



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Prävention und Intervention bei depressiven Störungen im Kindesalter am Beispiel MindBook

Verfasserin

Marlies Mersits

gemeinsam mit

Christopher Eicher

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2014

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Anmerkungen

Das dieser Arbeit zugrundeliegende Programm „MindBook“ und dessen Evaluation wurden gemeinsam im Kollegium von Marlies Mersits und Christopher Eicher konzipiert, entwickelt, geplant und durchgeführt.

In den beiden individuellen Diplomarbeiten des Kollegiums sind aufgrund dessen idente Textpassagen zu finden, die mittels eines expliziten Verweises kenntlich gemacht wurden.

Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Da in der deutschen Sprache durch den generischen Maskulin beide Geschlechter gleichermaßen miteinbezogen werden, werden diese Bezeichnungen als nicht geschlechtsspezifisch angesehen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
I. THEORETISCHER HINTERGRUND.....		9
2.	Depressive Störungen im Kindesalter	10
2.2.	Epidemiologie.....	11
2.3.	Komorbidität	14
2.4.	Erklärungsansätze	14
2.5.	Prävention, Intervention und Neue Medien	17
2.5.1.	<i>Computerspiele in der Verhaltenstherapie mit Kindern</i>	18
2.5.2.	<i>Klinische Intervention, Psychotherapie und Internet</i>	20
3.	MindBook – Ein computerbasierter, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz zur Prävention und Intervention von Depressionen im Kindesalter	24
3.1.	Spielbeschreibung	24
3.2.	Spielelemente	25
3.3.	Spielablauf	28
II. EMPIRISCHER TEIL		33
4.	Darstellung der wissenschaftlichen Studie	34
4.1.	Zielsetzung	34

4.2. Studiendesign	34
4.3. Untersuchungsstichprobe	34
4.4. Untersuchungsdurchführung	35
5. Methode.....	37
5.1. Fragestellungen und Hypothesen	37
5.2. Erhebungsinstrumente.....	38
5.2.1 <i>Darstellung der Erhebungsinstrumente</i>	38
5.2.1 <i>Reliabilität aller Subskalen zu den Erhebungszeitpunkte</i>	40
5.3. Statistische Analyseverfahren	41
6. Ergebnisse	43
6.1. Data Cleaning	43
6.2. Deskriptive Statistik	44
6.2.1. <i>Stichprobe</i>	44
6.3. Hypothesenprüfung	46
7. Interpretation und Diskussion	55
8. Kritik und Ausblick	59
8.1. Kritische Auseinandersetzung mit der vorliegenden Untersuchung	59
8.2. Ausblick	62
9. Zusammenfassungen.....	67
9.1. Zusammenfassung.....	67
9.2. Abstract.....	68

10.	Literatur	69
11.	Tabellen und Abbildungen	77
12.	Abkürzungsverzeichnis	81
 III ANHANG.....		82

1. Einleitung

- *Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Problemen, sondern der Mut mit ihnen umzugehen.* -

- Jesuit Rössler, 19. Jhdt. -

Wesentliche Argumente für die Prävention psychischer Störungen im Kindesalter sind deren hohe Prävalenzrate wie auch die mangelnde elterliche Nutzung von professionellen Hilfsmaßnahmen. Hinzu kommen die eingeschränkte Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei zu später Inanspruchnahme und die lebenslangen Folgen von psychosozialer Belastung in der Kindheit (Heinrichs, Döpfner & Petermann, 2008). Darüber hinaus ist das Risiko für einen chronischen oder rezidivierenden Verlauf sowie weitere psychische Störungen hoch und reicht bis in das Erwachsenenalter hinein. In gleichem Maße ist – zusätzlich zur persönlichen Leidensgeschichte – von hohen und langfristigen öffentlichen Kosten für die Behandlung und weiteren Komplikationen, wie etwa Arbeitszeitausfälle oder Frühberentungen, die zudem sogar den finanziellen Aufwand zur Behandlung unterschiedlicher physischer Erkrankungen übersteigen, auszugehen. Aufgrund dessen ist es notwendig, Maßnahmen zu entwickeln, die das Auftreten von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Vorfeld verringern. (Groen & Petermann, 2011)

So handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Gruppendiplomarbeit, die aus der gemeinsamen Entwicklung (Kapitel 3) und Evaluation (Kapitel 4f) des computerbasierten Programms MindBook, dessen primäres Ziel die Prävention und Intervention von Depressionen im Kindesalter ist, hervorgeht. Beide Diplomarbeiten setzen sich mit dem Aufbau und der Evaluation des Programms auseinander, wobei sich Christopher Eicher vorrangig auf die Konzeption, die Umsetzung von Therapieinhalten mittels interaktiver Elemente und deren Darstellung in computerbasierten Therapieprogrammen konzentriert. Der Schwerpunkt der vorliegenden Diplomarbeit liegt hingegen auf einer theoretischen Aufbereitung des Themas der depressiven Störung im Kindesalter sowie deren Prävention und Intervention im Zusammenhang mit *Neuen Medien* (Kapitel 2).

Die Zielsetzung der Arbeit, das Design der Studie, die Untersuchungsstichprobe sowie das Vorgehen in der Untersuchung werden in Kapitel 4 dargestellt. Im Methodenteil werden die Fragestellungen wie auch die daraus resultierende Hypothesen spezi-

fiziert. Ebenso erfolgt eine Beschreibung der eingesetzten Untersuchungsmaterialien und statistischen Analyseverfahren. Im Ergebnisteil werden das Vorgehen im Data Cleaning¹, eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe anhand der erhobenen demographischen Daten wie auch die Analysen hinsichtlich der Untersuchungshypothesen abgehandelt. Abschließend werden in Kapitel 7 die Untersuchungsergebnisse interpretiert, diskutiert und mit den maßgebenden theoretischen Erkenntnissen in Beziehung gesetzt.

¹ = Datenbereinigung, in der Fehler entfernt oder korrigiert werden sollen (Kübart, Grimmer & Hipp, 2005)

I. Theoretischer Hintergrund

2. Depressive Störungen im Kindesalter

Im folgenden Kapitel wird ein theoretischer Überblick über depressive Störungen bei Kindern gegeben. Auf die zu Anfang dargelegte Beschreibung und Klassifikation folgt die Betrachtung der Epidemiologie. Anschließend werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Erklärungsansätze anhand aktueller Forschungsergebnisse näher erläutert.

2.1. Beschreibung und Klassifikation

Nach Groen und Petermann (2008a) sind Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Lust- und Freudlosigkeit vorübergehende Stimmungen im Gefühlsalltag von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Bei manchen Kindern sind diese negativen Emotionen jedoch stärker ausgeprägt und dauern länger an. Sie beginnen, begleitet von weiteren typischen Symptomen, das Erleben und Verhalten zu beeinträchtigen. So werden in Folge die sozialen Beziehungen, Schulleistungen sowie Freizeitbeschäftigungen der betroffenen Kinder negativ beeinflusst. Depressionen sind im Kindes- und vor allem im Jugendalter ein weit verbreitetes und ernsthaftes Gesundheitsproblem. Nicht nur vereinzelt haben depressive Störungen bei Erwachsenen ihre Vorläufer in deren Kindheit oder Jugend. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation „zählt die Depression weltweit zu den schwerwiegendsten Erkrankungen, in ihrem Ausmaß, in dem sie Lebenszeit und Lebensqualität beeinträchtigen“ (Groen & Petermann, 2008a, S. 427).

Die gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV gehen davon aus, dass sich eine depressive Störung im Kindes- und Jugendalter im Prinzip gleich wie jene im Erwachsenenalter äußern kann. Jede Altersstufe basiert hier auf beinahe einheitliche diagnostische Kriterien. In Abbildung 1 werden die Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10 (Groen & Petermann, 2008a) dargestellt.

Zwei der folgenden drei Kernsymptome müssen über mindestens zwei Wochen vorliegen:

- Deutliche und anhaltende depressive Stimmung
- Interessen- oder Freudeverlust
- verminderter Antrieb oder geistige Ermüdbarkeit.

Darüber hinaus müssen weitere dieser Symptome vorliegen:

- Wenig Selbstvertrauen und geringes Selbstwertgefühl
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- Suizidgedanken und suizidales Verhalten
- Konzentrationsschwierigkeiten und Unentschlossenheit
- psychomotorische Unruhe oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

Depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33) können in ihrem Schweregrad entsprechend der Anzahl der Symptome und dem Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen weiter unterteilt werden.

Abbildung 1. Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10 (Groen & Petermann, 2008a, S.429)

Bei Vorliegen einer Depression im Kindesalter können nach Groen & Petermann (2008a) darüber hinaus einige entwicklungstypische Merkmale, wie Reizbarkeit, Trennungsängste, häufige körperliche Beschwerden, wie etwa Kopf- und Bauchschmerzen, sozialer Rückzug und Isolation sowie Langeweile auftreten.

2.2. Epidemiologie

Im Folgenden werden die Verbreitung von Depressionen und ihre sozialen Folgen mit Fokus auf die damit in Zusammenhang stehende Auftretenshäufigkeit, Geburtskohorteneffekt sowie den psychosoziale Beeinträchtigungen näher erläutert.

2.2.1. Auftretenshäufigkeit

Während bei Kindern depressive Symptome zwar beobachtbar, jedoch nur selten in ein vollständiges Bild einer depressiven Störung eingebettet sind, stellen Depressio-

nen im Jugendalter eine der häufigsten und schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen dar (Pössel, 2009). Bei Kindern wird die Prävalenz depressiver Störungen meist auf 1 bis 2 % geschätzt. Zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr steigt diese jedoch deutlich an und erreicht eine Verbreitung ähnlich jener im Erwachsenenalter (Groen & Petermann, 2011). Aktuell (hier spricht man von Punktprävalenz) sind laut Petermann (2011) zwischen 2 und 4 % aller Jugendlichen von einer Depression betroffen.

In Studien zur Geschlechtsverteilung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter bei Kindern zeigt sich kein konsistenter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Ab dem Eintritt in die Pubertät treten Depressionen hingegen gehäuft beim weiblichen Geschlecht auf. Wie auch später bei erwachsenen Frauen, liegt bei Mädchen doppelt so häufig eine depressive Störung vor. (Pössel, 2009)

2.2.2. Geburtskohorteneffekt

Aus unterschiedlichen Studien (u.a. Collishaw, Maughan, Natarajan, & Pickles, 2010) geht hervor, dass die Verbreitung von Depression über die letzten Jahre und Jahrzehnte hinweg in der Gesamtbevölkerung und besonders bei Kindern und Jugendlichen angestiegen ist. In Studien, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden, in Familienstudien und aufgrund der Analyse von Krankenhausdaten zeigte sich laut Groen und Petermann (2011) ein Anstieg der Prävalenz depressiver Störungen oder zumindest depressiver Symptome bei Personen späterer Geburtsjahrgänge sowie eine Abnahme des durchschnittlichen Alters bei depressivem Störungsbeginn. Dieser Geburtskohorteneffekt konnte bei einer Zusammenfassung zahlreicher Studien der Cross-National Collaborative Group, die in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden und deren Gesamtstichprobe über 43.000 Menschen umfasste, bestätigt werden (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993). Costello, Erkanli, und Angold (2006) stellten in einer Metaanalyse von 26 epidemiologischen Studien mit insgesamt knapp 60.000 Jugendlichen der Geburtsjahrgänge von 1965 bis 1996, keinen Anstieg in der Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen in späteren Geburtsjahrgängen fest.

Groen und Petermann (2011) schließen eher auf eine in den letzten Jahren und Jahrzehnten verstärkten Wahrnehmung der früher im Kindes- und Jugendalter selten diagnostizierten Depression und auf keinen tatsächlichen Anstieg. Für einen möglichen Anstieg an depressiven Störungen werden mögliche methodische Effekte sowie unter anderem unterschiedliche soziale und gesellschaftliche Wirkfaktoren (z.B. veränderte Familienstrukturen, höhere allgemeine Stressbelastung, verstärkter Druck sowie höhere Erwartungen im Bildungsbereich oder kulturelle Einflüsse) diskutiert (Groen & Petermann, 2011).

2.2.3. Psychosoziale Beeinträchtigungen

Depressive Kinder weisen häufig ernsthafte psychosoziale Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebens- und Funktionsbereichen sowie Probleme bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen auf (Groen & Petermann, 2011). Zu den psychosozialen Beeinträchtigungen und Problemen depressiver Kinder zählen unter anderem zwischenmenschliche Probleme, wie schlechtere Beziehungen und weniger intensive Kontakte zu Gleichaltrigen, Familienmitgliedern und sonstigen Bezugspersonen, allgemein beeinträchtigte soziale Kompetenzen, reduzierte Leistungsfähigkeit, schulische Probleme, durchschnittlich mehr Probleme im Alltag sowie höhere belastende Erfahrungen, negative Denkmuster und delinquente Verhaltensweisen (u.a. Fergusson & Woodward, 2002).

Die Depression und die angeführten Beeinträchtigungen können sich, durch den beeinträchtigten Aufbau altersgemäßer sozialer, kognitiver und emotionaler Kompetenzen, längerfristig auf die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder auswirken. Jedoch ist der Großteil der genannten Begleiterscheinungen und Komplikationen relativ unspezifisch und auch bei Kindern mit anderen psychischen Störungen beobachtbar. Häufig kann nicht genau differenziert werden, bei welchen dieser Probleme es sich um eine Begleiterscheinung, Folge oder Ursache handelt. Oftmals scheinen unterschiedliche Beeinträchtigungen, wie etwa soziale oder schulische Probleme sowie negative Denkmuster in einem gewissen Maß bereits vor dem Vorliegen einer Depression vorhanden zu sein, die später in Folge der Störung deutlich verschärft werden. (Groen & Petermann, 2011)

2.3. Komorbidität

In der Psychopathologie des Kindesalters findet sich laut Groen und Petermann (2011) vielfach das Phänomen des zeitgleichen Auftretens verschiedener Symptome und Störungen. 40 bis 70% der Kinder und Jugendlichen mit einer vorliegenden Depression leiden unter mindestens einer weiteren psychischen Störung (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Komorbide Störungen sind häufig mit stärkeren psychosozialen Beeinträchtigungen, einer schlechteren Verlaufsprognose sowie geringerem Behandlungserfolg verbunden (Groen & Petermann, 2011). Die individuelle sowie auch die gesellschaftliche Situation wird bei depressiven Kindern durch die mit dieser Störung einhergehenden Komorbiditäten und psychosozialen Begleiterscheinungen erschwert (Pössel, 2009). Darüber hinaus wird aktuell davon ausgegangen, dass bei Vorliegen einer depressiven Störung bei Kindern diese mindestens genauso häufig mit einer weiteren Störung einhergeht, als nur ausschließlich ihre alleinige Diagnose. Zu den häufigsten Komorbiditäten einer Depression im Kindesalter zählen aggressiv-dissoziales Verhalten, Hyperaktivität, Aufmerksamkeits- und Angststörungen (Groen & Petermann, 2011). Zeitliche sowie ätiologische Zusammenhänge zwischen dem Auftreten einer Depression und anderen psychischen Störungen können dabei im Einzelnen sehr unterschiedlich ausfallen (Pössel, 2009).

2.4. Erklärungsansätze

Laut Groen und Petermann (2011) kann die Frage nach den Ursachen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Depressionen im Kindesalter noch nicht eindeutig und umfassend beantwortet werden, da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine einheitliche, empirisch gestützte Theorie hierzu vorliegt. Viele unterschiedliche Faktoren scheinen daran beteiligt zu sein und verschiedenartige Entwicklungspfade sind möglich.

Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf dem Präventions- und Interventionsprogramm MindBook und dessen Evaluation liegt und besagtes Programm auf Basis des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzeptes MATCH-ADC (Chorpita & Weisz, 2005) entwickelt wurde, wird in diesem Kapitel primär auf die diesbezüglichen Erklärungsansätze eingegangen. Zuvor werden im Folgenden konzeptuelle Überlegungen

zur Entstehung und Verursachung von depressiven Störungen im Kindesalter dargelegt.

2.4.1. Konzeptuelle Überlegungen zu Risikofaktoren und Erklärungskonzepten

Wie auch bei vielen anderen psychischen Störungen geht man heute bei der depressiven Störung von multifaktoriellen Ursachen aus. Die Entwicklung und der Verlauf einer Depression wird sehen diese als einen komplexen biopsychosozialer Prozess an, wobei die detaillierten Wirkmechanismen und spezifischen Zusammenhänge der beteiligten Faktoren im Einzelnen nicht bekannt sind. (Groen & Petermann, 2008a)

So verschiedenartig und komplex wie das Erscheinungsbild der Depression sind auch ihre möglichen Entstehungsbedingungen. Aus heutiger Sicht können sehr unterschiedliche Risikokonstellationen und Entwicklungswege zu einer depressiven Störung führen, was als *Äquifinalität* bezeichnet wird. *Multifinalität* beschreibt die Tatsache, dass viele Faktoren, die bei der Entwicklung einer Depression beteiligt sind, auch zur Entstehung anderer psychischer Störungen beitragen können. (Groen & Petermann, 2011)

Zu den Risikofaktoren der Entwicklung einer Depression im Kindesalter biologische Faktoren wie weibliches Geschlecht sowie genetische Übertragung von einem depressiven Elternteil. Darüber hinaus begünstigen kognitiv-emotionale Faktoren, wie eine defizitäre Problemlösefähigkeit und ein verzerrt negatives Selbstbild, familiäre Faktoren (z.B. psychisch erkranktes Elternteil, Misshandlung), eine geringe Qualität der Eltern-Kind-Bindung, kritische Lebensereignisse sowie Stress das Auftreten einer Depression bei Kindern. (Groen & Petermann, 2008a)

Eine große Anzahl der bisher vorliegenden Ansätze zur Erklärung von Depression geht von einem Diathese-Stress-Modell aus. Hierbei wird angenommen, dass die Entstehung einer Störung durch die Interaktion zwischen der Vulnerabilität eines Menschen (Diathese bzw. Störungsbereitschaft oder -veranlagung) und umgebungsbezogenen Risikofaktoren (Stress) bedingt wird. Die Vulnerabilität wird als umwelt- und/oder genetisch bedingte Anfälligkeit gegenüber Stressoren angesehen, die das

Risiko des Auftretens einer Störung erhöht. Zentral ist dieser Ansatz vor allem für unterschiedliche kognitive Erklärungsmodelle der Depression. Ein Beispiel hierfür ist die Annahme, dass ein Stressor etwa in Form einer schweren Enttäuschung eher zu einer depressiven Störung führen kann, wenn der Betroffene über ein niedriges Selbstwertgefühl sowie ein negatives Attributionsmuster verfügt oder keine Bewältigungsfähigkeiten (als Vulnerabilität) vorliegen. (Groen & Petermann, 2011)

2.4.2. Kognitiv - verhaltenstherapeutische Störungskonzepte

Kognitive Erklärungskonzepte sind heute insbesondere deshalb von großer Bedeutung für die Behandlung depressiver Störungen, da aus ihnen zentrale Bestandteile kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieansätze abgeleitet werden (Groen & Petermann, 2011). Nach Pössel und Hautzinger (2006) gelten die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze als effektivstes psychotherapeutisches Vorgehen bei der Behandlung von Depressionen im Kindesalter.

Kognitive Modelle gehen von der Annahme aus, dass bei Personen vor oder während einer depressiven Störung spezifische dysfunktionale Kognitionen entwickelt, aktiviert oder verstärkt werden, die einen Einfluss auf die Entstehung oder den weiteren Verlauf der Depression nehmen. Verzerrte, einseitige und ungünstige Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster führen bei den Betroffenen zu einer negativen Bewertung des Selbst und der Umwelt sowie zu einer selektiven Filterung entsprechender Hinweisreize aus ihrer Umwelt. Kognitive Erklärungsmodelle führen darüber hinaus die depressionsfördernden Kognition häufig auf negative Erfahrungen in der frühen Kindheit zurück, die im weiteren Lebensverlauf durch aktuelle Belastungen erneut ausgelöst und intensiviert werden. Im Kindesalter befinden sich unterschiedliche, relevante kognitive und affektive Strukturen wie etwa Attributionsmuster, Kontrollüberzeugungen oder Selbstwertgefühl noch in einer grundsätzlichen Entwicklung. Sich neu entwickelnde kognitive Muster bauen auf vorliegende Strukturen auf und bilden ebenso die Basis für zukünftige kognitive Entwicklungen. (Groen & Petermann, 2011)

Beispielgebend für die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Störungskonzepte wird im Folgenden auf das *kognitive Modell der Depression* von Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1996) eingegangen.

Die kognitive Theorie von Beck (Beck et al., 1996) ist eines der zentralen kognitiv orientierten Modelle der Depression, das vorerst überwiegend für das Erwachsenenalter konzipiert und später auf Kinder und Jugendliche übertragen wurde. Die grundlegende Annahme dieser Theorie ist die Neigung depressiver Menschen zu irrationalen, negativen Gedankenmustern und logischen Denkfehlern hinsichtlich der Wahrnehmung und Bewertung der Umwelt sowie der eigenen Erfahrungen. Die grundlegenden Elemente der Depression sind die „kognitive Triade“, stabile kognitive Verarbeitungsmuster („Schemata“) sowie eine fehlerhafte Informationsverarbeitung („kognitive Fehler“). Die kognitive Triade steht für die negativen Bewertungen der eigenen Person, der Erfahrungen, der Umwelt und Zukunft: Betroffene sehen sich aufgrund ihres negativen Selbstbildes als fehlerhaft, unzulänglich sowie schlecht. Negative Erfahrungen werden in der eigenen Person begründet. Depressive Menschen halten sich für nicht liebenswert, unterschätzen und kritisieren sich. Hinsichtlich ihrer Zukunft erwarten sie Niederlagen und Probleme. Als Schemata werden manifeste kognitive Verarbeitungsmuster definiert, anhand derer Reize bestimmter Situationen wahrgenommen, bewertet und in eigene Erfahrungen strukturiert werden. Typische kognitive Fehler bei depressiven Menschen sind etwa die Maximierung – Überbewertung der Bedeutung von kleineren Fehlern und Mängeln – sowie die Personalisation, unter der man Rückschluss von äußeren Ereignissen auf die eigene Person versteht, selbst wenn keine Grundlage für diesen Zusammenhang vorliegt. Überdies hinaus ist die Interaktion der Betroffenen mit ihrer Umwelt wesentlich. Aufgrund ihrer spezifischen negativen Interpretations- und Reaktionsmuster begegnet das Umfeld depressiven Menschen häufig mit Ablehnung sowie Abwendung. Dies wiederum kann eine verstärkte Selbstkritik und -ablehnung bzw. die Aufrechterhaltung negativer kognitiver Schemata zur Folge haben. (Beck et al., 1996)

2.5. Prävention, Intervention und Neue Medien

Das in der vorliegenden Untersuchung im Fokus stehenden MindBook-Programm (Kapitel 3) stellt - basierend auf dem MATCH-ADC (Chorpita & Weisz, 2005), das die wirksamsten Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie vereinigt - eine computerbasierte Lernplattform dar. Aufgrund dessen wird im Folgenden der Einsatz von PC-Spielen in der Verhaltenstherapie mit Kindern thematisiert (Kapitel 2.5.1). Überdies

hinaus wird - da es sich bei MindBook um eine Onlineversion handelt - in Kapitel 2.5.2 auf klinische Interventionen und Psychotherapie im Internet eingegangen.

2.5.1. Computerspiele in der Verhaltenstherapie mit Kindern

Bei vielen Erwachsenen scheint noch kaum ein Bewusstsein bezüglich dessen vorhanden zu sein, wie selbstverständlich die Nutzung von Internet und Computer für Kinder und Jugendliche mittlerweile ist. Computer und Internet sind für viele Kinder ein selbstverständlicher Teil ihres Alltags geworden, sie nutzen das Internet mehr als jede andere Altersgruppe. Darüber hinaus gehört inzwischen tägliches computerspielen bei Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen zur Norm. (Brezinka, 2009)

Die Begeisterung für die genannten *Neuen Medien* bei der heranwachsenden Generation wurde schon vor etlichen Jahren als *passionate love affair* bezeichnet (Papert, 1996, zitiert nach Brezinka, 2009). Darüber hinaus haben Kinder und Jugendliche gegenüber Erwachsenen einen Vorsprung an technologischem Verständnis, da sie als *native speakers* mit neuen Medien aufgewachsen sind, während selbst die computerversiertesten Erwachsenen in der Terminologie von Prensky (2003) *digital immigrants* bleiben.

In Relation zu den zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten zu negativen Konsequenzen von Computerspielen behandeln nur wenige Publikationen das innovative Potenzial von Computerspielen sowie eventuelle positive Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche. Als *edutainment* – eine sprachliche Verbindung aus education und entertainment – werde jene Spiele bezeichnet, die Kindern und Jugendlichen Spaß bereiten sollen und so konzipiert sind, dass ihnen nach Möglichkeiten nicht bewusst ist, dass sie während des Spielens etwas lernen. Dieser Ansatz basiert jedoch auf der Annahme, dass Lernen ausschließlich erfreulich ist, wenn es dem Lernenden nicht bewusst ist. Aufgrund dessen seien Lerninhalte in einem Computerspiel zu verstecken. Jedoch bestehen Zweifel, ob diese Voraussetzung richtig bzw. für die weitere Entwicklung digitaler Lernspiele sinnvoll ist. Computerspiele kommen in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern derzeit noch kaum zur Anwendung, obwohl einige Autoren (u.a. Olsen-Rando, 1995) diesen Einsatz bereits seit vielen Jahren befürworten. In der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen

hingegen werden immer häufiger Computer und Internet zur Unterstützung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme eingesetzt. Auf internetbasierter Psychotherapie im Allgemeinen und deren Wirksamkeit wird im nachfolgenden Abschnitt 2.5.2 ausführlich eingegangen. Diese computer- und/oder internetbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme setzen sich oftmals aus einer Kombination von direktem Kontakt mit dem Therapeuten und einem computer-unterstützendem Selbsthilfeprogramm zusammen. Im Gegensatz zur Behandlung Erwachsener ist bei jener von Kindern der Spielaspekt zentral. Aufgrund dessen müssen die therapeutischen Erkenntnisse für ein psychotherapeutisches Computerspiel in ein attraktives *Serious Game* umgesetzt werden. Serious Games verstehen sich als nicht traditionelle Lernspiele und haben ihren Ursprung in Entwicklungen für militärische Zwecke der USA. „Bronkie the Bronchiosaurus“ ist eines der ersten Serious Games für Kinder, das von der amerikanischen Psychologin Lieberman für an Asthma erkrankte Kinder konzipiert wurde. Die Effekte dieses Spieles wurden in einem gesteigerten gesundheitsbezogenem Verhalten sowie signifikant selteneren Arztbesuchen begründet. Vor allem der psychoedukative Anteil der Psychotherapie bei Kindern eignet sich als Einsatz in Form passender Computerspiele, die den Erwerb und das Training von neuem Wissen auf angenehme Weise ermöglichen. Entgegen der üblichen Auffassung von Lernspielen sollte das Kind in psychotherapeutischen Computerspielen darauf hingewiesen werden, dass es in dem Spiel Wichtiges über sich selbst und andere Menschen lernen kann. (Brezinka, 2009)

Den vorliegenden Abschnitt schließen soll der nachfolgende Überblick, der in Abbildung 2 Vorteile (Brezinka, 2009; Abeles et al., 2009) und Grenzen des Einsatzes von Computerspielen in der Therapie aufzeigt.

Vorteile:

- Computerbasierte Therapieprogramme sind – im Gegensatz zu herkömmlichen therapeutischen Einheiten - jederzeit und überall zugänglich.
- Eine negative Einflussnahme hinsichtlich der tagesabhängigen Konstitution - zum Beispiel der Konzentrationsfähigkeit - des Therapeuten wird bei diesen Programmen unterbunden.
- Psychotherapeutische Computerspiele bieten die Möglichkeit, dem Therapeuten bei der Strukturierung und Planung des Therapieablaufs behilflich zu sein.
- Die Betriebskosten dieser PC-Spiele sind potenziell geringer als die einer herkömmlichen therapeutischen Behandlung.
- Es wird angenommen, dass die Motivation von Kindern bei der Anwendung von PC-Spielen - vergleicht man sie mit denselben Aufgabenstellungen auf Papier - durch die Faszination die Spiele wie diese ausüben, gesteigert wird.
- Das innovative Potenzial psychotherapeutischer PC-Spiele kommt auch bei der Übersetzung in andere Sprachen zum Tragen, da dies vergleichsweise relativ wenig Aufwand erfordert. So können Spiele dieser Art auch Gruppen ansprechen, die mit traditionellen Angeboten zumeist nur minder gut erreicht werden können, wie etwa Kinder, welche die Landessprache nicht ausreichend beherrschen.

Grenzen:

- Therapeutische PC-Spiele ohne begleitende Psychotherapie reichen nicht aus um die psychische Störung eines Kindes zu beheben.
- Der Mehrwert eines Computerspieles dieser Art kommt besteht nur, wenn es von einer Fachperson eingesetzt wird.

Abbildung 2. Vorteile (Brezinka, 2009; Abeles et al., 2009) und Nachteile (Brezinka, 2009) therapeutischer Computerspiele

2.5.2. Klinische Intervention, Psychotherapie und Internet

Ein beachtlicher Anteil der psychosozialen Versorgung findet vermehrt auch unter Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien statt: von Online-Selbsthilfegruppen, über virtuelle Beratungsangebote bis hin zu internetbasierten Interventionsprogrammen unterschiedlicher Störungs- und Problembereiche mit und ohne (unterstützenden) Onlinekontakt zu einem Therapeuten. Dementsprechend ist - wird über Zusammenhänge von digitalen Medien und psychischer Gesundheit gesprochen – auch der Begriff *E-Mental-Health* zu finden. Aufgrund der breiten Nutzung von Internet- und Mobilkommunikation haben sich etwa nicht nur Wirtschaft, Bildung und soziale Beziehungen verändert, auch Einflüsse auf das Gesundheitswesen werden erkennbar. So gaben etwa bei einer Umfrage 83% der befragten

Deutschen als Hauptgrund für Internetrecherchen die Suche nach Gesundheitsinformationen an. Dabei werden gerade bei psychosozialen Problemen häufig nicht nur Informationsangebote primär im psychoedukativen Sinne, sondern ebenso direkte Unterstützung durch professionelle Helfer gesucht (Eichenberg & Ott, 2011).

Ungeachtet der Tatsache, dass dieser Forschungsbereich noch relativ jung ist, wurde der Bereich der internetbasierten Interventionen in den letzten Jahren eingehend auf seine Wirksamkeit hin untersucht. Vielzählige Metaanalysen zu den unterschiedlichsten Störungsbildern und Angebotsformen wurden publiziert (u.a. Andersson, & Cuijpers, 2009). Die weite Verbreitung des Internets, die gute Erreichbarkeit und das niedrigschwellige, psychotherapeutische Behandlungsangebot begünstigten das große Maß der durchgeführten, entsprechenden Studien. Der große Zuspruch, der diese Studien von Seiten der Patienten entgegengebracht wird, spiegelt auch eine hohe Bereitschaft wieder, diese neue Therapieform zu nutzen. In der bisher umfangreichsten Metaanalyse über die Wirksamkeit von internetbasierter Psychotherapie, die insgesamt 92 Studien umfasste, konnte dargelegt werden, dass der mittlere Behandlungseffekt - gemittelt über alle Störungsbilder und Interventionsformen - bei 0.53 liegt (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008). Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit jenem einer herkömmlichen ambulanten Therapie. Darüber hinaus wurden einzelne Wirkfaktoren, wie etwa die Therapieform untersucht. Hierbei erzielte die kognitive Verhaltenstherapie, im Folgenden mit KBT abgekürzt, – im Vergleich zur Psychoedukation oder der reinen Verhaltenstherapie - den größten Behandlungseffekt. Die in dieser Metaanalyse evaluierten Therapien beruhen fast alle auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Hieraus lässt sich schließen, dass sich das manualbasierte Arbeiten mit dem Patienten besonders gut ins Internet übertragen zu lassen scheint. (Wagner & Maercker, 2011)

Wie Eichenberg und Ott (2011) in ihrer Literaturanalyse einer Wirksamkeitsstudie (Ott, 2003) zu den internetbasierten Interventionsprogrammen – im Folgenden mit IBI abgekürzt - zeigten, liegen für eine Reihe von Störungsbildern kontrollierte Evaluationsstudien mit fast ausschließlich positiven Wirksamkeitsnachweisen vor. Dies trifft vor allem auf Angststörungen zu, sowie auch für (sekundär-) präventive Effekte bei Essstörungen und substanzbezogene Störungen (Tossman, Jordan, & Fleischer, 2006). Im Gegensatz dazu sind die ermittelten Effektstärken bei der Behandlung von

depressiven Erkrankungen und von Adipositas via IBI vergleichsweise gering. Unter den eingesetzten Methoden fanden sich – ähnlich wie bei der Metaanalyse von Wagner und Maercker (2011) - in der besagten Wirksamkeitsstudie fast ausschließlich kognitiv-behaviorale Verfahren. In 71,9% aller Studien wurden die IBI-Verfahren zur Behandlung eingesetzt. 19,1% der Studien hatten die Prävention und 9,0% die Rehabilitation zum Ziel. Der Elaborationsgrad der in den Studien umgesetzten Interventionsprogramme, die für depressive Störungen konzipiert wurden, war sehr unterschiedlich: Setzten manche Programme lediglich eine kognitive Technik in einem eher trivialen Setting (5- bzw. 10-minütiges Lesen positiver Selbstaussagen über einen Zeitraum von drei Wochen) um, waren andere Behandlungen wiederum sehr komplex. Diese nutzten nicht nur verschiedene Webdienste, sondern banden auch Internetmodule in verschiedene Behandlungssettings ein (z. B. zur Unterstützung des „case management“). An einer klinischen Stichprobe konnte der Nachweis erbracht werden, dass die KBT-Depression-Behandlung bei Jugendlichen via Videokonferenz genauso erfolgreich war wie im herkömmlichen Setting (Nelson, Barnard, & Cain, 2003).

Als Beispielprogramme für den depressiven Störungsbereich stellten Eichenberg und Ott (2011) das australische internetbasierte KBT- Programm *MoodGYM* vor. Dieses hat einen vorwiegend präventiven Charakter und wurde für die Altersgruppe der Jugendlichen und Adoleszenten konzipiert. MoodGYM setzt sich aus fünf Modulen (z. B. Screening-Instrumente zur Rückmeldung potenzieller Depressions- und Angstsymptome, Übungen, die zum Ziel das Erkennen und Verändern dysfunktionaler Gedanken haben, Verhaltenstechniken zur Steigerung des Selbstbewusstseins sowie der physischen und sozialen Aktivität, Entspannungsübungen, Problemlösungsstrategien) zusammen, die – wie das MindBook-Programm (Kapitel 3) - Übungsblätter, interaktive Spiele und Audiodateien integrieren. Zu MoodGYM wurden von den Autoren des Programms eine Reihe von Evaluationsstudien durchgeführt (z. B. Griffiths & Christensen, 2007). In einer kontrollierten Studie zeigte sich bezüglich des Rückgangs depressiver Symptome und Selbstbewusstseinssteigerung bei den teilnehmenden 15 bis 16-jährigen Jungen ein vergleichsweise kleiner Effekt, der jedoch in der „Follow-up“-Erhebung nicht mehr feststellbar war (Eichenberg & Ott, 2011).

Die Wirksamkeitsforschung hinsichtlich der Psychotherapie im Kindesalter hat neben spezifischen – unter anderem psychotherapeutisch schulspezifischen – Faktoren die Bedeutung von allgemeinen Wirkfaktoren (Grawe, 1998) hervorgebracht und betont, die im Folgenden in

Abbildung 3 erläutert werden und zugleich diesen Abschnitt zur Prävention und Intervention bei Depressionen im Kindesalter schließen sollen.

- **Ressourcenaktivierung:** Anknüpfen an vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, an Stärken des Jugendlichen bzw. des Kindes und seiner Familie, die Motivation zur Mitarbeit und Erwartung von Erfolgen und eine gute therapeutische Beziehung.
- **Problemaktualisierung:** Die relevanten zu verändernden Probleme sollen auch im Rahmen der Therapie auftreten bzw. real erfahren werden (z.B. in der Übertragung, in spielerischen Interventionen, in der Vorstellung, bei Interventionen im Alltag und therapeutischen Hausaufgaben).
- **Kognitiv-affektive Klärung:** Gemeinsames Erarbeiten eines Störungskonzeptes bzw. eines Verständnisses von der Bedeutung und Funktion der Symptome vor dem Hintergrund eigener Ziele und Werte und den bisherigen Lebenserfahrungen (vgl. auch Psychoedukation, siehe Abbildung 4).
- **Hilfe zur Problembewältigung:** Aktive Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt, es werden alltagstaugliche Strategien vermittelt, um Schwierigkeiten und Symptome zu bewältigen.

Abbildung 3. Allgemeine bzw. unspezifische Wirkfaktoren (Grawe,1998)

3. MindBook – Ein computerbasierter, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz zur Prävention und Intervention von depressiven Störungen im Kindesalter

Dieses Kapitel wurde gemeinsam von Marlies Mersits und Christopher Eicher verfasst.

Das folgende Kapitel dient der Beschreibung des MindBook-Programmes (Kapitel 3.1) sowie der Darstellung des Spielelemente (Kapitel 3.2) und des Spielablaufs (Kapitel 3.3). Visualisierte Auszüge aus dem MindBook-Programm sind im Anhang zu finden.

3.1. Spielbeschreibung

MindBook ist ein Computerspiel, das am *Games4Resilience Lab* an der Fakultät für Psychologie unter der Leitung von Univ.-Prof. Mag. Dr. Manuel Sprung von Marlies Mersits und Christopher Eicher zur Prävention und Förderung von psychischer Gesundheit im Kindesalter entwickelt und evaluiert wurde. MindBook ist unter anderem konzipiert um Kindern multimedial und spielerisch Strategien mit dem Umgang von negativen Kognitionen, Emotionen und Stress zu vermitteln. MindBook ist eine computerbasierte, interaktive Lernplattform, die im Stil eines sozialen Netzwerkes gehalten ist und online verfügbar ist. Mit der Hilfe von MindBook werden Kindern auf spielerischem und interaktivem Weg verschiedene Problemlösestrategien und Ressourcen vermittelt, um verschiedene Herausforderungen des alltäglichen Lebens erfolgreich zu meistern und ein positives Selbstbild zu stärken.

Das soziale Netzwerk im Spiel ist vollständig fiktiv und basiert primär auf Inhalten des Modular Approach to Therapy for Children-Programms (Chorpita & Weisz, 2005) – im Folgenden mit MATCH-ADC abgekürzt. Das MATCH-ADC wurde anhand von aktuellen Studien zu den wirksamsten Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt. So finden sich in MindBook auch die Bausteine der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindesalter (Groen & Petermann, 2008b) – die in Abbildung 4 aufgelistet und näher erläutert werden – wieder.

- **Psychoedukation:** Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen über Symptomatik, Hintergründe, Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten
- **Aufbau und Förderung von Freizeitinteressen und angenehmen Aktivitäten:** Verständnis, dass Befindlichkeit von eigener Aktivität beeinflusst wird. Entwicklung, Planung und Umsetzung angenehmer Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten.
- **Training sozialer Kompetenzen:** Förderung sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme. Stärkung von Durchsetzungsvermögen und Selbstbehauptung.
- **Kognitive Umstrukturierung:** Erkenntnis, dass Gefühle und Verhalten von eigenen Gedanken und Bewertungsmustern beeinflusst werden. Prüfung und Relativierung ungünstiger und einseitig negativer Vorstellungen
- **Problemlösetraining:** Entwicklung von Strategien, Probleme gezielt und schrittweise anzugehen und zu bewältigen.
- **Verbesserung von Selbstkontrolle:** Förderung der Setzung von realistischen Zielen, sich wirkungsvoller zu steuern und sich besser wahrzunehmen, zu be-

Abbildung 4. Bausteine der kognitiven Verhaltenstherapie (Groen & Petermann, 2008b)

Bestehend aus der Lernplattform, Videos, Spielen, Übungsblättern sowie Merksätzen, wird das MindBook-Programm innerhalb von vier Sitzungen á 30 Minuten durchlaufen. Die unterschiedlichen Spielelemente wurden so konzipiert, dass sie eine Integration dieser Strategien in den Alltag fördern und erleichtern.

3.2. Spielelemente

Im Folgenden werden zunächst jene MindBook-Elemente dargelegt, die charakteristisch für die Lernplattform und in jeder Sitzung enthalten sind. Anschließend werden die Inhalte der einzelnen Sitzungen in chronologischer Abfolge näher erläutert. Sämtliche Inhalte wurden in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie konzipiert und von Mersits und Eicher generiert.

Das *Gefühlswetter* (7-stufig, dargestellt anhand von Grafiken mit Wetterabbildungen – Range reicht von Grafik mit strahlendem Sonnenschein und wolkenlosem Himmel bis zu einem Gewitter) wird nach jedem MindBook-Login für den Tag der aktuellen Sitzung, sowie für die Zeit zwischen den MindBook-Besuchen abgefragt. Dieses Element des Programms stellt ein Äquivalent zu dem Konzept des „Feelings Thermometer“ (Chorpita & Weisz, 2005) dar. Darüber hinaus ist das Gefühlswetter in Form einer Historie – angelehnt an den „Daily Feelings Record“ (Chorpita & Weisz, 2005) - auf der Profalseite des Nutzers sichtbar. Das Ziel hierbei ist die Stimmung des Kindes über den gesamten Zeitraum der Programmdauer zu erfassen, sowie dessen positive und traurige Gefühle zu erfassen (Chorpita & Weisz, 2005).

Ein weiteres Element sind die *Freunde* des MindBook-Nutzers, die in Form von *Postings*² - häufig in Verbindung mit einer entsprechenden als Foto dargestellten Grafik - von Situationen aus ihrem Alltag sowie ihrem Gefühlszustand berichten. Darüber hinaus verdeutlichen diese wie unterschiedlich man in seinem Denken, Fühlen und Handeln auf Ereignisse reagieren kann. Es wurden hierzu u.a. mittels des Grafikprogrammes „Pixton“³ eine Datenbank generiert, die sich aus einer großen Anzahl von Profilen mit Bildern, Lieblingsaktivitäten und den besagten Postings der einzelnen Freunde zusammensetzt. Die Entwicklung der MindBook-Freunde erfolgte nach den drei Gruppen Positiv (hierzu zählen Eigenschaften wie optimistisch, sportlich, beliebt), Neutral (stellt die Mitte zwischen den zwei Ausrichtungen Positiv und Negativ dar, ist durchschnittlich) und Negativ (Charaktere, die zum Beispiel mürrisch, traurig oder Einzelgänger sind). Entsprechend der Zugehörigkeit zu diesen drei Gruppen, wurde den MindBook-Freunden Namen wie etwa Phil Cool (Gruppe Positiv), Betti Schlau (Gruppe Neutral) und Jasmin Ratlos (Gruppe Negativ) gegeben.

Um das Potential der computerbasierten Vorgabe für dieses Element ausnutzen und erproben zu können, wurde auf Basis der durch das Gefühlswetter gesammelten Daten ein Algorithmus konzipiert, der die Darstellung von MindBook an die Selbstdarstellung des MindBook-Nutzers anpasst. Hierfür wurde jeder Abstufung der Gefühlswetter-Skala ein Zahlenwert zwischen -3 und +3 zugeordnet. Die Anpassung des

² Ableitung von *posten* = in Internetforen und Weblogs schreiben

<http://www.duden.de/node/815612/revisions/1161380/view> (letzter Zugriff am 13.11.2013)

³ <http://www.pixton.com/>

Programms bezieht sich dabei auf die angezeigte und zugängliche Anzahl der Freunde bzw. ihrer Profilseiten in MindBook (siehe Tabelle 1). Anzumerken ist, dass ab einem Stimmungswert von +1 (also einem Wert im positiven Bereich) die negativen Freunde nur mehr zu der in MindBook angezeigten Gesamtanzahl dazugerechnet werden, ihre Profile und Postings aber nicht mehr aufscheinen. Wird der positive Bereich im Zuge folgender Sitzungen wieder verlassen, so erscheinen auch wieder die Beiträge und Profile der negativen Freunde.

Folglich verändert sich MindBook in dieser Hinsicht von Sitzung zu Sitzung und simuliert die Fluktuation und Variation von Kontakten in sozialen Netzwerken.

Tabelle 1

Übersicht Aufteilung und Anzahl der Freunde nach Stimmungswert

Stimmungswert	negative Freunde	neutrale Freunde	positive Freunde	Freunde Gesamt
äußerst negativ (-3)	26	0	0	26
negativ (-2)	23	8	0	31
etwas negativ (-1)	16	10	7	33
neutral / Baseline (0)	10	12	16	38
etwas positiv (+1)	17	12	20	49
positiv (+2)	24	12	25	61
äußerst positiv (+3)	31	12	29	72

Der *Aktivitätenplaner*, angelehnt an das Konzept „Scheduling Time for Fun“ (Chorpita & Weisz, 2005), ist in Form eines Kalenders dargestellt und soll dem MindBook-Nutzer zur Planung der Freizeit in der kommenden Woche dienen. Der MindBook-Nutzer kann, ausgehend von der MindBook-Hauptseite, hierauf jederzeit per Klick auf das entsprechende Symbol zugreifen. Zur Auswahl steht eine Vielzahl an Bildern, die verschiedene Freizeitaktivitäten, Sportarten und allgemeine Zeitvertreibe repräsentieren. Diese können mit der Maus bewegt und den freien Feldern der Wochentage beigelegt werden.

Ein wesentliches MindBook-Element, die *Werkzeugkiste*, basiert auf dem Konzept der „Toolbox“ (Chorpita & Weisz, 2005). Um dieses Konzept in MindBook zu integrieren, wurde zunächst die Grafik bzw. das Icon⁴ zur Werkzeugkiste entworfen. Die Re-

⁴ = grafisches Symbol für Anwendungsprogramme, Dateien u. Ä. auf dem Bildschirm

präsentation der mittels MindBook vermittelten Strategien und psychoedukativen Inhalte als Werkzeuge, und deren Aufbewahrung in der Werkzeugkiste wird bereits in der ersten Sitzung aufgegriffen (siehe Kapitel 3.3) und ist auch im deutschen Sprachgebrauch problemlos anwendbar. Sie dient als separate Seite in MindBook, in welcher sich im Fortlauf der Sitzungen sämtliche bereits behandelten Inhalte ansammeln und erneut zugänglich werden.

Die *MindBook-Videos* mit ihren Charakteren, ziehen sich wie ein roter Faden durch das Programm. Sie sind im Comic-Stil gehalten, wurden von Mersits unter Verwendung des Programmes „goAnimate“⁵ generiert und mittels der Aufnahme- und Bearbeitungssoftware „Audacity“⁶ von Eicher eingesprochen.

Am Ende jeder MindBook-Sitzung werden auf der Lernplattform *Übungsblätter* zur Verfügung gestellt, die in der Zeit zwischen den einzelnen Sitzungen zur Aneignung und Festigung der soeben dargebotenen Lerninhalte dienen. Während der Untersuchung, die in der vorliegenden Arbeit im Mittelpunkt steht, wurden der Versuchsgruppe diese Übungsblätter in ausgedruckter Form ausgehändigt.

3.3. Spielablauf

Am Beginn der *ersten MindBook-Nutzung* steht die Registrierung mittels eines neuen Benutzerkontos. Der Schutz der persönlichen Daten erfolgt über die Abfrage eines Benutzernamens, sowie dem vom MindBook-Nutzer selbst gewählten Passworts. Anschließend wird der MindBook-Nutzer mittels eines Videos von der animierten Figur Max, die durch alle vier Sitzungen führt, begrüßt. Es folgt eine virtuelle Führung durch die Lernplattform anhand eines Screenshotvideos⁷, das die unterschiedlichen Funktionen sowie die Bedienung der Benutzeroberfläche erklärt. Beispielsweise wird dargestellt wie man als MindBook-Nutzer auf andere Freundesprofile zugreifen kann, wo die Übersicht der eigenen Informationen zu finden ist und wie die Sitzung beendet werden kann. Als nächstes wählt der MindBook-Nutzer aus einer Datenbank von Profilbildern im Comic-Stil, jene Figur, die ihm am liebsten ist. Dies soll der Identifika-

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Icon> (letzter Zugriff am 16.02.2014)

⁵ <http://goanimate.com>

⁶ <http://audacity.sourceforge.net>

⁷ Screenshot = fotoähnliche Abbildung oder Speicherung dessen, was auf dem Bildschirm zu sehen ist
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Screenshot> (letzter Zugriff am 16.02.2014)

tion mit der präferierten Figur und in weiterer Folge zur Steigerung der Motivation führen.

Nachdem das aktuelle Gefühlswetter angegeben wurde, erreicht der Nutzer zum ersten Mal die MindBook-Hauptseite, die als Überblick zum aktuellen Geschehen innerhalb von MindBook dient. Darüber hinaus bietet die MindBook-Hauptseite Zugang zu allen weiteren Inhalten und beinhaltet die Auflistung aktueller Postings der MindBook-Freunde.

Wie auch in allen weiteren Sitzungen, wird der Sitzungsablauf semi-strukturiert vorgegeben. Der Grund hierfür ist, den MindBook-Nutzern – angelehnt an die Struktur sozialer Netzwerke - die Möglichkeit zu bieten, das Programm und andere Freundschaftsprofil aus eigenem Antrieb und Interesse zu erkunden. Um zugleich aber auch die Kerninhalte jeder Sitzung in einem standardisierten Zeitrahmen vermitteln zu können, werden die dazugehörigen Videos und Aktivitäten nach einer bestimmten Zeitdauer automatisch gestartet.

Es folgt die Auswahl an Aktivitäten, die der MindBook-Nutzer bevorzugt ausübt (angelehnt an „Ten Things I Can Do to Feel Better“; Chorpita & Weisz, 2005). Die Auswahl an Lieblingsaktivitäten funktioniert über eine Reihe integrierbarer Bilder, die eine Vielzahl vorgegebener typischer Freizeitaktivitäten und -beschäftigungen darstellen und vom MindBook-Nutzer individuell zu einer Liste zusammengefügt werden können. Die besagte Auswahl ist in weiterer Folge auch Bestandteil der persönlichen Profilseite des MindBook-Nutzers und können jederzeit geändert werden.

Als nächstes wird ein Video mit psychoedukativem Charakter abgespielt, das an das Konzept „Doing Something Fun to Feel Better“ (Chorpita & Weisz, 2005) angelehnt ist. Es werden zwei animierte Charaktere vorgestellt, die mit einem Tag, der voll von negativen Erlebnissen ist, unterschiedlich umgehen. Im Konkreten ziehen sie sich entweder zurück oder reagieren mit einer positiven Aktivität (wie etwa sich mit Freunden zu treffen), die in Folge einen positiven Einfluss auf ihre Stimmung hat. Anschließend wird in einfachen Worten zusammenfassend erklärt, dass - je nachdem mit welcher Form von Handlung bzw. Aktivität man auf Problemsituationen reagiert - der Gefühlszustand positiv oder negativ beeinflusst werden kann. Es folgt eine Psychoedukation mittels Video, angelehnt an „Feeling-Thinking-Doing“ (Chorpita & Weisz, 2005), die dem Kind vermitteln soll, dass sich die Stimmung durch das eigene Verhalten und die Art der Gedanken kontrollieren lässt (Chorpita & Weisz,

2005). Dies dient zur Ergänzung bzw. Erweiterung des vorangegangenen Videos um den Faktor „Kognitionen“. Das Ziel hierbei ist es ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die eigenen Emotionen durch positive/negative Kognitionen und Handlungen beeinflusst werden können, somit ein hoher Zusammenhang zwischen Denken, Fühlen und Handeln besteht. Am Ende der MindBook-Sitzung bekommt der MindBook-Nutzer das Übungsblatt „Wie ich meine Gefühle zeige“, das dem „How I Show My Feelings Worksheet“ (Chorpita & Weisz, 2005) nachempfunden ist.

Die *zweite MindBook-Sitzung* legt den primären Fokus auf die Vermittlung und Übung von unterschiedlichen Entspannungstechniken. Wie nach jedem Login hat der MindBook-Nutzer zunächst einige Minuten Zeit seine Profilinhalte anzupassen sowie Veränderungen in den Postings – sichtbar auf der MindBook-Hauptseite - und den zugänglichen Freundesprofilen, die aus einer potentiellen Veränderung der Gefühlsbaseline (siehe Kapitel 3.2) resultieren, zu erkunden. Anschließend startet der Beginn einer, durch die Sitzung führenden Videosequenz. Diese bietet eine Verknüpfung zwischen den einzelnen Inhalten der aktuellen Sitzung und verschiedenen interaktiven Elementen. Das besagte Video beginnt mit einer kurzen Einführung zum Thema der aktuellen Sitzung, vermittelt die Entspannungstechnik des tiefen, langsamen Einatmens – „Slow your Breathing“ (Chorpita & Weisz, 2005) und erläutert das Konzept der „Chilloutzone“ – jener Ort, an dem sich der MindBook-Nutzer am liebsten entspannt - angelehnt an „My Relaxing Place“ (Chorpita & Weisz, 2005). An dieser Stelle kann der Nutzer aus einer Anzahl an Bildern wählen, die unterschiedliche Hintergründe, Landschaften und Szenarien darstellen, die die individuelle „Chilloutzone“ repräsentieren sollen. Zu den Inhalten psychoedukativem Charakters, die zwischen dem Video präsentiert werden zählen die Audiofiles „Learning to Relax“, „Ort der Ruhe“, „Reise durch den Körper“ sowie „Keine schlechte Laune mehr“ (Reeker-Lange, Aden, & Seyffert, 2010), die allesamt zu Übungen der Progressiven Muskelentspannung für Kinder zählen und von dem Kollegen Eicher eingesprochen wurden. Die Sitzung schließt mit dem Bereitstellen der Übungsblätter „Meine Chilloutzone“ und „Entspannung zu Hause“, die den Elementen „My Relaxing Place“ und „Relaxing at Home“ (Chorpita & Weisz, 2005) nachempfunden sind.

Kerninhalt der *dritten Sitzung* ist die Vermittlung von Problemlösestrategien, vor allem in Form der „5 Schritte zur Problemlösung“ (Chorpita & Weisz, 2005), deren psychoedukativen Einführung und Darstellung am Beginn der Trainingseinheit steht. Darüber hinaus ist die interaktive Umsetzung und Erprobung der genannten Problemlösestrategie innerhalb eines Spieles ein weiteres wesentliches Element dieser MindBook-Sitzung. Das Ziel des Spieles ist es, dem MindBook-Nutzer problematische Alltagssituationen näherzubringen, adaptive und maladaptive Problemlösestrategien zu präsentieren sowie das Verständnis der „5 Schritte zur Problemlösung“ zu fördern. Zu Spielbeginn wird dem MindBook-Nutzer der Ablauf des Spiels erklärt. Zuerst wird eine von vier problematischen Situationen mittels Comic-Charakteren in einem kurzen Video veranschaulicht. Diese enden an einem Punkt in der Geschichte, an dem der Charakter eine Lösung für sein Problem finden muss. Infolge soll der MindBook-Nutzer eine passende Lösungsmöglichkeit wählen. Dafür werden drei weitere kurze Videosequenzen vorgeführt, die unterschiedliche Fortsetzungen der jeweiligen Geschichte darstellen. Zwei der möglichen Fortsetzungen beinhalten positive, adaptive Strategien, eine weitere Alternative ist maladaptiv. Nachdem die Entscheidung für eine der drei Alternativen getroffen wurde, wird die Geschichte mit einem von zwei möglichen Ausgängen - gutes oder schlechtes Ende - abgeschlossen. Es folgt unmittelbar eine Rückmeldung via Pop-Up⁸, die bei korrekter Entscheidung eine positive Verstärkung in Form einer Meldung wie „Toll gemacht!“ beinhaltet. Bei der Auswahl der maladaptiven Alternative wird nochmals auf die „5 Schritte zur Problemlösung“ hingewiesen. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit eine neue Entscheidung zu treffen. Danach ist dieses Minispiel auch in allen weiteren Sitzungen verfügbar, somit können alle Geschichten nochmals angesehen und durchgespielt werden.

Weitere Elemente dieser Mind-Book-Sitzung sind psychoedukative Einführungen zu den Konzepten „Halt nach dem Regenbogen Ausschau“ angelehnt an „Look for the Silver Lining“ sowie „Graue und Schlaue Gedanken“ (Chorpita & Weisz, 2005). Diese sollen den Zusammenhang zwischen negativen Kognitionen und der eigenen Stimmung vermitteln, sowie Wege um diese bewusst durch positive und meist realistischere Gedanken zu ersetzen. Diese Konzepte wurden kombiniert in eine Form des

⁸ = (EDV) sich beim Öffnen einer Seite im Internet oder beim Klick auf einen Link automatisch öffnendes (kleineres) Browserfenster
http://www.duden.de/rechtschreibung/Pop_up (letzter Zugriff am 15.02.2014)

Memory-Spiels eingebaut und adaptiert. Die Darstellung der Karten ist dabei an die Grafiken des Gefühlswetters angepasst, so werden in diesem Spiel 10 „Gewitterkarten“ mit negativen, „grauen“ Gedanken und fünf „Sonnenscheinkarten“ mit positiven „schlau“ Gedanken dargestellt. Der MindBook-Nutzer soll nun die negativen, „grauen“ Gedanken durch positive, „schlaue“ Gedanken ersetzen. Um die passenden Paare zu identifizieren, kann er auf jede Karte klicken, die daraufhin eine Audiodatei abspielt, die den jeweiligen Gedanken vorspricht. Richtig kombinierte Kartenpaare lösen sich mit einer kleinen grafischen Einspielung auf. Beim Beenden der Sitzung kann der MindBook-Nutzer zum Training der erlernten Problemlösestrategie das Übungsblatt „5 Schritte zur Problemlösung“ ausdrucken.

Die *vierte MindBook-Sitzung* bietet ein Rätsel in Form eines Lückentextes, das die erlernten Inhalte thematisiert, wie etwa „Ich erinnere mich, dass ich in der 1. Sitzung gelernt habe wie ich meine ____ zeige“. Dieses Rätsel wird von einer Zusammenfassung der Inhalte der vorangegangenen Sitzungen gefolgt. Darüber hinaus wird – angelehnt an „My Favorite Skills for Feeling Good“ (Chorpita & Weisz, 2005) - eine Auswahl der drei persönlichen Lieblingswerkzeuge angeboten, diese Auswahl erfolgt nach demselben Prinzip wie auch schon die Aktivitätenauswahl in der ersten Sitzung. Nach der Wahl der einzelnen Lieblingswerkzeuge soll der MindBook-Nutzer zu jedem eine Situation angeben, in der man dieses anwenden kann. Im Anschluss werden die im Sitzungsverlauf gesammelten Medaillen sowie die Anzahl der gewonnenen Freunden angezeigt. Des Weiteren wird dem MindBook-Nutzer ein Überblick über den Verlauf seines Gefühlswetters seit dem Programmstart dargeboten. Abschließend versammeln sich die Figuren, die durch MindBook geführt haben, in einem Video um sich zu verabschieden. Auch in der letzten Sitzung hat der MindBook-Nutzer die Möglichkeit das Erlernte anhand der zum Download bereitgestellten Übungsblätter „Halt nach dem Regenbogen Ausschau“ sowie „GRAU und SCHLAU“ zu festigen.

II. Empirischer Teil

4. Darstellung der wissenschaftlichen Studie

Dieses Kapitel wurde gemeinsam von Marlies Mersits und Christopher Eicher verfasst.

Im Folgenden wird zunächst auf die Zielsetzung der Untersuchung sowie das Studiendesign eingegangen. Im Anschluss daran folgt die Darstellung der Untersuchungsstichprobe und der Untersuchungsdurchführung.

4.1. Zielsetzung

Computer- und internetbasierte Programme haben das große Potenzial psychologische Interventionen effektiv und kostensparend auszuweiten (Eichenberg & Ott, 2011). Da - wie bereits in Abschnitt 2.2.2 erwähnt – aus viele Studien besonders bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der Verbreitung von Depression über die letzten Jahre und Jahrzehnte hinweg hervorgeht und es innovativer und leicht zugänglicher Methoden bedarf um die Prävention und Versorgung von Depressionen im Kindesalter zu optimieren, wurde das im vorangegangenen Kapitel thematisierte computerbasierte Trainingsprogramm MindBook entwickelt und evaluiert.

4.2. Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung ist eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie, mit Pre- und Posttestzeitpunkt in zwei Bedingungen (Versuchs- und Kontrollgruppe), mittels der der Zusammenhang zwischen der Nutzung des computerbasierten Programmes MindBook (unabhängige Variable) und dem psychischen Befinden der teilnehmenden Kinder (abhängige Variable) analysiert wird.

4.3. Untersuchungsstichprobe

Die Stichprobe der an der Untersuchung teilnehmenden Kinder setzte sich aus Schülern der 3. und 4. Schulstufe einer Volksschule im 12. Wiener Gemeindebezirk sowie

aus einer 1. Klasse eines Bundesrealgymnasiums im 5. Wiener Gemeindebezirks zusammen. Die teilnehmenden Klassen der Volksschule sowie auch die Schüler der 1. Klasse des Realgymnasiums wurden per Randomisierung der Versuchs- und Kontrollgruppe – im Folgenden mit VG und KG abgekürzt - zugewiesen.

Die Randomisierung erfolgte mit Hilfe des Internetprogrammes „random.org“⁹. Dieses hat gegenüber anderen Programmen den Vorteil, dass die Zuweisung anstatt mittels einer mathematischer Formeln durch atmosphärisches Rauschen erfolgt und dadurch tatsächliche Zufallsanordnungen ermöglicht werden. Die Zuteilung erfolgte dabei separat für die Teilnehmer der einzelnen Schulstufen.

Die Untersuchungsstichprobe umfasste zu Beginn der Testungen insgesamt 52 Schüler. Im Verlauf der Testungen schieden aufgrund des Fernbleibens vom Unterricht – zumeist krankheitsbedingt, sowie in zwei Fällen durch Meinungsänderung hinsichtlich der Zustimmung an der Untersuchungsteilnahme - 12 Schüler (23,1%) aus der Stichprobe aus. So umfassten VG und KG zum Untersuchungsende jeweils 20 Teilnehmer, in Folge beträgt der Stichprobenumfang insgesamt 40 Untersuchungsteilnehmer (N = 40).

4.4. Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer wurde – nach einem vorausgehenden Informationsgespräch mit der jeweiligen Schulleitung – an einer Volksschule mit humanitärem Schwerpunkt in 1120 Wien, sowie einem Realgymnasium in 1040 Wien durchgeführt. Dort wurden entsprechend der MindBook-Zielgruppe insgesamt 100 Informationsblätter und Einverständniserklärungen an Eltern der Schüler der 3. und 4. Schulstufe der Volksschule sowie jene der 1. Klasse des Realgymnasiums ausgeteilt. 52 Eltern retournierten eine unterschriebene Einverständniserklärung, woraufhin ihre Kinder in die Stichprobe aufgenommen wurden. Der Erstkontakt mit den Schulen fand Anfang Mai 2013 und die Erhebung im Folgemonat statt. Zur Durchführung der Testungen konnte in der Volksschule auf den freien Festsaal und im Gymnasium auf den jeweiligen freien PC-Saal zurückgegriffen werden, sodass eine weitgehend störungsfreie Testumgebung sichergestellt werden konnte.

⁹ <http://www.random.org/lists>

Der von Univ.-Prof. Mag. Dr. Sprung und dem Kollegium Mersits und Eicher aus Items mehrerer Fragebogen zusammengestellte, computergestützte Fragebogen wurden an alle Teilnehmer in der jeweiligen Schule vorgegeben. Im Gegensatz zum Gymnasium konnte die Fragebögen an der Volksschule, aufgrund der fehlenden Internetverbindung, lediglich in Papier-Bleistift-Form durchgeführt werden. Die Studienteilnehmer beider Schulen füllten den Fragebogen zum Pretest-Termin am 05.06.2013 (Volksschule)/ 10.06.2013 (Gymnasium) und zum Posttest-Termin 26.06.2013 (Volksschule)/ 27.06.2013 (Gymnasium) aus. Darüber hinaus wurde zu Beginn jeder MindBook-Sitzung der BPM der Versuchsgruppe vorgegeben.

Die vier MindBook-Sitzungen an der Volksschule fanden am 07., 11., 17. und 21.06.2013 statt. Am Gymnasium wurde MindBook mit den Schülern jeweils am 10., 14., 18., sowie am 21.06.2013 durchgeführt.

Die einzelnen MindBook-Sitzungen hatten eine durchschnittliche Dauer von 20 Minuten. Alle durchgeführten Testungen fanden im Gruppensetting statt.

5. Methode

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst. Ausgenommen sind Textpassagen in Kapitel 5.1, die auf die jeweilige spezifische Fragestellung, vgl. H1.2, eingehen und demnach in vorliegender Arbeit von Marlies Mersits dargestellt werden.

Folgend werden die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung dargestellt sowie die Erhebungsinstrumente, die in der Studie zur Anwendung kamen und für die Forschungsfragen der Arbeit relevant sind, näher erläutert. Das Kapitel wird mit der Beschreibung der statistischen Analyseverfahren abgerundet.

5.1. Fragestellungen und Hypothesen

In Anbetracht der in Kapitel 2 vorgestellten theoretischen Fundierung der Studie, sowie der in Kapitel 4.1 beschriebenen Zielsetzung, ergibt sich eine konkrete Hauptfragestellung, die sich auf die interventionsbedingte Veränderung der psychischen Befindlichkeit in Versuchs- und Kontrollgruppe, sowie Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bezieht, wie sie mittels der im Kapitel 5.2 angeführten Erhebungsinstrumente erfasst wurden.

Aus dieser Grundlage wurden folgende Hypothesen formuliert

H0.1: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen der „MindBook“-Nutzung und dem psychischen Befinden der Teilnehmer bzw. deren Selbstdarstellung in klinisch-diagnostischen Testverfahren.

H1.1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der „MindBook“-Nutzung und dem psychischen Befinden der Teilnehmer bzw. deren Selbstdarstellung in klinisch-diagnostischen Testverfahren.

In der Hauptfragestellung galt das Interesse dem Vergleich von Pre- und Post-Testergebnissen, um aus diesem Rückschlüsse auf die Effektivität des MindBook-Programmes ziehen zu können.

Da die Vermittlung der Kerninhalte auf mehrere MindBook-Sitzungen aufgeteilt wurde, ergab sich zudem die Erwartung, dass sich das psychische Befinden der Kinder in der Versuchsgruppe bereits zwischen den einzelnen Sitzungen positiv verbessern sollte. Da bei den Zwischentestungen ausschließlich der BPM vorgegeben wurde, wurden die weiteren Analysen anhand der BPM-Gesamtscores vorgenommen. Somit ergibt sich eine Nebenfragestellung mit folgenden Hypothesen:

H0.2: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen der steigenden Anzahl an „MindBook“-Sitzungen und dem psychischen Befinden der Teilnehmer der VG bzw. deren Selbstdarstellung im Brief Problem Monitor.

H1.2: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der steigenden Anzahl an „MindBook“-Sitzungen und dem psychischen Befinden der Teilnehmer der VG bzw. deren Selbstdarstellung im Brief Problem Monitor.

5.2. Erhebungsinstrumente

Zur Datenerhebung wurde ein computergestützter Fragebogen genutzt, der sich aus Items unterschiedlicher Fragebögen zusammensetzt, die für die Forschungsfragen der Arbeit relevant sind. Dieser Fragebogen erfasste neben dem aktuellen psychischen Befinden auch den Umgang mit Problemen sowie soziodemographische Daten. Der betreffende Fragebogen wurde im Rahmen der Testungen an den Schulen den Studienteilnehmer vorgegeben.

In 5.2.1 werden die Erhebungsinstrumente, die in der Studie zur Anwendung kamen und für die Forschungsfragen der Arbeit relevant sind, aufgelistet und näher erläutert (vollständige Fragebogenbatterie siehe Anhang).

Um zu ermitteln, ob die Gesamtheit der eingesetzten Erhebungsinstrumente genügend genaue Ergebnisse erbringt, wurde in Kapitel 5.2.2 die Reliabilität jeder Subskala anhand der Berechnung des Cronbach's Alpha überprüft. Zusätzlich wird auch das Alpha für beide Erhebungszeitpunkte (Pre- und Posttestung) angegeben.

5.2.1. Darstellung der Erhebungsinstrumente

Fragebogen für Jugendliche (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998)

Das Breitband-Fragebogenverfahren Youth Self-Report – im Folgenden mit YSR abgekürzt - zählt zu den von Thomas Achenbach entwickelten Fragebögen, die international weit verbreitet sind und von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist für den deutschen Sprachraum übersetzt und überprüft wurden (Döpfner & Görtz-Dorten, 2008).

Der YSR erfasst bei 11-18-Jährigen die Selbsteinschätzung ihrer eigenen Kompetenzen, emotionalen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten. Im ersten Teil dieses Fragebogenverfahrens werden zwei Kompetenzskalen (Aktivitäten und Soziale Kompetenzen) gebildet. Der zweite Teil des YSR umfasst 119 Items aus denen acht Problemskalen (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlich/Depressiv, Dissoziales Verhalten, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme), die sich inhaltlich entsprechen, gebildet werden. Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen konnte auch für die deutsche Stichprobe weitgehend bestätigt werden (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

Revised Child Anxiety and Depression Scale (Chorpita et al., 2000)

Die Revised Child Anxiety and Depression Scale – in weiterer Folge mit RCADS abgekürzt - besteht aus 47 Items und dient der Erfassung mehrerer Formen der Angststörungen nach DSM-IV sowie der Major Depression. Dieser Fragebogen basiert auf der Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997, 1998) und setzt sich aus folgenden sechs Skalen zusammen: separation anxiety disorder (SAD), socialphobia (SP), generalized anxiety disorder (GAD), panic disorder (PD), obsessive compulsive disorder (OCD), and major depressive disorder (MDD). Evaluationsstudien bestätigen eine zufriedenstellende konvergente, diskriminante und faktorielle Validität (Chorpita, Moffitt, & Gray, 2005).

Brief Problem Monitor (Achenbach, McConaughy, Ivanova & Rescorla, 2011)

Zur Erhebung der Wirkung und Reaktion auf Interventionen von 6 bis 18-Jährigen der Brief Problem Monitor – in weiter Folge mit BPM abgekürzt - vorgegeben. Die Items setzen sich aus der Auflistung einer Reihe von problematischen Verhaltensweisen sowie emotionalen Befindlichkeiten zusammen, die den drei Skalen Internal, External und Aufmerksamkeit zugewiesen werden. Der BPM zählt – ebenso wie der YSR – zur ASEBA - Instrumentenfamilie (Barkmann, Schulte-Markwort & Brähler, 2010). Die Test-Retest-Reliabilität gemäß Pearson beträgt $r = .89$. Zur Beurteilung der inneren Konsistenz wurde Cronbach's Alpha herangezogen, das mit Werten zwischen .74 und .78 für die einzelnen Subskalen, sowie .86 für die Gesamtskala als zufriedenstellend angesehen werden kann. (Achenbach, McConaughy, Ivanova & Rescorla, 2011)

5.2.2. Reliabilität aller Subskalen zu den Erhebungszeitpunkten

Zur Berechnung der inneren Konsistenz wurde der Reliabilitätskoeffizient Alpha nach Cronbach (vgl. Rost, 2004) herangezogen. In Tabelle 2 sind die entsprechenden Werte für jede Subskala der drei Testverfahren zu den beiden Erhebungszeitpunkten angegeben.

Tabelle 2

Cronbach Alpha aller Subskalen zu Pre – und Posttestung

Testverfahren	Subskala	Cronbach's Alpha		Itemanzahl
		Pre	Post	
YSR	Sozialer Rückzug	.655	.510	7
	Körperliche Beschwerden	.687	.803	9
	Ängstlich-depressiv	.754	.883	16
	Soziale Probleme	.673	.733	8
	Schizoid zwanghaft	.169	.837	7
	Aufmerksamkeitsprobleme	.510	.737	9
	Agressives Verhalten	.767	.874	19
	Andere Probleme	.541	.859	20
BPM	External	.575	.617	7
	Internal	.811	.667	6
	Aufmerksamkeit	.713	.591	6
RCADS	Soziale Phobie	.871	.877	9
	Panikstörung	.706	.767	9
	Major Depression	.554	.807	10
	Trennungsangst	.368	.821	7
	Generalisierte Angststörung	.856	.710	6
	Zwangsstörung	.744	.701	6

5.3. Statistische Analyseverfahren

Die statistische Auswertung wurde mittels SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences)-Version 20 durchgeführt. Für die Prüfung von Zusammenhängen wurden Korrelationen berechnet und für die Darstellung von Unterschieden zwischen Gruppen Mittelwertsvergleiche. Eine Überprüfung der Voraussetzungen, der Normalverteilung und der Varianzenhomogenität bei Durchführung von Varianzanalysen und t-Tests erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Levene-Test. Bei Verletzung der Voraussetzungen wurde für einen Zweigruppenvergleich der U-Test nach Mann-Whitney durchgeführt (Bortz, 2005). Für die verschiedenen Verfahren wurde ein Sig-

nifikanzniveau von 5% festgelegt. Signifikante Ergebnisse ($p < .05$) werden mit * und hochsignifikante Ergebnisse ($p < .01$) mit ** gekennzeichnet. Die Effektgrößen werden nach Field (2009) bestimmt, wonach ein kleiner Effekt bei $r = .10$, ein mittlerer Effekt bei $r = .30$ und ein großer Effekt bei $r = .50$ vorliegt. Gruppenunterschiede wurden post-hoc unter der Verwendung der Korrektur nach Bonferroni mittels t-Tests zum Vergleich zweier Gruppen ermittelt.

Beim Vorliegen signifikanter Ergebnisse werden diese durch grafische Darstellung in Form von Balkendiagrammen der deskriptiven Statistik erweitert.

Das primär angewandte Verfahren zur statistischen Prüfung der Hypothesen ist die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung. Dies ermöglicht die Betrachtung des Einflusses der beiden unabhängigen Variablen Erhebungszeitpunkt (Pre- und Posttestung) und Bedingung (VG und KG) auf die abhängige Variable (Prozentwerte der Skalen). Zudem erlaubt es den Einblick auf Interaktionseffekte zwischen den beiden unabhängigen Variablen.

6. Ergebnisse

Dieses Kapitel wurde – bis auf Textpassagen in Kapitel 6.3., die auf die jeweilige spezifische Fragestellung eingehen und demnach in vorliegender Arbeit von Marlies Mersits dargestellt werden - im Kollegium verfasst.

Im Folgenden wird zunächst auf die Vorgehensweise und die Darstellung der bereinigten Daten eingegangen. Anschließend werden die Untersuchungss Stichprobe und die eingesetzten Erhebungsinstrumente deskriptiv-statistisch betrachtet sowie die in Kapitel 5.1. angeführten Hypothesen überprüft.

6.1. Data Cleaning

Da es im Zuge der Evaluation bei keinem Teilnehmer den Anlass zum Ausschluss seiner Daten gab, wurden die statistischen Ausreißer an die Gesamtstichprobe angeglichen. Sämtliche Ausreißer und ihr angeglichener Wert wurden dokumentiert. Die Angleichung erfolgte gemäß folgendem Vorgehen: „Assign the outlying case(s) a raw score on the offending variable that is one unit larger (or smaller) than the next most extreme score in the distribution“ (Tabachnick & Fidell, 2007, S. 77). Tabelle 3 beinhaltet eine Häufigkeitstabelle aller angeglichenen Ausreißer über die Gesamtscores und die Subskalen der drei Testverfahren hinweg.

Tabelle 3

Übersicht Ausreißer je Testverfahren und jeweiligen Subskala

Testverfahren	Subskala	Itemanzahl
RCADS	Panikstörung	1
	Major Depression	2
	Trennungsangst	7
	Zwangsstörung	5
	Gesamtscore	1
BPM	External	5
	Gesamtscore	4
YSR	Sozialer Rückzug	3
	Körperliche Beschwerden	5
	Ängstlich Depressiv	2
	Soziale Probleme	3
	Schizoid zwanghaft	2
	Aufmerksamkeitsprobleme	2
	Aggressives Verhalten	5
	Andere Probleme	3
	Gesamtscore	4

6.2. Deskriptive Statistik*6.2.1. Stichprobe*

Zunächst wurde deskriptivstatistisch die Verteilung der Häufigkeiten der Variablen Geschlecht und Alter nach Bedingung berechnet. Die VG setzt sich aus 8 Mädchen sowie 12 Jungen und die KG wiederum aus 12 Mädchen und 8 Jungen zusammen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Vierfeldertafel Geschlecht und Bedingung

			Gruppe	
			VG	KG
Geschlecht	Mädchen	Anzahl	8	12
		% innerhalb	40%	60%
	Junge	Anzahl	12	8
		% innerhalb	60%	40%
Gesamt	Anzahl		20	20
	% innerhalb		50%	50%

Die Prüfung auf einen Verteilungsunterschied der Bedingungen in Abhängigkeit vom Geschlecht fällt nicht signifikant aus, $\chi^2(1) = 1.60$, $p = .206$. Es kann kein Zusammenhang zwischen Bedingung und Geschlecht in der Stichprobe beobachtet werden.

Die Prüfung auf Unterschiedlichkeit des Lebensalters in Abhängigkeit von Geschlecht und Bedingung mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (Varianzhomogenität kann angenommen werden, $p = .960$) ergibt für den Haupteffekt Bedingung und für den Haupteffekt Geschlecht ein nicht signifikantes Ergebnis. Ebenso kann für die Wechselwirkung aus Bedingung x Geschlecht ein nicht signifikantes Ergebnis beobachtet werden. Das mittlere Alter der Untersuchungsteilnehmer betrug zum Erhebungszeitpunkt 10.18 ($SD = 0.87$) Jahre.

Das Lebensalter kann in Abhängigkeit von Bedingung und Geschlecht als vergleichbar angenommen werden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

deskriptivstatistische Kennwerte Lebensalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Bedingung

	VG	KG	Gesamt
Mädchen	10.06 (0.96)	10.21 (0.87)	10.15 (0.89)
Jungen	10.13 (0.88)	10.39 (0.93)	10.23 (0.88)
Gesamt	10.10 (0.89)	10.28 (0.87)	10.19 (0.87)

6.3. Hypothesenprüfung

Zur Überprüfung der H1.1: *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der „MindBook“-Nutzung und dem psychischen Befinden der Teilnehmer der VG (Selbstdarstellung in klinisch-diagnostischen Testverfahren)* wurden nachstehende Analysen vorgenommen.

Zur Prüfung der Unterschiedlichkeit und der Veränderungen über die Zeit in den einzelnen BPM-Subskalen sowie auch des BPM-Gesamtscores (abhängige Variable, Prozentrang) zwischen den Bedingungen (VG und KG) und den Erhebungszeitpunkten (Pre- und Posttestung) (unabhängige Variablen) wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die entsprechenden Kennwerte des BPM können der Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6

Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung im BPM (in %)

Subskala	Testzeitpunkt	Bedingung	<i>M</i>	<i>SD</i>
External	Pre	VG	47.79	26.00
		KG	50.49	27.89
	Post	VG	40.32	23.56
		KG	44.96	24.81
Internal	Pre	VG	49.80	30.87
		KG	40.46	23.11
	Post	VG	46.09	27.17
		KG	42.04	24.70
Aufmerksamkeit	Pre	VG	49.40	32.96
		KG	46.80	30.02
	Post	VG	47.44	33.51
		KG	41.94	28.16
Gesamt	Pre	VG	54.32	30.47
		KG	39.87	25.63
	Post	VG	44.13	27.50
		KG	47.90	27.28

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgrößen fiel für sämtliche Subskalen des BPM sowohl für den Haupteffekt Erhebungszeitpunkt, für die Wechselwirkungen aus Erhebungszeitpunkt x Bedingung sowie für den Haupteffekt Bedingung nicht signifikant aus ($p > .05$).

Für die Interaktion zwischen Bedingung und Erhebungszeitpunkt des Testverfahrens (Abbildung 5), das Wirkung und Reaktion auf Interventionen erfasst (BPM-Gesamtskala) fand sich eine statistische Signifikanz, $p = .032$ ($\eta^2_p = .116$). Die Berechnung von t-Tests für verbundene Stichproben über die Messzeitpunkte fiel in der VG signifikant aus, $t(19) = 2.84$, $p = 0.028$. Die Berechnung von t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen den Bedingungen je Erhebungszeitpunkt fiel nicht signifikant aus ($p > .05$).

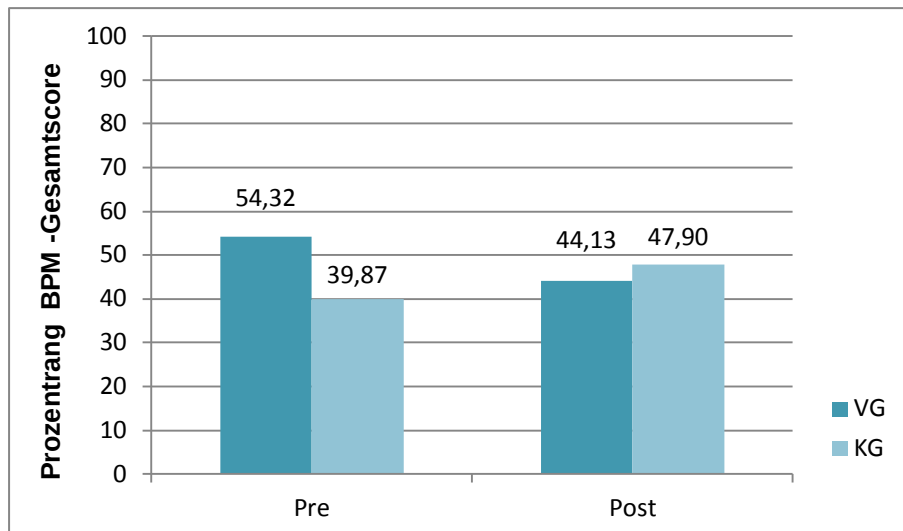


Abbildung 5. BPM-Gesamtscore je Erhebungszeitpunkt und Bedingung

Zur Prüfung der Unterschiedlichkeit und der Veränderungen über die Zeit in den RCADS-Subskalen sowie dem RCADS-Gesamtscore (abhängige Variable, Prozentrang) zwischen den Bedingungen (VG und KG) und den Erhebungszeitpunkten (Pre- und Posttestung) wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Der Tabelle 7 können die entsprechenden Kennwerte der RCADS entnommen werden.

Tabelle 7

Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung in der RCADS (in %)

Subskala	Testzeitpunkt	Bedingung	<i>M</i>	<i>SD</i>
Soziale Phobie	Pre	VG	50.72	33.64
		KG	48.16	26.73
	Post	VG	48.89	32.22
		KG	44.00	27.87
Panikstörung	Pre	VG	47.08	29.07
		KG	45.86	23.78
	Post	VG	46.67	31.15
		KG	43.02	26.68
Major Depression	Pre	VG	53.25	32.13
		KG	42.35	23.88
	Post	VG	51.01	29.30
		KG	37.99	21.70
Trennungsangst	Pre	VG	51.19	26.75
		KG	41.39	22.44
	Post	VG	47.15	24.24
		KG	40.80	21.73
Generalisierte Angststörung ¹⁰	Pre	VG	55.77	30.15
		KG	43.27	29.54
	Post	VG	46.46	32.18
		KG	50.81	31.74
Zwangsstörung	Pre	VG	55.09	32.66
		KG	39.62	23.93
	Post	VG	43.87	23.28
		KG	40.79	20.03
Gesamt	Pre	VG	53.38	33.27
		KG	43.94	26.29
	Post	VG	47.68	29.56
		KG	42.50	26.72

¹⁰ im Folgenden mit GAD abgekürzt

Die Berechnungen der Prüfgrößen für den Innersubjektfaktor Erhebungszeitpunkt sowie für den Zwischensubjektfaktor Bedingung fielen jeweils nicht signifikant aus ($p > .05$). Die Prüfgröße für die Wechselwirkung aus Erhebungszeitpunkt x Bedingung fiel für die Items, die Hinweise auf das Vorliegen einer Generalisierten Angststörung (Subskala GAD) nach DSM-IV geben, siehe Abbildung 6, signifikant aus, $F(1,36) = 4.23$, $p = .047$ ($\eta^2_p = .105$). Die Mittelwertsdifferenz zwischen den beiden Bedingungen lag zum Pretest-Zeitpunkt bei 12.50% und veränderte sich zum Posttest-Zeitpunkt auf -4.35%.¹¹

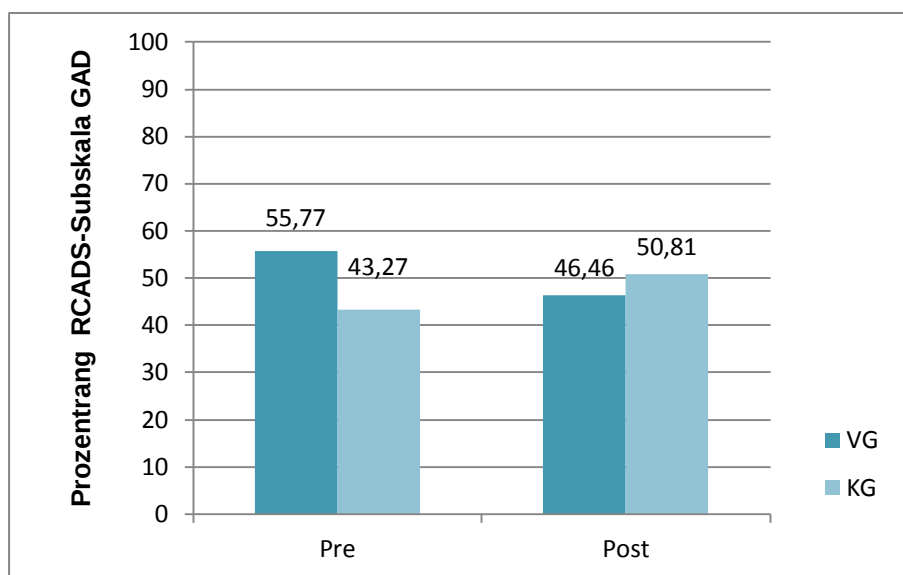


Abbildung 6. RCADS-Subskala GAD je Erhebungszeitpunkt und Bedingung

Die Analyse möglicher Unterschiedlichkeiten sowie Veränderungen über die Zeit in den einzelnen YSR-Subskalen sowie dem YSR-Gesamtscore (abhängige Variable, Prozentrang) zwischen den Bedingungen (VG und KG) und den Erhebungszeitpunkten (Pre- und Posttestung) wurde mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung vorgenommen. Die entsprechenden Kennwerte der YSR-

¹¹ Die Berechnung von t-Test für verbundene Stichproben über die Messzeitpunkte als auch von t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen den Bedingungen je Zeitpunkt fiel jeweils nichts signifikant aus ($p > .05$); daher erfolgt die Analyse der Interaktion auf Grundlage der Mittelwertsdifferenzen.

Subskalen können der Tabelle 8 und jene des Gesamtscores der Tabelle 9 entnommen werden. Die Berechnungen der Prüfgrößen für den Innersubjektfaktor Erhebungszeitpunkt sowie für den Zwischensubjektfaktor Bedingung fielen jeweils nicht signifikant aus ($p > .05$). Die Prüfgröße für die Wechselwirkung aus Erhebungszeitpunkt x Bedingung fiel nicht signifikant aus, $F(8) = 2.21$, $p = .056$ ($\eta^2 = .379$).

Tabelle 8

Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung im YSR

Subskala	Testzeitpunkt	Bedingung	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sozialer Rückzug	Pre	VG	45.87	29.34
		KG	45.88	20.86
	Post	VG	49.79	30.74
		KG	39.83	25.89
Körperliche Beschwerden	Pre	VG	50.69	26.79
		KG	41.79	25.97
	Post	VG	44.61	20.38
		KG	44.50	24.07
Ängstlich depressiv	Pre	VG	49.44	29.78
		KG	44.49	29.28
	Post	VG	47.57	26.53
		KG	42.30	24.57
Soziale Probleme	Pre	VG	51.90	29.24
		KG	38.73	26.57
	Post	VG	46.48	24.71
		KG	39.11	19.50
Schizoid zwanghaft	Pre	VG	51.78	31.58
		KG	44.25	26.83
	Post	VG	46.55	16.94
		KG	42.61	14.13
Aufmerksamkeitsprobleme	Pre	VG	42.83	32.56
		KG	52.90	30.57
	Post	VG	45.42	28.74
		KG	43.69	24.28
Aggressives Verhalten	Pre	VG	43.30	22.59
		KG	47.11	26.67
	Post	VG	43.24	25.02
		KG	44.11	25.65
Andere Probleme	Pre	VG	56.18	28.05
		KG	41.76	30.16
	Post	VG	46.83	23.53
		KG	42.74	23.29

Tabelle 9

Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung der YSR-Gesamtscores

Testzeitpunkt	Bedingung	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pre	VG	52.71	29.38
	KG	42.99	29.31
Post	VG	47.15	22.12
	KG	40.74	19.89

Zur Überprüfung der H1.2: *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der steigenden Anzahl an „MindBook“-Sitzungen und dem psychischen Befinden der Teilnehmer der VG bzw. deren Selbstdarstellung im Brief Problem Monitor* wurden nachstehende Analysen vorgenommen.

Zur Prüfung der Veränderungen über die Zeit der BPM-Gesamtscores (abhängige Variable, Prozentrang) in der Versuchsgruppe zwischen den fünf Erhebungszeitpunkten (Pre-, Zwischen- und Posttestungen) wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet¹². Die entsprechenden Mittelwerte und Standardabweichungen können der Tabelle 10 entnommen werden. Die Berechnung der Prüfgröße für den Innersubjektfaktor Erhebungszeitpunkt fiel nicht signifikant aus ($p > .05$).

Tabelle 10

Mittelwerte und Standardabweichungen der Pre-, Zwischen- und Posttestungen

Testzeitpunkt	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pre	46.88	30.54
1. Zwischen	45.80	28.88
2. Zwischen	43.36	27.43
3. Zwischen	47.67	30.61
Post	46.26	27.23

¹² In dieser Analyse konnten von den 20 Teilnehmern der VG nur jene 12 miteingeschlossen werden, die über alle fünf Erhebungszeitpunkte hinweg vollständige BPM-Datensätze vorweisen (n=12).

7. Interpretation und Diskussion

Dieses Kapitel wurde im Kollegium verfasst. Davon ausgenommen sind einzelne Passagen zu den beiden Schwerpunktbereichen, die in der vorliegenden Arbeit von Marlies Mersits erarbeitet wurden.

Das nachfolgende Kapitel umfasst eine detaillierte Interpretation und Diskussion der gewonnenen und in Kapitel 6.3 präsentierten Studienergebnissen, die mit dem in Teil 1 dargestellten theoretischen Hintergrund verknüpft werden. Dieser – wie auch die Zielsetzung - werden einführend kurz zusammenfassend dargestellt.

7.1. Zusammenfassung und Zielsetzung

Depression ist eine Erkrankung, die in jeder Lebensphase eine schwerwiegende negative Beeinträchtigung des menschlichen Erlebens, Denkens und Verhaltens mit sich bringt. Das Auftreten depressiver Störungen nahm im Laufe des vergangenen Jahrhunderts fortwährend zu, und die Prävalenz der Major Depression bei Kindern wird bei etwa 3% angelegt, wobei jedoch hinsichtlich depressiver Verstimmungen - insbesondere im subklinischen Bereich - von einer Dunkelziffer auszugehen ist, da Anzeichen einer Depression bei Kindern oftmals durch psychosomatische oder verhaltensbezogene Veränderungen verdeckt und missinterpretiert werden können. (Seiffge-Krenke, 2007)

MindBook basiert inhaltlich auf dem Therapieprogramm MATCH-ADC (Chorpita & Weisz, 2005). Das MATCH-ADC beinhaltet eine Serie von Therapiemodulen und – anwendungen, die der kognitiven Verhaltenstherapie angehören. Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer und Fang (2012, S. 2) beschreiben die moderne kognitive Verhaltenstherapie als „eine Familie von Interventionen, die eine Vielzahl kognitiver, verhaltensbezogener und emotionsfokussierter Techniken kombinieren“.

Durch die Umsetzung von Modulen der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich vor allem mit den Bereichen des Copings in sozialen Stresssituationen und dem Erkennen und der Ummodellierung bzw. der Reduktion von negativen Kognitionen befas-

sen, war das Ziel von Mersits und Eicher mit MindBook ein computerassistiertes Programm zu schaffen, das Kindern diese komplexen Inhalte auf spielerischer Ebene vermittelt und dadurch ihre Kompetenz im sozialen Geschehen und ihre Selbstwahrnehmung positiv verstärkt.

Die Erwartungen der Autoren vor der Evaluation von MindBook waren, dass Kinder der Versuchsgruppe eine signifikant positivere Verbesserung in ihrem psychischen Befinden zeigen würden als jene Kinder, die nicht mit MindBook arbeiteten und in der Zeit der Sitzungen den normalen Schulunterricht besuchten. Aufgrund der Aufteilung einzelner Kerninhalte in mehrere Sitzungen ergab sich zudem die Erwartung, dass sich das psychische Befinden der Kinder in der Versuchsgruppe bereits zwischen den einzelnen Sitzungen positiv verbessern sollte.

7.2. Ergebnisinterpretation

Die Ergebnisse, wie sie in Kapitel 6 dargestellt sind, lassen nun eine Vielzahl an Interpretationen zu.

Während die Ergebnisse über sämtliche angewandte Fragebogenverfahren generell eine Verbesserung des psychischen Befinden, d.h. eine Abnahme der Skalenwerte von Pre-Test zu Post-Test zeigen, lässt sich dieser Effekt nicht unmittelbar auf den Effekt der MindBook-Sitzungen zurückführen, da sich dieser Verlauf sowohl für Kinder der Versuchsgruppe, als auch Kinder der Kontrollgruppe zeigt.

Eine mögliche Erklärung hierfür lässt sich mitunter in der Zusammensetzung der Stichprobe selbst finden. Auch wenn die vorgegebenen Testverfahren angeben auch auf subklinischem Level reliable Ergebnisse im Bereich der Depression zu liefern, ist zu bedenken, dass die Untersuchungsteilnehmer keine klinische Stichprobe repräsentieren. So beschreiben etwa Chorpita, Moffitt und Gray (2005) in ihrer Studie, dass die RCADS aufgrund ihres Fokus auf symptom-spezifische Elemente der Depression eher zur Differenzierung in klinischen Stichproben geeignet ist, während die Anwendung in der vorliegenden Untersuchung der eines Screenings entsprach. Ausgehend von der Annahme, dass diese Kinder nicht an klinischen oder subklinischen Ausprägungen von Depression leiden, ergeben sich bereits geringe, d.h. unauffällige

Testwerte vor Beginn der Testphase, wodurch eine weitere Verbesserung in den Skalenwerten wesentlich unwahrscheinlicher wird, und Veränderungen im positiven Bereich nur im geringen Maß ausfallen können.

Der konkreteste Hinweis auf die (positive) Wirksamkeit von MindBook findet sich bei der Betrachtung der BPM-Gesamtskalen (siehe Tabelle 6 sowie Abbildung 5). Nachdem sich hier ein signifikanter Effekt der Interaktion zwischen Bedingung (VG, KG) und Erhebungszeitpunkt (Pre-Test, Post-Test) fand, zeigte der darauffolgende t-Test, eine signifikante (positive) Veränderung in der Versuchsgruppe. Allerdings ist zu bedenken, dass hieraus noch kein Rückschluss auf die Art der Wirksamkeit gezogen werden kann. Da hier nicht die einzelnen Subskalen des BPM, sondern der Gesamtwert über alle Skalen hinweg zur Berechnung herangezogen wurde, können die Autoren an dieser Stelle keine Antwort darauf geben, in welchem Teilbereich des Testverfahrens (External, Internal, Aufmerksamkeit) die Verbesserung festzumachen ist.

Nichtsdestotrotz sind diese Ergebnisse nicht zu unterschätzen, wenn man den vorrangigen Einsatz des BPM bedenkt. Der BPM wurde speziell entwickelt um die Reaktionen und Veränderungen von Kindern im Zuge von Interventionen zu überwachen (Achenbach et al., 2011). Dies könnte auch ein vorrangiger Grund dafür sein, dass sich gerade beim BPM signifikante Ergebnisse zeigten, während RCADS und YSR ohne nennenswerte Effekte blieben. Betrachtet man die Konstruktion und auch den Umfang der Testverfahren zeichnet sich der BPM vor allem durch seine kurze Bearbeitungsdauer aus.

Weiters hervorzuheben ist die signifikante Wechselwirkung (siehe Abbildung 6) zwischen Bedingung (VG, KG) und Erhebungszeitpunkt (Pre-Test, Post-Test) für die Subskala *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) des RCADS. Dieses Ergebnis gibt Hinweis darauf, dass die Inhalte von MindBook mitunter nicht nur - wie konzipiert – Auswirkungen auf Risikobereiche der Depression im Kindesalter hat, sondern auch für potentiell ängstliche Kinder hilfreich ist. Bestimmte Elemente von computerassistierten Therapieprogrammen zu Angststörungen bei Kindern finden sich auch in MindBook und bilden sozusagen die Grundbasis der kognitiven Verhaltenstherapie. Beispielsweise beinhaltet das Programm *Camp Cope-a-Lot: The Coping Cat CD-ROM* (Khanna & Kendall, 2008), das seinen Fokus auf die Bewältigung von Trennungsängsten, Soziale Phobie und GAD legt, unter anderem Entspannungstrainings,

die Vermittlung von Problemlösungsstrategien, Psychoedukation und Übungsblätter für zu Hause. Es lässt sich daraus schließen, dass diese übergreifenden Inhalte präventiv in einem breiteren Rahmen eingesetzt werden könnten und die mögliche Basis für weitere Programme bilden.

Zusammengefasst geben diese Ergebnisse erste Rückschlüsse auf das Potential von MindBook. Während die Langzeiteffekte des Programms im Rahmen dieser Pilotstudie nicht betrachtet werden konnten, lassen die ersten Ergebnisse innerhalb einer nicht-klinischen Stichprobe bereits auf vereinzelte positive Effekte auf das psychische Befinden von Kindern schließen. Aufgrund einiger Probleme - die in Kapitel 8 genauer betrachtet werden - und des generellen Fokus auf die Konzeptionierung und Generierung des Programms, lassen sich keine definitiven Vergleiche zu bestehenden Studien ziehen. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass bestimmte Kernelemente der kognitiven Verhaltenstherapie auch in computerassistierten Programmen auf Bereiche verschiedener psychischer Störungen anwendbar sein könnten.

8. Kritik und Ausblick

Dieses Kapitel wurde gemeinsam von Marlies Mersits und Christopher Eicher verfasst.

Im Folgenden sollen nun zentrale Aspekte der vorliegenden Konzeption, Entwicklung und Evaluation des MindBook-Programmes kritisch betrachtet und hinterfragt sowie daraus resultierende Grenzen thematisiert werden. Darüber hinaus werden in Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten zu der vorliegenden Thematik auch mögliche Verbesserungsvorschläge und Erweiterungsansätze aufgezeigt.

8.1. Kritische Auseinandersetzung mit der vorliegenden Untersuchung

Ein Kernelement der Kritik stellt mitunter die technische Umsetzung und Anwendung des Programmes dar. Von Beginn an war die Konzeptionierung von MindBook als ein, in seiner überarbeiteten Version, rein internet-basiertes Programm etwas problematisch. Über die bereits in Kapitel 7.2 aufgegriffenen Nachteile der Nichtanwesenheit eines Therapeuten bzw. einer Betreuungs- und Begleitperson hinaus, ergab sich in Folge auch das rein technische Problem MindBook sowohl für herkömmliche Windows-PCs als auch für den mobilen Tabletcomputer der Elektronikmarke Apple, dem *iPad*, zu programmieren. Dies führte, neben Verzögerungen in der Entwicklungsphase, zu schwerwiegenden technischen Problemen im Zuge der Evaluation, die im Abbruch der geplanten letzten MindBook-Sitzung kulminierten.

Eine weitere Problematik, die sich durch die Verwendung von iPads ergab war, dass viele Kinder mit dessen Bedienung große Probleme hatten. Dies muss nicht ausschließlich auf mangelnde Erfahrungen oder feinmotorische Fähigkeiten der Untersuchungsteilnehmer zurückzuführen sein. Unterschiedliche Funktionsweisen des Programms waren nicht auf eine derartige Bedienung ausgelegt. Viele MindBook-Module beinhalten sogenannte *Drag & Drop-Elemente*, bei denen etwa eine Auswahl getroffen werden, indem ein bestimmtes Bild gewählt und durch ein festhalten mit Hilfe des Steuerungssystems in ein dazu passendes Feld gezogen wird. Während diese Form der Interaktion mit den verschiedenen Inhalten auf den ersten Blick intuitiv wirkt und leicht zu demonstrieren ist, war sie auf den vergleichsweise kleinen Bild-

schirmen des IPads und der daraus resultierenden eingeschränkten Ansicht der Programmoberfläche offensichtlich erschwert.

Um derartigen Problemen entgegenzuwirken, wäre eine - vom Therapieprogramm unabhängige - Übungseinheit am Computer anzudenken. Im Volksschulalter scheint man eine routinierte Handhabung von PC und Maus nicht voraussetzen zu können. Spence, Holmes, March und Lipp (2006) setzten beispielsweise eine Woche vor Beginn der Testphase ein einstündiges Computertutorium an, um ein Mindestlevel an Computerkenntnissen sicherstellen zu können.

Kritisch zu betrachten sind auch die eingesetzten Erhebungsinstrumente, insbesondere deren Umfang und die damit verbundene Bearbeitungsdauer. Vor allem bei den Volksschulkindern wurde damit ein ungewohnt hohes Ausmaß an Konzentration und Vigilanz abverlangt, da für sie sowohl das Fragenformat als auch deren Inhalt ungewohnt waren. Die zeitlichen Einschränkungen, die die Evaluation während der regulären Schulzeit mit sich brachte, führte auch zum Ausfall einiger Daten, da manche der Untersuchungsteilnehmer in dem kurzen Zeitrahmen nicht alle Fragebögen bearbeiten konnten. Es ist zu vermuten, dass mit dem Voranschreiten der Bearbeitungszeit, die Konzentration und Motivation zur genauen Beantwortung der Fragen abgenommen und überdies hinaus zu einer negativen Haltung gegenüber der weiteren Bearbeitung geführt hat.

Da der Fokus der vorliegenden Pilotstudie primär in der Erhebung des psychischen Befindens lag, wurde in Folge dessen die Zufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer mit dem MindBook-Programm kaum erfasst. Diese Tatsache wurde auch durch die Folgen der genannten großen Anzahl an technischen Problemen, die erst während der Untersuchungsdurchführung auftraten sowie durch den Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen bedingt. Lediglich in der, der Untersuchung vorangegangenen Testphase, konnte diese mittels eines Fragebogens explizit erhoben werden. Im Rahmen der Untersuchungsdurchführung vermittelten die Untersuchungsteilnehmer immer wieder den Eindruck, dass sich die vorliegenden schwerwiegenden technischen Probleme negativ auf die Akzeptanz und Motivation des MindBook-Programmes auswirken. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt wurde, ist diese Zufriedenheit bzw. Akzeptanz ein essentieller Faktor für die Effektivität des Programms. Ohne diese Informationen fehlen auch kritische Hinweise

auf Mängel oder Verbesserungsansätze, für deren Betrachtung es mitunter einen anderen, kindlicheren Blickwinkel benötigen würde.

Zusammengefasst bedarf es vor der Anwendung des MindBook-Programms weitere Evaluierungen. Eine Vielzahl der genannten potentiellen Störfaktoren ist auf technische Probleme zurückzuführen, die erst im Verlauf der Evaluation und nicht in der vorangegangenen Testphase aufgetreten sind. Während die besagten technischen Probleme mit genügend zeitlichen Ressourcen und entsprechenden programmier-technischen Fertigkeiten sowie den genannten Verbesserungsvorschlägen zu beheben sind, war – auch aufgrund der Konzeption unseres Programmes als Pilotstudie – dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter möglich. Auch wenn die aktuelle Version – da die Ursache der technischen Probleme noch nicht identifiziert und behoben werden konnte - von MindBook aktuell nicht zur Anwendung geeignet ist, kann die Konzeption und Generierung dieses computer- und internetbasierten Programmes mit seiner neuartigen Darstellung in Form eines simulierten sozialen Netzwerkes als erfolgreich angesehen werden.

Abschließend ergeben sich aus den gesammelten Ergebnissen zwei weitere, potentielle Verbesserungs- bzw. Anwendungswege. Eine mögliche neue Anwendungsmöglichkeit wäre die Eingliederung in ein konventionelles therapeutisches Setting. MindBook könnte hierbei vor allem zur Interaktion und Kontaktbindung zwischen Therapeut und Klient beitragen und komplexere Inhalte der kognitiven Verhaltenstherapie spielerisch vermitteln. In diesem Fall müsste das Programm vor allem in seiner Struktur adaptiert werden. So sollte etwa das Laden einzelner Module ermöglicht werden, um einen individuell anpassbaren Ablauf zu ermöglichen. Die bestehende internet-basierte Serverstruktur müsste zudem dahingehend verändert werden, dass die Ergebnisse und Tätigkeiten sowie etwaige Fragen des Kindes über ein Interface¹³ an den Therapeuten weitergeleitet werden, um eine zeitliche, individuelle Rückmeldung zu ermöglichen.

¹³ = Schnittstelle – (EDV) Verbindungsstelle zwischen Funktionseinheiten eines Datenverbindungs- oder -übertragungssystems, an der der Austausch von Daten oder Steuersignalen erfolgt
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Schnittstelle#Bedeutung2> , weitergeleitet von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Interface> (letzter Zugriff am 12.02.2014)

Darüber hinaus könnte es ebenso im schulischen Setting als psychoedukatives Förderprogramm bzw. psychoemotionales Kompetenztraining verwendet werden. Der strukturelle Aufbau der einzelnen MindBook-Sitzungen könnte hier beibehalten und in eine Trainingseinheit am Computer inkorporiert werden, beispielsweise etwa in Form eines Projekts im EDV-Unterricht. Hierbei würde vor allem der Präventionsgedanke weitergeführt werden. Außerhalb des Programmes könnten die Kinder anschließend in Kleingruppen die neuen Inhalte besprechen sowie gemeinsam die Aufgaben ausprobieren. Dies sollte eine Verinnerlichung der einzelnen Strategien und Lernsätzen stärker fördern als die alleinige Anweisung durch das Programm.

Das Programm könnte hierbei dahingehend angepasst werden, dass es eine Schulungseinheit bzw. Informationsveranstaltung für Lehrer beinhaltet, mit dem primären Ziel diese mit den grundlegenden Inhalten der Kognitiven Verhaltenstherapie vertraut zu machen. Den Lehrern könnte in dieser Anwendungsform die Rolle einer Ansprechperson zugewiesen werden. Das Programm selbst wäre in diesem Fall nicht mehr als Interventionsform anzusehen sondern ausschließlich auf Prävention ausgerichtet.

8.2. Ausblick

Nach Richardson, Stallard und Velleman (2010) ist das Forschungsgebiet der computerassistierten kognitiven Verhaltenstherapie im Kindesalter noch recht jung und erfordert weitere randomisierte Kontrollstudien. Schon Beck (1997) sprach die Notwendigkeit der Umsetzung von Therapieprogrammen für Kinder und Jugendliche an. Computerprogramme sind hierbei nur eine logische Weiterentwicklung der psychoedukativen Spiele und Aufgaben, die bereits Einzug in den therapeutischen Kontext gefunden haben. Diese ermöglichen es, Kindern komplexe Inhalte auf spielerisch-interaktiver Ebene zu vermitteln.

Internetbasierte Interventionen – im Folgenden erneut mit IBI abgekürzt - sind ein weiterer Ansatz auf diesem Wege. Die Vorteile dieser Therapieform liegen vor allem in dem erleichterten Zugang für einen Großteil der Bevölkerungsgruppe, während eine traditionelle Therapie die Anfahrt des Patienten erfordert, und in den wesentlich

geringeren Kosten. So können auf diesem Weg etwa auch Patienten in ländlichen Gegenden versorgt werden.

Ein Beispiel für eine derartige Onlinetherapie ist *Interapy*¹⁴, das über die eine niederländische Website angeboten wird. Besagtes Onlinetherapieprogramm bietet Beispiele für einige wichtige Elemente dieser Therapie- und Kommunikationsform, wie etwa getrennte Bereiche für Therapeuten und Patienten, wodurch Therapie und Administration sinnvoll aufgeteilt werden. Die Daten sind passwortgeschützt, der Kontakt zwischen Therapeut und Patient erfolgt einzig über das Interface der Webseite, jegliche andere Form der Kommunikation beschränkt sich auf Notfälle (Wagner, & Maercker, 2011).

Aus diesen augenscheinlichen Vorteilen können aber auch Nachteile entstehen, die sich negativ auf den Therapieverlauf auswirken können. Diese werden im Folgenden eingehend betrachtet, da auch MindBook den konzeptionellen Anspruch hatte, in seiner überarbeiteten Version als IBI zur Verfügung zu stehen. Bereits zum Zeitpunkt der Evaluation lief MindBook über einen passwortgeschützten Webserver, darüber hinaus wurde auch ein Teil der Evaluation per Computervorgabe erhoben. Der Vergleich zu IBI war schon während der Testphase weitestgehend gegeben. Während sich zwar durchgehend ein Testleiter im Raum mit den Teilnehmern befand, war die Interaktion primär auf die Klärung technischer Probleme beschränkt.

Dieser Faktor des mangelnden bzw. nicht vorhandenen Kontakts zu einem Therapeuten könnte sich als ein gravierendes Risiko für den Interventionserfolg herausstellen. So fanden Andersson und Cuijpers (2009) in einer Meta-Studie, dass Interventionen ohne Therapeutenkontakt einen wesentlich schwächeren Behandlungseffekt aufweisen als jene mit therapeutischem Kontakt. Während diese Programme im Vergleich zu traditionellen Therapien wesentlich niedrigeren Kosten verbunden waren, konnte kaum von einer Wirksamkeit der Programme gesprochen werden. Darüber hinaus gab es hohe Drop-Out-Raten (vgl. auch Kaltenthaler, Parry, Beverley, & Ferriter, 2008).

Wenngleich die fortwährende Einbindung eines Therapeuten den ökonomischen Gedanken der IBI klar entgegenwirken würde, sprechen die Forschungsergebnisse je-

¹⁴ www.interapy.nl

doch klar für eine solche Einbindung, da diese die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz und Weiterführung des MindBook-Programms erhöhen würde. Khanna und Kendall (2010) verglichen zu dieser Thematik drei unterschiedliche Modi der Therapievorgabe bei Kindern mit Angststörungen: computerassistierte kognitive Verhaltenstherapie - in Form des bereits erwähnten Camp Cope-a-Lot (Khanna, & Kendall, 2008) - , individuelle kognitive Verhaltenstherapie sowie eine computergestützte Lehr-, Unterstützungs- und Aufmerksamkeitsbedingung. Um unter anderem die Akzeptanz der Teilnehmer zu erhöhen, wurde bei Camp Cope-a-Lot eine Betreuungs- und Begleitperson beigelegt, die ebenso vom Programm angeleitet wird und daher keine spezielle Ausbildung benötigt.

Während die Ergebnisse für alle drei Therapievorgaben ähnlich positive Langzeiteffekte zeigten, konnte durch die Inkludierung einer begleitenden Person die Akzeptanz für das Programm klar gefestigt werden. Camp Cope-a-Lot bildet somit durch seine interaktiven Elemente die Plattform zur standardisierten Vermittlung der psychoedukativen Inhalte, die danach mit der Unterstützung der Betreuungs- und Begleitperson vom Kind besprochen und umgesetzt werden.

Internetbasierte Therapieprogramme können ebenso eine hohe Rate an Akzeptanz erreichen, wenn sie mit dem Kontakt zu einem Therapeuten gekoppelt werden. Durch die Identifizierung und Umsetzung der geeignetsten Inhalte der kognitiven Verhaltenstherapie auf eine interaktive Internetplattform - wie etwa die Vermittlung von Problemlöse- und Entspannungstechniken - kann auf interaktive Weise die Basis vermittelt werden, auf welcher später im therapeutischen Kontakt aufgebaut werden kann. Positive Effekte auf klinischer (Verbesserung des psychischen Befindens) und persönlicher (Akzeptanz, Fortführung des Programms) Ebene dieser Klinik sowie der Internet-Variante sind mit jenen einer Therapie im rein klinischen Setting zu vergleichen und halten über eine 6- und 12-monatige Periode an (Spence et al., 2006).

Ausgehend von diesen Studien, ergeben sich für die potentielle Weiterführung von MindBook klare Richtlinien. Das primäre Ziel wäre die Adaption eines Manuals für Begleitpersonen der MindBook-Nutzer. Je nach Anwendungsbereich können das die Eltern (private Anwendung), der Therapeut (Therapiebereich) oder das zuständige

Lehrpersonal (Schulbereich) sein. Basierend auf den bestehenden MindBook-Inhalten und Modulen wäre eine ähnliche Einführung für Begleitpersonen anzudenken, wobei weniger Fokus auf die Oberfläche, sondern mehr auf die einzelnen Interventionsziele der Module gerichtet werden sollte. Wichtig wäre es zudem Möglichkeiten anzubieten, wie die genannten Begleitpersonen den MindBook-Nutzern dabei helfen können das im Computerprogramm Gelernte in der Realität sicher zu erproben – eine Aufgabe, die für Kinder alleine mitunter überfordernd sein könnte.

Dass die kognitive Verhaltenstherapie – im Folgenden erneut mit KBT abgekürzt - bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen mitunter nicht der effektive Behandlungsansatz ist, wie es aus einer nicht unbeachtlichen Anzahl an Studien hervorgeht, zeigten Weisz, McCarty und Valeri (2006) in ihrer kritischen Meta-Analyse. Bezug nahmen die Forscher dabei auf drei frühere Meta-Analysen zu dieser Thematik (Reinecke, Ryan, & DuBois, 1998; Lewinsohn, & Clarke, 1999; Michael, & Crowley, 2002), die eine durchschnittliche Effektstärke von .99 berichteten – was mit Betracht von Cohens diesbezüglichen Interpretationsrichtlinien (Cohen, 1998) einen äußerst großen Effekt beschreibt. Tatsächlich konnten Weisz et al. eine wesentlich geringere Effektstärke von .34 errechnen. Neben mangelnder Durchführung der vorangegangenen Meta-Analysen, unter anderem Hinweise auf Publikationsbias für erfolgreiche Studien und daraus resultierenden Überschätzungen der Effektstärken, konnte eine Vielzahl weiterführender Ergebnisse erzielt werden, die einen differenzierteren Blick auf den Einsatz kognitivbasierter Therapieformen zulassen. Zu bedenken ist jedoch an dieser Stelle, dass sich diese genannten Meta-Studien allein mit traditionellen Therapieformen ohne computerassistierten Komponenten befassten.

Obwohl die kognitive Verhaltenstherapie in diesem Therapiekontext nicht die optimale Lösung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen darzustellen scheint, lassen sich aber durch diese Ergebnisse sämtliche Forschungen zu computerassistierten Therapieprogrammen in einem positiveren Licht sehen. So wäre etwa zu vermuten, dass gerade die Umsetzung der kognitiven Verhaltenstherapie in Form interaktiver Computerprogramme die Effektivität der Intervention oder Behandlung bedingt. Die modulierte Struktur, wie sie im MATCH-ADC (Chorpita & Weisz, 2005) zu finden ist, scheint sich optimal zur Umsetzung in neue, interaktive Medien anzubieten.

MindBook greift mit seinen Inhalten die Grundstruktur vieler anderer vergleichbaren Programmen auf. Die bisherige Forschung im Gebiet der computerassistierten kognitiven Verhaltenstherapie, sowie die in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere auf der Ebene der Psychoedukation eine Bandbreite an komorbiden Störungsbildern, wie Depression und Angststörungen, positiv beeinflusst werden können. Neben diesen angesprochenen Grundelementen sticht MindBook vor allem durch seine Konzeptionierung als simuliertes soziales Netzwerk hervor, sowie durch das Potential zur Anpassung und Adaptierung an das Verhalten und die Selbstdarstellung des Benutzers im Fortlauf der Nutzung.

Im Verlauf dieser Studie wurden die Möglichkeiten und das Potential von computer- und internetbasierten KBT-Programmen zur Prävention und Behandlung von Depressionen und verwandten psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Während die Ergebnisse keine konkreten neuen Entdeckungen oder Wegweiser für das Forschungsgebiet aufzeigen, stellt doch MindBook selbst einen Schritt in eine neue Richtung der interaktiven Psychoedukation. Die positiven Effekte und ökonomischen Vorteile computer- und internetbasierter KBT-Programme wurden bereits in der Vergangenheit mehrfach belegt. Der aktuelle Forschungsstand lässt darauf schließen, dass das nächste Ziel die Gradwanderung zwischen „klassischer“ Therapie im klinischen Umfeld, und Therapien die rein auf Interaktionen am Computer basieren, betreffen wird. Beide Ansätze haben ihre Vorzüge, scheinen jedoch letztendlich entweder am Mangel oder Überschwang an Innovation zu mangeln.

Kindern auf interaktivem, unterhaltsamen und zugänglichem Wege, Wissen über ihre Emotionen und Kognitionen zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu geben dieses Wissen in einem sicheren Umfeld zu erproben und mit einem unterstützend mitwirkenden Therapeuten zu besprechen, könnte das Mittel gegen das ansteigende Auftreten psychischer Probleme im Kindesalter darstellen.

10. Zusammenfassungen

Das vorliegende Kapitel wurde - mit Ausnahme spezifischer Textpassagen zu depressiven Störungen im Kindesalter, die von Marlies Mersits dargelegt wurden - im Kollegium verfasst.

10.1. Zusammenfassung

Da aus viele Studien besonders im Kindesalter ein Anstieg der Verbreitung von Depression über die letzten Jahrzehnte hinweg hervorgeht und es innovativer und leicht zugänglicher Methoden bedarf um die Prävention und Versorgung von Depressionen im Kindesalter zu optimieren, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit das computerbasierte Trainingsprogramm MindBook konzipiert, entwickelt und evaluiert.

Die Untersuchungsstichprobe umfasste 40 Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren, die per Randomisierung den beiden Bedingungen (Versuchs- und Kontrollgruppe) zugewiesen wurden. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen der Nutzung des computerbasierten Programmes MindBook und dem psychischen Befinden der teilnehmenden Kinder über fünf Erhebungszeitpunkte (Pre- und Posttestung, sowie drei Zwischentestungen) hinweg.

Ungeachtet der Tatsache, dass die Untersuchungsergebnisse über sämtliche angewandten Fragebogenverfahren (BPM, YSR und RCADS) hinweg generell eine Verbesserung des psychischen Befindens aufzeigen, lässt sich dieser Effekt nicht unmittelbar auf den Einsatz des MindBook-Programmes zurückführen, da sich dieser Verlauf sowohl in der Versuchs- als auch die Kontrollgruppe zeigt.

Während die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie nicht ausreichend aussagekräftig sind um dem Programm einen konkreten klinischen Nutzen zuzusprechen, wird doch MindBook selbst in seiner Gesamtheit als internetbasierte Lernplattform, aber auch in seinen einzelnen Modulen und Elementen als eine wertvolle und praxisnahe Bereicherung der Präventions- und Interventionsangebote im Kindesalter gesehen, vor allem im Bereich der Depression. Darüber hinaus kann MindBook als ein Schritt in eine neue Richtung der interaktiven Psychoedukation betrachtet werden.

10.2. Abstract

Due to an increasing prevalence of depression in childhood over the last decades, innovative and easily accessible methods are needed to optimize prevention of youth depression and health care for those already afflicted. In thought of this demand the computerbased training program MindBook was designed and evaluated as presented in this study.

A total of 40 children aged from 8 to 11 years participated in the study and were randomly assigned in an even split (20 / 20) to either test group or control group. The first data collection before the beginning of the MindBook sessions and the second collection after the test group had participated in all sessions consisted of RCADS and two more questionnaires from the ASEBA (the Achenbach System of Empirically Based Assessment), YSR and BPM. After four weeks, encompassing four MindBook sessions, the scores on most subscales related to mental, emotional and physical well-being had decreased, showing a general, but non-significant improvement in both, test group and control group. Although they don't show a definitive proof of the program's effectiveness, there are some minor results suggesting that a certain degree of improvement in the test group could be linked to the program.

While the results of the present pilot study are not significant enough to attribute clinical value to it, MindBook in its entirety as an internetbased learning platform, but also its singular modules and elements, are considered as valuable and practically relevant additions to the existing options for the prevention and treatment of depression, especially in childhood. In addition MindBook presents a step in a new direction of interactive psychological education.

11. Literatur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression ("Stressbusters") and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151-165.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behaviour Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2. Aufl. mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Brähler, E. (2010). Breitbandverfahren klinischer Ratingskalen zur Messung von Psychosyndromen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(4), 222-233.
- Beck, A. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-284.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brezinka, V. (2009). Computerspiele in der Verhaltenstherapie mit Kindern. In S. Schneider & J. Magraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 3, S. 233-241). Heidelberg: Springer.
- Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 309-322.
- Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2005). *MATCH-ADC: A Modular Approach to Treatment for Children with Anxiety, Depression, and Conduct Problems*. Honolulu, HI, and Boston, MA: University of Hawaii at Manoa and Judge Baker Children's Center, Harvard Medical School.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835–855.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885-894.
- Costello, J. E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.

- Coyle, D., McGlade, N., Doherty, G., & O'Reilly, G. (2011). Exploratory evaluations of a computer game supporting behavioural therapy for adolescents. *ACM CHI, 2011*, 2937-2946.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2008). Psycho- und Verhaltensdiagnostik. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 149-170). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N., & Eichenberg, C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien. *Psychotherapeut, 52*(2), 127-135.
- Eichenberg, P. D. C., & Ott, R. (2011). Klinisch-psychologische Intervention im Internet. *Psychotherapeut, 57*(1), 58-69.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry, 59*(3), 225-231.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. Aufl.). London: SAGE.
- Gega, L., Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: Experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 60*(2), 147-157.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health, 15*(2), 81-87.
- Groen, G., & Petermann, F. (2008a). Depressive Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 427-443). Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., & Petermann, F. (2008b). Was wirkt in der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? *Kindheit und Entwicklung, 17*(4), 243-251.

- Groen, G., & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Heinrichs, N., Döpfner, M., & Petermann, F. (2008). Prävention psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 643-659). Göttingen: Hogrefe.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440.
- Huss, M. (2012). Depressionen im Kindes-und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160(1), 40-46.
- Junge-Hoffmeister, J. (2009). Prävention psychischer Störungen. In S. Schneider & J. Magraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 3, S. 901-922). Heidelberg: Springer.
- Kaltenthaler, E., Parry, G., Beverley, C., & Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193(3), 181-184.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*, 29(2), 85-96.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2008). Computer-assisted CBT for child anxiety: the Coping Cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 159-165.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 737-745.
- Koch-Möhr, R. (1998). Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47(6), 416-425.

- Kübart, J., Grimmer, U., & Hipp, J. (2005). Regelbasierte Ausreißersuche zur Datenqualitätsanalyse. *Datenbank-Spektrum*, 14(22-28), 47.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.
- Lutz, W., Stangler, U., Maercker, A., & Petermann, F. (2012). *Klinische Psychologie – Intervention und Beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- McCabe, P. C., & Altamura, M. (2011). Empirically valid strategies to improve social and emotional competence of preschool children. *Psychology in the Schools*, 48(5), 513-540.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.
- Nelson, E. L., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemedicine Journal and e-Health*, 9(1), 49-55.
- Olsen-Rando, R. A. (1995). Proposal for development of a computerized version of the Talking, Feelings and Doing Game. *Computers in Human Services*, 11(1-2), 69-80.
- Ott, R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet: Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 128-147). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57.
- Petermann, F. (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159(10), 985-994.
- Pössel, P., & Hautzinger, M. (2006). Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(4), 243-255.

- Pössel, P. (2009). Depression/Suizidalität. In S. Schneider & J. Magraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 3, S. 663-687). Heidelberg: Springer.
- Prensky, M. (2003). Digital game-based learning. *Computers in Entertainment (CIE)*, 1(1), 21-21.
- Reeker-Lange, C., Aden, P., & Seyffert, S. (2010). *Handbuch der Progressiven Muskelentspannung für Kinder*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 275-290.
- Rudolph, K.D., & Lambert, S.F. (2007). Child and adolescent depression. In E.J. Mash, & R.A. Barkley (Hrsg.), *Assesment of childhood disorders* (4. Aufl., S. 398-483). New York: Guilford Press.
- Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4), 228-238.
- Seiffge-Krenke, I., (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 48-57.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a conformatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 614-621.
- Stapleton, A. J. (2004). Serious games: Serious opportunities. In *Australian Game Developers Conference, Academic Summit*, Melbourne.
- Stark, K. D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., & Molnar, J. (2008). Treatment of childhood depression – The ACTION Treatment Program. In P. C. Kendall (Hrsg.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3. Aufl., S. 169-216). New York: Guilford Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5. Aufl.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tan, O. K. (2008). The Strong Kids Curricula for Building Social and Emotional Resiliency in Children and Adolescents. *Prevention in Counseling Psychology, 2*(1), 7-10.
- Tossman, P., Jordan, S., & Fleischer, A. (2006). Onlineberatung: Ein Instrument der sekundären Drogenprävention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 37*, 223-228.
- Wadepohl, H., Koglin, U., Vonderlin, E., & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. *Kindheit und Entwicklung, 20*(4), 219-228.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2011). Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 33-42.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist, 60*(6), 628.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(1), 132-149.

Internetquellen

<http://www.duden.de/node/815612/revisions/1161380/view> (letzter Zugriff am 13.11.2013)

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Screenshot> (letzter Zugriff am 16.02.2014)

http://www.duden.de/rechtschreibung/Pop_up (letzter Zugriff am 15.02.2014)

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Schnittstelle#Bedeutung2> weitergeleitet von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Interface> (letzter Zugriff am 12.02.2014)

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Icon> (letzter Zugriff am 16.02.2014)

12. Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1	Übersicht Ausreißer je Testverfahren und jeweiligen Subskala.....	44
Tabelle 2	Vierfeldertafel Geschlecht und Bedingung	45
Tabelle 3	deskriptivstatistische Kennwerte Lebensalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Bedingung.....	46
Tabelle 4	Cronbach Alpha aller Subskalen zu Pre – und Posttestung.....	41
Tabelle 5	Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung im BPM (in %)	47
Tabelle 6	Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung in der RCADS (in %)	49
Tabelle 7	Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung im YSR.....	52
Tabelle 8	Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung der YSR-Gesamtscores	53
Tabelle 9	Mittelwert und Standardabweichung in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt und Bedingung der YSR-Gesamtscores.....	54

Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i>	Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10.....	11
<i>Abbildung 2.</i>	Vorteile und Nachteile therapeutischer Computerspiele	20
<i>Abbildung 3.</i>	Allgemeine bzw. unspezifische Wirkfaktoren.....	23
<i>Abbildung 4.</i>	Bausteine der kognitiven Verhaltenstherapie	25
<i>Abbildung 5.</i>	BPM-Gesamtscore je Erhebungszeitpunkt und Bedingung	48
<i>Abbildung 6.</i>	RCADS-Subskala GAD je Erhebungszeitpunkt und Bedingung	50

13. Abkürzungsverzeichnis

BPM ...	Brief Problem Monitor
Bsp. ...	Beispiel
bzw. ...	beziehungsweise
etc. ...	et cetera; und so weiter
f. ...	folgende
IBI ...	internetbasierte Interventionen
Jhdt.	Jahrhundert
KBT ...	kognitive behavioral therapy (engl.); kognitive Verhaltenstherapie
KG ...	Kontrollgruppe
RCADS ...	Revised Child Anxiety and Depression Scale
u.a. ...	unter anderem
usw. ...	und so weiter
VG ...	Versuchsgruppe
vgl. ...	vergleiche
YSR ...	Youth Self Report
= ...	entspricht; ist gleich
% ...	Prozent

III. ANHANG

Dieses Kapitel wurde im Kollegium Mersits und Eicher erarbeitet.

Im vorliegenden Anhang befinden sich nun all jene Dokumente, welche im Laufe der Entwicklung und Evaluation des MindBook-Programmes von Marlies Mersits und Christopher Eicher erstellt und eingesetzt wurden.

Im Folgenden werden aufgelistet:

1. Screenshots der MindBook-Elemente in chronologischer Reihenfolge ihres Auftretens im Programm, im Konkreten
 - a. MindBook-Registrierung
 - b. Beispielsequenz der virtuellen Führung durch das Programm
 - c. Abfrage des Gefühlswetters, zu Beginn jeder MindBook-Sitzung
 - d. MindBook-Hauptseite
 - e. Bsp. einer MindBook-Nutzer-Profilseite
 - f. Bsp. eines MindBook-Freundeprofiles
 - g. Bsp. eines psychoedukativen MindBook-Merksatzes
 - h. MindBook-Aktivitätenplaner
 - i. Beispielinhalte der MindBook-Werkzeugkiste
 - j. Sequenzen aus den MindBook-Videos der 1. Sitzung
 - k. Screenshot Sequenzen psychoedukative Einführung zu Problemlösestrategien, 3. Sitzung
 - l. Screenshot Videosequenz Vermittlung der „5. Schritte zur Problemlösung“, 3. Sitzung
 - m. Screenshot Sequenzen aus MindBook-Spiel zum Problemlösetraining, 3. Sitzung
 - n. Screenshot Memory-Spiel mit Gewitterkarten, 3. Sitzung
 - o. Screenshot Lückentext, 4. Sitzung
 - p. Screenshot Auswahl der Lieblingswerkzeuge, 4. Sitzung
2. alle Übungsblätter des Programmes
 - a. Wie ich meine Gefühle zeige
 - b. Meine Chilloutzone
 - c. Entspannung zu Hause
 - d. Die 5 Schritte zur Problemlösung

- e. Graue und schlaue Gedanken
 - f. Halt nach dem Regenbogen Ausschau
- 3. Elternbriefe mit Einverständniserklärung sowie Informationsbroschüren
- 4. die bei der vorliegenden Arbeit eingesetzten Erhebungsinstrumente
 - a. BPM (Brief Problem Monitor; Achenbach, McConaughy, Ivanova & Rescorla, 2011)
 - b. YSR (Youth Self Report; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check-list, 1998)
 - c. RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale; Chorpita et al., 2000)

sowie der Curriculum Vitae des Autors – in der vorliegenden Arbeit Marlies Mersits.

1.a. Screenshots MindBook-Registrierung

 **MindBook** Registrierung

Stammdaten
Vorname:
Name:
Benutzername:
Passwort:
Passwort wiederholen:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
Alter: Jahre

Benutzerprofil
Profilbild:

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

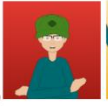
☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

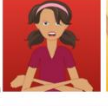
 **MindBook** Registrierung

☐ 

☐ 

☐ 

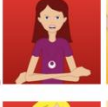
☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

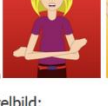
☐ 

☐ 

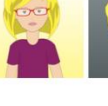
☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

Titelbild:

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

☐ 

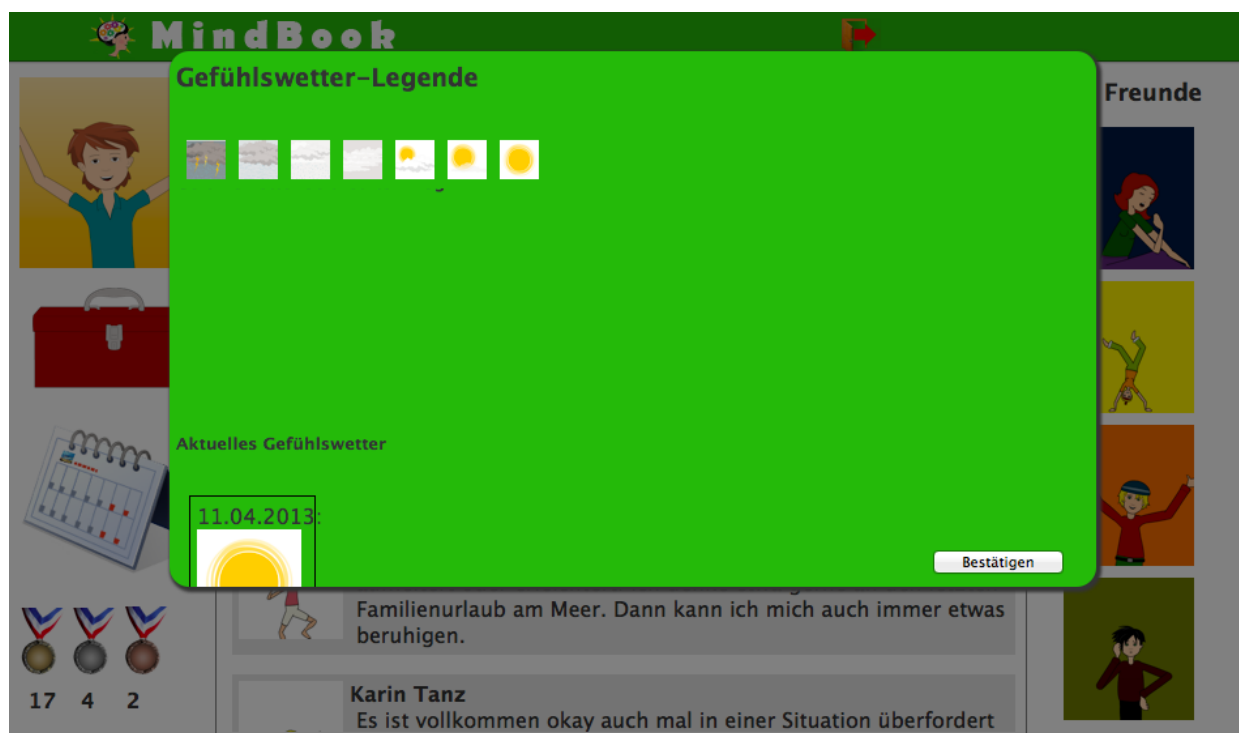
☐ 

Abschließen

1.b. Screenshot einer Beispielsequenz der virtuellen Führung durch das Programm



1.c. Screenshot der Abfrage des Gefühlswetters, zu Beginn jeder MindBook-Sitzung



1.d. Screenshot der MindBook-Hauptseite


MindBook


Aktuelle Gefühlswetterlage:
heiter





17 4 2


Karin Tanz
Es ist manchmal so richtig entspannend mit der besten Freundin einkaufen zu gehen, einfach mal abschalten und sich etwas gönnen!

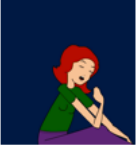
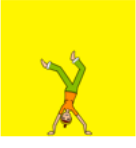

Juli Glücklic
Fahre morgen mit meinem Vater übers Wochenende angeln, freue mich schon sehr etwa Zeit mit ihm zu verbringen (und hoffentlich viele Fische zu fangen) ;-)


Juli Glücklic
Manchmal geht doch nichts über ein gutes Buch um auf andere Gedanken zu kommen.


Chrissi Fröhlich
Vor schwierigen Aufgaben atme ich immer tief durch, und gehe ein bisschen in mich. Danach bin ich meist immer etwas ruhiger!

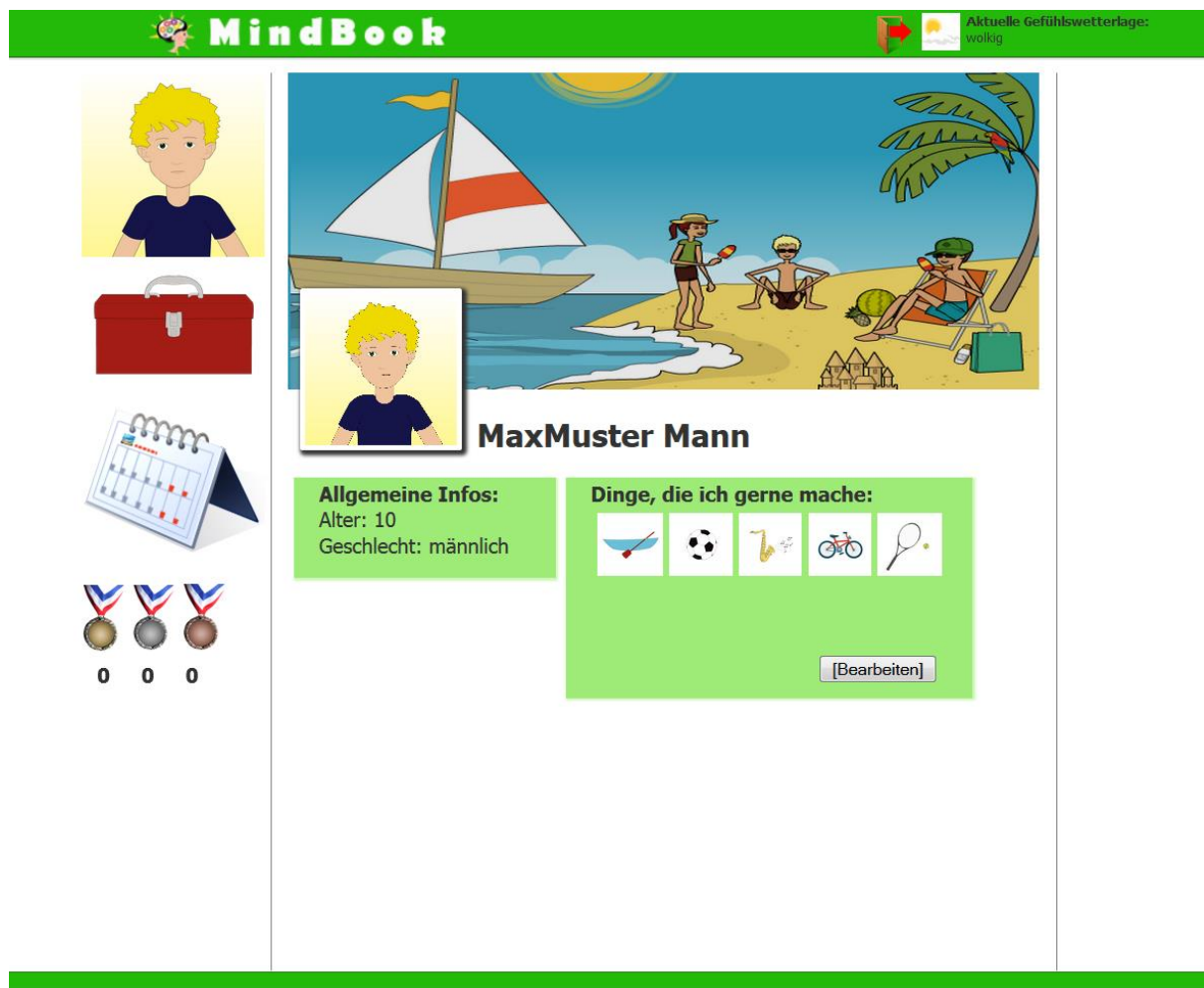

Bobby Happy
Tipp des Tages! Bei Stress kurz an etwas denken, das einen aufheitert oder erleichtert! Ich denke etwa gerne an den letzten Familienurlaub am Meer. Dann kann ich mich auch immer etwas beruhigen.


Bobby Happy
Es ist vollkommen okay auch mal in einer Situation überfordert zu sein, man muss nur dran denken, dass man immer auch

8 Freunde






1.e. Screenshot Bsp. einer MindBook-Nutzer-Profilseite



1.f. Screenshot Bsp. eines MindBook-Freundeprofiles

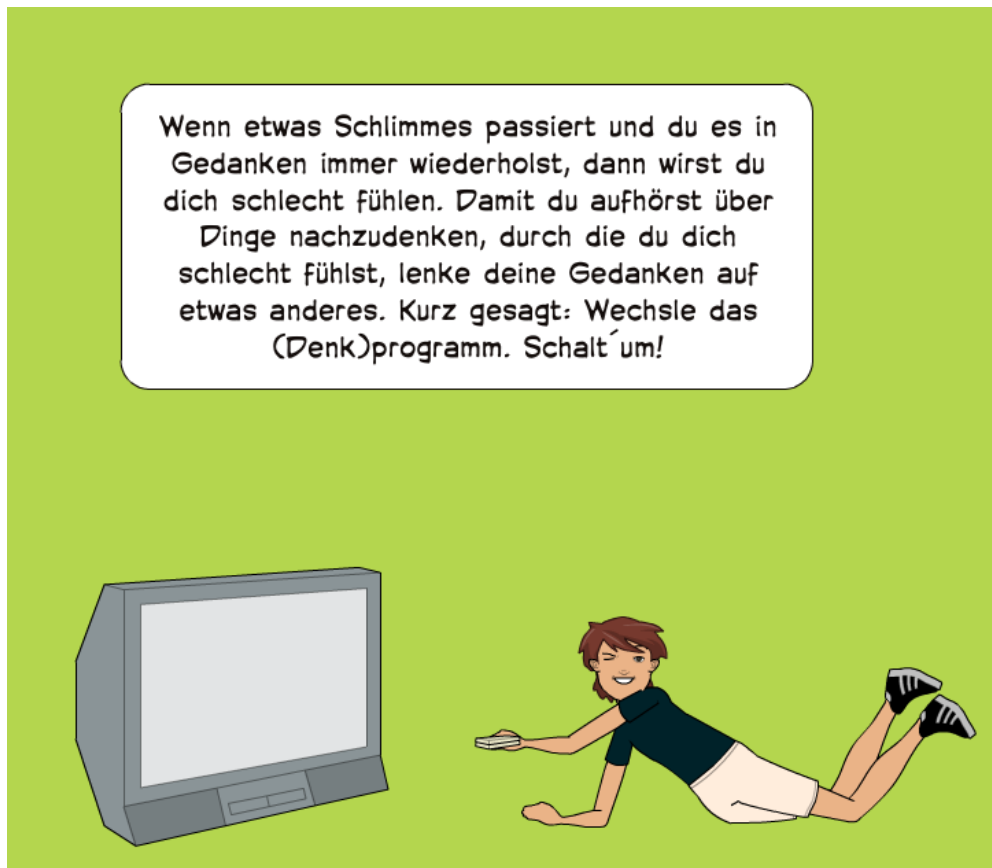


Allgemeine Infos:
Alter: 13
Geschlecht: weiblich

Dinge, die ich gerne mache:



1.g. Bsp. eines psychoedukativen MindBook-Merksatzes



1.h. Screenshot des MindBook-Aktivitätenplaners

**MindBook** Aktuelle Gefühlswetterlage:
heiter


17 4 2

Aktivitätenplaner



Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
				
Samstag	Sonntag			
				

Eintrag speichern

8 Freunde



1.i. Screenshot Inhalte der MindBook-Werkzeugkiste



1.j. Screenshot Sequenzen aus den MindBook-Videos der 1. Sitzung



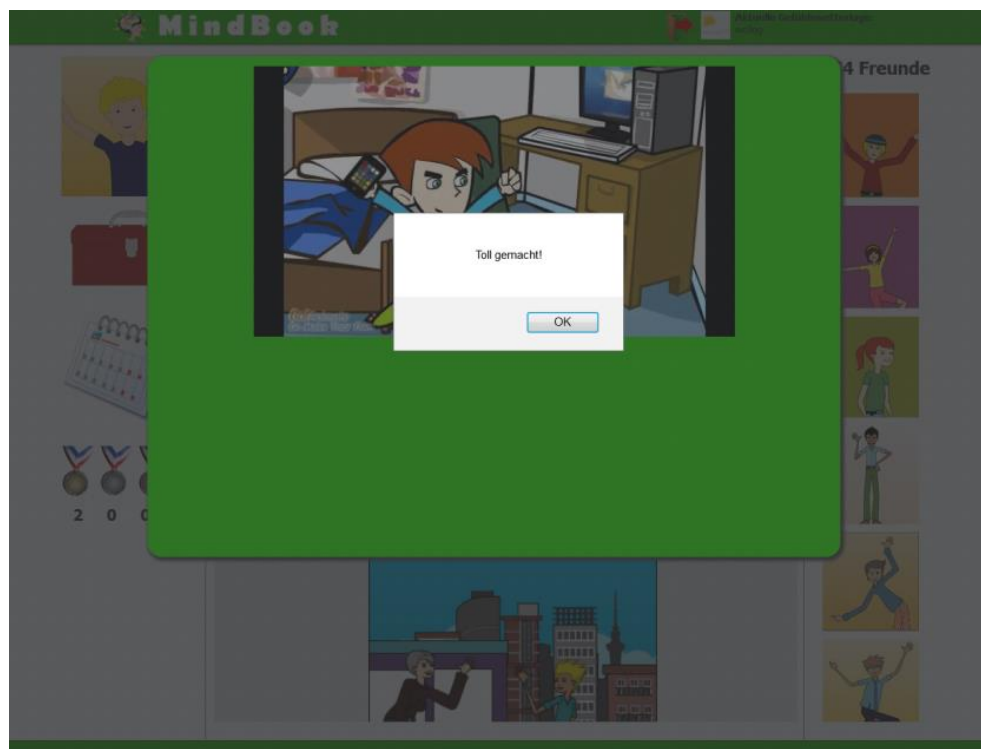
1.k. Screenshot Sequenzen psychoedukative Einführung zu Problemlösestrategien,
3. Sitzung



1.1. Screenshot Videosequenz Vermittlung der „5. Schritte zur Problemlösung“,
3. Sitzung



1.m. Screenshot Sequenzen aus MindBook-Spiel zum Problemlösetraining,
3. Sitzung



1.n. Screenshot Memory-Spiel mit Gewitterkarten, 3. Sitzung



1.o. Screenshot Lückentext, 4. Sitzung

 Aktuelle Gefühlswetterlage: heiter



Ich erinnere mich, dass ich in der 1.Sitzung gelernt habe wie ich meine [] zeige.
Von Max habe ich bei meinem ersten Besuch auf MindBook gelernt, dass Denken,
[] und [] zusammen hängen.
Beim Zusammenbauen meines MindBook- [] konnte ich zwischen viele
verschiedene Hintergründen wählen.
Um Tom weiterzuhelfen, musste ich die 5 Schritte zur/der [] verwenden.
In der [] sind Werkzeuge, die mir dabei helfen, dass es mir besser geht.
Auch wenn einmal etwas Schlechtes passiert, kann man trotzdem immer versuchen Ausschau nach
dem [] zu halten.
Um mich zu entspannen kann ich zum Beispiel meine [] lockern oder
[] ein und aus atmen.
Bin ich mal schlecht drauf, kann ich versuchen meine [] Gedanken durch
[] Gedanken zu ersetzen.
Der ruhige, schöne Ort an dem ich mit meinen Gedanken so gerne bin, wird auf MindBook die
[] genannt.

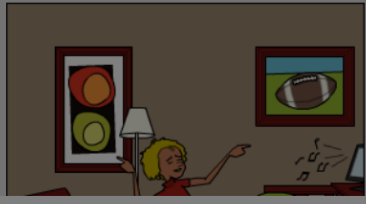
Speichern



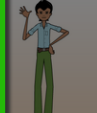
3 0 0



Robi Sportlich
Hab gerade mal so richtig heftig meine Lieblingsmusik eingeschalten.
Die Prüfung morgen stresst mich schon den ganzen Tag und ich
brauche jetzt einfach mal eine kleine Ablenkung.

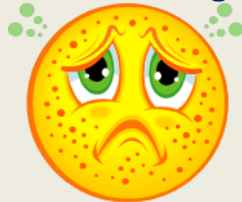


4 Freunde



1.p. Screenshot Auswahl der Lieblingswerkzeuge, 4. Sitzung



Wie ich meine Gefühle zeige	
Wenn ich gut aufgelegt bin... 	Wenn ich schlecht aufgelegt bin... 
Mache ich meistens... (Aktivitäten, Personen, mit denen ich Zeit verbringe,...)	Mache ich meistens... (Aktivitäten, Personen, mit denen ich Zeit verbringe,...)
So sehe und höre ich mich dann für andere Menschen an... (Augenkontakt oder kein Augenkontakt, traurige oder fröhliche Stimme,...)	So sehe und höre ich mich dann für andere Menschen an... (Augenkontakt oder kein Augenkontakt, traurige oder fröhliche Stimme,...)
So fühlt sich dann mein Körper an... (müde, nervös, entspannt,...)	So fühlt sich dann mein Körper an (müde, nervös, entspannt,...)
Und so verhalte ich mich dann anderen gegenüber...	Und so verhalte ich mich dann anderen gegenüber...

Meine Chilloutzone



Meine Chilloutzone ist	
	
ich sehe	
	
ich rieche	
	
ich schmecke	
	
ich spüre	
	
ich höre	
	

Entspannung zu Hause

Du hast bei deinem letzten Besuch auf MindBook gelernt, dass sich, wenn wir uns Sorgen machen, traurig oder wütend sind, unsere Muskeln anspannen und unser Körper sich verkrampft und unwohl fühlt. Für solche Fälle haben wir die drei Entspannungswerkzeuge in unserer Werkzeugkiste. Erinnerst du dich noch an diese drei Werkzeuge?



Entspanne deine Muskeln.

Du hast bereits einiges über die Muskelentspannung gehört. Konzentrier dich vor allem auf jene Muskeln, die besonders angespannt und verkrampft sind.



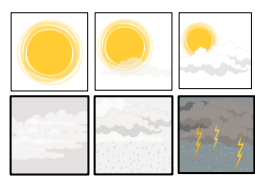
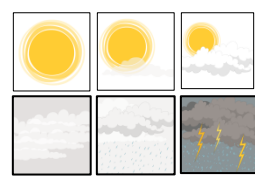
Verlangsame deine Atmung

Atme tief und langsam ein und dann wieder aus. Spür wie sich dein Bauch anhebt und senkt.



Denk an einen schönen, ruhigen Ort – deine Chilloutzone.

Bei dieser Übung, schreibst du zwei Situationen auf, in denen du dich in den letzten Tagen angespannt gefühlt hast und dann unser Entspannungswerkzeuge zur Hilfe genommen hast. Zeichne bitte dein Gefühlswetter vor der Entspannung und dein Gefühlswetter nach der Entspannung auf.

Situationen, in denen ich mich angespannt gefühlt hab... 	davor fühlte ich mich... 	danach fühlte ich mich... 
<u>Situation 1</u>		
<u>Situation 2</u>		

Es gibt noch 2 Audiodateien, die du dir zur Entspannung anhören kannst:

http://mein.cs.univie.ac.at/downloads/Ein_Tag_am_Meer.mp3

http://mein.cs.univie.ac.at/downloads/Ort_der_Phantasie.mp3

Die 5 Schritte zur Problemlösung

Bei deinem letzten Besuch auf MindBook hast du die 5 Schritte zur Problemlösung kennengelernt. Du siehst sie hier wieder. Wenn du das nächste Mal ein Problem hast, dann antworte bitte auf die Fragen zu jedem der 5 Schritte und schon ist dein Problem gelöst



Was ist das Problem?



Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Prüfe jeder deiner Lösungsmöglichkeiten, die du oben aufgelistet hast. Welche guten und schlechten Konsequenzen können sie haben?

GUT

SCHLECHT

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ |



Wähle eine Lösungsmöglichkeit und probiere sie aus.



Hast du es ausprobiert? Hat's geklappt? Wenn ja, super! Falls nicht, dann versuch es mal mit den anderen möglichen Lösungen aus deiner Liste.

GRAUE und SCHLAUE Gedanken

Denk an eine Situation in den letzten Wochen, in der du graue Gedanken hattest. Such nach Beweisen um zu sehen, ob deine Gedanken wirklich realistisch waren. Versuch realistischere Gedanken zu finden und schau, ob sich dein Gefühlswetter verändert. Erinnerung dich daran, dir diese vier Fragen zu stellen, die du auf MindBook gelernt hast:



Gibt's Beweise?



Gibt's einen anderen Weg das zu sehen?



Was würdest du einem Freund raten, wenn er diese Gedanken hätte?

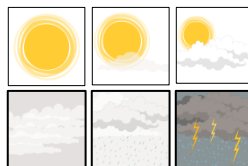


Wenn diese Gedanken wahr sind, ist es dann wirklich so schlimm?

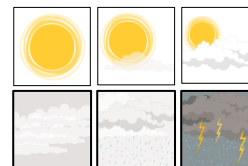
Welche Situation war das?



dabei fühlte ich mich...



dabei fühlte ich mich...



Halt nach dem Regenbogen Ausschau

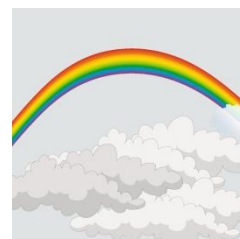
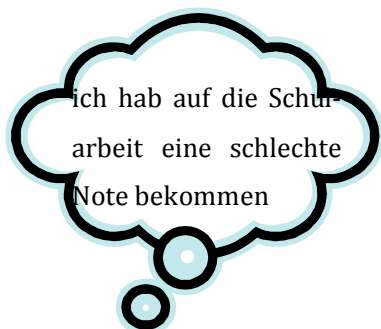
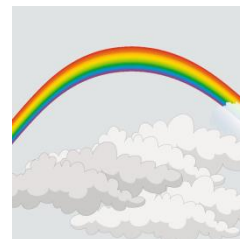
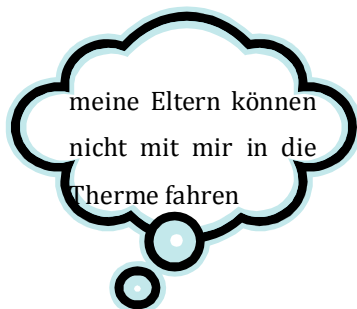
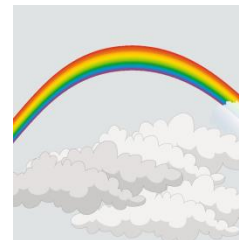


Denk dran, ein wunderschöner, bunter Regenbogen kann nur entstehen, wenn es davor regnet. Auch wenn es seltsam klingt, aber selbst aus schlechten Lagen können gute Dinge entstehen.

Versuch dir einige solcher Regenbögen für die folgenden Situationen zu überlegen.

für diese schlechte Situation

gibt's diesen Regenbogen



3. Informationsbroschüre MindBook, S.1

Leitung
Univ.-Prof. Mag. Dr. Manuel Sprung



Professur für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Fakultät für Psychologie, Universität Wien
Liebiggasse 5, 1010 Wien



**universität
wien**

Fakultät für Psychologie
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

Weitere Ansprechpartner aus dem Team

Sabrina Wejrosta
Sekretariat
E-Mail: sabrina.wejrosta@univie.ac.at
T: +43-1-4277-472 15



Isabelle Müller
Studienassistentin
E-Mail: isabelle.mueller@univie.ac.at
T: +43-1-4277-472 14



<http://kinder-psy.univie.ac.at>



Grübeln, Sorgen, Traurigkeit?

*Ich kann spielerisch trainieren,
so dass es mir bald besser geht!*

Wir suchen Computerspiel-TesterInnen, die
lernen möchten,
wie sie trübe Gedanken in ihrem Alltag klein
bekommen.



**Studentische Mitarbeiter im Rahmen der
Diplomarbeit**



Marlies Mersits Christopher Eicher

Kontakt: MindBook@univie.ac.at



Wir sind auf der Suche nach
spielfreudigen Kindern,
die zwischen 6 und 14 Jahren alt sind.

3. Informationsbroschüre MindBook, S.2



Am *Games4Resilience Lab* an der Fakultät für Psychologie werden unter der Leitung von Univ.-Prof. Mag. Dr. Manuel Sprung Computerspiele zur Prävention und Förderung von psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter entwickelt und evaluiert.

Jeder fühlt sich einmal traurig, lustlos oder niedergeschlagen, das ist ganz normal. Problematisch wird es dann, wenn wir in diesen Gefühlen „stecken bleiben“. Dann verlieren wir oft den Spaß an Dingen, die wir früher gerne gemacht haben und ziehen uns zurück.

MindBook© ist ein neu entwickeltes Computerspiel, das Kindern unter anderem spielerisch Strategien vermittelt, wie man negative Gedanken und Stress leichter bewältigen und so aktiv vermeiden kann, an diesen negativen Gefühlen „kleben zu bleiben“.

MindBook© ist eine computerbasierte, interaktive Lernplattform, die im Stil eines sozialen Netzwerkes gehalten ist. Mit der Hilfe von MindBook© werden Kindern auf spielerischem und interaktivem Weg verschiedene Problemlösestrategien und Ressourcen vermittelt, um verschiedene Herausforderungen des alltäglichen Lebens erfolgreich zu meistern und ein positives Selbstbild zu stärken.

Das soziale Netzwerk im Spiel ist vollständig fiktiv und basiert auf Inhalten, die von Psychologen anhand aktueller Studien zu den wirksamsten Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt wurden. Innerhalb von 4 Sitzungen á 30-45 Minuten vermittelt MindBook© die wichtigsten Strategien und enthält auch Arbeitsblätter und Merksätze, die helfen, diese in den Alltag zu integrieren.

Manchmal scheint die Welt ziemlich grau und trüb. Dann kann man sich schnell mal traurig oder ängstlich fühlen, möchte sich am liebsten zurückziehen und gar nichts machen.

Mit MindBook© kannst du herausfinden, was genau DU dagegen tun kannst! Ben und Susi stellen dir in spannenden Geschichten Werkzeuge aus deiner speziellen Werkzeugkiste vor, die dabei helfen können, ein trübes Gefühlswetter in eine sonnige Stimmung zu verwandeln. Du siehst, was deine MindBook©-Freunde zu ihren eigenen Erlebnissen schreiben, was sie gerne unternehmen, kannst Medaillen sammeln, und verschiedene Spiele spielen. Gestalte deine eigene 'Chilloutzone', lerne dich zu entspannen, und erfahre was Chrissi Fröhlich, Tommy Fußballstar und Phil Cool so alles auf Lager haben!

Möchtest du MindBook© ausprobieren, dann melde dich bei uns 😊.

**Marlies, Christopher und das Team des
*Games4Resilience Lab***



3. Ausschreibung an den Schulen inklusive Einverständniserklärung, S.1

ComputerspieltesterInnen gesucht!



Spielst du gerne Computerspiele?
Hast du Spaß daran Neues zu entdecken?



Dann besuche uns im *Games4Resilience Lab* und teste ein neu entwickeltes
Computerspiel, das als **Selbstsicherheitstraining** genutzt werden kann!

Wir sind auf der Suche nach spielfreudigen Kindern,
die zwischen 7 und 13 Jahren alt sind.

Liebe Eltern,



am *Games4Resilience Lab*, an der Fakultät für Psychologie, werden unter der Leitung von Univ.-Prof. Mag. Dr. Manuel Sprung Computerspiele zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entwickelt und evaluiert.

Wir, Marlies Mersits und Christopher Eicher, sind im Rahmen unserer Diplomarbeit in ein Projekt involviert, das zur Förderung von Selbstsicherheit und Vorbeugung von Stress im Kindesalter eingesetzt wird.

MindBook© ist ein computerbasiertes Spiel mit interaktiver Lernplattform, im Stil eines sozialen Netzwerkes. Spielerisch werden den Kindern verschiedene Strategien vermittelt, um Problemlösen und Stressbewältigung zu erleichtern und das Selbstbild zu stärken.

Innerhalb von 4 Sitzungen á 30 Minuten wird das MindBook© Spiel durchlaufen und übermittelt auch Arbeitsblätter und Merksätze, die helfen, die erlernten Strategien in den Alltag zu integrieren. Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung, per E-Mail: MindBook@univie.ac.at oder telefonisch unter 01/ 4277 472 15.

Wenn Ihr Kind eines der Ersten sein möchte, das MindBook© ausprobiert, füllen Sie bitte das anliegende Formular aus und geben es beim Klassenvorstand ab.

Marlies, Christopher und das Team des *Games4Resilience Lab*

Alle Daten werden natürlich anonym erhoben, vertraulich behandelt & nicht an Dritte weitergegeben.

3. Ausschreibung an den Schulen inklusive Einverständniserklärung, S.2



universität
wien

Fakultät für Psychologie
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

Einverständniserklärung

Ich, _____, habe die Informationen über die MindBook©-Studie gelesen und stimme hiermit der Teilnahme meiner Tochter/ meines Sohnes _____, geboren am _____, an der MindBook©-Studie am *Games4Resilience Lab* unter der Leitung von Univ.-Prof. Mag. Dr. Manuel Sprung zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten anonymisiert für Forschungszwecke verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Alle Daten werden natürlich anonym erhoben, vertraulich behandelt & nicht an Dritte weitergegeben.

4. eingesetzte Erhebungsinstrumente

Interne ID #:	Beurteilungsperiode:	Intervall (Tage):
---------------	----------------------	-------------------

BRIEF PROBLEM MONITOR-YOUTH FORM (BPM-Y) FOR AGES 6-18

Vorname:	Geschlecht:	Alter:	Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr)	Auszufüllen bis zum:	Heutiges Datum:
Nachname:	☐ Bub ☐ Mädchen		/ /	/ /	/ /

Es folgt eine Liste von Aussagen, die Kinder beschreiben. Bitte beantworte jede Aussage die dich **jetzt oder innerhalb der letzten _____ Tage** beschreibt. Bitte kreisen die **2** ein, wenn die Aussage für dich **genau oder häufig zutrifft**. Kreisen die **1** ein, wenn die Aussage für dich **etwas oder manchmal zutrifft**. Wenn die Aussage für dich **nicht zutrifft**, kreisen die **0** ein. **Bitte beantworten alle Aussagen so gut du kannst.**

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | 0 | 1 | 2 | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter |
| 0 | 1 | 2 | 2. Ich streite häufig oder widerspreche viel |
| 0 | 1 | 2 | 3. Ich bringe Dinge, die ich anfangs nicht zu Ende |
| 0 | 1 | 2 | 4. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen |
| 0 | 1 | 2 | 5. Ich kann nicht lange still sitzen |
| 0 | 1 | 2 | 6. Ich mache Sachen kaputt, die Anderen gehören |
| 0 | 1 | 2 | 7. Ich gehorche meinen Eltern nicht |
| 0 | 1 | 2 | 8. Ich gehorche in der Schule nicht |
| 0 | 1 | 2 | 9. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen |
| 0 | 1 | 2 | 10. Ich tue etwas, ohne zu überlegen |
| 0 | 1 | 2 | 11. Ich bin zu furchtsam oder ängstlich |
| 0 | 1 | 2 | 12. Ich habe zu starke Schuldgefühle |

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 13. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen |
| 0 | 1 | 2 | 14. Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| 0 | 1 | 2 | 15. Ich bin eigensinnig oder dickköpfig |
| 0 | 1 | 2 | 16. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament |
| 0 | 1 | 2 | 17. Ich drohe Anderen, sie zu verletzen |
| 0 | 1 | 2 | 18. Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |
| 0 | 1 | 2 | 19. Ich mache mir viele Sorgen |

Zusätzliche Aussagen

- | | | | |
|---|---|---|-------|
| 0 | 1 | 2 | _____ |
| 0 | 1 | 2 | _____ |
| 0 | 1 | 2 | _____ |

Was sind die Hauptprobleme, wegen derer du Hilfe benötigst?

V. 1. **Wieviele gute Freundinnen oder Freunde hast Du?** ☐ Keine ☐ einen ☐ zwei bis drei ☐ vier oder mehr
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. **Wie oft pro Woche unternimmst Du etwas mit Deinen Freundinnen/Freunden außerhalb der Schulstunden?**
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

☐ weniger als einmal ☐ ein- bis zweimal ☐ dreimal oder häufiger

VI. Im Vergleich mit anderen Jugendlichen Deines Alters:

schlechter etwa gleich besser

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| a. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ Ich habe keine Geschwister. |
| b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| d. Wie gut kannst Du Dich alleine beschäftigen? | ☐ | ☐ | ☐ | |

VII. Deine gegenwärtigen Schulleistungen:

☐ Ich besuche keine Schule

	sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. Lesen, Deutsch	☐	☐	☐	☐
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	☐	☐	☐	☐
c. Rechnen oder Mathematik	☐	☐	☐	☐
d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)	☐	☐	☐	☐
andere Fächer e. _____	☐	☐	☐	☐
(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	☐	☐	☐	☐
nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g. _____	☐	☐	☐	☐

(Bitte benutze weitere Blätter, wenn der Platz bei den folgenden Fragen nicht ausreicht.)

Hast Du eine Krankheit, eine körperliche Behinderung oder eine Beeinträchtigung?

☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:

Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die Du mit der Schule hast:

Bitte beschreibe hier alle anderen Sorgen, die Du hast:

Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die Du an Dir selbst am besten findest:

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0, 1, 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder in den letzten sechs Monaten genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für Dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter 0 1 2
2. Ich leide unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: 0 1 2

3. Ich streite häufig oder widerspreche 0 1 2
4. Ich leide unter Asthma 0 1 2
5. Ich verhalte mich wie jemand des anderen Geschlechts 0 1 2
6. Ich mag Tiere 0 1 2
7. Ich gebe an, schneide auf, prahle gern 0 1 2
8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen 0 1 2
9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: 0 1 2

10. Ich kann nicht lange stillsitzen 0 1 2
11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen 0 1 2
12. Ich fühle mich einsam 0 1 2
13. Ich bin durcheinander oder zerstreut 0 1 2
14. Ich weine viel 0 1 2
15. Ich bin sehr ehrlich 0 1 2
16. Ich bin gemein zu anderen 0 1 2
17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken 0 1 2
18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen 0 1 2
19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder Beachtung bekommen 0 1 2
20. Ich mache meine eigenen Sachen kaputt 0 1 2
21. Ich mache Sachen kaputt, die anderen gehören 0 1 2
22. Ich gehorche meinen Eltern nicht 0 1 2
23. Ich gehorche in der Schule nicht 0 1 2
24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte 0 1 2
25. Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht 0 1 2
26. Wenn ich etwas Unüberlegtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig 0 1 2
27. Ich bin auf andere eifersüchtig 0 1 2
28. Ich helfe gern anderen, wenn sie Hilfe benötigen .. 0 1 2
29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule); bitte beschreiben: 0 1 2

30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen 0 1 2
31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 0 1 2
32. Ich glaube, ich muß perfekt sein und alles gut können 0 1 2

33. Ich glaube, daß mich niemand mag 0 1 2
34. Ich glaube, daß andere mir etwas antun wollen.. 0 1 2
35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen 0 1 2
36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich 0 1 2
37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien.... 0 1 2
38. Ich werde oft gehänselt 0 1 2
39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten 0 1 2
40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint; bitte beschreiben: .. 0 1 2

41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen..... 0 1 2
42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen ... 0 1 2
43. Ich lüge oder schwindele..... 0 1 2
44. Ich kaue an meinen Fingernägeln 0 1 2
45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt 0 1 2
46. Teile meines Körpers zucken oder machen nervöse Bewegungen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
47. Ich habe Alpträume 0 1 2
48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt 0 1 2
49. Ich kann bestimmte Dinge besser als die meisten anderen Kinder 0 1 2
50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich..... 0 1 2
51. Ich fühle mich schwindelig 0 1 2
52. Ich habe starke Schuldgefühle 0 1 2
53. Ich esse zu viel 0 1 2
54. Ich bin immer müde..... 0 1 2
55. Ich habe Übergewicht 0 1 2
56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:
a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)..... 0 1 2
b) Kopfschmerzen 0 1 2
c) Übelkeit 0 1 2
d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: 0 1 2
e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme..... 0 1 2
f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe..... 0 1 2
g) Erbrechen..... 0 1 2
h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: 0 1 2

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

57. Ich greife andere körperlich an 0 1 2
58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an
anderen Körperstellen; bitte beschreiben: 0 1 2
59. Ich kann sehr freundlich sein 0 1 2
60. Ich probiere gern etwas Neues aus 0 1 2
61. Ich bin schlecht in der Schule 0 1 2
62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig 0 1 2
63. Ich bin lieber mit älteren zusammen als
mit Jugendlichen meines Alters 0 1 2
64. Ich bin lieber mit jüngeren als mit
Jugendlichen meines Alters zusammen 0 1 2
65. Ich will nicht sprechen 0 1 2
66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer
wieder (wie unter Zwang); bitte
beschreiben: 0 1 2
67. Ich laufe von zu Hause weg 0 1 2
68. Ich schreie viel 0 1 2
69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich 0 1 2
70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen
scheinen; bitte beschreiben: 0 1 2
71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen 0 1 2
72. Ich zünde gern oder habe schon Feuer gelegt 0 1 2
73. Ich kann mit meinen Händen geschickt umgehen 0 1 2
74. Ich produziere mich gern oder spiele den Clown 0 1 2
75. Ich bin schüchtern 0 1 2
76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen 0 1 2
77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als
die meisten Jugendlichen; bitte beschreiben: 0 1 2
78. Ich habe viel Phantasie 0 1 2
79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; bitte
beschreiben: 0 1 2
80. Ich setze mich für meine Rechte ein 0 1 2
81. Ich habe zu Hause gestohlen 0 1 2
82. Ich habe anderswo gestohlen 0 1 2
83. Ich horte Dinge, die ich nicht brauche; bitte
beschreiben: 0 1 2
84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam
finden; bitte beschreiben: 0 1 2

85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere
Leute seltsam finden würden; bitte beschreiben: 0 1 2
86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig 0 1 2
87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln
plötzlich 0 1 2
88. Ich bin gerne mit anderen Leuten zusammen 0 1 2
89. Ich bin mißtrauisch 0 1 2
90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter 0 1 2
91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen 0 1 2
92. Ich bringe andere gern zum Lachen 0 1 2
93. Ich rede zuviel 0 1 2
94. Ich hänsele andere gern 0 1 2
95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges
Temperament 0 1 2
96. Ich denke zuviel an sexuelle Dinge 0 1 2
97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen 0 1 2
98. Ich bin hilfsbereit 0 1 2
99. Ich bin zu sehr auf Ordentlichkeit oder
Sauberkeit bedacht 0 1 2
100. Ich habe Schlafprobleme; bitte beschreiben: 0 1 2
101. Ich schwänze die Schule oder einzelne
Schulstunden 0 1 2
102. Ich habe nicht genug Energie 0 1 2
103. Ich bin unglücklich, traurig oder
niedergeschlagen 0 1 2
104. Ich bin lauter als andere Jugendliche 0 1 2
105. Ich trinke Alkohol, nehme Drogen oder
Medikamente, die nicht von einem Arzt
verschrieben wurden; bitte beschreiben: 0 1 2
106. Ich versuche, anderen gegenüber fair zu sein 0 1 2
107. Ich habe Spaß an einem guten Scherz 0 1 2
108. Ich nehme das Leben gerne von der
lichten Seite 0 1 2
109. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen,
wenn ich kann 0 1 2
110. Ich möchte gerne dem anderen Geschlecht
angehören 0 1 2
111. Ich bin zurückhaltend, nehme keinen Kontakt
zu anderen auf 0 1 2
112. Ich mache mir viele Sorgen 0 1 2

---> Bitte prüfe nach, ob Du alle Fragen
beantwortet hast.
---> Unterstreiche bitte diejenigen Probleme,
die Dir Sorgen machen.

Vielen Dank !

Was wäre Dir noch wichtig mitzuteilen in Bezug auf Deine Gefühle, Verhaltensweisen und Interessen?

Datum: _____

Name: _____

RCADS

Bitte ringle das Wort ein, welches zeigt wie oft dir diese Dinge passieren. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

nie – manchmal – oft – immer

1. Ich mache mir Sorgen über Dinge

Nie Manchmal Oft Immer

2. Ich fühle mich traurig oder leer

Nie Manchmal Oft Immer

3. Wenn ich ein Problem habe, bekomme ich ein komisches Gefühl im Magen

Nie Manchmal Oft Immer

4. Ich mache mir Sorgen, wenn ich etwas nicht richtig gemacht habe

Nie Manchmal Oft Immer

5. Ich habe Angst davor alleine zu Hause zu sein

Nie Manchmal Oft Immer

6. Nichts bereitet mir mehr Freude

Nie Manchmal Oft Immer

7. Ich habe Angst, wenn ich eine Prüfung schreiben muss

Nie Manchmal Oft Immer

8. Ich mache mir Sorgen, wenn ich daran denke, dass jemand böse auf mich ist

Nie Manchmal Oft Immer

9. Es beunruhigt mich, von meinen Eltern getrennt zu sein

Nie Manchmal Oft Immer

10. Mich quälen komische Gedanken und Bilder

Nie Manchmal Oft Immer

11. Ich habe Schlafprobleme

Nie Manchmal Oft Immer

12. Ich habe Angst in der Schule zu versagen

Nie Manchmal Oft Immer

13. Ich habe Angst, dass meiner Familie etwas Schlimmes zustoßen könnte

Nie Manchmal Oft Immer

14. Ich habe plötzlich das Gefühl, dass ich nicht mehr atmen kann, obwohl es keinen Grund dafür gibt

Nie Manchmal Oft Immer

15. Ich habe Probleme mit meinem Appetit

Nie Manchmal Oft Immer

16. Ich muss ständig überprüfen, ob ich Dinge richtig gemacht habe (wie das Licht ausschalten und die Türe zusperren)

Nie Manchmal Oft Immer

17. Ich habe Angst alleine zu schlafen

Nie Manchmal Oft Immer

18. Ich habe Probleme morgens in die Schule zu gehen, weil ich nervös bin und Angst habe

Nie Manchmal Oft Immer

19. Ich habe keine Energie, um etwas zu machen

Nie Manchmal Oft Immer

20. Ich habe Angst mich lächerlich zu machen

Nie Manchmal Oft Immer

21. Ich bin oft müde

Nie Manchmal Oft Immer

22. Ich habe Angst, dass mir etwas Schlimmes zustoßen könnte

Nie Manchmal Oft Immer

23. Ich bekomme diese komischen Gedanken nicht aus meinem Kopf

Nie Manchmal Oft Immer

24. Wenn ich ein Problem habe, schlägt mein Herz sehr schnell

Nie Manchmal Oft Immer

25. Ich kann nicht klar denken

Nie Manchmal Oft Immer

26. Ich beginne plötzlich zu zittern, obwohl es keinen Grund dafür gibt

Nie Manchmal Oft Immer

27. Ich habe Angst, dass mir etwas Schlimmes zustoßen könnte

Nie Manchmal Oft Immer

28. Wenn ich ein Problem habe, fühle ich mich zitterig

Nie Manchmal Oft Immer

29. Ich fühle mich wertlos

Nie Manchmal Oft Immer

30. Ich habe Angst Fehler zu machen

Nie Manchmal Oft Immer

31. Ich muss an bestimmte Dinge denken (wie Zahlen oder Wörter), um zu verhindern, dass etwas Schlimmes passiert

Nie Manchmal Oft Immer

32. Ich mache mir Sorgen darüber, was andere über mich denken

Nie Manchmal Oft Immer

33. Ich habe Angst davor an Plätzen mit vielen Menschen zu sein (wie Einkaufszentren, Kino, Busse oder belebte Spielplätze)

Nie Manchmal Oft Immer

34. Ich habe plötzlich große Angst, obwohl es keinen Grund dafür gibt

Nie Manchmal Oft Immer

35. Ich mache mir Sorgen darüber, was alles passieren kann

Nie Manchmal Oft Immer

36. Mir wird plötzlich schwindlig, obwohl es keinen Grund dafür gibt

Nie Manchmal Oft Immer

37. Ich denke über den Tod nach

Nie Manchmal Oft Immer

38. Ich habe Angst davor vor der Klasse zu sprechen

Nie Manchmal Oft Immer

39. Mein Herz fängt plötzlich ohne Grund an schnell zu schlagen

Nie Manchmal Oft Immer

40. Ich habe das Gefühl, als könnte ich mich nicht bewegen

Nie Manchmal Oft Immer

41. Ich mache mir Sorgen darüber plötzlich Angst zu bekommen, obwohl es nichts gibt, wovor ich Angst haben müsste

Nie Manchmal Oft Immer

42. Ich muss bestimmte Dinge immer wieder tun (wie Hände waschen, putzen oder Dinge in eine bestimmte Anordnung bringen)

Nie Manchmal Oft Immer

43. Ich habe Angst davor mich vor anderen lächerlich zu machen

Nie Manchmal Oft Immer

44. Ich muss Dinge auf eine bestimmte Weise tun, um zu verhindern, dass etwas Schlimmes passiert

Nie Manchmal Oft Immer

45. Ich mache mir Sorgen, wenn ich abends ins Bett gehen muss

Nie Manchmal Oft Immer

46. Ich habe Angst davor die Nacht woanders verbringen zu müssen.

Nie Manchmal Oft Immer

47. Ich fühle mich ruhelos.

Nie Manchmal Oft Immer

Curriculum Vitae

Marlies Mersits

Ausbildung

Universität

seit SS 2008

Universität Wien
Studienfach Psychologie

gewählte Schwerpunkte im Studium:
Angewandte Kinder- und Jugendpsychologie
Klinische- und Gesundheitspsychologie

seit WS 2012

Konzeption, Entwicklung und Evaluation der internetbasierten, interaktiven Lernplattform MindBook – im Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie

Schule

Juni 2006

- Matura

Bundesbildungsanstalt für Höhere Wirtschaftliche Berufe
Oberwart (Burgenland, AT)

Praktika

SS 2013

PRS Kinder- und jugendpsychologische Beratungspraxis:
Kleinkinder, Vorschulkinder

WS 2012

- Durchführung eines Seminars zur psychischen Gesundheitsförderung im Kindergarten „Neugierdsnasen“ Wien

Praktikumsseminar zum Diagnostizieren
Kinderneuroonkologie, AKH Wien

August bis Sept. 2012

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
Universitätsklinik Charité, Berlin

Arbeit

ab Februar 2014	stellvertret. Turnusleitung, Caritas Kinderhotel
Juli – Aug. 2013	Betreuerin, Sonderbetreuung der Wiener Kinderfreunde
Juli 2010 und 2011	Betreuerin, Wiener Kinder- und Jugenderholung
2010 bis heute	Veranstaltungsservice Wiener Kinderfreunde
sowie	diverse Kinderbetreuungstätigkeiten; Praktika im Tourismus- und Wirtschaftsbereich

Weitere Qualifikationen

Fremdsprachen	Kroatisch Englisch Französisch
EDV	MS Office, SPSS, Unipark