzten Instrumente vorgestellt (2.5). In den letzten beiden Abschnitten dieses Kapitels werden die für die vorliegende Studie spezifischen vorbereitenden Analysen berichtet (2.6) und die Analysemethoden entlang der Fragestellungen beschrieben (2.7).

2.1 Datengrundlage

Die Daten für die Analysen der vorliegenden Untersuchung stammen aus der *Potsdamer Studie zu Intrapersonalen Entwicklungsrisiken* (kurz: PIER-Studie), durchgeführt an der Universität Potsdam. Diese Studie entstand im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Graduiertenkollegs *Intrapersonale Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter 1668/1* aus den Jahren 2011 bis 2015, an dem 12 Promotionsstudierende beteiligt sind und sich auf die zwei Zentralprojekte der Studie (ZP-1 und ZP-2) verteilen.

Die Stichprobe des ZP-1 entstammte einer bereits existierenden Längsschnittstichprobe aus vorangegangenen wissenschaftlichen Studien um Esser und Kollegen (Esser & Wyschkon, 2010; Esser et al., 2008) und des vorherigen Promotionsprogramms *Developmental Psychopathology and Evidence-based Intervention* der Universität Potsdam. Die erste Erhebung dieser Längsschnittstichprobe erfolgte in den Jahren 2005 und 2006 an 3.538 Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter (3 bis 13 Jahre) sowie ihren Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrern als sogenannte Klumpenstichprobe. Hierbei wurden bezogen auf die Daten des Statistischen Bundesamts vom Mai 2005 solche Kindergärten und Grundschulen aus dem Gebiet im Raum Potsdam und Potsdam-Mittelmark ausgewählt, die der Verteilung auf städtisches, mittelstädtisches und ländliches Gebiet in der Bundesrepublik Deutschland entsprachen. Des Weiteren wurde berücksichtigt, dass die ausgewählten Einrichtungen aus fünf der sechs Sozialräume Potsdams stammen, um möglichst alle sozioökonomischen Schichten in der Stichprobe abbilden zu können. Es wurde angestrebt, möglichst alle Kinder der ausgesuchten Kindergärten und Schulen zu untersuchen. In den Jah-

ren zwischen 2007 und 2009 fand die nächste Erhebung der Stichprobe statt, an der dann insgesamt 2.517 Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren, ihre Eltern und ihre Lehrerinnen bzw. Lehrer teilgenommen haben.

Für die Erhebung im Rahmen der PIER-Studie galt diese als ZP-1-Stichprobe, welche nun erneut zu zwei Messzeitpunkten (im Folgenden stets abgekürzt mit MZP; t3 und t4) erhoben sowie untersucht werden sollte und als Datengrundlage für die vorliegende Untersuchung dient. Dazu wurden die Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Familien ($N = 2.517$) für den ersten MZP das erste Mal im August 2011 und für den zweiten MZP zwei Jahre später im Mai und Juni 2013 schriftlich kontaktiert und über die PIER-Studie sowie die geplante Erhebung informiert. Das Vorgehen dabei wird in den nächsten Abschnitten (2.2 und 2.3) näher erläutert.

2.2 Studienverlauf

Zum Studienverlauf wird im Folgenden berichtet, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie kontaktiert wurden (2.2.1) und wie sich die Teilnehmerzahlen über die beiden MZP hinweg zusammengesetzt und verändert haben (2.2.2 und 6.2.3).

2.2.1 Kontaktaufnahme mit den teilnehmenden Familien und Kindern bzw. Jugendlichen sowie mit den betreffenden Schulen

Insgesamt wurden im August 2011 2.517 Familien bzw. Kinder und Jugendliche schriftlich kontaktiert. Im Anschreiben wurden die Familien von der neuen Studie informiert und um das Einverständnis zur Teilnahme an der PIER-Studie von den Eltern bzw. von bereits volljährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gebeten. Wenn auf die erste Kontaktaufnahme nicht reagiert wurde, wurden für eine möglichst hohe Rückmeldequote die Familien mit noch ausstehenden Antworten bis zu dreimal entweder telefonisch oder schriftlich erneut kontaktiert. Für den zweiten Erhebungszeitraum von Mai 2013 bis März 2014 wurden dieselben Familien ungeachtet der vorherigen Teilnahme erneut zunächst postalisch kontaktiert mit der Information darüber, dass in Kürze die nächste Welle der PIER-Studie starten wird und mit der Bitte, (wieder) an der Studie teilzunehmen.

Waren die Familien oder die Kinder und Jugendlichen so weit weg verzogen, dass eine persönliche Befragung nicht möglich gewesen wäre, so wurden die Fragebögen der aktuellen Welle der Studie mit Einverständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer postalisch versandt und um Beantwortung gebeten. War eine Befragung im Schulkontext, so wie es vorgesehen war, nicht möglich, wurde den Eltern und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern angeboten, die Befragung entweder bei den Familien zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Universität Potsdam am Campus Golm oder in der Potsdamer Innenstadt durchzuführen.

Da die Befragungen im schulischen Kontext stattfinden sollten, wurden von den aktuell teilnehmenden Kindern und Jugendlichen Schulinformationen, wie der Name der besuchten Schule, die besuchte Klasse und der Name des Klassenlehrers bzw. der Klassenlehrerin, erfragt. Anschließend wurden sämtliche Schulen, die von mindestens einer Teilnehmerin oder einem Teilnehmer angegeben wurden, ebenfalls schriftlich kontaktiert und um die Unterstützung der PIER-Studie in Form von Unterrichtszeit und Räumen für die Befragungen gebeten. Als Dankeschön für die Unterstützung wurde den Schulen mitgeteilt, dass sie am Ende der Erhebungen einen Abschlussbericht der PIER-Studie erhalten würden. Mit dem schriftlichen Einverständnis der Schulen wurden die endgültigen Befragungstermine in Absprache mit den Familien und Schulen festgelegt.

2.2.2 Teilnehmerzahlen zum ersten MZP von September 2011 bis Dezember 2012

Zum ersten MZP von September 2011 bis Dezember 2012 konnten von 1.489 Kindern und Jugendlichen erneut Daten erhoben werden, was einer Ausschöpfungsquote von 59.2% entspricht. Das ist zwar nur etwas mehr als die Hälfte der Ausgangsstichprobe aus den Jahren 2007 und 2009, allerdings sollten bei der Beurteilung dieser Quote folgende Aspekte beachtet werden. Zunächst liegt hier ein Zeitintervall von mindestens zwei Jahren vor, in denen die teilnehmenden Familien nicht darauf vorbereitet waren, dass es eine weitere Studie mit zusätzlichen Erhebungen geben soll. Dieser Umstand führt nachvollziehbarerweise auf Unverständnis, Überraschung und auch zum „Unvorbereitet sein“. In der heutigen mobilen Gesellschaft sind Familien weggezogen oder Jugendliche haben mit der Berufsausbildung begonnen und leben nicht mehr im elterlichen Haushalt. Hinzu kommt, dass auch in der verantwortlichen Einrichtung der Universität Potsdam ursprünglich nicht geplant war,

dass die Studie weitergeführt werden soll, sodass eine sogenannte Panelpflege ausgeblieben ist. Die meisten der 1.028 nicht teilnehmenden Familien sagten ihre Teilnahme bereits zu Beginn entweder schriftlich oder telefonisch ab (59.5%) oder reagierten auf gar keinen Kontaktversuch (31.8%). Lediglich ein geringer Anteil von 8.7% nahm an der Befragung aus anderen Gründen der Nichterreichbarkeit (unbekannt verzogen, Auslandsaufenthalt des Kindes, spätere Absage) nicht teil.

2.2.3 Teilnehmerzahlen zum zweiten MZP von Mai 2013 bis März 2014

Obwohl bereits zum ersten MZP bei weitem nicht alle der angeschriebenen Familien an der Studie teilgenommen haben, wurde für den zweiten Erhebungszeitraum erneut die ursprünglichen 2.517 Familien angeschrieben und die weitere Teilnahme erfragt. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass bei dieser Längsschnittstichprobe über einen längeren Zeitraum hinweg auch zu jedem MZP die höchstmögliche Ausschöpfungsquote erzielt werden kann.

Zum zweiten MZP (t4) lagen zu insgesamt 1.297 Kindern und Jugendlichen Daten vor, davon haben 1.122 bereits zum letzten Messezeitpunkt teilgenommen, was einer direkten Ausschöpfungsquote relativ zum vorherigen MZP ($n_{t3} = 1.489$) von ca. 75.4% entspricht. Neu hinzugekommen sind 175 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den ersten MZP (t3) ausgelassen und zum zweiten MZP (t4) dazu gestoßen sind. In Abbildung 7 ist der Studienfluss im Allgemeinen für die gesamte PIER-Studie und spezifisch für die vorliegende Untersuchung dargestellt.

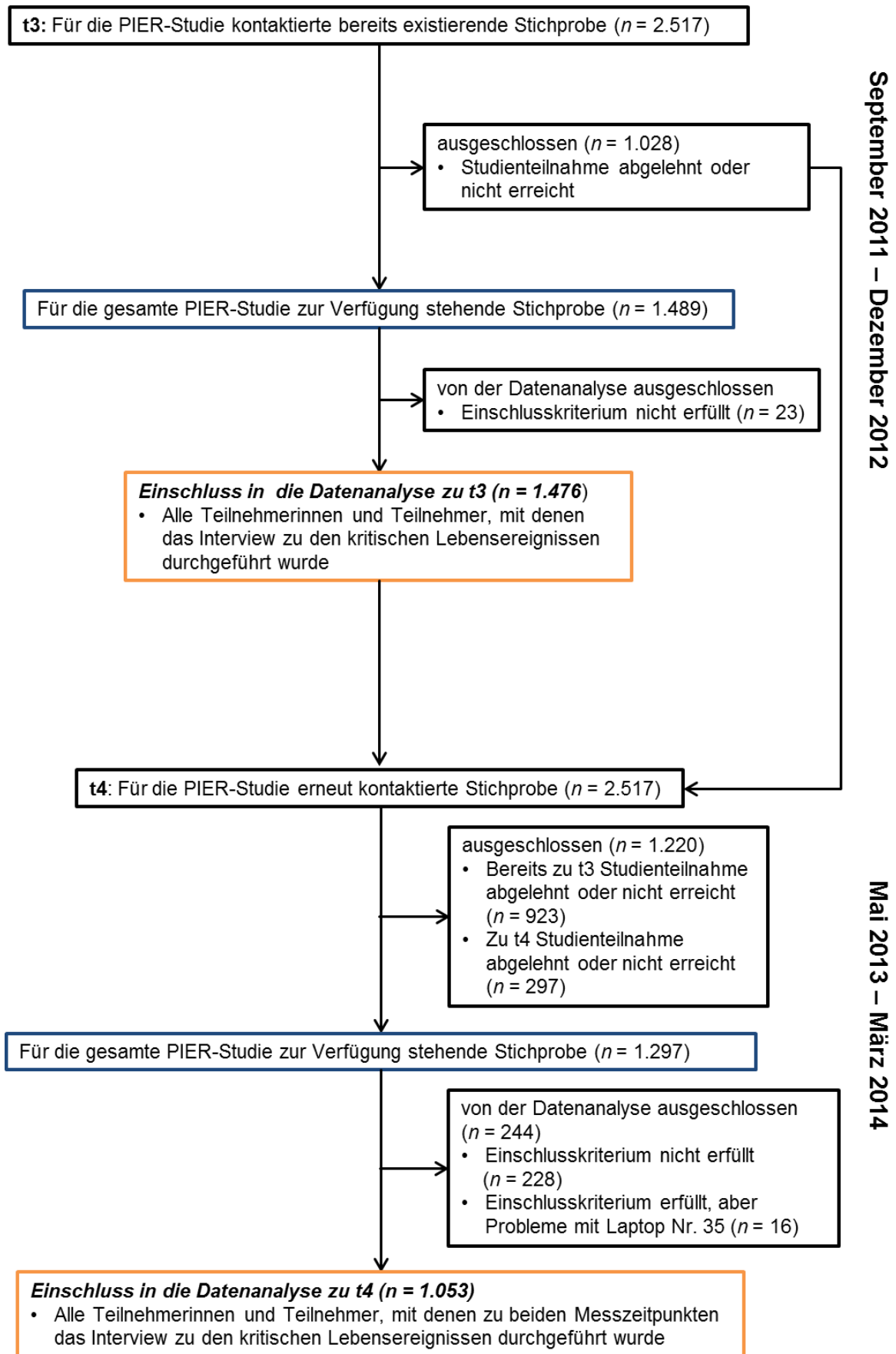


Abbildung 7. Studienfluss der PIER-Studie und der vorliegenden Untersuchung.

2.3 Studienprozedere

Das Studienprozedere beschreibt, wie sich die Befragung der Kinder und Jugendlichen an den Schulen (2.3.1) und die Befragung der Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer (2.3.2) gestaltet hat.

2.3.1 Befragung der Kinder und Jugendlichen

Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden zu beiden MZP (t3: 2011/2012 und t4: 2013/2014) in einer 1.5 bis 2-stündigen Einzelsitzungen von ausgewählten und im Rahmen einer zwei Tage umfassenden Schulung trainierten Testleiterinnen und Testleitern befragt. Diese waren Doktorandinnen des Graduiertenkollegs sowie Studentinnen und Studenten der Psychologie, Erziehungswissenschaften und Patholinguistik von Universitäten in Brandenburg und Berlin. Die Testleiterinnen und Testleiter wurden in einem gesonderten Schreiben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Durchführung dieser Einzelsitzungen fand zum größten Teil an den Schulen der partizipierenden Kinder und Jugendlichen während der Unterrichtszeit statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu den abgestimmten Terminen von den Testleiterinnen und Testleitern aus dem Unterrichtsraum abgeholt, zum Befragungsraum gebracht und nach der Befragung wieder in den Unterrichtsraum zurückgebracht. Lag entweder kein Einverständnis der Schulen vor oder wollten die Familien nicht, dass die Kinder und Jugendlichen Unterrichtsstoff verpassten oder waren zu dem Zeitpunkt Schulferien, so wurden die Befragungen entweder bei den partizipierenden Familien zu Hause oder in den universitären Einrichtungen der Universität Potsdam am Campus Golm oder in der Potsdamer Innenstadt durchgeführt.

Die aus Fragebögen und Testverfahren bestehende Testbatterie wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den ersten Wochen des ersten Erhebungszeitraums in Papierversion vorgelegt. Die Testleiterinnen und Testleiter gaben zunächst die Instruktionen für die Fragebögen und erklärten die Antwortformate. Die Beantwortung der Fragebögen erfolgte dann eigenständig. Nach der Überprüfung einer computerisierten Form wurden die Testungen in beiden Erhebungszeiträumen ausschließlich mit Laptops durchgeführt (t3: 62.3%; t4: 92.3%) und nur in Notfällen (z.B. Ausfall der Laptops oder Probleme mit der Computersoftware) wurde auf die Papierversionen zurückgegriffen. Bei ungenügender Lesefähigkeit wurde das gesamte Fragebogeninstrument mit Ausnahme des Fragebogens zur

Depressivität von den Testleiterinnen und Testleitern mit einer Vorleseversion des Instruments vorgelesen. Die Kinder und Jugendlichen beantworteten die einzelnen Fragen dann eigenständig in ihrer eigenen Version. Für die Teilnahme bekamen die Kinder und Jugendlichen am Ende der Sitzung einen Kinogutschein und ab dem zweiten MZP zusätzlich zwei Buttons. Auf Wunsch bekamen sie zusätzlich eine individuelle Rückmeldung zu ihren Ergebnissen.

2.3.2 Befragung der Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer

Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer wurden ebenfalls zu den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen befragt. Im Rahmen von Fragebogenbatterien konnten die Eltern und Lehrer entweder in einer Papierversion oder in einer Online-Version Angaben zu den Kindern und Jugendlichen machen. Den Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrern wurden die Fragebögen in Papierversion mit einem vorfrankierten Briefumschlag zugeschickt und zusätzlich wurden sie in diesen Briefen auf einen Link hingewiesen, mit dem sie zur Onlineversion des Fragebogens gelangten. Die Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer, die die Papierversion ausgefüllt hatten, schickten diese wieder zurück an die Universität Potsdam. Die Onlinedaten konnten direkt eingelesen werden. Zu t3 beantworteten 1.394 Eltern (86.7% Papierversion) den Fragebogen zu ihren Kindern und Jugendlichen. Weiterhin wurde zu 1.070 Kindern und Jugendlichen der Lehrerfragebogen beantwortet (96.2% Papierversion). Zu t4 lagen 1.271 Elternangaben (83.2% Papierversion) und 817 Lehrerangaben (84.6% Papierversion) vor.

Als Dankeschön für die Teilnahme bekamen die Eltern eine Ergebnisrückmeldung über ihre eigenen Angaben zu ihren Kindern. Den Lehrerinnen bzw. Lehrern wurde für die Teilnahme zusammen mit dem Fragebogen ein Büchergutschein einer Buchhandlung in Höhe von 10€ überreicht.

2.4 Stichprobe

Da für die Themen der vorliegenden Untersuchung (Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse) vorrangig die Innensicht der Befragten ausschlaggebend ist, sollten sich die Analysen ausschließlich auf die Selbstbeurteilungen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen beziehen. Lediglich die Elternangaben, die Auf-

schluss über den sozioökonomischen Status der Kinder geben, wurden berücksichtigt. Um möglichst vollständige Angaben zu den Kindern und Jugendlichen zu haben, war zu beiden MZP das Inklusionskriterium die Teilnahme am Interview zu den kritischen Lebensereignissen. Das Vorhandensein dieses Interviews konnte gewährleisten, dass die Vollständigkeit der Daten unabhängig von der Darbietung oder Durchführung der Befragung war. Wenn das Interview durchgeführt wurde, so wurde auch die computerisierte Fragebogenbatterie mit den übrigen für die Untersuchung wichtigen Fragebögen durchgeführt. Wenn man sich auf das Vorhandensein eines anderen Fragebogens innerhalb der Fragebogenbatterie bezogen hätte, so wären abhängig von der Durchführungsart (persönlich, telefonisch, postalisch), also nach „Design“, mehr fehlende Werte produziert worden. Das Interview zu den kritischen Lebensereignissen konnte nur bei persönlicher oder telefonischer Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durchgeführt werden.

Nach diesen Vorgaben bestehen für die vorliegende Untersuchung die Stichprobe zu t3 im Querschnitt aus 1.476 Kindern und Jugendlichen und die Stichprobe im Längsschnitt (t3-t4) aus 1.053 Kindern und Jugendlichen. Diese Stichproben (2.4.1) und die jeweilig gebildeten Substichproben (2.4.2) werden im Folgenden näher beschrieben.

2.4.1 Gesamtstichproben zum ersten MZP (t3) und zum zweiten MZP (t4)

Die Beschreibung der Gesamtstichprobe bezieht sich auf die allgemeine Alters- und Geschlechtsverteilung (2.4.1.1), Schulklassenverteilung (2.4.1.2) und den sozioökonomischen Status (2.4.1.3), der durch die Elternangaben dargestellt wird.

2.4.1.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Die Querschnittsstichprobe zu t3 umfasst insgesamt 1.476 Jungen und Mädchen im Alter zwischen 9 und 19 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei knapp 13 Jahren liegt ($M = 12.88$) und um etwa 2 Jahre ($SD = 2.02$) streut. Aus Abbildung 8 wird ersichtlich, dass die Altersverteilung rechtsschief verteilt ist (Schiefe = .35) und mehr als die Hälfte der Kinder der Stichprobe 13 Jahre oder jünger sind (62.2%). In der zu analysierenden Querschnittsstichprobe befinden sich demnach mehr Kinder als Jugendliche.

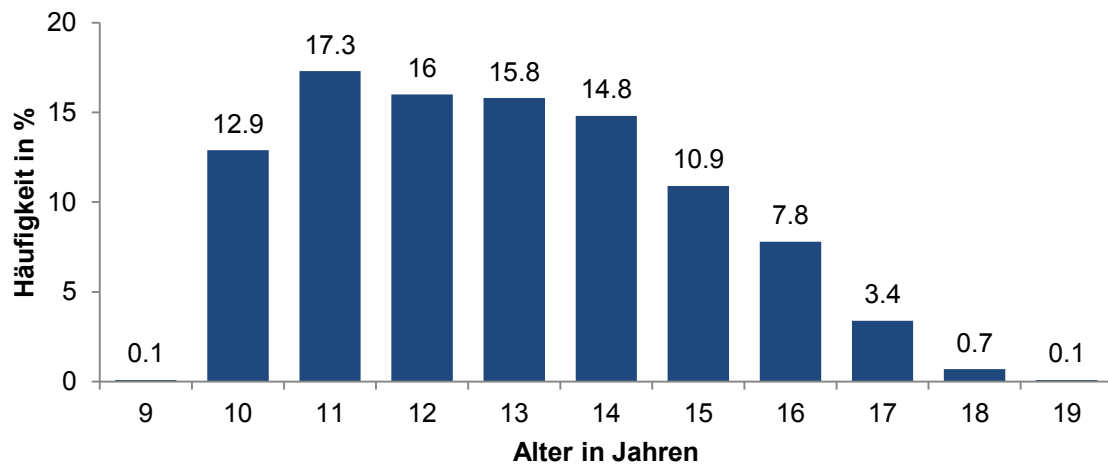


Abbildung 8. Altersverteilung der Gesamtstichprobe zu t3.

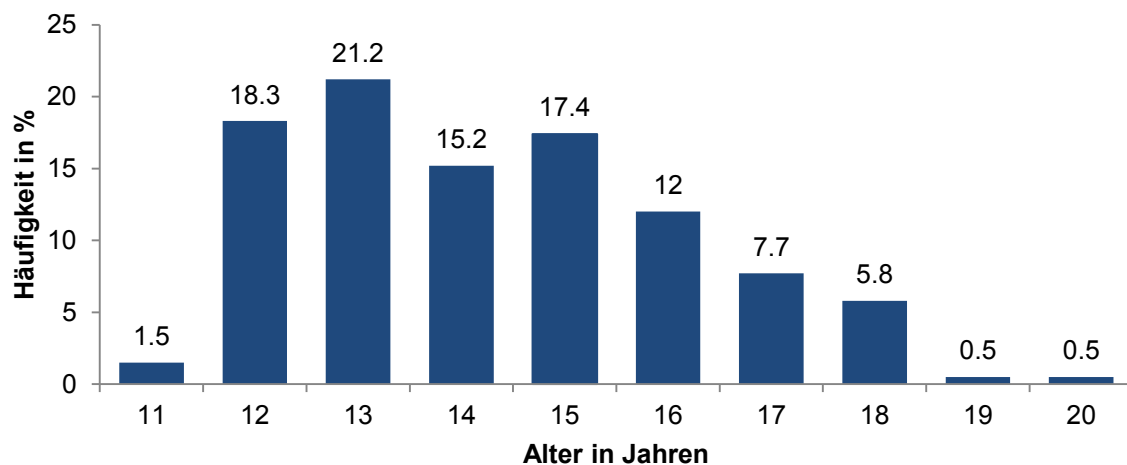


Abbildung 9. Altersverteilung der Gesamtstichprobe im Längsschnitt zu t4.

Die endgültige Stichprobe, auf welche sich die längsschnittlichen Analysen (t3-t4) beziehen, besteht zu t4 aus insgesamt 1.053 Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 20 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt etwa 14 Jahre ($M = 14.30$) und streut um knapp 2 Jahre ($SD = 1.89$.) Wie in Abbildung 9, sind aus keiner Altersgruppe so viele Kinder vertreten wie bei den 13jährigen. Die rechtsschiefe Verteilung (Schiefe = .48) ist wie zum vorherigen Messzeitpunkt erhalten geblieben, ist jedoch um die erwarteten zwei Jahre nach rechts verschoben worden. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (72.1%) sind zwischen 12 und 15 Jahren alt, die wenigsten sind älter als 17 Jahre alt.

Wie aus Tabelle 2 zu erkennen ist, ist die Geschlechterverteilung sowohl zum ersten als auch zum zweiten MZP in beiden Stichproben ausgeglichen. Mit einem Anteil von 49.8% der Mädchen und mit einem Anteil von 50.2% der Jungen zum ersten wie zum zweiten MZP machen die beiden Geschlechter jeweils die Hälfte der Stichprobe aus. Für die Untersuchung etwaiger Geschlechtseffekte ist diese Ausgeglichenheit eine gute Voraussetzung.

Tabelle 2

Geschlechterverteilung in der Stichprobe im Querschnitt zu t3 und der Stichprobe im Längsschnitt zu t4

	t3		t4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mädchen	735	49.8	524	49.8
Jungen	741	50.2	529	50.2

Anmerkungen. $N_{t3} = 1.476$, $N_{t4} = 1.053$.

2.4.1.2 Schulklasse

Ähnlich wie auch die Altersverteilung zu t3 eine eher jüngere Stichprobe impliziert, zeigt auch die Verteilung der Schulklassen, dass die meisten Kinder der Stichprobe noch die letzten Klassen der Grundschule besuchen (5. Klasse: 14.9%, 6. Klasse: 19.7%) oder das erste Jahr auf der Oberschule sind (s. Abbildung 10).

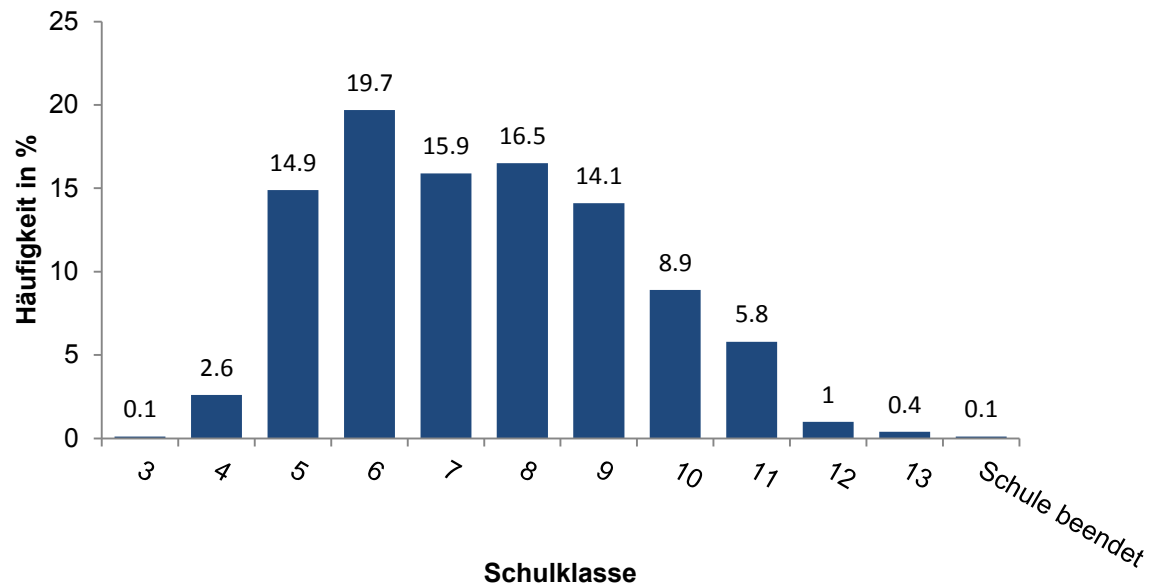


Abbildung 10. Schulklassenverteilung in der Gesamtstichprobe im Querschnitt (t3).

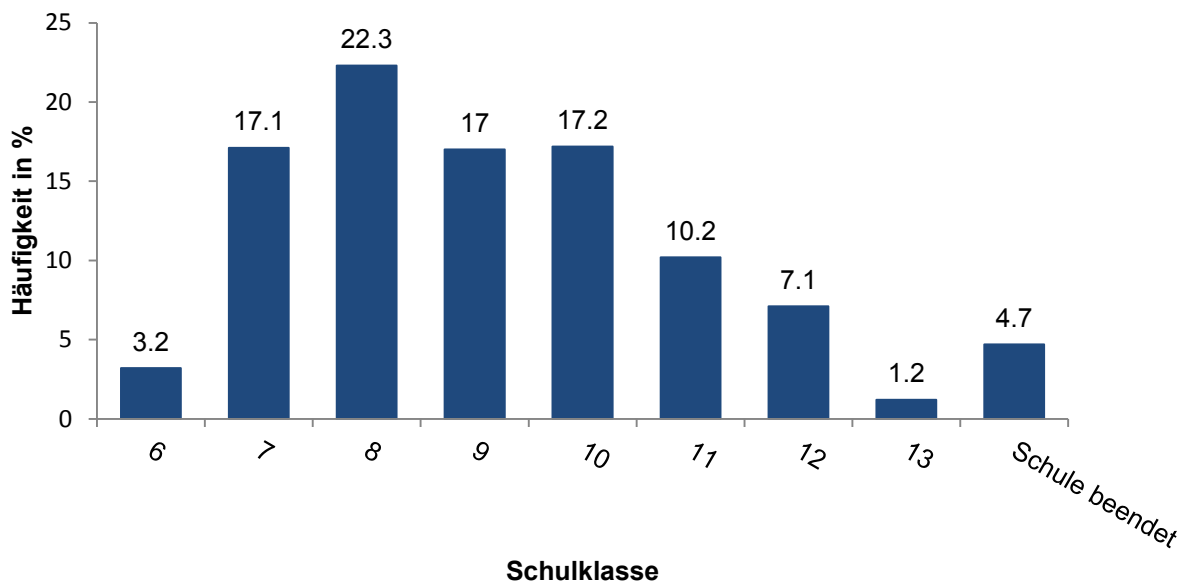


Abbildung 11. Schulklassenverteilung der Gesamtstichprobe im Längsschnitt (t4).

Wie die Altersverteilung, hat sich zu t4 die Schulklassenverteilung um zwei Zeiteinheiten (hier: Schuljahre) nach rechts verschoben, wobei der Range kleiner geworden ist. Wenn sich die meisten der Kinder und Jugendlichen zum letzten MZP in den letzten Grundschul-

bzw. in den ersten Oberschuljahren befanden, besuchten sie zum nächsten Erhebungszeitraum die ersten beiden Oberschuljahre (7. Klasse: 17.1% und 8. Klasse: 22.3%). Knapp dreiviertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten die Klassen zwischen 7 und 10 (73.6%). Die Anzahl der Schulabgängerinnen und Schulabgänger ist von 2 auf 49 gestiegen, was bei einer sich entwickelnden Stichprobe zu erwarten war (s. Abbildung 11).

2.4.1.3 Sozioökonomischer Status

Um den sozioökonomischen Status der Kinder und Jugendlichen abzubilden, wurde der höchste Schulabschluss der Eltern als Teilindikator des sozioökonomischen Status der Kinder herangezogen (Lampert & Kroll, 2009). Von den 1.476 zu t3 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen existieren 1.334 Elternangaben zu ihren höchsten Schulabschlüssen und zur ihren aktuell ausgeübten Berufen. Aus den beiden Abbildungen 12 und 13 wird ersichtlich, dass die vorliegende Gesamtstichprobe in eher gut gebildeten Haushalten aufgewachsen ist bzw. lebt.

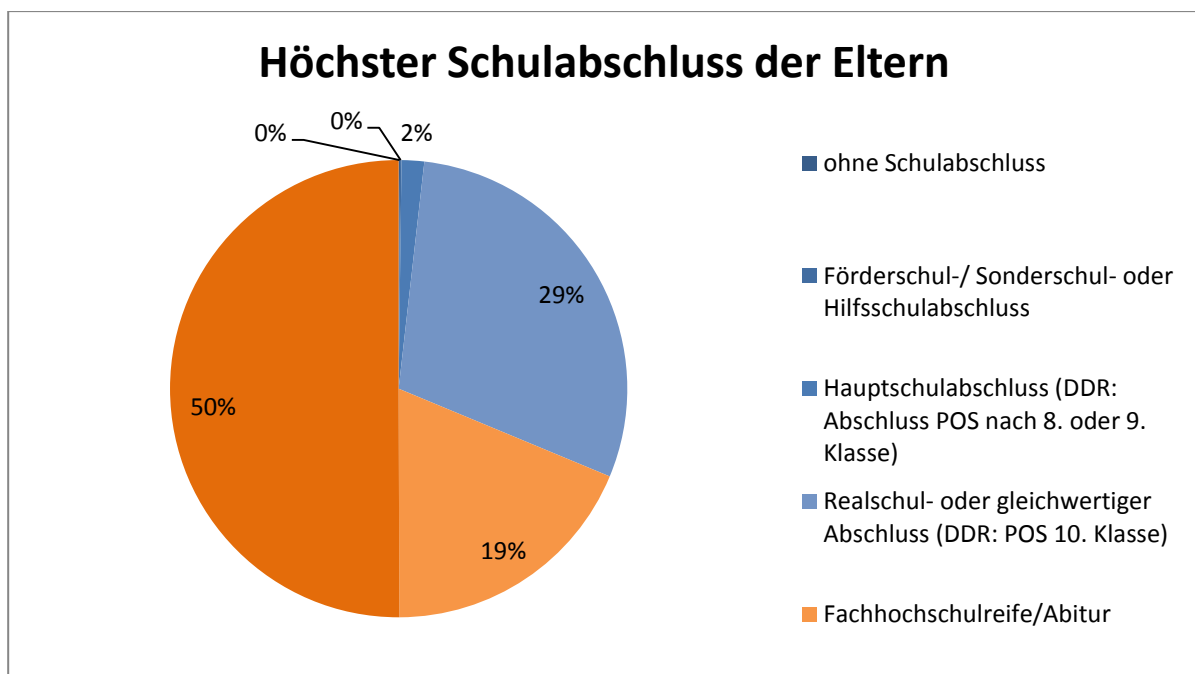


Abbildung 12. Höchster Schulabschluss der Eltern in der Gesamtstichprobe im zum ersten MZP (t3). Wenn Angaben beider Elternteile vorlagen, galt der jeweils höhere Schulabschluss.

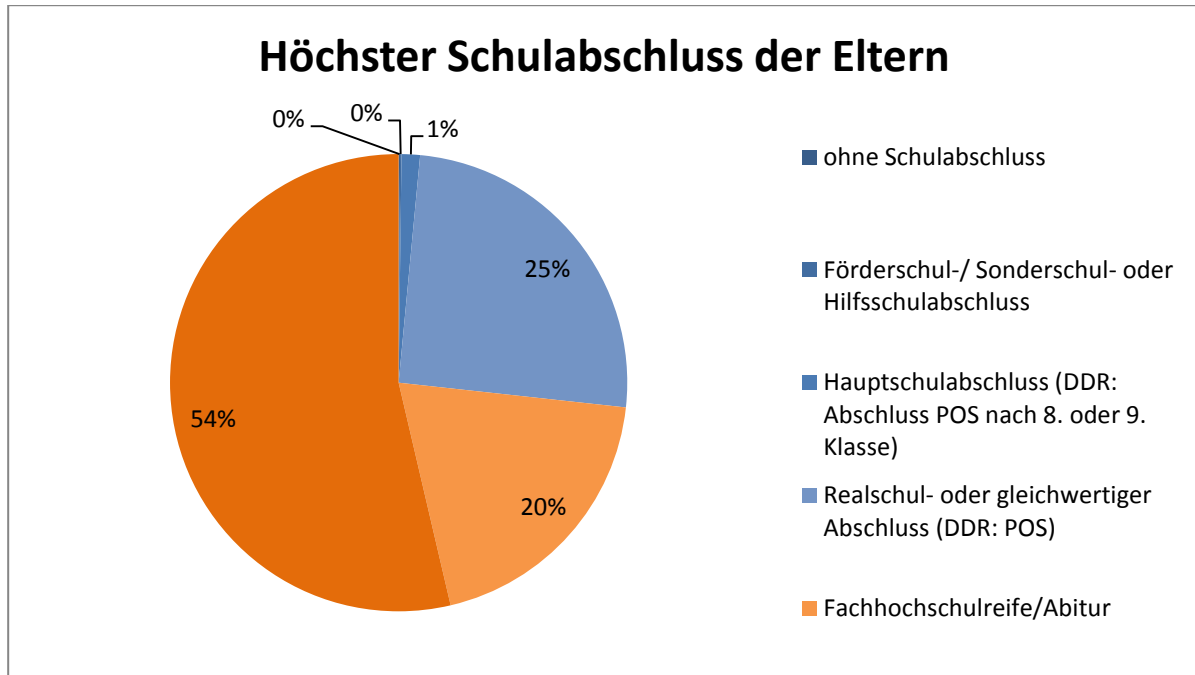


Abbildung 13. Höchster Schulabschluss der Eltern in der Gesamtstichprobe zum zweiten MZP (t4). Wenn Angaben beider Elternteile vorlagen, galt der jeweils höhere Schulabschluss.

Mehr als zwei Drittel der Kinder (ca. 69%) lebte in einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife bzw. Abitur oder sogar einen Hochschulabschluss besaß, wobei die meisten dieser Eltern einen Hochschulabschluss aufwiesen. Im Vergleich dazu lebte weniger als 2% der Stichprobe in einem Haushalt mit einem Hauptschul- oder einem geringeren bzw. gar keinem Abschluss. Die zumeist hohen Schulabschlüsse der Eltern weisen darauf hin, dass die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Stichprobe in Haushalten mit eher überdurchschnittlich hohen sozioökonomischen Status leben, sodass diese in dem Fall nicht mehr als repräsentativ Stichprobe gelten kann. (Bildungsbericht 2012: Weishaupt et al., 2012).

Wie in Abbildung 13 zu sehen ist, verstärkt sich dieser positive Bias in der Längsschnittstichprobe. Zu den 1.053 Kindern und Jugendlichen lagen 975 Elternangaben zu ihren höchsten Schulabschlüssen vor. Die Verteilung zeigt, dass ca. 74% der Kinder und Jugendlichen aus der Längsschnittstichprobe in einem Haushalt mit einer (Fach-)Hochschulreife oder Hochschulabschluss leben. Weniger als 2% der Eltern dieser Längsschnittstichprobe verfügen über einen Hauptschul- oder einem geringeren bzw. gar keinen Abschluss. Nochmals sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich durch den Stichprobenausfall (Drop-Out) der ohnehin schon positive Bias verstärkt hat und die Längsschnittstichpro-

be hinsichtlich dieses Faktors ebenfalls nicht repräsentativ ist. Die Kinder und Jugendlichen der PIER-Studie stammen zu t4 weiterhin aus eher (hoch) gebildeten Elternhäusern.

Bei der Interpretation der Analyseergebnisse sollte dies in besonderer Weise bedacht werden, da der starke Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der psychischen Gesundheit gut dokumentiert ist. Wie aus der Forschungsliteratur bekannt, stehen bei Erwachsenen insbesondere Depressionen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Zusammenhang (Kessler et al., 2003). Wenn nun die untersuchte Stichprobe mehrheitlich über einen höheren sozioökonomischen Status verfügt, wird es schwieriger, theoretisch erwartete Zusammenhänge empirisch zu bestätigen. Allerdings würden gefundene Effekte in diesem Zusammenhang nur eine größere Bedeutung aufweisen, da diese nicht auf die Auswirkungen eines schlechten sozioökonomischen Status zurückgeführt werden könnten. Allerdings zeigt sich der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status bei Kindern und Jugendlichen nicht so eindeutig (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

2.4.2 Substichproben nach Altersgruppen

Für die Analysen nach Altersgruppeneffekten wurde die Gesamtstichprobe in eine jüngere und eine ältere Substichprobe eingeteilt. In Anlehnung an das Instrument zur Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen in der vorliegenden Untersuchung wurde die Gesamtstichprobe an der Altersgrenze 13/14 Jahre aufgeteilt sowie die jüngere Altersgruppe als Gruppe der *Kinder* und die ältere Altersgruppe als Gruppe der *Jugendlichen* zusammengefasst. An dieser Stelle sei angemerkt, dass damit kein Anspruch auf ordnungsgemäße Einteilung der einzelnen Personen zu Kindern und Jugendlichen erhoben werden kann und wird. Es fehlen im Rahmen der PIER-Studie Angaben, wie z.B. die des Pubertätsstatus, um eindeutig von Kindern und Jugendlichen sprechen zu können. Für ein vereinfachtes sprachliches Vorgehen wird in den folgenden Analysen trotzdem auf *Kinder* und *Jugendliche* Bezug genommen. Für die längsschnittliche Entwicklungsanalysen wurden die Altersgruppendefinitionen des ersten MZP beibehalten, um die Entwicklung der ursprünglichen Subgruppen zu untersuchen. Darüber hinaus wurden die Altersgruppen aus methodischen Gründen um eine zusätzliche Gruppe erweitert. Da die beiden Erhebungen in einem Abstand von zwei Jahren durchgeführt wurden, wechselte eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Kindern in die Gruppe der Jugendlichen. Um die möglichen methodischen und inhaltlichen relevanten

Effekte für die kommenden Analysen sauber abbilden zu können, wurde diese sogenannten *Wechsler* für t4 als dritte Altersgruppe mitaufgenommen. Dies ergab zu t4 drei Altersgruppen, die Gruppe der *Kinder* (< 13 Jahre), die Gruppe der sogenannten *Wechsler* (14 – 15 Jahre) und die Gruppe der *Jugendlichen* (> 16 Jahre).

Im Folgenden werden die beiden bzw. drei Substichproben zu den jeweiligen MZP (2.4.2.1 und 2.4.2.2) näher beschrieben.

2.4.2.1 Substichproben zum ersten MZP (t3)

Die Substichprobe der Kinder zu t3 besteht aus 918 Kindern von 9 bis 13 Jahren. Im Durchschnitt sind die Kinder ungefähr 11.5 Jahre alt und streuen hinsichtlich des Alters um etwa 1 Jahr ($M = 11.55$; $SD = 1.09$). Die Geschlechterverteilung ist ähnlich der der Gesamtstichprobe ausgeglichen, wobei etwas mehr Jungen (51.7%) als Mädchen (48.3%) in der Stichprobe enthalten sind.

Die Substichprobe der Jugendlichen besteht aus 558 Jugendlichen im Alter von 14 bis 19 Jahren ($M = 15.07$; $SD = 1.09$). Die Geschlechterverteilung ist im Vergleich zur Gesamtstichprobe und im Vergleich zu der Substichprobe der Kinder umgekehrt und weist einen leicht höheren Anteil an Mädchen als an Jungen (Mädchen: 52.3% > Jungen: 47.7%) auf. Insgesamt kann man trotzdem von einer eher ausgeglichenen Geschlechterverteilung ausgehen.

2.4.2.2 Substichproben zum zweiten MZP (t4)

Zum zweiten MZP besteht die frühere Substichprobe der Kinder noch aus 726 Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 16 Jahren. Im Durchschnitt ist diese Substichprobe nun ebenfalls zwei Jahre älter, also ungefähr 13 Jahre alt ($M = 13.28$, $SD = 1.12$). Eine Betrachtung der Geschlechterverteilung zeigt, dass diese Substichprobe mit 52.5% weiterhin einen leicht höheren Anteil an Jungen relativ zu den Mädchen aufweist. Die frühere Substichprobe der Jugendlichen besteht nunmehr aus 327 Mädchen und Jungen im Alter von 15 bis 20 Jahren. Durch den Ausfall der eher älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist diese Substichprobe im Durchschnitt nicht um zwei Jahre älter geworden, sondern nur um circa 1.5 Jahre ($M = 16.58$; $SD = 1.10$). Die Geschlechterverteilung zum zweiten Messzeit-

punkt zeichnet ein ähnliches Bild wie zum ersten Messzeitpunkt. Es sind wiederum mehr Mädchen als Jungen in der Substichprobe der Jugendlichen (Mädchen: 54.7% > Jungen: 45.3%) (s. Tabelle 3).

Tabelle 3

Alters- und Geschlechtsverteilung in den beiden altersbezogenen Subgruppen Kinder und Jugendliche zu t4

	Alter in Jahren		Geschlecht (%)	
	<i>M (SD)</i>	Range	Mädchen	Jungen
Kinder	13.28 (1.12)	11-16	47.5	52.5
Jugendliche	16.58 (1.10)	15-20	54.7	45.3

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$.

Zu der Altersgruppe der *Kinder* wurden alle diejenigen Personen zugeordnet, die zu t3 und zu t4 nach der ursprünglichen Definition *Kinder* geblieben sind. Die Gruppe der *Wechsler* besteht aus denjenigen Personen, die zu t3 noch *Kinder* waren und zu t4 *Jugendliche* gewesen wären. In der Altersgruppe der *Jugendlichen* sind alle diejenigen Personen, die zu t3 und zu t4 als *Jugendliche* gegolten haben.

Tabelle 4

Alters- und Geschlechtsverteilung in den drei altersbezogenen Substichproben Kinder, Wechsler, Jugendliche zu t4

	Alter in Jahren		Geschlecht (%)	
	<i>M (SD)</i>	Range	Mädchen	Jungen
Kinder	12.48 (0.57)	11-13	45.1	54.9
Wechsler	14.46 (0.51)	14-16	51.0	49.0
Jugendliche	16.58 (1.10)	15-20	54.7	45.3

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$.

In Tabelle 4 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der altersgruppenbezogenen Substichproben zu t4 dargestellt. Im Vergleich zu den beiden vorherigen Altersgruppen wird natürlich deutlich, dass die *Kinder* und *Jugendlichen* im Durchschnitt älter geworden sind.

An dieser Stelle wird einmal mehr deutlich, dass die Bezeichnung *Kinder* sehr ungenau, gar unpassend wirkt. Besser müsste es nunmehr jüngere Jugendliche bzw. präadoleszente Substichprobe heißen. Die Geschlechterverteilungen sind denen zum vorherigen MZP vergleichbar. Während in der jüngeren Altersgruppe der Anteil der Jungen höher ausfällt, kehrt sich dieses Verhältnis in der ältesten Altersgruppe um, sodass der Anteil der Mädchen höher ausfällt. Die Unterschiede fallen zum zweiten MZP allerdings deutlicher aus als zum vorherigen MZP. Insgesamt kann man zwar weiterhin von einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung ausgehen, aber diese Unterschiede sollten bei der Interpretation der Analyseergebnisse bedacht werden. Die neu entstandene Gruppe der *Wechsler* ist im Durchschnitt in etwa 14.5 Jahre alt. An der geringen Streuung von einem halben Jahr ($SD = 0.51$) wird deutlich, dass die meisten 14 und 15 Jahre alt sind und somit genau den Altersbereich abbilden, in dem hinsichtlich der Depressivität am meisten Veränderungen stattfinden sollen (Hankin et al., 1998). Durch unterschiedliche Erhebungszeitpunkte ist eine Person in dieser Subgruppe, die 16 Jahre alt ist. Die Geschlechterverteilung ist im Gegensatz zu den anderen Subgruppen ausgeglichen. Bereits an dieser Stelle lässt sich erkennen, dass die Gruppe der *Wechsler* ein interessantes Bindeglied zwischen den *Kindern* und *Jugendlichen* sein kann. Bei den *Kindern* sind mehr Jungen, bei den *Wechslern* sind beide Geschlechter in gleichem Maße vertreten und bei den *Jugendlichen* sind mehr Mädchen zu finden.

2.5 Instrumente

Die Beschreibung der Operationalisierung der für die vorliegende Arbeit zu untersuchenden Konstrukte orientiert sich wie bereits im theoretischen Teil ebenfalls am kognitiven Vulnerabilitäts-Modell und beginnt mit der Depressivität als die zu erklärende psychische Auffälligkeit (2.5.1). Daran schließen sich die Beschreibungen der beiden Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen (2.5.2) und Stress an (2.5.3).

2.5.1 Depressivität

Die quantitative Erfassung der Depressivität erfolgte durch die Anwendung des *Depressionstests für Kinder* nach Rossmann (DTK, 2005). Dieser Fragebogen ist ein vielfach genutzter und gut etablierter Fragebogen zur Erfassung von Depressivität im Kindes- und

Jugendalter. Er besteht im Original aus 55 Items die den drei Subskalen Dysphorie/Selbstwertprobleme (1), Agitiertheit (2) und autonome Reaktionen/Müdigkeit (3) zugeordnet werden. Den Kindern und Jugendlichen werden Fragen zu den jeweiligen Themen gestellt, die sie dann entweder mit „Ja“ (1) oder mit „Nein“ (0) beantworten können. Laut Manual bewegt sich die interne Konsistenz der drei Skalen im zufriedenstellenden Rahmen (1. Skala: $\alpha = .86$, 2. Skala: $\alpha = .78$, 3. Skala: $\alpha = .75$). In der vorliegenden Untersuchung wurden die erste Subskala mit 25 Items (Dys) und die dritte Subskala mit 14 Items (Aut) genutzt (s. Anhang A für endgültigen Fragebogen). Die Depressivität wurde durch die Summe der beiden Subskalen abgebildet. Je höher der Wert, desto stärker ist die Depressivität ausgeprägt. Für die untersuchte Stichprobe sind die Angaben zur internen Konsistenz vergleichbar mit den Angaben des Manuals und bewegt sich für beiden Subskalen einzeln und im Gesamten zu beiden MZP auf einem zufriedenstellenden bis hohem Niveau. Die Re-Test-Reliabilität, die Korrelation zwischen den zu den beiden MZP erhobenen Konstrukte, liegt zwischen $r_{tt} = .53$ und $r_{tt} = .59$ und somit ebenfalls auf einem hohen Niveau (s. Tabelle 5).

Tabelle 5

Reliabilitätskennwerte (Interne Konsistenz und Re-Test) für die beiden Subskalen des Depressionstests für Kinder insgesamt und für die Subskalen zu beiden MZP

	Interne Konsistenz (Cronbach's α_{t3})	Interne Konsistenz (Cronbach's α_{t4})	Re-Test- Reliabilität (r_{tt})
DTK	.89	.89	.59
Dys	.88	.88	.56
Aut	.76	.75	.53

Anmerkungen. $N_{t3} = 1.472$, $N_{t4} = 1.053$. DTK = beide Subskalen des Depressionstests, Dys = Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit.

2.5.2 Dysfunktionale Einstellungen

Zur Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen wurden jeweils altersangemessene Verfahren genutzt. Teilnehmerinnen und Teilnehmern bis einschließlich 13 Jahren wurde die *Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C)* von D'Alessandro und Burton (2006)

vorgelegt. Die im Original englischsprachige Version wurde von zwei unabhängigen Personen innerhalb und außerhalb des Gesamtprojekts ins Deutsche und wieder zurück ins Englische übersetzt (s. Anhang B für Originalversion und deutsche Übersetzung). Der Fragebogen besteht aus 22 Items, die die dysfunktionalen Einstellungen als mögliche Aussagen der Kinder darstellen. Ein Beispielitem wäre „Wenn ich einmal versage, werde ich immer versagen“. Für die Beantwortung der einzelnen Items stand ein fünfstufiges Antwortformat zur Verfügung, wobei zwischen „stimme nicht zu“ (0), „stimme eher nicht zu“ (1), „weder/noch“ (2), „stimme teilweise zu“ (3) und „stimme völlig zu“ (4) gewählt werden konnte. Die Autoren berichten eine interne Konsistenz von einem Cronbach's α in einer Höhe von .87. Mit der aktuellen Stichprobe konnte sowohl zum ersten MZP mit einem Cronbach's α von .85 als auch zum zweiten MZP mit einem Cronbach's α von .86 eine ähnlich gute interne Konsistenz erzielt werden.

Für die Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen bei Jugendlichen ab 14 Jahren wurde „*Die Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche*“ (DAS-J) von Keller und Kollegen (2010) genutzt. Im Original besteht der Fragebogen, ähnlich dem für Erwachsene (DAS, Weissman & Beck, 1978), aus 40 Items, die Meinungen, Haltungen und Einstellungen beschreiben und wiederum in Form von Aussagen formuliert sind. Ein Beispielitem wäre: „Um etwas wert zu sein, muss ich wenigstens eine Sache richtig gut machen.“ Diesen Aussagen können die Jugendlichen anhand eines fünfstufigen Antwortformats („stimme nicht zu“ (0), „stimme eher nicht zu“ (1), „weder/noch“ (2), „stimme eher zu“ (3), „stimme völlig zu“ (4)) zustimmen. In der aktuellen Erhebung wurde die von den Autoren vorgeschlagene Kurzversion mit 20 Items verwendet, welche eine interne Konsistenz von $\alpha = .78$ aufweist. Wiederum konnte mit der vorliegenden Stichprobe eine ähnlich zufriedenstellende interne Konsistenz von $\alpha = .79$ zum ersten MZP und von $\alpha = .80$ zum zweiten MZP gezeigt werden.

Insgesamt wurde der Wert der dysfunktionalen Einstellungen durch den Mittelwert über die Items gebildet. Je höher dieser Wert war, desto stärker waren die dysfunktionalen Einstellungen ausgeprägt.

Auch wenn inhaltlich davon ausgegangen wird, dass beide Fragebögen dasselbe Konstrukt messen, liegen trotzdem zwei verschiedene Fragebögen mit einer unterschiedlichen Anzahl von Items und unterschiedlichen Itemformulierungen vor. Um die Gültigkeit von vergleichenden Analysen (z.B. Mittelwertvergleiche zwischen Kindern und Jugendlichen) zusätzlich methodisch abzusichern, wurden die altersspezifischen Fragebögen inhaltlich und statistisch angeglichen. Für eine ausführliche Darstellung der Vorgehensweise sei

hier auf den Abschnitt 2.6.1 dieses Kapitels verwiesen. An dieser Stelle sei lediglich angemerkt, dass statistisch äquivalente Fragebögen zu dysfunktionalen Einstellungen mit jeweils 9 Items entstanden sind. Für diese kürzeren Versionen ergab sich für die gesamte Stichprobe zum ersten MZP eine interne Konsistenz von $\alpha = .71$ und zum zweiten MZP eine interne Konsistenz von $\alpha = .72$. Die Re-Test-Reliabilität lag auf einem Wert von $r_{tt} = .56$. Diese Angaben lassen sich gut mit vorherigen Studien vergleichen, die ebenso eine verkürzte Version des Fragebogens mit neun Items genutzt haben (Lewinsohn et al., 1999: $\alpha = .76$; Re-Test-Reliabilität nach einem Jahr $r_{tt} = .59$).

2.5.3 Kritische Lebensereignisse als Indikator für Stress

Das Eintreten von und die mögliche Belastung durch kritischen Lebensereignissen wurden durch ein selbst konstruiertes halbstrukturiertes Interview erfragt. In Anlehnung an die Münchner Ereignisliste (Maier-Diewald et al., 1983) und an Coddington (1971) wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, ob im letzten Jahr in einem bestimmten Lebensbereich ein lebensveränderndes Ereignis eingetreten ist, wobei für jeden Bereich Beispiele angeführt worden sind. Wenn diese Frage bejaht wurde, wurde weiterhin nachgefragt, was genau passiert ist und wie sehr dieses Ereignis die befragte Person belastet und beschäftigt hat. Sowohl die Belastung als auch die Beschäftigung wurde über ein vierstufiges Antwortformat erfasst. Bei jedem Ereignis konnten die Kinder und Jugendlichen angeben, ob sie das Ereignis nicht (0), wenig (1), stark (2) oder sehr stark (3) belastet oder beschäftigt hat. Für die vorliegenden Analysen wurden die Gesamtanzahl der eingetretenen Ereignisse (KLE_A) und die durchschnittliche Belastung daraus (KLE_B) als Indikatoren für die Wirkung kritischer Lebensereignisse genutzt. Zur Veranschaulichung des Interviews befindet sich im Anhang C der Protokollbogen für die Interviewerin bzw. den Interviewer.

In Tabelle 6 sind zur besseren Übersicht noch einmal alle interessierenden Konstrukte mit den jeweiligen Erfassungsinstrumenten und Erhebungszeitpunkten aufgeführt.

Tabelle 6

Zentrale Konstrukte der Studie und zeitlicher Einsatz der jeweiligen genutzten Instrumente im Überblick

Konstrukt	Instrument	MZP
Depressivität	DTK	t3, t4
dysfunktionale Einstellungen	DAS-C DAS-J	t3, t4 t3, t4
kritische Lebensereignisse	Eigenes Interview	t3, t4 ^a

Anmerkungen. ^aErfragter Zeitraum im Interview beinhaltet die vorangegangenen 12 Monate.

2.6 Spezifische Voralysen

Bevor in methodisch angemessener Weise die Hypothesen geprüft werden können, war es für die vorliegende Untersuchung erforderlich, spezifische Voralysen durchzuführen. Im Folgenden werden der Umgang mit den beiden altersspezifischen Versionen des Fragebogens für die dysfunktionalen Einstellungen (2.6.1) und der Umgang mit fehlenden Werten (2.6.2) näher erläutert.

2.6.1 Umgang mit verschiedenen altersbezogenen Versionen der Skalen der dysfunktionalen Einstellungen

Für den geeigneten Gebrauch der beiden verschiedenen Versionen der Fragebögen zu den dysfunktionalen Einstellungen war es notwendig, parallelisierte, inhaltlich und statistisch ähnliche Versionen zu erstellen. Ohne solch inhaltlich und vor allem statistisch vergleichbare Versionen wären gemeinsame Analysen und Vergleiche von Kindern und Jugendlichen methodisch nicht einwandfrei.

Das Erstellen der vergleichbaren Versionen orientierte sich an den Methoden des sogenannten Parcelns (Landis et al., 2000). Die Methode des Parcelns wird angewendet, wenn es im Rahmen von Strukturgleichungsmodellen indiziert ist, aus längeren Fragebögen, die das latente Konstrukt messen, kleinere Itemgruppen zu bilden, die dann wiederum als manifeste Indikatoren das zu messende latente Konstrukt abbilden sollen. Die Idee, dass

mehrere dann kürzere Skalen dasselbe latente Konstrukt messen, passt ebenso in den vorliegenden Fall der beiden verschiedenen Versionen des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen. Aus diesem Grund wurde die Methode des Parcelns auf das Erstellen vergleichbarer Versionen übertragen. In der Literatur zur Vorgehensweise beim Parceln finden sich eine Reihe von Methoden, die einerseits nicht einheitlich verwendet werden und andererseits wiederum auch andere Aspekte beinhalten, auf denen der Fokus des „Gleichmachens“ liegt (Landis et al., 2000).

Für das Bilden vergleichbarer Versionen der Fragebögen zu den dysfunktionalen Einstellungen wurde nach den Methoden der inhaltlichen (*content*) und der empirischen Äquivalenz (*empirically equivalent*) vorgegangen (Landis et al., 2000). Besondere Aspekte, die dabei beachtet wurden, waren die gleiche Itemanzahl, die inhaltliche Äquivalenz, das Abdecken der inhaltlichen Breite des Konstrukts (2.6.1.1) und die statistische Äquivalenz (2.6.1.2).

2.6.1.1 Inhaltliche Äquivalenz

Zur Erfüllung der inhaltlich wichtigen Aspekte wurde zunächst so vorgegangen, dass aus den originalen 22 Items aus dem DAS-C (D'Alessandro & Burton, 2006) und den 20 Items aus dem DAS-J (Keller et al., 2010) inhaltliche Itemzwillinge herausgesucht wurden. Für einen inhaltlichen Itemzwilling musste mindestens der angesprochene Aspekt derselbe sein und möglichst ähnlich formuliert sein. Die Forderung, dass die Items eine identische Formulierung aufweisen sollten, konnte hier nicht gestellt werden. Einerseits handelt es sich bei den Items der Kinderversion um aus dem Englischen ins Deutsche übersetzte Formulierungen und bei den Items der Jugendlichenversion um ursprünglich deutsche Formulierungen, sodass derselbe Wortlaut nicht sehr wahrscheinlich ist. Andererseits sollten gerade altersgruppenspezifische Fragebögen auch altersgruppenangemessene Formulierungen nutzen, um das zu messende Konstrukt in der jeweiligen Altersgruppe valide abbilden zu können. So ist anzunehmen, dass die Formulierungen der Kinder- und der Jugendlichenversion unterschiedlich sein werden. Eine inhaltliche Analyse der beiden originalen Skalen ergab insgesamt neun Itemzwillinge, die in der untenstehenden Tabelle 7 aufgelistet sind.

Tabelle 7

Identifizierte Itemzwillinge der beiden Versionen des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen

	DAS-C	DAS-J	Subskala
1	Ich kann nur dann glücklich sein, wenn mich alle Menschen, die ich kenne, mögen. (2)	Man kann nicht glücklich sein, wenn andere einen nicht mögen. (13)	Anerkennung
2	Es ist sehr wichtig, was andere Menschen über mich denken. (4)	Es ist sehr wichtig für mich, was andere über mich denken. (14)	Anerkennung
3	Immer wenn ich einen Fehler mache, hat das schlimme Folgen. (9)	Wenn ich teilweise versage, ist das so schlimm, wie ein kompletter Fehlschlag. (6)	Leistung
4	Wenn ich einmal versage, werde ich immer versagen. (12)	Wenn ich bei meiner Arbeit versage, dann bin ich als ganzer Mensch ein Versager. (3)	Leistung
5	Wenn ich anderen Personen widerspreche, werden sie mich hassen. (13)	Wenn jemand anderer Meinung ist als ich, bedeutet das wahrscheinlich, dass er/sie mich nicht mag. (5)	Leistung
6	Wenn ich etwas nicht perfekt beherrsche, dann sollte ich es gar nicht erst versuchen zu tun. (14)	Man sollte nichts versuchen, wenn man nicht wirklich sicher ist, dass man Erfolg haben wird. (7)	Leistung
7	Wenn ich Hilfe brauche, bedeutet das, dass ich dumm bin. (17)	Wenn ein Mensch um Hilfe bittet, dann ist das ein Zeichen von Schwäche. (2)	Leistung
8	In allem, was ich versuche zu tun, muss ich gut sein. (19)	Wenn man etwas nicht gut kann, sollte man es erst gar nicht versuchen. (4)	Leistung
9	Damit andere Leute mich mögen, muss ich in wenigstens einer Sache die Beste/der Beste sein. (22)	Um etwas wert zu sein, muss ich wenigstens eine Sache richtig gut machen. (9)	Leistung

Anmerkungen.(2) = Itemnummer aus der jeweiligen längeren Version des Fragebogens.

2.6.1.2 Empirische/Statistische Äquivalenz

Im nächsten Schritt wurden die in Tabelle 6 dargestellten Items auf die notwendige statistische Äquivalenz nach der Methode der empirischen Äquivalenz überprüft. Hierbei wurde geprüft, ob die Mittelwerte, Varianzen und Trennschärfe der korrespondierenden Items ähnlich sind, ob die Reliabilität und die Ergebnisse der Faktorenanalyse (Faktoranzahl, Faktorladungen) vergleichbar sind, ob die Korrelationen der 9-Item-Skalen (DAS-kurz) mit den originalen Skalen (DAS-lang) ausreichend hoch sind und ob die Korrelationen der 9-Item-Skalen (DAS-kurz) mit den Kriterien mit den Korrelationen der Originalskalen (DAS-lang) übereinstimmen.

Faktorenstruktur.

Wie der Tabelle 8, in der die Mittelwerte, Varianzen und Trennschärfeangaben der 9-Item-Skalen zusammenfassend dargestellt sind, zu entnehmen ist, zeigen sich die Werte der korrespondierenden Items (Itempaare) mit wenigen Ausnahmen durchaus vergleichbar.

Tabelle 8

Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfe der korrespondierenden Items (Itempaare) aus den beiden Versionen des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen

Item-zwilling	Itempaar	<i>M</i>	<i>SD</i>	Trennschärfe (r_{it})			
1	(2) – (13)	1.29	2.26	1.25	1.18	0.39	0.31
2	(4) – (14)	1.85	2.16	1.30	1.15	0.30	0.26
3	(9) – (6)	0.82	0.68	0.98	0.94	0.38	0.50
4	(12) – (3)	0.22	0.56	0.56	0.89	0.46	0.51
5	(13) – (5)	0.52	0.35	0.75	0.39	0.46	0.41
6	(14) – (7)	0.48	0.45	0.82	0.72	0.39	0.39
7	(17) – (2)	0.19	0.47	0.54	0.89	0.43	0.25
8	(19) – (4)	0.84	0.50	1.02	0.76	0.48	0.37
9	(22) – (9)	0.74	1.17	0.98	1.26	0.53	0.52

Anmerkungen. Itempaar: (DAS-C) – (DAS-J).

Eine zur Überprüfung übereinstimmender Faktorstrukturen durchgeführte exploratorische Faktorenanalyse zeigte, dass beide 9-Item-Skalen in der jeweiligen Altersgruppe zwei Faktoren abbilden [Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation; Kinder: Scree-Plot, Kaiser-Guttman (Eigenwerte = 3.12; 1.12) und 47.1% Varianzaufklärung; Jugendliche Scree-Plot, Kaiser-Guttman (Eigenwerte = 2.88; 1.29) und 46.2% Varianzaufklärung].

Die Jugendlichenversion besteht in Gänze genauso wie die Originalskala der *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissmann & Beck, 1978) aus dem Erwachsenenbereich aus den

Subskalen Leistung und Anerkennung. Im Rahmen der aktuellen Skalenüberprüfung konnte demnach zusätzlich gezeigt werden, dass diese beiden Faktoren ebenso in der Kinderversion der 9-Item-Skala abbildbar sind. Diese Faktorenstruktur konnte durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigt werden (Kinder: $\chi^2(25) = 95.93$, $p < .001$; RMSEA = .06, CFI = 0.95; SRMR = .04; Jugendliche: $\chi^2(25) = 56.25$, $p < .001$, RMSEA = .05, CFI = 0.96; SRMR = .04). Auch bei einem Vergleich der jeweiligen Höhe der Faktorladungen fällt auf, dass sich die Werte der korrespondierenden Items häufig ähnlich hoch ausfallen. Ein Test auf Gleichheit dieser Faktorladungen konnte zeigen, dass sich die korrespondierenden Faktorladungen nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2(57) = 189.27$; $p < .001$; RMSEA = .06; CFI = 0.94; SRMR = .05). Demnach kann nicht nur dieselbe Faktorenstruktur angenommen werden, sondern es ist auch von denselben Faktorladungen auszugehen. In Tabelle 9 sind die jeweiligen Faktorladungen dargestellt.

Tabelle 9

Faktorladungen der Itemzwillinge im Vergleich

	DAS-C	DAS-J
1 ^a	0.63	0.67
2 ^a	0.44	0.50
3 ^b	0.47	0.51
4 ^b	0.65	0.45
5 ^b	0.58	0.62
6 ^b	0.49	0.57
7 ^b	0.59	0.36
8 ^b	0.43	0.57
9 ^b	0.59	0.49

Anmerkungen. ^aItem lädt auf dem Faktor *Anerkennung*, ^bItem lädt auf den Faktor *Leistung*.

Eine Analyse der internen Konsistenzen ergab (wie erwartet) eine Verschlechterung, da die beiden Skalen statt aus vorher 22 bzw. 20 Items nunmehr aus jeweils neun Items bestehen. Allerdings sind die Werte mit einem Cronbach's α von .73 für die Kinderversion und $\alpha_{\text{Cronbach}} = .70$ für die Jugendlichenversion einerseits immer noch auf einem akzeptablen Niveau, andererseits ist die Differenz zwischen diesen Werten geringer als die Differenz für die originalen längeren Versionen (s. Tabelle 10).

Tabelle 10

Interne Konsistenzen (Cronbach's α) für die neue und ursprüngliche Version des Fragebogens zu den dysfunktionalen Einstellungen in den altersbezogenen Subgruppen im Vergleich

	Cronbach's α	
	DAS-kurz	DAS-lang
Kinder ($n = 916$)	.73	.85
Jugendliche ($n = 556$)	.70	.79

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 916$, $n_{\text{Jugendliche}} = 556$; DAS-kurz mit neun Items; DAS-lang mit 22 bzw. 20 Items.

Zusammenhänge mit interessierenden Konstrukten.

Wenn die gebildeten Kurzskalen die jeweiligen Originalskalen gut abbilden, so sollten diese einerseits sehr hoch miteinander korrelieren und andererseits mit den zentralen Konstrukten in derselben Art und Weise zusammenhängen. In der folgenden Tabelle 11 sind für Kinder und Jugendliche getrennt die Korrelationen der 9-Item-Skala und der Originalskala mit den zentralen interessierenden Konstrukten zusammengetragen. Zunächst ist anzumerken, dass die 9-Item-Skalen sehr hoch und hoch signifikant mit den korrespondierenden längeren Originalskalen korrelieren (Kinder: $r = .91$, $p < .01$; Jugendliche: $r = .89$, $p < .01$). Die weiteren Korrelationen der kürzeren 9-Item-Skalen mit Alter, Geschlecht, den Subskalen des Depressionstests für Kinder und den einzelnen Angaben zu den kritischen Lebensereignissen bewegen sich wiederum in demselben Bereich wie die Korrelationen der längeren Originalskalen mit den genannten Konstrukten. Durchgeführte Fisher-Z-Tests weisen darauf hin, dass die Unterschiede zwischen der kurzen und der originalen längeren Version hinsichtlich ihrer Korrelationen mit den genannten Konstrukten statistisch nicht bedeutsam sind.

Tabelle 11

Zusammenhänge der zentralen Konstrukte mit den beiden Versionen des Fragebogens zu dysfunktionalen Einstellungen für die altersbezogenen Subgruppen Kinder und Jugendliche

Kinder								
	DAS kurz	DAS lang ^a	Alter	Geschlecht	DTK_1	DTK_3	KLE_A	KLE_B
DAS kurz	-	.91**	.15**	.07*	.36**	.28**	.09**	.14**
DAS lang	.91**	-	.15**	.12**	.35**	.27**	.09**	.12**

Jugendliche								
	DAS kurz	DAS lang ^b	Alter	Geschlecht	DTK_1	DTK_3	KLE_A	KLE_B
DAS kurz	-	.89**	-.04	-.02	.44**	.22**	.11*	.20**
DAS lang	.89**	-	-.03	-.09	.52**	.25**	.14**	.21**

Anmerkungen. Korrelationskoeffizient = Spearman's ρ ; DAS-kurz: neun Items, DAS-lang: ^a = 22 Items, ^b = 20 Items; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Abschließend kann darauf geschlossen werden, dass die auf die beschriebene Weise entstandenen kürzeren Skalen der dysfunktionalen Einstellungen für Kinder und Jugendliche nun sowohl altersgruppenangemessene als auch inhaltlich wie statistisch vergleichbare Instrumente zur Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen sind. Somit sind gemeinsame Analysen von Kindern und Jugendlichen zulässig und Längsschnittdaten mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die in der Zwischenzeit die Altersgruppe von Kindern zu Jugendlichen gewechselt haben, möglich.

Für die Analysen der vorliegenden Untersuchung wurden daher die kürzeren 9-Item-Skalen zur Darstellung des Konstrukts der dysfunktionalen Einstellungen genutzt (im Folgenden trotzdem DAS-C und DAS-J genannt).

2.6.2 Analyse und Umgang mit fehlenden Werten

Im Allgemeinen werden verschiedene Arten von fehlenden Werten (Missings) unterschieden. Diese Unterscheidung ist für die vorliegende Studie ebenso wichtig wie angebracht.

Unterscheiden kann man zwischen Missings auf einzelnen Items eines Fragebogens und Missings, die sich auf den gesamten Datensatz beziehen. Hierzu zählen unter anderem auch Missings, die durch das vollständige Fehlen von ganzen Fragebögen zu Stande gekommen sind. Während für das Fehlen einzelner Items entweder das Nichtbeantworten oder das Angeben von unzulässigen Zwischenantworten verantwortlich sind, können als Ursache für das vollständige Fehlen ganzer Fragebögen das Erhebungsdesign, etwaige Durchführungsfehler oder der Drop-Out im Längsschnitt gelten. Diese verschiedenen Arten von missings können ganz unterschiedlich ausfallen und verlangen demnach auch unterschiedliche Herangehensweisen.

Im Folgenden sind der Umgang mit fehlenden Werten auf Itemebene (2.6.2.1) und der Umgang mit fehlenden Werten auf Personenebene (2.6.2.2) näher beschrieben.

2.6.2.1 Fehlende Werte auf Itemebene

Die fehlenden Werte auf Itemebene betreffen die querschnittlichen Angaben einer Person zu den verwendeten Fragebögen. In der vorliegenden Arbeit wären die zu analysierenden Fragebögen, die Fragebögen zur Depressivität (DTK; Rossmann, 2005) und zu den dysfunktionalen Einstellungen (DAS-C, D'Alessandro & Burton, 2006; DAS-J, Keller et al., 2010). Eine Analyse der fehlenden Werte auf Itemebene dieser Fragebögen zeigt, dass zu beiden MZP nur ein geringes Ausmaß an fehlenden Werten vorliegt. Zu beiden MZP liegt der Anteil der fehlenden Werte unter 1%, zum zweiten MZP sogar häufig bei 0% (s. Tabellen im Anhang D). Mit einem Anteil von 0,7% gab es die meisten fehlenden Werte im DAS-C auf Item 5 zum ersten MZP. Die zugesicherte Anonymität für die Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die computerassistierte Durchführung der Befragung haben zwar einen wesentlichen Beitrag zu diesen geringen Missing-Raten geleistet, aber dennoch erfolgten aus dieser Vorgehensweise andere unsystematische Fehler und somit unsystematische fehlende Werte. Ursache dafür war meist das Abstürzen des Laptops während der Befragung. Da zum ersten MZP die Befragungen mit Papierversionen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbständig ausgefüllt wurden, durchgeführt wurden,

waren hierbei auch doppelte oder unzulässige Antworten Ursache für die fehlenden einzelnen Items.

Für den Umgang mit diesen geringen fehlenden Werten wurde nach den Empfehlungen von Widaman (2006) die Methode der *single imputation* gewählt. Im Rahmen dieser Methode, die zu den neueren schätzenden Verfahren zählt, wird ein einzelner Datensatz (*single*) ohne fehlende Werte erstellt. Ähnlich wie bei der Substitution der fehlenden Werte durch Regressionsverfahren, werden die fehlenden Werte anfänglich durch die regressiven Zusammenhänge von Variablen ohne fehlende Werte geschätzt. Da dadurch allerdings künstlich zu hohe Zusammenhänge angenommen werden, wird im Verfahren der *single imputation* ein stochastisches Moment hinzugefügt, um diese Unsicherheiten abzubilden. Im vorliegenden Fall wurden für das Schätzverfahren das Alter, das Geschlecht und die jeweils anderen Items der Fragebögen genutzt. Wenn allerdings alle Items eines Fragebogens fehlten (z.B. durch einen vorangegangenen Absturz des Computers verursacht), wurde die Person für die betreffende Analyse ausgeschlossen (*listwise deletion*). Da dies nur sehr selten der Fall war, ist dadurch nicht von einer einschlägigen Reduktion der Teststärke und von einer möglichen Verzerrung der Daten auszugehen³.

2.6.2.2 Fehlende Werte auf Personenebene und Drop-Out-Analyse

Von den 1.489 Kindern und Jugendlichen, die zum ersten Erhebungszeitraum (September 2011 bis Dezember 2012; t3) teilgenommen hatten, nahmen zum zweiten Erhebungszeitraum (Mai 2013 bis März 2014; t4) 1.122 Kinder und Jugendliche erneut teil. Dies entspricht einer Ausfallquote (Drop-Out) von ca. 24.7%. Bezogen auf die für die vorliegende Untersuchung definierte Stichprobe (alle, die am Interview zu den kritischen Lebensereignissen teilgenommen haben) fällt die Ausfallquote leicht höher aus. Von den 1.476 zu t3 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen nahmen zu t4 noch 1.069 teil. Diese Verringerung entspricht einer Ausfallquote von ca. 27.6%.

Dieser vergleichsweise hohe Drop-Out (Calvete et al., 2013; Michl et al., 2013) kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden. Zunächst ist der zweite Erhebungszeitraum kürzer als der erste. Während demnach im ersten MZP auch auf individuelle Terminverschiebungen in einem zeitlich längeren Maße Rücksicht genommen werden konnte, war

³ Zu t3 wurden beim DTK fünf Personen (0,34%), beim DAS vier Personen ausgeschlossen (0,27%). Zu t4 wurden keine Personen ausgeschlossen.

dies zum zweiten Erhebungszeitraum nicht möglich, sodass Terminabsagen womöglich nicht nachgeholt werden konnten. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Kinder und Jugendlichen der untersuchten Stichprobe älter geworden sind und dies weitere Bedingungsfaktoren der Nichtteilnahme, wie z.B. Umzüge, wahrscheinlicher gemacht hat. Ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat einerseits von der Grundschule auf eine weiterführende Schule gewechselt, was für einige Familien als Anlass genommen werden könnte, umzuziehen. Andererseits haben viele die Schule beendet und sind für die weitere Ausbildung (Berufsausbildung, Studium, Auslandsjahr, Freiwilliges soziales Jahr, freiwilliger Wehrdienst) weiter weg gezogen. Schließlich ist eine Stichprobe, die vornehmlich aus Jugendlichen besteht, eher anfällig für stimmungsabhängige Entscheidungen zur Teilnahme, was nicht vorhergesagt werden kann. Blieben die ersten drei Versuche der postalischen Kontaktaufnahme mit den Familien erfolglos, wurden diese Familien gezielt angerufen, um in Erfahrung zu bringen, ob sie weiterhin teilnehmen möchten. Bei diesen Telefonaten trat ein weiterer Grund der Nichtpartizipation zu Tage. Nach der ersten Erhebung bekamen die Kinder und Jugendlichen eine individuelle Rückmeldung über die Ergebnisse der Leistungstest und ausgesuchter Fragebögen. Einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass sie aus Enttäuschung und Unverständnis wegen dieser Rückmeldungen nicht mehr mitmachen wollten.

Beim Umgang mit den fehlenden Werten auf Personenebene ist die bedeutende Frage nun, ob sich die Personen, die im zweiten Erhebungszeitraum nicht mehr partizipiert haben, so sehr von den Personen, die an beiden Erhebungszeiträumen teilgenommen haben, unterscheiden, dass von einer starken Selektion der noch vorhandenen Stichprobe hinsichtlich der für die Untersuchung wichtigen Konstrukte ausgegangen werden muss. Dafür wurde die nachstehende vergleichende Analyse der Ausfallstichprobe durchgeführt.

Für einen geeigneten Umgang mit diesem hohen Ausfall wurde eine vergleichende Analyse der Substichproben der kontinuierlich Teilnehmenden (*Continuer*) und der zum zweiten MZP nicht mehr Teilnehmenden (*Dropper*) durchgeführt. Diese beiden Gruppen wurden hinsichtlich demographischer Variablen, wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status, und hinsichtlich der für die inhaltlichen Analysen wichtigen Konstrukte, wie die Ausprägungen der dysfunktionalen Einstellungen sowie der Depressivität und die Anzahl

der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse verglichen⁴. Dafür wurden die Werte des ersten Messzeitpunktes herangezogen. Eine numerische Zusammenfassung dieser Analysen findet sich in der untenstehenden Tabelle 12.

Tabelle 12

Vergleich der Ausprägungen in den zentralen Konstrukten zwischen den Continuern und Droppern

	Continuer	Dropper	Signifikanz (<i>p</i>)	Effektstärke (η^2)
Alter	12.58 (1.9)	13.68 (2.0)	< .001	.060
Geschlecht	w = 50% m = 50%	w = 49.4% m = 50.6%	.846	-
Schulabschluss der Eltern	5.25 (0.90)	4.94 (0.97)	< .001 ^v < .001 ^u	.022
DAS	0.83 (0.53)	0.88 (0.55)	.077 ^v .128 ^u	.002
KLE_A	3.25 (2.28)	3.25 (2.39)	.969 ^v .780 ^u	.000
KLE_B	4.07 (3.82)	4.33 (3.99)	.246 ^v .326 ^u	.001
DTK	7.85 (6.40)	8.61 (6.80)	< .050 ^v .065 ^u	.003

Anmerkungen. ^v = Werte aus der Varianzanalyse; ^u = Werte aus dem Mann-Whitney-U-Test.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass nicht nur die statistische Bedeutsamkeit etwaiger Unterschiede betrachtet wurden, sondern auch die praktische Bedeutsamkeit über die Effektstärken. Bei einem Vergleich solch großer Stichproben ($n_{\text{Dropper}} = 407$ vs. $n_{\text{Continuer}} = 1.069$), wie sie hier vorliegt, werden selbst kleinste Unterschiede schnell statistisch signifikant, da die Prüfgrößen sensibel auf Stichprobengrößen sind.

⁴Für den Schulabschluss der Eltern, die dysfunktionalen Einstellungen, Anzahl der kritischen Lebensereignisse, die Belastung der kritischen Lebensereignisse und die Depressivität wurden zusätzlich zu den Varianzanalysen als methodische Absicherung nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Zur Analyse der Geschlechterverteilung wurde der χ^2 -Test durchgeführt. In der Tabelle 12 sind die Signifikanzwerte und Effektstärken aller Analysearten zusammengefasst.

Bei einer deskriptiven Übersicht über die Mittelwerte bzw. prozentualen Anteile zeigt sich, dass die *Dropper* im Vergleich aus einem weniger gebildeten Haushalt stammen und höhere Werte hinsichtlich bestimmter Auffälligkeiten aufweisen. Darüber hinaus besteht die Ausfallstichprobe aus leicht mehr männlichen und älteren Teilnehmern. Hinsichtlich der inhaltlichen Konstrukte fällt auf, dass die Ausfallstichprobe im Durchschnitt eine größere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen sowie der Depressivität aufweist und stärker durch die kritischen Lebensereignisse belastet ist. Die einzigen beiden Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, die sowohl statistisch signifikant als auch praktisch bedeutsam sind, sind der Unterschied in den Schulabschlüssen der Eltern ($F(1,1332) = 30.19; p < .01; U(1069,407) = 144489; p < .01$) und der Altersunterschied ($F(1,1474) = 1.96; p < .01$). Im Rahmen der Varianzanalyse erweist sich der Unterschied in der Ausprägung der Depressivität zwar als statistisch signifikant ($F(1,1469) = 4.03; p < .05$), aber nicht praktisch bedeutsam ($\eta^2 = .003$). Dieses Bild wird durch das nicht signifikante Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests ($U(1069,407) = 202786; p = .07$) weiter bestätigt. Alle weiteren gefundenen Unterschiede weisen sowohl keine statistische Signifikanz als auch keine praktische Bedeutsamkeit auf. Während sich die Effektstärke des Unterschieds in den Schulabschlüssen der Eltern mit $\eta^2 = .022$ nach Cohen (1988) lediglich einem schwachen Level zuordnen lässt, bewegt sich der gefundene Altersunterschied mit einer Effektstärke von $\eta^2 = .060$ auf einem mittleren Niveau. Demnach sollte zwar der Altersunterschied nicht überbewertet werden, aber der Unterschied in den Schulabschlüssen nicht vernachlässigt werden.

Zusammenfassend kann man aus der Analyse der Ausfallstichprobe schließen, dass diese sich, mit Ausnahme des Alters der Kinder und des Schulabschlusses der Eltern nicht von der Stichprobe der kontinuierlich Teilnehmenden unterscheidet und dadurch nicht unbedingt von einer Verzerrung in den längsschnittlichen Ergebnissen auszugehen ist, wenn nur mit der Stichprobe der kontinuierlich Teilnehmenden gerechnet wird. Die mögliche Verzerrung durch das Alter oder die Schulabschlüsse der Eltern als Indikator des sozioökonomischen Status wird bei der Interpretation der Analyseergebnisse mitbedacht werden.

Für einen konservativen Umgang mit den fehlenden Werten auf Personenebene wird demnach das Verfahren der *listwise deletion* genutzt. Es werden im Längsschnitt nur die Werte der Personen in die Analyse aufgenommen, die zu beiden MZP teilgenommen haben und demnach vollständige Werte in diesem Sinne aufweisen. Mit der Reduktion der Stichprobengröße um 27.6% nimmt man zwar auch eine Reduktion der Teststärke in Kauf. Al-

lerdings ist die verbleibende Stichprobe mit 1.069 Kindern und Jugendlichen immer noch ausreichend groß, um statistisch relevante Ergebnisse zu erzielen.

Im Rahmen des zweiten Messzeitpunktes (t4) führten technische Fehler auf einem einzelnen Lap-Top dazu, dass die Befragung bei den betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht vollständig durchgeführt werden konnte. Die betreffenden 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten aus diesem Grund einige für die Analysen unverzichtbare Fragebögen nicht beantworten. Da allerdings hierbei davon ausgegangen wird, dass dies kein systematischer Fehler ist und dadurch keine Verzerrung zu erwarten ist, wurden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Analysen ausgeschlossen, sodass 1.053 für die längsschnittlichen Analysen zur Verfügung standen.

2.7 Analysen

Für die ersten Untersuchungen zu etwaigen Geschlechts- und Altersgruppeneffekten wurden auf manifester Ebene parametrische und nonparametrische Mittelwerts- und Korrelationsanalysen mit SPSS in der 22. Version durchgeführt. Für die weiterführenden Analysen wurde sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt auf Strukturgleichungsmodelle zurückgegriffen. Zum einen wird durch das Einbeziehen von latenten Faktoren eine messfehlerbereinigte Analyse möglich und zum anderen können durch die simultane Überprüfung mehrere einzelner Analysen komplexere Modelle überprüft werden. Diese Analysen wurden mit dem Statistikprogramm für Strukturgleichungsmodelle *Mplus* in der Version 7 (Muthén & Muthén, 1998-2012) durchgeführt. Die Modellgüte wird dabei daran gemessen, wie gut das angenommene Modell mit den empirisch vorhandenen Daten übereinstimmt. Die Beurteilung der Modellgüte stützte sich je nach Analyse auf die Empfehlungen von Hu und Bentler (1999) sowie Wu und Kollegen (2007) auf die Werte des *Comparative Fit Index* ($CFI > 0.90$), des *Root Mean Squared Error of Approximation* ($RMSEA < .08$), des *Standardized Root-Mean-Square Residuals* ($SRMR < .05$) und des *Akaike Information Criterion* (AIC: niedrigerer Wert). Der häufig genutzte χ^2 -Test auf Gleichheit zwischen dem angenommenen und empirischen Modell reagiert sehr sensitiv auf die Stichprobengröße, was auch durch eine Gewichtung des χ^2 -Wertes mit den Freiheitsgraden nicht geändert werden kann, und lässt somit bereits bei kleinsten Abweichungen die Modellgüte anzweifeln. Aus

diesem Grund werden die Werte dieses Tests zur Vollständigkeit der Ergebnisdarstellung zwar angegeben, aber nicht für die letztliche Beurteilung der Modellgüte einbezogen.

Im Folgenden wird das spezifische methodische Vorgehen entlang der Fragestellungen im Querschnitt (2.7.1) und im Längsschnitt (2.7.2) genauer vorgestellt.

2.7.1 Analysen für Fragestellungen im Querschnitt

Zur Überprüfung der Hypothesen zu den möglichen Alter- und Geschlechtseffekten auf die depressive Symptomatik (Hypothese 1), die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen (Hypothese 2) und auf die kritischen Lebensereignisse (Hypothese 3) wurden parametrisch Varianzanalysen durchgeführt. Wegen der Verletzung der Normalverteilungsannahme wurden die Ergebnisse nonparametrisch mit dem Mann-Whitney-Verfahren abgesichert. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten und die möglichen Alters- und Geschlechtsunterschiede auf diese Zusammenhänge (Hypothese 4) wurden ebenfalls parametrisch mit der Pearson-Korrelation und nonparametrisch mit der Spearman- ρ -Korrelation analysiert. Das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967) wurde mittels einer latenten Moderationsanalyse überprüft (Hypothese 5). Hierbei diente die Depressivität als abhängige Variable, die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen als unabhängige Variable und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse als Moderatorvariable bzw. zweite unabhängige Variable.

Für eine möglichst messfehlerbereinigte Analyse wurden die Depressivität und die dysfunktionalen Einstellungen als sogenannte latente Konstrukte mit in die Analyse aufgenommen. Als manifeste Indikatoren diente jeweils der Summenscore (Depressivität) bzw. der Mittelwert (dysfunktionale Einstellungen) der Subskalen. Die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und die aufsummierte Belastung durch die kritischen Lebensereignisse gingen manifest in die Analysen mit ein. Die Moderationsanalyse beruht auf hierarchischen Regressionsanalysen, in denen im ersten Schritt die unabhängige Variable und die Moderatorvariable eingehen und in einem nächsten Schritt ein Interaktionsterm aus den beiden unabhängigen Variablen hinzugefügt wird. Der Schritt vor der Analyse bestand darin, die Messmodelle der beiden latenten Konstrukte abzubilden. Dann wurde eine einfache multiple Regression der latenten Depressivität auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und auf die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) durchgeführt. Schließlich wurde das Produkt der dysfunktionalen Einstellungen und der

Anzahl der bzw. der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse als Interaktionsterm der vorherigen Regression hinzugefügt. Wurde das Regressionsgewicht des Interaktionsterms signifikant und passte dieses Modell besser als das vorherige einfache multiple Regressionsmodell, so wurde eine Moderation angenommen. Ergänzend ist noch hinzuzufügen, dass der Modellvergleich nur anhand des vergleichenden Fit Indexes AIC durchgeführt wurde und nicht etwa mit der Änderung im Determinationskoeffizienten und deren Signifikanz. Bei einer latenten Moderationsanalyse werden keine standardisierten Werte ausgegeben.

2.7.2 Analysen für Fragestellungen im Längsschnitt

Zur Überprüfung der längsschnittlichen Entwicklung von Depressivität und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen sowie deren wechselseitigen Beeinflussungen wurden Analysen nach dem Crossed-Lagged-Panel-Design (CLPD) im Rahmen von Strukturgleichungsmodellen durchgeführt (Hypothese 1 - 3).

Ursprünglich als Verfahren der Kausalanalyse mit Längsschnittdaten gedacht, bietet das Modell die Möglichkeit, die Stabilität der Variablen über die MZP (*lagged*) und ihre interaktionalen Einflüsse von einem früheren zu einem späteren Messzeitpunkt (*crossed-lagged*) zu untersuchen (Reinders, 2006; McArdle, 2009). Für die Stabilitätsanalysen der depressiven Symptomatik und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen wurde zunächst jeweils einzeln der longitudinale Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Konstrukte zu beiden MZP herangezogen (Hypothese 1 und 2). Für die folgenden Analysen zur Entwicklung der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen in Abhängigkeit voneinander wurden beide Konstrukte im Rahmen des Cross-Lagged-Panel-Designs in einem Modell zusammengefügt. In Abbildung 14 ist das Grundprinzip eines CLPD mit zwei MZP dargestellt.

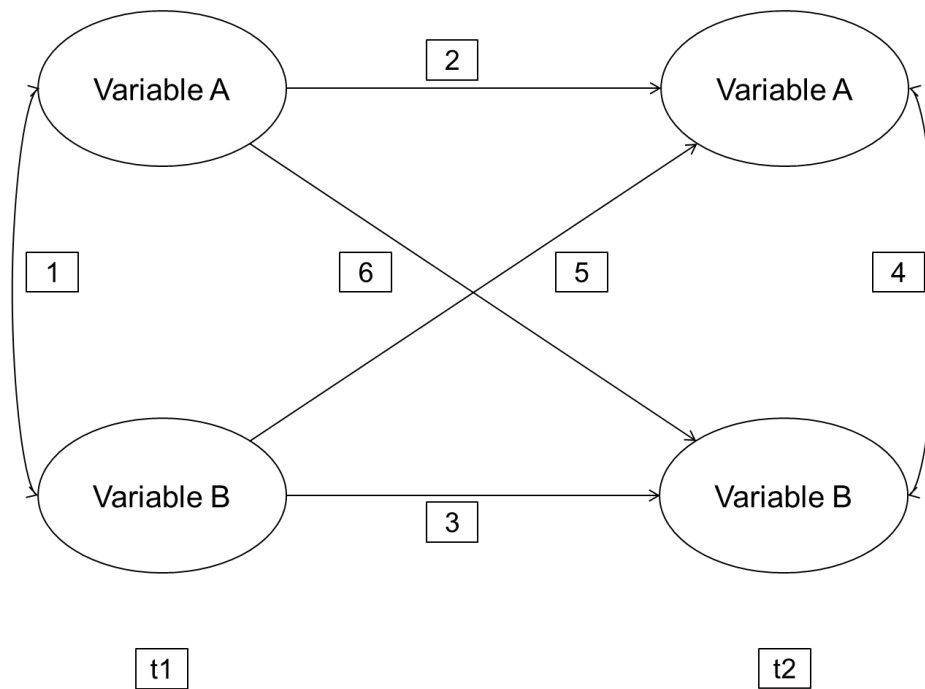


Abbildung 14. Grundprinzip eines Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP. 1, 4 = Korrelationen; 2, 3 = autoregressive Pfade; 5, 6 = Kreuzpfade.

Die Pfade 1 und 4 geben das Ausmaß des mittleren linearen Zusammenhangs zwischen den Variablen innerhalb der beiden MZP an. Die Pfade 2 und 3 zeigen die Autoregression der einzelnen Variablen an und geben somit Informationen über die mittlere Stabilität der untersuchten Konstrukte. Bei den Pfaden 5 und 6 handelt es sich um die sogenannten Kreuzpfade, an denen der Einfluss des einen Konstrukts zum ersten MZP auf das andere Konstrukt zum zweiten MZP unter Berücksichtigung der Ausprägung des zu erklärenden Konstrukts zu einem früheren MZP ersichtlich wird. In früheren Studien wurden hierfür entweder Korrelations-, Partialkorrelations- oder einfache Regressionskoeffizienten als Maße der Zusammenhänge genutzt und diese dann auf Gleichheit bzw. signifikante Unterschiedlichkeit getestet. Für Kausalanalysen sind im Wesentlichen die Kreuzpfade interessant, die dann auf Gleichheit bzw. Unterschiedlichkeit separat getestet wurden. Grundsätzlich weisen diese Varianten der Auswertung die Schwäche auf, dass alle Koeffizienten separat nacheinander geschätzt und auf Gleichheit bzw. signifikante Unterschiedlichkeit getestet werden müssen, was nicht nur mit mehr Aufwand verbunden ist, sondern auch mit einer Kumulierung des sogenannten Alpha-Fehlers, also der Wahrscheinlichkeit, die angenom-

mene Hypothese fälschlicherweise anzunehmen. Aus diesem Grund wird für die folgenden Analysen das CLPD im Rahmen von Strukturgleichungsmodellen angewendet.

Der Vorteil dieser Auswertungsvariante besteht darin, dass alle wichtigen Pfade simultan innerhalb eines Modells geschätzt und auf Signifikanz überprüft werden können. Anhand der folgenden Abbildungen 15-17 soll verdeutlicht werden, warum solch eine Herangehensweise für die längsschnittlichen Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Frage, ob die dysfunktionalen Einstellungen Ursache, Konsequenz oder Epiphänomen der Depressivität darstellen, sehr gut geeignet ist (Hypothese 3).

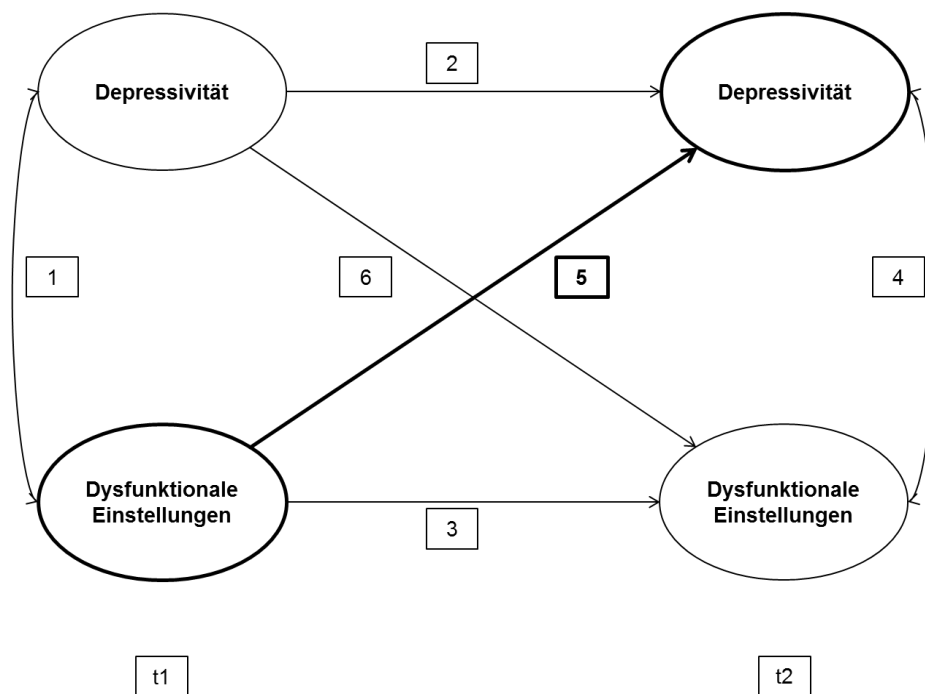


Abbildung 15. Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für Depressivität im Rahmen des Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP. Zentraler Pfad 5 ist hervorgehoben.

Ginge man von einem *kausalen Zusammenhang* an, so müsste, wie in Abbildung 15 abgebildet, der Pfad 5 entweder substantiell höher ausgeprägt sein als Pfad 6 (Minimalbedingung) oder als einziger Pfad von den beiden signifikant werden. Im Rahmen eines Strukturgleichungsmodells wird dies überprüft, in dem man die jeweiligen Pfade einzeln auf 0 setzt und dann den Modell-Fit (z.B. RMSEA, CFI, SRMR) betrachtet. Wird der Pfad 5 nun

auf 0 gesetzt und das Gesamtmodell passt trotzdem noch gut, so kann man davon ausgehen, dass die frühere Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen keinen wesentlichen Indikator für die spätere Depressivität darstellt. Wird der Modell-Fit allerdings bedeutend schlechter, so kann man davon ausgehen, dass die frühere Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen unter Berücksichtigung der früheren Ausprägung der Depressivität die spätere Ausprägung der Depressivität vorhersagen kann. Hierbei sollte der Pfad 6 entweder nicht signifikant sein oder der Modell-Fit darf bei Gleichsetzen dieses Pfades mit 0 nicht schlechter werden.

Wollte man überprüfen, ob die *dysfunktionalen Einstellungen Symptome bzw. Epiphänomene der Depressivität darstellen* (s. Abbildung 16), so würde man die beiden Kreuzpfade 5 und 6 gleichzeitig auf 0 setzen. Sind dann die Pfade 1 und 4, die den mittleren Zusammenhang der beiden Variablen innerhalb eines Messzeitpunktes darstellen, signifikant und der Modell-Fit bleibt unverändert gut, so würde man von einem gleichzeitigen Auftreten über die Zeit ausgehen und die angenommene Hypothese bestätigen können.

Ob die *dysfunktionalen Einstellungen eine Konsequenz vorangegangener Depressivität darstellen*, würde man in ähnlicher Weise überprüfen wie auch die Frage nach dem kausalen Zusammenhang. Hier würde man nun den Kreuzpfad 6 auf 0 setzen. Bleibt der Modell-Fit unverändert gut, so kann man daraus schließen, dass die frühere Ausprägung der Depressivität keinen bedeutenden Indikator für die spätere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen darstellt. Verschlechtert sich der Modell-Fit dadurch allerdings wesentlich, so kann man darauf schließen, dass unter der Berücksichtigung der früheren Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen die frühere Ausprägung der Depressivität die spätere Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen vorhersagen kann. Um diese Aussage bestärken zu können, sollte der Kreuzpfad 5 wiederum entweder nicht signifikant sein oder der Modell-Fit darf sich bei Gleichsetzen dieses Pfades mit 0 nicht verschlechtern (s. Abbildung 17). Folglich ist es auf der Basis eines Cross-Lagged-Modells mit Strukturgleichungsmodellen möglich, die drei konkurrierenden Modell-Alternativen innerhalb eines Modells zu überprüfen.

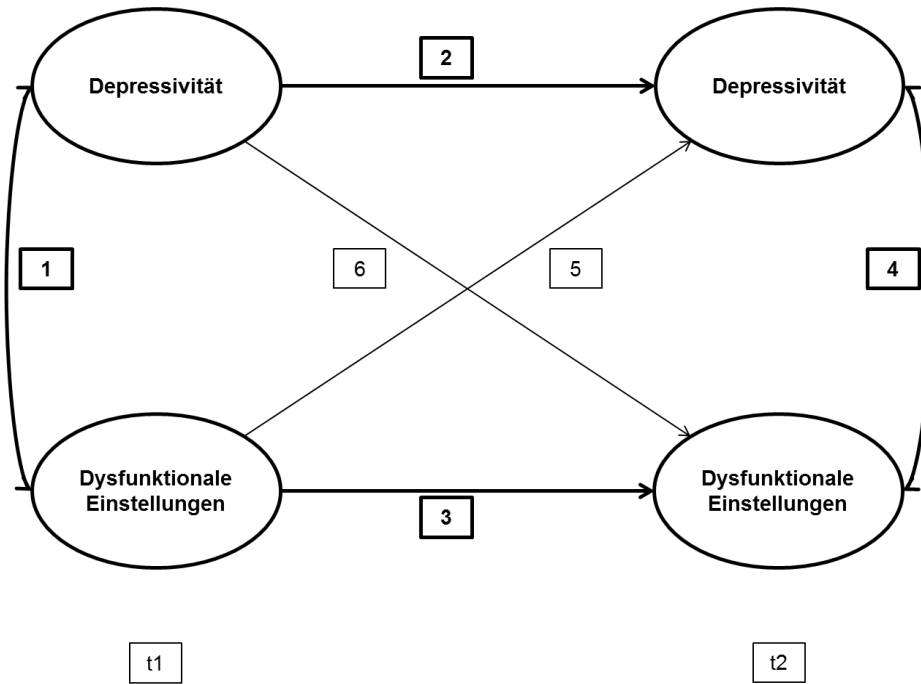


Abbildung 16. Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Epiphänomen der Depressivität im Rahmen den Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP. Zentrale Pfade 1, 2, 3, 4 sind hervorgehoben.

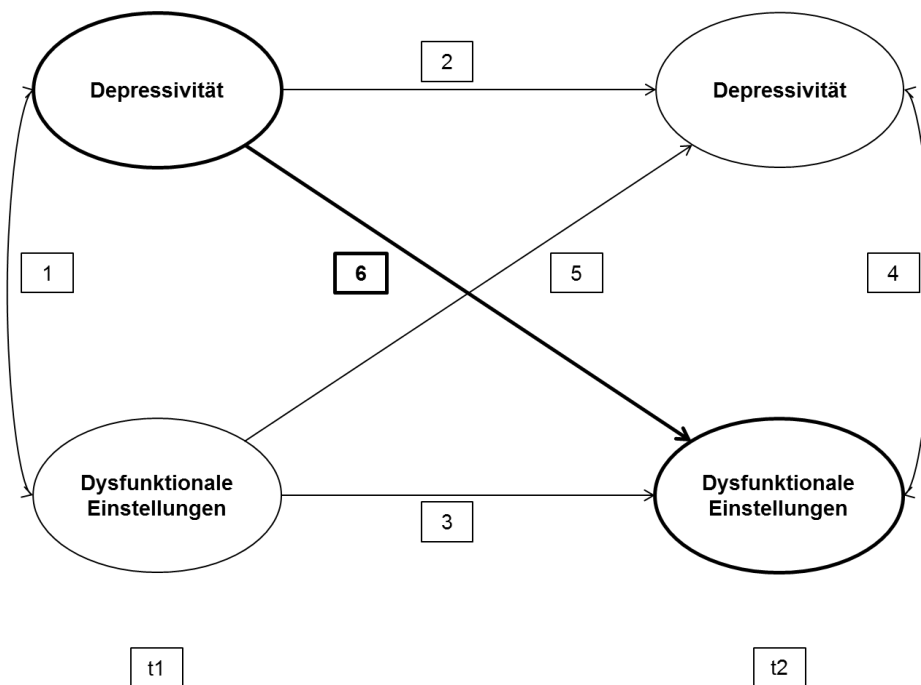


Abbildung 17. Fragestellung der dysfunktionalen Einstellungen als Konsequenz der Depressivität im Rahmen den Crossed-Lagged-Panel-Designs über zwei MZP. Zentraler Pfad 6 ist hervorgehoben.

Für die längsschnittliche Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck (1967, 1996) wurden die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) dem aufgestellten Cross-Lagged-Panel-Modell hinzugefügt und eine latente Moderationsanalyse durchgeführt (Hypothese 4). Die Depressivität zum zweiten MZP diene als abhängige Variable, die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum ersten MZP als unabhängige Variable und die Anzahl der bzw. die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zwischen den beiden MZP (retrospektiv zum zweiten MZP erhoben) als mögliche Moderatorvariable. Wie bereits bei der querschnittlichen Moderationsanalyse geschehen, wurden hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt. Zunächst wurde eine einfache multiple Regression der latenten Depressivität zum zweiten MZP auf die frühere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und auf die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) gerechnet (Schritt 1) und schließlich wurde in einem zweiten Schritt das Produkt der früheren dysfunktionalen Einstellungen und der Anzahl der bzw. der Belastung durch die zwischenzeitlich aufgetretenen kritischen Lebensereignisse als Interaktionsterm der vorherigen Regression hinzugefügt. Wurde das Regressionsgewicht des Interaktionsterms signifikant und passte dieses Modell besser als das vorherige einfache multiple Regressionsmodell, so wurde eine Moderation angenommen. Der Modellvergleich wurde anhand des vergleichenden Fit Indexes AIC durchgeführt und nicht etwa mit der Änderung im Determinationskoeffizienten und deren Signifikanz. Bei einer latenten Moderationsanalyse werden keine standardisierten Werte ausgegeben.

Durch das Einbetten dieser Analyse in das vorhin erwähnte Cross-Lagged-Modell konnte gleichzeitig für die Depressivität zum ersten MZP, die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum zweiten MZP und die jeweiligen querschnittlichen Zusammenhänge dieser beiden Faktoren kontrolliert werden.

Zur näheren Untersuchung der Alterseffekte wurden alle beschriebenen Analysen im Rahmen von sogenannten Multi-Gruppen-Modellen auf Basis der Altersgruppenzugehörigkeit (Kinder, Wechsler, Jugendliche) durchgeführt. Mögliche Geschlechtseffekte wurden durch das Hinzufügen des Geschlechts als weitere unabhängige Variable in das Strukturgleichungsmodell kontrolliert.

Die bei Reinders (2006) beschriebenen Voraussetzungen für das Anwenden eines solchen Crossed-Lagged-Panel-Designs sind in der vorliegenden Untersuchung gegeben. Die Variablen dysfunktionale Einstellungen und Depressivität sind zeitgleich erhoben worden, keine dieser beiden Variablen sind Konstanten oder Quasi-Konstanten und die gute Reliabilität der Messungen konnte gezeigt werden (s. hierzu Abschnitt 6.5 desselben Kapi-

tels). Weiterhin wird im Rahmen der Kausalanalyse der Einfluss einer Drittvariablen, hier der Einfluss der kritischen Lebensereignisse, berücksichtigt. Trotzdem soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass man auch mit dem CLPD keine empirischen Aussagen über generelle kausale Strukturen treffen kann. Die Ergebnisse können lediglich kausale Aussagen über den untersuchten Zeitraum umfassend betreffen.

3 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit dargestellt. An den Fragestellungen orientierend werden erst die Ergebnisse zu den Analysen der Geschlechts- und Alterseffekte auf die Depressivität, die dysfunktionalen Einstellungen und auf die kritischen Lebensereignisse sowie das Ergebnis der Überprüfung des kognitiven Modells der Depression im Querschnitt beschrieben werden (3.1 und 3.2), bevor die longitudinalen Analyseergebnisse zu Stabilität und Zusammenhängen von Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen und der längsschnittlichen Modellüberprüfung berichtet werden (3.3 und 4.4). Abschließen wird dieses Kapitel mit den Ergebnissen zu Post-Hoc-Analysen, die sich erst durch die Ergebnisse der Untersuchung ergeben haben (3.5).

3.1 Analysen zu Altersgruppen- und Geschlechtseffekten in Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritischen Lebensereignissen und die Überprüfung des kognitiven Modells der Depression im Querschnitt

Dieser erste Teilabschnitt der Analyseergebnisse bezieht sich auf die Untersuchung der Geschlechts- und Altersgruppeneffekte auf die Depressivität (3.1.2), die dysfunktionalen Einstellungen (3.1.3), die kritischen Lebensereignisse (3.1.4) und deren gegenseitigen Zusammenhang (3.1.5). Zusätzlich werden die Ergebnisse der Überprüfung des kognitiven Modells der Depression nach Beck (1967, 1996) im Querschnitt dargestellt (3.1.6). Die folgenden deskriptiven Ergebnisse sollen in diesen Teilabschnitt einführen (3.1.1).

3.1.1 Deskriptive Ergebnisse

In Tabelle 13 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, der theoretische Range und die Korrelationen der zentralen Konstrukte abgetragen. Zunächst zeigt sich insgesamt, dass die depressive Symptomatik und die dysfunktionalen Einstellungen bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen eher gering ausgeprägt sind und diese nicht übermäßig viele

kritische Lebensereignisse berichten. Die Werte der zentralen Tendenz liegen unter den theoretisch angenommenen Werten von Mittelwert, Median oder Modus, was auf eine rechtsschiefe Verteilung schließen lässt. Die Werte der Schiefe bestätigen diese Annahme. Die insgesamt wenig auffälligen Werte verwundern aus drei Gründen nicht. Zum einen sind die Kinder und Jugendlichen ursprünglich als nichtklinische Stichprobe erhoben worden, von der man per definitionem annimmt, dass sie kaum klinisch auffällige Teilnehmerinnen und Teilnehmer enthält. Zudem gehörten die Kinder und Jugendlichen bereits zum ersten MZP zu einer Längsschnittstichprobe, die bekanntermaßen nicht nur hinsichtlich des sozioökonomischen Status, sondern auch hinsichtlich physischer und psychischer Marker eine selektive Gruppe darstellt. Schließlich wird von den erhobenen Konstrukten nicht angenommen, dass die meisten Personen eine mittlere Ausprägung im Sinne einer Normalverteilung aufweisen. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Depressivität. Es wird nicht erwartet, dass die meisten Personen eine durchschnittliche Ausprägung der depressiven Symptomatik aufweisen. Aber auch die dysfunktionalen Einstellungen oder die Anzahl und Belastung der kritischen Lebensereignisse als Vulnerabilitäts- bzw. Risikofaktoren sollten bei den meisten nicht in durchschnittlicher Ausprägung auftreten. Für die weiteren voraussetzungsgebundenen Analysen wird dieses berücksichtigt werden, indem auf nonparametrische Verfahren zur Absicherung der Ergebnisse zurückgegriffen wird (Spearman's ρ ; Mann-Whitney-U-Test) und indem die Modellanalysen auf latenter Ebene durchgeführt werden. Das in Strukturgleichungsmodellen genutzten Maximum-Likelihood-Schätzverfahren ist gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme robust (Bollen, 1989; Olsson et al., 2000).

Weiterhin wird aus den Werten in der Tabelle 13 ersichtlich, dass die korrelativen Zusammenhänge zwischen den interessierenden Konstrukten im Querschnitt substantiell bedeutsam für deren Analyse im Rahmen eines Modells sind. Theoriekonform korrelieren die Konstrukte alle positiv miteinander. Je größer die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, und je höher die Anzahl oder die Belastung durch kritische Lebensereignisse, desto höher ist die Ausprägung der Depressivität. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, desto mehr kritische Lebensereignisse werden berichtet bzw. desto größer ist die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse. Gerade diese Korrelation ist zwar statistisch hoch signifikant, allerdings nicht übermäßig groß, sodass von einer möglichen Kollinearität nicht ausgegangen werden muss.

Tabelle 13

Zentrale Tendenz, Streuung, Range und Korrelationen von Alter und der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) zu t3

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	t3_Alter	t3_DAS	t3_KLE_A	t3_KLE_B	t3_DTK
t3_Alter	12.88	2.02	9-19	-				
t3_DAS	0.84	0.53	0-3.22	.18** .20**	-			
t3_KLE_A	3.25 (3; 2) ^a	2.31	0-15	.12** .10**	.11** .13**	-		
t3_KLE_B	4.14 (3; 2) ^a	3.87	0-28	.16** .15**	.18** .17**	.80** .80**	-	
t3_DTK	8.06 (6; 3) ^a	6.52	0-38	.07** .08**	.39** .38**	.25** .29**	.33** .36**	-

Anmerkungen. *N* = 1476; *M*=Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, DAS=Skala dysfunktionaler Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, KLE_B=Belastung durch kritische Lebensereignisse, DTK = Depressionstest für Kinder ^a=(Median; Modus); .20** = Korrelation nach Spearman's ρ ; * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.1.2 Hypothese 1: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in Depressivität

Im Rahmen der ersten Hypothese wurde angenommen, dass theoriekonform signifikante Altersgruppen- und Geschlechtsunterschiede in der Weise existieren, dass Jugendliche und Mädchen mehr depressive Symptome berichten als Kinder und Jungen.

In der Abbildung 18 sind die gruppenspezifischen mittleren Ausprägungen der Depressivität abgebildet.

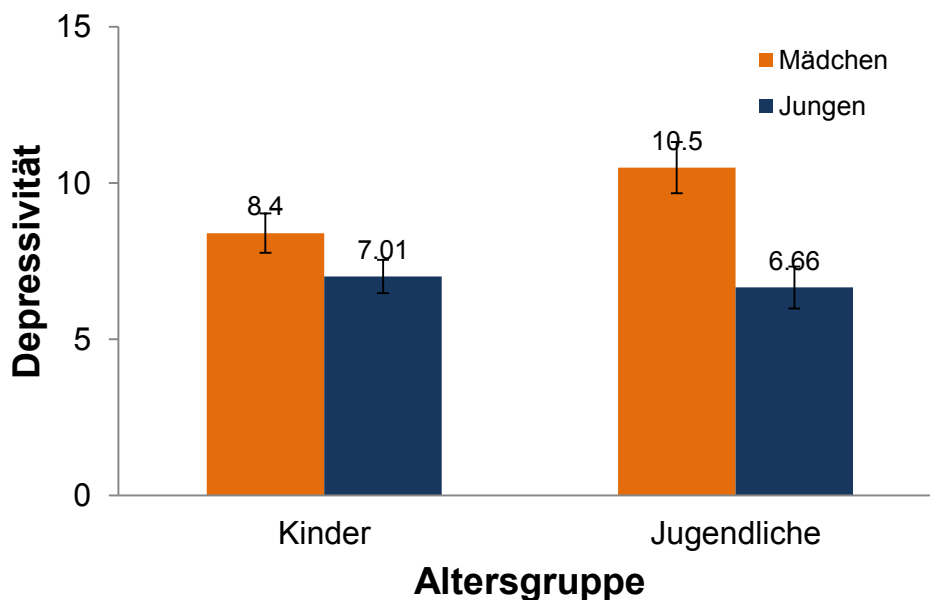


Abbildung 18. Mittelwerteunterschied in Depressivität nach Altersgruppe und Geschlecht. Fehlerbalken repräsentieren die Standardfehler.

Aus der Abbildung 18 wird schnell deutlich, dass die Mädchen in der Stichprobe im Durchschnitt mehr depressive Symptome berichten als die Jungen, was einem Haupteffekt des Geschlechts entsprechen würde. Doch der Mittelwerteunterschied in Depressivität zwischen jugendlichen Mädchen und Jungen scheint ausgeprägter zu sein als zwischen den Mädchen und Jungen im Kindesalter, sodass von einem Interaktionseffekt von Altersgruppe und Geschlecht ausgegangen werden könnte. Eine Varianzanalyse bestätigt diese Unterschiede in den Mittelwerten, die zusätzlich in Tabelle 14 numerisch zusammengefasst sind.

Tabelle 14

Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausprägung der Depressivität in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Kinder	Mädchen	8,41	6,72	440
	Jungen	7,01	5,93	475
	Total	7,68	6,36	915
Jugendliche	Mädchen	10,50	7,25	292
	Jungen	6,66	5,46	264
	Total	8,68	6,74	556
Total	Mädchen	9,24	7,01	732
	Jungen	6,89	5,77	739

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Es existieren signifikante Haupteffekte von Altersgruppe ($F(1,1467) = 6.45; p < .01; \eta^2 = .004$), und Geschlecht ($F(1,1467) = 58.18; p < .01; \eta^2 = .040$) aber auch ein signifikanter Interaktionseffekt von Altersgruppe und Geschlecht ($F(1,1467) = 12.62; p < .01; \eta^2 = .009$) in der Weise, dass die jugendlichen Mädchen die meisten depressiven Symptome berichten. Durch die signifikante Interaktion ist bei der Interpretation der einzelnen Haupteffekte allerdings Vorsicht geboten. Der Haupteffekt der Altersgruppe ist zwar signifikant, aber mit einer Effektstärke von $\eta^2 = .004$ praktisch nicht bedeutsam (Cohen, 1988). Zur Absicherung der Ergebnisse der Varianzanalyse wurde zusätzlich der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Hierbei konnten die Gruppenunterschiede nur einzeln untersucht werden. Der Test sicherte die gefundenen signifikanten Altersgruppen- und Geschlechtsunterschiede ab. (Altersgruppe: $U(915,556) = 230144, p < .01$; Geschlecht: $U(732,739) = 213725.5, p < .01$).

Betrachtet man die Abbildung 15 wird trotzdem deutlich, dass der Altersgruppenunterschied bei den Jungen nicht groß und dem Unterschied bei den Mädchen sogar gegenläufig erscheint. Außerdem zeigt sich, dass die weiblichen Kinder eine höhere Ausprägung an Depressivität aufweisen, als die männlichen Jugendlichen. Zur weiteren Analyse wurde dann getrennt für die Geschlechter der Mittelwerteunterschied in der Depressivität anhand einer Varianzanalyse und eines Mann-Whitney-Tests analysiert. Beide Analysen zeigen nur bei den Mädchen einen signifikanten Altersgruppeneffekt, in der Weise, dass Jugendliche

mehr depressive Symptome berichten als Kinder ($F(1,730) = 15.96; p < .01; \eta^2 = .021; U(440,292) = 52059.5; p < .01$). Bei den Jungen existiert kein signifikanter Altersgruppeneffekt ($F(1,737) = 0.62; p = .43; \eta^2 = .001; U(475,264) = 61979.5; p = .80$). Eine Varianzanalyse für die Altersgruppen getrennt zeigt, dass sich sowohl in der Subgruppe der Kinder als auch in der Subgruppe der Jugendlichen ein signifikanter Haupteffekt für Geschlecht (Kinder: $F(1,913) = 11.17; p < .01; \eta^2 = .012$; Jugendliche: $F(1,554) = 48.89; p < .01; \eta^2 = .081$) finden lässt. In beiden Altersgruppen berichten die Mädchen von mehr depressiven Symptomen. Allerdings zeigt sich in der Subgruppe der Kinder eine nicht nur viel geringere, sondern eine grundsätzlich sehr geringe Effektstärke.

Demnach kann die erste Hypothese, die signifikante Altersgruppen- und Geschlechtseffekte angenommen hat, teilweise bestätigt werden. Es existiert ein statistisch und praktisch bedeutsamer Effekt des Geschlechts in der Ausprägung der Depressivität, in der Weise, dass Mädchen im Durchschnitt mehr depressive Symptome berichten als Jungen. Allerdings zeigt sich ein hypothesenkonformer Altersgruppenunterschied nur in der Subgruppe der Mädchen. Mädchen im Jugendalter weisen eine höhere Ausprägung der depressiven Symptomatik auf als Mädchen im Kindesalter, wobei Jungen im Kindes- und Jugendalter eine ähnliche Ausprägung derselben aufweisen. Insgesamt zeigen Mädchen im Jugendalter die höchste depressive Symptomatik.

3.1.3 Hypothese 2: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in dysfunktionalen Einstellungen

Die zweite Hypothese bezog sich auf die explorative Untersuchung, inwiefern Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen existieren.

Wie aus Abbildung 19 zu entnehmen ist, sind insgesamt gesehen die mittleren Ausprägungen der dysfunktionalen Einstellungen bei Jugendlichen höher ausgeprägt als bei den Kindern. Innerhalb der Altersgruppen lassen sich hinsichtlich des Geschlechts kaum Unterschiede erkennen. Jungen im Kindesalter zeigen eine minimal höhere Ausprägung als Mäd-

chen im Kindesalter. Im Jugendalter ist dieser Unterschied kaum noch zu erkennen (s. Tabelle 15).

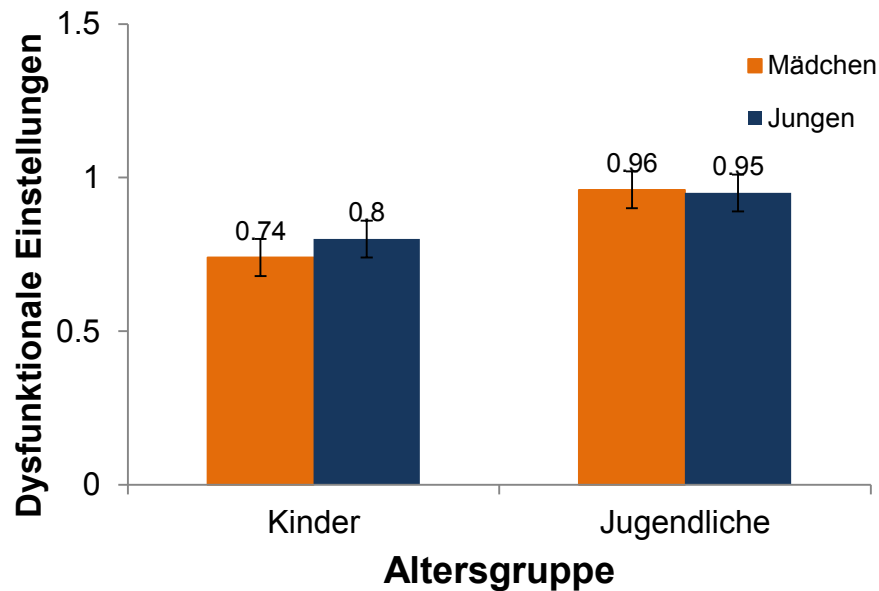


Abbildung 19. Mittelwerteunterschied in den dysfunktionalen Einstellungen nach Altersgruppe und Geschlecht. Fehlerbalken repräsentieren den Standardfehler.

Die parametrische und nonparametrische Analyse dieser Mittelwerteunterschiede bestätigt dieses Muster. Die Durchführung einer Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Haupteffekt für Geschlecht ($F(1,1468) = 0.79$; $p = .79$; $\eta^2 = .001$), aber einen Haupteffekt für Altersgruppe ($F(1,1468) = 42.99$; $p < .01$; $\eta^2 = .28$). Der geringe Unterschied in der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen ist somit statistisch nicht bedeutsam. Die Interaktion von Altersgruppe und Geschlecht ist ebenfalls nicht signifikant ($F(1,1468) = 1.81$; $p = .18$; $\eta^2 = .001$). Auch die Absicherung durch den Mann-Whitney-U-Test bestätigt dieses Effektmuster (Geschlecht: $U(733,739) = 262453$, $p = .302$; Altersgruppe: $U(916,556) = 201353.5$, $p < .01$).

Tabelle 15

Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Kinder	Mädchen	0.74	0.52	442
	Jungen	0.80	0.53	474
	Total	0.77	0.53	916
Jugendliche	Mädchen	0.96	0.52	291
	Jungen	0.95	0.53	265
	Total	0.96	0.52	556
Total	Mädchen	0.83	0.53	733
	Jungen	0.86	0.54	739

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Betrachtet man die Altersgruppen getrennt voneinander, so zeigt eine Varianzanalyse sowohl in der Subgruppe der Jugendlichen ($F(1,554) = 0.09$; $p = .77$; $\eta^2 = .000$) als auch in der Subgruppe der Kinder ($F(1,914) = 3.30$; $p = .070$; $\eta^2 = .004$) wiederum keinen Haupteffekt für das Geschlecht. Durch die Verletzung der Normalverteilungsannahme ist die Varianzanalyse an dieser Stelle womöglich sehr konservativ, was das Aufdecken statistisch bedeutsamer Unterschiede schwieriger macht. Der Mann-Whitney-U-Test, der als nonparametrischer Test dem entgegenwirken würde, zeigt allerdings ebenfalls, dass der Geschlechtseffekt sowohl bei den Kindern ($U(443,475) = 97328.5$, $p = .06$) als auch bei den Jugendlichen ($U(292,266) = 38004.5$, $p = .77$) statistisch nicht bedeutsam ist.

Die explorative Fragestellung nach den Altersgruppen- und Geschlechtseffekten in der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen kann somit in der Weise beantwortet werden, dass Kinder im Durchschnitt eine geringere Ausprägung an dysfunktionalen Einstellungen aufweisen als Jugendliche, die Geschlechter sich in der Höhe der Ausprägung allerdings nicht unterscheiden.

3.1.4 Hypothese 3: Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in kritischen Lebensereignissen

Die dritte Hypothese postulierte signifikante Altersgruppen- und Geschlechtsunterschiede in der Anzahl der kritischen Lebensereignisse und in der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse. Entsprechend der Forschungsliteratur wird angenommen, dass Jugendliche und Mädchen mehr kritische Lebensereignisse berichten und sich stärker durch kritische Lebensereignisse belastet fühlen.

In nachstehender Tabelle 16 sind zunächst die gruppenspezifischen Mittelwerte und Standardabweichungen der berichteten Anzahl der und der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zusammengefasst dargestellt. Es fällt auf, dass die Mädchen über die Altersgruppen hinweg mehr kritische Lebensereignisse als die Jungen berichten, wobei die jugendlichen Mädchen von allen Gruppen die meisten Lebensereignisse angeben. Insgesamt gesehen berichtet die Subgruppe der Jugendlichen mehr kritische Lebensereignisse als die Subgruppe der Kinder. Dieser Unterschied zwischen den Altersgruppen zeigt sich allerdings nicht bei den Jungen. Sowohl der Mittelwert als auch die dazugehörigen Standardabweichungen als Maß der Streuung sind sich bei Jungen im Kindesalter und bei Jungen im Jugendalter sehr ähnlich.

Tabelle 16

Mittelwerte und Standardabweichungen der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) in den Subgruppen nach Altersgruppe und Geschlecht

		<i>M (SD)</i>		<i>n</i>
		Anzahl	Belastung	
Kinder	Mädchen	3.39 (2.33)	4.39 (4.07)	443
	Jungen	2.95 (2.09)	3.21 (2.98)	475
	Total	3.16 (2.22)	3.78 (3.59)	918
Jugendliche	Mädchen	3.86 (2.61)	5.59 (4.38)	292
	Jungen	2.90 (2.16)	3.82 (3.83)	266
	Total	3.40 (2.45)	4.75 (4.22)	558
Total	Mädchen	3.57 (2.45)	4.86 (4.23)	735
	Jungen	2.93 (2.11)	3.43 (3.32)	741

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Die Werte der Belastung, also des über die Anzahl der berichteten Ereignisse aufsummierten Gesamtbelastungsscores, weisen hierbei ein ähnliches Muster auf (s. Abbildung 20 und 21).

Parametrische und nonparametrische Gruppenvergleiche hinsichtlich der *Anzahl* der berichteten kritischen Lebensereignisse konnten einen Haupteffekt des Geschlechts (VA: $F(1,1472) = 32.52$; $p < .01$; $\eta^2 = .022$; M-W: $U(735,741) = 232528$; $p < .01$), aber keinen Haupteffekt der Altersgruppe (VA: $F(1,1472) = 3.06$; $p < .08$; $\eta^2 = .002$; M-W: $U(918,558) = 244412.5$; $p = .14$) aufzeigen. Außerdem weist das Ergebnis der Varianzanalyse auf einen Interaktionseffekt von Geschlecht und Altersgruppe hin ($F(1,1472) = 23.65$; $p < .05$), wobei die Effektstärke von $\eta^2 = .003$ nach Cohen (1988) noch nicht einmal ein schwaches Niveau erreicht. Zur Absicherung dieses Interaktionseffekts wurden Mittelwertanalysen separat für Mädchen und Jungen durchgeführt und untersucht, worin der Interaktionseffekt bestehen könnte. Diese zeigen erneut parametrisch und nonparametrisch, dass neben einem signifikanten Effekt des Geschlechts nur ein statistisch bedeutsamer Effekt der Altersgruppe in der Subgruppe der Mädchen besteht (VA: $F(1,733) = 6.67$; $p < .01$; $\eta^2 = .009$; (M-W: $U(443,292) = 58077.5$; $p < .05$). Jungen im Kindesalter und Jungen im

Jugendalter unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (VA: $F(1,739) = 0.08$; $p = .77$; $\eta^2 = .000$; M-W: $U(475,266) = 61593$; $p = .57$).

In Bezug auf die Gesamtbelastung durch die erlebten kritischen Lebensereignisse zeigen Varianzanalyse und Mann-Whitney-Test dasselbe Effektmuster auf. Sowohl das Geschlecht (VA: $F(1,1470) = 52.51$; $p = .01$; $\eta^2 = .034$; M-W: $U(735,741) = 215857$; $p = .01$) als auch die Altersgruppe (VA: $F(1,1470) = 19.95$; $p = .01$; $\eta^2 = .013$; M-W: $U(918,558) = 219047.5$; $p = .01$) weisen einen statistisch bedeutsamen Haupteffekt auf die Belastung durch die berichteten kritischen Lebensereignisse auf. Anders als bei den Analysen zur Anzahl der kritischen Lebensereignisse ist der Interaktionseffekt von Geschlecht und Altersgruppe nicht signifikant ($F(1,1470) = 2.073$; $p = .15$; $\eta^2 = .001$). Da die Abbildung 21 einen möglichen Interaktionseffekt wie bei der Anzahl der kritischen Lebensereignisse nahe legt und die Varianzanalyse an dieser Stelle durch die Verletzung der Normalverteilungsannahme über zu wenig Teststärke verfügt, wurde zur Absicherung noch einmal getrennt für die Geschlechtsgruppen der Altersgruppeneffekt mit Hilfe des Mann-Whitney-Tests untersucht. Die Analysen weisen auf einen Altersgruppeneffekt auf die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse bei den Mädchen ($U(443,292) = 52574$; $p < .01$), aber nicht bei den Jungen hin ($U(475,266) = 58214$; $p = .09$).

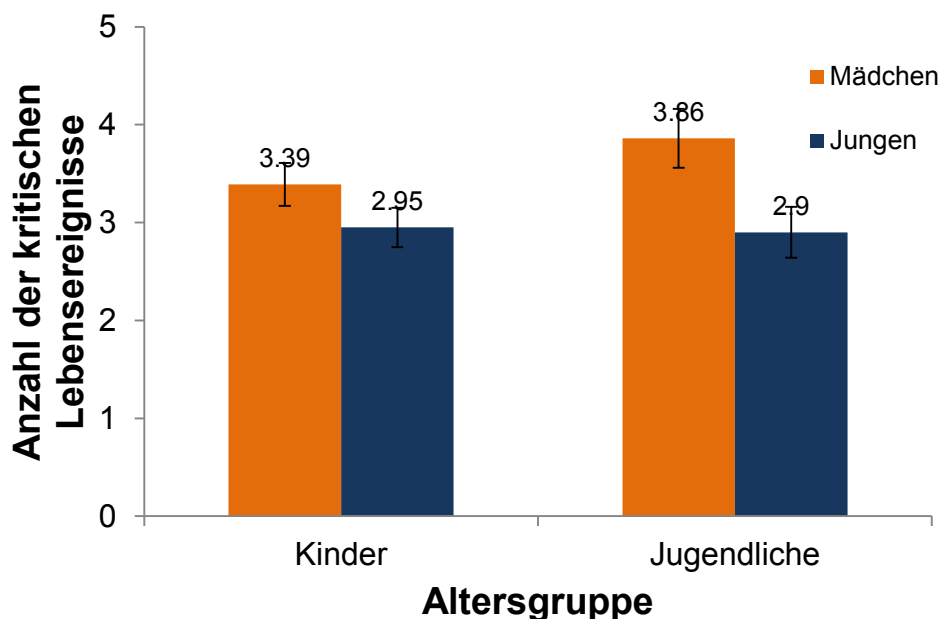


Abbildung 20. Mittlere Anzahl der kritischen Lebensereignisse in den Subgruppen nach Altersgruppe und Geschlecht. Fehlerbalken repräsentieren die Standardfehler.

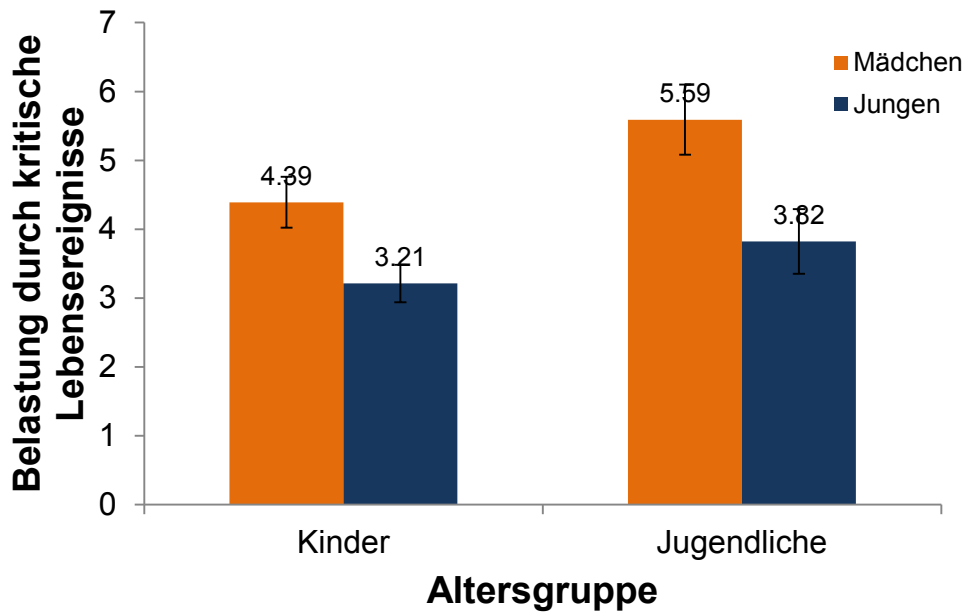


Abbildung 21. Mittlere Belastung durch die kritischen Lebensereignisse in den Subgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe. Fehlerbalken repräsentieren die Standardfehler.

Die Hypothese 3, die Haupteffekte für Altersgruppe und Geschlecht in Bezug auf die Anzahl der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse annahm, kann hinsichtlich der Belastung bestätigt und hinsichtlich der Anzahl teilweise bestätigt werden.

Es existieren hypothesenkonform Haupteffekte von Altersgruppe und Geschlecht in der mittleren Belastung durch kritische Lebensereignisse in der Form, dass Mädchen und Jugendliche im Durchschnitt eine größere Belastung angeben als Jungen und Kinder. Außerdem besteht in der Anzahl der kritischen Lebensereignisse ein Haupteffekt des Geschlechts, ebenfalls in der Form, dass Mädchen mehr Ereignisse berichten als Jungen. Der Hypothese konträr ergab sich insgesamt kein Haupteffekt der Altersgruppe. Lediglich in Interaktion mit dem weiblichen Geschlecht differenziert die Altersgruppe. Mädchen im Jugendalter berichten mehr kritische Lebensereignisse als Mädchen im Kindesalter. Insgesamt berichten jugendliche Mädchen die meisten kritischen Lebensereignisse und weisen in den untersuchten Subgruppen die höchste selbstberichtete Belastung durch die kritischen Lebensereignisse auf.

3.1.5 Hypothese 4: Zusammenhänge der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse

Die vierte Hypothese nahm theoriekonform für alle zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse positive Zusammenhänge unabhängig von Alter und Geschlecht an.

Da für alle Konstrukte die Annahme der Normalverteilung verletzt ist und die Konstrukte Depressivität und kritische Lebensereignisse nicht intervallskaliert sind, wurde für die Korrelationsanalysen ähnlich wie bei den Unterschiedshypothesen neben den parametrischen Pearson-Korrelationen zusätzlich die nonparametrischen Spearman's ρ -Korrelationen berechnet.

Aus der allgemeinen Korrelationstabelle (Tabelle 13 in 3.1.1) geht bereits hervor, dass in der gesamten Stichprobe signifikante positive Zusammenhänge unter den zentralen Konstrukten bestehen. Die Fragestellung hinter der Hypothese zielt darauf ab, ob sich diese Zusammenhänge in allen Subgruppen finden, wodurch eine Überprüfung des Erklärungsmodells nach Beck (1967,1996) erst sinnvoll wird.

Tabelle 17

Partialkorrelationen zwischen den zentralen Konstrukten Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse nach der Kontrolle für Alter und Geschlecht

	t3_DAS	t3_KLE_A	t3_KLE_B	t3_DTK
t3_DAS	-			
t3_KLE_A	.10**	-		
t3_KLE_B	.16**	.79**	-	
t3_DTK	.40**	.22**	.30**	-

Anmerkungen. $N = 1.465$; DAS = Skala dysfunktionaler Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, KLE_B = Belastung durch kritische Lebensereignisse, DTK = Depressionstest für Kinder; * $p < .05$, ** $p < .01$.

In Tabelle 17 sind die Partialkorrelationen der Konstrukte kontrolliert für Alter und Geschlecht abgetragen. Die Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten haben sich

nach der Kontrolle von Alter und Geschlecht nur unwesentlich geändert. Sie bleiben alle signifikant positiv miteinander assoziiert und weisen auch nahezu dieselben Werte auf.

Die vorherigen Analysen zu den Mittelwerteunterschieden weisen auf differenzierte Effekte der Altersgruppe und des Geschlechts hin. Dies soll an dieser Stelle ebenfalls überprüft werden, indem die Korrelationen in den vier Subgruppen analysiert und auf Gleichheit über den Fisher-Z-Test getestet werden. In den folgenden Tabellen 18 und 19 sind die jeweiligen Korrelationskoeffizienten für jede Subgruppe dargestellt.

Tabelle 18

Interkorrelationen der zentralen Konstrukte dysfunktionale Einstellungen, kritische Lebensereignisse und Depressivität in der Subgruppe der Kinder

	t3_DAS	t3_KLE_A	t3_KLE_B	t3_DTK
t3_DAS	-	.06 .05	.13** .11*	.39** .38**
t3_KLE_A	.16** .15**	-	.74** .76**	.20** .26**
t3_KLE_B	.20** .21**	.78** .77**	-	.31** .31**
t3_DTK	.34** .38**	.24** .26**	.30** .33**	-

Anmerkungen. unter der Diagonalen: Mädchen im Kindesalter, über der Diagonalen: Jungen im Kindesalter; $n_{\text{Mädchen}} = 438$; $n_{\text{Jungen}} = 474$; DAS =Skala dysfunktionaler Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, KLE_B =Belastung durch kritische Lebensereignisse, DTK = Depressionstest für Kinder; .16** Korrelation nach Spearman's ρ ; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 19

Interkorrelationen der zentralen Konstrukte dysfunktionale Einstellungen, kritische Lebensereignisse und Depressivität in der Subgruppe der Jugendlichen

	t3_DAS	t3_KLE_A	t3_KLE_B	t3_DTK
t3_DAS	-	.16** .15*	.19* .19*	.34** .34**
t3_KLE_A	.07 .07	-	.85** .85**	.29** .35**
t3_KLE_B	.17** .16**	.84** .85**	-	.29** .34**
t3_DTK	.52** .47**	.17** .22**	.32** .35**	-

Anmerkungen. unter der Diagonalen: Mädchen im Jugendalter, über der Diagonalen: Jungen im Jugendalter; $n_{\text{Mädchen}} = 291$; $n_{\text{Jungen}} = 262$; DAS = Skala dysfunktionaler Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, KLE_B = Belastung durch kritische Lebensereignisse, DTK = Depressionstest für Kinder; .17** Korrelation nach Spearman's ρ ; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Im Großen und Ganzen lässt sich feststellen, dass sich die Zusammenhänge zwischen den vier Gruppen sehr ähnlich sind. Dies trifft insbesondere auf die Korrelationen der Risikofaktoren mit Depressivität zu. Mit Ausnahme der Mädchen im Jugendalter weisen die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der sowie die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse positive Korrelationen mit der Ausprägung an Depressivität auf einem moderaten Level auf. Lediglich bei den Mädchen im Jugendalter ist der spezifische Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität auf einem hohen Level ausgeprägt und unterscheidet sich eindeutig von den anderen Koeffizienten. Der Fisher-Z-Test auf Unterschiedlichkeit der Korrelationskoeffizienten zwischen den Gruppen findet signifikante Unterschiede zwischen dem Korrelationskoeffizienten der Mädchen im Jugendalter und den Koeffizienten der anderen Subgruppen (weibliche Kinder: $z = -2.92$, $p < .01$; männliche Kinder: $z = -2.32$, $p < .05$; männliche Jugendliche: $z = -2.65$, $p < .01$). Demnach gilt zwar über alle Subgruppen hinweg, dass je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Kognitionen und je höher die Anzahl der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse ausfällt, desto höher die Depressivität ausgeprägt ist. Der Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der

Depressivität ist unter den jugendlichen Mädchen dabei allerdings signifikant stärker ausgeprägt.

Differenziertere Ergebnisse lassen sich bei den Interkorrelationen zwischen den beiden Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse finden. Die Korrelation zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der berichteten Anzahl der kritischen Lebensereignisse ist bei Mädchen im Kindesalter sowie bei Jungen im Jugendalter gleichermaßen signifikant positiv ausgeprägt, wobei diese bei Jungen im Kindesalter und Mädchen im Jugendalter zwar ebenfalls positiv, aber sehr gering und nicht signifikant ist. Ein Vergleich all dieser Koeffizienten zeigt jedoch, dass sie sich statistisch nicht bedeutsam voneinander unterscheiden (weibliche Kinder - männliche Kinder: $z = 1.65$, $p = .10$; weibliche Kinder - weibliche Jugendliche: $z = 1.23$, $p = .22$; männliche Jugendliche - männliche Kinder: $z = 1.36$, $p = .17$; männliche Jugendliche - weibliche Jugendliche: $z = 1.04$; $p = .30$). Gemeinsam ist demnach in allen Gruppen der positive Zusammenhang. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, desto mehr kritische Lebensereignisse werden berichtet. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der wahrgenommenen Belastung durch die kritischen Lebensereignisse ist in allen Subgruppen auf einem moderaten Niveau angesiedelt. Darüber hinaus scheint die Ausprägung der Korrelation sehr ähnlich zu sein. Schließlich scheint der Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten der kritischen Lebensereignisse, Anzahl und Belastung, zwischen den Subgruppen unterschiedlich ausgeprägt. Die in allen Subgruppen sehr stark ausgeprägte Korrelation scheint bei den Jugendlichen noch höher auszufallen als bei den Kindern. Geschlechtsunterschiede lassen sich nicht festmachen. Die Analysen zur statistischen Bedeutsamkeit dieser Unterschiede bestätigen dieses Bild. Die Korrelationskoeffizienten sind in den jugendlichen Subgruppen signifikant stärker ausgeprägt als in den Subgruppen der Kinder (weibliche Kinder - weibliche Jugendliche: $z = -2.09$, $p < .05$; weibliche Kinder - männliche Jugendliche: $z = -2.46$, $p < .05$; männliche Kinder - männliche Jugendliche: $z = -3.86$, $p < .01$; männliche Kinder - weibliche Jugendliche: $z = -3.54$; $p < .01$).

Die vierte Hypothese, im Rahmen derer unabhängig von Alter und Geschlecht positive Zusammenhänge zwischen den Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse, und der Depressivität angenommen wurden, kann somit bestätigt werden. Je höher die Ausprägung an dysfunktionalen Einstellungen und je mehr kritische Lebensereignisse berichtet werden sowie je höher die Belastung durch diese kritischen Lebensereig-

nisse ausfällt, desto höher ist die Depressivität ausgeprägt. Jugendliche Mädchen unterscheiden sich von den anderen Subgruppen in einer signifikant höheren Ausprägung der Korrelation zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität. Bei der Betrachtung der Interkorrelationen zwischen den Risikofaktoren sind die Zusammenhänge positiv und auf einem geringen bis moderaten Level anzusiedeln. Lediglich die verschiedenen Korrelationen zwischen den beiden Aspekten der kritischen Lebensereignisse bilden eine Ausnahme. Hierbei unterscheiden sich die Jugendlichen von den Kindern in einer signifikant höheren Ausprägung des Zusammenhangs zwischen der Anzahl der kritischen Lebensereignisse und der wahrgenommenen Belastung durch die kritischen Lebensereignisse.

3.1.6 Hypothese 5: Überprüfung des Kognitiven Modells der Depression nach Beck im Querschnitt

Schließlich wird im Rahmen der fünften Hypothese angenommen, dass der positive Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität durch die kritischen Lebensereignisse moderiert wird. Mögliche Altersgruppeneffekte sollten explorativ untersucht werden.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden latente Moderationsanalysen durchgeführt, in der einmal die Depressivität die zu erklärende abhängige Variable (endogen) und die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, die kritischen Lebensereignisse sowie deren Interaktion als Prädiktoren (exogen) in die Analysen miteingehen. Aufgrund der durchgängig gefundenen Altersgruppeneffekte auf all den interessierenden Konstrukten und des inhaltlichen Interesses daran, ab wann ein mögliches kognitives Modell gefunden werden kann, wurden die Analysen separat für die beiden Altersgruppen (Kinder, Jugendliche) durchgeführt. Allerdings war es im Rahmen eines Multi-Gruppen-Modells möglich, beide Altersgruppen im Rahmen eines Modells schätzen zu lassen, sodass anhand der gemeinsamen Fit-Indizes eingeschätzt werden kann, wie gut das angenommene Modell der Moderation passt und angenommen werden kann. Zusätzlich erlaubt dieses Vorgehen, Pfade zwischen den Gruppen direkt gegeneinander auf bedeutsame Unterschiedlichkeit zu testen.

Abbildung 22 zeigt zunächst das gemeinsame Messmodell für dysfunktionale Einstellungen und Depressivität für die Subgruppe der Kinder und die Subgruppe der Jugendlichen. Pro latentem Faktor stehen lediglich zwei manifeste Indikatoren zur Verfügung, so-

dass die einzelnen Messmodelle zwar genau identifizierbar sind (Anzahl der zu schätzenden Parameter gleicht der Anzahl der geschätzten Parameter), jedoch ein Freiheitsgrad zu einem Modelltest fehlt. Mit der simultanen Spezifikation der beiden Messmodelle und deren latenten Zusammenhang wird das Modell schätzbar. Für die Darstellung der einzelnen Faktorladungen dient somit dieses gemeinsame Messmodell. Für die Messgüte der genutzten Fragebögen sei auf die Angaben der internen Konsistenzen im Methodenkapitel (2.5) verwiesen. Da die Analysen im Rahmen des genannten Multi-Group-Modells durchgeführt werden, ist es wichtig, die Messinvarianz zwischen den Gruppen zu überprüfen. Es muss demnach geklärt werden, ob die Konstruktmessung in beiden Altersgruppen hinreichend ähnlich stattgefunden hat. Dafür existiert eine Einteilung der Messinvarianz in konfigural (gleiche Anzahl der Faktoren), schwach faktoriell (konfigural + gleiche Höhe der Faktorladungen), stark faktoriell (schwach faktoriell + gleiche Höhe der Intercepts der Indikatoren) und strikt faktoriell (stark faktoriell + gleiche Fehlervarianzen der Indikatoren). Zwischen den beiden Altersgruppen kann von einer schwachen Messinvarianz ausgegangen werden. Für beide Gruppen gelten zwar dieselbe Anzahl der aus den manifesten Indikatoren extrahierten Faktoren und dieselben Höhe der Faktorladungen. Allerdings war es für eine gute Modellgüte erforderlich, das Intercept des einen Indikators (Subskala Leistung) für die dysfunktionalen Einstellungen für die beiden Gruppen frei schätzen zu lassen (Meredith & Horn, 2001). In Tabelle 20 sind die Indikatoren der Modellgüte für das Messmodell mit einer schwachen und starken Messinvarianz zwischen den Altersgruppen zusammengefasst dargestellt. Neben der insgesamt nur schlechten Modellgüte zeigt auch die Verschlechterung des CFI um mehr als 0,01, dass keine starke Messinvarianz zwischen den Altersgruppen angenommen werden darf (Wu et al., 2007). Da das Ziel der Analysen nicht der Mittelwertvergleich zwischen den Gruppen ist, ist eine schwache Messäquivalenz zwischen den Gruppen für die Analysen ausreichend.

Tabelle 20

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für das Messmodelle mit schwacher und starker Messinvarianz

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI	SRMR
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(5) = 10.90;$ $p = .054$	.04	0.99	.02
Modell mit starker MI	$\chi^2(6) = 109.74;$ $p < .01$	.15	0.89	.07

Anmerkungen. MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

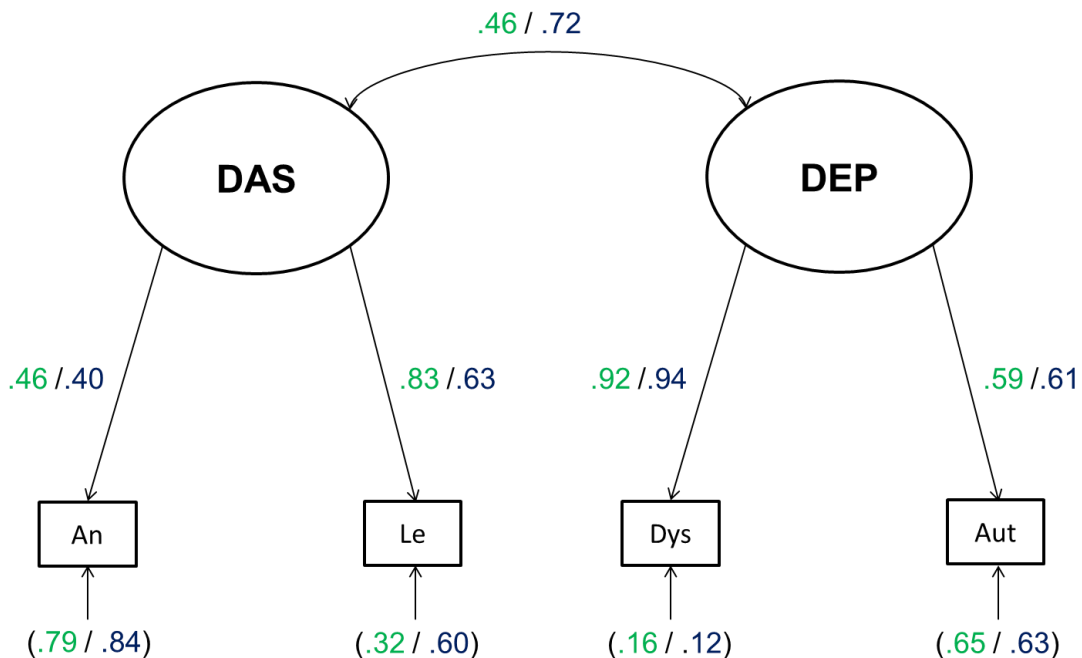


Abbildung 22. Gemeinsames Messmodell der latenten Faktoren Dysfunktionale Einstellungen (DAS) und Depressivität (DEP). An = Subskala Anerkennung, Le = Subskala Leistung, Dys = Subskala Dysphorie/Niedergeschlagenheit, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit. Dargestellt sind standardisierte Werte. In grün sind die Werte der Kinder ($n = 913$), in blau die Werte der Jugendlichen ($n = 554$) abgebildet.

Die Analyse der Modellgüte ergibt eine sehr gute Passung zwischen dem angenommenen Modell und den vorhandenen Daten ($\chi^2(5) = 10.90$, $p = .054$; RMSEA = .04; CFI = 0.99; SRMR = .02). Die einzelnen Indikatoren laden insgesamt auf einem mittleren bis hohen Level auf die jeweiligen latenten Faktoren. Dieses Modell wird als Ausgangsmodell für die

weiteren Analysen um die jeweils nächsten Prädiktoren im Sinne hierarchischer multipler Regressionen erweitert. Die beiden Indikatoren für die kritischen Lebensereignisse, die berichtete Anzahl und die Gesamtbelastung, werden jeweils als manifester Prädiktor in die Gleichung mit aufgenommen. Die Schritte sehen wie folgt aus: der erste Schritt umfasst eine Regression des latenten Faktors Depressivität (DEP) auf den latenten Faktor dysfunktionale Einstellungen (DAS) und auf die Anzahl der (bzw. Belastung durch die) kritischen Lebensereignisse (KLE_A/KLE_B). Im nächsten Schritt wird die Gleichung um die Interaktion zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen (DASxKLE_A/B) erweitert, um einen möglichen Moderationseffekt aufzeigen zu können. Die vorangegangenen Analysen wiesen auf mögliche Effekte von Altersgruppe und Geschlecht auf die Ausprägungen der einzelnen Konstrukte hin, sodass für die folgenden Analysen diese Faktoren berücksichtigt werden müssen. Da durch die Gruppenperspektive der Altersgruppeneffekt direkt im Analysemodell enthalten ist, wird in den folgenden latenten Regressionsanalysen lediglich für den Faktor Geschlecht kontrolliert.

3.1.6.1 Moderationseffekt der Anzahl der berichteten kritischen Lebensereignisse auf den Zusammenhang von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität

Der erste Schritt der Moderationsanalyse, demnach die einfache multiple Regression der Depressivität auf das Geschlecht, auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der berichteten kritischen Lebensereignisse, ergab, dass kontrolliert für Geschlecht beide möglichen Prädiktoren einen statistisch bedeutsamen Beitrag zur Aufklärung der Depressivität im Querschnitt leisten. Inhaltlich kann man schließen, dass auch bei simultaner Betrachtung der beiden unabhängigen Variablen sowohl bei der Subgruppe der Kinder als auch bei der Subgruppe der Jugendlichen höhere Werte in dysfunktionalen Einstellungen und eine größere Anzahl berichteter kritischer Lebensereignisse höhere Werte in Depressivität bedingen. In Abbildung 23, welche die multiple Regression mit den dazugehörigen standardisierten Pfadkoeffizienten darstellt, werden allerdings die ersten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen ersichtlich.

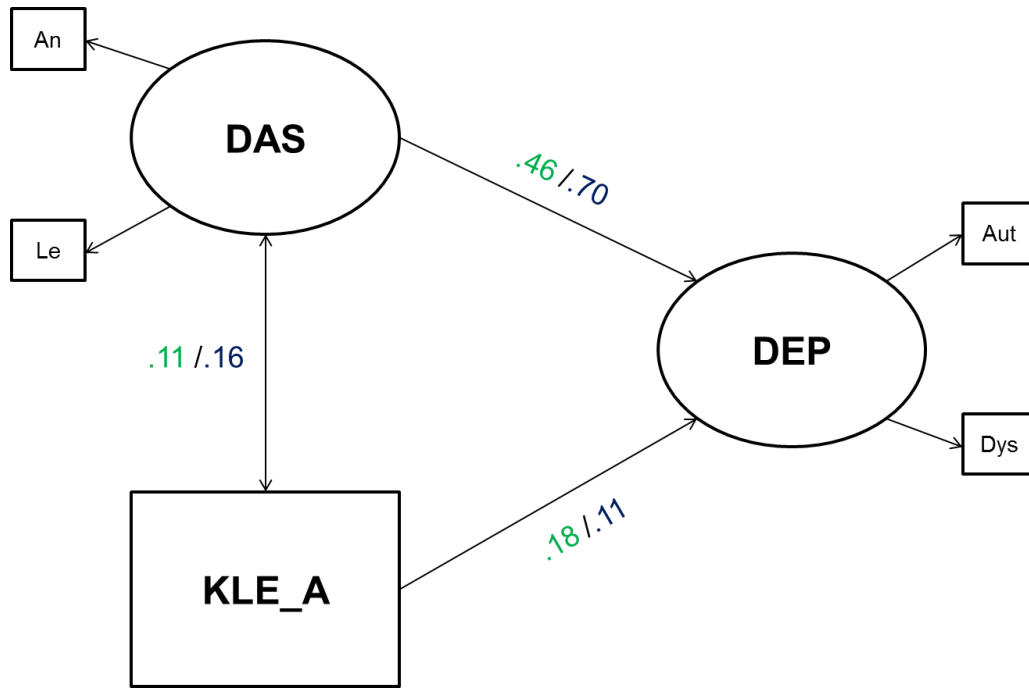


Abbildung 23. Strukturmodell zur multiplen Regression der Depressivität (DEP) auf die dysfunktionalen Einstellungen (DAS) und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse (KLE_A). An = Subskala Anerkennung, Le = Subskala Leistung, Dys = Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit. Angegeben sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. In grün sind die Werte der Kinder, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

Zunächst einmal ist die Modellgüte auch nach Hinzufügen der zweiten unabhängigen Variable noch als gut zu erachten ($\chi^2(17) = 68.48$, $p < .01$; RMSEA = .06; CFI = 0.96; SRMR = .04). In beiden Gruppen finden sich signifikant positive Haupteffekte der dysfunktionalen Einstellungen und der Anzahl der kritischen Lebensereignisse auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und je mehr kritische Lebensereignisse berichtet werden, desto höher ist die Ausprägung der Depressivität. Im Vergleich fällt auf, dass der Haupteffekt der dysfunktionalen Einstellungen auf die Depressivität für die Subgruppe der Jugendlichen sehr viel deutlicher ausgeprägt ist als für die Subgruppe der Kinder (Kinder: $.46 <$ Jugendliche: $.70$), während der Haupteffekt für die berichtete Anzahl der kritischen Lebensereignisse sich in beiden Gruppen ähnelt. Eine weitergehende Analyse bestätigt einen signifikanten Unterschied im Haupteffekt der dysfunktionalen Einstellungen (Differenz der Pfadkoeffizienten $P = -3.87$; $p < .01$). Der Unterschied wird ebenfalls in der aufgeklärten Varianz R^2 der Depressivität deutlich. Mit einer aufgeklärten Varianz von etwa 60% wird bei den Jugendlichen die De-

pressivität (genauer die Unterschiede in der Depressivität) durch die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse doppelt so viel aufgeklärt wie bei den Kindern ($R^2 = .28$). Da sich nur der Effekt der dysfunktionalen Einstellungen in deutlichem Maße unterscheidet, liegt der Schluss nahe, dass die dysfunktionalen Einstellungen eine viel größere Bedeutung für die Ausprägung der Depressivität hat als die Anzahl der kritischen Lebensereignisse.

Der zweite Schritt der Moderationsanalyse, latente Regressionsanalyse mit der hinzugefügten Interaktionsvariablen (DASxKLE_A), ergab wiederum ein differenziertes Bild zwischen den beiden Altersgruppen. Zur Verdeutlichung der Vergleichsanalysen sind in den Tabellen 21 und 22 die Ergebnisse der Regressionen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 21

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Kinder

	B	SE (B)	β^a
1. Schritt			
Geschlecht	-1.01**	0.26	-.13
DAS	3.94**	0.44	.46
KLE_A	0.32**	0.06	.18
2.Schritt			
Geschlecht	-0.99**	0.26	-
DAS	3.21**	0.60	-
KLE_A	0.31**	0.06	-
<i>Interaktion</i>	0.24	0.15	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .28$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl kritischer Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$

Tabelle 22

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Jugendlichen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
Geschlecht	-2.45**	0.33	-.29
DAS	7.81**	1.26	.70
KLE_A	0.19*	0.08	.11
2. Schritt			
Geschlecht	-2.50**	0.32	-
DAS	6.67**	1.36	-
KLE_A	0.16	0.16	-
<i>Interaktion</i>	0.50*	0.20	-

Anmerkungen. $R^2_{\text{DEP}} = .61$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl kritischer Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet * $p < .05$, ** $p < .01$

Betrachtet man zunächst die Altersgruppe der Kinder, bemerkt man in den vorangegangenen Haupteffekten kaum eine Veränderung. Trotz der Hinzunahme des Interaktionsterms weisen das Geschlecht, die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und die berichtete Anzahl der kritischen Lebensereignisse weiterhin einen fast unveränderten Effekt auf die Depressivität auf. Die Interaktion scheint keinen verändernden Einfluss auf das Gesamtmodell auszuüben, was an dem nicht signifikanten Regressionskoeffizienten ebenfalls deutlich wird. Die Erweiterung des Modells um die Interaktion in der Altersgruppe der Jugendlichen führt dazu, dass die Ausprägung des Regressionskoeffizienten der dysfunktionalen Einstellungen vermindert wird und dass der ursprünglich signifikante Beitrag der Anzahl der kritischen Lebensereignisse nicht mehr statistisch bedeutsam ist. Der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms erweist sich als signifikant. Schließlich zeigt ein Modellvergleich der einfachen multiplen Regression und der moderierten Regression eine Verbesserung der Modellgüte ($AIC_{\text{Reg}}: 27794.01 < AIC_{\text{Mod}}: 27788.64$). Demnach kann man darauf schließen, dass der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität zwar nicht in der Altersgruppe der Kinder, aber in der Altersgruppe der Jugendlichen durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse moderiert wird.

Ob die Interaktion auch in die vorhergesagte Richtung zeigt, nämlich, dass der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität stärker wird, wenn eine höhere Anzahl an kritischen Lebensereignissen berichtet wird, kann nur mit Hilfe einer Graphik überprüft werden.

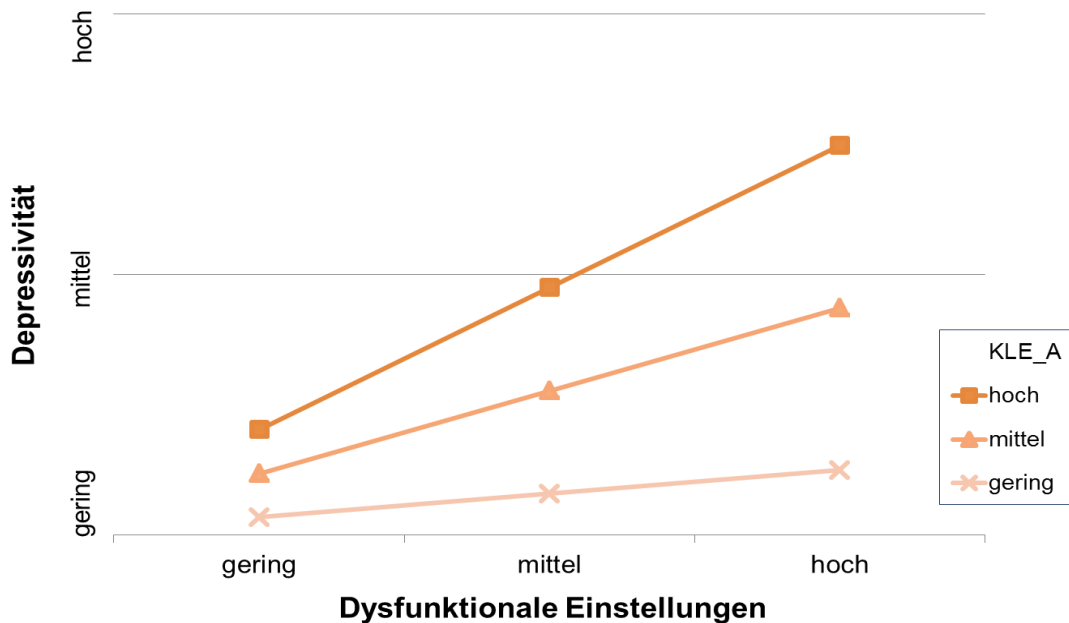


Abbildung 24. Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Jugendlichen. Für die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der Kritischen Lebensereignisse gilt: gering = 1 *SD* unter dem *M*, mittel = *M*, hoch = 1 *SD* über dem *M*.

In Abbildung 24 ist der Interaktionseffekt in der Altersgruppe der Jugendlichen abgebildet. Es ist zu erkennen, dass der positive Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität stärker wird, je mehr kritische Lebensereignisse berichtet werden.

Die Forschungsliteratur zur Depressivität bzw. Depression berichtet konsistent von einem aufkommenden Geschlechtseffekt ab dem Jugendalter und vorangegangene Analysen weisen ebenfalls auf Geschlechtseffekte in der Subgruppe der Jugendlichen hin. Aus diesem Grund wurden an dieser Stelle mit einer weiterführenden Analyse in der Subgruppe der

Jugendlichen etwaige Unterschiede zwischen den Geschlechtern untersucht. Es stellt sich die Frage, ob womöglich ein differentielles Zusammenspiel der Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und Anzahl der kritischen Lebensereignisse zwischen Mädchen und Jungen zu dem Geschlechtseffekt ab dem Jugendalter beiträgt. Zu diesem Zweck wurden die vorangegangenen Analysen nochmals nur in der Subgruppe der Jugendlichen im Rahmen eines Multi-Gruppen-Modells mit Geschlecht als dem Gruppenfaktor durchgeführt. In den folgenden Tabellen sind die Zusammenfassung über die Indikatoren der Modellgüte (s. Tabelle 23) und Ergebnisse der Regression und der moderierten Regression für beide Gruppen (s. Tabelle 24 und 25) dargestellt.

Tabelle 23

Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI	SRMR	AIC
Modell mit linearer Regression	$\chi^2(13) = 28.75,$ $p < .01$	.07	0.96	.06	8.015
Modell mit moderierter Regression	-	-	-	-	7.990

Anmerkungen. RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals, AIC = Akaike Information Criterion.

Tabelle 24

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Mädchen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
DAS	9.58**	1.73	.75
KLE_A	0.21*	0.09	.11
2.Schritt			
DAS	8.86**	1.74	-
KLE_A	0.21*	0.09	-
<i>Interaktion</i>	0.16	0.22	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .58$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl kritischer Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 25

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Anzahl der kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Jungen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
DAS	5.69**	1.78	.56
KLE_A	0.41**	0.10	.27
2.Schritt			
DAS	6.95	6.15	-
KLE_A	0.54**	0.16	-
<i>Interaktion</i>	2.54**	0.92	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .39$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl kritischer Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Für beide Geschlechter erweisen sich die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der kritischen Lebensereignisse als signifikante Prädiktoren für die Ausprägung der Depressivi-

tät. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und je mehr kritische Lebensereignisse berichtet werden, desto höher ist die Depressivität sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen. In den numerischen Werten existieren zwar Unterschiede, allerdings sind diese nach weitergehender Analyse statistisch nicht bedeutsam. Differentielle Entwicklungen treten erst nach Hinzunahme des Interaktionsterms zu Tage. Bei den Mädchen verändert sich durch den Interaktionsterm nicht merklich etwas an den ursprünglichen Haupteffekten. Beide zeigen weiterhin einen statistisch bedeutsamen positiven Effekt. Der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms ist auch nicht signifikant. Bei den Jungen hingegen erweist sich der ursprünglich signifikante Prädiktor der dysfunktionalen Einstellungen als nicht mehr statistisch bedeutsam. Der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms hingegen ist hoch signifikant. In Verbindung mit der Verbesserung der Modellgüte im Vergleich zur multiplen Regression (s. Tabelle 23) kann davon ausgegangen werden, dass der in den vorherigen Analysen gefundene Moderationseffekt bei den Jugendlichen auf den Effekt in der Gruppe der Jungen zurückzuführen ist. Eine weitergehende Analyse der unterschiedlichen Interaktionsterme der jugendlichen Mädchen und Jungen zeigt, dass dieser statistisch bedeutsam ist (Differenz der beiden Pfadkoeffizienten $P = 2.38$; $p = .01$). In Abbildung 25 ist der Interaktionseffekt in der Gruppe der jugendlichen Jungen abgebildet. Der Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität wird stärker, je mehr kritische Lebensereignisse berichtet werden.

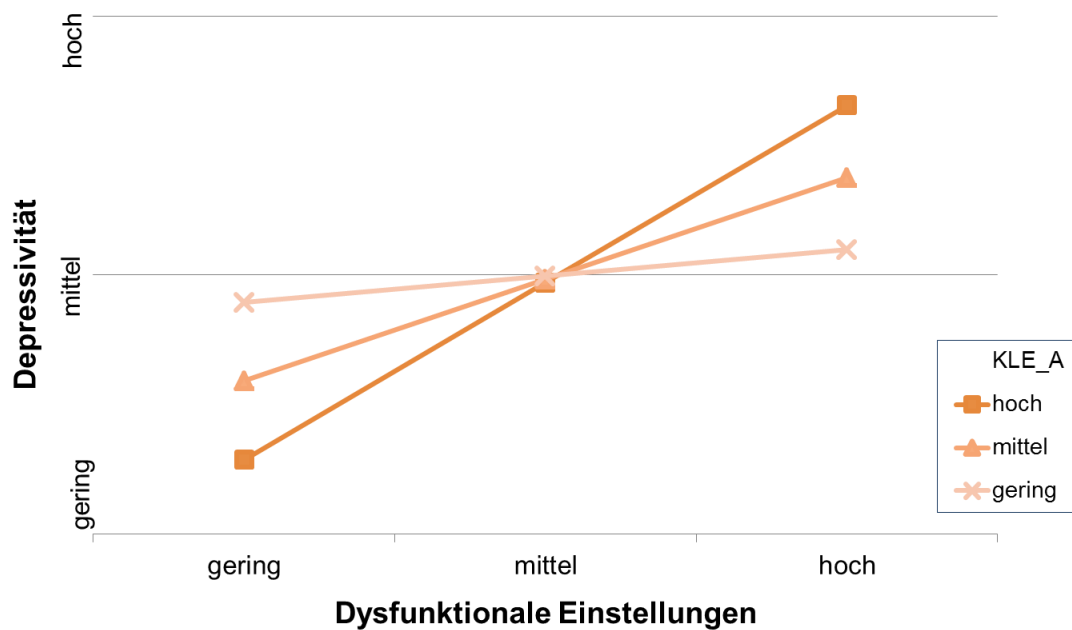


Abbildung 25. Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die jugendlichen Jungen. Für die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der Kritischen Lebensereignisse gilt: gering = 1 *SD* unter dem *M*, mittel = *M*, hoch = 1 *SD* über dem *M*.

3.1.6.2 Moderationseffekt der Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse auf den Zusammenhang von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität

Die einfache lineare Regression der Depressivität auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und die Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse weist auf ein ähnliches Wirkmuster hin wie bei der vorangegangenen Regression. Zunächst sei auf Tabelle 26 verwiesen, in der die Indikatoren der Modellgüte abgebildet sind. Auch dieses angenommene Modell passt gut auf die vorhandene Datenstruktur. Aus Abbildung 26 und den Tabellen 27 und 28 ist zu entnehmen, dass für beide Altersgruppen signifikant positive Haupteffekte der dysfunktionalen Einstellungen und der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse existieren. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und je größer die Belastung durch die eingetretenen Lebensereignisse sind, desto stärker ist die depressive Symptomatik ausgebildet. Differentielle Zusammenhänge zwischen den beiden Altersgruppen lassen sich hinsichtlich der Höhe bzw. des Beitrags der jeweiligen Prädiktoren finden. Während für die Kinder die Gesamtbelastung durch die Le-

bensereignisse einen größeren Beitrag zur Aufklärung der Depressivität leistet, gilt dies bei den Jugendlichen für die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen. Die jeweiligen Regressionskoeffizienten unterscheiden sich dabei signifikant zwischen den Gruppen (dysfunktionale Einstellungen: $P = 3.92$; $p < .01$; Belastung durch die kritischen Lebensereignisse: $Q = 0.13$; $p = .049$).

An dieser Stelle zeigt sich wiederum ebenfalls der Unterschied in der aufgeklärten Varianz zwischen den beiden Altersgruppen. Während in der Altersgruppe der Kinder die Depressivität zu ungefähr 31% durch die beiden Prädiktoren aufgeklärt werden kann, wird sie in der Altersgruppe der Jugendlichen zu knapp 63% aufgeklärt. Auch hier liegt es größtenteils an dem sehr hohen Beitrag der dysfunktionalen Einstellungen.

Tabelle 26

Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI	SRMR	AIC
Modell mit linearer Regression	$\chi^2(17) = 93.12$, $p < .01$	.08	0.94	.05	29.164
Modell mit moderierter Regression	-	-	-	-	29.158

Anmerkungen. RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals, AIC = Akaike Information Criterion.

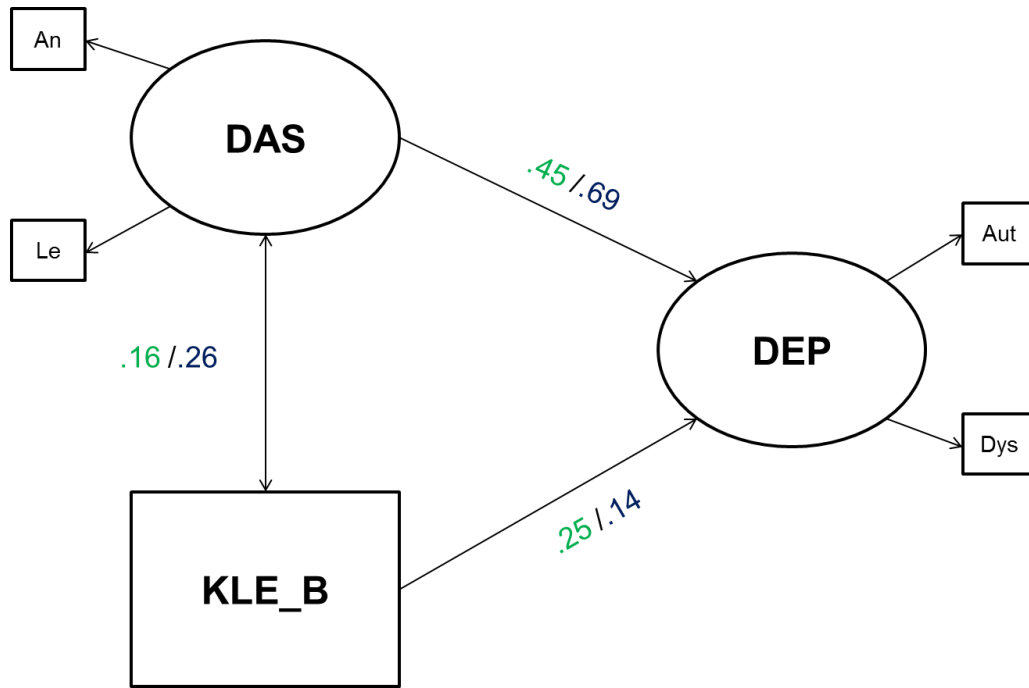


Abbildung 26. Strukturmodell zur multiplen Regression der Depressivität (DEP) auf die dysfunktionalen Einstellungen (DAS) und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse (KLE_B). An = Subskala Anerkennung, Le = Subskala Leistung, Dys = Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit. Angegeben sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. In grün sind die Werte der Kinder, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

Nachdem für den zweiten Schritt der latenten Moderationsanalyse der Interaktionsterm aus dysfunktionalen Einstellungen und Belastung durch die kritischen Lebensereignisse hinzugenommen wurde, zeigte sich das in den folgenden Tabellen 27 und 28 aufgezeichnete veränderte Wirkmuster. Zunächst sei auf die verbesserte Modellgüte verwiesen, die durch die Erweiterung des Modells mit dem Interaktionsterm entstanden ist. Der Wert des AIC ist geringer und weist somit auf eine bessere Passung des Modells an die Datenstruktur (s. Tabelle 26).

Betrachtet man nun die Werte für die Altersgruppe der Kinder, wird wiederum deutlich, dass der hinzugefügte Interaktionsterm, kaum eine Veränderung bewirkt. Die absoluten Werte der Regressionskoeffizienten der beiden möglichen Prädiktoren sind zwar geringer als zuvor, allerdings sind diese Veränderungen nur sehr leicht und haben auch keinen Effekt auf ihre weiterhin existierende statistische Bedeutsamkeit. Der Interaktionsterm erweist sich zudem als statistisch nicht bedeutsam, sodass für die Altersgruppe der Kinder davon ausgegangen werden kann, dass der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der

dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität nicht durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse moderiert wird. Es gelten eigenständige Haupteffekte der beiden Risikofaktoren dysfunktionalen Einstellungen und Belastung durch die kritischen Lebensereignisse.

Tabelle 27

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Kinder

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
Geschlecht	-0.82**	0.25	-.11
DAS	3.74**	0.43	.45
KLE_B	0.27**	0.04	.25
2. Schritt			
Geschlecht	-0.82**	0.25	-
DAS	3.38**	0.52	-
KLE_B	0.25**	0.04	-
<i>Interaktion</i>	0.12	0.12	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .31$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$

Tabelle 28

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der Jugendlichen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
Geschlecht	-2.27**	0.32	-.28
DAS	7.67**	1.30	.69
KLE_B	0.14**	0.05	.14
2. Schritt			
Geschlecht	-2.28**	0.32	-
DAS	6.85**	1.46	-
KLE_B	-0.12	0.10	-
<i>Interaktion</i>	0.34**	0.12	-

Anmerkungen. $R^2_{\text{DEP}} = .63$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$

Betrachtet man die Modellzusammenfassung und die Werte für die Altersgruppe der Jugendlichen, sind hier im Vergleich zu den Kindern deutlichere Veränderungen zu finden. Die absoluten Werte der Regressionskoeffizienten der beiden möglichen Prädiktoren (Haupteffekte) sind reduziert. Darüber hinaus ist der ursprüngliche Haupteffekt der Belastung durch die eingetretenen Ereignisse nicht mehr statistisch bedeutsam. Der Regressionskoeffizient des hinzugefügten Interaktionsterms erweist sich als signifikant und in Verbindung mit der Modellverbesserung kann hier geschlossen werden, dass bei den Jugendlichen der Zusammenhang der dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Belastung durch die eingetretenen kritischen Lebensereignisse moderiert wird. Ob der Einfluss auf diesen Zusammenhang auch hypothesenkonform ist, demnach der Zusammenhang durch den Einbezug der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse stärker wird, verdeutlicht die unten stehende Abbildung 27.

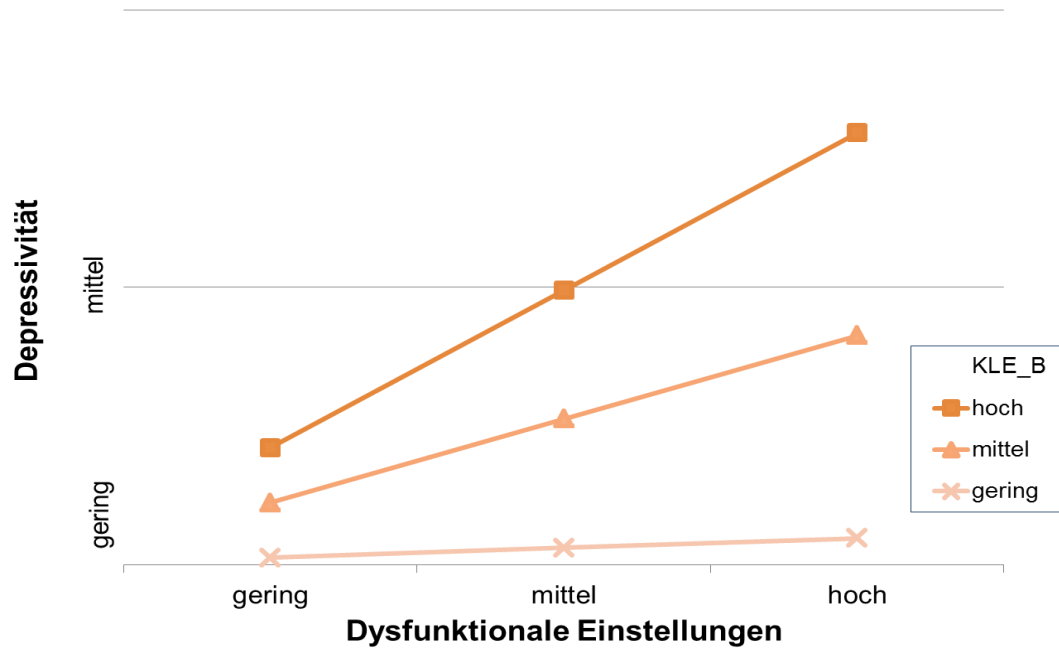


Abbildung 27. Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Jugendlichen. Für die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der Kritischen Lebensereignisse gilt: gering = 1 *SD* unter dem *M*, mittel = *M*, hoch = 1 *SD* über dem *M*.

Nachdem die verbesserte Modellgüte und der signifikante Interaktionsterm auf eine Moderation hingewiesen haben, zeigt nun die Abbildung 26 die Richtung des Einflusses durch den Moderator. Der positive Zusammenhang von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität wird durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse bei Jugendlichen stärker.

Analog zu den Analysen mit der Anzahl der kritischen Lebensereignisse soll auch an dieser Stelle der gefundene Interaktionseffekt in der Altersgruppe der Jugendlichen weitergehend hinsichtlich eines Geschlechtseffekts untersucht werden. Für beide Geschlechter gilt weiterhin in gleicher Weise die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen als signifikanter Prädiktor für die Depressivität. Der Einfluss der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zeichnet hingegen ein eher uneinheitliches Bild ab. Während die Belastung sich in der Subgruppe der Mädchen noch als signifikant erweist, zeigt diese in der Subgruppe der Jungen nur eine marginale Signifikanz auf (s. Tabellen 29 und 30).

Tabelle 29

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Mädchen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
DAS	9.28**	1.70	.73
KLE_B	0.14*	0.07	.13
2.Schritt			
DAS	8.81**	1.77	-
KLE_B	0.13	0.07	-
<i>Interaktion</i>	0.11	0.14	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .59$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 30

Zusammenfassung der latenten Moderationsanalyse zur Vorhersage der Depressivität durch die dysfunktionalen Einstellungen, die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion in der Gruppe der jugendlichen Jungen

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
1. Schritt			
DAS	6.21**	2.18	.58
KLE_B	0.15	0.08	.16
2.Schritt			
DAS	6.34	3.83	-
KLE_B	0.20	0.12	-
<i>Interaktion</i>	1.28***	0.40	-

Anmerkungen. $R^2_{DEP} = .42$ für Schritt 1; DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, *** $p < .01$.

Die weitergehende Prüfung der Unterschiedlichkeit der Regressionskoeffizienten weist allerdings darauf hin, dass weder zwischen Beiträgen der dysfunktionalen Einstellungen noch zwischen den Beiträgen der Belastung durch die eingetretenen Lebensereignisse statistische bedeutsame Unterschiede existieren. Festzuhalten ist jedoch, dass sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen die dysfunktionalen Einstellungen einen stärkeren Beitrag zur Aufklärung der Depressivität leisten als die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse.

Die Tabelle 31 zeigt, dass die Hinzunahme des Interaktionsterms zunächst eine Verbesserung des Modells ($AIC_{\text{Reg}}: 11.111 < AIC_{\text{Mod}}: 11.092$) bewirkt. In der Subgruppe der Mädchen ist der Interaktionsterm zwar nicht statistisch bedeutsam, allerdings führt dieser Term dazu, dass nur noch die dysfunktionalen Einstellungen einen Haupteffekt auf die Depressivität aufweisen. Der ursprüngliche Haupteffekt der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse ist nicht mehr vorhanden. In der Subgruppe der Jungen ist der hinzugefügte Interaktionsterm statistisch bedeutsam und bewirkt darüber hinaus, dass nun auch der ursprüngliche Haupteffekt der dysfunktionalen Einstellungen verschwunden ist. Bei den Jungen leistet somit nur noch der Interaktionsterm einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der Depressivität. Der gefundene Unterschied der Interaktionsterme zwischen den Geschlechtergruppen erweist sich als statistisch bedeutsam (Differenz der Pfadkoeffizienten $P = -1.17; p < .01$).

Tabelle 31

Indikatoren der Modellgüte für die lineare (1. Schritt) und moderierte Regression (2. Schritt) der Depressivität auf die dysfunktionalen Einstellungen und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse in der Gruppe der Jugendlichen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI	SRMR	AIC
Modell mit linearer Regression	$\chi^2(11) = 23.24$ $p < .05$	.06	0.97	.04	11.111
Modell mit moderierter Regression	-	-	-	-	11.092

Anmerkungen. RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals, AIC = Akaike Information Criterion.

Wie in Abbildung 28 zu erkennen ist, wird der positive Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der Depressivität durch die Belastung durch kritische Lebensereignisse bei den jugendlichen Jungen stärker.

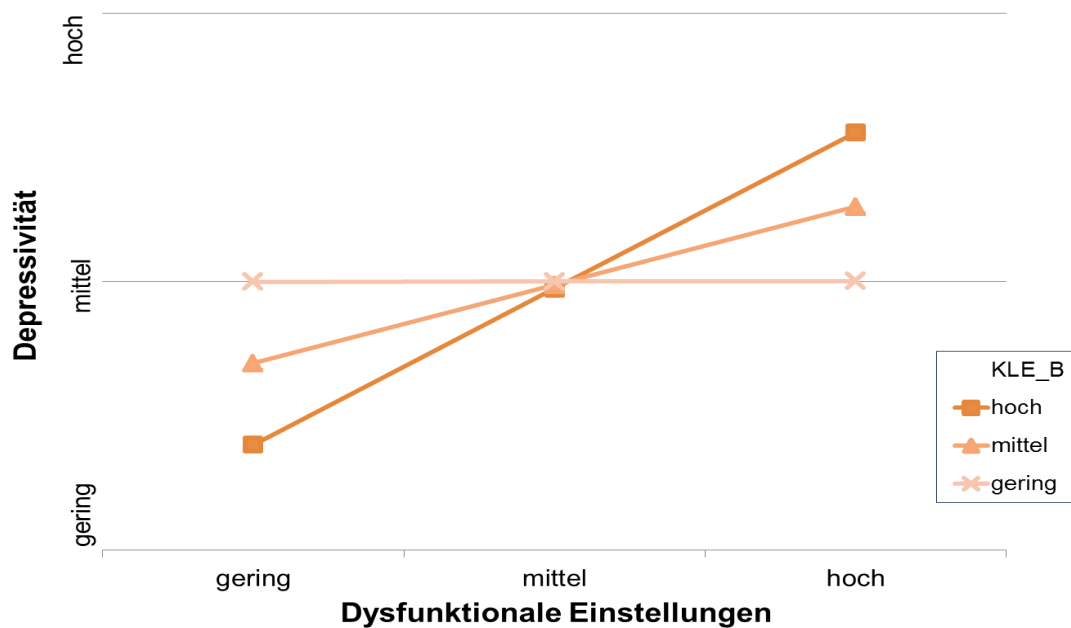


Abbildung 28. Moderation des Zusammenhangs zwischen dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die jugendlichen Jungen. Für die dysfunktionalen Einstellungen und die Anzahl der Kritischen Lebensereignisse gilt: gering = 1 *SD* unter dem *M*, mittel = *M*, hoch = 1 *SD* über dem *M*.

Zusammenfassend kann man daraus schließen, dass im Querschnitt die Hypothese 5, im Rahmen derer nach Beck (1967) angenommen wurde, dass der positive Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität von den kritischen Lebensereignissen moderiert werden würde, nur für die Altersgruppe der jugendlichen Jungen bestätigt werden kann. Für die Altersgruppe der Kinder und für die jugendlichen Mädchen scheint eine Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen keine größere Bedeutung zu haben. Hier weisen dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse lediglich eigenständige Beiträge zur Vorhersage der Depressivität auf.

3.2 Resümee der Ergebnisse im Querschnitt

Im Folgenden wird eine Zwischenzusammenfassung der bisherigen Ergebnisse zu den Geschlechts- und Alterseffekten (3.2.1) und zur ersten Überprüfung des kognitiven Modells (3.2.2) gegeben, um eine Wissensgrundlage für die longitudinalen Hypothesen und die sich anschließenden Analysen zu schaffen.

3.2.1 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Ausprägung und in Zusammenhängen der zentralen Konstrukte

Die Analysen im Querschnitt ergaben hinsichtlich der Depressivität einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts und einen signifikanten Interaktionseffekt von Altersgruppe und Geschlecht. Insgesamt berichten Mädchen die meisten depressiven Symptome, wobei die jugendlichen Mädchen die meisten Symptome angeben. Jungen im Kindes- sowie im Jugendalter berichten ähnlich viele depressive Symptome. Zwar zeigte sich bereits im Kindesalter der signifikante Haupteffekt für das Geschlecht, allerdings nur mit einer gering ausgeprägten Effektstärke. In der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen konnte lediglich ein Altersgruppeneffekt in der Form nachgewiesen werden, dass Jugendliche beider Geschlechter eine höhere Ausprägung an dysfunktionalen Einstellungen aufweisen als die Kinder. Ähnlich dem Ergebnis zur depressiven Symptomatik fallen auch die Analysen zur den kritischen Lebensereignissen aus. Die Analysen ergaben einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts sowie einen signifikanten Interaktionseffekt von Altersgruppe und Geschlecht auf die im Durchschnitt berichtete Anzahl von kritischen Lebensereignissen. Unabhängig von der Altersgruppe berichten die Mädchen von mehr erlebten Ereignissen, wobei die jugendlichen Mädchen von den meisten berichten. Jungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl der berichteten Ereignisse statistisch nicht bedeutsam voneinander. Hinsichtlich der Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse ergaben die ersten Analysen zunächst sowohl einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts als auch einen signifikanten Haupteffekt der Altersgruppe, allerdings keinen Interaktionseffekt. Mädchen und Jugendliche sind mehr durch die eingetretenen Ereignisse belastet als Jungen und Kinder. Weitergehende nonparametrische Analysen weisen allerdings auch an dieser Stelle daraufhin, dass die Altersgruppe nur bei Mädchen und nicht bei Jungen über einen differenzierenden Effekt verfügt, was wiederum für einen In-

teraktionsterm sprechen würde. Auch in Bezug auf die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse weisen die jugendlichen Mädchen die höchsten Werte auf.

Die besondere Stellung der jugendlichen Mädchen macht sich auch in den Zusammenhängen zwischen den Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse mit der Depressivität bemerkbar. Für alle Subgruppen ergaben sich signifikant positive Korrelationen zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, den beiden Aspekten der kritischen Lebensereignisse und der depressiven Symptomatik. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität ist für die jugendlichen Mädchen statisch bedeutsam weit höher ausgeprägt als für die anderen Subgruppen. Einen Altersgruppenunterschied ergab die Interkorrelation zwischen den beiden Aspekten der kritischen Lebensereignisse in der Weise, dass diese in der Gruppe der Jugendlichen höher ausgeprägt ist als in der Gruppe der Kinder.

3.2.2 Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck

Nach der Überprüfung der Moderationshypothese kann zunächst festgehalten werden, dass unabhängig von Geschlecht und Altersgruppe die beiden Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und beide Aspekte der kritischen Lebensereignisse einen positiv prädiktiven Effekt auf die Depressivität aufweisen. Je stärker die dysfunktionalen Einstellungen ausgeprägt sind, je mehr Ereignisse berichtet werden und je größer die Belastung durch diese Ereignisse ist, desto stärker ist die depressive Symptomatik ausgeprägt. Die spezifische Überprüfung der von dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell geforderten Moderation zeigt, dass diese nur für die Jugendlichen und spezifischer nur für die jugendlichen Jungen zutrifft. Während für die Kinder und die jugendlichen Mädchen die obengenannten Haupteffekte für die Aufklärung der Depressivität verantwortlich sind, zeigt sich, dass für die jugendlichen Jungen nur die Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen die Depressivität hinreichend aufklärt.

3.3 Longitudinale Analysen zu Stabilität und Zusammenhängen von Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen

Der zweite Teilabschnitt der Analyseergebnisse bezieht sich auf die longitudinalen Zusammenhänge zwischen der Depressivität, der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der kritischen Lebensereignisse. An der Reihenfolge der Fragestellungen orientierend werden zunächst die Ergebnisse zur Stabilität der Depressivität und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen beschrieben (3.3.3 und 3.3.4), bevor die Ergebnisse bezüglich ihrer längsschnittlichen Zusammenhänge dargestellt werden (3.3.5). Daran anschließend werden die Analyseergebnisse zu der longitudinalen Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck (1967, 1996) dargestellt (3.3.6). Eine deskriptive Übersicht über die längsschnittlichen Daten (3.3.1) und die Überprüfung der Messinvarianz im Längsschnitt (3.3.2) sollen in diesen zweiten Teilabschnitt einführen.

3.3.1 Deskriptive Ergebnisse

In Tabelle 32 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Range und Korrelationen der zentralen Konstrukte der Längsschnittstichprobe zu beiden MZP abgetragen. Zunächst zeigt sich insgesamt, dass sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt die depressive Symptomatik und die dysfunktionalen Einstellungen bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen eher gering ausgeprägt sind und diese nicht übermäßig viele kritische Lebensereignisse berichten. Auch zum zweiten MZP liegen die Werte der zentralen Tendenz unter den theoretisch angenommenen Werten von Mittelwert, Median oder Modus, was auf eine rechtsschiefe Verteilung schließen lässt. Die Werte der Schiefe bestätigen diese Annahme. Die querschnittlichen Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten ähneln zum zweiten MZP denen des ersten MZP. Je höher die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, je mehr kritische Lebensereignisse erlebt werden und je stärker die Belastung durch die erlebten Lebensereignisse ist, desto stärker ist die depressive Symptomatik ausgeprägt. Die Stärke der Zusammenhänge ist zwischen den beiden MZP vergleichbar. Die längsschnittlichen Korrelationen weisen zwar etwas schwächere Werte im Vergleich zum Querschnitt auf, allerdings sind sie dennoch auf einem moderaten Level anzusiedeln und hoch statistisch bedeutsam. Frühere höhere Ausprägungen der dysfunktionalen Einstellungen, die

berichtete Anzahl kritischer Lebensereignisse im Vorjahr und die dazugehörige Gesamtbelastung gehen mit einer später erhöhten depressiven Symptomatik einher.

Tabelle 32

Zentrale Tendenz, Streuung, Range und Korrelationen von Alter und der zentralen Konstrukte Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) der Längsschnittprobe über die beiden MZP (t3 und t4)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	t3_Alter	t3_DAS	t3_KLE_A	t3_KLE_B	t3_DTK	t4_DAS	t4_KLE_A	t4_KLE_B	t4_DTK
t3_Alter	12.58	1.93	9-18	-								
t3_DAS	0.83	0.53	0-3.22	.19** .21**	-							
t3_KLE_A	3.25 (3;2) ^a	2.27	0-15	.08** .07*	.10** .09**	-						
t3_KLE_B	4.08 (3;2) ^a	3.82	0-28	.11** .11**	.18** .17**	.78** .78**	-					
t3_DTK	7.86 (6;3) ^a	6.37	0-38	.04 .06	.38** .38**	.22** .27**	.30** .33**	-				
t4_DAS	0.82	0.51	0-3	.19** .21**	.48** .46**	.03 .04	.10** .11**	.27** .24**	-			
t4_KLE_A	2.91 (3;2) ^a	2.19	0-14	.20** .16**	.10** .08*	.29** .27**	.32** .30**	.19** .21**	.09** .09**	-		
t4_KLE_B	3.79 (3;2) ^a	3.73	0-23	.19** .15**	.09** .08*	.26** .26**	.36** .34**	.25** .27**	.16** .15**	.82** .81**	-	
t4_DTK	7.12 (5;3) ^a	6.13	0-34	.09** .12**	.25** .24**	.17** .19**	.26** .28**	.59** .57**	.43** .37**	.25** .29**	.36** .37**	-

Anmerkungen. *N* = 1.053; *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, DAS = Skala dysfunktionaler Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, KLE_B = Belastung durch kritische Lebensereignisse, DTK = Depressionstest für Kinder; ^a = (*Median; Modus*); .20** Korrelation nach Spearman's ρ ; * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.3.2 Überprüfung der Messinvarianz von dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität

Analysiert man mögliche Veränderungen psychologischer Konstrukte im Längsschnitt ist es notwendig sicherzustellen, dass zu allen MZP auch dasselbe Konstrukt auf dieselbe Weise erhoben wurde. Dies kann zwar durch die Anwendung derselben Instrumente versucht werden zu erreichen. Aber dieses reicht meistens nicht aus, um sicher zu stellen, dass auch wirklich dasselbe dahinterliegende Konstrukt gemessen wurde. Abhängig von der Messgüte des Instruments könnten die Ergebnisse der Erhebungen zu verschiedenen MZP deutlich schwanken, sodass man nicht mit Sicherheit urteilen könnte, ob gefundene Veränderungen wirklich Veränderungen im Konstrukt oder lediglich Messprobleme darstellen. Folgende Messinvarianzbedingungen werden unterschieden (nach Meredith & Horn, 2001): konfigurale (gleiche Anzahl an Faktoren), schwach faktorielle (konfigurale + gleiche Faktorladungen), stark faktorielle (schwach faktorielle + gleiche Intercepts) und strikt faktorielle Messinvarianz (starke faktorielle + gleiche Messfehlervarianzen). Überprüft werden die Stufen im Rahmen von genesteten Modellen darauf hin, ob das restriktivere Modell sich nicht statistisch bedeutsam von dem frei geschätzten Basismodell unterscheidet. Für diesen Zweck werden die Veränderungen des χ^2 -Wertes, des RMSEAs und des CFIs genutzt und analysiert (Wu et al., 2007). Schließlich wird das Modell mit dem höchsten Grad an Messinvarianz bei gleichzeitig akzeptablem Modell-Fit ausgewählt.

Vor den eigentlichen Analysen der konkreten Hypothesen sollen zunächst die vorliegenden Messinvarianzstufen der dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität untersucht werden. In den untenstehenden Tabellen 33 bis 38 sind die Fit-Indizes der jeweiligen Vergleichsmodelle dargestellt. Für den Modellvergleich wurde nach Wu und Kollegen (2007) hauptsächlich der Richtwert der Veränderung im CFI von .01 herangezogen. Da der χ^2 -Wert stark von der Stichprobengröße abhängt, ist der sonst genutzte χ^2 -Differenzentest hier nicht sinnvoll anzuwenden. Aus Identifikationsgründen im Rahmen eines latenten Messmodells beginnt die Überprüfung der Messinvarianzstufen auf der schwach faktoriellen Stufe, die somit das Basismodell darstellt.

Innerhalb der Gesamtgruppe und im Rahmen des Multi-Gruppen-Modells mit der ursprünglichen Altersgruppeneinteilung zu t3 gilt für die Depressivität strikte Messinvarianz und für die dysfunktionalen Einstellungen schwache Messinvarianz (s. Tabellen 33 bis 36).

Tabelle 33

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in der Gesamtgruppe

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(1) = 3.51; p = .061;$	.05	1,00
Modell mit starker MI	$\chi^2(3) = 21,89; p < .01$	.08	0,99
Modell mit strikter MI	$\chi^2(5) = 23,56; p < .01$	.06	0,99

Anmerkungen. $N = 1.053$; MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Tabelle 34

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in der Gesamtgruppe

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(1) = 4.29; p < .05;$	.06	0.99
Modell mit starker MI	$\chi^2(3) = 31.05; p < .01$	.09	0.95
Modell mit strikter MI	-	-	-

Anmerkungen. $N = 1.053$; MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Tabelle 35

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(5) = 8.55; p = .129;$	.04	1.00
Modell mit starker MI	$\chi^2(7) = 21.40; p < .01$	.06	0.99
Modell mit strikter MI	$\chi^2(13) = 32.73; p < .01$	.05	0.99

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Tabelle 36

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(4) = 5.66; p = .220;$	.03	1.00
Modell mit starker MI	$\chi^2(7) = 53.32; p < .01$	.11	0.92
Modell mit strikter MI	-	-	-

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Untersucht man die Messinvarianz im Rahmen des Multigroup-Modells mit der um die *Wechsler* erweiterten Altersgruppeneinteilung gilt für die Depressivität stark und für die dysfunktionalen Einstellungen schwach faktorielle Messinvarianz im Längsschnitt (s. Tabelle 37 und Tabelle 38).

Tabelle 37

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die Depressivität in den Altersgruppen der Kinder, Wechsler und Jugendlichen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(5) = 14.97; p = .092;$	.04	1.00
Modell mit starker MI	$\chi^2(11) = 30.95; p < .01$	.07	0.99
Modell mit strikter MI	$\chi^2(21) = 57.49; p < .01$	.07	0.97

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; MI = Messinvarianz; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Tabelle 38

Indikatoren der Modellgüte (Fit Indices) für die jeweiligen Messmodelle der verschiedenen Stufen der Messinvarianz für die dysfunktionalen Einstellungen in den Altersgruppen der Kinder, Wechsler und Jugendlichen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI
Modell mit schwacher MI	$\chi^2(7) = 8.24; p = .312;$	.02	1.00
Modell mit starker MI	$\chi^2(9) = 41.64; p < .001$	.10	0.94
Modell mit strikter MI	-	-	-

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; MI = Messinvarianz. ; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index.

Für die folgenden Analysen der vorliegenden Arbeit (Stabilitätsanalysen, Cross-Lagged-Panel-Modelle) ist eine mindestens schwach faktorielle Messinvarianz im Längsschnitt ausreichend. Für geeignete Analysebedingungen mit einem akzeptablem Modell-Fit bei maximalen Freiheitsgraden werden die Messmodelle der Depressivität je nach Gruppen-Analysen-Modell strikt bzw. stark messinvariant und die Messmodelle der dysfunktionalen Einstellungen schwach messinvariant modelliert. In den folgenden Abbildungen 29 bis 34 sind die einzelnen Messmodelle noch einmal vollständig abgebildet.

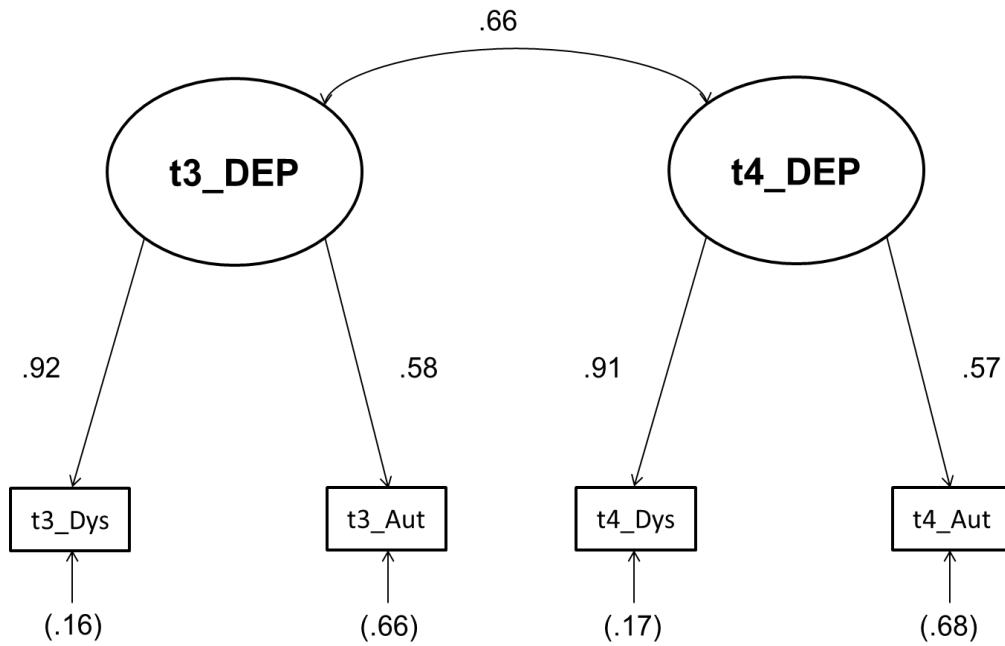


Abbildung 29. Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität (DEP) in der Gesamtgruppe (N = 1053). Dys = Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Autonome Reaktion/Müdigkeit.

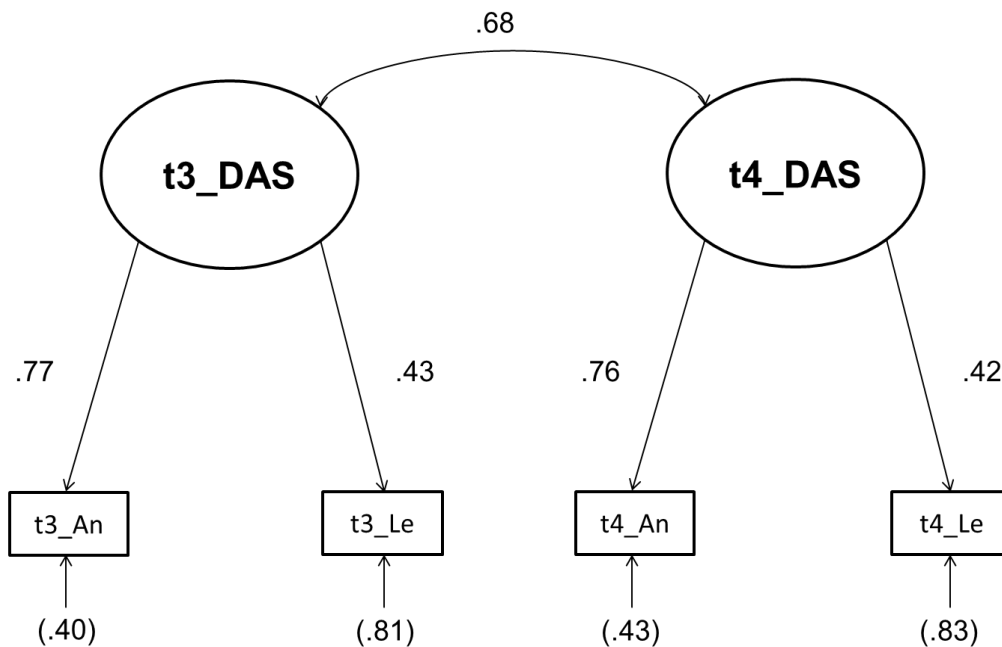


Abbildung 30. Längsschnittliches Messmodell für die dysfunktionalen Einstellungen in der Gesamtgruppe (N = 1053). An = Anerkennung, Le = Leistung.

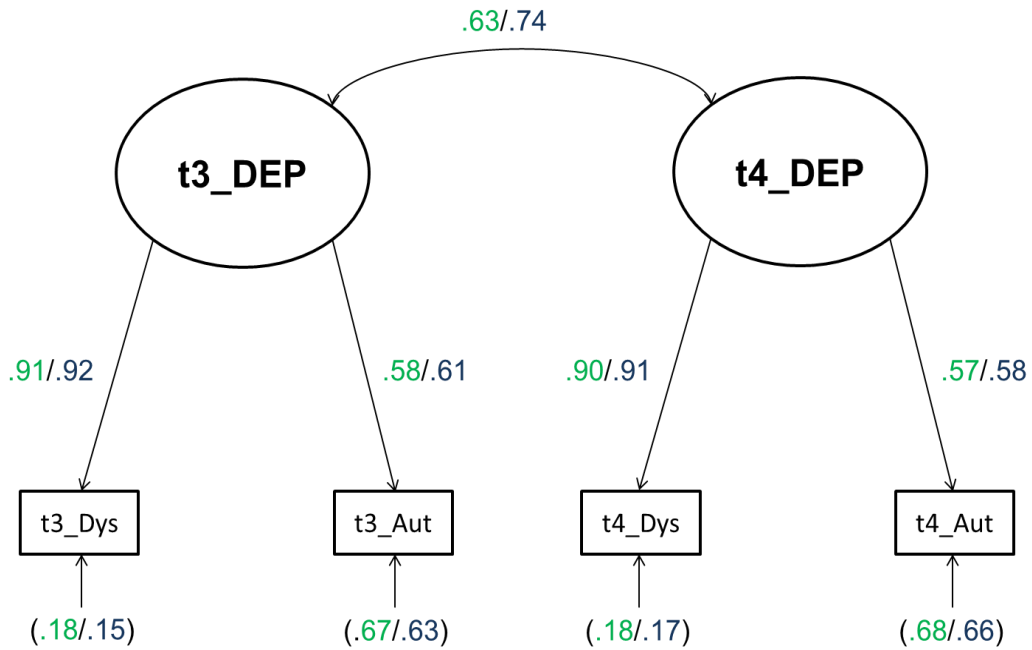


Abbildung 31. Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder ($n = 726$) und Jugendliche ($n = 327$). Dys = Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Autonome Reaktion/Müdigkeit. In grün sind die Werte der Kinder, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

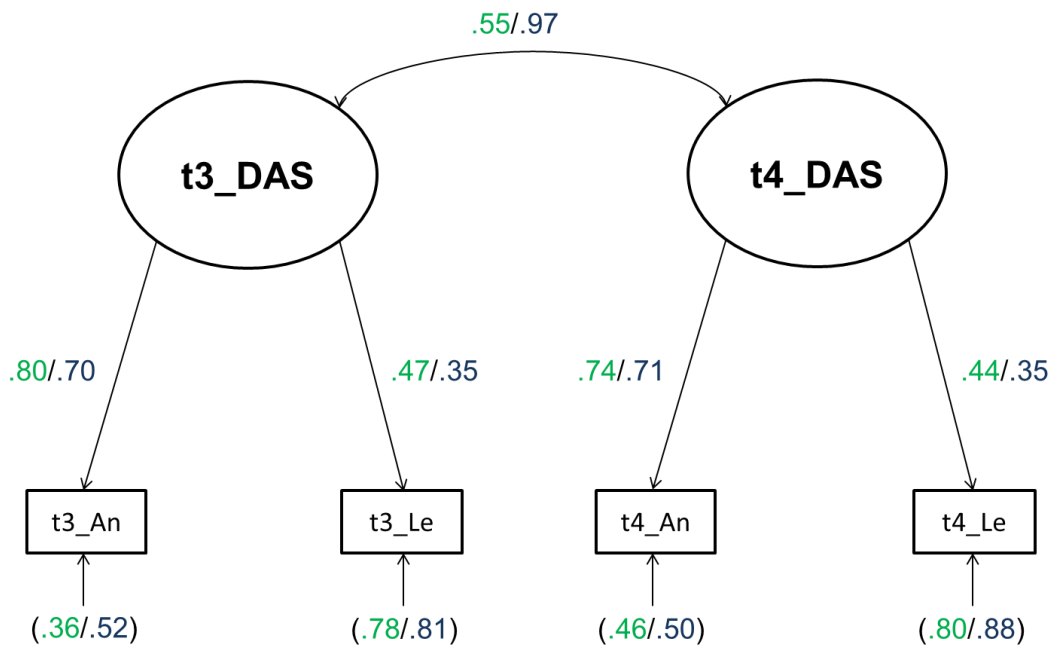


Abbildung 32. Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität in den ursprünglichen Altersgruppen der Kinder ($n = 726$) und Jugendliche ($n = 327$). An = Anerkennung, Le = Leistung. In grün sind die Werte der Kinder, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

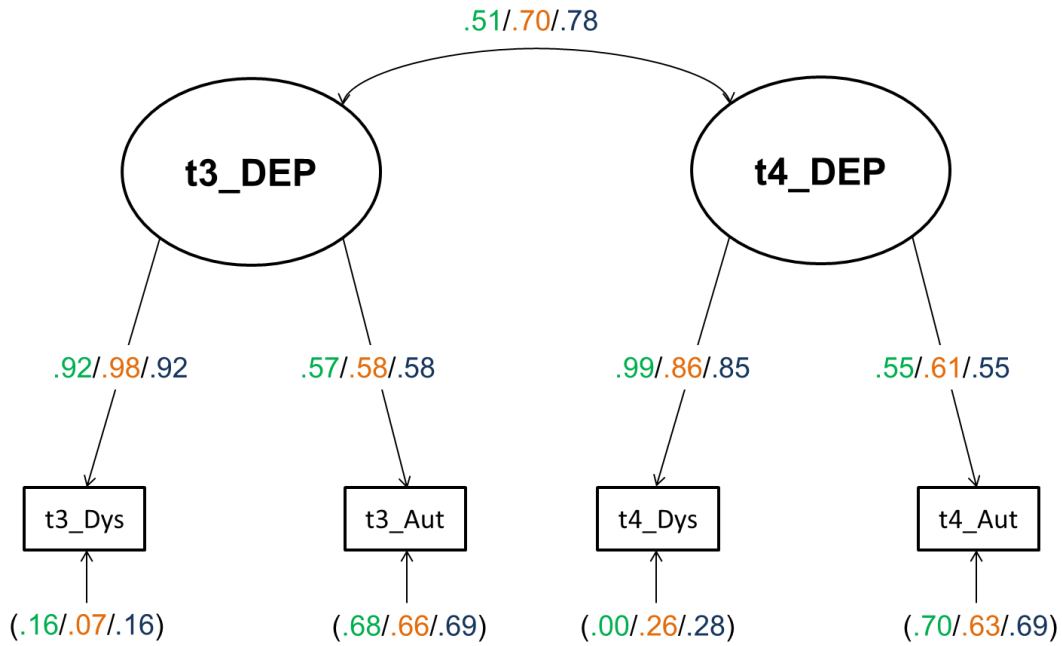


Abbildung 33. Längsschnittliches Messmodell für die Depressivität in den Altersgruppen der Kinder ($n = 432$), Wechsler ($n = 294$) und Jugendlichen ($n = 327$). Dys = Dysphorie/Selbstwertprobleme, Aut = Autonome Reaktion/Müdigkeit. In grün sind die Werte der Kinder, in orange die Werte der Wechsler, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

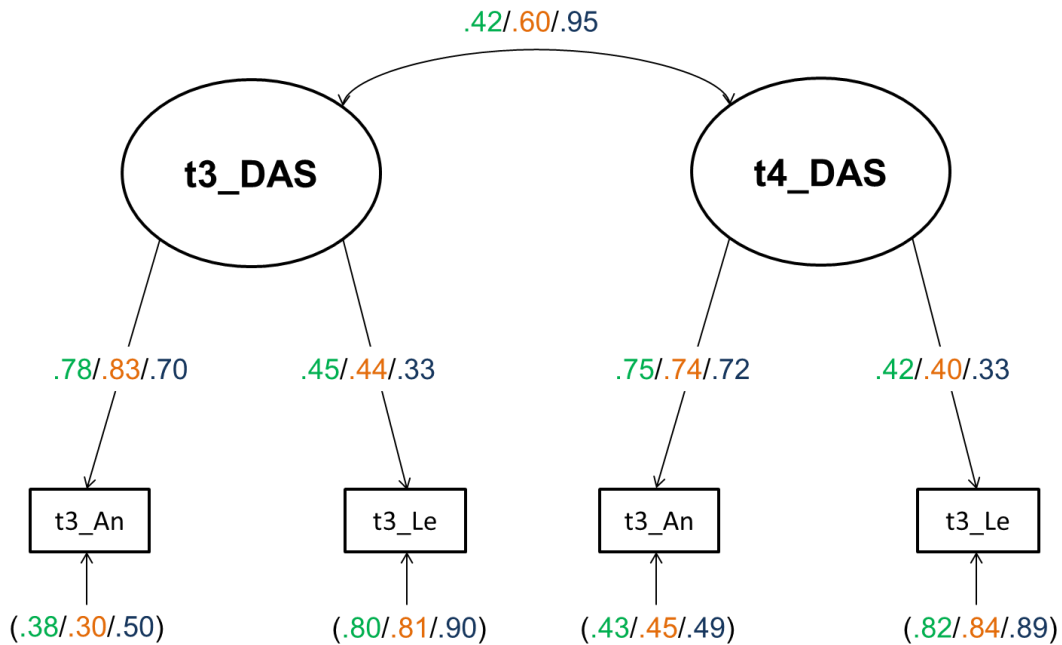


Abbildung 34. Längsschnittliches Messmodell für die dysfunktionalen Einstellungen in den Altersgruppen der Kinder ($n = 432$), Wechsler ($n = 294$) und Jugendlichen ($n = 327$). An = Anerkennung, Le = Leistung. In grün sind die Werte der Kinder, in orange die Werte der Wechsler, in blau die Werte der Jugendlichen abgebildet.

3.3.3 Hypothese 1: Stabilität von Depressivität über die Zeit

Im Rahmen der ersten Hypothese wurde postuliert, dass die Ausprägung der Depressivität über beide Messzeitpunkte hinweg Stabilität aufweist und diese für die Jugendlichen höher ausfällt als für die Kinder.

Die längsschnittliche latente Korrelation der Depressivität im Rahmen des Messmodells (s. Abbildung 27; $\chi^2(13) = 32.73$; $p < .01$; RMSEA = .05; CFI = 0.99; SRMR = .04) von $\varphi = .63$ und $\varphi = .74$ zeigt, dass für beide Vergleichsgruppen die Ausprägung der depressiven Symptomatik stabil ist. In der Subgruppe der Jugendlichen fällt der Stabilitätswert höher aus als in der Subgruppe der ursprünglichen Kinder. Der Fisher-Z-Test bestätigt, dass der gefundene Unterschied statistisch bedeutsam ist ($z = -3.02$; $p < .01$). Zur weitergehenden Untersuchung etwaiger Effekte durch den Übergang ins Jugendalter wurde dieselbe Analyse mit den drei Altersgruppen durchgeführt. Auf diese Weise soll untersucht werden, ob die Wechsler in ihrem Stabilitätswert hypothesenkonform zwischen den Werten der Kinder und Jugendlichen liegen, oder ob in dieser Gruppe ein Bruch der Stabilität zu finden ist. Die latenten Korrelationen im Rahmen des Messmodells im Multi-Gruppen-Design mit den drei Altersgruppen bestätigt den ersten Verdacht, dass der Stabilitätswert der sogenannten Wechsler zwischen dem der Kinder und der Jugendlichen liegt (s. Abbildung 33: $\chi^2(11) = 30.05$; $p = .01$; RMSEA = .07; CFI = 0.99; SRMR = .04). Die gefundenen Unterschiede in den Korrelationen erweisen sich als signifikant (Kinder - Wechsler: $z = -5.64$, $p < .01$; Wechsler - Jugendliche: $z = -2.14$, $p < .05$; Kinder - Jugendliche: $z = -8.17$, $p < .01$).

Die Ausprägung der Depressivität ist demnach über die beiden Messzeitpunkte hinweg stabil und steigt in ihrem Grad der Stabilität mit älter werdenden Altersgruppen an. Die erste Hypothese kann somit bestätigt werden.

3.3.4 Hypothese 2: Stabilität von dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit

In der zweiten Hypothese wird gleichermaßen angenommen, dass die dysfunktionalen Einstellungen dem Traitgedanken folgend über die beiden Messzeitpunkte hinweg Stabilität aufweist, wobei auch hier wieder angenommen wird, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen unter den Jugendlichen stabiler ist als die Ausprägung unter den Kindern.

Betrachtet man die längsschnittliche latente Korrelation der dysfunktionalen Einstellungen im Rahmen des Messmodells (s. Abbildung 32: $\chi^2(4) = 5.66$; $p = .23$; RMSEA = .03; CFI = 1.00; SRMR = .02) zeigt sich, dass man hier im Gegensatz zu den Ergebnissen mit der Depressivität kein einheitliches Bild der Stabilität zeichnen kann. Während die Stabilität der dysfunktionalen Einstellungen in der ursprünglichen Subgruppe der Kinder mit einem Korrelationskoeffizient von $\varphi = .55$ knapp moderat ausfällt, fällt diese für die Subgruppe der Jugendlichen mit $\varphi = .97$ sehr hoch aus. Der Unterschied dieser beiden Stabilitätswerte ist hoch signifikant ($z = -21.16$; $p < .01$). Auch an dieser Stelle soll die Analyse auf die Subgruppe der Wechsler ausgeweitet werden, um mögliche Effekte durch den Übergang ins Jugendalter abzubilden. Allerdings geht es hierbei nicht nur um eine inhaltliche Fragestellung, sondern auch um eine methodische. Die Angaben der Subgruppe der sogenannten Wechsler stammen zum ersten MZP von der Kinderversion des Instruments zu dysfunktionalen Einstellungen und zum zweiten MZP von der Jugendlichenversion des Instruments. Obwohl eine statistische Annäherung der beiden Versionen durchgeführt wurde, handelt es sich trotzdem strenggenommen um verschiedene Fragebögen zu verschiedenen MZP. Eine geringe Stabilität könnte das Ergebnis sein. Betrachtet man nun die drei längsschnittlichen latenten Korrelationen im Messmodell im Multi-Group-Design in Abbildung 34 (Fit Indices: $\chi^2(7) = 8.24$; $p = .31$; RMSEA = .02; CFI = 1.00; SRMR = .02), so bestätigt sich die vorangegangene Tendenz, dass in der Subgruppe der Kinder nur von geringer Stabilität ($\varphi = .42$) und in der Subgruppe der Jugendlichen von einer sehr hohen Stabilität ($\varphi = .95$) ausgegangen werden kann. Der Stabilitätswert der Subgruppe der Wechsler befindet sich auf einer moderaten Ebene ($\varphi = .60$) und liegt somit genau zwischen den Werten der Kinder und der Jugendlichen. Die gefundenen Unterschiede in den Korrelationen erweisen sich auch hier als statistisch bedeutsam (Kinder - Wechsler: $z = -3.14$, $p < .01$; Wechsler - Jugendliche: $z = -14.53$, $p < .01$; Kinder - Jugendliche: $z = -19.19$, $p < .01$).

Die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen ist demnach über die beiden Messzeitpunkte hinweg wenig stabil bei den Kindern, moderat stabil in der Subgruppe der Wechsler und in höchstem Maße stabil bei den Jugendlichen. Die zweite Hypothese kann somit erst ab dem frühen Jugendalter bestätigt werden.

3.3.5 Hypothese 3: Dysfunktionale Einstellungen als Ursache, Konsequenz, oder Symptom von Depressivität?

Im Rahmen der dritten Hypothese wurden zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der Depressivität wechselseitige dynamische Zusammenhänge angenommen. Die Form dieser Beziehungen sollte hinsichtlich der Frage explorativ analysiert werden, ob die dysfunktionalen Einstellungen eine Ursache, ein Symptom oder gar eine Konsequenz der Depressivität darstellen. Mögliche Altersgruppeneffekte sollten hierbei durch vergleichende Analysen explorativ untersucht werden.

Eine dafür durchgeführte latente Cross-Lagged-Panel-Analyse im Multi-Gruppen-Design zeichnet für die Vergleichsgruppen der ursprünglich definierten Kinder und der ursprünglich definierten Jugendlichen ein einheitliches Bild. Wie in Abbildung 35 zu entnehmen ist, ergab diese Analyse, kontrolliert für Geschlecht, keine signifikanten kreuzverzögerte Effekte zwischen den beiden Konstrukten zum ersten und zum zweiten MZP.

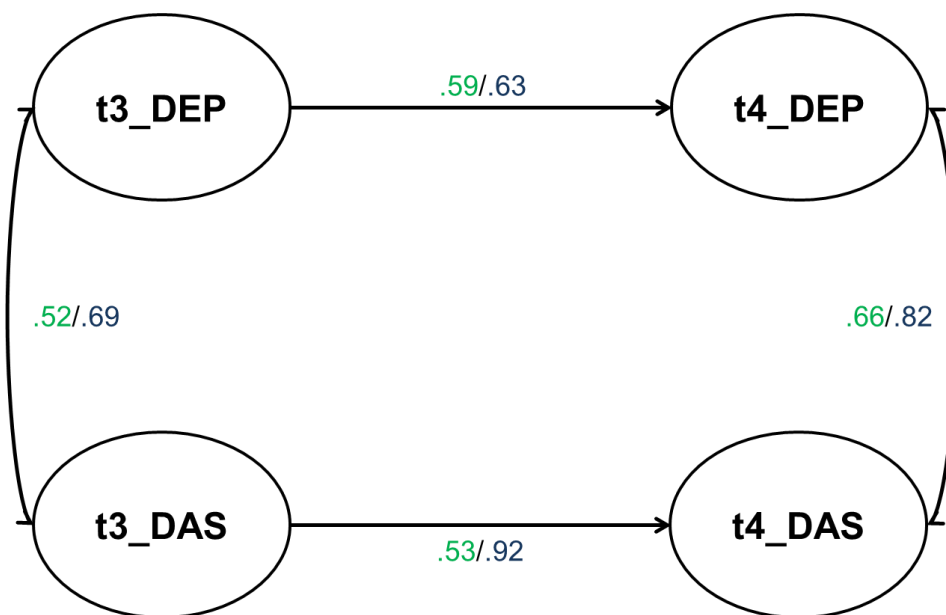


Abbildung 35. Cross-Lagged-Panel-Modell der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen über die beiden Messzeitpunkte hinweg für Kinder und Jugendliche im Vergleich. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Jugendlichen in blau abgebildet. $R^2_{t4_Dep} = .44/.53$, $R^2_{t4_DAS} = .35/.64$.

Das Cross-Lagged-Panel-Modell (Modell-Fit: $\chi^2(50) = 155.67$; $p < .01$; RMSEA = .06; CFI = 0.96; SRMR = .06) weist in beiden Altersgruppen zwar dieselben Zusammenhangsstrukturen auf. Allerdings zeigen sich diese in ihrer Ausprägung bzw. Stärke sehr unterschiedlich. In beiden Altersgruppen zeigen sich lediglich die autoregressiven Pfade und die querschnittlichen Zusammenhänge der beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen als statistisch bedeutsam. Eine statistische Signifikanz von möglichen kreuzverzögerten Effekten konnte nicht nachgewiesen werden. Kontrolliert für den jeweiligen autoregressiven Pfad und den Zusammenhang der beiden Konstrukte zum vorherigen MZP existieren demnach keine wechselseitigen Einflüsse zwischen der Depressivität und den dysfunktionalen Einstellungen. Darüber hinaus kann in beiden Altersgruppen beobachtet werden, dass die Korrelation der beiden Konstrukte zum zweiten MZP im Vergleich zum ersten MZP bedeutsam angestiegen ist. Dies ist insofern ein sehr interessanter Aspekt, als dass es sich bei diesem Zusammenhang um die sogenannte Residualkorrelation der beiden Konstrukte handelt. Es ist demnach der um die vorherige Korrelation und um die autoregressiven Pfade Zusammenhang von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen. Dieser ist daher oft geringer als der unkontrollierte Zusammenhang. In diesem Fall steigt er allerdings bedeutsam an, was inhaltlich und methodisch erklärt werden könnte.

Demnach eignen sich zur Vorhersage der Depressivität sowie zur Vorhersage der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen lediglich die vorherigen Ausprägungen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen. Kinder und Jugendliche, die zum ersten MZP im Vergleich zu den anderen geringere bzw. höhere Werte aufwiesen, weisen auch zum zweiten MZP im Vergleich zu den anderen geringe bzw. hohe Werte in Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen auf.

Eine analoge Multi-Gruppen-Analyse mit den um die sogenannten Wechsler erweiterten Altersgruppen weist ein ebensolches Wirkmuster auf (s. Abbildung 36).

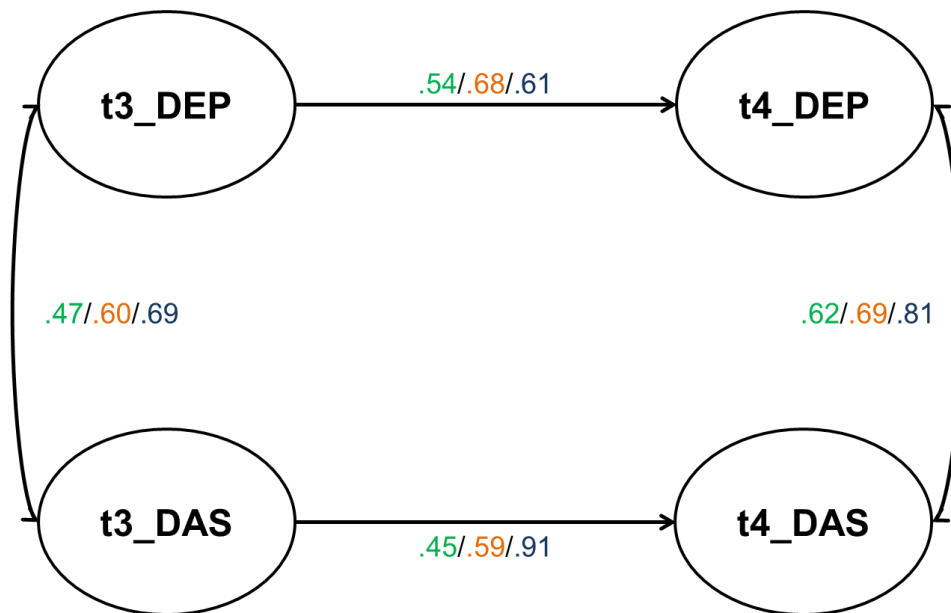


Abbildung 36. Cross-Lagged-Panel-Modell der Depressivität (DEP) und der dysfunktionalen Einstellungen (DAS) über die beiden Messzeitpunkte hinweg für Kinder und Jugendliche im Vergleich. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Wechsler in orange und die Werte der Jugendlichen in blau abgebildet. $R^2_{t4_Dep} = .41/.49/.52$, $R^2_{t4_DAS} = .23/.47/.64$.

Auch die Subgruppe der Wechsler, die sich in dem Zeitintervall im Übergang vom Kindes- in das Jugendalter befanden, zeigen keine kreuzverzögerten Effekte und lediglich stabile autoregressive Pfade der beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen. Abermals erweisen sich die jeweiligen Ausprägungen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen als geeignete Prädiktoren für die spätere Ausprägung von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen. Diese Subgruppe weist ebenfalls eine höher ausgeprägte Residualkorrelation der beiden Konstrukte zum zweiten MZP als die einfache Korrelation zum ersten MZP auf. Hier fällt zusätzlich auf, dass die Residualkorrelation der jeweiligen Altersgruppe der einfachen Korrelation der nächst höheren Altersgruppe entspricht. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der Ausprägung der depressiven Symptomatik scheint mit dem Alter stärker und schließlich sehr stark zu werden.

Bezogen auf die Fragestellung bestätigt sich in diesem Fall durch das alleinig parallele Auftreten bzw. die parallele Entwicklung die These von den dysfunktionalen Einstellungen als Symptom bzw. Begleiterscheinung von Depressivität.

Zusammenfassend kann man schließen, dass die dysfunktionalen Einstellungen unabhängig der berücksichtigten Altersgruppen durch die parallele Entwicklung zu der depressiven Symptomatik und sehr hohen querschnittlichen Zusammenhänge mit der depressiven Symptomatik womöglich Begleiterscheinungen bzw. Symptome der Depression darstellen und keine Ursachen oder gar Konsequenzen.

3.3.6 Hypothese 4: Überprüfung des kognitiven Modells der Depression nach Beck im Längsschnitt

Sowohl die Literatur zur Entstehung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter als auch zu möglichen Ursachen für die Ausprägung von dysfunktionalen Einstellungen legen nahe, die Zusammenhänge dieser beiden Konstrukte mit kritischen Lebensereignissen zu untersuchen. Daher sollten die Ergebnisse dieses eigentlich ersten Schrittes im Rahmen einer Moderationsanalyse gesondert beschrieben werden. Nicht nur die Moderationsanalyse, mit welcher das kognitive Modell nach Beck (1967) überprüft wurde, sondern auch die Darstellung dieser Analyse erfolgt nun auch in zwei Schritten. Zunächst werden demnach die Ergebnisse der Analyse beschrieben, in denen das Crossed-Lagged-Panel Modell der Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen (CLP-Modell) um die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse erweitert wurden (3.3.6.1). Im Anschluss werden die Ergebnisse der direkten Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck (1967) berichtet, in denen dem erweiterten CLP-Modell noch die Interaktionsvariable aus den dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignisse hinzugefügt wurde (3.3.6.2).

3.3.6.1 Erweiterung des Crossed-Lagged-Panel-Modells der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen um die kritischen Lebensereignisse

Für die folgenden Analysen wurden dem im vorherigen Abschnitt gebildeten Crossed-Lagged-Panel-Modell der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen jeweils die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung) hinzugefügt und alle dabei möglichen Verbindungspfade untersucht (s. Abbildung 37).

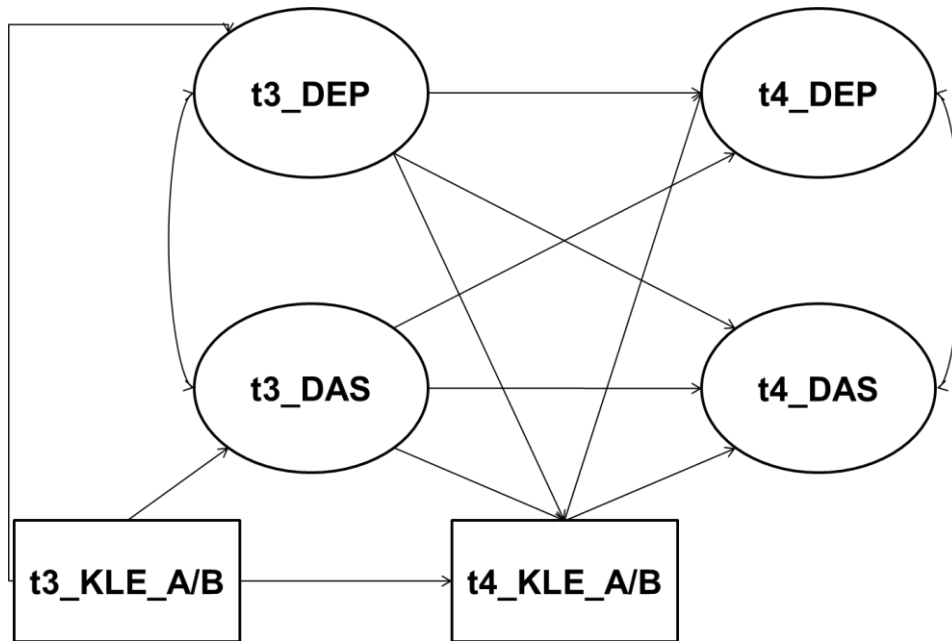


Abbildung 37. Schematische Darstellung des Crossed-Lagged-Panel-Modells von Depressivität (DEP) und dysfunktionalen Einstellungen (DAS) erweitert um die kritischen Lebensereignisse (KLE_A/B).

In der Abbildung 38 ist das um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse erweiterte CLP-Modell zu sehen. Das Modell ergab, dass das Hinzunehmen keinen weiteren Einfluss auf den nicht vorhandenen längsschnittlichen Zusammenhang zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität hatte. In beiden Vergleichsgruppen verändert sich nichts an dem parallelen Auftreten dieser beiden Konstrukte. Wechselseitige Effekte zwischen der Anzahl der kritischen Lebensereignisse und der Ausprägung der Depressivität, die zwar gering ausgeprägt, aber dennoch statistisch bedeutsam sind, zeigen sich für die Subgruppe der ursprünglichen Kinder. Je mehr kritische Lebensereignisse im letzten Jahr vor dem ersten MZP berichtet werden, desto größer ist die Ausprägung der Depressivität zum ersten MZP. Diese höhere Ausprägung der Depressivität hat einen positiven Effekt auf die berichtete Anzahl der kritischen Lebensereignisse (mehr Ereignisse werden berichtet), was wiederum zu einer höheren Ausprägung der Depressivität zum zweiten MZP führt. Für die Subgruppe der Jugendlichen zeigt sich hinsichtlich der Anzahl der kritischen Lebensereignisse lediglich zum ersten MZP ein positiver Effekt auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik. Je mehr kritische Lebensereignisse im letzten Jahr vor dem ersten MZP berichtet werden, desto stärker ist die depressive Symptomatik vorhanden. Zumindest für den ersten MZP lässt sich ein, wenn auch kleiner Effekt der Anzahl der kritischen Lebensereignisse im

letzten Jahr auf die folgende Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen bei Kindern wie Jugendlichen ausmachen.

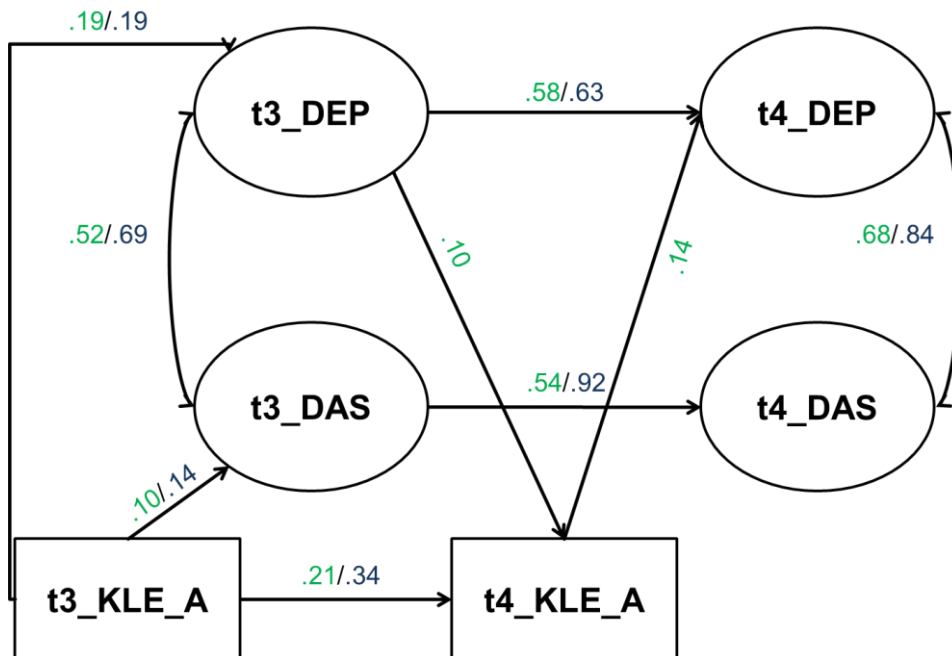


Abbildung 38. Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität (DEP) und dysfunktionalen Einstellungen (DAS) erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse (KLE_A) für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Jugendlichen sind in blau abgebildet.

Durch die Hinzunahme der Anzahl der kritischen Lebensereignisse hat sich im gesamten Modell-fit nur wenig verändert ($\chi^2(70) = 136.05$; $p < .01$; RMSEA = .06; CFI = 0.95; SRMR = .05) und auch der Zuwachs in der aufgeklärten Varianz der beiden endogenen Faktoren Depressivität und dysfunktionale Einstellungen beschränkt sich auf einen leichten Anstieg im Determinationskoeffizienten von Depressivität (s. Tabelle 39). Dies wird auf die interaktionale Beeinflussung zwischen den kritischen Lebensereignissen und der Depressivität in der Subgruppe der ursprünglichen Kinder zurückzuführen sein. Die Verbesserung der Aufklärung ist schließlich dort auch stärker als bei den Jugendlichen. Während bei den Kindern die Aufklärungsrate der Unterschiede in der Depressivität zum zweiten MZP im Rahmen des erweiterten Modells von ungefähr 44% auf 48% angestiegen ist, erhöhte sich die Rate bei den Jugendlichen lediglich von vormals 53% auf nunmehr 55%. Die De-

terminationskoeffizienten für die dysfunktionalen Einstellungen bleiben in beiden Gruppen unverändert.

Tabelle 39

Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen

		CLP-Modell	CLP-Modell + KLE_A
Modell-Fit		$\chi^2(50) = 155.67; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.96 SRMR = .06	$\chi^2(70) = 136.05; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.95 SRMR = .05
$R^2_{t4_DEP}$	Kinder	.44	.48
	Jugendliche	.53	.55
$R^2_{t4_DAS}$	Kinder	.35	.35
	Jugendliche	.64	.64

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

Die Analyse des um die Subgruppe der Wechsler erweiterten Multigruppenmodells erbrachte wiederum ähnliche Ergebnisse. Wie in Abbildung 39 zu erkennen ist, zeigen sich in der Subgruppe der Wechsler der Subgruppe der Jugendlichen ähnliche Wirkzusammenhänge. In allen drei Vergleichsgruppen sind keine kreuzverzögerten Effekte zwischen der Depressivität und den dysfunktionalen Einstellungen zu finden, sondern lediglich die moderat stabilen autoregressiven Pfade der Depressivität und die wenig bis sehr stabilen autoregressiven Pfade der dysfunktionalen Einstellungen sowie die starken und stärker werdenden querschnittlichen Zusammenhänge zwischen den beiden Faktoren zu den jeweiligen MZP. Für die Subgruppe der Kinder wird der im Zwei-Gruppen-Vergleich gefundene wechselseitige Effekt zwischen der jeweils berichteten Anzahl der kritischen Lebensereignisse und der Depressivität durch die angestiegenen Pfadkoeffizienten deutlicher herausgestellt. Für die Wechsler existiert wie für die Jugendlichen auch lediglich ein positiver Effekt der kriti-

schen Lebensereignisse auf die Ausprägung der Depressivität zum ersten MZP. Der im Zwei-Gruppen-Vergleich ohnehin schon geringe Effekt der Anzahl der kritischen Lebensereignisse auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum ersten MZP für die Gruppe der Kinder ist nunmehr nicht mehr signifikant und es zeigt sich ebenfalls kein statistisch bedeutsamer Effekt für die Gruppe der Wechsler. Hier scheint die Reduktion der Gruppengröße um die Gruppe der Wechsler den vormals schwachen Effekt hinsichtlich der Signifikanz verdrängt zu haben. In der Gruppe der Jugendlichen ist dieser Effekt unverändert vorhanden.

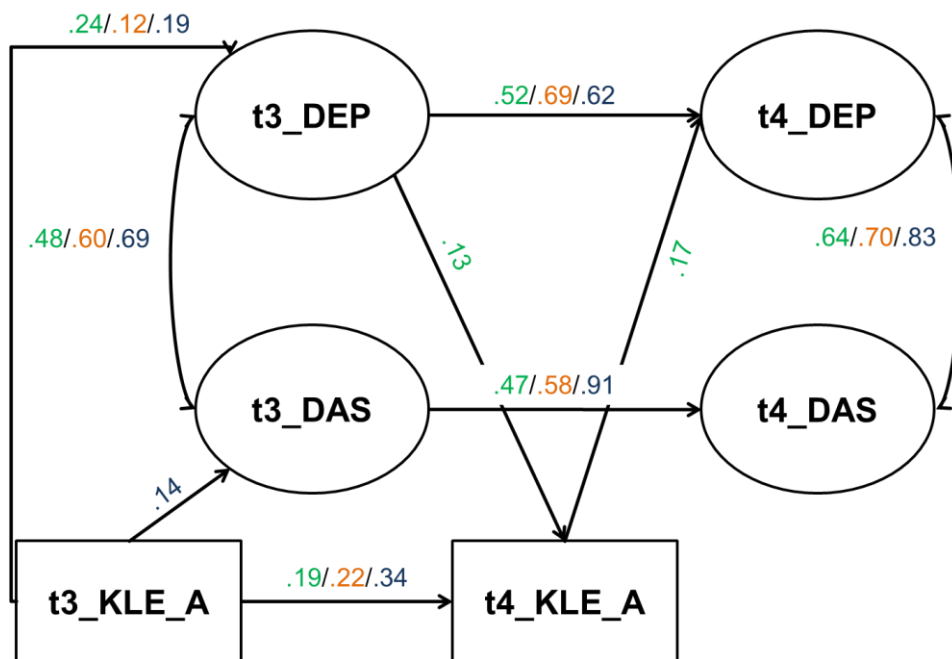


Abbildung 39. Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Wechsler in orange, die Werte der Jugendlichen sind in blau abgebildet.

Schließlich ist im Drei-Gruppen-Vergleich durch die Erweiterung des Modells um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse nur eine leichte Veränderung entstanden, was wiederum an dem nur leichten Anstieg im Determinationskoeffizienten der endogenen Faktoren deutlich wird. In Tabelle 40 ist zu erkennen, dass die Verbesserung in der Aufklärung der depressiven Symptomatik zum zweiten MZP mit steigender bzw. älter werdender Alters-

gruppe schwächer wird. Die Gruppe der Wechsler zeigt sich an dieser Stelle abermals als Bindeglied zwischen den Kindern und den Jugendlichen. Die Varianzaufklärung der dysfunktionalen Einstellungen bleibt für die Subgruppe der Wechsler, wie für die anderen beiden Altersgruppen fast unverändert.

Tabelle 40

Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen

		CLP-Modell	CLP-Modell + KLE_A
Modell-Fit		$\chi^2(77) = 189.03; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.95 SRMR = .06	$\chi^2(107) = 240.36; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.95 SRMR = .06
	$R^2_{t4_DEP}$		
	Kinder	.41	.46
	Wechsler	.49	.51
	Jugendliche	.52	.54
$R^2_{t4_DAS}$			
	Kinder	.23	.24
	Wechsler	.47	.46
	Jugendliche	.64	.64

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

Dieselben Analysen wurden zusätzlich mit der Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse durchgeführt. Das dazugehörige Strukturgleichungsmodell ist in Abbildung 40 zu sehen. Im Zwei-Gruppen-Vergleich zeigt sich durch die Erweiterung des Cross-Lagged-Modells um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zu beiden MZP ebenfalls keine kreuzverzögerten Effekte zwischen der depressiven Symptomatik und dysfunktionalen Einstellungen. Die moderat stabilen autoregressiven Pfade der Regression und die moderat bis sehr stabilen autoregressiven Pfade der dysfunktionalen Einstellungen bleiben im Vergleich zum einfachen Cross-Lagged-Panel-Modell erhalten. Darüber hinaus hat sich an den starken und stärker werdenden Zusammenhängen ebenfalls nichts verändert. In beiden Altersgruppen lässt sich eine positive wechselseitige Beeinflussung von der Belas-

tung durch kritische Lebensereignisse und depressiver Symptomatik beobachten. Je größer demnach die Gesamtbelastung durch kritische Lebensereignisse im Jahr vor dem ersten MZP war, desto stärker ist die Ausprägung der depressiven Symptomatik, welche wiederum zu einer stärkeren Belastung durch folgende kritische Lebensereignisse führt. Eine stärkere Belastung in diesem Fall führt ebenso zu einer stärkeren Ausprägung der Depressivität zum zweiten MZP. In der Subgruppe der Kinder weist die Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse zu beiden MZP einen zwar geringen, aber dennoch statistisch bedeutsamen Effekt jeweils auf die spätere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen. An dieser Stelle gilt die Beeinflussung lediglich in diese Richtung. Eine größere Belastung durch kritische Lebensereignisse führt zu einer stärkeren Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zu einem späteren MZP. In der Subgruppe der Jugendlichen findet sich dieser Effekt lediglich zum ersten MZP.

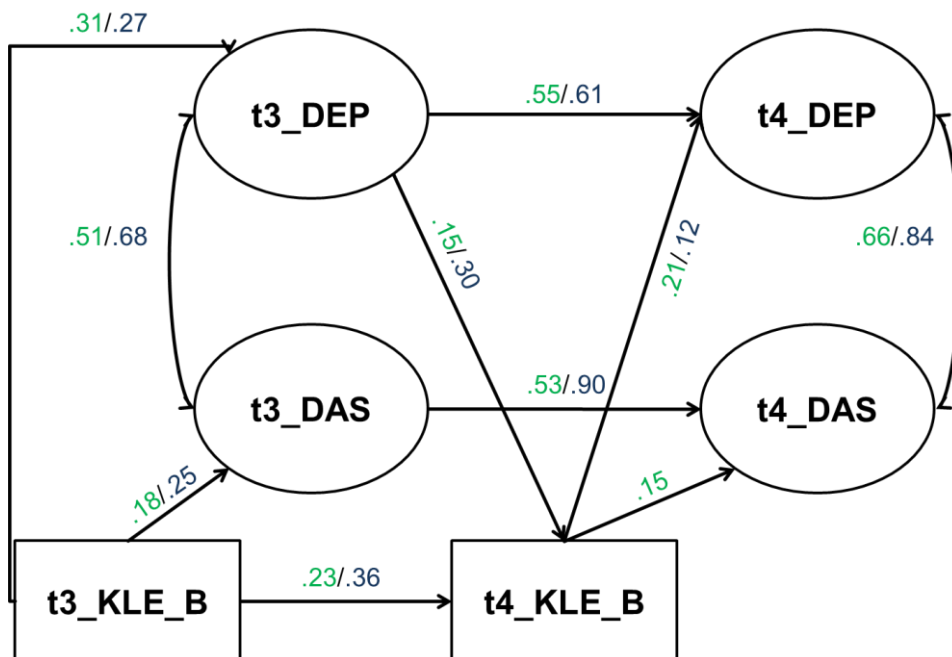


Abbildung 40. Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Jugendlichen in blau abgebildet.

Im Gesamtmodell hat sich durch die Berücksichtigung der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse wieder nur wenig verändert. Jedoch zeigt sich in beiden Gruppen ein deutlicher Zuwachs in der Varianzaufklärung des endogenen Faktors Depressivität. Bei den Kindern kann unter der Hinzunahme der Belastung durch kritische Lebensereignisse statt 44% nunmehr 51% und bei den Jugendlichen statt 53% nun 56% in der Varianz der Depressivität aufgeklärt werden. Hinsichtlich des endogenen Faktors dysfunktionale Einstellungen zeigt sich lediglich eine leichte Verbesserung in der Aufklärung in der Gruppe der Kinder (s. Tabelle 41).

Tabelle 41

Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen

		CLP-Modell	CLP-Modell + KLE_B
Modell-Fit		$\chi^2(50) = 155.67; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.96 SRMR = .06	$\chi^2(70) = 198.17; p < .01$ RMSEA = .06 CFI = 0.95 SRMR = .05
$R^2_{t4_DEP}$	Kinder	.44	.51
	Jugendliche	.53	.56
$R^2_{t4_DAS}$	Kinder	.34	.35
	Jugendliche	.35	.35

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

Im Drei-Gruppen-Vergleich wird das Zusammenhangsmuster ein wenig differenzierter. Wie in Abbildung 41 deutlich wird, ähneln die Wirkzusammenhänge der Subgruppe der Wechsler denen der Subgruppe der Jugendlichen. Es existieren keine kreuzverzögerten Effekte zwischen der Depressivität und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen, dafür interaktionale Effekte zwischen der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und der depressiven Symptomatik. Ein Unterschied zeigt sich in nicht gefundenen Zusam-

menhängen zwischen der Belastung der kritischen Lebensereignisse und der Stärke der dysfunktionalen Einstellungen. Durch die Aufspaltung der ursprünglichen Gruppe der Kinder in Kinder und Wechsler zeigt sich für die nunmehr Kinder-Gruppe kein interaktionaler Effekt zwischen Belastung durch die kritischen Lebensereignisse und Depressivität mehr. Wie auch bei den dysfunktionalen Einstellungen weist die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse lediglich einen positiven Effekt auf die depressive Symptomatik auf und nicht vice versa.

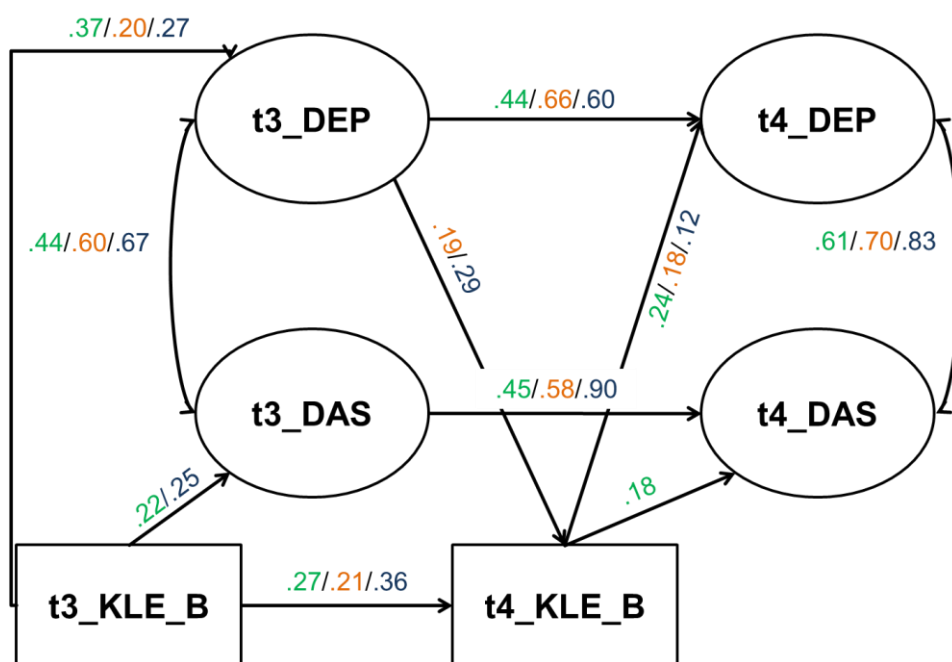


Abbildung 41. Das Crossed-Lagged-Panel-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen erweitert um die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen. Kontrolliert für Geschlecht. Dargestellt sind die standardisierten Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Wechsler in orange, die Werte der Jugendlichen in blau abgebildet.

An Tabelle 41 ist abzulesen, dass es auch im Drei-Gruppen-Vergleich zu leichten Veränderungen im Modell-Fit gekommen ist. Weiterhin zeigt sich auch im Zuwachs in der Varianzaufklärung, dass die Gruppe der Wechsler der Gruppe der Jugendlichen ähnelt. Die Varianzaufklärung der beiden endogenen Faktoren Depressivität und dysfunktionale Einstellungen erfährt in der Gruppe der Kinder deutliche Verbesserungen, während in den beiden

anderen Gruppen lediglich die Aufklärung der depressiven Symptomatik erkennbar verbessert werden konnte.

Tabelle 42

Indikatoren der Modellgüte und Determinationskoeffizienten (R^2) für das einfache Cross-Lagged-Modell und das um die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse erweiterte Modell im Vergleich für die Kinder, Wechsler und Jugendlichen

		CLP-Modell	CLP-Modell + KLE_B
Modell-Fit		$\chi^2(77) = 189.03; p < .001$	$\chi^2(107) = 244.51; p < .001$
		RMSEA = .06	RMSEA = .06
		CFI = 0.95	CFI = 0.95
		SRMR = .06	SRMR = .06
$R^2_{t4_DEP}$	Kinder	.41	.50
	Wechsler	.49	.54
	Jugendliche	.52	.55
$R^2_{t4_DAS}$	Kinder	.23	.24
	Wechsler	.47	.47
	Jugendliche	.64	.62

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

Aus den Analysen mit den kritischen Lebensereignissen wird deutlich, dass diese je nach Altersgruppe und Aspekt zumindest Risikofaktoren für die depressive Symptomatik, wenn nicht sogar auch Konsequenzen der Depressivität darstellen.

3.3.6.2 Direkte Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck

In Anlehnung an das kognitive Modell nach Beck (1967) wurde im Rahmen der vierten Hypothese angenommen, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zum ersten MZP in Interaktion mit den zwischenzeitlich eingetretenen kritischen Lebensereignissen zu einer erhöhten Depressivität zum zweiten MZP führt. Mögliche Altersgruppeneffekte sollten explorativ untersucht werden. Dass bereits in den vorangegangenen Analysen kein

statistisch bedeutsamer Effekt der früheren dysfunktionalen Einstellungen unter Berücksichtigung der früheren Depressivität und späteren dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere depressive Symptomatik gefunden wurde, steht in keinem Gegensatz zu den Annahmen des kognitiven Modells, die dysfunktionalen Einstellungen als Ursache oder Risikofaktor für die Depressivität einzuordnen. Die Theorie besagt, dass die dysfunktionalen Einstellungen erst durch die Verbindung mit Stress (kritischen Lebensereignisse) in Form einer Interaktion der beiden, zu depressiven Symptomen führen. Vor diesem Hintergrund ist es für eine Überprüfung dennoch von Bedeutung eine Moderationsanalyse, also das Hinzufügen einer Interaktionsvariablen und das Betrachten ihrer statistischen Bedeutsamkeit, durchzuführen.

Hierzu wurden jeweils im Zwei-Gruppen- und – um die Bedeutung des Übergangs in das Jugendalter besser herausstellen zu können – Drei-Gruppen-Vergleich latente Moderationsanalysen mit dem Faktor Depressivität zum MZP als vorherzusagendes Kriterium und den dysfunktionalen Einstellungen zum ersten MZP sowie die zwischenzeitlich aufgetretenen kritischen Lebensereignisse und deren Interaktion als Prädiktoren durchgeführt. Die Variable Geschlecht wurde im Gesamtmodell berücksichtigt, damit mögliche Effekte kontrolliert werden. Durch das Einbetten der Moderationsanalyse in die bereits vorhandenen Regressionsanalysen im Strukturgleichungsmodell konnte für die jeweils frühere Ausprägung der Depressivität und der kritischen Lebensereignisse und für die spätere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen kontrolliert werden (s. Abbildung 42). Analog zu den latenten Moderationsanalysen im Querschnitt wird jeweils überprüft, ob die hinzugefügte Interaktionsvariable signifikant wird und ob sich der Modell-Fit (analysiert mit dem AIC) im Vergleich zum Regressionsmodell verbessert.

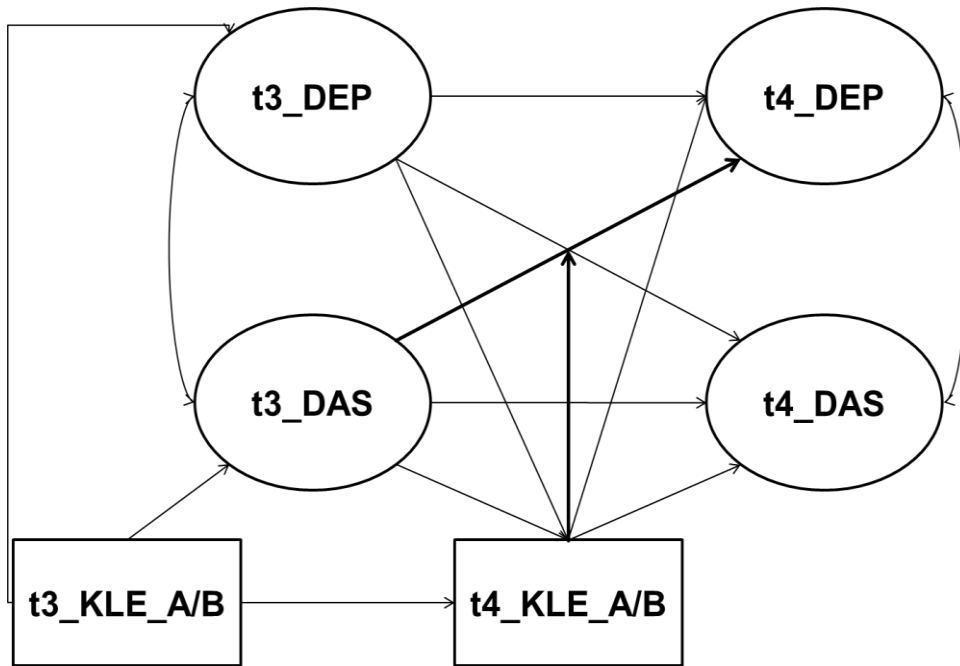


Abbildung 42. Schematische Darstellung der Moderation des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf spätere Depressivität durch die kritischen Lebensereignisse im Rahmen des Crossed-Lagged-Panel-Modells.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Moderationsanalysen mit der *Anzahl der kritischen Lebensereignisse* als möglicher Moderator aufgeführt.

Im Zwei-Gruppenvergleich zeigt sich, dass das Hinzufügen der Interaktionsvariablen nichts an der ursprünglichen strukturellen Zusammenhängen verändert (s. Tabelle 43). Der Haupteffekt der früheren Ausprägung der Depressivität und der Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die Gruppe der Kinder bleiben erhalten, die dysfunktionalen Einstellungen weisen keinen signifikanten Haupteffekt auf. Der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms ist ebenfalls statistisch nicht bedeutsam. Für die Gruppe der Jugendlichen bleibt der ursprüngliche Haupteffekt der früheren depressiven Symptomatik ebenfalls erhalten und die nicht signifikanten Haupteffekte der möglichen Prädiktoren sind immer noch statistisch nicht bedeutsam. Der Regressionskoeffizient des hinzugefügten Interaktionsterms ist ebenfalls nicht statistisch bedeutsam. Ein Blick auf den vergleichenden Modell-Fit bestätigt, dass das Modell mit der Regression eine bessere Modellgüte aufweist als das Modell mit der Moderation.

Tabelle 43

Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendlichen

	Regression (1. Schritt)			Moderation (2. Schritt)			
	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a	
Kinder	Geschlecht	-1.74**	0.22	-.23	-1.76**	0.22	-
	t3_DEP	0.56**	0.05	.58	0.57**	0.05	-
	t3_DAS	0.14	0.49	.02	0.68	0.62	-
	t4_KLE_A	0.25**	0.05	.14	0.28**	0.05	-
	Interaktion	-	-	-	-0.24	0.16	-
Jugendliche	Geschlecht	-1.06**	0.45	-.13	-1.06**	0.44	-
	t3_DEP	0.59**	0.09	.63	0.59**	0.09	-
	t3_DAS	0.62	0.88	.07	0.73	1.06	-
	t4_KLE_A	0.09	0.07	.06	0.12	0.15	-
	Interaktion	-	-	-	-0.03	0.15	-
AIC	33.689			33.691			

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; DEP = Depressivität, DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; AIC = Akaike Information Criterion; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Im Drei-Gruppen-Vergleich zeigen sich für die Gruppen der Kinder und Jugendlichen durch das Hinzufügen der Interaktionsvariablen ebenfalls keine Veränderungen im strukturellen Wirkmuster im Vergleich zum Strukturmodell mit der Regression. Wie an der Tabelle 43 zu erkennen ist, bleibt es beim Haupteffekt der früheren Depressivität und der Anzahl der kritischen Lebensereignisse in der Gruppe der Kinder und beim Haupteffekt der früheren Depressivität in der Gruppe der Jugendlichen. Die Regressionskoeffizienten der beiden Interaktionsterme sind statistisch nicht bedeutsam. In der Gruppe der Wechsler zeigt sich im Modell mit der Moderation zusätzlich zum Haupteffekt der früheren depressiven Symptomatik ein Haupteffekt der Anzahl der kritischen Lebensereignisse, der zuvor als signifikant beurteilt werden konnte. Der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms wird auch

nur marginal signifikant. Der vergleichende Fit-Index AIC zeigt, dass das Strukturmodell mit der Regression besser passt als das Strukturmodell mit der Moderation.

Tabelle 44

Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse für Kinder, Wechsler und Jugendliche

		Regression			Moderation		
		<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
Kinder	Geschlecht	-1.86**	0.25	-.28	-1.86**	0.25	-
	t3_DEP	0.45**	0.05	.52	0.45**	0.06	-
	t3_DAS	-0.17	0.59	-.02	0.33	0.81	-
	t4_KLE_A	0.30**	0.06	.17	0.30**	0.06	-
	Interaktion	-	-	-	-0.07	0.26	-
Wechsler	Geschlecht	-1.50**	0.47	-.18	-1.42**	0.48	-
	t3_DEP	0.75**	0.09	.69	0.59**	0.17	-
	t3_DAS	-0.61	0.94	-.06	0.02	0.01	-
	t4_KLE_A	0.16	0.10	.08	0.34*	0.15	-
	Interaktion	-	-	-	-0.42	0.22	-
Jugendliche	Geschlecht	-1.09**	0.44	-.14	-1.09**	0.44	-
	t3_DEP	0.58**	0.09	.62	0.58**	0.09	-
	t3_DAS	0.69	0.89	.07	0.79	0.89	-
	t4_KLE_A	0.10	0.08	.06	0.16	1.08	-
	Interaktion	-	-	-	-0.02	0.15	-
AIC		33.649			33.651		

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; DEP = Depressivität, DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_A = Anzahl der kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_A; AIC = Akaike Information Criterion; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Werte berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Die Moderationsanalysen mit der *Anzahl der kritischen Lebensereignisse als möglicher Moderator* lassen unabhängig von der Altersgruppe und kontrolliert für das Geschlecht darauf schließen, dass der Einfluss der früheren dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere depressive Symptomatik nicht durch kritische Lebensereignisse beeinflusst wird.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Moderationsanalysen mit der *Belastung durch die kritischen Lebensereignisse* als möglicher Moderator des Einflusses der dysfunktionalen Einstellungen auf die Depressivität dargestellt. Aus der Tabelle 45 wird deutlich, dass das Hinzufügen der Interaktionsvariablen im Zwei-Gruppenvergleich lediglich in der Subgruppe der Jugendlichen etwas verändert.

Tabelle 45

Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für die ursprünglichen Kinder und Jugendliche

		Regression			Moderation		
		<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a
Kinder	Geschlecht	-1.61**	0.20	-.22	-1.59**	0.21	-
	t3_DEP	0.54**	0.05	.55	0.51**	0.06	-
	t3_DAS	0.22	0.48	.03	-0.28	0.64	-
	t4_KLE_B	0.24**	0.03	.21	0.22**	0.04	-
	Interaktion	-	-	-	0.27	0.21	-
Jugendliche	Geschlecht	-0.99**	0.44	-.13	-1.03*	0.45	-
	t3_DEP	0.57**	0.09	.61	0.56**	0.10	-
	t3_DAS	0.57	0.87	.07	0.46	0.96	-
	t4_KLE_B	0.11**	0.44	.12	0.07	0.09	-
	Interaktion	-	-	-	0.41	0.09	-
AIC		34.601			34.604		

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 726$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; DEP = Depressivität, DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; AIC = Akaike Information Criterion; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Während die ursprünglichen Haupteffekte der früheren Depressivität und der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse sich in der Subgruppe der Kinder weiterhin als statistisch bedeutsam erweisen, gilt dies in der Subgruppe der Jugendlichen nur für den Haupteffekt der früheren Depressivität. Der vormalig signifikante Haupteffekt der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse verschwindet. In beiden Altersgruppen erreicht der Regressionskoeffizient der jeweiligen Interaktionsterme keine statistische Bedeutsamkeit, was sich wiederum an der schlechteren Modellgüte des Strukturmodells mit der Moderation im Vergleich zum Strukturmodell mit der Regression niederschlägt.

Der Drei-Gruppen-Vergleich im Rahmen der Moderationsanalyse zeigt, dass sich an den strukturellen Zusammenhängen in den Subgruppen der Kinder und der Wechsler nicht verändert (s. Tabelle 46). Es sind weiterhin die in der einfachen Regression gefundenen Haupteffekte der früheren Depressivität und der Belastung durch kritische Lebensereignisse statistisch bedeutsam. In der Subgruppe der Jugendlichen gilt dies abermals nur für den Haupteffekt der früheren depressiven Symptomatik, der ursprünglich signifikante Haupteffekt der Belastung durch kritische Lebensereignisse verschwindet. Die Regressionskoeffizienten der jeweiligen Interaktionsterme erweisen sich alle als nicht statistisch bedeutsam, was wiederum anhand des schlechter werdenden vergleichenden Modellgüte-Index (AIC) deutlich wird (s. Tabelle 46).

Die Moderationsanalysen mit der *Belastung durch die kritischen Lebensereignisse* als möglicher Moderator weisen ebenfalls daraufhin, dass unabhängig von der Altersgruppe und kontrolliert für das Geschlecht der Einfluss der früheren dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität nicht durch die durch kritische Lebensereignisse entstehende Belastung beeinflusst wird.

Tabelle 46

Moderationsanalyse des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse für Kinder, Wechsler und Jugendliche

	Regression			Moderation			
	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β^a	
Kinder	Geschlecht	-1.70**	0.25	-.25	-1.69**	0.25	-
	t3_DEP	0.44**	0.06	.51	0.43**	0.06	-
	t3_DAS	0.32	0.58	.04	0.13	0.69	-
	t4_KLE_B	0.25**	0.04	.24	0.25**	0.04	-
	Interaktion	-	-	-	0.10	0.19	-
Wechsler	Geschlecht	-1.19**	0.47	-.14	-1.15*	0.48	-
	t3_DEP	0.72**	0.09	.66	0.74**	0.10	-
	t3_DAS	-0.59	0.92	-.06	-0.21	1.02	-
	t4_KLE_B	0.22**	0.06	.18	0.31**	0.11	-
	Interaktion	-	-	-	-0.18	0.17	-
Jugendliche	Geschlecht	-1.01*	0.44	-.13	-1.04*	0.44	-
	t3_DEP	0.57**	0.09	.60	0.56**	0.10	-
	t3_DAS	0.62	0.88	.07	0.48	0.95	-
	t4_KLE_B	0.11**	0.04	.12	0.07	0.10	-
	Interaktion	-	-	-	0.04	0.09	-
AIC	34.556			34.561			

Anmerkungen. $n_{\text{Kinder}} = 432$, $n_{\text{Wechsler}} = 294$, $n_{\text{Jugendliche}} = 327$; DEP = Depressivität, DAS = dysfunktionale Einstellungen, KLE_B = Belastung durch die kritischen Lebensereignisse, *Interaktion* = DASxKLE_B; AIC = Akaike Information Criterion; *Interaktion* = DASxKLE_B; ^a = bei latenten Moderationsanalysen werden keine standardisierten Wert berechnet; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Durch die Moderationsanalysen insgesamt kann die vierte Hypothese und damit die theoretische Annahme des kognitiven Modells der Depression nach Beck (1967) nicht bestätigt werden. In Verbindung mit den vorangegangenen Analysen liegt nun der Schluss nahe, dass die dysfunktionalen Einstellungen auch in Verbindung mit kritischen Lebensereignissen keine Ursache depressiver Symptomatik darstellen.

3.4 Resümee der Ergebnisse im Längsschnitt

Ziel der longitudinalen Analysen war es zum einen herauszufinden, wie sich die beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen über die beiden Messzeitpunkte hinweg entwickeln und ob sich diese beiden Konstrukte in ihrer Entwicklung gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus sollte das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967) längsschnittlich überprüft werden.

Die Stabilitätsanalysen ergaben, dass die depressive Symptomatik bei den Kindern moderat stabil und Jugendlichen sehr stabil bleibt. Die Kinder, die sich im Übergang ins Jugendalter befanden, weisen ähnlich wie die Jugendlichen eine hohe Stabilität in der depressiven Symptomatik auf. Erkennbar ist, dass es einen deutlichen Anstieg in der Stabilität zwischen den Kindern und den sogenannten Wechslern gibt. Die Analysen zu den dysfunktionalen Einstellungen ergaben, dass die Ausprägung derselben mit älter werdender Altersgruppe immer stabiler wird. Während für die Kinder lediglich geringe Stabilität gezeigt werden kann, ist diese für die Jugendlichen äußerst ausgeprägt. Die Kinder, die sich im zeitlichen Intervall zwischen den beiden MZP im Übergang in das Jugendalter befanden, wiesen eine moderat hohe Stabilität auf, die in ihrem Wert genau zwischen dem der Kinder und dem Wert der Jugendlichen liegt.

Aus der gemeinsamen Betrachtung der beiden Konstrukte im Rahmen von Cross-Lagged-Panel-Modellen geht hervor, dass sich die Ausprägung der Depressivität und die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen parallel zueinander entwickeln und sich nicht gegenseitig beeinflussen. Allerdings gehen sie in einem beachtlichen Maß miteinander einher, wobei der Zusammenhang zum späteren MZP noch stärker ausgeprägt ist. Dieses Muster gilt für alle untersuchten Altersgruppen. Lediglich die Höhe der querschnittlichen Zusammenhänge unterscheidet sich in den untersuchten Altersgruppen. Auffällig hierbei ist, dass der Zusammenhang von Depressivität und Dysfunktionale Einstellungen zum zweiten MZP dem Zusammenhang der nächst älteren Altersgruppe zum ersten MZP entspricht. Die schwächste, jedoch trotzdem bedeutende Korrelation zeigt sich demnach in der Gruppe der Kinder zum ersten MZP und die stärkste und auch sehr stark ausgeprägte Korrelation zeigt sich in der Gruppe der Jugendlichen zum zweiten MZP. Dieser Zusammenhang scheint ungewöhnlich hoch, sodass für diesen Aspekt noch weitere Post-Hoc-Analysen durchgeführt werden mussten. Darauf soll im nächsten Abschnitt (3.5) weiter eingegangen werden.

Zusätzliche Analysen, die die Bedeutung der kritischen Lebensereignisse im Rahmen des Cross-Lagged-Panel-Modells berücksichtigten, weisen darauf hin, dass sowohl die Anzahl als auch die Belastung durch zwischenzeitlich eingetretene kritische Lebensereignisse die spätere Ausprägung der depressiven Symptomatik beeinflussen. Hinsichtlich der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zeigt sich in fast allen Altersgruppen sogar ein interaktionaler Effekt zwischen der Depressivität und den kritischen Lebensereignissen. Zum ersten MZP erwiesen sich die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse prädiktiv für die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen. In der Subgruppe der Kinder zeigte sich dieser Effekt darüber hinaus auch zum zweiten MZP.

Die Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck (1967) im Längsschnitt ergab in allen untersuchten Altersgruppen keine Bestätigung der im Rahmen des Modells angenommenen Moderation des Effektes der dysfunktionalen Einstellungen auf die spätere Depressivität durch die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse (Anzahl und Belastung). Es zeigten sich lediglich die frühere Ausprägung der Depressivität und Abhängig von der Altersgruppe und dem Aspekt der kritischen Lebensereignisse zusätzlich die kritischen Lebensereignisse als prädiktiv für die spätere Ausprägung der Depressivität.

3.5 Post-Hoc-Analysen

Aus den Ergebnissen der längsschnittlichen Hauptanalysen ergaben sich an einigen Punkten weiterführende Fragenstellungen, die zwar über die aufgestellten Hypothesen hinausgehen, aber für das Thema der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse sind. In diesem Abschnitt soll sich diesen weiterführenden Analysen gewidmet werden, bevor die Analysen im Gesamten im nächsten Kapitel zusammengefasst, in bisherige Forschungsergebnisse eingebettet und diskutiert werden.

Das Hauptziel der längsschnittlichen Analysen bestand darin, herauszufinden, welche Bedeutung die dysfunktionalen Einstellungen für die Entwicklung depressiver Symptomatik aufweisen. Es galt herauszufinden, ob sie, wie es die kognitiven Theorien der Depression annehmen, die Ursache für depressive Symptome oder womöglich Begleiterscheinungen oder gar Konsequenzen der Depression darstellen. Dafür wurde erst einmal untersucht, wie sich die depressive Symptomatik und die dysfunktionalen Einstellungen in Abhängigkeit voneinander verhalten und schließlich die spezifische kognitive Theorie nach Beck (1967) überprüft. Dafür wurden schon zusätzlich die kritischen Lebensereignisse mit in die Analysen aufgenommen. Die bisherigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass man durch das alleinige parallele Auftreten bei den dysfunktionalen Einstellungen nicht von einem zeitlich vorgeschalteten Risikofaktor ausgehen kann, sondern eher von Begleiterscheinungen oder Symptomen der Depression sprechen sollte. Diese parallele Entwicklung ohne gegenseitige Beeinflussung und die hohen querschnittlichen Korrelationen galten dabei für alle untersuchten Altersgruppen. Aufgefallen war jedoch, dass diese Korrelationen nicht nur in der jeweilig untersuchten Altersgruppe zum nächsten MZP stärker geworden sind, sondern auch über die untersuchten Altersgruppen hinweg angestiegen sind. Dieser Anstieg ging so weit, dass die Korrelation der Depressivität mit den dysfunktionalen Einstellungen in der Gruppe der Jugendlichen fast perfekt wurde, was die Modellierung der strukturellen Zusammenhänge mit dem Strukturgleichungsprogramm *Mplus* problematisch gemacht hat. Dieser hohe Zusammenhang führte zu einer negativ definierten Psi-Matrix, was unter anderem auf eine Multikollinearität zwischen den Variablen hinweisen könnte (Wothke, 1993). Bei mindestens einer Variablen konnte kein Messfehler geschätzt werden. Um jedoch eine messfehlerbereinigte Analyse sicherstellen zu können, ist die Schätzung des Messfehlers (Fehlervarianz) erforderlich. Zwangsläufig wird mit den manifesten Indikatoren nämlich ein Messfehler gemacht, der in seiner Höhe mindestens ihrer jeweiligen Unreliabilität ent-

spricht. In der vorliegenden Untersuchung war es notwendig, die Fehlervarianz des einen manifesten Indikators der dysfunktionalen Einstellungen auf den Wert seiner Unreliabilität zu fixieren, um das Modell in der Gruppe der Jugendlichen fehlerfrei spezifizieren zu können. Die Vermutung liegt nahe, dass sich mit dem Alter die beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen nicht mehr voneinander unterscheiden lassen, sodass sie letztlich sogenannte zwei Seiten einer Medaille darstellen.

Im Rahmen der Post-Hoc-Analysen wurde dieser Vermutung nachgegangen und untersucht, ob sich aus den beiden Faktoren Depressivität und Dysfunktionale Einstellungen ein Faktor bilden lässt und auf Symptomgruppenebene, welche Subskalen für die starken bzw. stärker werdenden Zusammenhänge verantwortlich sind. Dafür wurde für die drei untersuchten Altersgruppen, Kinder, Wechsler, Jugendliche sogenannte Second-Order-Modelle überprüft, in denen die beiden ursprünglichen latenten Faktoren Depressivität und Dysfunktionale Einstellungen als First-Order-Faktoren auf einen gemeinsamen Second-Order-Faktor laden sollen. Wie aus den Modell-Fit-Indizes in Tabelle 47 deutlich wird, lässt sich zwar in allen drei Altersgruppen ein Second-Order-Modell gut abbilden, jedoch zeigen sich zu beiden MZP große Unterschiede in den Faktorladungen der dysfunktionalen Einstellungen (s. Abbildung 43).

Tabelle 47

Indikatoren der Modellgüte des Second-Order-Modells in den drei Altersgruppen

	$\chi^2(\text{df}); p$	RMSEA	CFI	SRMR
Kinder	$\chi^2(21) = 53.42;$ $p < .01$	.06	0.96	.05
Wechsler	$\chi^2(20) = 37.48;$ $p < .01$	.06	0.97	.05
Jugendliche	$\chi^2(21) = 40.38;$ $p < .01$	.05	0.98	.05

Anmerkungen. n_{Kinder} : 432, n_{Wechsler} : 294, $n_{\text{Jugendliche}}$: 327; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation, CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root-Mean-Square Residuals.

In Abbildung 43 ist das Second-Order-Modell für die drei Altersgruppen abgetragen. Die vorherige schwache Messinvarianz über die Gruppen hinweg zeigt sich hierbei erneut durch die sehr ähnlichen Faktorladungen der manifesten Indikatoren auf die jeweiligen latenten Konstrukte Depressivität und Dysfunktionale Einstellungen. Von größerer Bedeutung für die Fragestellungen ist die Höhe der Faktorladungen der latenten Faktoren (DEP, DAS) auf den darüber liegenden möglichen gemeinsamen Faktor (DEPDAS). Während sich die Faktorladungen des latenten Faktors Depressivität in den Gruppen kaum unterscheiden und sehr hoch liegen, unterscheiden sich die Faktorladungen des latenten Faktors der dysfunktionalen Einstellungen doch sehr deutlich (Faktorladung in der Abbildung rot eingerahmt). Mit älter werdender Altersgruppe zeigt sich ein immer stärker werdender Beitrag der dysfunktionalen Einstellungen zum gemeinsamen Faktor. Während dieser Beitrag in der Subgruppe der Kinder noch gering bis moderat⁵ ausfällt (Faktorladungen: $\lambda_{13} = .47$, $\lambda_{14} = .49$), liegt dieser in der Subgruppe der Wechsler bereits auf hohem Niveau (Faktorladung: $\lambda_{13} = .68$, $\lambda_{14} = .81$) und fällt bei den Jugendlichen sehr hoch aus und ist damit vergleichbar mit dem Beitrag der Depressivität auf den gemeinsamen Faktor (Faktorladung: $\lambda_{13} = .99$, $\lambda_{14} = .98$). Leider konnte aus modellidentifikatorischen Gründen diese Analyse nicht im Rahmen von Multi-Gruppen-Verfahren durchgeführt werden, sodass an dieser Stelle nur ein deskriptiver Vergleich angestellt werden kann.

⁵ Faktorladungen in Second-Order-Modellen sind tendenziell höher als in First-Order-Modellen (Johnson, 2011)

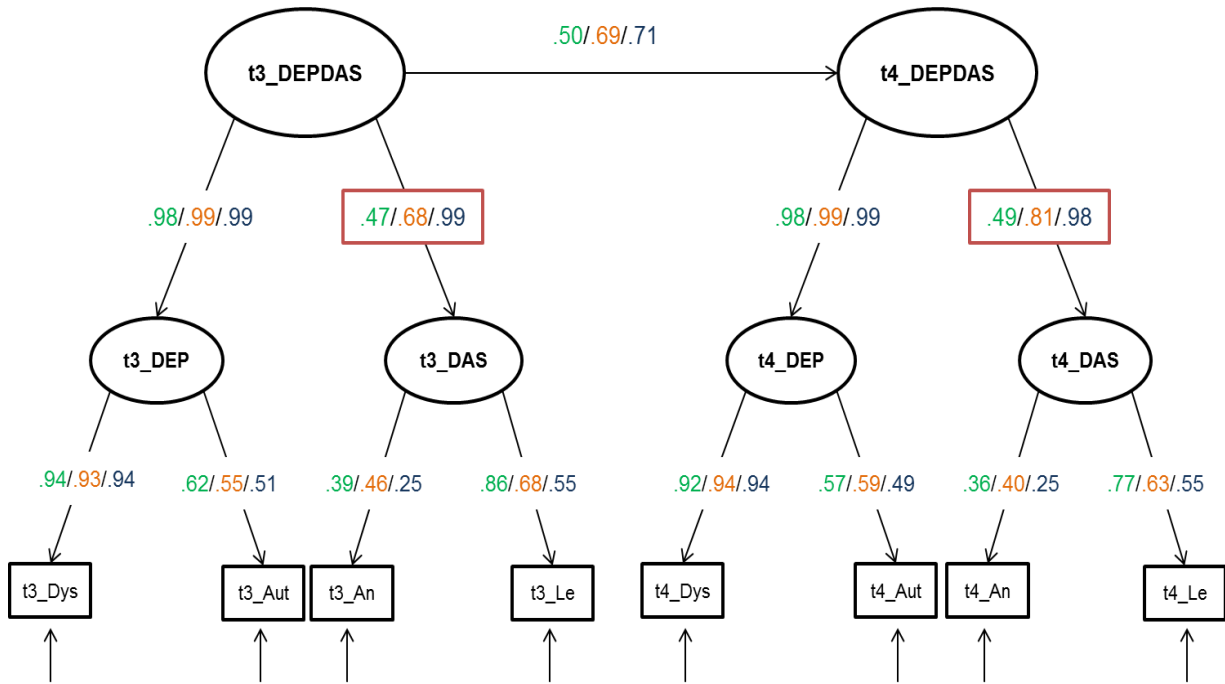


Abbildung 43. Second-Order-Modell von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen in den drei Altersgruppen. Dys = Subskala Dysphorie/Niedergeschlagenheit, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit, An = Subskala Anerkennung, Le = Subskala Leistung. Dargestellt sind die standardisierten Werte der Faktorladungen und Pfadkoeffizienten. Die Werte der Kinder sind in grün, die Werte der Wechsler in orange, die Werte der Jugendlichen in blau abgebildet.

Diese Analysen bestätigen die Vermutung, dass sich ab dem späten Jugendalter die Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen nicht mehr hinreichend voneinander abgrenzen lassen.

Dieser Bestätigung folgt die Frage, an welchen Aspekten der Konstrukte dieser sehr starke Zusammenhang liegen mag. Dafür wurde für die drei untersuchten Altersgruppen – Kinder, Wechsler, Jugendliche – die Korrelationen und deren längsschnittliche Veränderung der einzelnen Subskalen von Depressivität und Dysfunktionalen Einstellungen analysiert. Aus den untenstehenden Korrelationsmatrizen wird zunächst deutlich, dass sich die Korrelationen der jeweiligen Subskalen zwischen den Altersgruppen insgesamt kaum unterscheiden, was bereits durch die korrelativen Zusammenhänge im Quer- und Längsschnitt auf Konstruktebene gezeigt wurde (s. Tabelle 48: grau unterlegte Fläche).

Tabelle 48

Korrelationsmatrizen der Subskalen von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit hinweg für Kinder, Wechsler und Jugendliche im Vergleich

		t3				t4			
		Dys	Aut	An	Le	Dys	Aut	An	Le
Kinder	Dys	-				-			
	Aut	.55**	-			.57**	-		
	An	.53**	.11*	.16**		.53**	.20**	.15**	
			.13**	.15**	-		.25**	.15**	-
	Le	.33**	.26**	.35**		.36**	.21**	.33**	-
		.31**	.24**	.39**		.27**	.19**	.34**	
Wechsler	Dys	-				-			
	Aut	.55**	-			.53**	-		
	An	.55**	.31**	.17**		.50**	.28**	.09	
			.35**	.19**	-		.23**	.12*	-
	Le	.37**	.37**	.29**	.39**		.49**	.29**	.32**
		.41**	.32**	.37**		.39**	.23**	.29**	
Jugendliche	Dys	-				-			
	Aut	.51**	-			.45**	-		
	An	.44**	.23**	.16**		.39**	.22**	.01	
			.27**	.15**	-		.22**	.01	-
	Le	.47**	.47**	.20**	.23**		.53**	.24**	.23**
		.43**	.17**	.24**		.46**	.21**	.22**	

Anmerkungen. n_{Kinder} : 432, n_{Wechsler} : 294, $n_{\text{Jugendliche}}$: 327; Dys = Subskala Dysphorie/Niedergeschlagenheit, Aut = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit, An = Subskala Anerkennung, Le = Subskala Leistung; .55**= Korrelation nach Spearman's ρ ; * $p < .05$, ** $p < .01$.

Allerdings fällt ein korrelativer Zusammenhang jedoch in dem Fall besonders auf, da hierbei dieselbe Entwicklung wie auch in den Cross-Lagged-Panel-Modellen beobachtet werden kann. Hierbei handelt es sich um die Korrelation der Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme des Depressionstests (Dys) und der Subskala Leistung der Skala der dysfunktionalen Einstellungen (Le). Mit älter werdender Altersgruppe wird diese Korrelation zu beiden MZP stärker und wird auch innerhalb einer Altersgruppe stärker, sodass die Korrelationen der Altersgruppe zum zweiten MZP der Korrelation der nächst älteren Altersgruppe zum ersten MZP entspricht. Die Untersuchung der statistischen Bedeutsamkeit dieser Tendenzen zeigt, dass dieser grundlegende Anstieg im Zusammenhang in der Sub-

gruppe der Wechsler zu verorten ist. Der längsschnittliche Vergleich der beiden querschnittlichen Korrelationen in der Subgruppe der Kinder und der Jugendlichen ergibt keine statistische Bedeutsamkeit im Anstieg (Kinder: $r_{t3} = .33$: $r_{t4} = .36$, $z = 0.50$, $p = .62$; Jugendliche $r_{t3} = .47$: $r_{t4} = .53$, $z = -1.02$, $p = .31$). Dafür zeigt sich in der Gruppe der Wechsler ein bedeutsamer Unterschied zumindest im marginal signifikanten Bereich ($r_{t3} = .37$: $r_{t4} = .49$, $z = -1.78$, $p = .08$). Auch der Vergleich zwischen den Korrelationen der drei Altersgruppen zu beiden Messzeitpunkten zeigt die besondere Stellung der Subgruppe der Wechsler. Während sich die Korrelationen der Kinder und Jugendlichen zu beiden MZP signifikant voneinander unterscheiden (t3: $r_{\text{Kinder}} = .33$: $r_{\text{Jugendliche}} = .47$, $z = -2.27$, $p < .05$; t4: $r_{\text{Kinder}} = .36$: $r_{\text{Jugendliche}} = .53$, $z = -2.90$, $p < .01$) bildet die Gruppe der Wechsler ein Art Bindeglied zwischen diesen beiden Gruppen. Zunächst fällt auf, dass sich die Ausprägung der Korrelationen genau zwischen den Korrelationen der anderen beiden Altersgruppen bewegen. Darüber hinaus zeigt sich zum ersten MZP (t3), dass sich die Korrelation in der Subgruppe der Wechsler nicht signifikant von den anderen beiden unterscheidet ($r_{\text{Kinder}} = .33$: $r_{\text{Wechsler}} = .37$, $z = -0.6$, $p = .55$; $r_{\text{Wechsler}} = .37$: $r_{\text{Jugendliche}} = .47$, $z = -1.51$, $p = .13$), und zum zweiten MZP (t4), dass sich die Korrelation in der Subgruppe der Wechsler nur von der Korrelation in der Subgruppe der Kinder statistisch bedeutsam unterscheidet ($r_{\text{Kinder}} = .36$: $r_{\text{Wechsler}} = .49$, $z = -2.09$, $p = .05$; $r_{\text{Wechsler}} = .49$: $r_{\text{Jugendliche}} = .53$, $z = 0.67$, $p = .50$).

Diese beiden Ergebnisse zusammengenommen legen die Vermutung nahe, dass sich beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter, die beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen nicht mehr voneinander abgrenzen lassen können. Die spezifisch dafür verantwortlichen Faktoren scheinen die dysphorischen bzw. selbstwertbezogenen Aspekte der Depression und die leistungs- bzw. versagensbezogenen Aspekte der dysfunktionalen Einstellungen zu sein.

4 DISKUSSION

In diesem Abschnitt sollen nun die Ergebnisse der Analysen und der Post-Hoc-Analysen nochmals zusammengefasst, in die bisherige Forschungsliteratur eingebettet und diskutiert werden (4.1). Abgeleitet aus den Ergebnissen der Analysen werden im nächsten Abschnitt mögliche alternative kognitive Modelle vorgeschlagen (4.2). Eine Diskussion der inhaltlichen sowie methodischen Limitationen der vorliegenden Untersuchung werden diesen Abschnitt beenden (4.3).

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einbetten in bisherige Forschungsliteratur

Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung bezog sich auf die Bedeutung dysfunktionaler Einstellungen auf die Entwicklung depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter. Dabei sollte genauer untersucht werden, wie sich die beiden Konstrukte der dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität zueinander entwickeln und inwiefern sich die kognitiven Theorien aus dem Erwachsenenbereich auf das Kindes- bzw. Jugendalter anwenden lassen. Es sollte demnach der Frage nachgegangen werden, ob die dysfunktionalen Einstellungen Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz depressiver Symptomatik darstellen. Theoretische Grundlage für die Fragestellungen und Analysen war die kognitive Theorie nach Beck (1967,1996), im Rahmen derer angenommen wird, dass dysfunktionale Einstellungen in Interaktion mit kritischen Lebensereignissen (Stress) zu depressiven Symptomen führen. Die zu überprüfende Grundannahme der Analysen war, dass die dysfunktionalen Einstellungen als Risikofaktor (Ursache) für depressive Symptome gelten, wobei exploriert werden sollte, ob und welche Alterseffekte herauszustellen sind.

Im Folgenden werden die Analyseergebnisse nach den Themen der jeweiligen Fragestellungen noch einmal kurz zusammengefasst und in die bisherige Forschungsliteratur einbettend diskutiert. Begonnen wird hierbei mit den Geschlechts- und Altersgruppeneffekten auf die Depressivität, die dysfunktionalen Einstellungen und die kritischen Lebensereignisse (4.1.1). Anschließend gilt das Augenmerk der Fragestellung, ob dysfunktionale Einstellungen Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz der Depressivität darstellen (4.1.2).

Schließlich soll die Überprüfung des kognitiven Modells nach Beck (1967, 1996) im Quer- und Längsschnitt ausführlich beschrieben werden (4.1.3).

4.1.1 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in Depressivität, dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen sowie in deren Zusammenhängen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den gefundenen Altersgruppen- und Geschlechtseffekten auf die Ausprägungen und die Zusammenhänge der zentralen Konstrukte der vorliegenden Arbeit diskutiert. Dabei werden zunächst die jeweilig gefundenen Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Ausprägung der Depressivität (4.1.1.1), auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen (4.1.1.2) und auf die kritischen Lebensereignisse (4.1.1.3) diskutiert. Daran schließt sich ein Abschnitt über die Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Zusammenhänge dieser Konstrukte untereinander an (4.1.1.4).

4.1.1.1 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Depressivität

In der vorliegenden Studie wurde für die Untersuchung von Altersgruppen- und Geschlechtseffekten angenommen, dass Mädchen und Jugendliche jeweils eine stärkere Depressivität aufweisen als Jungen und Kinder.

Hypothesenkonform ergaben die Analysen dabei, dass Mädchen insgesamt mehr depressive Symptome berichten als Jungen. Dieser Geschlechtseffekt zeigte sich zwar in geringem Maße bereits im Kindesalter, war jedoch im Jugendalter vergleichsweise stärker ausgeprägt. Ein Altersgruppeneffekt zeigte sich lediglich für die Mädchen. Während die Mädchen im Jugendalter mehr depressive Symptome berichteten als die Mädchen im Kindesalter, berichteten Jungen im Kindes- sowie im Jugendalter ähnlich viele depressive Symptome. Jugendliche Mädchen zeigten demnach die stärkste depressive Symptomatik.

Dieses Ergebnis deckt sich nur teilweise mit den bereits vorliegenden empirischen Ergebnissen. Übereinstimmend mit den bisherigen Studien ist, dass jugendliche Mädchen im stärksten Maße von depressiven Symptomen berichten (Hankin et al., 2007b; Mezulis et al., 2010; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Seiffge-Krenke & Stemmler, 2002) bzw. häufiger von Depressionen betroffen sind (Birmaher et al., 2004; Hankin et al., 1998). Allerdings unterscheiden sich die gefundenen Alters- und Geschlechtseffekte von bisherigen

Forschungsergebnissen in zwei Punkten. Anders als in den meisten Studien zeigte sich bereits im Kindesalter ein bedeutender Geschlechtseffekt (Angold et al., 1998; Duggal et al., 2001; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002), in der Weise, dass Mädchen eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptomatik aufwiesen als Jungen. Dieser Unterschied könnte durch die große Teststärke in der Subgruppe der Kinder ($n_{\text{Kinder}} = 918$) und der dadurch folgenden statistischen Bedeutsamkeit eines sonst kleinen Effekts entstanden sein. Die nur schwach ausgeprägte Effektstärke von $\eta^2 = .012$ (Cohen, 1988) bestätigt diese Vermutung. Des Weiteren ist es möglich, dass die Altersgrenze zur Unterscheidung von Kindern und Jugendlichen mit 13/14 zu spät ansetzt, sodass in der Subgruppe der Kinder schon jugendliche Mädchen sind, die für den Geschlechtseffekt in dieser Altersgruppe verantwortlich sein könnten. Bisherige Studien berichten allerdings unterschiedliche Altersgrenzen, ab denen der Geschlechtseffekt herausgestellt werden konnte. Während die einen von einem Unterschied ab 14 Jahren ausgehen (Hankin et al., 1998; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002), zeigten andere einen Geschlechtseffekt bereits bei 13 Jahren (Angold et al., 1998; Mezulis et al., 2010). Doch weisen Angold und Kollegen (1998) darauf hin, dass es bei solch einer Gruppeneinteilung wichtiger ist, statt des eigentlichen Alters eher den tatsächlichen Pubertätsstatus miteinzubeziehen, da ein Zusammenhang zwischen dem eintretenden Geschlechtseffekt und der hormonellen Veränderung in der Pubertät angenommen wird. Der weitere Punkt, in dem sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen von bisherigen Studien unterscheiden, betrifft den Altersgruppeneffekt. Während in epidemiologischen Studien zur Prävalenz von Depression oft gefunden wurde, dass Jugendliche generell häufiger von Depressionen betroffen sind (Birmaher et al., 1996a; Hankin et al., 1998; Ihle et al., 2000; Preiß & Remschmidt, 2007; Wittchen et al., 1998), konnte in der vorliegenden Untersuchung dieser Altersgruppeneffekt lediglich bei den Mädchen aufgezeigt werden. Bei genauerer Analyse bisheriger Studienergebnisse, wird jedoch deutlich, dass der Altersgruppeneffekt häufig über beide Geschlechter berichtet wird, so dass nicht ersichtlich wird, ob dieser Effekt eventuell lediglich durch einen sehr starken Effekt der Mädchen bedingt wird.

Eine andere Sichtweise auf die Alters- und Geschlechtseffekte in Depressivität gibt die Studie von van Beek und Kollegen (2012), in der die Autoren eine mögliche Verzerrung der Depressivitätsangaben über die Entwicklung von der Kindheit bis zum Jugendalter untersuchten. Sie ließen Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren das CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1992), ähnlich wie der in der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Depressionstest für Kinder ein Selbstbeurteilungsinstrument zur

dimensionalen Erfassung depressiver Symptome, beantworten und untersuchten entwicklungsbedingte Verläufe der depressiven Symptomatik. Das Ziel der Studie bestand darin, diese entwicklungsbedingten Verläufe möglichst frei von Verzerrungen herauszustellen. Eine solche Verzerrung könnte etwa einen Geschlechtseffekt bezüglich des Selbstberichts von depressiven Items beinhalten, durch welchen Mädchen womöglich im Allgemeinen mehr berichten als Jungen. Es zeigte sich, dass das CDI die Depressivität in der späten Kindheit (8 - 11 Jahre) überschätzt und bei Jungen besonders im mittleren Jugendalter (14 - 17 Jahre) unterschätzt. Die Autoren konnten für beide Geschlechter dieselben entwicklungsbedingten Verläufe der Depressivität zeigen, wenn für diese Über- und Unterschätzungen kontrolliert wurde. Diese gleichzeitige Über- und Unterschätzung könnte in der vorliegenden Untersuchung zum einen das Ausbleiben des Altersgruppeneffekts bei den Jungen, zum anderen aber auch den stärkeren Geschlechtseffekt in der Altersgruppe der Jugendlichen erklären.

4.1.1.2 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die dysfunktionalen Einstellungen

Im Rahmen der Untersuchung der Altersgruppen- und Geschlechtseffekten auf die dysfunktionalen Einstellungen wurde explorativ vorgegangen, da bis dato kaum Studien vorliegen, aus deren Ergebnissen Hypothesen hätten abgeleitet werden können. Des Weiteren besteht in solche einer Analyse die zunächst einmal die Notwendigkeit abzuklären, ab wann die dysfunktionalen Einstellungen überhaupt konsistent abbildbar sind und somit durch die Erhebungsmethoden erfasst werden können.

Die gute interne Konsistenz des Instruments zu den dysfunktionalen Einstellungen und der gute Modell-Fit des Messmodells für die beiden Subskalen der dysfunktionalen Einstellungen bereits bei den Kindern (hier: ab 9/10 Jahren) geben Hinweise darauf, dass die dysfunktionalen Einstellungen bereits im Kindesalter konsistent erfassbar sind. Folglich ist es legitim, Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zu untersuchen. Die explorative Analyse dieser Effekte in der vorliegenden Untersuchung zeigte lediglich einem Altersgruppeneffekt in der Form auf, dass die Subgruppe der Jugendlichen unabhängig vom Geschlecht eine höhere Ausprägung an dysfunktionalen Einstellungen aufweist als die Subgruppe der Kinder. Nur wenige Studien berichten Altersgruppen- und Geschlechtseffekte in dysfunktionalen Kognitionen im Allgemeinen oder in dysfunktionalen Einstellungen im Spezifischen. Die Befunde sind dabei

noch sehr uneinheitlich und erfordern weiterführende Forschungsbemühungen. Während Keller und Kollegen (2010) bei Schülern im Alter von 13 bis 18 Jahren weder Alters- noch Geschlechtseffekte für das Gesamtkonstrukt der dysfunktionalen Einstellungen finden konnten, berichten D'Alessandro und Burton (2006) in ihrer Studie mit jüngeren Kindern von 8 bis 14 Jahren einen negativen Zusammenhang von Alter und dysfunktionalen Einstellungen. Je älter die Kinder waren, desto geringer war die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen. Eine weiterführende Interpretation des Befunds geben die Autoren nicht. Mögliche Geschlechtseffekte wurden nicht untersucht bzw. nicht berichtet. Im Gegensatz dazu fanden Hankin und Kolleginnen (2008) in ihrer Studie mit Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 17 Jahren zwar keinen Alterseffekt, aber einen Geschlechtseffekt in der Weise, dass Jungen eine höhere Ausprägung an dysfunktionalen Einstellungen aufwiesen als Mädchen. Bei der Untersuchung mit einem negativen kognitiven Stil (negative Attributionsmuster) als dysfunktionale Kognition fanden Mezulis und Kolleginnen (2010) in ihrer längsschnittlich angelegten Studie einen tendenziellen Anstieg der Ausprägung zwischen 11 und 15 Jahren und einen Geschlechtseffekt ab 15 Jahren in der Weise, dass Mädchen eine größere Ausprägung des negativen kognitiven Stils aufweisen als Jungen. Abela und Kollegen (2011) konnten im Unterschied dazu wiederum Vergleich keine Geschlechtseffekte finden.

Die Ergebnisse der vorliegende Untersuchung deuten darauf hin, dass Jugendliche eine größere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen aufweisen als Kinder und dass das Geschlecht dabei nicht von Bedeutung ist. Doch reiht sich dieses Ergebnis in die obige Auflistung von wenigen Studienergebnissen ein, die es durch das gemischte Ergebnismuster erschweren, eindeutige Aussagen über Alters- und Geschlechtseffekte treffen zu können. Darüber hinaus unterscheiden sich die wenigen Studien in der untersuchten dysfunktionalen Kognition, in der Stichprobengröße und in den Analysemethoden, sodass ein Aggregieren der Ergebnisse schwer fällt. Vor dem Hintergrund der Überprüfung eines kognitiven Modells der Depression und der Suche nach den möglichen Ursachen für die Geschlechtsunterschiede ab dem Jugendalter müsste man die dysfunktionalen Kognitionen dahingehend differenzierter empirisch untersuchen.

4.1.1.3 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Anzahl der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse

Bei der Untersuchung der Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Anzahl der und die Belastung durch die kritischen Lebensereignisse wurde in der vorliegenden Studie angenommen, dass Mädchen und Jugendliche mehr kritische Lebensereignisse berichten, durch die sie ebenfalls stärker belastet sind, als Jungen und Kinder.

Die Analyse konnte diese Annahme teilweise bestätigen und ergab ähnliche Ergebnisse zu Altersgruppen- und Geschlechtseffekten, wie jene für die Depressivität. Demnach wiesen Mädchen unabhängig von der Altersgruppe sowohl hinsichtlich der im Durchschnitt berichteten Anzahl der kritischen Lebensereignisse als auch hinsichtlich der subjektiv eingeschätzten Gesamtbelastung durch die kritischen Lebensereignisse höhere Werte auf als Jungen. Des Weiteren ließ sich dabei wiederum ein Interaktionseffekt von Altersgruppe und Geschlecht dergestalt beobachten, dass die jugendlichen Mädchen die meisten kritischen Lebensereignissen berichteten und subjektiv am stärksten durch diese Ereignisse belastet waren. Im Gegensatz zu den Mädchen unterschieden sich die Jungen im Kindes- und Jugendalter nicht bedeutsam in Bezug auf die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit bereits vorliegenden empirischen Studien, die ebenfalls Alters- und Geschlechtseffekte in verschiedenen Aspekten von Stressoren aufzeigen konnten. Demnach berichten Jugendliche von mehr stressreichen Lebensereignissen als Kinder und Mädchen berichten häufiger von stressreichen Lebensereignissen als Jungen und sind auch stärker von ihnen betroffen. Dieser Geschlechtsunterschied wird jedoch oft erst im Jugendalter gefunden (Davis et al., 1999; Mezulis et al., 2010; Rudolph & Hammen, 1999). Der in der vorliegenden Untersuchung gefundene Haupteffekt des Geschlechts auf die berichtete Anzahl und Belastung durch die kritischen Lebensereignisse kann womöglich auch analog zu den möglichen Verzerrungen in den Ergebnissen hinsichtlich der Depressivität auf eine Verzerrung im Selbstbericht der weiblichen Teilnehmerinnen der Studie zurückzuführen sein. Wenn Mädchen demnach tendenziell mehr erzählen als Jungen, dann verwundert dieser Geschlechtseffekt in der Subgruppe der Kinder wohl nicht. Allerdings sei an dieser Stelle wieder die Altersgruppengrenze von 13/14 erwähnt. Es ist vorstellbar, dass 13jährige womöglich schon „adoleszent genug“ sind, um einen Geschlechtseffekt in der Subgruppe der Kinder hervorzurufen. Einige Studien finden einen Geschlechtsunterschied zwar erst ab 15 Jahren (z.B. Mezulis et al., 2010), andere wiederum

berichten von einem Geschlechtsunterschied schon ab 13 Jahren (z.B. Hankin et al., 2007b).

Hankin und Kollegen (2007b) wiesen ebenfalls bereits daraufhin und vermuten in diesem Geschlechtsunterschied im Jugendalter auch die Ursache für den Geschlechtsunterschied im Risiko für die Entwicklung von depressiven Symptomen. Diskutiert wurde dabei, ob die Mädchen tatsächlich mehr kritische Lebensereignisse erleben (*stress exposure*) oder durch denselben Stress mehr belastet werden (*stress reactivity*). In der vorliegenden Untersuchung sind beide Möglichkeiten denkbar. Auch wenn für die gesamten Analysen die einfache, über die Anzahl der kritischen Lebensereignisse aufsummierte Belastung als Indikator herangezogen wurde, bestätigt ein Vergleich der an der Anzahl der kritischen Lebensereignisse relativierten Belastung (durchschnittliche Belastung) dieses Ergebnis (s. Anhang E für Ergebnis des t-Tests). Weiterführende Literatur zeigt in dem Fall auch, dass es sinnvoll ist, Geschlechtsunterschiede nach den verschiedenen Themenbereichen, aus denen Stressoren stammen können, zu untersuchen. Hierbei konnte gezeigt werden, dass Mädchen eher von interpersonalem Stress betroffen sind als Jungen (Rudolph, 2002).

4.1.1.4 Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Depressivität, der dysfunktionalen Einstellungen und den kritischen Lebensereignissen

Im Rahmen der Untersuchung zu Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Depressivität, der dysfunktionalen Einstellungen und den kritischen Lebensereignissen wurde angenommen, dass unabhängig von Altersgruppe und Geschlecht positive Zusammenhänge zwischen den Konstrukten bestehen.

Die Analyseergebnisse bestätigten diese Annahme und zeigten unter Berücksichtigung der Altersgruppe und des Geschlechts positive Zusammenhänge zwischen der Depressivität und den möglichen Risikofaktoren der dysfunktionale Einstellungen und der kritischen Lebensereignisse (Nolen-Hoeksema et al., 1992). In vergleichenden Analysen konnte zusätzlich jedoch die besondere Bedeutung der jugendlichen Mädchen herausgestellt werden. Von den anderen Subgruppen unterschieden diese sich bedeutsam in der sehr viel höher ausgeprägten Stärke des Zusammenhangs zwischen der depressiven Symptomatik und den dysfunktionalen Einstellungen. Dieses Ergebnis ist mit den bisherigen Analy-

seergebnissen der vorliegenden Untersuchung konsistent und konnte ebenso bereits in früheren empirischen Studien gezeigt werden (Garber et al., 1993; Williamson et al., 2005).

In Übereinstimmung mit bisheriger Literatur weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass ähnliche Altersgruppen- und Geschlechtseffekte bezüglich der Ausprägung der Depressivität und den kritischen Lebensereignissen existieren. Mädchen weisen eine höhere Ausprägung depressiver Symptomatik auf und berichten mehr kritische Lebensereignisse, durch welche sie sich stärker belastet sehen als Jungen. Die Altersgruppe differenziert bei den Mädchen, nicht bei den Jungen. Mädchen im Jugendalter weisen eine stärkere depressive Symptomatik, eine höhere Anzahl an und eine höhere Belastung durch die kritischen Lebensereignisse auf als Mädchen im Kindesalter. Hinsichtlich der dysfunktionalen Einstellungen weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass Jugendliche eine stärkere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen zeigen als Kinder. Trotz dieser gefundenen Altersgruppen- und Geschlechtsunterschieden besteht in allen Subgruppen ein positiver Zusammenhang zwischen den untersuchten Konstrukten. Die jugendlichen Mädchen unterscheiden sich hier lediglich in einer stärkeren Ausprägung der Zusammenhänge.

4.1.2 Dysfunktionale Einstellungen als Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz der Depressivität?

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Untersuchung bezog sich auf die Bedeutung der dysfunktionalen Einstellungen für die Entwicklung von Depressivität im Kindes- und Jugendalter. Aus der bisherigen empirischen Forschungsliteratur konnte nicht eindeutig herausgestellt werden, ob sie Ursache, Epiphänomen oder Konsequenz einer depressiven Symptomatik darstellen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die Analysen so aufgebaut, dass zunächst die längsschnittliche Entwicklung der Depressivität und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen einzeln betrachtet wurden, bevor in einem gemeinsamen längsschnittlichen Modell ihrer etwaigen gegenseitigen Effekte untersucht wurden. Die Diskussion der dazugehörigen Analyseergebnisse unterteilt sich ebenso in einen ersten Abschnitt über die separaten längsschnittlichen Betrachtungen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen (4.1.2.1) und in einen Abschnitt über die Entwicklung beider Konstrukte in Abhängigkeit voneinander (4.1.2.2).

4.1.2.1 Stabilitätsanalysen der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen

Im Rahmen dieser Teilfragestellung wurde postuliert, dass sowohl die Ausprägung der Depressivität als auch jene der dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit stabil bleibt. Ergänzend wurde angenommen, dass diese Stabilität bei Jugendlichen stärker ausgeprägt ist als bei Kindern. Die durchgeführten Stabilitätsanalysen für die Depressivität und die dysfunktionalen Einstellungen ergaben, dass diese beiden Konstrukte insgesamt über die zwei Jahre des Untersuchungszeitraums stabil sind und bestätigen die Annahme. Differentielle Ergebnisse hinsichtlich der Ausprägung der Stabilität ergaben sich aus der vergleichenden Betrachtung der drei Altersgruppen der *Kinder* (11 - 13 Jahre), der sogenannten *Wechsler* (14 - 16 Jahre) und *Jugendlichen* (16 - 20 Jahre), auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Hinsichtlich der insgesamt hoch ausfallenden Stabilitätsmaße der Depressivität sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vergleichbar mit bereits vorliegenden Befunden (Hankin, 2008; Keenan et al., 2009; Nolen-Hoeksema et al., 1992; Prenoveau et al., 2011). Allerdings zeigte sich bei den Analysen nach den Altersgruppen, dass es erwartungsgemäß einen deutlichen Anstieg in der Stabilität zwischen der Subgruppe der Kinder und der Subgruppe der sogenannten Wechsler gibt. Während die Ausprägung der depressiven Symptomatik bei den Kindern moderat stabil ($\varphi = .51$) blieb, war diese bei den Wechsler und bei den Jugendlichen hoch stabil ($\varphi = .70$, $\varphi = .78$). Demnach scheint es eine Stabilisierung in den Altersjahren zwischen 12 und 14 zu geben. Dieses Ergebnis scheint erst einmal konträr zu den von Tram und Cole (2006), die zwar ebenfalls von einer insgesamt hohen Stabilität berichten, welche allerdings in der Zeit zwischen der 6. und 7. Klasse geringer ausfällt als vorher und nachher. In der vorliegenden Untersuchung konnte dieser „Einbruch“ in der Stabilität im Übergang zum Jugendalter nicht repliziert werden. Allerdings sei an dieser Stelle angemerkt, dass Tram und Cole (2006) mit sechs Monaten ein kürzeres Intervall zwischen den beiden Messzeitpunkten abdeckten und dadurch womöglich feinere, kurzzeitige Veränderungen in den Stabilitätsmaßen erfassen konnten. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Faktor ist, dass die Altersgruppeneinteilung in der vorliegenden Untersuchung so erfolgt ist, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die 6. oder 7. Klasse besuchen, vom Alter her (12, 13 Jahre) zur Subgruppe der Kinder zugeteilt wurden. Folglich gehörten die Kinder, die bei Tram und Cole (2006) eine instabilere Phase der Depressivität gezeigt hatten, zu der jüngsten Vergleichsgruppe der vorliegenden Studie, sodass in der vorliegenden Untersuchung die Analyse der Stabilität gerade in der instabile-

ren Phase begonnen hat. Vor dem Hintergrund dieser Information sind die Ergebnisse durchaus mit den Ergebnissen von Tram und Cole (2006) vergleichbar. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die Ausprägung der Depressivität im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen über die Zeit kaum verändert. Diejenigen, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt die höchste bzw. geringste depressive Symptomatik aufwiesen, sind zu einem späteren Zeitpunkt immer noch diejenigen mit der höchsten bzw. geringsten Ausprägung. Diese situationsübergreifende Stabilität könnte zum einen auf eine dahinterliegende Persönlichkeitstendenz hinweisen, zum anderen allerdings auch darauf, dass die untersuchten Intervalle im Rahmen der Studien nicht geeignet waren, womöglich auch kurzzeitige Veränderungen zu erfassen. Zu letzterem sei allerdings abschwächend erwähnt, dass die untersuchten Intervalle bereits unterschiedlich lang waren und von wenigen Wochen (Hankin, 2008) über sechs Monate (Nolen-Hoeksema et al., 1992) bis zu einem Jahr (Keenan et al., 2009) reichten. Weist die Depressivität solch eine Stabilität auf, stellt sich die Frage danach, ob eher eine Persönlichkeitstendenz erfasst wird. Die Itemformulierungen des für die vorliegende Untersuchung genutzten Depressionstests für Kinder (Rossmann, 2005) könnten ebenfalls ein Hinweis darauf sein, da ohne zeitlichen Bezug Fragen wie „Bist du oft traurig“ oder „Weinst du oft“ gestellt werden, sodass wahrscheinlich ist, dass die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen diese als Fragen nach generellen Tendenzen interpretiert haben könnten. Bewertet man die Ausprägung der depressiven Symptomatik in diesem Altersbereich nun als situationsübergreifende Eigenschaft, also als Trait, so hätte dies weitreichende Konsequenzen für Therapiemöglichkeiten. Prenoveau und Kollegen (2011) haben im Rahmen ihrer dreijährigen Längsschnittstudie Depressivität, Ängstlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften (Neurotizismus, Extraversion) hinsichtlich ihrer Stabilität bei Jugendlichen verglichen und fanden heraus, dass die Depressivität im Gegensatz zu den Persönlichkeitskonstrukten und Ängstlichkeit am besten durch ein sogenanntes *Trait-State-Occasion-Modell* abgebildet werden kann. Demnach besitzt die Depressivität zwar situationsübergreifende Anteile, aber auch situations- und gelegenheitsspezifische Aspekte, die durch andere Faktoren beeinflusst werden können. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für Erwachsene (Hartlage et al., 1998).

Bezogen auf die Stabilität der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen ist ein klarer Effekt der Altersgruppe zu erkennen. Über die Altersgruppen hinweg zeigte sich, dass die Stabilität ansteigt. Während die Stabilität in der Subgruppe der Kinder noch gering ausgeprägt war ($\phi = .42$), erreichte sie schon in der Subgruppe der Wechsler ein moderat hohes Level ($\phi = .60$), um dann im Jugendalter ein höchst stabiles Niveau zu erreichen

($\phi = .95$), was auch Ergebnissen aus dem Erwachsenenbereich entspricht (Otto et al., 2007). So zeigte sich also eine zunehmende Stabilisierung von der Kindheit bis zum Jugendalter. Die Personen, die sich in dem zweijährigen Intervall zwischen den Messzeitpunkten im Übergang zum Jugendalter befanden, erwiesen sich demnach auch in den dysfunktionalen Einstellungen als Bindeglied zwischen dem Kindesalter und Jugendalter. Bisher existieren leider zu wenige Studien, die sich mit der Entwicklung der dysfunktionalen Einstellungen im Spezifischen im untersuchten Altersbereich beschäftigt haben (Gotlib et al., 1993; Hankin, 2008; Romens et al., 2009), sodass sich die Einordnung der Ergebnisse in bereits vorhandene empirische Studienergebnisse als schwierig erweist. Aus der meines Wissens nach einzigen Studie zur längsschnittlichen Veränderung dysfunktionaler Einstellungen für den untersuchten Altersbereich (11 - 17 Jahre) von Hankin (2008) gibt es Hinweise auf geringe Stabilitätsmuster der dysfunktionalen Einstellungen ($r = .26$). Allerdings merkt der Autor selbst an, aus entwicklungspsychologischer Sicht keine passende Erklärung dafür zu haben, sodass er die Ursache für die Variabilität in den psychometrischen Mängeln der Testverfahren zur Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen sieht. In der vorliegenden Untersuchung wurde mithilfe latenter Modellierung versucht, das Problem der Messfehler zu umgehen, sodass die differierenden Ergebnisse dadurch erklärt werden könnten. Hingegen fanden Romens und Kolleginnen (2009) mit einer älteren Stichprobe (College-Studierende) ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Stabilität. In einem längsschnittlichen Vergleich der beiden dysfunktionalen Kognitionen, dysfunktionale Einstellungen und negativer kognitiver Stil, im Rahmen eines High-Risk-Designs, konnten sie aufzeigen, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die entweder zur Hochrisikogruppe hinsichtlich der dysfunktionalen Kognition oder zur Niedrigrisikogruppe derselben an einem späteren Messzeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder derselben Gruppe angehören (vergleichbares Intervall von zwei Jahren: $r = .79$). Dabei verhielten sich die dysfunktionalen Einstellungen und der negative kognitive Stil in ähnlicher Weise, sodass die Autorinnen daraus schließen, dass beide dysfunktionalen Kognitionen die kognitive Vulnerabilität für Depression in ähnlicher Weise messen. Bei der längsschnittlichen Untersuchung des negativen kognitiven Stils fanden Cole und Kollegen (2008) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 15 Jahren, dass der Attributionsstil eine situationsübergreifende Eigenschaft (Trait) darstellt, während bei den jüngeren Kindern (< 7 Jahren) keine Hinweise dafür zu finden waren. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung hingegen weisen erst in der Subgruppe der Wechsler auf eine traitähnliche Stabilisierung hin und erinnern mehr an das Entwicklungsmuster von stabilen Persönlichkeitseigenschaften. Während sich die zeitlich

überdauernden Persönlichkeitseigenschaften im Kindesalter noch variabel verändern, erfolgt bis zum Jugendalter (ab 14/15) eine Stabilisierung, die bis ins Erwachsenenalter reicht (Caspi et al., 2005). Wenn nun auch die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen einer überdauernden Persönlichkeitseigenschaft ähnelt, kommt die Frage nach dem Umgang mit derselben auf, vor allem in dem Kontext, in dem die dysfunktionalen Einstellungen als Risikofaktor für Depression diskutiert werden. Doch Cole und Kollegen (2009) zeigten in ihrer longitudinalen Studie mit Kindern (4. - 7. Klasse) und Jugendlichen (6. - 9. Klasse) ähnlich wie auch Prenoveau und Kollegen (2011) in ihrer Studie zur Entwicklung der Depression, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen bereits ab der 4. Klasse dem Trait-State-Occasion-Modell folgt. LaGrange und Kollegen (2011) konnten dieses Ergebnis auch mit den dysfunktionalen Einstellungen verbundenen Kognitionen der automatischen Gedanken und der kognitiven Triade bestätigen. Demnach kann man schon für das Jugendalter, vergleichbar mit den Hinweisen aus dem Erwachsenenalter (Beavers & Miller, 2004; Fraley & Roberts, 2005; Zuroff et al., 1999), annehmen, dass die dysfunktionalen Einstellungen sowohl stabile, einem Trait ähnliche Aspekte beinhaltet, die für das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung verantwortlich sind, welche aber dennoch auch noch durch spezifische Situationen und Gelegenheiten beeinflusst werden können. Die gefundenen Unterschiede zwischen den verglichenen Altersgruppen könnten einen weiteren Hinweis auf die vorgeschaltete Entwicklungsperiode der dysfunktionalen Einstellungen geben. Mit Daten eines Folgemesszeitpunktes macht es gewiss Sinn, dieses Ergebnis zu erweitern und mit Trait-State-Analysen zu untersuchen, ob sich die dysfunktionalen Einstellungen im Kindes- und Jugendalter auch in Traits und States unterscheiden lassen. Des Weiteren wäre es interessant zu untersuchen, ab wann solch eine Unterscheidung zu Tage tritt und wie sich die einzelnen Anteile über die Zeit hinweg bis zum Erwachsenenalter entwickeln.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl die Depressivität als auch die dysfunktionalen Einstellungen im Kindes- und Jugendalter stabile Konstrukte sind, wobei die Ergebnisse darauf hinweisen, dass sie sich im Übergang vom Kindes- zum Jugendalter weiter stabilisieren. Aus weiterführenden Studien könnte ergänzt werden, dass beide Konstrukte zu ihren stabilen Ausprägungen jeweils veränderbare Anteile aufweisen.

4.1.2.2 Entwicklung der Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen in Abhängigkeit voneinander

In der Untersuchung der Entwicklung von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen in Abhängigkeit voneinander wurden gegenseitige Effekte angenommen, aber die Form der gegenseitigen Beeinflussung sollte explorativ analysiert werden.

Bei der gleichzeitigen Betrachtung von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen im Rahmen des Cross-Lagged-Panel-Modells zeigte sich über alle Altersgruppen hinweg, dass beide Konstrukte erwartungsgemäß weiterhin ihre Rangstabilität behielten. Längsschnittliche gegenseitige oder gar interaktionale Effekte zwischen den beiden Konstrukten konnten nicht herausgestellt werden. Umso deutlicher konnten querschnittliche Zusammenhänge von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen zu beiden Messzeitpunkten gezeigt werden. In allen Altersgruppen scheint es demnach eine parallele Entwicklung von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen zu geben, wobei diese beiden Konstrukte sehr stark miteinander einhergehen und dieser Zusammenhang jeweils zum späteren Messzeitpunkt noch stärker wird. Die dysfunktionalen Einstellungen sind offenbar eher Epiphänomen bzw. Symptom als Ursache oder Konsequenz (Lewinsohn et al., 1999; Rohde et al., 1994) depressiver Symptomatik, was ebenfalls im Erwachsenenalter gefunden wurde (Halvorsen et al., 2010; Otto et al., 2007; Rohde et al., 1990). Neben den bereits aus den Stabilitätsanalysen bekannten unterschiedlich ausgeprägten autoregressiven Pfaden bezogen sich gefundene differentielle Ergebnisse auf die im Querschnitt über die Zeit stärker werdenden Zusammenhänge zwischen der Depressivität und den dysfunktionalen Einstellungen. Mit älter werdender Altersgruppe fiel die Stärke des Zusammenhangs von Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen größer aus, wobei auffällig war, dass dieser Zusammenhang zum zweiten Messzeitpunkt dem Zusammenhang der nächst älteren Altersgruppe zum ersten Messzeitpunkt entsprach. Diese insgesamt hohen Zusammenhänge, vor allem in der Subgruppe der Jugendlichen, ließen vermuten, dass den beiden Konstrukten ein gemeinsamer Faktor zugrunde liegt. Dies wurde post-hoc über entsprechende Analysen bestätigt. Bei dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität kann demnach kaum noch von diskreten Konstrukten ausgegangen werden (Joiner & Rudd, 1996). Die tiefergehenden Analysen auf Subskalen-Ebene gaben einen Hinweis darauf, dass gerade die leistungs- bzw. versagensbezogenen Aspekte der dysfunktionalen Einstellungen und die dysphorischen bzw. selbstwertbezogenen Aspekte der Depression für den Anstieg des Zusammenhangs verantwortlich sind. Dies erweitert vorangegangene Ergebnisse, in denen die

leistungsbezogenen Einstellungen überhaupt stärker mit depressiver Symptomatik zusammenhängen als die interpersonalorientierten Einstellungen (Little & Garber, 2004).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die dysfunktionalen Einstellungen ein Epiphänomen bzw. ein Symptom der Depressivität darstellen, nicht aber als Ursache bzw. Konsequenz betrachtet werden können, und dieses Symptom ab dem Jugendalter eher zur Expression der depressiven Symptomatik gehört als im Kindes- bzw. frühen Jugendalter.

4.1.3 Das kognitive Modell der Depression nach Beck – Überprüfung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für Depressivität unter der Berücksichtigung der kritischen Lebensereignisse

Die Überprüfung der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache für die Depressivität erfolgte auf Grundlage des kognitiven Modells der Depression nach Beck (1967) im Querschnitt sowie im Längsschnitt im Rahmen von latenten Moderationsanalysen. In einem ersten Schritt gingen zur Vorhersage der (zukünftigen) Depressivität der zu untersuchende Risikofaktor, die dysfunktionalen Einstellungen, und der mögliche Moderator, die kritischen Lebensereignisse (Stress), in das Modell ein. Im nächsten Schritt dieser latenten hierarchischen Regressionsanalyse wurde dem Modell die Interaktionsvariable aus dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen hinzugefügt. Zur Beurteilung einer vorliegenden Moderation wurden diese beiden Modelle schließlich miteinander verglichen. In den longitudinalen Analysen wurde dem bereits modellierten Cross-Lagged-Panel-Modell dabei die kritischen Lebensereignisse zu beiden Messzeitpunkt hinzugefügt und dieses Modell wurde dann im nächsten Schritt um die Interaktion erweitert. Zur Überprüfung des kognitiven Modells der Depression wurde im Sinne von Beck (1967, 1996) angenommen, dass die dysfunktionalen Einstellungen in Interaktion mit kritischen Lebensereignissen zu depressiven Symptomen führen

Die einfache Berücksichtigung der kritischen Lebensereignisse im Rahmen eines Vorhersagemodells der Depressivität zeigte im Querschnitt nun, dass unabhängig von Geschlecht und Altersgruppe die beiden Risikofaktoren, dysfunktionale Einstellungen und beide Aspekte der kritischen Lebensereignisse einen positiv prädiktiven Effekt auf die Depressivität aufwiesen. Je stärker die dysfunktionalen Einstellungen ausgeprägt sind, je mehr Ereignisse

berichtet wurden und je größer die Belastung durch diese Ereignisse war, desto stärker war die depressive Symptomatik zum gleichen Messzeitpunkt ausgeprägt.

Die längsschnittlichen Analysen bestätigten den prädiktiven Charakter der kritischen Lebensereignisse für die Depressivität und erweiterten die Bedeutung derselben sowohl für die Depressivität als auch für die dysfunktionalen Einstellungen.

Sowohl die Anzahl der eingetretenen kritischen Lebensereignisse als auch die Belastung durch dieselben beeinflussten die spätere Ausprägung der depressiven Symptomatik. Hinsichtlich der Belastung durch die kritischen Lebensereignisse zeigt sich in fast allen Altersgruppen sogar ein interaktionaler Effekt zwischen der Depressivität und den kritischen Lebensereignissen. Eine frühere hohe Belastung durch kritische Lebensereignisse führte zu einer hohen Ausprägung der Depressivität. Diese höhere Ausprägung führte zu einer stärkeren Belastung durch kritische Lebensereignisse, welche wiederum eine hohe Ausprägung der Depressivität nach sich zog. Die kritischen Lebensereignisse stellen nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung somit Risikofaktor und Folge von Depressivität dar. Damit stehen die Ergebnisse im Einklang mit bisherigen Studien, die bereits zeigen konnten, dass Stress durch kritische Lebensereignisse als Risikofaktor für Depressivität bzw. Depression (Carter et al., 2006; Kendler et al., 1999; Pine et al., 2002) und gleichzeitig als Konsequenz der Depression bzw. depressiver Symptomatik (Brown & Rossellini, 2011; Hammen, 2005 Joiner et al., 2005; Tran et al., 2012) zu verstehen ist. Depressive Personen tragen durch ihre verzerrte Wahrnehmung und ihr daraus resultierendes Verhalten anderen Personen gegenüber dazu bei, häufiger stressbelastete Interaktionen mit anderen zu erleben (*stress generation*, Hammen, 1991). Der daraus entstehende interpersonale Stress macht gerade Jugendliche vulnerabel für anhaltendes Erleben von Depression oder deren Wiederauftreten (Flynn & Rudolph, 2011; Hammen, 2005). Auch der mit der Belastung durch die eingetretenen kritischen Lebensereignisse gefundene reziproke Zusammenhang mit der Ausprägung der depressiven Symptomatik wurde bereits nachgewiesen (Cole et al., 2006; Kim et al., 2003). Die kritischen Lebensereignisse und der damit verbundene Stress zeigen sich demnach auch hier sowohl als Risikofaktor als auch als Konsequenz der depressiven Symptomatik.

Die beiden Aspekte der kritischen Lebensereignisse erwiesen sich zumindest zum ersten Messzeitpunkt ebenso prädiktiv für die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen. In der Subgruppe der Kinder zeigte sich dieser Effekt darüber hinaus auch zum zweiten Messzeitpunkt. Dieses Ergebnis deckt sich mit der bisherigen Forschungsliteratur, in der die kritischen Lebensereignisse als umweltbezogener Ursprung bzw. als weiterer Risi-

kofaktor dysfunktionaler Kognitionen diskutiert werden (Bruce et al., 2006; Ingram, 2003; Mezulis et al., 2006; Rudolph et al., 2001; Whisman & Friedman, 1998). Vor dem Hintergrund der Stabilisierung der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen ab dem Jugendalter könnte der Aspekt, dass die kritischen Lebensereignisse nur in der Subgruppe der Kinder zu beiden Messzeitpunkt einen Risikofaktor darzustellen scheinen, ein bestätigender Hinweis darauf sein, dass sich die dysfunktionalen Einstellungen in der Kindheit noch in der Entstehungsphase befinden und noch durch Umweltfaktoren, wie die kritischen Lebensereignisse beeinflusst werden können. Bei den älteren beiden Altersgruppen zeigt sich dieser Einfluss nur noch zum ersten Messzeitpunkt, zu dem sie im ähnlichen Alter waren, wie die Subgruppe der Kinder. Vor dem Hintergrund des Ergebnisses, dass sich dysfunktionale Einstellungen als Symptom der depressiven Symptomatik, vor allem ab dem Jugendalter, zeigten, mag der ausbleibende Effekt der kritischen Lebensereignisse auf die dysfunktionalen Einstellungen ab dem Jugendalter als möglicher Risikofaktor nicht mehr verwundern. Wenn nämlich angenommen wird, dass die dysfunktionalen Einstellungen Teil der depressiven Symptomatik sind, dann ist ab dem Jugendalter der Effekt des Risikofaktors für die dysfunktionalen Einstellungen möglicherweise im Einfluss der kritischen Lebensereignisse auf die depressive Symptomatik enthalten.

Die kognitive Theorie der Depression nach Beck (1967) postuliert, wie andere Vulnerabilitäts-Stress-Modelle auch, dass die dysfunktionalen Einstellungen erst durch die Interaktion mit eintretendem Stress verhaltenswirksam werden und als Risikofaktoren zu depressiven Symptomen führen. Der Gedanke liegt also nahe, dass der ausbleibende Effekt in den Cross-Lagged-Panel-Analysen auf das Nichtberücksichtigen der Interaktion mit dem Stressaspekt zurückzuführen ist.

Im Querschnitt wiesen die Ergebnisse der Moderationsanalyse lediglich in der Subgruppe der Jugendlichen darauf hin, dass die Ausprägung der Depressivität zusätzlich zu den Haupteffekten der Risikofaktoren dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse noch durch deren Interaktion hinreichend aufgeklärt wird. Bei Jugendlichen ab 14 Jahren verstärkt demnach das Eintreten von kritischen Lebensereignissen den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen und der depressiven Symptomatik (Weiss & Garber, 2003; Wise & Barnes, 1986). Weiss und Garber (2003) geben in ihrer Studie einen Hinweis darauf, dass bei jüngeren Kindern die Umweltfaktoren (z.B. kritische Lebensereignisse) viel bedeutsamer sind für die Entwicklung von depressiven Symptomen sind, sodass die Interaktion mit dysfunktionalen Einstellungen nicht not-

wendig ist. Bei einer näheren Analyse des Geschlechtseffekts in diesem Modell wurde jedoch deutlich, dass die gefundene Interaktion auf die jugendlichen Jungen zurückzuführen ist. Für die jugendlichen Mädchen fand sich keine Interaktion. Diese Unterscheidung nach Geschlecht wird in den bisherigen Studien nicht oft getroffen, sodass dieses Ergebnis eine spezielle Ergänzung zu den anderen Studien darstellt. Die wenigen Studien, die den Geschlechtsunterschied berücksichtigt haben, verweisen auf gemischte Ergebnisse. Während einige ebenfalls von einer Interaktion nur bei jugendlichen Jungen berichten (Hankin et al., 2001, Morris et al., 2008), fanden wieder andere eine Interaktion nur bei den jugendlichen Mädchen (Dykman & Jöhl, 1998).

Die longitudinalen Moderationsanalysen im Rahmen der Cross-Lagged-Panel-Analysen ergaben in allen untersuchten Altersgruppen keine Bestätigung für das kognitive Modell. Entgegen der Annahme beeinflussten die dysfunktionalen Einstellungen auch in Interaktion mit der Anzahl oder mit der Belastung durch kritische Lebensereignisse die spätere Ausprägung der depressiven Symptomatik nicht. Lediglich die frühere Ausprägung der Depressivität und die Aspekte der kritischen Lebensereignisse erwiesen sich als prädiktiv für die spätere Ausprägung der Depressivität. Dieses Ergebnis kann nicht nur die Theorie nach Beck (1967) nicht bestätigen, sondern steht auch konträr zu Befunden anderer Studien, die in ähnlicher Weise die Theorie in dem Altersbereich überprüft haben und durchaus Interaktionseffekte von dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen auf spätere Depressivität zeigen konnten. Blickt man allerdings genauer auf das methodische Vorgehen dieser Studien, werden Unterschiede deutlich, die zu dieser fehlenden Entsprechung der Ergebnisse geführt haben könnten. Die empirische Forschungslage zur Überprüfung der kognitiven Theorie der Depression in dem untersuchten Altersbereich ist doch noch unzureichend (Lakdawalla et al., 2007). Ein Großteil der bisherigen Studien bezieht sich auf angrenzende Altersspannen, die meist Studenten im ersten Studienjahr umfassen (Dykman & Jöhl; Hankin, 2010; Kwon & Oei, 1992; Lewinsohn et al., 2001; Hankin; Wise & Barnes, 1986) und in ihren longitudinalen Analysen auf sehr viel kürzere Betrachtungszeiträume, die von wenigen Wochen (Abela & D'Alessandro, 2002; D'Alessandro & Burton, 2006; Dykman & Jöhl, 1998) bis zu einigen Monaten (Abela et al., 2011; Hankin et al., 2008) reichen. Ein weiterer wichtiger Unterschied liegt in der Kontrolle möglicher anderer Effekte. Während zwar in den meisten längsschnittlich angelegten Studien für die frühere depressive Symptomatik kontrolliert wurde (Abela & D'Alessandro, 2002; Hankin et al., 2008; Lewinsohn et al., 2001), scheint bis dato keine Studie zusätzlich noch für die dysfunktionalen Einstellungen zum nächsten Messzeitpunkt kontrolliert zu

haben. Bisweilen wurde noch nicht einmal für die frühere Ausprägung der Depressivität kontrolliert (Kwon & Oei, 1992). Auf der Grundlage der Cross-Lagged-Panel-Analysen konnte sowohl für die frühere Ausprägung der Depressivität und die spätere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen als auch für deren immer stärker werdende Zusammenhänge kontrolliert werden, worauf womöglich das Ausbleiben eines Interaktionseffekts zurückgeführt werden kann. In einer kürzlich veröffentlichten Studie von Calvete und Kollegen (2013) wurden die Zusammenhänge von dysfunktionalen Kognitionen (negativer kognitiver Stil, frühe maladaptive Schema), Stress und depressiven Symptomen in ähnlicher Weise im Rahmen eines Cross-Lagged-Panel-Designs zu zwei Messzeitpunkten an einer Stichprobe von Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren untersucht. Die Autoren konnten im Gegensatz zu den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung ein interaktionales Beziehungs- und Beeinflussungsmuster zwischen allen Konstrukten zeigen. Ein interessanter Punkt in ihrer Studie betrifft den Teilaspekt der Autonomie der frühen maladaptiven Schemata, der dem leistungs- bzw. versagensbezogenen Aspekt der dysfunktionalen Einstellungen sehr ähnelt. Dieses kognitive Schema wies neben seinem autoregressiven Pfad keine weiteren Effekte auf spätere Stressfaktoren oder auf depressive Symptome auf. Der latente Faktor der dysfunktionalen Einstellungen in der vorliegenden Untersuchung wurde meist von Items aus diesem leistungs- bzw. versagensbezogenen Aspekt abgebildet, sodass das Ergebnis der Studie von Calvete und Kollegen (2013) mit dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung vergleichbar ist. In einer der vorliegenden Untersuchung ähnlichen Studie konnte demnach bestätigt werden, dass die leistungs- bzw. versagensbezogenen kognitiven Schemata keinen Effekt auf die spätere Depressivität aufweisen.

Zusammen mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, dass die dysfunktionalen Einstellungen ab dem frühen Jugendalter Teil der Depressivität zu sein scheinen, stellt sich doch die Frage, wie diese über die Depressivität hinaus noch einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage späterer Depressivität leisten können. Otto und Kollegen (2007) verglichen in ihrer Studie die prädiktive Eigenschaft der dysfunktionalen Einstellungen für das Entwickeln einer depressiven Episode in Gruppen niemals depressiver, depressiver und vormals depressiver erwachsener Frauen. In einem zur vorliegenden Studie vergleichbareren Zeitraum von drei Jahren konnten die Autoren zeigen, dass nach der Berücksichtigung von depressiven Symptomen und vergangener depressiver Episode die dysfunktionalen Einstellungen allein, aber auch in Interaktion mit negativen Lebensereignissen keinen prädiktiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer erneuten depressiven Episode mehr hatten.

Studien, die sich mit den dysfunktionalen Einstellungen nahen oder ähnlichen Kognitionen befassen, berichten im vergleichbaren untersuchten Altersbereich lediglich unter bestimmten Umständen von einer Interaktion mit Stress, die zu späteren depressiven Symptomen führen. Braet und Kollegen (2013) haben in einer neueren Studie mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren das kognitive Vulnerabilitäts-Stress-Modell mit frühen maladaptiven Schemata untersucht und konnten in den ersten beiden Altersgruppen (12 - 14 Jahre, 14 - 16 Jahre) keine Bestätigung finden. Lediglich in der ältesten Altersgruppe (16 - 18 Jahre) zeigte sich aber auch nur mit dem spezifischen Stressfaktor der Zurückweisung durch Gleichaltrige (*peer rejection*) eine signifikante Interaktion. Auerbach und Kollegen (2010) zeigten in einem Vergleich zwischen kanadischen und chinesischen Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren lediglich einen signifikanten Einfluss der Interaktion von wahrgenommener Kontrolle und dependentem interpersonalem Stress auf die spätere depressive Symptomatik bei kanadischen Jungen. Demnach muss der ausbleibende Effekt in der vorliegenden Untersuchung nicht verwundern, als dass hierbei zwar getrennt nach den Altersgruppen analysiert wurde, für den Stressaspekt allerdings nur die globalen Angaben der Anzahl und der Belastung über alle kritischen Lebensereignisse genutzt wurden, ohne eine inhaltliche Spezifizierung zu vorzunehmen. Doch auch Beck (1987) wies in der Erweiterung seiner Theorie um die beiden Ausprägungsarten der dysfunktionalen Einstellungen, Soziotropie und Autonomie, darauf hin, dass die folgenden kritischen Lebensereignisse, erst dann Stress und somit depressive Symptome auslösen, wenn die Ereignisse dem vorherrschenden Thema der dysfunktionalen Einstellungen eines Individuums inhaltlich entsprechen. Inhaltlich entsprechende Stressereignisse für Personen mit soziotropiebezogenen dysfunktionalen Einstellungen bestünden aus interpersonellen Konflikten, wobei sie für Personen mit autonomiebezogenen dysfunktionalen Einstellungen aus leistungs- bzw. versagensbezogenen Konflikten bestünden. Wie bereits erwähnt, wurden die kritischen Lebensereignisse in der vorliegenden Untersuchung nicht nach den beiden inhaltlichen Aspekten differenziert, sodass womöglich dadurch ein doch möglicher Effekt nicht entdeckt werden konnte. Jedoch kamen Studien, die diese beiden Aspekte berücksichtigten ebenfalls zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während einige nur einen Effekt der Interaktion zwischen den interpersonal orientierten soziotropischen dysfunktionalen Einstellungen und sozialen Stressoren auf die depressive Symptomatik fanden (Little & Garber, 2004), fanden wiederum andere sowohl mit soziotropisch orientierten als auch mit autonomiebezogenen dysfunktionalen Einstellungen keinen Interaktionseffekt (Calvete, 2011; Iacoviello et al., 2009). Ob der ausbleibende Effekt in der vorliegenden Studie tatsächlich an der feh-

lenden inhaltlichen Entsprechung der dysfunktionalen Einstellungen und der Stressfaktoren liegt, kann somit an dieser Stelle nicht eindeutig bestätigt werden. Auch an dieser Stelle besteht noch starker Forschungsbedarf.

Neben der inhaltlichen Entsprechung des vorherrschenden Themas der dysfunktionalen Einstellungen mit dem Thema der Stressereignisse besteht auch die Möglichkeit der inhaltlichen Entsprechung zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und eines spezifischen Depressionsaspekts. Ähnlich dem Umstand, dass ein negativer kognitiver Stil (hoffnungsloser Attributionsstil) nach Abramson und Kollegen (1989) in Interaktion mit Stressereignissen Ursache für die sogenannte Hoffnungslosigkeitsdepression darstellt, die unter anderem durch traurigen Affekt, Energielosigkeit, Apathie, Schlafstörungen, psychomotorische Hemmung, Konzentrationsprobleme, stimmungsverschlechternde negative Kognitionen und Suizid definiert wird (Abela et al., 2011; Alloy et al., 2000; Hankin, 2010), könnten die dysfunktionalen Einstellungen auch nur bestimmte Symptomgruppen der Depression verursachen anstatt einer generellen depressiven Symptomatik. In einer der vorliegenden Untersuchung ähnlich konzipierten Studie mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren konnte spezifischer herausgestellt werden, dass lediglich bei der Vorhersage der anhedonischen depressiven Symptome, wie die Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder der Freudverlust, die Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und Stress einen signifikanten Beitrag leisten konnte. Bei der Vorhersage der generellen depressiven Symptome konnte kein signifikanter Beitrag derselben gefunden werden (Hankin et al., 2008). Allerdings fehlen an dieser Stelle wiederum weitere Studien, die sich mit den Subkategorien der Depression bezüglich der dysfunktionalen Einstellungen beschäftigt haben. Aus den Post-Hoc-Analysen der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass gerade die Subskala *Dysphorie/Selbstwertprobleme* sehr stark mit den dysfunktionalen Einstellungen zusammenhängt. Eine für die dysfunktionalen Einstellungen spezifische depressive Symptomatik könnte demnach womöglich Symptome aus dem Bereich der Selbstwertproblematik und der Schuldgefühle beinhalten.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass das kognitive Modell der Depression nach Beck (1967, 1996) in der vorliegenden Untersuchung gänzlich weder im Querschnitt noch im Längsschnitt bestätigt werden konnte und methodische Unterschiede zu den Studien, die dieses Modell bestätigen konnten, diese Divergenz erklären können. Allerdings zeigt ein genauerer Blick in die Studien, dass die wenigsten von ihnen dieses Modell generell im Kindes- und Jugendalter nachweisen konnten, sondern lediglich in Abhängigkeit

bestimmter Faktoren, wie Altersgruppe, Geschlecht, Art der dysfunktionalen Kognition, Art der depressiven Symptome oder Stressinhalt. Jedoch sollte ein Erklärungsmodell für eine psychische Auffälligkeit eine generelle Gültigkeit aufweisen. Im Folgenden sollen daher Alternativen zu der klassischen Annahme des kognitiven Modells der Depression vorgeschlagen werden.

4.2 Alternative Ansätze zum klassischen kognitiven Modell der Depression

Das Gesamtergebnis der vorliegenden Studie beinhaltet, dass die dysfunktionalen Einstellungen eher ein Teil der depressiven Symptomatik darstellen, als dass sie diese verursachen oder ihr folgen. Darüber hinaus konnte sogar gezeigt werden, dass der Depressivität und den dysfunktionalen Einstellungen womöglich dasselbe Konstrukt zugrunde liegt, sodass eine weitere Unterscheidung in Ursache oder Konsequenz unmöglich werden würde. Ein Grund für die fehlenden gegenseitigen Effekte liegt womöglich an der sehr hohen Stabilität der beiden Konstrukte Depressivität und dysfunktionale Einstellungen, wodurch wiederum kaum Raum für Veränderung durch ähnliche Konstrukte bleibt. Vor dem Hintergrund der Trait-State-Modelle, nach denen die Depressivität und die dysfunktionalen Einstellungen sowohl über stabile Trait-Anteile als auch über veränderbare State-Anteile verfügen (Zuroff et al., 1999), könnte der Gedanke nahe liegen, dass die dysfunktionalen Einstellungen keinen Effekt auf den stabilen Trait-Anteil der Depressivität, sondern auf den State-Anteil der Depressivität haben könnte. Eine ähnliche Untersuchung führten LaGrange und Kollegen (2011) mit einer nichtklinischen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen von der 2. bis zur 9. Klasse durch, in der sie die prospektiven Zusammenhänge zwischen der Depressivität und den beiden maladaptiven Kognitionen der automatischen Gedanken und der kognitiven Triade im Rahmen des Trait-State-Occasion-Modells (Cole et al., 2005) analysierten. Zunächst konnten sie bestätigen, dass sowohl die Depressivität als auch die untersuchten Kognitionen sich durch einen Trait- und einen State-Anteil darstellen ließen. Darüber hinaus konnten sie mit ihrem Modell lediglich Zusammenhänge zwischen den State-Anteilen der beiden Konstrukte zeigen. Allerdings spricht die Richtung des Einflusses gegen die Vorstellung der dysfunktionalen Kognition als Risikofaktor für die depressive Symptomatik, sondern eher für die Idee der dysfunktionalen Kognitionen als Konsequenz der depressiven Symptomatik. Es zeigte sich ein Einfluss der Depressivität auf die späteren dysfunktionalen Kognitionen und nicht umgekehrt. Ein für die vorliegende Untersuchung wichtiges

Ergebnis der Studie von LaGrange und Kollegen (2011) beinhaltet, dass die Trait-Anteile der Depressivität und der jeweiligen dysfunktionalen Kognition so hoch miteinander zusammenhängen, dass die Autoren ebenfalls zu dem Schluss kommen, dass womöglich ein Persönlichkeitsfaktor als Drittvariable dafür verantwortlich sein könnte. Das Ergebnis der vorliegenden Post-Hoc-Analysen, die gezeigt haben, dass die Depressivität und die dysfunktionalen Einstellungen auf einen gemeinsamen Faktor laden, könnte diese Überlegung bestätigen.

Beim Aufbau eines kognitiven Modells könnte es demnach in jedem Fall von Vorteil sein, sowohl stabile als auch veränderbare Aspekte der Depressivität und der dysfunktionalen Einstellungen zu berücksichtigen. Mit der Unterscheidung dieser Aspekte könnten schließlich differenziertere Annahmen ihre gegenseitigen Effekte gemacht werden.

Ein weiterer ergänzender Vorschlag zur Untersuchung von kognitiven Ätiologiemodellen der Depression im Kindes- und Jugendalter bezieht sich auf die integrative Betrachtung mehrerer dysfunktionaler Kognitionen. Die vorliegende Untersuchung hat sich lediglich auf die dysfunktionalen Einstellungen als dysfunktionale Kognition konzentriert. Vor dem Hintergrund der im Theoriekapitel erwähnten Heterogenität der Kognitionen und der damit verbundenen Heterogenität der dysfunktionalen Kognitionen bzw. kognitiven Dysfunktionen und den daraus folgenden vielen verschiedenen kognitiven Theorien der Depression wäre es womöglich aufschlussreicher, mehrere postulierte dysfunktionale Kognitionen in die Analysen zu integrieren. Abela und Hankin (2008) berichten dabei von multiplikativen, additiven und *weakest-link*-Herangehensweisen, die bisher meist im Rahmen von Untersuchungen zu einem kognitiven Faktor überprüft wurden. Während die ersten beiden Arten der Analyse betonen, dass jeder kognitive Vulnerabilitätsfaktor einen eigenen entweder multiplikativen oder additiven Effekt zur Vulnerabilität beiträgt, besteht die Annahme der *weakest-link*-Herangehensweise darin, dass nur die am stärksten ausgeprägte dysfunktionale Kognition mit folgenden Stressereignissen interagieren wird, um zu depressiven Symptomen zu führen (Abela & Sarin, 2002). Eine Integration der vor allem im Kindes- und Jugendalter untersuchten dysfunktionalen Kognitionen, dysfunktionale Einstellungen, negativer Attributionsstil und Rumination (Lakdawalla et al., 2007) ist gerade deswegen sinnvoll, da sie nach dem Meta-Konstrukt-Modell Dysfunktionen an verschiedenen Ebenen der Kognition darstellen und sich dadurch auch nicht ausschließen müssen, sondern sogar ergänzen könnten. Man kann sich gut eine Jugendliche vorstellen, die der Meinung ist, immer die Beste in der Schule sein zu müssen (dysfunktionale Einstellung), ein schlechtes Ergeb-

nis ist der Mathearbeit dann auf sich selbst und ihre ungenügenden Kompetenzen attribuiert und in der Zukunft nur noch solche Ergebnisse erwartet (negativer Attributionsstil) und über diesen Misserfolg noch lange nachgrübeln wird (Rumination). Auf diese Weise wäre es nicht nur möglich, die unterschiedlichen dysfunktionalen Vulnerabilitätsfaktoren in ihrer Wirkung zueinander und auf die nachfolgenden depressiven Symptome zu untersuchen, sondern auch diese auf ihre spezifischen Wirkmuster mit auftretenden Stressereignissen zu vergleichen. Es könnte herausgestellt werden, ob nach dem multiplikativen oder additiven Ansatz ein Zusammenspiel dieser drei Faktoren beim Einfluss auf die depressive Symptomatik existiert oder ob sich die am stärksten ausgeprägte Vulnerabilität auswirkt. Weiterhin könnte untersucht werden, ob ein Stressereignis erst als solches empfunden und darüber ruminieren wird, wenn dysfunktionale Einstellungen ausgeprägt sind. Wenn dysfunktionale Einstellungen gar nicht so stark ausgeprägt sind, stellen womöglich einige Ereignisse, wie die schlechte Mathearbeit, gar keine Stressereignisse dar, über die man ruminieren könnte. Auch wurde schon darauf hingewiesen, dass dysfunktionale Einstellungen und ein negativer Attributionsstil eher Risikofaktoren für das erste Auftreten der Depression darstellen und ein ruminativer Reaktionsstil ein Risikofaktor für das Aufrechterhalten der Depression darstellt (Ingram et al., 1998). Nur wenig bis gar keine Studien existieren, die sich näher mit der gleichzeitigen integrativen Betrachtung mehrerer kognitiver Vulnerabilitätsfaktoren befassen (Abela & Scheffler, 2008; Calvete et al., 2013), sodass an dieser Stelle noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

4.3 Konzeptuelle und methodische Einschränkungen

Zur möglicherweise besseren Interpretation der Ergebnisse sollten folgende konzeptuelle (4.3.1) und methodische Einschränkungen (4.3.2) bedacht und berücksichtigt werden.

4.3.1 Konzeptuelle Einschränkungen

Der Grundgedanke der vorliegenden Untersuchung bestand darin, den intrapersonalen Risikofaktor dysfunktionale Kognition für die Entwicklung einer Depression im Kindes- und Jugendalter zu untersuchen. Jedoch wurde in der vorliegenden Untersuchung vor dem Hintergrund einer effizienteren Erfassung hinsichtlich der Zeit und der Anzahl der befragten

Personen die Ausprägung einer depressiven Symptomatik anstatt einer tatsächlich klinisch relevanten, diagnostizierbaren Depression erhoben. Demnach kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen trotzdem ein Risiko für die Entwicklung von depressiven Episoden darstellt, indem sie in Verbindung mit auftretenden Stressereignissen zu depressiven Symptomen führt. Womöglich ist dies auch die Erklärung für die gefundene inhaltliche Nähe zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und der Depressivität, die ja darin besteht, dass diese beiden Konstrukte kaum mehr voneinander zu unterscheiden sind. Wie bereits erwähnt wurde, existiert womöglich ein gemeinsames zugrunde liegendes Konstrukt einer Persönlichkeitstendenz, die Individuen schließlich vulnerabler für eine depressive Episode sein lässt. Dennoch wurde bereits in früheren Arbeiten darauf hingewiesen, dass es kaum Unterschiede hinsichtlich Risikofaktoren oder Konsequenzen zwischen einer nicht klinisch ausgeprägten depressiven Symptomatik und einer depressiven Episode bzw. Major Depression gibt (Bertha & Balázs, 2013; Fergusson et al., 2005) und eine kontinuierliche Betrachtung der Depression passender sei als eine kategoriale (Hankin et al., 2005; Slade & Andrews, 2004).

Um die kognitive Theorie der Depression nach Beck (1996) genauer zu untersuchen, fehlte in der vorliegenden Untersuchung die konsequente Berücksichtigung der Unterarten der dysfunktionalen Einstellungen (Soziotropie, Autonomie). Zu dieser konsequenten Berücksichtigung hätte auch gehört, lediglich die thematisch passenden kritischen Lebensereignisse in die Analysen einzubeziehen. Dafür wäre es sicherlich von Vorteil gewesen, bereits in der Erfassung der kritischen Lebensereignisse gezielt zwischen interpersonalem Stress (Soziotropie) und leistungs- bzw. versagensbezogenem (Autonomie) Stress zu unterscheiden, statt nach Lebensbereichen, wie es in der vorliegenden Untersuchung geschehen ist. Trotzdem wurden auch in anderen Studien, die dysfunktionale Einstellungen als Gesamtkonstrukt betrachteten, Effekte gefunden (Abela & D'Alessandro, 2002; D'Alessandro & Burton, 2006; Lewinsohn et al., 2001). Da in der empirischen Literatur dazu noch zu wenige und noch sehr uneinheitliche Ergebnisse zu finden sind (Iacoviello et al., 2009; Little & Garber, 2004), wären weitere prospektive Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter an dieser Stelle sehr hilfreich.

4.3.2 Methodische Einschränkungen

Da in den längsschnittlichen Analysen lediglich die Kinder und Jugendlichen berücksichtigt wurden, die zu beiden Messzeitpunkten am Interview zu den kritischen Lebensereignissen teilgenommen hatten, resultierte eine ziemlich hohe Drop-Out-Rate von 27.6%, sodass die Repräsentativität der Längsschnittstichprobe diskutiert werden muss. Die Drop-Out-Analysen zeigten zwar statistisch oder praktisch keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der zentralen Konstrukte, Depressivität, dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse. Trotzdem zeigte sich rein deskriptiv, dass die berücksichtigte Stichprobe geringere Ausprägungen in Depressivität und dysfunktionalen Einstellungen aufwies.

Weiterhin sind auch die in der vorliegenden Studie genutzten Instrumente zu diskutieren. Der erste zu erwähnende Aspekt ist, dass alle zentralen Aspekte im Selbstbericht erfasst wurden. Im Allgemeinen wird bei der Erfassung von psychischen Konstrukten im Kindesalter eine multiinformante Herangehensweise empfohlen (Ihle et al., 2004), jedoch gestaltet sich dieses in der Erhebung von Depressivität als schwierig. Depressive Symptome, die zum größten Teil innere Gefühlszustände beinhalten, sind nur schwer von anderen Personen zu beurteilen. Weiterhin ist es selbst bei multiinformanten Erfassungen schwierig bei Diskrepanzen zwischen den Angaben zu entscheiden, welche Information einen größeren „Wahrheitsgehalt“ aufweist (De los Reyes & Kazdin, 2005). Es existieren allerdings Hinweise darauf, dass jugendliche Befragte eine reliablere Informationsquelle über ihre inneren Zustände darstellen als ihre Eltern oder Lehrer (DiBartolo et al., 1998). Zudem konnte gezeigt werden, dass Selbstberichte über Emotionen und Kognitionen reliable Herangehensweisen darstellen (Haefel & Howard, 2010). So erscheint der in der vorliegenden Untersuchung genutzte Selbstbericht in für die Erhebung der Depressivität doch als plausibel. Des Weiteren gehen mit depressiven Zuständen auch verzerrte Wahrnehmungsmuster einher, sodass es bei der gleichzeitigen Erhebung von depressiven Symptomen und den anderen zentralen Aspekten dysfunktionale Einstellungen und kritische Lebensereignisse schwierig sein könnte, diese selbstbeurteilten Angaben von den verzerrten Wahrnehmungsmustern zu trennen. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der kritischen Lebensereignisse. Es wurde retrospektiv gefragt, ob im letzten Jahr ein Ereignis eingetreten sei und wie sehr dieses Ereignis als belastend empfunden wurde. Durch die simultane Erfassung der Depressivität kann nicht eindeutig die Möglichkeit ausgeschlossen werden, dass durch die verzerrte Wahrnehmung mehr Ereignisse erinnert (Anzahl) oder die Ereignisse

als belastender empfunden wurden (Belastung) als es den wahren Umständen entsprechen würde.

Ein anderer möglicherweise limitierender Aspekt bei der Erfassung der Depressivität besteht darin, dass – anders als im Manual vorgegeben – statt drei nur zwei Subskalen genutzt wurden und dadurch möglicherweise ein inhaltlicher Teilaspekt der Depressivität nicht berücksichtigt wurde. Im Rahmen des latenten Vorgehens wurden die genutzten beiden Subskalen nicht direkt für die Analysen angewendet, sondern es wurde aus diesen beiden ein latenter Faktor gebildet, der das gemeinsame der Subskalen herauszieht und einen Depressionsfaktor abbildet. Dieses Vorgehen war ein Versuch, die Depressivität relativ unabhängig vom genutzten Instrument zu abbilden.

Für eine valide Erfassung der dysfunktionalen Einstellungen im Kindes- und Jugendalter wurde in der vorliegenden Untersuchung auf altersangemessene Fragebögen zurückgegriffen. Konkret bedeutete dies, dass Kinder und Jugendliche unterschiedliche Fragebögen beantworteten. Dies bot zwar zum einen den Vorteil, sichergehen zu können, dass das Konstrukt wirklich von den Kindern und Jugendlichen verstanden und somit valide und reliabel erfasst wird, aus methodischer Sicht barg das aber die Schwierigkeit, die Ergebnisse der Kinder und der Jugendlichen tatsächlich miteinander zu vergleichen. Im Längsschnitt wäre das Problem darüber hinaus noch größer geworden, da eine beträchtliche Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die zum ersten Messzeitpunkt noch Kinder waren, zum zweiten Messzeitpunkt Jugendliche geworden waren. Diese Gruppe von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern hätte also zu zwei Messzeitpunkten zwei unterschiedliche Fragebögen beantwortet, wodurch die Messung der Entwicklung der dysfunktionalen Einstellungen in dieser spezifischen Gruppe noch einmal schwieriger geworden wäre. Für den Umgang mit diesem Problem wurden die beiden Fragebögen umfangreich inhaltlich wie statistisch angeglichen. Es handelte sich zwar strenggenommen immer noch um zwei unterschiedliche Fragebögen und die Altersgruppenvergleiche in der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Aber in den Analysen zur statistischen Angleichung konnte gezeigt werden, dass die daraus entstandenen kürzeren Fragebögen nicht nur jeweils sehr ähnliche statistische Eigenschaften aufwiesen wie die längeren Originalfragebögen, sondern auch, dass sich die beiden kürzeren Fragebögen in ihrer Faktorstruktur sogar glichen. Die Ergebnisse bezüglich der dysfunktionalen Einstellungen aus der vorliegenden Untersuchung ließen sich gut in frühere Befunde einbetten, sodass davon ausgegangen werden kann, dass das statistische Angleichen der Fragebögen insgesamt doch gut gelungen ist.

Bei der Erfassung der kritischen Lebensereignisse wurde ein eigens für die Studie erstelltes halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Zu den verschiedenen Lebensbereichen wurde gefragt, ob im letzten Jahr ein kritisches Lebensereignis eingetreten ist und wie sehr dieses Ereignis die befragte Person belastet oder beschäftigt hat. Die Nachteile dieses Vorgehens bestehen darin, dass die befragten Kinder und Jugendlichen zunächst verstanden haben mussten, was ein Ereignis zu einem kritischen Lebensereignis macht und dass sie sich an die gesamten letzten 12 Monate erinnern mussten. Außerdem konnte dadurch auch keine Unterscheidung nach normativen (Schulwechsel) und nicht-normativen (plötzliche Erkrankung der Mutter) Lebensereignissen getroffen werden, was womöglich differentielle Bedeutung für den Einfluss auf depressive Symptome haben könnte. Eine diesbezüglich nachträgliche Unterscheidung wäre methodisch nur sehr unsauber, da nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Schulwechsel angegeben haben müssen. Allerdings bot dieses Vorgehen einen entscheidenden Vorteil. Zusätzlich zur Anzahl der eingetretenen kritischen Lebensereignisse wurde die subjektive Bewertung derselben berücksichtigt, was an den sonstigen Ereignislisten als fehlend kritisiert wird (Grant et al., 2004). Gerade bei der Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten zeigte sich eine stärkere Prädiktivität der subjektiven Einschätzungen von Stress (Solomon et al., 1987).

Schließlich ist das Zeitintervall von zwei Jahren zwischen den beiden Erhebungszeiträumen womöglich zu lang, als dass Veränderungen in der Depressivität durch den Einfluss einer Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und kritischen Lebensereignissen beobachtet werden könnten. Wenn die Interaktion von dysfunktionalen Einstellungen und dem kritischen Lebensereignis, das vor einem Jahr stattgefunden hat, zu einer depressiven Episode geführt hätte, so hätte diese Episode nach der medianen Dauer von sechs bis neun Monaten zum nächsten Messzeitpunkt remittiert sein können. Wählt man allerdings ein zu kurzes Intervall, so hätte man Schwierigkeiten, die depressiven Symptome von einer akuten Trauer- oder Belastungsreaktion zu unterscheiden. Darüber hinaus wären die Stabilitätswerte, die ohnehin schon sehr hoch sind, noch stärker ausgeprägt gewesen, sodass nur eine geringe Wahrscheinlichkeit für die dysfunktionalen Einstellungen existiert hätte, die Ausprägung der Depressivität zu beeinflussen.

5 AUSBLICK FÜR ZUKÜNFTIGE ARBEITEN UND MÖGLICHE IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Die vorliegende Studie zeichnet sich aus durch eine im Quer- wie im Längsschnitt sehr große Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, durch etablierte und altersangemessene Erhebungsinstrumente und zu den Fragestellungen und den vorhandenen Daten passende Analyseverfahren. Weiterhin konnten Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Depressivität und die kritischen Lebensereignisse repliziert und sogar weiter spezifiziert werden. Die jugendlichen Mädchen scheinen hinsichtlich beider Konstrukte ein erhöhtes Risiko aufzuweisen. Außerdem wurden in dieser Studie als eine von wenigen explizit Altersgruppen- und Geschlechtseffekte auf die Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen untersucht. Demnach weisen Jugendliche eine stärkere Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen auf als Kinder, Jungen und Mädchen unterscheiden sich dabei nicht. Im Längsschnitt konnte durch die Analysen im Cross-Lagged-Panel-Design mit zwei Messzeitpunkten die Zusammenhänge und Einflüsse von dysfunktionalen Einstellungen, kritischen Lebensereignissen und Depressivität simultan und dadurch auch in einem umfassenderen Maße als frühere Studien dargelegt werden. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl die Depressivität als auch die dysfunktionalen Einstellungen über die Zeit hinweg sehr stabil sind und sehr eng miteinander zusammenhängen. Weiterhin konnten sogar reziproke Einflüsse zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressivität nachgewiesen werden. Bisher wurde dies nur in einer kürzlich veröffentlichten Studie von Calvete und Kollegen (2013) durchgeführt, die mit zwei Erhebungszeitpunkten mit einem Intervall von sechs Monaten transaktionale Beziehungen zwischen den kognitiven Vulnerabilitäten, Stress und depressiven Symptomen nachweisen konnten. Die vorliegende Arbeit erweitert diese Analysen im Sinner kognitiver Vulnerabilitäts-Stress-Modell sogar noch um Stressereignisse, die Effekte mit der Depressivität und den dysfunktionalen Einstellungen aufweisen.

Dennoch blieben noch einige theoretische und methodische Aspekte offen, die gute Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsbemühungen bieten. Diese Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsarbeiten (5.1) und die möglichen praktischen Implikationen (5.2) aus der vorliegenden Untersuchung sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

5.1 Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten

Zukünftige Arbeiten sollten idealerweise mit mindestens einem weiteren Messzeitpunkt den Zusammenhang von Depression und dysfunktionalen Einstellungen im Rahmen von methodisch exakteren Latent-State-Trait-Modellen (Cole et al., 2005) untersuchen. Mit diesen Methoden können nicht nur die veränderbaren und stabilen Anteile eines Konstrukts sichtbar, sondern auch die unterschiedlichen Beeinflussungsmuster dieser beiden Anteile durch andere Konstrukte deutlicher gemacht werden. Wie erste Studien zeigen (Cole et al., 2005; LaGrange et al., 2011), existieren Hinweise auf stabile und veränderbare Anteile sowohl für die depressive Symptomatik als auch für die dysfunktionalen Einstellungen. Ein transaktionales Beeinflussungsmodell der kognitiven Vulnerabilität und der Depressivität, wie es in der vorliegenden Untersuchung überprüft wurde, besteht womöglich zwischen den stabilen Anteilen der Depressivität und den veränderbaren Anteilen der dysfunktionalen Einstellungen sowie zwischen den stabilen Anteilen der dysfunktionalen Einstellungen und den veränderbaren Anteilen der Depressivität.

Ein anderer in der Zukunft noch zu untersuchender Aspekt betrifft die Integration verschiedener dysfunktionaler Kognitionen in einem gemeinsamen kognitiven Vulnerabilitätsmodell der Depression. Wie bereits dargestellt wurde, ist die Kognition ein heterogenes Konstrukt, sodass für eine umfassende Analyse und Erklärung des Einflusses desselben auf die Entwicklung von Depressionen ein ebenso heterogenes Modell nötig sein wird. Der additive und der *weakest-link*-Ansatz (Abela & Sarin, 2002; Abela & Scheffler, 2008) stellen dafür eine gute Möglichkeit dar.

Die Erfassung der kritischen Lebensereignisse sollte im Rahmen von Tagebüchern erfolgen, die es ermöglichen die Ereignisse sofort einzutragen und deren Belastung anzugeben. Auf diese Weise wären die Probleme bezüglich des Erinnerungseffekts vor allem in Verbindung mit der simultanen Erhebung depressiver Symptome reduziert.

Schließlich sollten die Zeitintervalle zwischen den Erhebungszeitpunkten weder zu lang noch zu kurz gewählt werden (Cole, 2006). Zum Beispiel könnte man mit mehreren Erhebungszeitpunkten mit einem zeitlichen Intervall von sechs Monaten oder einem Jahr bei den längsschnittlichen Analysen mit den untersuchten zeitlichen Intervallen variieren und Ergebnisse hinsichtlich der gewählten Intervalle miteinander vergleichen. Ginge man idealerweise davon aus, dass im Rahmen einer Studie dieselben Kinder und Jugendlichen innerhalb von vier Jahren alle 12 Monate befragt werden würden. So könnten Forscherinnen und Forschern Effekte zwischen der Depressivität, den dysfunktionalen Einstellungen

und möglichen Stressfaktoren sowohl in kurzen (12 Monate, 5 Messzeitpunkte) als auch in längeren Intervallen (24 Monate, 3 Messzeitpunkte) untersuchen und somit verhindern, dass man bei sehr stabilen Konstrukten womöglich zu kurze Abstände oder bei veränderungssensitiven Effekten zu lange Abstände hat.

5.2 Implikationen für die Praxis

Der Fokus dieser Arbeit lag in der Untersuchung der theoretischen Annahmen zur Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen für die Entwicklung depressiver Symptome. Ungeachtet der diesbezüglichen mehrdeutigen Forschungslage existieren bereits eine Vielzahl erfolgreich angewendeter kognitiver Therapiemanuale für Depression oder Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, die sich auf die Veränderung möglicher dysfunktionaler Kognitionen beziehen (LARS & LISA, Pössel et al., 2004; TADS, 2003; ACTION, Stark et al., 2008). Als theoretische Grundlage dienen hierbei die viel zitierten kognitiven Theorien der Depression aus dem Erwachsenenalter, die die Ursache der Depression in den dysfunktionalen Kognitionen verorten. Allerdings setzen diese kognitiv-behavioralen Therapie- bzw. Interventionsansätze breiter an und legen den Fokus neben dem Erarbeiten kognitiver Techniken auch auf das Erlernen von sozialen Kompetenzen, geeigneten Kommunikationsstrategien, Bewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren (für eine Übersicht: Reinicke & Ginsburg, 2008).

Aus den vorliegenden Analyseergebnissen kann grundsätzlich geschlossen werden, dass es im Rahmen von sekundären Präventionsprogrammen oder Behandlungsmanualen für die Depression tatsächlich sinnvoll ist, dysfunktionale Einstellungen als Symptom der Depression zu adressieren. Immerhin konnten sehr starke Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der depressiven Symptomatik und der Ausprägung der dysfunktionalen Einstellungen gezeigt werden. Allerdings kann durch den nicht gefundenen längsschnittlichen Effekt der dysfunktionalen Einstellungen auf die Depressivität nicht bestätigt werden, dass diese als mögliche Risikofaktoren den Schwerpunkt in primärpräventiven Programmen bilden sollten. Aus der bisherigen Forschung kann zudem zwar auf einen Vorteil von kognitiv-behavioralen Therapieprogrammen gegenüber von Wartekontrollgruppen geschlossen werden, aber der Vorteil der kognitiven Therapie gegenüber anderen therapeutischen Maßnahmen ist nicht eindeutig geklärt worden (Reinicke & Ginsburg, 2008). Es fehlen demnach Studien, die belegen, welche spezifische Wirksamkeit die Bearbeitung der dysfunktionalen Kognitionen im Rahmen einer kognitiv-behavioralen Therapie aufweist.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen des Weiteren darauf hin, dass es im Rahmen von Interventionen oder Therapieprogrammen von großer Bedeutung ist, den Aspekt der *stress generation* (Hammen, 1991) einzubeziehen. Es konnte im Sinne dieser Annahme gezeigt werden, dass erhöhte depressive Symptome zu einem späteren

Zeitpunkt zu erhöhtem Stress führen können. Dies trifft insbesondere auf das Entstehen von interpersonalem Stress zu (Hammen, 2006). Depressive Jugendliche können durch Rückzugstendenzen oder verzerrte Wahrnehmungen in Interaktionen mit anderen interpersonale Konflikte mitverursachen, sodass diese Stressereignisse wiederum zu einer Verstärkung der depressiven Symptome führen können. Das Reaktivieren und Stärken sozialer Kompetenzen im Rahmen der kognitiv-behavioralen Therapieprogramme kann helfen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Darüber hinaus kann durch das Aneignen von verschiedenen Coping-Strategien verhindert werden, dass kritische Lebensereignisse, die ja auch normativ sein können (z.B. Schulwechsel), als Stressereignisse interpretiert werden.

**„14. Glück ist, wenn man dafür geliebt wird, wie man eben ist.“
aus: Hectors Reise oder die Suche nach dem Glück, François Lelord**

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Abela, J. R. Z. (2001). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of abnormal Child Psychology, 29*(3), 241-254.
- Abela, J. R. Z., Brozina, K., & Haigh, E. P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third- and seventh-grade children: A short-term longitudinal study. *Journal of abnormal Child Psychology, 30*, 515-527.
- Abela, J. R. Z., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111-128. doi: 10.1348/014466502163912
- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 35-78). New York: The Guilford Press.
- Abela, J. R. Z., & Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research, 26*(6), 811-829.
- Abela, J. R. Z., & Scheffler, P. (2008). Conceptualizing cognitive vulnerability to depression in youth: A comparison of the weakest link and additive approaches. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(4), 333-351. doi: 10.1521/ijct.2008.1.4.333
- Abela, J. R. Z., Stolow, D., Mineka, S., Yao, S., & Zhu, X. Z. (2011). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescence in urban and rural Hunan, China: A multivariate longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(4), 765-778.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 384-404. doi: 10.1177/0272431603258345
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefliger, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress-models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). New York: The Guilford Press.

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372. doi: 10.1037//0033-295X.96.2.358
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(3), 403-418. doi: 10.1037//0021-843X.109.3.403
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006a). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child & Family Psychology Review*, *9*(1), 23-64. doi: 10.1007/s10567-006-0002-4
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, et al. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy & Research*, *25*(4), 397-423.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006b). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(1), 145-156. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.145
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(1), 57-87. doi: 10.1111/1469-7610.00424
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, *28*(1), 51-61. doi: 10.1017/S003329179700593X
- Anooshian, L. J. (1997). Distinctions between implicit and explicit memory: Significance for understanding cognitive development. *International Journal of Behavioral Development*, *21*(3), 453-478. doi: 10.1080/016502597384749

- Auerbach, R. P., Eberhart, N. K., & Abela, J. R. Z. (2010). Cognitive vulnerability to depression in Canadian and Chinese adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 57-68. doi: 10.1007/s10802-009-9344-y
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Merikangas, K. R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01142-8
- Baddeley, A. D. (1990). *Human memory: Theory and practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression* (Vol. 5). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Depression-related negative cognition: Mood-state and trait dependent properties. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 293-307. doi: 10.1023/B:COTR.0000031804.86353.d1
- Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 589-603. doi: 10.1007/s00787-013-0411-0
- 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, 71-81. doi: 10.1007/s00787-008-1008-x
- Bilsky, S. A., Cole, D. A., Dukewich, T. L., Martin, N. C., Sinclair, K. R., Tran, C. V., et al. (2013). Does supportive parenting mitigate the longitudinal effects of peer victimization on depressive thoughts and symptoms in children? *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 406-419. doi: 10.1037/a0032501
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Perel, J., et al. (1996b). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439. doi: 10.1097/00004583-199611000-00011
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., et al. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in

- childhood differ from onset in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63-70. doi: 10.1097/00004583-200401000-00015
- Björklund, D. F. (1987). How age changes in knowledge base contribute to the development of children's memory: An interpretive review. *Developmental Review*, 7, 93-128.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Braet, C., Van Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in early, middle and late adolescence: Differential evidence for the cognitive diathesis–stress model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 369-383.
- Brainerd, C. J., Reyna, V. F., Howe, M. L., & Kingma, J. (1990). The development of forgetting and reminiscence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 55(3-4 (Serial No. 222)). doi: 10.2307/1166106
- Brown, G., & Harris, T. (1979). *Social origins of depression*. New York: Free Press.
- Brown, T. A., & Rosellini, A. J. (2011). The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 844-856. doi: 10.1037/a0023035
- Bruce, A. E., Cole, D. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., & LaGrange, B. (2006). Relations of parenting and negative life events to cognitive diatheses for depression in children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 34(3), 321-333. doi: 10.1007/s10802-006-9019-x
- Calvete, E. (2011). Integrating sociotropy, negative inferences and social stressors as explanations for the development of depression in adolescence: Interactive and mediational mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 477-490. doi: 10.1007/s10608-010-9320-4
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. (2013). Transactional Relationships among Cognitive Vulnerabilities, Stressors, and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of abnormal Child Psychology*, 41(3), 399-410. doi: 10.1007/s10802-012-9691-y
- Carter, J. S. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.428
- Case, R. (1985). *Intellectual development: Birth to adulthood*. New York: Academic Press.

- Case, R. (1995). Capacity based explanations of working memory growth: A brief history and a reevaluation. In F. E. Weinert & W. Schneider (Eds.), *Memory performance and competencies: issues of growth and development* (pp. 23-44). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, *56*, 453-484. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141913
- Chi, M. T. H., & Ceci, S. J. (1987). Content knowledge: Its role, representation, and restructuring in memory development. In H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 20, pp. 91-142). Orlando: Academic Press.
- Coddington, R. D. (1971). The significance of the life events as etiologic factors in the diseases of children. *Journal of Psychosomatic Research*, *16*, 7-18. doi: 10.1016/0022-3999(72)90018-9
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Cole, D. A. (2006). Coping with longitudinal data in research on developmental psychopathology. *International Journal of Behavioral Development*, *30*(1), 20-25. doi: 10.1177/0165025406059969
- Cole, D. A., Ciesla, J. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., LaGrange, B., et al. (2008). Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 16-31. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.16
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., Truss, A. E., Pineda, A. Q., Weilauf, A. S., Tilghman-Osborne, C. E., et al. (2009). Gender differences in the longitudinal structure of cognitive diatheses for depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(12), 1312-1326.
- Cole, D. A., Martin, N. C., & Steiger, J. H. (2005). Empirical and conceptual problems with longitudinal trait-state models: Introducing a trait-state-occasion model. *Psychological Methods*, *10*(1), 3-20. doi: 10.1037/1082-989X.10.1.3
- Cole, D. A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J., & Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: A latent trait-state-error approach to longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(1), 40-51. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.40

- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350-1362. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00335.x
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534-541. doi: 10.1037//0022-006X.55.4.534
- Conley, C. S., Haines, B. A., Hilt, L. M., & Metalsky, G. I. (2001). The Children's Attributional Style Interview: Developmental tests of cognitive diatheses-stress-theories of depression. *Journal of abnormal Child Psychology*, 29(5), 445-463.
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., et al. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 791-799. doi: 10.1111/jcpp.12062
- Costello, E. J., Angold, A., & Keller, G. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: The consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 121-128.
- D'Alessandro, D. U., & Burton, K. D. (2006). Development and validation of the dysfunctionale attitudes scale for children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 335-353. doi: 10.1007/s10608-006-9046-5
- Davies, P., & Michael, W. (2001). Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: The potentiating and protective role of intrapersonal attributes. *Child Development*, 72(4), 1163. doi: 10.1111/1467-8624.00340
- Davis, M. C., Matthews, K. A., & Twamley, E. W. (1999). Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 83-97. doi: 10.1007/BF02895038
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H., & Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of abnormal Child Psychology*, 26(3), 631-655.

- Dohrenwend, B. P., & Shrout, P. E. (1985). 'Hassles' in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, *40*(7), 780-785. doi: 10.1037/0003-066X.40.7.780
- Duggal Sunita, Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, *13*, 143-164. doi: 10.1017/S0954579401001109
- Dykman, B. M., & Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, *22*(4), 337-352.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, *38*(4), 1025. doi: 10.1111/j.1467-8624.1967.tb04378.x
- Elkind, D. (1978). Understanding the young adolescent. *Adolescence*, *13*(49), 127.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, New York: Birch Lane.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., et al. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, *20*, 232-242.
- Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children - results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*, 243-263. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb01565.x
- Esser, G., & Wyszkon, A. (2010). *Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten: Deutsche Fassung des Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, Third Edition (ITPA-3)*. Göttingen: Hogrefe.
- Esser, G., Wyszkon, A., & Ballaschk, K. (2008). *Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcome in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*(Januar), 66-72. doi: 10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 225-231. doi: 10.1001/archpsyc.59.3.225
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings

- from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10(11), e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
- Flavell, J. H. (1977). *Cognitive development*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall.
- Flavell, J. H., Botkin, P. T., Fry, C. L., Wright, J. W., & Jarvis, P. E. (1968). *The development of role-taking and communication skills in children*. New York: Wiley.
- Flynn, M., & Rudolph, K. D. (2011). Stress generation and adolescent depression: Contribution of interpersonal stress responses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1187-1198. doi: 10.1007/s10802-011-9527-1
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217. doi: 10.1192/bjp.179.3.210
- Fraley, R. C., & Roberts, B. W. (2005). Patterns of continuity: A dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological Review*, 112, 60-74. doi: 10.1037/0033-295X.112.1.60
- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 353-376.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 47-57. doi: 10.1037//0021-843X.102.1.47
- Gibb, B. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 1-21. doi: 10.1023/B:COTR.0000016927.18027.c2
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: Relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*, 33(8), 1341-1355. doi: 10.1017/s0033291703008377
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Rohde, P., & Redner, J. E. (1993). Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents: An examination of stability and specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 607-615. doi: 10.1037/0021-843X.102.4.607
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving

- from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, *129*(3), 447-466. doi: 10.1037/0033-2909.129.3.447
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *33*(2), 412-425. doi: 10.1207/s15374424jccp3302_23
- Grant, K. E., & McMahon, S. D. (2005). Conceptualizing the role of stressors in the development of psychopathology. In B. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology* (pp. 3-31). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Groen, G., & Petermann, F. (2005). Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf und klinische Prädiktoren der Persistenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *34*(1), 10-18.
- Haeffell, G. J., & Howard, G. S. (2010). Self-report: Psychology's four letter word. *The American Journal of Psychology*, *123*(2), 181-188.
- Haeffell, G. J., & Mathew, A. R. (2010). Inside thoughts and outside influences: Cognitive vulnerability moderates the effect of decreases in perceived social support on depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(3), 281-300. doi: 10.1521/jscp.2010.29.3.281
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 368-379. doi: 10.1007/s10608-009-9259-5
- Hammen, C. L. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 555-561. doi: 10.1037//0021-843X.100.4.555
- Hammen, C. L. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hammen, C. L. (2006). Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(9), 1065-1082. doi: 10.1002/jclp.20293
- Hammen, C. L., Kim, E. Y., Eberhart, N. K., & Brennan, P. A. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety*, *26*, 718-723. doi: 10.1002/da.20571

- Hankin, B. L. (2008). Stability of cognitive vulnerabilities to depression: A short-term prospective multiwave study. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 324-333. doi: 10.1037/0021-843X.117.2.324
- Hankin, B. L. (2010). Personality and depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(4), 369. doi: 10.1521/jscp.2010.29.4.369
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2005). Depression from childhood through adolescence and adulthood. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 245-288). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of Medicine, 31*(6), 372-379. doi: 10.3109/07853899908998794
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(4), 491-504. doi: 10.1207/S15374424JCCP3104_8
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 128-140. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.128
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., & Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research, 25*(5), 607-632.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 96-110. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.96
- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007b). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development, 78*(1), 279-295. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x
- Hankin, B. L., Oppenheimer, C., Flory, K., Maples, J., & Skiles, B. (2009a). *Observed parent-child interactions cognitive vulnerability, and depression among*

- adolescents: An examination of the modeling hypothesis*. Paper presented at the Annual Meeting of Society for Research in Child Development, Denver, CO.
- Hankin, B. L., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B. G., & Goldband, J. (2009b). Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: Review of processes contributing to stability and change across time. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1327-1338. doi: 10.1002/jclp.20625
- Hankin, B. L., Stone, L., & Wright, P. A. (2010). Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology, 22*, 217-235. doi: 10.1017/S0954579409990368
- Hankin, B. L., Wetter, E., Cheely, C., & Oppenheimer, C. W. (2008). Beck's cognitive theory of depression in adolescence: Specific prediction of depressive symptoms and reciprocal influences in a multi-wave prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(4), 313-332. doi: 10.1521/ijct.2008.1.4.313
- Harkness, K. L., Lumley, M. N., & Truss, A. E. (2008). Stress generation in adolescent depression: The moderating role of child abuse and neglect. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 421-432. doi: 10.1007/s10802-007-9188-2
- Harkness, K. L., & Stewart, J. G. (2009). Symptom specificity and the prospective generation of life events in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 278-287. doi: 10.1037/a0015749
- Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B. (1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 349-354. doi: 10.1037/0021-843X.107.2.349
- Hayden, E. P., Dougherty, L. R., Maloney, B., Olino, T. M., Sheikh, H., Durbin, C. E., et al. (2008). Early-emerging cognitive vulnerability to depression and the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Journal of Affective Disorders, 107*, 227-230. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.028
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress-buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*(1), 45-62. doi: 10.1016/S0193-3973(99)80003-3

- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-421. doi: 10.1111/1464-0597.00062
- Holmes, T., & Rahe, T. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Iacoviello, B. M., Grant, D. A., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: A prospective test of sociotropy, autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 187-198. doi: 10.1007/s10608-008-9197-7
- 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.
- Ihle, W., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 263-275.
- Ingram, R. E. (2001). Developing perspectives on the cognitive-developmental origins of depression: Back is the future. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 497-504.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77-88.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). San Diego, US: Academic Press.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of Psychopathology* (pp. 32-46). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: The Guilford Press.

- Ivanova, M. Y., & Israel, A. C. (2005). Family stability as a protective factor against the influences of pessimistic attributional style on depression. *Cognitive Therapy and Research, 29*(2), 243-251. doi: 10.1007/s10608-005-3167-0
- Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Chang, C.-H. (2011). To aggregate or not to aggregate: Steps for developing and validating higher-order multidimensional constructs. *Journal of Business and Psychology, 26*(3), 241-248. doi: 10.1007/s10869-011-9238-1
- Joiner Jr., T. E., & Rudd, M. D. (1996). Toward a categorization of depression-related psychological constructs. *Cognitive Therapy and Research, 20*(1), 51-68. doi: 10.1007/BF02229243
- Joiner Jr., T. E., Wingate, L. R., Gencoz, T., & Gencoz, F. (2005). Stress generation in depression: Three studies on its resilience, possible mechanism, and symptom specificity. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(2), 236-253. doi: 10.1521/jscp.24.2.236.62272
- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited. Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry, 68*(5). doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Kaufman, J., Martin, A., King, R. A., & Charney, D. (2001). Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biological Psychiatry, 49*, 980-1001. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01127-1
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(9), 1167-1175. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x
- Keller, F., Kirchner, I., & Pössel, P. (2010). Die Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39*(4), 234-243.
- Kelley, H. H. (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist, 28*, 107-128. doi: 10.1037/h0034225
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry, 156*(6), 837-841.

- Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*, *161*(4), 631-636. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*(23), 3095-3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709
- Kim, K. J., Conger, R. D., Elder Jr., G. H., & Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, *74*(1), 127-143. doi: 10.1111/1467-8624.00525
- King, K. M., Molina, B. S. G., & Chassin, L. (2008). A state-trait model of negative life event occurrence in adolescence: Predictors of stability in the occurrence of stressors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(4), 848-859. doi: 10.1080/15374410802359643
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, manual*. New York/Toronto: Multi-Health Systems.
- Krackow, E., & Rudolph, K. D. (2008). Life stress and the accuracy of cognitive appraisals in depressed youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(2), 376-385. doi: 10.1080/15374410801955797
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., & Cook, W. (2006). Rumination in adolescents at risk for depression. *Journal of Affective Disorders*, *96*, 39-47. doi: 10.1016/j.jad.2006.05.017
- Kwon, S.-M., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy & Research*, *16*(3), 309-328. doi: 10.1007/BF01183284
- LaGrange, B., Cole, D. A., Jacquez, F. M., Ciesla, J. A., Dallaire, D. H., Pineda, A. Q., et al. (2011). Disentangling the prospective relations between maladaptive cognitions and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(3), 511-527. doi: 10.1037/a0024685

- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(1), 1-24. doi: 10.1007/s10567-006-0013-1
- Lampert, T., & Kroll, L. E. (2009). Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte* (Vol. 2, pp. 297-319). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landis, R. S., Beal, D. J., & Tesluk, P. E. (2000). A comparison of approaches to forming composite measures in structural equation models. *Organizational Research Methods, 3*(2), 186-207. doi: 10.1177/109442810032003
- Lau, J. Y. F., & Eley, T. C. (2008). Attributional style as a risk marker of genetic effects for adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(4), 849-859. doi: 10.1037/a0013943
- Lau, J. Y. F., Rijdsdijk, F. & Eley, T. C. (2006). I think, therefore I am: A twin study of attributional style in adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 47*(7), 696-703. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01532.x
- Laucht, M., Treutlein, J., Blomeyer, D., Buchmann, A. F., Schmid, B., Becker, K., et al. (2009). Interaction between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and environmental adversity for mood and anxiety psychopathology: Evidence from a high-risk community sample of young adults. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 12*, 737-747.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehmkuhl, G., Walter, D., & Lehmkuhl, U. (2008). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51*, 399-405. doi: 10.1007/s00103-008-0507-8
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 483-489. doi: 10.1037/0021-843X.108.3.483
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr., T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(2), 203-215. doi: 10.1037/0021-843X.110.2.203
- Little, S. A., & Garber, J. (2004). Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predict depressive and aggressive symptoms. *Journal of Adolescent Research, 19*(1), 63-84. doi: 10.1177/0743558403258121

- Liu, Y.-L. (2002). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting taiwanese adolescents' depressive tendency. *Adolescence*, 37(148), 823-834.
- Liu, Y.-L. (2003). The mediators between parenting and adolescent depressive symptoms: Dysfunctional attitudes and self-worth. *International Journal of Psychology*, 38(2), 91-100.
- Maier-Diewald, W., Wittchen, H.-U., Hecht, H., & Werner-Eilert, K. (1983). *Die Münchner Ereignisliste (MEL)*. München: Max Planck-Institut für Psychiatrie.
- McArdle, J. J. (2009). Latent variable modeling of differences and changes with longitudinal data. *Annual Review of Psychology*, 60, 577-605. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163612
- McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18, 681-706. doi: 10.1007/BF00931237
- Meredith, W., & Horn, J. (2001). The role of factorial invariance in modeling growth and change. In L. M. Collins & A. G. Sayer (Eds.), *New methods for the analysis of change. Decade of behavior* (pp. 203-240). Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyer, S. E., Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (2001). Major depression and the stress system: A life span perspective. *Development and Psychopathology*, 13, 565-580. doi: 10.1017/S095457940100308X
- Mezulis, A. H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A. M., & Hyde, J. S. (2010). Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 501-513. doi: 10.1007/s10608-009-9281-7
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42(6), 1012-1025. doi: 10.1037/0012-1649.42.6.1012
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339-352. doi: 10.1037/a0031994

- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, *110*(3), 406-425. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406
- Morris, M. C., Ciesla, J. A., & Garber, J. (2008). A prospective study of the cognitive-stress-model of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(4), 719-734.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus user's guide* (Vol. 7). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, *34*, 13-25. doi: 10.1016/S0896-6273(02)00653-0
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 569-582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(3), 405-422. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.405
- Olatunji, B. O., & Cole, D. A. (2009). The longitudinal structure of general and specific anxiety dimensions in children: Testing a latent trait-state-occasion model. *Psychological Assessment*, *21*(3), 412-424.
- Olsson, U. H., Foss, T., Troye, S. V., & Howell, R. D. (2000). The performance of ML, GLS, and WLS estimation in structural equation modeling under conditions of misspecification and nonnormality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *7*(4), 557-595. doi: 10.1207/s15328007sem0704_3
- Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., & Harlow, B. L. (2007). Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: Predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(3), 475-483. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.475
- Parkin, A. J., & Streete, S. (1988). Implicit and explicit memory in young children and adults. *British Journal of Psychology*, *79*(3), 361. doi: 10.1111/j.2044-8295.1988.tb02295.x

- Petersen, I. T., Bates, J. E., Goodnight, J. A., Dodge, K. A., Lansford, J. E., Pettit, G. S., et al. (2012). Interaction between serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and stressful life events in adolescent's trajectories of anxious/depressed symptoms. *Developmental Psychology, 48*(5), 1463-1475.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development, 15*, 1-12. doi: 10.1159/000271225
- 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*, 49-57. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00331-1
- Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2004). *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS & LISA: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag*. Göttingen: Hogrefe.
- Preiß, M., & Remschmidt, H. (2007). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 35*(6), 385-397.
- Prenoveau, J. M., Craske, M. G., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Rose, R. D., & Griffith, J. W. (2011). Are anxiety and depression just as stable as personality during late adolescence? Results from a three-year longitudinal latent variable study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(4), 832-843. doi: 10.1037/a0023939
- Randolph, J. J., & Dykman, B. M. (1998). Perceptions of parenting and depression-proneness in the offspring: Dysfunctional attitudes as a mediating mechanism. *Cognitive Therapy and Research, 22*(4), 377-400.
- Reinders, H. (2006). Kausalanalysen in der Längsschnittforschung. Das Crossed-Lagged-Panel Design. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 1*(4), 569-587.
- Reinecke, M. A., & Ginsburg, G. S. (2008). Cognitive-behavioral treatment of depression during childhood and adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 179-206). New York: The Guilford Press.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (Vol. 5). Bern: Verlag Hans Huber.
- Reyna, V. F., & Brainerd, C. J. (1995). Fuzzy-trace-theory: An interim synthesis. *Learning and Individual Differences, 7*, 1-75. doi: 10.1016/1041-6080(95)90031-4

- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(3), 264-271. doi: 10.1037/0021-843X.99.3.264
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(9), 1289-1298. doi: 10.1097/00004583-199411000-00010
- Romens, S. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2009). High and low cognitive risk for depression: Stability from late adolescence to early adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 480-498. doi: 10.1007/s10608-008-9219-5
- Rossmann, P. (2005). *Depressionstest für Kinder* (Vol. 2). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health, 30*(4, Suppl), 3-13. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00383-4
- Rudolph, K. D., Hammen, C. L., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology, 12*, 215-234. doi: 10.1017/S0954579400002066
- Rudolph, K. D., Kurlakowsky, K. D., & Conley, C. S. (2001). Developmental and social-contextual origins of depressive control-related beliefs and behavior. *Cognitive Therapy and Research, 25*(4), 447-475.
- Rudolph, K. D. & Hammen C. L. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development, 70*(3), 660. doi: 10.1111/1467-8624.00048
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3/4), 276-295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (Eds.). (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV* (Vol. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 25*, 487-510. doi: 10.1016/j.cpr.2005.01.005

- Schneider, W. (2000). Research on memory development: Historical trends and current themes. *International Journal of Behavioral Development, 24*(4), 407-420. doi: 10.1080/016502500750037955
- Schuster, B., Ruble, D. N., & Weinert, F. E. (1998). Causal inferences and the positivity bias in children: The role of the covariation principle. *Child Development, 69*, 1577-1596. doi: 10.2307/1132133
- Schwartz, J. A. J., & Koenig, L. J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 13-36. doi: 10.1007/BF02229241
- Seiffge-Krenke, I., & Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(6), 405-417.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine, 23*, 407-412. doi: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature, 138*, 32. doi: 10.1038/138032a0
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheikh, H., Hayden, E. P., Singh, S. M., Dougherty, L. R., Olino, T. M., Durbin, C. E., & Klein, D. N. (2008). An examination of the association between the 5-HTT promoter region polymorphism and depressogenic attributional styles in childhood. *Personality and Individual Differences, 45*(5), 425-428. doi: 10.1016/j.paid.2008.05.020
- Slade, T., & Andrews, G. (2005). Latent structure of depression in a community sample: A taxometric analysis. *Psychological Medicine, 35*, 489-497. doi: 10.1017/S0033291704003708
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Hobfoll, S. E. (1987). Objective versus subjective measurement of stress and social support: Combat-related reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 577-583. doi: 10.1037/0022-006X.55.4.577
- Stark, K. D., Hargrave, J., Hersh, B., Greenberg, M., Herren, J., & Fisher, M. (2008). Treatment of childhood depression. The ACTION treatment program. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in children and adolescents* (pp. 224-249). New York: The Guilford Press.

- Starr, L. R., Hammen, C. L., Brennan, P. A., & Najman, J. M. (2012). Serotonin transporter gene as a predictor of stress generation in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 810-818. doi: 10.1037/a0027952
- Taylor, L., & Ingram, R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(2), 202-210. doi: 10.1037/0021-843X.108.2.202
- TADS Team (2003). Treatment for adolescents with depression study (TADS): Rationale, design, and methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 531-542.
- Tram, J. C., & Cole, D. A. (2006). A multimethod examination of the stability of depressive symptoms in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 674-686. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.674
- Tran, C. V., Cole, D. A., & Weiss, B. (2012). Testing reciprocal longitudinal relations between peer victimization and depressive symptoms in young adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(3), 353-360. doi: 10.1080/15374416.2012.662674
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(4), 578-588. doi: 10.1037//0021-843X.111.4.578
- van Beek, Y., Hessen, D. J., Hutteman, R., Verhulp, E. E., & van Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or 'bias'? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(9), 973-985. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x
- Weishaupt, H., Baethge, M., Füssel, H.-P., Hetmeier, H.-W., Rauschenbach, T., Rockmann, U., et al. (2012). *Bildung in Deutschland 2012: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf* (Vol. 1). Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Weiss, B., & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology, 15*, 403-430. doi: 10.1017/S0954579403000221
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scales*. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

- Weitlauf, A. S., & Cole, D. A. (2012). Cognitive development masks support for attributional style models of depression in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 849-862. doi: 10.1007/s10802-012-9617-8
- Wetter, E., & Hankin, B. (2009). Mediation pathways through which positive and negative emotionality contribute to anhedonic symptoms of depression: A prospective study of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(4), 507-520. doi: 10.1007/s10802-009-9299-z
- Whisman, M. A., & Friedman, M. A. (1998). Interpersonal problem behaviors associated with dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research*, *22*(2), 149-160.
- Widaman, K. F. (2006). III. Missing data: What to do with or without them. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *71*(3), 42-64.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E., & Ryan, N. D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *15*(4), 571-580. doi: 10.1089/cap.2005.15.571
- Wise, E. H., & Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *10*(2), 257-266. doi: 10.1007/BF01173730
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, *28*, 109-126. doi: 10.1017/S0033291797005928
- Wothke, W. (1993). Nonpositive definite matrices in structural modeling. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 256-293). Newbury Park, CA: Sage.
- Wu, A. D., Li, Z., & Zumbo, B. D. (2007). Decoding the meaning of factorial invariance and updating the practice of multi-group confirmatory factor analysis: a demonstration with TIMSS data. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, *12*(3), 1-26.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow III., C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(1), 76-89. doi: 10.1037/0021-843X.108.1.76

7 ANHANG

Anhang A**Erhebungsinstrument für die Depressivität – Depressionstest für Kinder (DTK)**

Im Folgenden ist das Erhebungsinstrument für die Depressivität aufgeführt, wie sie in der Papierversion der Fragebogenbatterie eingesetzt wurde. Aus dem Depressionstest für Kinder (Rossmann, 2005) wurden die Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme und die Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit genutzt.

Tabelle A1

Fragebogen zu Depressivität

Bei den folgenden Fragen geht es um deine Meinung, deine Gefühle und Gedanken. Bei jedem Menschen können diese natürlich ganz unterschiedlich sein. <i>Was trifft auf dich zu?</i> Beantworte die Fragen bitte entweder mit „ja“ oder „nein“ und lass keine Fragen aus. Falls du dich nicht entscheiden kannst, wähle bitte die Antwort, die für dich noch am ehesten zutrifft.		
	ja	nein
Bist du morgens meistens gut ausgeschlafen? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärgerst du dich oft über dich? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schläfst du in der Nacht immer sehr gut? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du manchmal schreckliche Träume? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du oft Kopfschmerzen? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft den ganzen Tag müde? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirst du oft von anderen Kindern/Jugendlichen verspottet? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weinst du oft nur aus Zorn? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Denkst du oft, dass du ein schlechter Mensch bist? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Findest du, dass du hässlich aussiehst? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Denkst du oft, dass andere Kinder/Jugendliche besser sind als du? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weinst du oft? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wachst du in der Nacht oft auf? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tun dir manchmal andere Kinder/Jugendliche absichtlich weh? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabelle A1

Fragebogen zur Depressivität – fortgesetzt

Bist du oft unglücklich wegen der Schule? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft ohne Grund müde? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du oft Bauchschmerzen? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich oft krank? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du manchmal ohne besonderen Grund traurig? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du oft Angst, etwas falsch zu machen? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich oft wertlos? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft unglücklich? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchtest du manchmal von zu Hause weglaufen? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du öfter müde als deine Mitschüler? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du mehr Schmerzen als andere Kinder/Jugendliche? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft so traurig, dass du es kaum aushalten kannst? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchtest du manchmal tot sein? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du oft das Gefühl, eine Strafe zu verdienen? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannst du manchmal nur sehr schwer einschlafen? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehst du am Morgen schwer auf? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft zum Spielen/für Freizeitbeschäftigungen zu müde? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft mit dir unzufrieden? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du sehr schnell gekränkt? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machst du dir Sorgen über deine Zukunft? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Findest du, dass das Leben traurig ist? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schämst du dich oft? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bleibst du am liebsten den ganzen Tag im Bett? ^b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du mehr Sorgen als andere Kinder/Jugendliche? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich oft einsam? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen. ^a = Subskala Dysphorie/Selbstwertprobleme, ^b = Subskala Autonome Reaktion/Müdigkeit.

Anhang B**Erhebungsinstrumente für die dysfunktionalen Einstellungen – Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C) und Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J)**

Im Folgenden sind die Erhebungsinstrumente für die dysfunktionalen Einstellungen aufgeführt, wie sie in der Papierversion der Fragebogenbatterie eingesetzt wurden. Abgebildet ist zunächst die Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C; D'Alessandro & Burton, 2006). Die in kursiv geschriebene Einleitung in den Fragebogen und Items stammen aus dem englischen Originalfragebogen. Diese sind hier nur zu Vergleichszwecken angeführt. Im eigentlichen Fragebogen wurde nur die deutsche Einleitung und Übersetzung der Items genutzt. Darauf folgt die Darstellung der Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J; Keller et al., 2010) in der Kurzversion mit 20 Items.

Tabelle B1

Fragebogen zu dysfunktionalen Einstellungen in der Version für Kinder (einschl. 13 Jahre)

Unterschiedliche Menschen denken auch in unterschiedlicher Weise und glauben unterschiedliche Dinge. Was denkst du oder glaubst du? Im Folgenden findest du eine Reihe von Sätzen, die unterschiedliche Gedanken beschreiben. Gib mit deiner Antwort bitte an, wie sehr du diesen Gedanken zustimmst. Dabei kannst du zwischen den Antwortmöglichkeiten „stimme nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ auswählen. <i>Different people think in different ways and believe different things. We want to know what you think too. You are going to read a group of sentences. Tell us how much you agree with each sentence by choosing either strongly agree, mostly agree, disagree a bit, mostly agree, or strongly agree under each sentence. Remember that there are no right or wrong choices because everybody thinks in different ways.</i>					
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder/ noch	stimme teilweise zu	stimme völlig zu
Menschen werden mich nur mögen, wenn ich immer gut bin. <i>People will like me only if I am always good.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann nur dann glücklich sein, wenn mich alle Menschen, die ich kenne, mögen. <i>I can be happy only if everybody I know likes me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit klugen Ideen, sind wichtiger als Menschen mit keinen klugen Ideen. <i>People who have bright ideas are more important than people who don't have bright ideas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist sehr wichtig, was andere Menschen über mich denken. <i>What other people think about me is very important.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schöne Menschen sind glücklicher als hässliche Menschen. <i>Good-looking people are happier than ugly people.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junge Leute müssen bei allem, was sie tun, perfekt sein. <i>Young people have to be the best at everything they do.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Menschen nicht das bekommen, was sie wollen, werden sie wütend. <i>When people don't get what they want, they have to get upset.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas Dummes sage, bedeutet das, dass ich dumm bin. <i>If I say one thing that is dumb, it means I am a dumb person.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immer wenn ich einen Fehler mache, hat das schlimme Folgen. <i>Whenever I make a mistake, bad things will always happen.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss besser sein als andere Kinder. <i>I have to be better than other kids.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mich jemand nicht lieb hat, dann bedeutet das, dass mich auch niemand sonst je lieb haben wird. <i>If one person doesn't love me, nobody will ever love me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich einmal versage, werde ich immer versagen. <i>If I fail once, I will always fail.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabelle B1

Fragebogen zu dysfunktionalen Einstellungen in der Version für Kinder (einschl. 13 Jahre) – fortgesetzt

Wenn ich anderen Personen widerspreche, werden sie mich hassen. <i>If I disagree with other people, then they will hate me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas nicht perfekt beherrsche, dann sollte ich es gar nicht erst versuchen zu tun. <i>If I can't do something perfectly, I shouldn't even try to do it.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich einen Fehler mache, muss ich sehr wütend auf mich sein. <i>When I make a mistake, I should get mad at myself.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist wichtiger das zu tun, was andere von mir verlangen, als das, was ich selbst möchte. <i>It is more important to do, what other people want me to do than what I want to do.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Hilfe brauche, bedeutet das, dass ich dumm bin. <i>If I need help, it means that I am dumb.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich nur dann wohl, wenn andere Leute nette Dinge über mich sagen. <i>I can feel good only when other people say nice things about me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In allem, was ich versuche zu tun, muss ich gut sein. <i>I have to be good at everything I try.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man muss andere Kinder beeindrucken, damit sie einen mögen. <i>You have to impress other kids for them to like you.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sollte immer in der Lage sein, meine Probleme selbst zu lösen. <i>I should always be able to solve my problems all by myself.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Damit andere Leute mich mögen, muss ich in wenigstens einer Sache die Beste/der Beste sein. <i>I have to be the best in at least one thing for other people to like me.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabelle B2

Fragebogen zu dysfunktionalen Einstellungen in der Version für Jugendliche (ab 14 Jahre)

Unterschiedliche Menschen denken auch in unterschiedlicher Weise und glauben unterschiedliche Dinge. Was denkst du oder glaubst du? Im Folgenden findest du eine Reihe von Sätzen, die unterschiedliche Gedanken beschreiben. Gib mit deiner Antwort bitte an, wie sehr du diesen Gedanken zustimmst. Dabei kannst du zwischen den Antwortmöglichkeiten „stimme nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ auswählen.					
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder/ noch	stimme teilweise zu	stimme völlig zu
Ich bin nur glücklich, wenn die meisten Menschen, die ich kenne, mich bewundern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Mensch um Hilfe bittet, dann ist das ein Zeichen von Schwäche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich bei meiner Arbeit versage, dann bin ich als ganzer Mensch ein Versager.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn man etwas nicht gut kann, sollte man es erst gar nicht versuchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn jemand anderer Meinung ist als ich, bedeutet das wahrscheinlich, dass er/sie mich nicht mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich teilweise versage, ist das so schlimm wie ein kompletter Fehlschlag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man sollte nichts versuchen, wenn man nicht wirklich sicher ist, dass man Erfolg haben wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ob ich etwas wert bin, hängt größtenteils davon ab, was andere von mir halten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um etwas wert zu sein, muss ich wenigstens eine Sache richtig gut machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um ein guter Mensch zu sein, muss ich jedem helfen, der Hilfe braucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist wirklich schlimm, von Menschen zurückgewiesen zu werden, die mir wichtig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn man niemanden hat, auf den man sich verlassen kann, dann wird man wahrscheinlich sehr traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man kann nicht glücklich sein, wenn andere einen nicht mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist sehr wichtig für mich, was andere über mich denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von anderen isoliert zu sein, führt unabänderlich zum Unglücklich sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann glücklich sein, ohne von anderen Menschen geliebt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn man im Leben nicht enttäuscht werden will, darf man sich nur auf sich selbst verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um glücklich zu sein, ist es wichtig, häufig im Mittelpunkt zu stehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um bei seiner Clique gut anzukommen, ist es wichtig, sein wahres Ich zu verbergen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich zweifle oft an mir selbst und dem, was ich kann. Deshalb habe ich große Angst vor der Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang C

Erhebungsinstrument für die kritischen Lebensereignisse

Für die vorliegende Studie wurde ein halb strukturiertes Interview zur Erfassung kritischer Lebensereignisse konzipiert. Im Folgenden sind ein Auszug aus dem Testleiterhandbuch der Studie, in dem die Durchführung des Interviews erklärt wird, und der dazugehörige Protokollbogen zu finden.

Auszug aus dem Testleiterhandbuch der ZP-1-Studie zur Durchführung des Interviews zu kritischen Lebensereignissen

Anwendungshinweise:

Die Frage soll als Interview durchgeführt werden. Zunächst soll die Interviewerin die Instruktionen vorlesen.

„Im Leben eines Menschen geschehen viele Dinge, die das Leben positiv und negativ verändern können. Diese Ereignisse können verschiedene Bereiche deines Lebens betreffen - zum Beispiel Schule, Familie, Freunde, Gesundheit oder Freizeit. Einige Ereignisse können sich traurig oder wütend machen, verärgern oder auch richtig doll aufregen. Das nennen wir dann Belastung. Andere Ereignisse wiederum können dir die ganze Zeit durch den Kopf gehen und du musst die ganze Zeit daran denken. Das nennen wir dann Beschäftigung. Ich möchte nun wissen, wie das bei dir ist. Dafür stelle ich dir jetzt nacheinander zu den verschiedenen Bereichen die Frage, ob so ein Ereignis innerhalb des letzten Jahres geschehen ist und wie sehr dich das belastet oder beschäftigt hat.“

„Hast du dazu erst einmal Fragen?“

Nachdem etwaige Unklarheiten sollten abgeklärt wurden, kann mit der Befragung begonnen werden.

„Ist innerhalb des letzten Jahres ein solches Ereignis deine Eltern bzw. Familie betreffend eingetreten? – ist vielleicht ein Geschwisterchen auf die Welt gekommen, haben sich deine Eltern getrennt, ist jemand gestorben?“

- Wenn mit „**ja**“ geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: **Was ist da genau passiert?**
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: **„Wie sehr hat dich das belastet? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?“** Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?“** Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: **„Ist noch etwas passiert? (wenn das Kind zu sehr an Beispielen hängt: -vielleicht etwas, das nicht als Beispiel genannt wurde?)“** (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: nächster Bereich)
- Wenn mit „**nein**“ geantwortet wurde
 - **ankreuzen**
 - direkt zum nächsten Lebensbereich übergehen

„Ist innerhalb des letzten Jahres ein solches Ereignis innerhalb der Schule/Ausbildung eingetreten? – Hast du vielleicht eine schlechte oder besonders gute Note bekommen, ein besonderes Lob von dem/der Lehrer/in erhalten, bist du sitzengeblieben oder hast du die Schule gewechselt?“

- Wenn mit „**ja**“ geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: „**Was ist da genau passiert?**“
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: „**Wie sehr hat dich das belastet bzw. traurig gemacht? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?**“ Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?**“ Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: „**Ist noch etwas passiert? (wenn das Kind zu sehr an Beispielen hängt: -vielleicht etwas, das nicht als Beispiel genannt wurde?)**“ (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: nächster Bereich)
- Wenn mit „**nein**“ geantwortet wurde
 - **ankreuzen**
 - direkt zum nächsten Lebensbereich übergehen

„Ist innerhalb des letzten Jahres ein solches Ereignis in deiner Freizeit oder mit deinen Freunden eingetreten? – Gab es vielleicht Schwierigkeiten in deinem Freundeskreis, ist dein/e beste/r Freund/in weggezogen oder hast du neue Freunde?“

- Wenn mit „**ja**“ geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: „**Was ist da genau passiert?**“
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: „**Wie sehr hat dich das belastet bzw. traurig gemacht? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?**“ Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?**“ Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: „**Ist noch etwas passiert? (wenn das Kind zu sehr an Beispielen hängt: -vielleicht etwas, das nicht als Beispiel genannt wurde?)**“ (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: nächster Bereich)
- Wenn mit „**nein**“ geantwortet wurde
 - **ankreuzen**
 - direkt zum nächsten Lebensbereich übergehen

„Ist innerhalb des letzten Jahres ein solches Ereignis in deiner Partnerschaft eingetreten? – Hattest du vielleicht eine schöne Verabredung, eine neue Beziehung oder gab es eine Trennung? (ab 12J: Bist du / deine Freundin schwanger geworden?)“

- Wenn mit „**ja**“ geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: „**Was ist da genau passiert?**“
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: „**Wie sehr hat dich das belastet bzw. traurig gemacht? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?**“ Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?**“ Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: „**Ist noch etwas passiert? (wenn das Kind zu sehr an Beispielen hängt: -vielleicht etwas, das nicht als Beispiel genannt wurde?)**“ (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: nächster Bereich)
- Wenn mit „**nein**“ geantwortet wurde
 - **ankreuzen**
 - direkt zum nächsten Lebensbereich übergehen

„Ist innerhalb des letzten Jahres ein solches Ereignis deine Gesundheit oder die Gesundheit nahestehender Menschen betreffend eingetreten? – Hattest du oder jemand in deiner Familie vielleicht eine schwere Krankheit, warst du oder jemand anderes, den du gut kennst, lange im Krankenhaus?“

- Wenn mit „**ja**“ geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: „**Was ist da genau passiert?**“
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: „**Wie sehr hat dich das belastet bzw. traurig gemacht? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?**“ Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?**“ Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: „**Ist noch etwas passiert? (wenn das Kind zu sehr an Beispielen hängt: -vielleicht etwas, das nicht als Beispiel genannt wurde?)**“ (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: nächster Bereich)
- Wenn mit „**nein**“ geantwortet wurde
 - **ankreuzen**
 - direkt zum nächsten Lebensbereich übergehen

„Gibt es da noch etwas anderes, was dir einfällt, aber bisher nicht reingepasst hat? Also gab es etwas, was dich so richtig traurig gemacht, verärgert oder so richtig wütend gemacht hat. Oder ist etwas passiert, was dir lange durch den Kopf ging, worüber du lange nachdenken musstest?“

- Wenn mit **„ja“** geantwortet wurde (**ankreuzen**)
 - genauer nach dem Ereignis fragen: **„Was ist da genau passiert?“**
 - das Ereignis zusammengefasst bzw. in Stichworten aufschreiben
 - nach jeweiliger Belastung fragen: **„Wie sehr hat dich das belastet bzw. traurig gemacht? -nicht belastet (0), wenig belastet (1), stark belastet (2) oder sehr stark belastet (3)?“** Je nach Belastung die zugehörige Ziffer in Spalte Bel einfügen.
 - nach jeweiliger Beschäftigung mit dem Thema fragen: **Wie sehr hat dich das beschäftigt? -nicht beschäftigt (0), wenig beschäftigt (1), stark beschäftigt (2) oder sehr stark beschäftigt (3)?“** Je nach Beschäftigung die zugehörige Ziffer in Spalte Bes einfügen.
 - Es sind mehrere Ereignisse je Bereich möglich → nachfragen: **„Ist noch etwas passiert?“** (wenn ja: dieselbe Prozedur wiederholen; wenn nein: Ende der Befragung)
- Wenn mit **„nein“** geantwortet wurde
 - **Ankreuzen**
 - Ende der Befragung

Ende der Befragung: **„Vielen Dank!“** bzw. bei berichteten Ereignissen **„Vielen Dank für deine Offenheit!“ für dein Vertrauen und deine Ehrlichkeit!“**

Tabelle C1

Protokollbogen des Interviews zu kritischen Lebensereignissen

„Im Leben eines Menschen geschehen viele Dinge, die das Leben positiv und negativ verändern können. Diese Ereignisse können verschiedene Bereiche deines Lebens betreffen - zum Beispiel Schule, Familie, Freunde, Gesundheit oder Freizeit. Einige Ereignisse können dich traurig oder wütend machen, verärgern oder auch richtig doll aufregen. Das nennen wir dann Belastung. Andere Ereignisse wiederum können dich die ganze Zeit durch den Kopf gehen und du musst die ganze Zeit daran denken. Das nennen wir dann Beschäftigung. Ich möchte nun wissen, wie das bei dir ist. Dafür stelle ich dir jetzt nacheinander zu den verschiedenen Bereichen die Frage, ob so ein Ereignis innerhalb des letzten Jahres geschehen ist und wie sehr dich das belastet oder beschäftigt hat.“

„Hast du dazu erst einmal Fragen?“

	ja	nein	falls ja, was genau?	Bel	Bes
Eltern/Familie (z. B. Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, Tod)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schule/Ausbildung (z. B. schlechte Schulnote, Schulwechsel, Sitzenbleiben, Schulabbruch, Abschluss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Freizeit/Freunde (z. B. Schwierigkeiten mit Freundeskreis, Wegzug der/s besten Freundin/es)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Partnerschaft (z. B. neue Beziehung, Trennung, Schwangerschaft)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Gesundheit (z. B. schwere Krankheit, längerer Krankenhausaufenthalt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Anhang D**Tabellen zu fehlenden Werten in den Instrumenten der dysfunktionalen Einstellungen und Depressivität zum ersten und zweiten Messzeitpunkt****Fehlende Werte zum ersten Messzeitpunkt t3**

Tabelle D1

Übersicht über fehlende Werte der Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C) zu t3

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t3_cDAS_1	915	2,37	1,24	3	0,3
t3_cDAS_2	915	2,29	1,25	3	0,3
t3_cDAS_3	914	1,76	1,06	4	0,4
t3_cDAS_4	915	2,85	1,30	3	0,3
t3_cDAS_5	912	2,09	1,21	6	0,7
t3_cDAS_6	915	1,68	0,98	3	0,3
t3_cDAS_7	914	2,54	1,14	4	0,4
t3_cDAS_8	915	1,45	0,76	3	0,3
t3_cDAS_9	914	1,82	0,98	4	0,4
t3_cDAS_10	916	1,64	0,96	2	0,2
t3_cDAS_11	916	1,27	0,64	2	0,2
t3_cDAS_12	915	1,22	0,56	3	0,3
t3_cDAS_13	915	1,52	0,75	3	0,3
t3_cDAS_14	915	1,47	0,82	3	0,3
t3_cDAS_15	915	1,68	0,92	3	0,3
t3_cDAS_16	916	1,86	1,05	2	0,2
t3_cDAS_17	915	1,19	0,54	3	0,3
t3_cDAS_18	916	2,45	1,18	2	0,2
t3_cDAS_19	916	1,84	1,02	2	0,2
t3_cDAS_20	913	1,66	0,91	5	0,5
t3_cDAS_21	913	3,14	1,23	5	0,5
t3_cDAS_22	913	1,74	0,98	5	0,5

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle D2

Übersicht über fehlende Werte der Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J) zu t3

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t3_jDAS_1	556	2,29	1,13	2	0,4
t3_jDAS_2	556	1,47	0,89	2	0,4
t3_jDAS_3	556	1,56	0,89	2	0,4
t3_jDAS_4	556	1,50	0,76	2	0,4
t3_jDAS_5	556	1,35	0,69	2	0,4
t3_jDAS_6	556	1,67	0,94	2	0,4
t3_jDAS_7	556	1,45	0,72	2	0,4
t3_jDAS_8	556	1,93	1,11	2	0,4
t3_jDAS_9	556	2,17	1,26	2	0,4
t3_jDAS_10	556	3,15	1,19	2	0,4
t3_jDAS_11	556	4,23	0,98	2	0,4
t3_jDAS_12	556	4,20	0,94	2	0,4
t3_jDAS_13	556	3,26	1,18	2	0,4
t3_jDAS_14	556	3,16	1,15	2	0,4
t3_jDAS_15	556	3,30	1,21	2	0,4
t3_jDAS_16	555	2,37	1,20	3	0,5
t3_jDAS_17	556	2,23	1,16	2	0,4
t3_jDAS_18	556	1,65	0,82	2	0,4
t3_jDAS_19	556	1,45	0,86	2	0,4
t3_jDAS_20	556	2,42	1,28	2	0,4

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle D3

Übersicht über fehlende Werte des Depressionstests für Kinder (DTK) zu t3

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t3_DTK_1	1470	0,37	0,48	6	0,4
t3_DTK_2	1470	0,28	0,45	6	0,4
t3_DTK_3	1469	0,72	0,45	7	0,5
t3_DTK_4	1468	0,37	0,48	8	0,5
t3_DTK_5	1470	0,24	0,43	6	0,4
t3_DTK_6	1470	0,27	0,44	6	0,4
t3_DTK_7	1470	0,04	0,19	6	0,4
t3_DTK_8	1470	0,11	0,31	6	0,4
t3_DTK_9	1469	0,09	0,29	7	0,5
t3_DTK_10	1468	0,13	0,34	8	0,5
t3_DTK_11	1468	0,37	0,48	8	0,5
t3_DTK_12	1469	0,12	0,33	7	0,5
t3_DTK_13	1469	0,20	0,40	7	0,5
t3_DTK_14	1469	0,11	0,32	7	0,5
t3_DTK_15	1468	0,19	0,40	8	0,5
t3_DTK_16	1468	0,26	0,44	8	0,5
t3_DTK_17	1470	0,15	0,36	6	0,4
t3_DTK_18	1468	0,11	0,32	8	0,5
t3_DTK_19	1470	0,18	0,38	6	0,4
t3_DTK_20	1468	0,35	0,48	8	0,5
t3_DTK_21	1470	0,10	0,30	6	0,4
t3_DTK_22	1470	0,15	0,35	6	0,4
t3_DTK_23	1469	0,13	0,34	7	0,5
t3_DTK_24	1470	0,21	0,41	6	0,4
t3_DTK_25	1469	0,09	0,28	7	0,5
t3_DTK_26	1470	0,07	0,26	6	0,4
t3_DTK_27	1470	0,09	0,28	6	0,4
t3_DTK_28	1470	0,13	0,34	6	0,4
t3_DTK_29	1470	0,50	0,50	6	0,4
t3_DTK_30	1469	0,59	0,49	7	0,5
t3_DTK_31	1470	0,06	0,24	6	0,4
t3_DTK_32	1470	0,24	0,43	6	0,4
t3_DTK_33	1470	0,19	0,39	6	0,4
t3_DTK_34	1469	0,35	0,48	7	0,5
t3_DTK_35	1470	0,07	0,25	6	0,4
t3_DTK_36	1470	0,09	0,29	6	0,4
t3_DTK_37	1469	0,28	0,45	7	0,5
t3_DTK_38	1469	0,11	0,32	7	0,5
t3_DTK_39	1470	0,12	0,32	6	0,4

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Fehlende Werte zum ersten Messzeitpunkt t4

Tabelle D4

Übersicht über fehlende Werte der Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C) zu t4

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t4_cDAS_1	432	2,39	1,15	0	0
t4_cDAS_2	432	2,19	1,15	0	0
t4_cDAS_3	432	1,75	1,00	0	0
t4_cDAS_4	432	2,94	1,22	0	0
t4_cDAS_5	432	2,02	1,09	0	0
t4_cDAS_6	432	1,51	0,82	0	0
t4_cDAS_7	432	2,48	1,05	0	0
t4_cDAS_8	432	1,43	0,73	0	0
t4_cDAS_9	432	1,68	0,88	0	0
t4_cDAS_10	432	1,62	0,92	0	0
t4_cDAS_11	432	1,20	0,52	0	0
t4_cDAS_12	432	1,16	0,47	0	0
t4_cDAS_13	432	1,40	0,69	0	0
t4_cDAS_14	432	1,35	0,65	0	0
t4_cDAS_15	432	1,52	0,78	0	0
t4_cDAS_16	432	1,60	0,84	0	0
t4_cDAS_17	432	1,14	0,47	0	0
t4_cDAS_18	432	2,27	1,03	0	0
t4_cDAS_19	432	1,70	0,94	0	0
t4_cDAS_20	432	1,59	0,85	0	0
t4_cDAS_21	432	3,11	1,23	0	0
t4_cDAS_22	432	1,64	0,89	0	0

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle D5

Übersicht über fehlende Werte der Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J) zu t4

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t4_jDAS_1	621	2,18	1,06	0	0
t4_jDAS_2	621	1,35	0,69	0	0
t4_jDAS_3	621	1,48	0,83	0	0
t4_jDAS_4	621	1,54	0,79	0	0
t4_jDAS_5	621	1,29	0,58	0	0
t4_jDAS_6	621	1,63	0,93	0	0
t4_jDAS_7	621	1,50	0,81	0	0
t4_jDAS_8	621	1,85	1,04	0	0
t4_jDAS_9	621	2,07	1,22	0	0
t4_jDAS_10	621	3,01	1,18	0	0
t4_jDAS_11	621	4,27	0,85	0	0
t4_jDAS_12	621	4,24	0,82	0	0
t4_jDAS_13	621	3,13	1,15	0	0
t4_jDAS_14	621	3,14	1,14	0	0
t4_jDAS_15	621	3,31	1,20	0	0
t4_jDAS_16	621	2,39	1,14	0	0
t4_jDAS_17	621	2,21	1,14	0	0
t4_jDAS_18	621	1,57	0,76	0	0
t4_jDAS_19	621	1,48	0,91	0	0
t4_jDAS_20	621	2,33	1,28	0	0

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle D7

Übersicht über fehlende Werte des Depressionstests für Kinder (DTK) zu t4

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Fehlende Werte	
				Anzahl	%
t4_DTK_1	1053	0,35	0,48	0	0
t4_DTK_2	1053	0,28	0,45	0	0
t4_DTK_3	1053	0,71	0,45	0	0
t4_DTK_4	1053	0,27	0,44	0	0
t4_DTK_5	1053	0,22	0,41	0	0
t4_DTK_6	1053	0,27	0,45	0	0
t4_DTK_7	1053	0,02	0,13	0	0
t4_DTK_8	1053	0,09	0,29	0	0
t4_DTK_9	1053	0,08	0,27	0	0
t4_DTK_10	1053	0,12	0,33	0	0
t4_DTK_11	1053	0,31	0,46	0	0
t4_DTK_12	1053	0,12	0,33	0	0
t4_DTK_13	1053	0,13	0,33	0	0
t4_DTK_14	1053	0,04	0,19	0	0
t4_DTK_15	1053	0,16	0,37	0	0
t4_DTK_16	1053	0,25	0,44	0	0
t4_DTK_17	1052	0,13	0,34	1	0,1
t4_DTK_18	1053	0,10	0,30	0	0
t4_DTK_19	1053	0,19	0,39	0	0
t4_DTK_20	1053	0,30	0,46	0	0
t4_DTK_21	1053	0,09	0,28	0	0
t4_DTK_22	1053	0,13	0,34	0	0
t4_DTK_23	1053	0,10	0,30	0	0
t4_DTK_24	1053	0,19	0,40	0	0
t4_DTK_25	1053	0,08	0,27	0	0
t4_DTK_26	1053	0,05	0,21	0	0
t4_DTK_27	1053	0,07	0,25	0	0
t4_DTK_28	1053	0,06	0,25	0	0
t4_DTK_29	1053	0,37	0,48	0	0
t4_DTK_30	1053	0,56	0,50	0	0
t4_DTK_31	1053	0,07	0,26	0	0
t4_DTK_32	1053	0,21	0,41	0	0
t4_DTK_33	1053	0,19	0,39	0	0
t4_DTK_34	1053	0,37	0,48	0	0
t4_DTK_35	1053	0,06	0,24	0	0
t4_DTK_36	1053	0,08	0,27	0	0
t4_DTK_37	1053	0,23	0,42	0	0
t4_DTK_38	1053	0,10	0,30	0	0
t4_DTK_39	1053	0,11	0,31	0	0

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Anhang E**Analyse des Geschlechtseffekts auf die durchschnittliche Belastung durch kritische Lebensereignisse**

Tabelle E1

Mittelwertevergleich der durchschnittlichen Belastung durch kritische Lebensereignisse für Mädchen und Jungen in der Gesamtstichprobe

	Mädchen	Jungen	<i>t</i>	df	ESd
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Gesamtstichprobe	1,28 (0,74)	1,05 (0,71)	5,979	1472	.31

Anmerkungen. $n_{\text{Mädchen}} = 734$, $n_{\text{Jungen}} = 740$ *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *ESd* = Effektstärke: Cohen's *d*.

Tabelle E2

Mittelwertevergleich der durchschnittlichen Belastung durch kritische Lebensereignisse für Mädchen und Jungen getrennt für Kinder und Jugendliche

	Mädchen	Jungen	<i>t</i>	df	ESd
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Kinder	1,19 (0,77)	1,00 (0,71)	3,896	894,323	.26
Jugendliche	1,40 (0,68)	1,14 (0,71)	4,524	555	.38

Anmerkungen. $n_{\text{KiMä}} = 442$, $n_{\text{KiJu}} = 475$, $n_{\text{JuMä}} = 292$, $n_{\text{JuJu}} = 265$; *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *ESd* = Effektstärke: Cohens' *d*.

Erklärung

Hiermit versichere ich, die Dissertationsarbeit „Dysfunktionale Einstellungen und Depression im Kindes- und Jugendalter. Eine längsschnittliche Analyse der dysfunktionalen Einstellungen als Ursache, Begleiterscheinung oder Konsequenz depressiver Symptomatik“ selbstständig angefertigt zu haben.

Die Arbeit wird zur Promotion im Fach Psychologie eingereicht und ist selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst worden. Bei der Abfassung wurden nur die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche gekennzeichnet. Die Dissertation ist in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden. Ich habe an keiner anderen Hochschule ein Promotionsverfahren eröffnet.

Berlin, 24. September 2014

Fidan Sahyazici-Knaak