



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Auswirkungen eines Selbstsicherheitstrainings
auf Soziale Phobie und Schüchternheit
bei Jugendlichen

Verfasserin

Bettina Prutsch

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin: Dr. Birgit U. Stetina

DANKSAGUNG

Mein erster Dank gilt Dr. Birgit U. Stetina, dafür, dass sie diese Diplomarbeit betreut hat und als Leiterin des SKY-Projekts diese überhaupt erst möglich gemacht hat. Weiters bedanke ich mich bei Mag. Mario Lehenbauer für seine fachliche Unterstützung während des gesamten Entstehungsprozesses.

Danke sagen möchte ich weiters meiner Familie und meinen Freunden, da sie mir während der Zeit meines Studiums und bei der Entstehung dieser Arbeit treue Begleiter und eine wertvolle Unterstützung waren.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meiner Mutter Christine Prutsch aussprechen. Durch ihr außergewöhnliches Wesen und ihre Liebe war sie mir stets eine große Stütze im Leben und hat mich auf meinem Weg stark geprägt.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	SOZIALE PHOBIE	3
2.1	Diagnostik und Klassifikation.....	3
2.2	Subtypen.....	5
2.3	Epidemiologie	7
2.3.1	<i>Lebenszeitprävalenz</i>	8
2.3.2	<i>Geschlechtsunterschiede</i>	9
2.3.3	<i>Soziodemografische Daten</i>	9
2.3.4	<i>Störungsbeginn und Krankheitsverlauf</i>	10
2.4	Komorbidität.....	11
2.5	Differentialdiagnostik.....	12
2.5.1	<i>Agoraphobie</i>	12
2.5.2	<i>Generalisierte Angststörung</i>	14
2.5.3	<i>Depression</i>	14
2.5.4	<i>Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung</i>	15
2.6	Erklärungsmodelle	17
2.6.1	<i>Kognitive Theorien</i>	18
2.6.2	<i>Lerntheoretische Überlegungen</i>	23
2.6.3	<i>Neurobiologische Aspekte</i>	26
3	SCHÜCHTERNHEIT	28
3.1	Begriffserklärung.....	28
3.2	Subtypen.....	29
3.3	Entwicklungsaspekte.....	31
3.4	Unterscheidungsmöglichkeiten Schüchternheit – Soziale Phobie.....	33
4	INTERVENTIONEN	36
4.1	Prävention.....	36
4.2	Kognitive-Verhaltenstherapie	42

4.3	Psychopharmakotherapie.....	45
4.4	Therapie mit Hilfe neuer Medien	47
5	METHODE – PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	50
5.1	Das SKY-Projekt.....	50
5.2	Ziele des SKY-Projekts und der Diplomarbeit.....	51
5.3	Beschreibung der Intervention.....	51
5.4	Stichprobe.....	53
5.5	Fragestellungen und Hypothesen.....	54
5.6	Untersuchungsinstrumente	60
	5.6.1 LSAS: Liebowitz Soziale Angst-Skala.....	61
	5.6.2 SPIN: Soziale Phobie Inventar	61
	5.6.3 SPE: Fragebogen sozialphobischer Einstellungen.....	63
5.7	Statistische Auswertungsmethoden	63
6	ERGEBNISSE	65
6.1	Stichprobenmerkmale	65
	6.1.1 Geschlecht und Alter.....	66
	6.1.2 Besuchte Schule und Klasse.....	67
	6.1.3 Weitere soziodemografische Merkmale.....	69
6.2	Ergebnisse der LSAS.....	72
6.3	Ergebnisse des SPIN	82
6.4	Ergebnisse des SPE	92
7	INTERPRETATION UND DISKUSSION.....	97
7.1	Interpretation der Ergebnisse der LSAS	97
7.2	Interpretation der Ergebnisse des SPIN	99
7.3	Interpretation der Ergebnisse des SPE	101
8	ZUSAMMENFASSUNG.....	103
9	KRITIK UND AUSBLICK.....	107
10	ABSTRACTS	110
11	LITERATURVERZEICHNIS.....	112

12	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	122
13	TABELLENVERZEICHNIS.....	123

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Diplomarbeit auf die Angabe der weiblichen Form bei Personen verzichtet und ausschließlich die männliche Form verwendet.

1 EINLEITUNG

Jeder Mensch kennt vermutlich Situationen, in denen er im Umgang mit anderen unsicher, schüchtern oder sogar ängstlich ist. Auch wenn es erstrebenswert wäre beim Halten eines Vortrages oder einer Ansprache vor Kollegen oder Bekannten souverän und gelassen zu sein, gelingt das nicht immer. Möchte man jemand Fremdes ansprechen, wäre es wünschenswert einen tollen ersten Eindruck zu hinterlassen, selbstsicher und interessant zu erscheinen und auf keinen Fall etwas Peinliches zu sagen oder zu tun. All diese Befürchtungen und Ängste und kleinen Unzulänglichkeiten sind menschlich und normal. Diese Situationen erlauben es uns an ihnen zu wachsen und neue Erfahrungen über uns selbst und im Umgang mit anderen zu sammeln. Leidet man unter einer Sozialen Phobie, stellen derartige Herausforderungen aber beinahe unüberwindbare Hindernisse im alltäglichen Leben dar. Das Besuchen einer Feier, das Sprechen vor größeren Gruppen, die Auseinandersetzung mit Autoritätspersonen, das Reklamieren einer Ware in einem Geschäft – all das sind Situationen, die von Sozialphobikern nur unter intensiver Angst ertragen werden können und denen sie unter größter Anstrengung versuchen aus dem Weg zu gehen. Die Sozialphobie ist so mit enormen Einschränkungen und einem erheblichen Leidensdruck verbunden. Betrachtet man die Verbreitung dieser Störung in der Bevölkerung, zeigt sich, dass jeder siebte Mensch im Laufe seines Lebens von einer Sozialphobie betroffen ist (Berghändler, Stieglitz & Vriends, 2007). Somit ist die Sozialphobie die dritthäufigste psychische Störung überhaupt.

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Wirksamkeitsüberprüfung eines Selbstsicherheitstrainings (Lehenbauer, Stetina, Gutmann, Tasic, Turner, Reinisch & Vytiska, 2010) als präventive Maßnahme bei Sozialer Phobie. Das Training orientiert sich an kognitiven Techniken und Methoden aus der Verhaltenstherapie und soll Jugendlichen die Möglichkeit bieten, Schüchternheit zu überwinden, bestehende soziale Ängste abzubauen und soziale Kompetenzen zu erlernen. Mittels der gewonnenen Fähigkeiten im Bereich der sozialen Kompetenzen soll bei Jugendlichen in weiterer Folge der Entwicklung einer Sozialphobie entgegengewirkt werden. Das Selbstsicherheitstraining wurde in Anlehnung an bereits bestehende Interventionsprogramme entwickelt. Es folgt dem präventiven Ansatz verschiedener Gruppentrainings sozialer Kompetenzen und orientiert sich an Elementen kognitiv-verhaltensorientierter Interventionsstrategien (z.B. Joormann & Unnewehr 2002, Stangier, Heidenreich & Peitz 2003).

Weiters soll der Frage nachgegangen werden, wie Schüchternheit mit Sozialer Phobie im Zusammenhang steht. Kann Schüchternheit als Vorläufer für die Entstehung der Sozialen Phobie angesehen werden? Oder sind sie sich ähnelnde Konstrukte, die sich nur aufgrund von Prävalenz und Schweregrad der Beeinträchtigung unterscheiden? Um zu zeigen, inwiefern sich Soziale Phobie und Schüchternheit in ihren Symptomen und der Ausprägung der damit verbundenen Angst ähneln, muss zuerst geklärt werden, welche Rollen sie in der klinischen Psychologie einnehmen (siehe Kapitel 2.1 und 3.1). Relevant ist weiters, welche Unterscheidungen, in Form von Subtypen, für die jeweiligen Konstrukte bestehen (siehe Kapitel 2.2 und 3.2) und welche Ursachen es für ihre Entstehung gibt (siehe Kapitel 2.6 und 3.3). Die Sozialphobie als psychisches Störungsbild und der Begriff und die Bedeutung von Schüchternheit werden erläutert, um anschließend zu zeigen, wie diese beiden miteinander in Beziehung gesetzt werden können (siehe Kapitel 3.4).

Zur Behandlung der Sozialen Phobie findet sich in der Literatur eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten. Der theoretische Teil der Arbeit soll einen Überblick über Interventionsmöglichkeiten bieten, deren Wirksamkeit in der Behandlung der Sozialen Phobie nachgewiesen wurde (siehe Kapitel 4). Erklärungsmodelle der Sozialen Phobie (siehe Kapitel 2.6) und darauf aufbauende Trainingsprogramme (siehe Kapitel 4.1 und 4.2) werden erläutert, da sie die konzeptuelle Grundlage des vorliegenden Selbstsicherheitstrainings (Lehenbauer et al., 2010) darstellen. Das Selbstsicherheitstraining, das im Rahmen des SKY-Projekts zur Anwendung kommt, wird in einem eigenen Kapitel detailliert vorgestellt (siehe Kapitel 5.3). Im Anschluss an die theoretischen Überlegungen wird die geplante und durchgeführte Methode im Zuge des Forschungsteils dargestellt. Auf die Vorstellung der Stichprobe (siehe Kapitel 5.4), der zugrundeliegenden Hypothesen und Fragestellungen (siehe Kapitel 5.5) und der verwendeten Untersuchungsinstrumente (siehe Kapitel 5.6) folgen die Ergebnisse der Untersuchung (siehe Kapitel 6), deren Interpretation (siehe Kapitel 7) und eine Zusammenfassung (siehe Kapitel 8). Im abschließenden Abschnitt werden die vorliegende Arbeit und das Projekt kritisiert und es soll ein Ausblick für weitere Forschungsarbeit gegeben werden (siehe Kapitel 9).

2 SOZIALE PHOBIE

Im folgenden Kapitel soll die Entwicklung des Störungsbildes der Sozialen Phobie innerhalb der Klassifikationssysteme beschrieben werden. Weiters werden die aktuellen Diagnosekriterien und die Möglichkeiten der Subtypenbestimmung vorgestellt und ein Überblick über Epidemiologie, Komorbidität und Differentialdiagnostik gegeben. Die wichtigsten Erklärungsmodelle zur Entstehung der Sozialphobie werden am Ende des Kapitels im Detail dargestellt.

2.1 Diagnostik und Klassifikation

Die Soziale Phobie wird in der aktuellen Version des DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), dem DSM-IV-TR (Saß, 2003), als ausgeprägte und anhaltende Angst beschrieben, die sich auf soziale oder Leistungssituationen bezieht. Die Person ist in diesen Situationen der Beurteilung durch andere Menschen ausgesetzt und befürchtet, ein Verhalten oder Angstsymptome zu zeigen, die für sie selbst demütigend oder peinlich sein könnten. Diese Befürchtungen verursachen in den Betroffenen Anspannung, Angst und Schamgefühle und führen in weiterer Folge zur Vermeidung der angstauslösenden Situationen. Ein weiteres Diagnosekriterium für Soziale Phobie laut DSM-IV-TR (Saß, 2003) ist, dass durch die stark ausgeprägte Angst die normale Lebensführung, die schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit, soziale Aktivitäten und Beziehungen erheblich beeinträchtigt sind oder die Personen, ausgelöst durch die Phobie, einen starken Leidensdruck verspüren. Die aktuelle Version des ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) ist das ICD-10 (Dilling & Mombour, 2006). Die Diagnosekriterien dieses Klassifikationssystems unterscheiden sich von denen des DSM-IV-TR (Saß, 2003) dadurch, dass zusätzlich das Auftreten bestimmter körperlicher Symptome verlangt wird wie zum Beispiel Erröten, Zittern, Miktionsdrang oder Defäkationsdrang. Im Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (Dilling, 2009) wird die Soziale Phobie wie folgt definiert:

Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zur Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen

äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, eine dieser sekundären Manifestationen der Angst stelle das primäre Problem dar. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern. (Dilling, 2009, S.139)

Ein Zusatz, der sich im DSM-IV-TR (Saß, 2003) für die Diagnose einer Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen (Personen unter 18 Jahren) findet, ist, dass die Phobie mehr als sechs Monate andauern muss. Weiters ist es nicht zwingend erforderlich, dass diese die auftretende Angst als übertrieben und unbegründet einschätzen. Junge und Bittner (2004) erklären diese Ausnahme dadurch, dass das Erkennen von Irrationalität bei besonders jungen Kindern, aufgrund fehlender kognitiver Fähigkeiten, noch nicht ausreichend entwickelt ist. Hinweise auf das Vorhandensein einer Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter spiegeln sich laut Junge und Bittner (2004) in bestimmten Verhaltensweisen wieder:

- Abfall in den Schulleistungen
- Schulverweigerung
- Vermeidung von altersangemessenen sozialen Aktivitäten
- Trotzreaktionen und Wutanfälle
- Körperliche Beschwerden, z. B. Klagen über Kopf- und Bauchschmerzen
- Fehlende Reaktionen in sozialen Situationen u. a. m. (S. 168)

Situationen, die für sozialphobische Kinder und Jugendliche mit Stress besetzt sind, gleichen im Großen und Ganzen denen Erwachsener, wie zum Beispiel das öffentliche Sprechen (laut Lesen, eine Rede halten) und das Essen vor anderen (Schulcafeteria, Restaurants und zu Hause) (Beidel & Turner, 1998). Das Auftreten von und die Art der körperlichen Symptome bei sozialphobischen Kindern und Jugendlichen ähneln ebenfalls denen Erwachsener. Sozialphobische Kinder berichteten von physiologischen Reaktionen, die bei ihnen in Angstsituationen auftreten, wie zum Beispiel Herzklopfen (71%), Zittern (67%) und Schwitzen (54%) (Beidel, Christ & Long, 1991). Das Auftreten von negativen Kognitionen in derartigen Situationen unterscheidet sich allerdings, im Gegensatz zum Erwachsenen, durch eine geringere Häufigkeit (Beidel, 1991). Laut Turner, Beidel und Jacob (1994) äußert sich der Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen am deutlichsten in ihrem kognitiven Stil. Dieser zeichnet sich in den sozialen Angstsituationen durch eine Leere der Gedanken aus („paucity of thoughts“), das heißt sie haben das Gefühl nicht denken zu können. Im Gegensatz dazu beschreiben erwachsene Sozialphobiker das

Gefühl von negativen Gedanken übermannt zu werden und aufgrund dieser Fülle an Gedanken nicht fähig zu einer Reaktion zu sein.

Das Störungsbild der Sozialen Phobie hat seit seiner Einführung in die Klassifikationssysteme DSM und ICD große Wandlungen durchgemacht. Wurde die Sozialphobie zu Beginn noch als phobische Reaktion auf bestimmte soziale Situationen verstanden, betrachtet man sie heute als Angstzustand mit einer großen Bandbreite bezüglich des Schweregrades, des Inhalts und der Einsicht, dass die Ängste irrational sind (Bögels & Stein, 2009). Laut aktuellen Informationen der American Psychiatric Association (APA, 2009) befindet sich das DSM-V momentan in Arbeit. Die Veröffentlichung ist für das Jahr 2013 geplant. Auch die Entwicklung des ICD-11 ist bereits vorgesehen (WHO, 2009). Bögels und Stein (2009) empfehlen für das DSM-V die Änderung der Bezeichnung „Soziale Phobie“ in „Soziale Angststörung“. Weiters sprechen sie sich für eine Subtypenunterscheidung auf qualitativer Ebene aus. Demzufolge sollte die Soziale Phobie in vier Dimensionen unterteilt werden: Leistungsangst, Angst vor dem Auftreten sichtbarer körperlicher Symptome, körperliche soziale Angst und interpersonelle Angst. Die Unterscheidung des Störungsbilds der Sozialen Phobie in verschiedenen Subtypen und die damit einhergehenden Unstimmigkeiten innerhalb der Literatur werden im folgenden Kapitel 2.2 näher erläutert.

2.2 Subtypen

Auch kann zwischen verschiedenen Subtypen der Sozialen Phobie unterschieden werden. Das DSM-IV-TR (Saß, 2003) unterscheidet nach dem Ausmaß der Generalisierung zwei Arten von Sozialphobien: den Leistungstyp (oder auch nicht generalisierte, spezifische Sozialphobie) und den generalisierten Typ, wobei nur der generalisierte Typ im DSM-IV-TR (Saß, 2003) codiert wird. Der generalisierte Subtyp wird nach DSM-IV-TR (Saß, 2003) diagnostiziert, wenn fast alle sozialen Situationen Angst im Betroffenen verursachen (Morschitzky, 2002). Vriends, Becker, Meyer, Michael und Margraf (2007) kritisieren den großen Interpretationsspielraum, den das DSM-IV-TR dem Diagnostiker bei der Bestimmung des generalisierten Typs überlässt. Durch das uneindeutige Kriterium „fast aller sozialer Situationen“ bleibt dem Forscher selbst überlassen wie viele, aber auch welche Situationen nun genau für eine Subtypenbestimmung herangezogen werden sollten. Die Folge davon ist, dass die verschiedenen Forscher dazu gezwungen sind, sich ihre

eigenen Klassifikationskriterien zu schaffen und somit in der Literatur keine konsistente Subtypenbestimmung zu finden ist:

Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer und Liebowitz (1993) unterteilen die Soziale Phobie in drei Subtypen: Generalisierte Soziale Phobie, Spezifische Soziale Phobie und Nicht-generalisierte Soziale Phobie. Für die Bestimmung des Subtyps wird die Anzahl der angstbesetzten Situationen als Kriterium herangezogen. Die Generalisierte Soziale Phobie unterscheidet sich demnach von den anderen Subtypen durch eine größere Anzahl gefürchteter sozialer Situationen. Diesem quantitativen Ansatz entgegengesetzt erforschten Turner, Beidel und Townsley (1992) Unterscheidungskriterien auf Basis qualitativer Unterschiede. Nicht die Anzahl der sozialen Situationen, die Angst hervorrufen, bestimmen demnach die Diagnostik eines Subtyps, sondern die Art der sozialen Situation selbst. Individuen, die sich vor allem vor sozialen Situationen ängstigen, die im Zusammenhang mit Interaktion mit Anderen stehen, werden dem generalisierten Typ zugeordnet. Das sind zum Beispiel Situationen in denen man selbst eine Unterhaltung initiieren soll oder das Besuchen einer Party. Fürchtet das Individuum hingegen vor allem Situationen, in denen das Erbringen einer Leistung im Vordergrund steht (eine Rede halten, in der Öffentlichkeit Essen oder Schreiben, das Benutzen öffentlicher Toiletten) soll nach Turner und Kollegen (1992) eine spezifische Soziale Phobie diagnostiziert werden. Piqueras, Olivares und Lopez-Pina (2008) untersuchten spanische Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren mit dem Ziel einer neuen Subtypenbestimmung der Sozialen Phobie. Aufgrund der Cluster-Analyse ihrer Daten schlugen die Autoren vier Subtypen der Sozialen Phobie vor: specific social phobia, mild generalized social phobia, moderate generalized social phobia und severe generalized social phobia.

Ihrer Kritik der Uneindeutigkeit der Subtypenbestimmung nach DSM-IV-TR (Saß, 2003) folgend untersuchten Vriends und Kollegen (2007) 130 Frauen zwischen 18 und 24 Jahren mit Sozialer Phobie hinsichtlich der Anzahl und Art der sozialen Situationen, die Auslöser der phobischen Reaktionen sind. Das Ziel der Studie war die Beantwortung der Frage, ob eine Subtypenbestimmung auf Basis dieser Kriterien möglich beziehungsweise überhaupt sinnvoll ist. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass eine Differenzierung von Sozialphobiker in Untergruppen allein aufgrund von Situationsklassen (wie zum Beispiel eine formelle oder informelle Rede halten, soziale Ängste, die auf Beobachtungen beruhen) nicht möglich war. Im Vergleich von Personen mit reiner Redeangst und Personen mit anderen sozialen Ängsten beschrieben letztere häufiger funktionale Einschränkung, dysfunktionale Einstellungen, Komorbidität und subjektive Notwendigkeit einer Therapie, als

die Personen, die an reiner Redeangst litten. Auch in Bezug auf die Anzahl klinisch relevanter Ängste (Einteilung in drei Subtypen) ließen sich Unterschiede innerhalb der Stichprobe feststellen. So fanden sich bei Sozialphobikern, welche mehr als vier klinisch relevante Ängste angaben, signifikant stärkere funktionale Einschränkungen und dysfunktionale Einstellungen als bei der übrigen Stichprobe. Weiters beschrieben sie ein geringeres Ausmaß an sozialer Unterstützung und eine schlechtere mentale Gesundheit als die Personen mit nur einer sozialen Angst. Eine Subtypenbestimmung aufgrund der Anzahl gefürchteter sozialer Situationen schließen Vriends und Kollegen (2007) aufgrund der Resultate ihrer Studie zwar nicht aus, sie fanden aber auch keine belegbaren Hinweise, die eine solche Differenzierung rechtfertigen würde. Der Grund dafür ist, dass eine Differenzierung, durch die Anzahl der Situationen, zwar bei Personen mit mehr als vier Ängsten möglich ist, darunter war eine klare Unterscheidung aber nicht möglich. Vielmehr kommen die Autoren aufgrund dieser Daten zu dem Schluss, dass Sozialphobiker, je nach Anzahl der Ängste, auf einem Punkt eines Kontinuums einzuordnen sind. Die Unterschiede der einzelnen Personen äußern sich demnach durch den Schweregrad der Ausprägungen sozialer, funktionaler und psychologischer Behinderung. Vriends und Kollegen (2007) unterstützen somit einen quantitativen Ansatz in der Subtypenbestimmung der Sozialen Phobie. Die Kontinuumshypothese stellt eine zentrale Theorie in der bisherigen Forschungsarbeit zur Sozialen Phobie dar. So findet sich diese Darstellungsform nicht nur in der bereits beschriebenen Unterscheidung von Subtypen der Sozialen Phobie. Auch bei der Differenzierung sozialer Ängste im Sinne einer Abgrenzung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Schüchternheit von dem Störungsbild der Sozialen Phobie spielt die Kontinuumshypothese eine wesentliche Rolle (Renneberg & Ströhle, 2006; Tillfors et al., 2004). Für einen ausführlichen Überblick in diesem Zusammenhang wird an dieser Stelle auch auf die Kapitel 2.5.4 und 3.4 der vorliegenden Arbeit verwiesen.

2.3 Epidemiologie

Die Soziale Phobie zählt zu den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen. Dieses Kapitel gibt einen Überblick zu Auftretenshäufigkeit, Alter der Ersterkrankung und Verlauf der Störung. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Sozialen Phobie soll dargestellt werden und der Zusammenhang mit weiteren soziodemografischen Daten wird erläutert.

2.3.1 Lebenszeitprävalenz

Betrachtet man die Geschichte der Sozialen Phobie als offiziell anerkanntes Störungsbild und ihre unterschiedlichen Definitionen und Kriterien innerhalb der verschiedenen DSM Versionen so wundert es nicht, dass auch die Daten bezüglich Auftretenshäufigkeit und Verbreitung der Störung über die letzten zwanzig Jahre großen Schwankungen unterworfen sind. So bewegen sich die Daten zur Lebenszeitprävalenz in europäischen Studien, die Sozialphobie nach den DSM-III (APA, 1980) Kriterien erhoben haben, zwischen ein und vier Prozent (Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005). Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz und Weissman (1992) erhalten mit etwa zwei Prozent vergleichbare Daten für die Lebenszeitprävalenz in den USA. Spätere Studien, die sich bereits an den Diagnosekriterien des DSM-III-R (APA, 1987) orientieren, liefern Daten, die teilweise mehr als viermal so hoch sind wie die, wenige Jahre zuvor. So berichten Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen und Kendler (1994), anhand des National Comorbidity Survey, von einer Lebenszeitprävalenz von 13% bei amerikanischen Erwachsenen und Fehm und Kollegen (2005) von 4% bis 16% Lebenszeitprävalenz im europäischen Raum. Ambühl, Meier und Willutzki (2001) sehen die Erweiterung der Diagnosekriterien der Sozialen Phobie als ausschlaggebenden Faktor für den sprunghaften Anstieg der Prävalenzraten an.

Auch epidemiologische Studien zur Lebenszeitprävalenz, die mit neueren Kriterien des DSM-IV arbeiten (DSM-IV, APA, 1994; DSM-IV-TR, APA, 2000) schwanken stark in ihren Daten. Gründe für derartige Schwankungen sehen Stangier, Clark und Ehlers (2006) unter anderem in den unterschiedlichen Untersuchungsmethoden und Altersgruppen, die in den verschiedenen Studien herangezogen wurden. Fehm und Kollegen (2005) berichten in ihrer Übersichtsarbeit über 4% bis 14% Lebenszeitprävalenz in Europa. In der National Comorbidity Survey Replication (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005) findet man vergleichbare Daten für den amerikanischen Raum. Hier steht die Soziale Phobie, relativ zu ihrer Lebenszeitprävalenz, an vierter Stelle der häufigsten psychischen Störungen (12%). Nur die Major Depression (17%), Alkoholismus (13%) und die Spezifische Phobie (13%) übertreffen die Soziale Phobie in ihrer Auftretenshäufigkeit. Vergleicht man das National Comorbidity Survey aus dem Jahre 1994 (Kessler et al., 1994) mit der National Comorbidity Survey Replication von 2005 (Kessler et al., 2005) verliert die Soziale Phobie ihren Platz als dritthäufigste psychische Störung und häufigste Angststörung in den USA.

Auch für Kinder und Jugendliche, die die Diagnosekriterien nach DSM-III-R (und späteren DSM Versionen) erfüllen, finden sich Studien zu epidemiologischen Daten. Lebenszeitprävalenzen schwanken hier zwischen 1% und 13%, wobei die höchsten Prävalenzraten bei den älteren Jugendlichen erhoben wurden (Mancini, Van Ameringen, Bennett, Patterson & Watson, 2005).

2.3.2 Geschlechtsunterschiede

Was die Geschlechterverteilung bei Sozialphobiker in der Allgemeinbevölkerung betrifft berichtet eine überwiegende Mehrheit der Studien von einem größeren Frauen- als Männeranteil. Demzufolge entspricht die Verteilung einem Verhältnis von drei zu zwei (Kessler et al., 1994; Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000; Wittchen & Fehm, 2003). Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung hält sich das Geschlechterverhältnis in klinischen Populationen annähernd die Waage. Dieser Umstand bedeutet, dass insgesamt zwar mehr Frauen unter einer Sozialphobie leiden, jedoch Männer eher Hilfe deswegen in Anspruch nehmen (Fehm et al., 2005; Stangier, Clark & Ehlers, 2006).

Eine interessante Studie zu den Geschlechtsunterschieden bei Sozialphobikern führten DeWit und Kollegen 2005 in Kanada durch. Anhand der über 8000 teilnehmenden Frauen und Männer zeigte sich, dass signifikant mehr Frauen dazu neigen die Störung zu entwickeln als Männer. Auch konnten Unterschiede in den verschiedenen Subtypen der Sozialphobie nachgewiesen werden. So tendierten Frauen, im Vergleich zu den männlichen Untersuchungsteilnehmern, verstärkt dazu die generalisierte Form der Sozialen Phobie zu entwickeln. Dieser Häufigkeitsunterschied konnte für jedes Alter (vom Vorschulalter bis zum jungen Erwachsenen) gezeigt werden. Bei der nicht-generalisierten Sozialphobie konnten hingegen erst ab dem 12. Lebensjahr Häufigkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Auch hier übertraf die Zahl der Frauen wieder die der Männer.

2.3.3 Soziodemografische Daten

Neben der Tatsache, dass vermehrt Frauen unter Sozialer Phobie leiden können auch soziodemografische Variablen eine Rolle für die Diagnose spielen. Im Durchschnitt hat der Betroffene ein geringes Bildungsniveau, ein geringes Einkommen, einen niedrigen sozioökonomischen Status, ist häufiger arbeitslos und bleibt eher unverheiratet (Fehm et

al., 2005; Wittchen & Fehm, 2003). Ob diese Faktoren allerdings die Störung mitbedingen oder aus der Beeinträchtigung durch die Störung resultieren kann, nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Weiters soll Zimmermann und Kollegen (2003) zufolge das Auftreten einer Sozialen Phobie bei Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit einer späteren Drogen- oder Alkoholsucht deutlich erhöhen.

2.3.4 Störungsbeginn und Krankheitsverlauf

Das erste Auftreten einer Angststörung findet im Vergleich zu anderen psychischen Störungen sehr früh statt. So liegt das Durchschnittsalter bei Störungsbeginn für eine Angststörung bei 11 Jahren. Im Vergleich dazu liegt der durchschnittliche Störungsbeginn einer Substanzmissbrauchsstörung bei 20 und einer Stimmungsstörung bei 30 Jahren. Die Altersspanne für die Entwicklung einer Angststörung beträgt acht Jahre, das heißt zwischen 6 und 21 Jahren (Kessler et al., 2005). Für die Soziale Phobie wird ein Störungsbeginn in der frühen bis mittleren Adoleszenz, im Alter zwischen 12 und 16,6 Jahren, angenommen (Chartier, Walker & Stein, 2003; DeWit et al. 2005; Fehm et al., 2005; Kessler et al., 2005). Weiters konnte ein Zusammenhang zwischen dem Störungsbeginn und der Anzahl sozialer Ängste gefunden werden. So zeigte sich, dass ein früher Störungsbeginn positiv mit einer größeren Anzahl gefürchteter sozialer Situationen korreliert (Ruscio et al., 2007). Bokhorst, Westenberg, Oosterlaan und Heyne (2008) beschäftigten sich mit den Unterschieden der Ausprägung der sozialen Angst bei Kindern und Jugendlichen. Sie berichten, dass sich ab dem 10. Lebensjahr die soziale Angst bei Kindern zu verändern beginnt. Die möglichen Gründe beschreiben Bokhorst und Kollegen (2008) wie folgt:

A combination of factors might be involved: when children become older (a) their cognitive abilities mature and thereby their ability to verbalize fears in a more differentiated way, (b) their ability to take the viewpoint of other people increases, including parents, teachers, and peers, and to differentiate between those viewpoints, (c) the importance of peer relations increases and hence the distinction between evaluation by one's age-peers on the one hand, and evaluation by parents and teachers on the other hand grows, and (d) the demands on school performance increase which might raise achievement evaluation fear among some adolescents. (Bokhorst et al., 2008, S. 141)

Was den Verlauf und die Prognose der Sozialen Phobie betrifft nehmen Ambühl, Meier und Willutzki (2001) einen chronischen oder fluktuierenden Verlauf der Störung an. Demnach ist

die unbehandelte Störung, bis auf wenige Ausnahmen von spontaner Remission, über die gesamte Lebensdauer relativ stabil. Aber auch neu auftretende Belastungen und Herausforderungen beeinflussen den Ausprägungsgrad der Sozialen Phobie und somit deren Verlauf. So kann ein Jobangebot, das das Reden vor Publikum beinhaltet, die bisher wenig ausgeprägte soziale Angst verstärken. Ebenfalls kann die Angst davor Männer beziehungsweise Frauen wegen einer Verabredung anzusprechen verschwinden, sobald man sich in einer festen Beziehung befindet und man sich nicht mehr unmittelbar mit der angstauslösenden Situation konfrontiert sieht. Wittchen und Fehm (2003) berichten in ihrer Längsschnittstudie bei Jugendlichen ebenfalls von einem ungünstigen Verlauf. Nach anfänglicher Verschlechterung und kurzfristigen Schwankungen in der Ausprägung der Angst stabilisiert sich die Soziale Phobie ab dem 24. Lebensjahr. Spontane Heilung der Störung konnte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr beobachtet werden.

2.4 Komorbidität

Zirka 80 Prozent der sozialphobischen Patienten leiden unter mindestens einer zusätzlichen psychischen Störung. Der Großteil dieser Störungen sind andere Angststörungen wie die Spezifische Phobie, Agoraphobie und Posttraumatische Belastungsstörung. Affektive Störungen, vor allem die Major Depression, und Störungen mit Substanzmissbrauch treten ebenfalls häufig gemeinsam mit der Sozialen Phobie auf (Magee et al., 1996).

Ein besonderes Augenmerk in Bezug auf Komorbidität, aber vor allem auch Differentialdiagnostik, sollte auf die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung gelegt werden. Dies gilt vor allem für den generalisierten Subtyp der Sozialen Phobie. Es sollen zirka 56% bis 90% der Sozialphobiker dieses Typs zusätzlich an der Persönlichkeitsstörung leiden. Dass die Gründe dafür vor allem in der großen Überschneidung der Diagnosekriterien zu suchen sind, ist sehr wahrscheinlich (Heidenreich & Stangier, 2002). Die Problematik der Abgrenzung der Sozialen Phobie von der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung soll im Kapitel Differentialdiagnostik ausführlich erörtert werden.

Eine aktuelle Studie in den Niederlanden untersuchte den Zusammenhang zwischen der Anzahl sozialer Ängste und der Komorbidität bei Sozialer Phobie. 66% der Sozialphobiker berichtet über mindestens eine zusätzliche psychische Störung. Die am stärksten vertretenen komorbiden Störungen waren Zwangsstörungen (14%), bipolare Störungen

(13%), Agoraphobie ohne Panikstörung (13%) und Panikstörung (13%). Es zeigte sich, dass je mehr soziale Situationen ein Sozialphobiker fürchtet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit an einer zusätzlichen, psychischen Störung zu leiden: während nur ein Drittel der Sozialphobiker mit einer sozialen Angst an einer komorbiden Angststörung litt, waren es 92% der Sozialphobiker, die mehr als fünf soziale Ängste angaben. Für eine komorbide Affektstörung entsprach dies einem knappem Drittel der Sozialphobiker mit einer sozialen Angst und mehr als die Hälfte der Betroffenen mit mehr als fünf Ängsten. Weiters zeigte sich, dass mit zunehmender Zahl der sozialen Ängste mehr komorbide Störungen angegeben wurden, eher Hilfe in Anspruch genommen wurde und die Lebensqualität der sozialphobischen Teilnehmer abnahm (Acarturk, de-Graaf, van-Straten, ten-Have & Cuijpers, 2008).

2.5 Differentialdiagnostik

Die Symptome der Sozialen Phobie überlappen, teilweise zu einem großen Teil, mit den Symptomen anderer psychischer Störungen. Eine genaue Differentialdiagnostik ist daher unbedingt erforderlich. Vor allem die Abgrenzung zur Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung kann problematisch sein (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007). Im folgenden Kapitel werden die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Differenzierung der Agoraphobie, der Generalisierten Angststörung, der Depression und der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung von der Sozialen Phobie im Detail dargestellt.

2.5.1 Agoraphobie

Die Agoraphobie wird im ICD-10 (Dilling & Mombour, 2006), wie die Soziale Phobie, den phobischen Störungen zugeordnet. Gemeinsam ist ihnen auch, dass sie teilweise durch ähnliche Symptome charakterisiert sind. So neigen sowohl Agoraphobiker, als auch Menschen mit Sozialer Phobie dazu Situationen mit vielen Menschen zu fürchten und zu meiden. Auch das Auftreten von Panikattacken ist bei beiden Störungen möglich (Mitte & Heidenreich, 2007).

Trotz der Gemeinsamkeiten der Störungsbilder unterscheiden sich die Ängste der Patienten aber in wichtigen Punkten. Melfsen und Warnke (2004) zufolge liegt der Fokus des

Agoraphobikern vor allem auf seinem eigenen körperlichen Wohlbefinden. Er fürchtet in Ohnmacht zu fallen, den Verlust der Kontrolle über sich selbst, den Verstand zu verlieren oder sogar zu sterben. Sich inmitten großer Menschenansammlungen zu befinden löst im Agoraphobiker die Angst aus festzustecken, gefangen zu sein. Er befürchtet, im Falle einer Panikattacke oder eines ähnlichen Notfalls, nicht fliehen zu können und der Situation hilflos gegenüber zu stehen. Sozialphobiker, die Situationen mit vielen Menschen aus dem Weg gehen, fürchten hingegen die negative Bewertung der anderen. Auch wenn sie von der Angst in Ohnmacht zu fallen berichten, so bezieht sich diese Angst nicht auf den Kontrollverlust, wie bei der Agoraphobie, sondern auf die Befürchtung peinliches Verhalten zu zeigen. Dies würde in der Vorstellung des Sozialphobikers als Folge die Abwertung durch die beobachtenden Menschen nach sich ziehen (Ambühl, Meier & Willutzki, 2001). Demnach bezieht sich die Angst des Sozialphobikers nicht auf die Menschenmenge an sich, sondern auf die Beurteilung des einzelnen Beobachters in der Situation (Melfsen & Warnke, 2004). Für die Differentialdiagnostik ist auch die Art der angstauslösenden Situation zu betrachten: während der Sozialphobiker die Interaktion mit anderen und deren mögliche negativen Konsequenzen fürchtet, meidet der Agoraphobiker öffentliche Plätze und große Menschenansammlungen, die seine Bewegungsfreiheit einschränken. Das können Kaufhäuser sein, die U-Bahn oder Konzerte (Mitte & Heidenreich, 2007). Auch das Berichten unterschiedlicher Symptome hilft bei der Differentialdiagnostik. Sozialphobiker nennen vor allem sichtbare körperliche Symptome wie Erröten, Schwitzen, Zittern. Agoraphobiker berichten laut Ambühl, Meier und Willutzki (2001) hingegen über „innere“ Symptome wie Schwäche in den Gliedern, Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Ohnmacht, Kopfschmerzen und Depersonalisation“ (S. 46). Nicht zuletzt der Umstand, dass es Sozialphobiker vorziehen alleine zu sein, während sich Agoraphobiker, beziehungsweise auch Patienten, die an einer Panikstörung leiden, in Begleitung anderer wohler fühlen (Ambühl, Meier & Willutzki, 2001), liefert ein zusätzliches Unterscheidungsmerkmal der beiden phobischen Störungen. Stangier, Clark und Ehlers (2006) empfehlen für die Differentialdiagnostik von Agoraphobie und Sozialer Phobie die Situationen, die Angst in den Patienten hervorrufen, aber auch die individuellen Kognitionen und Verhaltensreaktionen genau zu betrachten. Eventuell können zusätzlich störungsspezifische Fragebögen zur Abklärung und Unterscheidung herangezogen werden.

2.5.2 *Generalisierte Angststörung*

Melfsen und Warnke (2004) berichten über die notwendige Abgrenzung der Sozialphobie bei Kindern von der generalisierten Angststörung und beschreiben die Gemeinsamkeiten und Unterscheidungskriterien der beiden Störungsbilder:

Die unrealistischen und exzessiven Ängste und Sorgen einer generalisierten Angststörung können sich auch auf soziale Situationen, Schulleistungen, sportliche Leistungen oder Ähnliches beziehen, sie sind jedoch nicht auf einen bestimmten Situationstyp begrenzt. Die Kinder haben diese Sorgen und Befürchtungen außerdem unabhängig davon, ob sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen und von anderen bewertet werden könnten. (Melfsen & Warnke, 2004, S. 176)

Nach Ambühl, Meier und Willutzki (2001) spielen soziale Ängste eine zentrale Rolle bei der Entstehung der generalisierten Angststörung. Zur Abgrenzung einer generalisierten Angststörung von der Sozialen Phobie und zur Diagnosestellung einer solchen, muss erhoben werden, „ob eine bedeutsame Angst vor Peinlichkeit oder Erniedrigung vorliegt“ (S. 47).

2.5.3 *Depression*

Traurige Verstimmtheit, die Hemmung von Kognitionen und von Handlungsfunktionen gelten als typische Symptome depressiver Patienten. Dies gilt sowohl für das Erwachsenenalter, als auch für Kinder (Melfsen & Warnke, 2004). Sozialer Rückzug und das Vermeiden von Sozialkontakten finden sich bei der Sozialen Phobie, wie auch bei der Depression. Allerdings sind die Ursachen dafür ein wichtiges Unterscheidungskriterium der beiden Störungsbilder. Während sich unter Depression leidende Menschen aufgrund von krankheitsbedingtem fehlendem Interesse von ihrem sozialen Umfeld distanzieren, wünschen sich Sozialphobiker mehr Kontakt, fürchten sich aber vor den möglichen negativen Folgen, die die Interaktion verursachen könnte. Der soziale Rückzug und negative Bewertungen gehen beim Sozialphobiker Hand in Hand (Mitte & Heidenreich, 2007). Ambühl, Meier und Willutzki (2001) empfehlen zur Unterscheidung der Störungen die so genannte „Einsame-Insel-Frage“. Demnach würde der Depressive auf der einsamen Insel weiter an seiner Lustlosigkeit und den belastenden Symptomen seiner Krankheit leiden. Der Sozialphobiker hingegen wäre in diesem Szenario, aus Mangel an

Gelegenheiten, von seinen Ängsten befreit. Mitte und Heidenreich (2007) weisen auf die Rolle des zeitlichen Verlaufs der Störungen hin. Tritt die Rückzugstendenz phasisch auf, das heißt nur während der depressiven Episode, ist eine zusätzliche Soziale Phobie auszuschließen. Ist dies nicht der Fall und die sozialen Ängste und depressiven Episoden interagieren ohne zeitlichen Zusammenhang miteinander so müssten sowohl die Sozialphobie als auch Depression diagnostiziert werden. Stangier, Clark und Ehlers (2006) weisen in diesem Zusammenhang auf die hohe Komorbiditätsrate von Sozialer Phobie mit depressiven Störungen hin.

2.5.4 Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ist eine Achse II Störung und wird im DSM-IV-TR (Saß, 2003) definiert als „tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung ... in den verschiedensten Situationen“ (S. 262). Huppert, Strunk, Ledley, Davidson und Foa (2008) beschreiben große Überschneidungen der Hauptsymptome der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit der Sozialen Phobie beziehungsweise konkreter mit dem generalisierten Subtyp der Sozialphobie. Die Schwierigkeit der Differentialdiagnostik der beiden Störungen ist aufgrund ihrer Ähnlichkeiten seit deren Einführung in das DSM-III (APA, 1980) Anlass für Diskussionen. Die damalige Differenzierung fiel, wegen einer ursprünglich veränderten Konzeptualisierung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, noch relativ leicht. So mussten alle fünf Diagnosekriterien des DSM-III erfüllt werden, um eine eindeutige Diagnose der Störung geben zu können. Die Veränderungen, die in der revidierten Version des DSM, dem DSM-III-R (APA, 1987), vorgenommen wurden erschwerten die Differenzierung zur Sozialen Phobie aber erheblich. Einerseits mussten nur noch vier der sieben Kriterien für eine Diagnose der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erfüllt werden und die gleichzeitige Diagnose der beiden Störungen (Soziale Phobie und Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung) wurde erlaubt. Auf der anderen Seite wurde der Subtyp generalisierte Soziale Phobie eingeführt und das Einschlusskriterium „geringer Selbstwert“ in der Diagnose der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gegen ein fast identes Kriterium der Sozialphobie ausgetauscht (Hummelen, Wilberg, Pedersen & Karterud, 2007). Die Folge war eine Reihe von Studien, die versuchten klare Unterscheidungskriterien für den generalisierten Subtyp der Sozialen Phobie und die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung zu finden. Die

Hypothese, dass sich die beiden auf unterschiedlichen Punkten eines Kontinuums befinden, wurde aufgestellt. Demnach zeichnet sich die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, in Relation zur Sozialen Phobie, durch einen größeren Schweregrad der sozialen Angst und der Einschränkung der sozialen Funktionalität aus (Holt, Heimberg & Hope, 1992; Tillfors, Furmark, Ekselius & Frederikson, 2004; vanVelzen, Emmelkamp & Scholing, 2000).

Eine Übertragung dieser Ergebnisse auf die überarbeitete DSM Version, das DSM-IV (APA, 1994) halten Hummelen und Kollegen (2007) aufgrund der wiederum abgeänderten Diagnosekriterien für nicht möglich. So wurde der Forderung nach einfacheren Differenzierungskriterien Rechnung getragen und die Diagnosekriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erneut abgewandelt. Das Kriterium „geringer Selbstwert“, mit einem stärkeren Fokus auf die soziale Unangemessenheit, wurde wieder eingeführt und eine Vernachlässigung von sozialen Situationen wurde empfohlen. Studien, welche auf dieser DSM-IV Klassifikation beruhen, fanden, dass zwischen 31% und 86% der Personen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung gleichzeitig die Kriterien einer Sozialen Phobie erfüllten (Ralevski et al., 2005; Tillfors, Furmark, Ekselius & Frederikson, 2004; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Bei den Untersuchungen der Unterschiede zwischen Sozialphobie und Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung unterstützten die Ergebnisse von Tillfors und Kollegen (2004) die Kontinuumshypothese, wohingegen Ralevski und Kollegen (2005) keine Unterschiede bezüglich demografischer Daten, klinischem Verlauf oder Muster im gemeinsamen Auftreten der beiden Störungsbilder finden konnte.

Zur Klärung, ob und in welcher Weise sich die Soziale Phobie und die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung auf einem gemeinsamen Kontinuum befinden, schlugen Hummelen und Kollegen (2007) vor, beide Störungsbilder mit anderen Achse I und Achse II Störungen zu vergleichen. Aber auch Personen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung und Personen mit Sozialer Phobie sollen anhand verschiedener klinischer Charakteristika einander gegenübergestellt werden. Das könnten zum Beispiel allgemeine Funktionalität, Symptomprofile, zwischenmenschliche Probleme oder Persönlichkeitsmerkmale sein. Außerdem empfehlen Hummelen und Kollegen (2007) möglichst große Stichproben für die Untersuchung heranzuziehen, um Patienten mit ausschließlicher Sozialer Phobie beziehungsweise Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ohne Komorbidität der beiden Störungen einzuschließen. Die sich an den genannten Empfehlungen orientierende Studie von

Hummelen und Kollegen (2007) lieferte Ergebnisse, welche die Kontinuumshypothese unterstützten. Es zeigte sich, dass der Zusammenhang von Sozialer Phobie mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung stärker war als mit anderen Achse II Störungen. Dasselbe konnte umgekehrt für die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und Achse I Störungen festgestellt werden. Im Vergleich von Patienten mit reiner Sozialphobie und Patienten mit reiner Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung beschrieb die zweitgenannte Gruppe ein geringeres Maß an globaler Funktionalität und ein höheres Maß an generellen Stresssymptomen und Problemen im zwischenmenschlichen Bereich. Andere Resultate der Studie hingegen stimmten nicht mit der Kontinuumshypothese überein. So fand sich ein stärkerer Zusammenhang von Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung mit Essstörungen und Suizidalität sowie mit niedrigeren Ausprägungen auf den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion („Herzlichkeit“ und „Frohsinn“) und Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R. Hinsichtlich der Angaben zu sozialer Ängstlichkeit fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dies widerspricht der Annahme der Kontinuumshypothese, wonach die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung durch einen höheren Schweregrad der sozialen Angst gekennzeichnet ist.

Die bisher noch nicht eindeutige Abgrenzung der Sozialphobie von der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und die sich daraus ergebenden Forderungen nach weiterer Forschungsarbeit zu diesem Thema spiegelt auch ein Beitrag im DSM-IV-TR (APA, 2000) wieder: „There appears to be a great deal of overlap between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia, Generalized Type, so much so that they may be alternative conceptualizations of the same or similar conditions“ (S. 720). Die Antwort auf die Frage nach einer gleichzeitigen Diagnose im Sinne einer Komorbidität der beiden Störungen oder einer eindeutigen Abgrenzung bleibt weiterhin offen (Huppert et al., 2008).

2.6 Erklärungsmodelle

Wie entsteht nun eine Soziale Phobie? In diesem Kapitel bietet einen Überblick über die möglichen Ursachen beziehungsweise die unterschiedlichen Erklärungsmodelle der Sozialen Phobie. Der Schwerpunkt dieses Kapitels – im Sinne einer ausführlichen

Beschreibung – wird dabei auf die Theorien und Modelle gelegt, deren Elemente Grundbausteine für das in dieser Arbeit angewandte Selbstsicherheitstraining darstellen.

2.6.1 Kognitive Theorien

Innerhalb der kognitiven Theorien sind vor allem die Theorie von Beck, Emery und Greenberg (1985) und das Modell von Clark und Wells (1995) zu nennen. Beck und Kollegen (1985) beschäftigten sich mit Ursachen, die die Entstehung und Auslösung der Sozialen Phobie erklären können. Darauf gründend, entwickelten Clark und Wells (1995) ihr Modell der Sozialen Phobie. Neben Erklärungsansätzen zur Entstehung, greifen die Autoren in ihrem Modell neue Punkte auf. Sie beschäftigen sich mit der Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie und der Rolle, die die Informationsverarbeitung in diesem Zusammenhang einnimmt.

Nach Beck und Kollegen (1985) wird die Entwicklung von psychischen Störungen durch negative kognitive Schemata verursacht. Diese Schemata entstehen im Kindesalter und können ein Resultat von elterlicher Erziehung und Modelllernen sein. Einschneidende negative Erfahrungen (beispielsweise sexueller Missbrauch oder von anderen verspottet zu werden) können für negative Schemata, die sich auf die eigene Person oder auf die Wahrnehmung der Bewertung durch andere beziehen, verantwortlich sein. Eine Entwicklung von gesundem Selbstvertrauen und einem positiv besetzten Bild von sich selbst können so in weitere Folge gestört werden. Nach Stangier, Clark und Ehlers (2006) können diese negativen kognitiven Schemata als Disposition zur Ausbildung einer Sozialen Phobie angesehen werden. Zur Auslösung der Sozialen Phobie kommt es durch Aktivierung der Schemata in späteren Phasen des Lebens, wodurch sich problematische Verhaltensweisen und Emotionen entwickeln. Vor allem Entwicklungsphasen, im Besonderen die Pubertät, stellen eine Herausforderung dar: die Umgebung tritt mit Erwartungen an den Jugendlichen heran, die er durch seine noch unausgereiften Bewältigungsstrategien nicht oder nur unzureichend meistern kann. So kann es leicht zu einem Gefühl der Überforderung kommen und es wird in weiterer Folge die Entwicklung von negativen Überzeugungen begünstigt. Die sich in dieser Entwicklungsphase aufbauende Belastung des Adoleszenten aktiviert schließlich die negativen Schemata. Nach der Theorie von Beck und Kollegen (1985) äußern sich in Situationen, die beim Betroffenen Angst auslösen (oder auch nur in Erwartung einer solchen Situation) die negativen kognitiven Schemata als negative automatische Gedanken. Als automatisch bezeichnet man diese Gedanken, weil sie nur einer geringen Aufmerksamkeitsleistung bedürfen und nicht

kontrolliert oder auf ein Ziel gerichtet ablaufen. Weiters wird durch Vermeidung dieser Situationen die Störung aufrechterhalten. Um eine Soziale Phobie zu behandeln ist es nötig, die problematischen kognitiven Schemata zu erkennen und zu verändern. Typische kognitive Schemata der Sozialen Phobie nach Beck und Kollegen (1985) sind:

- Sich selbst als inkompetent oder Versager bewerten.
- Der Bewertung durch andere und gesellschaftlichen Normen ein überstarkes Gewicht beimessen.
- Andere Menschen als sehr kritisch in ihrer Beurteilung ansehen.
- Das eigene Verhalten und die Rollenangemessenheit des eigenen Verhaltens mit perfektionistischen Standards beurteilen.

Da der Mensch in seinem Leben, trotz des Versuchs des Vermeidens, immer wieder mit sozialen Situationen konfrontiert ist, müsste es im Laufe der Zeit zu einer Korrektur der sozialphobischen Kognitionen kommen und die Störung könnte nicht aufrechterhalten werden. Dass dem nicht so ist, erklären Clark und Wells (1995) in ihrem kognitiven Modell durch fehlerhafte Prozesse in der Informationsverarbeitung. Die Hauptkomponenten des kognitiven Modells von Clark und Wells (1995) und die wechselseitige Beziehung der einzelnen Elemente zueinander gibt Abbildung 2.1 wieder.

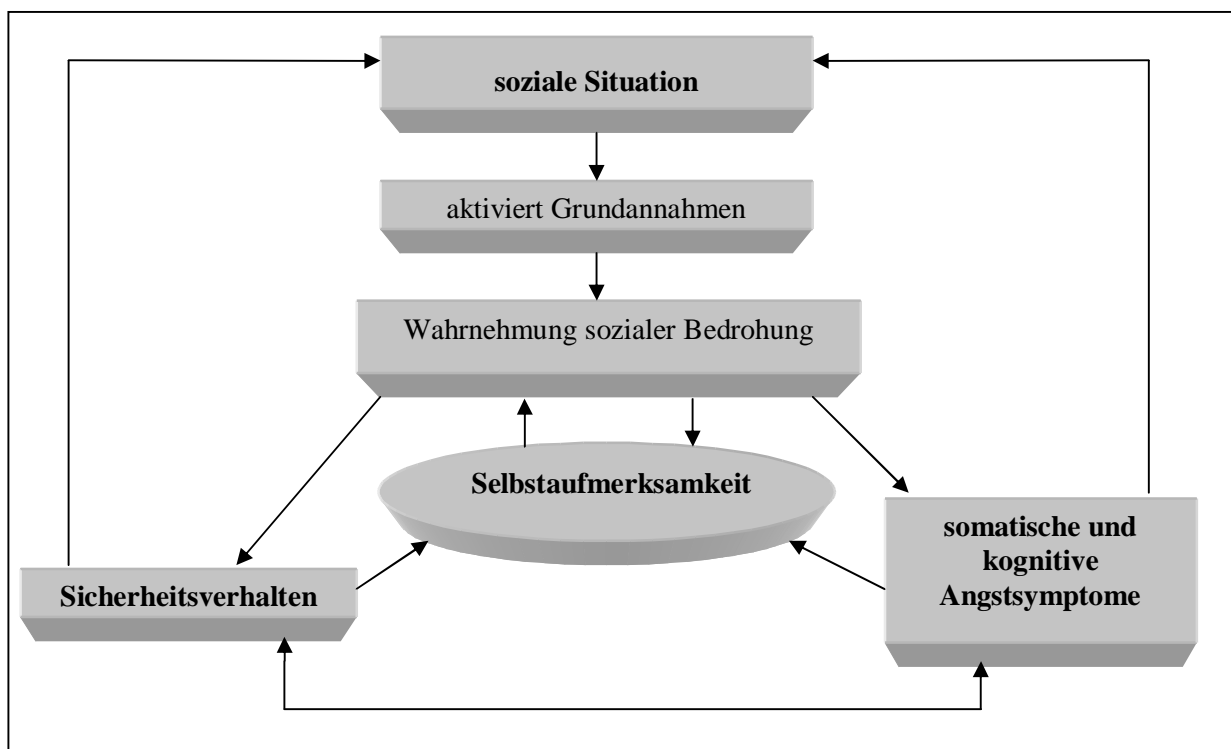


Abbildung 2.1: Die Hauptkomponenten des kognitiven Modells von Clark und Wells (1995) und ihre Beziehung zueinander.

Basierend auf der Theorie von Beck und Kollegen (1985) findet man auch im kognitiven Modell von Clark und Wells (1995) die Konstrukte der negativen kognitiven Schemata und der automatischen Gedanken wieder. In einer angstbesetzten sozialen Situation treten beim Sozialphobiker, aufgrund der verankerten negativen Schemata, automatische Gedanken auf. Die Situation, beziehungsweise die soziale Interaktion innerhalb der Situation, wird völlig fehlinterpretiert und als negativ oder sogar bedrohlich empfunden. Der Sozialphobiker befürchtet, durch nicht adäquates Verhalten unangenehm aufzufallen und als Folge schlecht von anderen bewertet zu werden. Der Grund für derartige Ängste sind laut Clark und Wells (1995) die negativen Schemata, die er in der Vergangenheit entwickelt hat. So geht der Sozialphobiker von überzogenen Standards aus, was soziales Verhalten betrifft. Dies äußert sich beispielsweise in automatischen Gedanken, wie: „Es ist unbedingt nötig, dass ich von allen gemocht werde“. Auch werden konditionale Annahmen getroffen, was die soziale Bewertung betrifft. Ein Beispiel könnte sein: „Wenn ich etwas dummes sage, wird man mich dafür hassen“. Nicht konditionale Annahmen über sich selbst spielen ebenfalls eine Rolle bei der Interpretation der sozialen Situation. So macht sich ein Sozialphobiker verstärkt Gedanken über sich selbst, während er mit anderen interagiert. Automatische negative Gedanken könnten hier beispielsweise sein: „Ich bin ein Versager“, „Ich bin anders, als alle anderen“, „Ich bin merkwürdig und deshalb kann mich niemand mögen“. Die automatischen negativen Gedanken spielen im Modell von Clark und Wells (1995) eine zentrale Rolle. So stehen sie in Wechselwirkung mit den drei Hauptfaktoren des Modells: Sicherheitsverhalten, Selbstfokussierung der Aufmerksamkeit und Angstsymptome (siehe Abbildung 2.1). Im Folgenden sollen diese Faktoren und ihre Interaktion miteinander näher erläutert werden:

Die automatischen negativen Gedanken wirken direkt auf das Sicherheitsverhalten, der so genannten safety behavior, das den Zweck hat, die empfundene Bedrohung innerhalb der sozialen Situation zu vermindern und die befürchtete negative Bewertung mit all ihren Konsequenzen für den Sozialphobiker zu verhindern. Beispiele für Strategien solcher Art könnten sein, ein Referat Wort für Wort vorzubereiten und auswendig zu lernen, um jegliche unvorhergesehenen Abweichungen zu verhindern oder zu versuchen, möglichst viele witzige Anekdoten in ein Gespräch einzubringen, um vom Gegenüber nicht als humorlos oder uninteressant angesehen zu werden. In Wirklichkeit aber verursacht das Sicherheitsverhalten selbst eine nachteilige Konsequenz für den Sozialphobiker. Anstatt nach dem Ausbleiben der befürchteten Katastrophe die zuvor getroffenen Erwartungen als unbegründet zu korrigieren, wird der Einsatz des Sicherheitsverhaltens als erfolgreich bestätigt. Die unbegründete Angst wird aufrechterhalten und das Sicherheitsverhalten

weiter als Strategie zur Angstbewältigung eingesetzt. Wells und Kollegen (1995) untersuchten, inwiefern sich das Sicherheitsverhalten der Sozialphobiker auf deren Ängste und deren Glauben, das ihr Verhalten zur befürchteten Katastrophe führen würde, auswirkt. Es konnte gezeigt werden, dass während eines Expositionstrainings signifikante Verbesserungen der auftretenden Angst innerhalb der Situation bei den Untersuchungsteilnehmern, die im Vorfeld an einer Reduktion ihres Sicherheitsverhaltens gearbeitet hatten, auftraten.

Stangier, Clark und Ehlers (2006) berichten von weiteren unerwünschten Konsequenzen, die Sicherheitsverhalten verursachen kann. In diesem Zusammenhang findet sich auch die zweite Hauptkomponente des kognitiven Modells von Clark und Wells (1995), die in wechselseitigem Zusammenhang mit den negativen automatischen Gedanken steht. So lenkt der Sozialphobiker seine Aufmerksamkeit in starker Weise auf sich selbst, um zu kontrollieren, ob er Symptome oder Verhaltensweisen zeigt, die er selbst als peinlich bewerten würde. Nur so wird es ihm möglich diese Anzeichen (zitternde Hände, Stottern und ähnliche Verhaltensweisen) zu verhindern oder zu unterdrücken. Aufgrund der Informationen, die der Sozialphobiker allein aus seinen eigenen Gedanken und der Bewertung seines Verhaltens gewinnt, kommt er zu der Annahme, dass auch andere diese Symptome und Verhaltensweisen an ihm wahrnehmen und er als Folge abgewertet wird. Ein anderes Beispiel, wie Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit interagieren, ist der Versuch, nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit anderer zu stehen. Durch abgewandte Körperhaltung und leises Sprechen muss sich das Gegenüber aber erst recht dem Sozialphobiker zuwenden, um ihn besser hören beziehungsweise dem Gespräch folgen zu können. So kommt der Sozialphobiker trotz des Vermeidungsversuchs in den Fokus der Aufmerksamkeit anderer. Weiters beobachtet sich der Sozialphobiker selbst durch das Fokussieren der Aufmerksamkeit auf sein Verhalten, seine Gedanken und seine Körperreaktionen aufs Genaueste. Für die tatsächliche, gerade stattfindende soziale Situation bleibt so wenig Aufmerksamkeitsleistung. Die Wahrscheinlichkeit, das befürchtete unadäquate oder sogar peinliche Verhalten zu zeigen, vergrößert sich ungewollt.

Die dritte Komponente des kognitiven Modells von Clark und Wells (1995), die von automatischen negativen Gedanken beeinflusst wird, sind somatische und kognitive Angstsymptome. Wie das Sicherheitsverhalten haben auch Angstsymptome direkte Wirkung auf die Selbstaufmerksamkeit und spielen weiters eine bedeutende Rolle im Teufelskreismodell. Typische Angstsymptome sind meistens: Erröten, Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, mentale Blockaden und Konzentrationsschwierigkeiten.

Zuletzt soll noch die Rolle der antizipatorischen und nachträglichen Informationsverarbeitungsprozesse im kognitiven Modell von Clark und Wells (1995) erläutert werden. Sowohl vor als auch nach einer sozialen Situation setzt sich eine sozialphobische Person mit der Situation intensiv auseinander. Im Vorhinein laufen antizipatorische Verarbeitungsprozesse ab: die Person macht sich Gedanken über die bevorstehende Auseinandersetzung und mögliche negative Konsequenzen, erinnert sich vergangener negativer Erfahrungen im sozialen Kontext, lenkt ihre Aufmerksamkeit wieder gezielt auf das eigene Selbst und entwickelt Angst, noch bevor das Ereignis überhaupt eintritt. Bezugnehmend auf die antizipatorische Verarbeitung nach dem Modell von Clark und Wells (1995) erhoben Hinrichsen und Clark (2003) mentale Prozesse, die charakteristisch für sozial ängstliche Personen sind, und wie sie im Zusammenhang mit der antizipatorischen Angst stehen. Die Studienteilnehmer wurden in zwei Gruppen (stark sozial ängstliche Personen und wenig sozial ängstliche Personen) unterteilt und mussten im Anschluss an die Erhebung eine Rede halten. Es konnten systematische Unterschiede der mentalen Prozesse vor dem Halten der Rede bei beiden Gruppen festgestellt werden. Hinrichsen und Clark (2003) zeigen in ihrer Untersuchung, dass die mentalen Prozesse stark sozial ängstlicher Personen mit einer erhöhten antizipatorischen Angst in Verbindung stehen, was wiederum zu einem höherem Angstlevel während der Rede selbst führt. Aber auch nachträglich zieht der Sozialphobiker Resümee über die soeben erlebte Situation und auch hier kommen wieder verzerrte Verarbeitungsprozesse zum Einsatz. Die Situation wird in Gedanken detailliert erneut durchlebt, die Erinnerungen bezüglich des eigenen Verhaltens und des Verhaltens der/des anderen werden bewertet, wobei die erlebte Angst und die überstarke Selbstaufmerksamkeit diese Bewertung verzerren. Das führt dazu, dass die Situation im Nachhinein als negativer eingeschätzt wird, als sie tatsächlich war und die negativen Überzeugungen noch weiter aufrechterhalten und gefestigt werden. In ihrer Studie von 2004 untersuchten Abbott und Rapee diese nachträgliche Bewertung der Situation bei sozialphobischen Teilnehmern und verglichen deren Ergebnisse mit denen der klinisch unauffälligen Kontrollgruppe. Innerhalb der Studie war es die Aufgabe der Teilnehmer, eine Rede vor Publikum zu halten. Das Resultat der Untersuchung war, dass die Gruppe der Sozialphobiker ihre negative Selbsteinschätzung noch über eine Woche nach der Aufgabe beibehalten hatte, während die Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt verstärkt positiv bezüglich ihrer erbrachten Leistung eingestellt waren. Auch beim Vergleich der beiden Gruppen, inwiefern die Auseinandersetzung mit ihrer Leistung verlaufen ist, stellten die Sozialphobiker verhältnismäßig stärkere negative Überlegungen an.

2.6.2 Lerntheoretische Überlegungen

Auch in der Lerntheorie finden sich Erklärungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie. Stangier, Clark und Ehlers (2006) nennen hierzu zwei Konzepte aus der Lerntheorie. Zum einen die klassische Konditionierung, die die Entwicklung der Sozialphobie erklären könnte. Durch negative Verstärkung des Vermeidungsverhaltens wird die Störung weiter aufrechterhalten und eine Löschung verhindert. Und zum anderen könnte die Ursache der Entstehung einer Sozialen Phobie in einem Defizit der sozialen Kompetenzen gesucht werden. Der Erklärungsansatz zur Entstehung von sozialen Ängsten von Hinsch und Pfingsten (2007) orientiert sich vordergründig an der sozialen Lerntheorie von Bandura (1986) und den darauf aufbauenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modellvorstellungen. Weiters beschäftigen sie sich mit der Frage nach der Entstehung inkompetenten Verhaltens in konkreten Situationen und vernachlässigen Erklärungen, die auf der Entstehung sozialer Kompetenzprobleme über die Lebensspanne, fußen. Der Sinn hinter diesem Ansatz ist der, aktualgenetische Zusammenhänge zu analysieren und so direkt eine verhaltenstherapeutische Intervention abzuleiten. Diese wiederum versuchen Hinsch und Pfingsten in ihrem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (2007) umzusetzen. Faktoren, die nach Hinsch und Pfingsten soziale Ängste verursachen können, sind Konditionierungserfahrungen, Panikkonditionierung, Beobachtungslernen, die anstehenden Entwicklungsaufgaben innerhalb der Pubertät und weitere Einflüsse wie der elterliche Erziehungsstil und die Rolle von Massenmedien.

Lissek und Kollegen (2005) beschreiben klassische Konditionierungsprozesse, bei denen negative Erfahrungen in sozialen Situationen zu einer Verknüpfung von Schamgefühlen, Gefühlen der Zurückweisung und ähnlichem mit der sozialen Situation an sich führen. Soziale Situationen werden so negativ besetzt und in zukünftigen Erfahrungen als beängstigend erlebt. In einer späteren Studie spezialisierten sich Lissek und Kollegen (2008) auf Konditionierungsprozesse mittels sozial relevanter Stimuli und verglichen die Ergebnisse von Sozialphobikern mit denen der gesunden Vergleichsgruppe. Als Stimuli wurden Gesichtsausdrücke (kritische, glückliche und neutrale) und verbales Feedback (Beleidigungen, Komplimente und neutrale Kommentare) verwendet. Es zeigte sich, dass die Sozialphobie-Gruppe mit Angstkonditionierung auf die sozialen Stimuli reagierte, während eine vergleichbare Reaktion bei der Vergleichsgruppe ausblieb. Lissek und Kollegen (2008) führen dies darauf zurück, dass Konditionierungsprozesse bei der Entstehung der Sozialen Phobie mitwirken und weisen auf dementsprechende Berücksichtigung von konditionierten sozialen Stimuli bei der Behandlung hin. Auch Hinsch

und Pfingsten (2007) betonen die Wirkung von kritischen oder aggressiven Gesichtsausdrücken auf den Konditionierungsprozess beim Sozialphobiker. Demnach führen derartige Ausdrücke zu besonders starken und in Bezug auf die Löschung resistenten Angstreaktionen. Dies führen sie auf die Preparedness-Theorie von Seligman zurück. Das bedeutet, dass aggressive Gesichtsausdrücke aus evolutionsbiologischen Gründen besonders dafür geeignet sind Angst auszulösen.

Bei der Panikkonditionierung werden soziale Situationen aufgrund einer in der Situation erlebten Panikattacke negativ konditioniert. Es wird befürchtet in einer zukünftigen sozialen Situation erneut einen Anfall zu erleiden und die Erwartung der Situation verursacht schon im Vorfeld Angst beim Betroffenen. Hofmann und Barlow (2002) unterscheiden hier Konditionierungsprozesse, die aufgrund von tatsächlich angstausslösenden Reizen („richtiger Alarm“) und objektiv betrachtet, nicht angstausslösenden Reizen („falscher Alarm“) entstehen. Die Häufigkeit des Auftretens von Panikattacken bei Sozialphobikern spricht für diesen Ansatz. Hinsch und Pfingsten (2007) geben darüber hinaus an, dass die Panikkonditionierung nicht nur für die Angstgefühle einer Person, die unter Sozialphobie leidet, verantwortlich ist, sondern auch Einfluss auf die Aufmerksamkeitsleistung hat. Die betroffenen Personen richten ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf sich selbst und ziehen Ressourcen von den umgebenden äußeren Reizen ab. Eine angemessene Verhaltensreaktion auf die Umgebungsreize wird durch die wenigen freien Valenzen enorm erschwert.

Um den Zusammenhang von elterlichem Erziehungsstil und Ängstlichkeit bei Kindern zu untersuchen, führten McLeod, Wood und Weisz (2007) eine Metaanalyse über 47 bis dahin erschienene Studien durch. Die teilweise sehr unterschiedlichen Ergebnisse der Studien führen McLeod und Kollegen (2007) auf methodologische Faktoren zurück, unter anderem auf verschiedene Konzeptualisierungen der Konstrukte Ängstlichkeit und Erziehungsstil. Grundsätzlich wurde in den 47 einbezogenen Studien nur bei 4% der Erziehungsstil als Prädiktor für kindliche Ängstlichkeit gefunden. Die meisten der empirischen Untersuchungen fokussierten auf die beiden Dimensionen des Erziehungsstils „Zurückweisung“ und „Kontrolle“. Innerhalb der Metaanalyse zeigte sich diesbezüglich ein stärkerer Zusammenhang von kindlicher Ängstlichkeit mit elterlicher Kontrolle, als von kindlicher Ängstlichkeit mit elterlicher Zurückweisung. Für die Unterkategorie „Gewähren von Autonomie“ konnte nur bei 18% der Studien ein Zusammenhang mit kindlicher Ängstlichkeit festgestellt werden, für die Kategorie „Wärme“ war das sogar nur ein Prozent.

Murray und Kollegen (2008) untersuchten in einer prospektiven Längsschnittstudie 79 Kinder (zwischen 10 und 14 Monate alt), deren Mütter unter einer diagnostizierten Sozialen Phobie litten. Ziel der Studie war die Rolle von sogenannten „social referencing processes“ (Prozesse des Emotions-Verstehens) bei der Entwicklung einer Sozialen Phobie zu erforschen und konkret den Einfluss des sozial-ängstlichen Verhaltens der Mutter auf deren Kind näher zu betrachten. Zur Rechtfertigung des jungen Alters der Untersuchungsteilnehmer weisen die Autoren auf den frühen Störungsbeginn bei der Sozialen Phobie hin und beschreiben die Notwendigkeit, die zuvor ablaufende Entwicklung in Kindesalter näher zu betrachten. In diesem Zusammenhang nennen sie das „Fremdeln“, das sich zwischen dem siebten und neunten Lebensmonat beginnt zu äußern und das sogenannte „social referencing“ oder Emotions-Verstehen. Das Emotions-Verstehen beinhaltet die Art und Weise, wie Kinder Informationen von anderen beziehen und die damit gemeinsam transportierten Emotionen aufnehmen. Das sich daraus ergebende Muster bestimmt die eigenen Reaktionen des Kindes. Dieses Muster entwickeln Kinder um das 10. Lebensmonat. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigten, dass im Gegensatz zur Kontrollgruppe (Kinder deren Mütter keine Soziale Phobie hatten), Kinder von sozialphobischen Müttern stärker den Umgang mit Fremden mieden. Diese kindliche Vermeidung hing eng mit der geäußerten Ängstlichkeit der Mutter zusammen und wurde durch wenige Ermutigungen der Mutter zur Interaktion mit der fremden Person verstärkt. Ähnliche Resultate wurden von de Rosnay, Cooper, Tsigaras und Murray (2006) bei zwölf- bis vierzehnmonatigen Kindern gefunden. Neben dem zu untersuchenden Konstrukt verweisen Murray und Kollegen (2008) auf weitere Einflussgrößen bei der Entstehung der Sozialen Phobie und nennen hierzu wichtige Prozesse, die die Übertragung von sozialer Angst über Generationen mitbestimmen. Das sind zum einen genetische Mechanismen, aber auch Temperament im Sinne der Verhaltenshemmung (behavioral inhibition), Umgebungseinflüsse und der elterliche Erziehungsstil. Weiters nennen Murray und Kollegen (2008) den „indirekten Effekt“ und den „direkten Effekt“ als Einflussgrößen. „Indirekter Effekt“ bedeutet die Beobachtung der Reaktionen der Erwachsenen durch das Kind und das Nachahmen deren Verhaltensweisen und Affekte. Der „direkte Effekt“ bezieht sich auf die Kommunikation des Erwachsenen mit dem Kind. So kann ein Elternteil sein Kind zum Umgang mit anderen ermutigen und somit seine Eigenständigkeit fördern oder die Interaktion mit anderen verhindern und dadurch die Berührungsängste und Zurückhaltung des Kindes fremden Personen gegenüber aufrechterhalten und verstärken.

2.6.3 Neurobiologische Aspekte

Neben kognitiven und lerntheoretischen Erklärungsversuchen der Entstehung Sozialer Phobien existieren auch in der Neurobiologie verschiedene Entstehungstheorien. Ein Erklärungsansatz aus dem neurobiologischen Bereich betrifft den medialen Temporallappen des Gehirns beziehungsweise das limbische System. Die Amygdala und der Hippocampus bilden zwei zentrale Strukturen des limbischen Systems und sind unter anderem verantwortlich für die Erinnerungsbildung und -verarbeitung, Aggression und soziale Interaktion im Sinne einer Auseinandersetzung mit der Umwelt. Laut neurobiologischer Theorien wird somit ein Zusammenhang zwischen der Entstehung beziehungsweise den Symptomen der Sozialen Phobie und den Aktivitäten von Amygdala und Hippocampus vermutet (Fredrikson & Furmark, 2004). Die Rolle, die die Amygdala innerhalb der Emotionsbildung einnimmt, zeigten Lanteaume, Khalifa, Regis, Marquis, Chauvel & Bartolomei (2007) durch direkte elektrische Stimulierung der rechten und linken Amygdala. Unter anderem wurden mithilfe der so genannten IZARD Scale die verbal beschriebenen Emotionen während des Experiments dokumentiert. Es zeigte sich, dass diese Art der Stimulation der Amygdala intensive Emotionen bei den Teilnehmern auslöste. Auch ließen sich Unterschiede zwischen rechter und linker Amygdala feststellen: während die Stimulation der rechten Amygdala zum Ausdruck negativer Gefühle, wie Angst und Traurigkeit führte, löste die Stimulation der anderen Amygdalahälfte sowohl positive wie negative Emotionen aus. Auch dem präfrontalen Kortex beziehungsweise dessen Vernetzung mit der Amygdala schreiben Stangier, Heidenreich und Peitz (2003) eine wesentliche Rolle bei der sozialphobischen Symptomatik zu:

Die Amygdala vermittelt zwischen der sensorischen Information und vegetativ-motorischen Angstreaktionen. Sie ermöglicht durch direkte Weiterleitung die Aktivierung einer Furchtreaktion ohne kortikale (d.h. bewusste) Verarbeitung. Darüber hinaus werden durch Verbindungen der Amygdala zum Cortex bewusste Bewertungsprozesse eingeschaltet, die die Grundlage für die eher kognitiv vermittelte Angst bilden. Die Aktivität des (rechten) präfrontalen Cortex könnte die neuronale Grundlage für das hieraus resultierende Vermeidungs- und Rückzugsverhalten sowie Verhaltenshemmung bilden. (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, S. 26)

In einer Studie mit Sozialphobikern von Tillfors und Kollegen (2001) konnte, während des Haltens einer Rede vor Publikum, eine überstarke Aktivierung der Amygdala (bei gleichzeitiger verminderter kortikaler Aktivität) nachgewiesen werden. Stangier, Clark

und Ehlers (2006) erklären dies aufgrund der zentralen Bedeutung, die Amygdala und Hippocampus bei der Wahrnehmung und Verarbeitung von Gefahrenreizen haben. Aber nicht nur in Bezug auf die Erklärung der Sozialen Phobie nimmt die Amygdala eine zentrale Funktion ein. Auch im Zuge der Erforschung der Schüchternheit und des Konzepts der sogenannten „Behavioral Inhibition“ finden sich interessante Zusammenhänge mit der Aktivierung dieses Hirnareals (siehe Kapitel 3.2).

Weiters wird, aufgrund erfolgreicher Behandlung mit Psychopharmaka – wie zum Beispiel Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer – im Gehirn selbst eine Dysfunktion der Neurotransmitter-Systeme vermutet (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Bandelow und Wedekind (2006) beschreiben Studien aus dem neurobiologischen Bereich, welche in Bezug auf soziale Angststörungen auf Dysfunktionen im serotonergen System und dem Katecholaminsystem hindeuten. Diese beiden Systeme sind unter anderem verantwortlich für die Produktion der Monoamintransmitter Serotonin (Einfluss auf Aggression, Antrieb und Impulsivität) und Noradrenalin (Einfluss auf Angst, Hyperarousal, Vigilanz und Aufmerksamkeit) (Koch, 2006). Es konnte gezeigt werden, dass Menschen mit sozialer Angststörung in sozialen Situationen serotonerge postsynaptische und noradrenerge Überfunktionen aufwiesen (Bandelow & Wedekind, 2006). Das serotonerge Neurotransmitter-System steht wiederum in Verbindung mit der Amygdala und ist verantwortlich für die neuronale Erregungsübertragung (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

Laut Morschitzky (2004) zeichnen sich Sozialphobiker in angstauslösenden Situationen unter anderem durch eine verstärkte physiologische Aktivierung aus. In Bezug auf neurobiologische Aspekte der sozialen Phobie, betont er vor allem die Wechselwirkung, die zwischen der auftretenden vegetativen Symptomatik (wie Schwitzen, Erröten, Zittern) und deren Bewertung durch die Person selbst als negativ beziehungsweise sozial bedrohlich besteht: „Die rasche psychovegetative Ansprechbarkeit verstärkt bei Sozialphobikern die Angst vor sozialer Auffälligkeit, weil dadurch erst recht die unerwünschte Situation eintritt, von anderen in unangenehmer Weise beobachtet werden zu können“ (S. 290). Nach Morschitzky (2004) kann die Soziale Phobie demnach nicht allein auf neurobiologische Aspekte zurückgeführt werden.

Die Erkenntnisse aus dem neurobiologischen Forschungsbereich kommen vor allem bei der Entwicklung von Pharmazeutika zum Einsatz. Mögliche pharmakotherapeutische Maßnahmen bei Sozialer Phobie werden im Kapitel zu Interventionen genauer erläutert.

3 SCHÜCHTERNHEIT

Jeder Mensch kennt das Wort „Schüchternheit“, denn es stellt einen Begriff aus der Alltagssprache dar. Aber was genau ist Schüchternheit und wie wird sie definiert? Im folgenden Kapitel werden Definitionen des Begriffs der Schüchternheit dargestellt und die verschiedenen Arten von Schüchternheit werden beschrieben. Weiters soll das Konzept der sogenannten „Behavioral Inhibition“ und unterschiedliche Erklärungsaspekte der Schüchternheit vorgestellt werden. Nicht zuletzt wird der Frage nachgegangen, inwiefern Schüchternheit mit dem Störungsbild der Sozialen Phobie in Zusammenhang steht beziehungsweise wie man die beiden Konstrukte voneinander abgrenzen kann.

3.1 Begriffserklärung

Schüchternheit zählt nicht zu den klinischen Störungen laut DSM-IV-TR oder ICD-10. Zur Definition von Schüchternheit finden sich Beiträge von verschiedenen Autoren. Lepin und Simon (1998) bezeichnen Schüchternheit „als Überempfindlichkeit gegenüber Meinungen anderer“ (S. 48). Diese Überempfindlichkeit wird durch überhöhte Selbstbezogenheit verstärkt und führt somit in weiterer Folge zu schüchternem und ängstlichem Verhalten. Henderson und Zimbardo (1996) definieren Schüchternheit als Unbehagen oder Hemmung in zwischenmenschlichen Situationen, was wiederum zur Behinderung in der Verfolgung der persönlichen oder beruflichen Ziele führen kann. Schüchternheit zeichnet sich durch einen exzessiven Fokus auf sich selbst aus, das bedeutet eine überstarke Beschäftigung mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und körperlichen Reaktionen. Probleme von Personen, die sich selbst als schüchtern bezeichnen sind nach Zimbardo (1986, zitiert nach Lepin & Simon, 1998, S. 49):

- Auftreten von negativen Gefühlen wie Angst, Depression und Einsamkeit
- mangelnde Fähigkeiten, sich an neue Situationen anzupassen und Schwierigkeiten die eigene Meinung zu äußern
- übertriebene Zurückhaltung; Projektion eines negativen Selbstbildes, was schüchterne Menschen als unfreundlich, hochmütig und wenig herzlich erscheinen lässt
- Schwierigkeiten, sich in Gegenwart anderer mitzuteilen
- überhöhte Selbstaufmerksamkeit

3.2 Subtypen

Auch bei der Schüchternheit wurden bereits unterschiedliche Subtypen beschrieben. Asendorpf (1998) nennt zwei Formen der Schüchternheit bei Kindern: Gehemmtheit gegenüber dem Unbekannten und Gehemmtheit aus Angst vor Ablehnung durch Gleichaltrige aufgrund entsprechender Erfahrungen. Bei der ersten Form wird Schüchternheit als Temperamentsmerkmal der Person verstanden, sodass sie auf Unbekanntes mit Vermeidungstendenz reagiert. Dieses Merkmal beschreibt Asendorpf als relativ erfahrungsunabhängig. Die zweite Form der Schüchternheit hingegen gründet auf Lernerfahrungen. Das Kind hat in früheren Situationen Ablehnung durch Andere erfahren und erwartet nun auch zukünftig die Zurückweisung. Das Ergebnis dieser Erwartungshaltung ist ein unsicherer, gehemmter Umgang im sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen. In seiner Theorie zur Entstehung von Schüchternheit unterscheidet Buss (1980) ebenfalls zwei Formen der Schüchternheit: die ängstlich-furchtsame Schüchternheit („fearful shyness“) und die befangene Schüchternheit („self-conscious shyness“). Die erste Form der Schüchternheit unterscheidet sich von der zweiten durch ihre frühe Entwicklung in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres und wird auch als „Fremdeln“ bezeichnet. Die befangene Schüchternheit tritt erst ab dem fünften Lebensjahr auf und zeichnet sich durch Sensibilität, Hemmung oder Störung des Sozialverhaltens aus, wenn die Person der Beurteilung durch Andere ausgesetzt ist.

Kagan (1999) betrachtet die Schüchternheit gegenüber Fremdem (also fremden Personen und fremden Situationen) als einen Teilaspekt des Temperaments. So prägte er in seiner Forschungstätigkeit rund um die Themen Schüchternheit, Ängstlichkeit und Temperament den Begriff „behavioral inhibition to the unfamiliar“ oder kurz „Behavioral Inhibition“. Darunter versteht der Autor eine beständige Tendenz, auf fremde Personen oder unbekannte Situationen und Ereignisse mit Zurückhaltung und Ängstlichkeit zu reagieren. Die Behaviorale Inhibition (BI) äußert sich unter den verschiedenen Gegebenheiten, als anfängliche Vermeidung, gedämpfter Affekt und Stress bei der betroffenen Person. Kagan (1999) betont aber, dass das Konzept der Verhaltenshemmung nicht nur als eine bestimmte Klasse von Verhaltensweisen aufgefasst werden soll, das heißt als reine Schüchternheit während sozialer Kontakte. Vielmehr kann die Verhaltenshemmung als Wesenszug verstanden werden, der sich in unterschiedlichen Kontexten durch Zurückhaltung, angstvolle Vorsicht und Bedachtsamkeit äußert. Faktoren wie Physiologie, Alter und Lebensgeschichte sollen Kagan (1999) zufolge Einfluss auf die Ausprägungen der BI haben. Es wird vermutet, dass die BI in Zusammenhang steht mit einer erhöhten Reaktivität

der Amygdala und deren Übertragung auf das Striatum, den Hypothalamus, den sympathischen Grenzstrang und das kardiovaskuläre System.

Schwartz und Kollegen (2003) untersuchten junge Erwachsene zwischen 21 und 22 Jahren, die im Alter von 21 Monaten als verhaltensgehemmt beziehungsweise nicht verhaltensgehemmt eingestuft worden waren. Mittels fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) zeigte sich, dass die gehemmten Untersuchungsteilnehmer im Gegensatz zur Kontrollgruppe der nicht verhaltensgehemmten Teilnehmer, auf die Darbietung von unbekanntem Gesichtern mit stärkerer, bilateraler Amygdala-Aktivität reagierten. Ähnliche Resultate fanden auch Perez-Edgar und Kollegen (2007). Bei der Darbietung von emotionalen Gesichtsausdrücken wurde die Amygdala-Aktivität der Probanden unter verschiedenen Bedingungen gemessen. Bei der verhaltensgehemmten Versuchgruppe konnte im Vergleich mit der Kontrollgruppe, eine erhöhte Amygdala-Aktivität beobachtet werden. Dieser Unterschied zeigte sich unabhängig von der Art der Emotion, die über den Gesichtsausdruck vermittelt werden sollte. Die Darbietung von unbekanntem und zugleich uneindeutigen Gesichtsausdrücken verursachte bei den Probanden die höchsten Aktivitätswerte.

Verschiedene Studien, die sich mit dem Konzept der BI auseinandersetzten, fassen Hirshfeld-Becker und Kollegen (2008) in einem Review zusammen. Es zeigten sich deutliche Unterschiede der charakteristischen Verhaltensweisen der gehemmten Personen in Abhängigkeit von ihrem Alter. Im Kleinkindalter äußert sich die Verhaltenshemmung in vermindertem Sprechen und Lachen im Umgang mit fremden Personen und in einem Rückzug von neuen Objekten beziehungsweise in der Abneigung sich solchen zuzuwenden. Kleinkinder neigen weiters dazu, auf unbekannte Situationen mit Weinen und Wut zu reagieren und sich an ihre Mütter zu klammern. Gehemmte Vorschul- und Kindergartenkinder hingegen fallen vor allem durch besonders gedämpften Affekt auf. Sie sind sehr ruhig und brauchen eine lange Zeit, um mit fremden Kindern zu spielen oder mit fremden Erwachsenen zu sprechen. Im Umgang mit Gleichaltrigen verhalten sie sich zurückhaltend, beobachten andere aus der Ferne und geben sich einzelgängerisch. Im Volksschulalter lässt sich das gehemmte Verhalten vor allem im Gruppenkontext beobachten. Auf Parties oder in anderen sozialen Situationen fällt es den Kindern schwer, sich zu integrieren und so bleiben sie eher abseits des Geschehens. Aufgrund von Reifungs- und Entwicklungsprozessen fällt Hirshfeld-Becker und Kollegen (2008) zufolge die Erfassung gehemmter Verhaltensweisen in der späten Kindheit, der Adoleszenz und dem Erwachsenenalter weit schwerer. Prospektive Studien lassen vermuten, dass

verhaltensgehemmte Kinder im Erwachsenenalter vorsichtiger und zurückhaltender sind und sich in Konversationen mit Fremden unwohler fühlen, als Erwachsene, die nicht als verhaltensgehemmt eingestuft wurden. Weiters zeigte sich, dass verhaltensgehemmte Kinder als Erwachsene weniger extravertiert sind, weniger aktiv in ihren sozialen Beziehungen sind, über ein kleineres soziales Netzwerk verfügen, seltener Führungspositionen innehaben und weniger gern Projekte annehmen, die anspruchsvoll und fordernd sind.

Zur Erfassung der Schüchternheitsformen beziehungsweise der BI, sind laut Hirshfeld-Becker und Kollegen (2008) objektive, standardisierte Beobachtungsprotokolle besonders geeignet. Die Untersuchungsteilnehmer werden in einem experimentellen, kontrollierten Setting mit verschiedenen neuen Aufgaben, fremden Objekten oder Personen konfrontiert. Die Reaktionen der Teilnehmer auf die unbekannte Situation, werden auf den Beobachtungsprotokollen festgehalten. Der Einsatz von retrospektiven Selbstbeobachtungs- oder Fremdbeobachtungsbögen (beispielsweise die Beurteilung des Verhaltens von Kleinkindern durch ein Elternteil) ist in der Erforschung von Schüchternheit beziehungsweise deren Subtypen ebenfalls üblich. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Messmethoden, eignen sich zur Erfassung der BI auch diverse Subskalen, mit Hilfe derer Schüchternheit oder Extraversion / Introversion erhoben werden.

3.3 Entwicklungsaspekte

Schon bei der Beschreibung der Subtypen der Schüchternheit nach Buss (1980) und Asendorpf (1998) finden sich erste Erklärungsansätze für deren Entstehung. Die Tatsache, dass die beiden Formen der Schüchternheit nach Buss (1980) charakteristisch für unterschiedliche Lebensphasen des Kindes sind, lässt Rothbart (1990) darauf schließen, dass es sich auch um unterschiedliche Gründe für deren Entwicklung handelt. Während die ängstlich-furchtsame Schüchternheit als Ausdruck des Temperaments des Kindes anzusehen ist – Rothbart (1990) erklärt dies durch das Vorhandensein von wenigen sozialen Annäherungsmotiven und vielen sozialen Rückzugsmotiven – ist die zweite, später auftretende Schüchternheit durch einen Annäherungs-Vermeidungskonflikt erklärbar. Da das Kind zuvor Zurückweisung erlebt hat, entstehen in ihm Konflikte, wie zum Beispiel mitspielen wollen und es nicht tun, weil es Angst vor erneuter Zurückweisung hat.

Nach Ambühl, Meier und Willutzki (2001) ist ein weiterer Entwicklungsaspekt der Schüchternheit der Selbstwert: große Schüchternheit geht einher mit einem niedrigem Selbstwertgefühl. In Bezug auf die beiden Formen der Schüchternheit nach Buss (1980) ist hier vor allem die Betrachtung der befangenen Schüchternheit interessant. Ambühl, Meier und Willutzki (2001) betonen in diesem Zusammenhang die Symptomatik der befangenen Schüchternheit, die sich durch kognitive Symptome auszeichnet. Sie beschreiben sie als „qualvolle Befangenheit und Beschäftigung mit sich und der eigenen Identität, mit der eigenen Person und ihrer Wirkung“ (S. 59). Die Wichtigkeit der Meinung anderer beziehungsweise der Beurteilung durch andere entwickelt sich. Durch geringen Selbstwert in der späten Kindheit und Adoleszenz wird dieser Beurteilung durch andere dann ein besonderer Wert beigemessen und das wiederum kann eine vorausgehende Bedingung der Schüchternheit im Erwachsenenalter sein. Auch die Selbst-Bewusstheit kann einen Entwicklungsaspekt der Schüchternheit darstellen. Buss (1980) spricht in diesem Zusammenhang von „public self-consciousness“, das bedeutet sich selbst darüber bewusst sein, als Person in der Öffentlichkeit zu stehen und dadurch einer möglichen Beurteilung ausgesetzt zu sein. Sich selbst als öffentlich-soziales Wesen wahrzunehmen, würde überhaupt erst die Grundlage schaffen, soziale Angst zu entwickeln.

Auch die Bedeutung von Entwicklungsaufgaben bei der Entstehung der Schüchternheit betonen Ambühl, Meier und Willutzki (2001). Sich über die gesamte Lebenszeit erstreckend steht der Mensch immer wieder vor zu bewältigenden Aufgaben, die für den Schüchternen zur Herausforderung oder zum Problem werden können. Das kann der Eintritt in Kindergarten und Schule sein, wo der Kontakt mit Gleichaltrigen unvermeidlich ist, oder die Pubertät und Adoleszenz selbst als besondere Entwicklungsaufgabe. Carducci (2000) schreibt hierzu, dass diese Aufgaben die Schüchternheit mitformen. Sie können sie einerseits auslösen oder intensivieren, auf der anderen Seite aber auch mildern und helfen, sie zu überwinden.

Über die Beurteilung von schüchternem Verhalten durch die Umwelt werfen Ambühl, Meier und Willutzki (2001) die Frage nach Unterschieden in den Geschlechterrollen auf. So wird durch Stereotypisierung das Schüchternsein „typisch weiblichen“ Attributen zugeschrieben und steht im Gegensatz zu männlichen Attributen wie Abenteuerlust, Selbstvertrauen und Dominanz. Carducci (2000) vermutet, dass aufgrund dieser Stereotypisierung schüchterne Jungen eine stärkere Diskrepanz empfinden könnten zwischen ihrem realen Selbst und der Rolle, die die Gesellschaft einem „typischen“ Jungen zuschreibt. Somit würde Schüchternheit für Jungen noch ein zusätzliches Hindernis im Sozialisationsprozess

darstellen und nicht zuletzt dazu führen, dass die Schüchternheit überhaupt erst als Belastung empfunden wird.

3.4 Unterscheidungsmöglichkeiten Schüchternheit – Soziale Phobie

Obwohl die Beschreibungen von Sozialer Phobie und Schüchternheit Ähnlichkeiten aufweisen und daraus leicht der Schluss gezogen werden könnte, dass es sich um das selbe Phänomen handeln könnte, unterscheiden sich die beiden Konzepte doch aufgrund unterschiedlicher Faktoren wie zum Beispiel durch ihre Prävalenzraten. Die Prävalenz von Schüchternheit ist weit größer als die der Sozialen Phobie. Während Untersuchungen zur 12-Monats-Prävalenz der Sozialphobie zwischen 3% und 8% schwanken, liegen die Prävalenzraten von Schüchternheit in einem Wertebereich von 20% bis 48% (Heiser, Turner & Beidel, 2003). Obwohl sowohl Soziale Phobie als auch Schüchternheit mit emotionalen und sozialen Schwierigkeiten im Zusammenhang stehen, schreiben Turner, Beidel und Townsley (1990), dass schüchterne Personen sich von sozialphobischen Personen bedeutend durch ihren niedrigeren Grad der alltäglichen Beeinträchtigung unterscheiden.

Zur Beziehung zwischen Schüchternheit und Sozialer Phobie bestehen die unterschiedlichsten Meinungen und es findet sich eine Vielzahl an Studien. Eine Hypothese besagt, dass sich die beiden auf unterschiedlichen Punkten eines Kontinuums sozialer Ängste befinden (siehe Abbildung 3.1) und sich durch den Schweregrad der Angst unterscheiden (Renneberg & Ströhle, 2006). In einer aktuellen Studie verglichen Heiser, Turner, Beidel und Roberson-Nay (2008) sozialphobische Personen mit Schüchternen und zeigten, dass die Gruppe der Sozialphobiker über eine signifikant größere Zahl sozialer Ängste, Vermeidung sozialer Situationen, negativer Gedanken und somatischer Symptome berichtete als die Gruppe der Schüchternen. Weiters gaben die schüchternen Personen an weniger in ihrer alltäglichen Funktionsfähigkeit eingeschränkt zu sein und eine höhere Lebensqualität zu empfinden, als die Gruppe der Sozialphobiker.

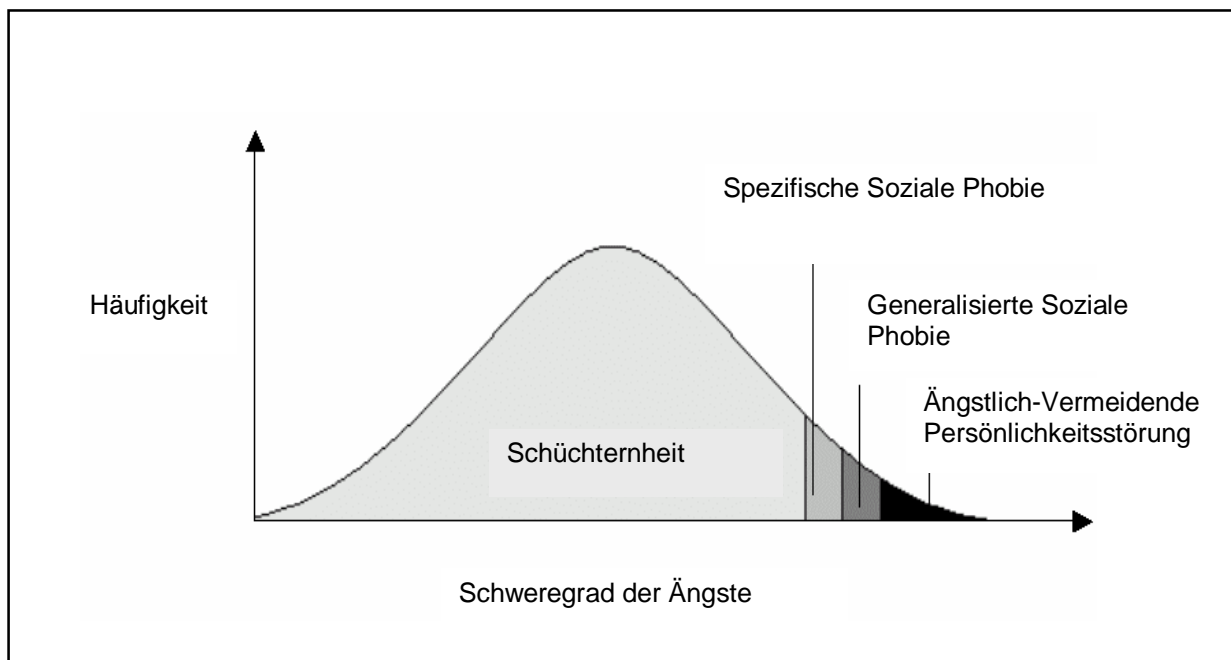


Abbildung 3.1: Schematische Darstellung der Schüchternheit auf einem Kontinuum sozialer Ängste (Renneberg & Ströhle, 2006).

Auch Chavira, Stein und Malcarne (2002) untersuchten, wie die Soziale Phobie mit dem Konstrukt der Schüchternheit in Verbindung steht. Die Stichprobe der Studie bestand aus 2202 Psychologiestudenten der San Diego State University. Durch Screening mittels der Revised Cheek and Buss Shyness Scale (= RCBSHY) wurden die Teilnehmer den Kategorien „normale Schüchternheit“ und „extreme Schüchternheit“ zugeteilt und es wurde verglichen, inwieweit gleichzeitig diagnostizierte Soziale Phobie (ermittelt anhand des Composite International Diagnostic Interview und dem SCID-II) in diesen beiden Gruppen vertreten ist. Es zeigte sich, dass nur 18% der normal Schüchternen die gleichzeitige Diagnose der Sozialen Phobie aufwiesen, während der Anteil in der Gruppe der extrem Schüchternen 49% betrug. Ebenfalls wurden in der diagnostischen Untersuchung die Subtypen Sozialer Phobie berücksichtigt. Nach dieser Unterscheidung zeigte sich, dass der Großteil der extrem Schüchternen (36%) dem generalisierten Typ zuzuordnen war. Bei den normal Schüchternen waren das nur 4%. Aufgrund dieser Ergebnisse schließen Chavira und Kollegen, dass extreme Schüchternheit mehr der Angst vor Interaktion in sozialen Situationen (charakteristisch für den generalisierten Typ) entspricht, als der Angst in Leistungssituationen zu versagen (nicht-generalisierter Typ). Schmidt und Fox (1999) sehen den Zusammenhang von Schüchternheit und Sozialer Phobie unter anderem auch in der Rolle der beiden Schüchternheitsformen nach Buss (1980). Demnach ist es möglich, von den charakteristischen Angstreaktionen der Subtypen im Kindesalter auf das die Soziale Phobie beim Erwachsenen dominierende Symptom zu schließen. Das für die

ängstlich-furchtsame Schüchternheit typische Fluchtverhalten äußert sich beim Erwachsenen vordergründig als Vermeidung der furchtauslösenden Situationen. Im Gegensatz dazu, entspricht das Erstarren der befangenen Schüchternheit beim Kind, der Sorge von anderen negativ bewertet zu werden bei der späteren Sozialen Phobie.

4 INTERVENTIONEN

Je nach Diagnose und Verhaltensanalyse der bestehenden sozialen Angst empfiehlt Morschitzky (2002) unterschiedliche Interventionsmaßnahmen:

1. Training zur Verbesserung der sozialen Kompetenz bei einer generalisierten Sozialphobie und bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstruktur
2. Konfrontationsbehandlung bei einer spezifischen Sozialphobie, bei der aus Angst vor sozialer Kritik vorhandene soziale Kompetenzen nicht genutzt werden
3. kognitive Bausteine als grundlegende Behandlungselemente bei allen sozialen Ängsten

In diesem Kapitel sollen verschiedene Interventionsmöglichkeiten bei Sozialer Phobie und Schüchternheit genauer erläutert werden. Neben nachgewiesenen erfolgreichen Interventionsprogrammen wird auch die wichtige Rolle der Prävention als vorsorgliche Maßnahme bei sozialen Ängsten näher beschrieben.

4.1 Prävention

Unter Prävention werden Interventionen zusammengefasst, deren Ziel es ist, die Ersterkrankung von psychischen oder physischen Erkrankungen im Vorfeld zu verhindern. Eine unmittelbare Folge dessen, und somit gleichzeitig ein weiteres Ziel der Prävention ist die Reduktion der Auftretenshäufigkeit von Störungen. Die Maßnahmen der Prävention bestehen in der Veränderung von Risiko- und Schutzfaktoren. Unterschiedliche Formen der Prävention lassen sich anhand bestimmter Kriterien festmachen. So spricht man, je nach Zielpopulation, auf die präventive Maßnahmen angewendet werden sollen, von universeller Prävention (= die gesamte Bevölkerung, ohne Berücksichtigung von Risikofaktoren oder spezifischen Erkrankungen), selektiver Prävention (= ausgewählte Personengruppen, die bestimmten Charakteristika entsprechen) oder indikativer Prävention (= Personen mit diagnostizierbaren Auffälligkeiten, welche das Auftreten von Krankheiten begünstigen). Weiters kann die Prävention in drei Formen unterteilt werden. Je nach Zeitpunkt, zu welchem die Maßnahmen während des Krankheitsverlaufs ansetzen, unterscheidet man die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Die primäre Prävention setzt am gesunden

Individuum an, noch bevor Zeichen einer Erkrankung auszumachen sind. Risikofaktoren, die potenziell dazu geeignet wären, eine Krankheit hervorzurufen, sollen erkannt und verändert werden, und somit das Auftreten einer Störung im Vorfeld verhindern. Für Menschen, die bereits erste Störungssymptome aufweisen sind die Maßnahmen der sekundären Prävention konzipiert. Die Störung soll in ihrem Anfangsstadium erkannt und unmittelbar behandelt werden. Ziel dieser sekundärpräventiven Maßnahmen ist es einem chronischen Verlauf, aber auch einer erneuten Erkrankung entgegenzuwirken. Die tertiäre Prävention betrifft Personen, die an einer Krankheit leiden und konzentriert sich auf die Folgeerscheinungen dieser Krankheit. Durch präventive Maßnahmen soll die Beeinträchtigung der Patienten zum Positiven verändert werden. Am ehesten kann die tertiäre Prävention als rehabilitative Maßnahme verstanden werden. Neben den bereits genannten Kriterien unterscheidet man weiters die Verhaltensprävention von der Verhältnisprävention. Setzen die präventiven Maßnahmen am Individuum an, das heißt am Verhalten des Einzelnen, wird von Verhaltensprävention gesprochen. Möglichst förderliche Verhaltensweisen für die Gesundheit zu erlernen, ist das Ziel dieser Maßnahmen. Im Gegensatz dazu strebt die Verhältnisprävention die Veränderung der Umwelt selbst an. Ein möglichst gesundheitsfreundliches Klima soll geschaffen werden und so auf indirekte Weise auf das Wohlbefinden der Menschen wirken (Junge & Bittner, 2004).

Der Einsatz präventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen setzt nach Junge und Bittner (2004) die Kenntnis von Ätiologie und Pathogenese der vorzubeugenden Störung voraus. Aber auch die Besonderheiten dieser Altersgruppen im Gegensatz zum Erwachsenen sind zu berücksichtigen. Das bezieht sich sowohl auf den Entwicklungsstand des Kindes beziehungsweise Jugendlichen, also auch auf die Interessen, die für das jeweilige Alter typisch sind. Generell basieren Modelle zur Ursachenbeschreibung und Pathogenese psychischer Störungen auf der Erforschung von Risikofaktoren. Die besondere Rolle solcher Risikofaktoren innerhalb des Konzeptes der Prävention wurde bereits erwähnt. Zur Entwicklung eines Präventionsprogramms ist neben der Erhebung von Risikofaktoren an sich auch die Unterscheidung in „veränderbar“, „nicht veränderbar“ oder „nur eingeschränkt veränderbar“ nötig. So gelten Alter, Geschlecht und kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren bei der Entstehung von Angststörungen, deren Veränderung ist aber nicht möglich. Das Wissen um derartige Faktoren ist dennoch bedeutsam, da sie helfen, Risikogruppen auszumachen, beziehungsweise die Basis einer selektiven Prävention darstellen. Junge und Bittner (2004) empfehlen kognitiv-behaviorale-Modelle zur Entstehung von Angststörungen heranzuziehen, um Risikofaktoren zu identifizieren, deren Beeinflussung durch präventive Programme

tatsächlich möglich ist beziehungsweise bereits nachgewiesen wurde. Als Beispiel für ein solches Störungskonzept nennen die Autoren das Kognitive Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells (1995), welches im Kapitel 2.6.1 bereits ausführlich beschrieben wurde.

Petermann und Petermann (2007) entwickelten ein Training für Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, das der Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten dient und unter anderem als präventive Maßnahme Verwendung findet. Die Autoren untersuchten die Rolle von Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter und verdeutlichen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit von Prävention: „Eine verfestigte und generalisierte Verhaltensstörung geht fast immer mit Lern- und Arbeitsproblemen in Schule und Berufsausbildung einher, sei es, dass die Lern- und Arbeitsprobleme die Folge einer Verhaltensstörung sind, sei es, dass sie einer Verhaltensstörung vorausgingen, also einen der möglichen Risikofaktoren bildeten“ (Petermann & Petermann, 2007, S. 29). Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, bieten sich laut Schwarzer (2004) vor allem primärpräventive Interventionen an: „Zwei psychosoziale Ansätze schulischer Gesundheitsförderung haben sich als besonders bedeutsam und erfolgreich erwiesen. Dies sind zum einen Programme zum Umgang mit sozialem Einfluss („Standfestigkeitstrainings“) und zum anderen Maßnahmen zur Stärkung von allgemeinen Lebenskompetenzen („Lebenskompetenztrainings““ (S. 347). Soziale Kompetenzen zu trainieren hat Hinsch und Pfingsten (2007) zufolge ebenso den Zweck präventiver Maßnahmen. Die Anwendung ihres Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK) bei Jugendlichen soll nicht zur Behandlung einer psychischen Störung, wie zum Beispiel der Sozialen Phobie, herangezogen werden. Die Entwicklung von sozialen Kompetenzen sehen sie als Maßnahme, die der Entstehung derartiger Störungen schon im Vorfeld entgegenwirken soll. Warum soziale Kompetenzen notwendig für die Prävention von psychischen Störungen beim Jugendlichen sind, erläutern die Autoren anhand der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1951) und setzen sie in Beziehung zum GSK. Dies ist zum Beispiel die Ablösung des Jugendlichen vom Elternhaus. Auf der einen Seite bedeutet das, sich durch die Ausübung eines Berufs finanziell unabhängig von den Eltern zu machen, auf der anderen Seite bezieht sich die Ablösung auch auf den sozialen Aspekt der Eltern-Kind-Beziehung. Dem Aufbau eigener sozialer Kontakte wird ein besonderer Wert beigemessen. Eine weitere Entwicklungsaufgabe betrifft die körperlichen Veränderungen des Jugendlichen, das heißt seine Reife. Diese Veränderungen verursachen beim Jugendlichen häufig psychische Probleme, deren Bewältigung mit Hilfe sozialer Kompetenzen erleichtert wird. Diese Kompetenzen werden als Fähigkeit des

Jugendlichen verstanden, sich selbst und seine Probleme mitteilen zu können und abwertende Selbstverbalisationen zu verringern.

Sozial kompetentes Verhalten beschreiben Hinsch und Pfungsten (2007) als „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (S. 90). Die Autoren betonen die Komplexität des Begriffs der sozialen Kompetenz und beschreiben ihre Auffassung des Konstrukts als „Oberbegriff für eine Menge verschiedener sozialer Kompetenzen“ (S. 92). Zur Differenzierung schlagen sie eine Untergliederung vor, die sich auf die unterschiedlichen Charakteristika von Situationen beziehen. Hierzu führen sie drei Typen sozialer Situationen an, welche sich in den konkreten Trainingselementen ihres Gruppentrainings sozialer Kompetenzen, kurz GSK, wiederfinden. Diese Typen von Situationen zeichnen sich jeweils durch bestimmte Ziele aus, die das Individuum vordergründig verfolgt. Unter dem Situationstyp „Recht durchsetzen“ verstehen Hinsch und Pfungsten die Erfüllung der eigenen Forderungen wie zum Beispiel den Umtausch eines beschädigten Produktes. Die soziale Kompetenz innerhalb dieses Situationstyps äußert sich im vordergründigen Ziel, durch sein eigenes Verhalten die erwünschte Konsequenz hervorzurufen. Das bedeutet konkret für das angeführte Beispiel den Austausch des mangelhaften Produktes gegen ein neuwertiges. Vom Gegenüber Sympathie zu erhalten, also der Beziehungsaspekt der Situation, stellt dabei nicht das Ziel der Situation dar, beziehungsweise soll innerhalb dieser untergeordnet sein. Ganz anders beim zweiten Typ sozialer Situationen, den „Beziehungen“. Das Hauptziel dieses Situationstyps zeichnet sich nicht dadurch aus den eigenen Willen aufgrund rechtlicher Legimitation durchzusetzen, sondern Einigung mit nahe stehenden Personen, wie dem Lebenspartner oder einem Freund, zu erreichen. Soziale Kompetenz wird hier als Fähigkeit verstanden, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken zu können und gleichzeitig Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse des Gegenübers aufbringen zu können. Auch Zugeständnisse zu machen, kann Teil der Zielerreichung in dieser Situation bedeuten. Eigene Unzulänglichkeit oder Verunsicherung zu formulieren, zeigt Bereitschaft zur Einigung und kann dem Interaktionspartner helfen, selbst Zugeständnisse zuzulassen. Den dritten Typ sozialer Situationen bezeichnen Hinsch und Pfungsten (2007) als „Um Sympathie werben“. Ziel dieses Situationstyps ist es auf das Gegenüber möglichst sympathisch zu wirken, um ein konkretes Anliegen zu erreichen. Die Autoren führen hierzu zwei Arten von Situationen an. Zum einen kann das eigene Anliegen erreicht werden, indem ein anderer auf sein Recht verzichtet (zum Beispiel einen Strafzettel wegen falschem Parken umgehen). Zum anderen

soll eine möglichst gute Beziehung zum Gegenüber aufgebaut werden (vielleicht, weil man denjenigen besser kennenlernen möchte). Zur Erreichung des Ziels des dritten Typs sozialer Situationen empfehlen Hinsch und Pfingsten (2007) Interesse am anderen zu zeigen, Komplimente zu machen, eventuell eigene Unsicherheiten anzusprechen und möglichst flexibel auf das Verhalten des Interaktionspartners zu reagieren.

Zum Verständnis des Konzepts des GSK und des Konstrukts der sozialen Kompetenz versuchen Hinsch und Pfingsten (2007) folgende Formulierung für die Teilnehmer des Trainings:

- Es gibt verschiedene, voneinander abgrenzbare Klassen von Situationen (Situationstypen).
- Je nach Situationstyp sind unterschiedliche Fertigkeiten (soziale Kompetenzen) erforderlich, um das Ziel in optimaler Weise zu erreichen.
- Die Frage, welchem Typ eine konkrete Situation zuzuordnen ist, muss der in der Situation agierende aufgrund seiner persönlichen Zielvorstellungen entscheiden. (S. 95)

Das Ziel des GSK erklärt sich nach Hinsch und Pfingsten (2007) demnach so, „dass den Klienten soziale Kompetenzen vermittelt werden sollen, mit deren Hilfe sie in verschiedenartigen Situationen ihre Ziele in optimaler Weise verwirklichen können“ (S. 95). Die Struktur und der Aufbau des GSK nach Hinsch und Pfingsten (2007) basiert auf ihrem Prozessmodell sozial kompetenten Verhaltens (siehe Abbildung 4.1). In diesem Modell wird die Interaktion von kognitivem, emotionalem und motorischem Verhalten in sozialen Situationen aufgezeigt und wie diese mit den sich daraus ergebenden Verhaltenskonsequenzen wechselwirken. Bezugnehmend auf diese drei Ebenen baut das GSK auf und soll für jede Ebene gesondert spezifische Fertigkeiten zur Bewältigung der sozialen Situation vermitteln.

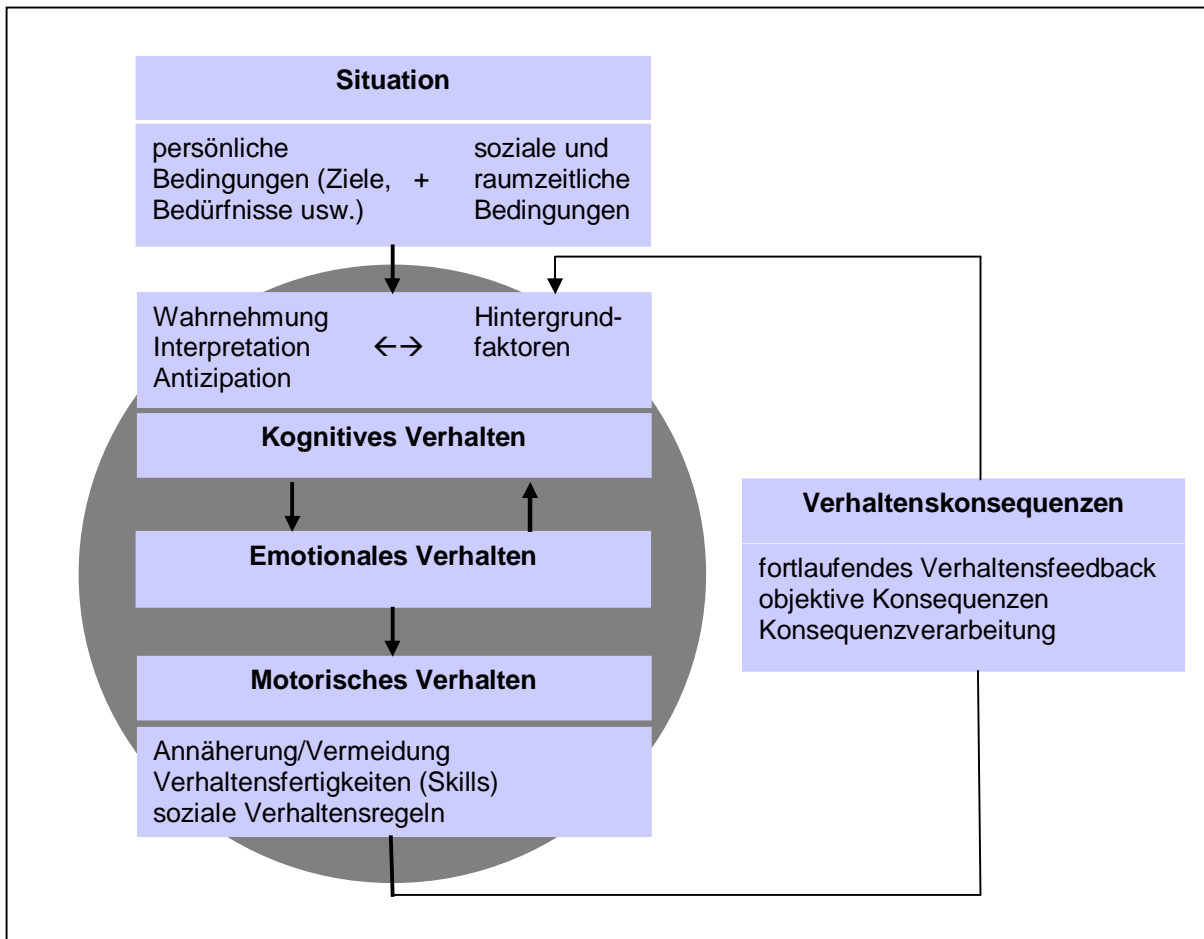


Abbildung 4.1: Das Prozessmodell sozial kompetenten Verhaltens
nach Hinsch und Pfingsten (2007).

Die Trainingselemente des GSK auf kognitiver Ebene beinhalten die Differenzierung der schon erwähnten Situationstypen, die Unterscheidung von Kognitionen und Gefühlen und das sich Vergegenwärtigen der eigenen Selbstverbalisation mithilfe des projektiven Videofilms. Ein weiteres kognitives Trainingselement stellt das Erklärungsmodell dar. Ebenso wie die anderen Elemente der kognitiven Ebene dient das Erklärungsmodell der Analyse kognitiver Prozesse. Es basiert auf dem in Abbildung 4.1 angeführten Prozessmodell sozial kompetenten / inkompetenten Verhaltens und hat zwei wesentliche Funktionen. Zum einen soll es dem Klienten helfen, die Mechanismen seines Problemverhaltens zu verstehen und zum anderen den Aufbau, die Inhalte und die Ziele des Trainings für den Teilnehmer transparent machen. Zwei weitere Elemente sind Teil des Trainings auf der kognitiven Ebene. Das sind die Selbstlobübung und das Videofeedback. Beide Elemente sollen direkte Veränderungen beim Klienten hervorrufen und betonen die positiven Aspekte des eigenen Verhaltens. Als Bewältigungsstrategie auf emotionaler Ebene werden im GSK Entspannungsübungen angewandt, um die Selbstkontrolle der Klienten zu verbessern und ihr Vertrauen in ihre Kompetenzen zu festigen. Hinsch und

Pfingsten (2007) haben zu diesem Zweck eine gekürzte und leicht abgewandelte Form der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson gewählt. Um ein umfangreiches Repertoire an Bewältigungsstrategien zu erwerben, üben die Teilnehmer Verhaltensfertigkeiten mittels Rollenspielen mit anschließendem Videofeedback. Gemeinsam mit In-Vivo-Übungen in Form von Hausübungen zählen die Rollenspiele zu den Trainingselementen des GSK auf motorischer Ebene.

Die Durchführung des GSK ist für sieben Sitzungen konzipiert. Für die Anwendung des Trainings bei Jugendlichen empfehlen Hinsch und Pfingsten (2007) leichte Veränderungen der Trainingsbereiche. So sollen verstärkt die Bereiche „Beziehungen verbessern“ und „Kontakt aufnehmen“ im Fokus der Durchführung stehen, während der Bereich „Forderungen durchsetzen“ dafür zu vernachlässigen ist. Auch jugendgerechte Anpassungen der Beispielsituationen und der Aufgabenformulierungen sollen vorgenommen werden und somit einen möglichst großen Bezug zum Leben der Teilnehmer bekommen.

4.2 Kognitive-Verhaltenstherapie

In ihrem Artikel zu sozialen Angststörungen beschreiben Renneberg und Ströhle (2006) die Inhalte kognitiver Verhaltenstherapie. Die wichtigsten Bausteine bilden dabei die Darstellung eines Störungsmodells, Entspannungsverfahren, verhaltensorientierte und kognitive Interventionen, sowie Verhaltensexperimente. Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapiemethoden wurde in der Literatur mehrfach nachgewiesen. Dies gilt für die Soziale Phobie laut Berghändler, Stieglitz und Vriends (2007) für das Einzel- als auch das Gruppentherapie-Setting. Verfahren, die im Zuge einer solchen Therapie zur Anwendung kommen, sind das Expositionstraining, die Überprüfung der Umweltreaktionen und die Korrektur kognitiver Schemata. Die Patienten sollen lernen, ihre Überzeugungen und Ängste vor den negativen Reaktionen zu hinterfragen und in Folge zu ändern. „Die Erfolgsrate ist mit bis zu 90% bei primären sozialphobischen Störungen sehr hoch“ (Berghändler et al., 2007, S.229). In ihrer Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Interventionen bei Sozialer Phobie erklären Ruhmland und Margraf (2001) die kognitiv-behaviorale Therapie als die Intervention mit der größten und nachhaltigsten Wirkung. Laut Rodebaugh, Holaway und Heimberg (2004) kann für die kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung der Sozialen Phobie von einer mittleren Effektstärke von $d = 1,0$ ausgegangen werden, was einer Erfolgsrate von 72 Prozent entspricht.

Stangier, Heidenreich und Peitz (2003) entwickelten ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual für Sozialphobiker, das auf dem kognitiven Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells (1995) basiert. Die Therapie besteht aus ein- bis eineinhalbstündigen Einzelsitzungen und kann in insgesamt fünf Phasen eingeteilt werden. Die Ziele sind zum einen, die Informationsverarbeitung der Patienten in sozialen Situationen zu modifizieren und zum anderen, negative Gedanken und Überzeugungen zu identifizieren und in Frage zu stellen. Auf die Wichtigkeit einer ausführlichen Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Expositionstraining und der Überprüfung von negativen Erwartungen wird im Behandlungsmanual besonders hingewiesen.

In der ersten Phase der Therapie soll gemeinsam mit dem Patienten ein für ihn passendes Modell der Sozialen Phobie abgeleitet werden. Das Niederschreiben der Ergebnisse soll die wichtigen Elemente des Modells verdeutlichen und dessen Verständnis fördern. Für die Erarbeitung der einzelnen Elemente empfehlen Heidenreich und Stangier (2003) konkrete, angstbesetzte Situationen des Patienten heranzuziehen. Es sollen negative Gedanken und Sicherheitsverhaltensweisen erhoben werden, und es soll thematisiert werden, inwiefern sich Selbstaufmerksamkeit und Angstsymptome beim Patienten äußern. Am Ende wird die Interaktion der Elemente miteinander aufgezeigt und somit das individuelle Störungsmodell komplettiert.

Die beiden darauf folgenden Phasen stehen im Zeichen des Expositionstrainings. Zunächst soll der Patient in der Therapie auf die Exposition in vivo vorbereitet werden und seine bisherige Informationsverarbeitung näher betrachtet und schließlich verändert werden. Zu diesem Zweck kommen Rollenspiele zum Einsatz. Die Folgen der Sicherheitsverhaltensweisen und der erhöhten Selbstaufmerksamkeit können so reflektiert werden und durch Unterstützung von Videofeedback vom Patienten aus der Beobachterperspektive beurteilt werden. Wichtig ist bei diesen Verhaltensexperimenten die Wahl der gespielten Situationen und der relevanten Untersuchungsmerkmale. Dies soll gewährleisten, dass die Erfahrung für den Patienten so nachhaltig wie möglich wird (Heidenreich & Stangier, 2003). Die Situationen sollen weiters in mehreren Durchgängen und mit unterschiedlichen Verhaltensanleitungen gespielt werden. So wird der Patient zuerst aufgefordert, die Situation mit stark nach innen gekehrter Aufmerksamkeit und voller Ausreizung der typischen Sicherheitsverhaltensweisen zu spielen. Nach einer Nachbesprechung und der Reflexion, wie das Verhalten auf den Patienten gewirkt hat, werden die Verhaltensweisen den Zielvorstellungen angepasst und erneut die Situation durchgespielt. Abschließend wird die Situation und ihre Wirkung erneut eingeschätzt und

die beiden Situationen gegenübergestellt und verglichen. Dies bildet die Basis des in-vivo-Expositionstrainings. Die im Therapie-Setting erprobten Verhaltensweisen sollen zur weiteren Vertiefung auch in Realsituationen geübt und überprüft werden. Wichtig ist es die geplanten Verhaltensexperimente in der Therapie vorzubesprechen. Der Patient wird ermutigt, bewusst soziale Situationen zu suchen, die in ihm Angst auslösen und die unterschiedlichen Verhaltensweisen auszuprobieren. Der in-vivo-Exposition soll eine unmittelbare Überprüfung der Reaktionen der Umwelt folgen. Die gemachten Erfahrungen sollen vom Patienten anschließend in einem Tagebuch notiert werden. Von großer Bedeutung ist, dass der Patient diese Erlebnisse selbst reflektiert und seine Überzeugungen überdenkt und eventuell ändert. Der Exposition in Realsituationen folgt eine ausführliche Nachbesprechung in der nächsten Einheit.

In der vierten Phase geht es um kognitive Umstrukturierung. Negative Kognitionen sollen auf verbaler Ebene, das heißt über den „Sokratischen Dialog“, bearbeitet werden. Der Fokus soll hier vor allem auf die Veränderung der antizipatorischen und nachträglichen Verarbeitung sozialer Situationen gelenkt werden. Der Patient soll lernen, diese Prozesse im Alltag zu erkennen, sie zu unterbrechen und seine Aufmerksamkeit von diesen Gedanken wegzulenken. Die Analyse von negativen Gedanken an sich spielt in dieser Phase ebenfalls eine tragende Rolle. Gemeinsam mit dem Therapeuten wird versucht, die negativen Gedanken zu identifizieren, um diese schriftlich festzuhalten und anschließend hinsichtlich Denkfehler zu überprüfen. Dies kann mittels diagnostischer Rollenspiel passieren, aber auch Fragebögen wie der SPK (Stangier et al., 2003) oder die Analyse von zurückliegenden Angstsituationen können hierfür herangezogen werden. Wurden die negativen Gedanken erfasst, folgen vier weitere Schritte. Zuerst werden „Beweise“ zusammengetragen, die die negativen Gedanken untermauern. Dann werden die gefundenen Punkte auf logische Fehler überprüft und Argumente gegen die negativen Gedanken zusammengetragen. Zum Schluss werden neue, angepasste, positive Gedanken als Ersatz erarbeitet und deren Wirkung auf die Gefühle des Patienten, beim Einsatz in sozialen Situationen, wird betrachtet. Zuletzt soll in der vierten Phase des Trainings auch an negativen Grundüberzeugungen gearbeitet werden. Diese beziehen sich Heidenreich und Stangier (2003) zufolge „auf ein negatives Selbstbild (z.B. ‘Ich bin unattraktiv, bin ein Versager’), Perfektionismus (‘Ich muss alles 100%ig richtig erledigen’) und der Annahme, dass andere Menschen übermäßig kritisch sind (z.B. ‘Du darfst nie Fehler machen, sonst bist du unten durch’)“ (S. 512). Zur Veränderung dieser Grundüberzeugungen schlagen Stangier und Kollegen (2003) unter anderem die Bildung von Kontinua, Profilvergleiche und eine „historische Überprüfung“ vor. Die fünfte und letzte Phase stellt den Abschluss der

Therapie dar. Der Therapieerfolg soll evaluiert werden indem zum Beispiel die vor Beginn der Therapie eingesetzten Fragebögen bei Beendigung der Therapiesitzungen noch einmal ausgefüllt werden und die Ergebnisse miteinander verglichen werden. Wichtig ist es auch, mit dem Patienten gemeinsam einen möglichen Rückfall in alte Verhaltensmuster zu besprechen. Heidenreich und Stangier (2003) empfehlen hierzu sogenannte „Booster Sessions“, um, nach Beendigung der Therapie, möglicherweise im Lauf der Zeit vergessene Therapieinhalte wieder ins Gedächtnis zu rufen.

Auch Joormann und Unnewehr (2002) entwickelten ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm, dass der Behandlung von Sozialer Phobie bei Kindern und Jugendlichen dient. Das von ihnen beschriebenen Training ist für 12- bis 18jährige konzipiert und besteht aus 16 Einheiten. Jede Einheit dauert eineinhalb Stunden, wobei laut Joormann und Unnewehr (2002) die Gruppengröße acht Personen nicht übersteigen sollte. Grob kann man das Behandlungsprogramm in zwei Phasen zu je acht Einheiten unterteilen. Die erste Hälfte des Programms dient der Wissensvermittlung im Sinne einer Psychoedukation. Gemeinsam mit den Jugendlichen wird besprochen was unter Sozialer Phobie zu verstehen ist, welche Erklärungen es für deren Auftreten gibt und auf welchen Ebenen sich sozialphobische Symptome äußern beziehungsweise wie sie sich auf den Körper, die Gedanken und das Verhalten auswirken. Zentrale Elemente der ersten Phase stellen weiters die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen und die Förderung sozialer Kompetenzen dar. Die zweite Programmphase dient dem Einlernen und Erproben neuer, positiver Verhaltensweisen. Hierzu eignen sich nach Joormann und Unnewehr (2002) Rollenspiele innerhalb der Gruppe besonders gut. Die Konfrontation mit sozialen Situationen, die bei den Gruppenteilnehmern Angst auslösen, stellt einen wichtigen Aspekt des Trainings dar und soll schließlich auch durch Expositionsübungen im Alltag weiter gefestigt werden.

4.3 Psychopharmakotherapie

Auch Psychopharmaka werden bei der Behandlung der Sozialen Phobie angewendet. Renneberg und Ströhle (2006) beschreiben die zur Behandlung Sozialer Angststörungen üblicherweise verschriebenen Psychopharmaka wie selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SNRI), Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), MAO-Inhibitoren, β -Blocker und Benzodiazepine. Die Wirkungsweise dieser Medikamente ist sehr unterschiedlich. Nach Bandelow und Wedekind (2006) wird zum Beispiel durch die

Gabe von Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren die Auslösung von Angstreaktionen im Gehirn gehemmt. MAO-Inhibitoren verhindern die Aufnahme von Serotonin und erhöhen somit dessen Verfügbarkeit für die Synapsen. Die Wirkung ist daher durchaus mit der von SSRI vergleichbar. Benzodiazepine zählen zu den GABAergen Substanzen, wobei die Abkürzung GABA für Gamma-aminobutyric acid steht und im Deutschen als γ -Aminobuttersäure bezeichnet wird. Bandelow und Wedekind (2006) zufolge führt die Verabreichung von Benzodiazepinen zu einer Hemmung von Synapsen und wirkt dadurch beruhigend, angstlösend und entspannend.

In einem Review von 36 kontrolliert randomisierten Studien beschreiben Stein, Liebowitz und Lydiard (1998) die kurz- und langfristige Wirksamkeit der Therapie sozialer Ängste mittels Psychopharmaka. Die Kriterien Wirksamkeit, Sicherheit und Nebenwirkungen berücksichtigend, nennen Blanco und Kollegen (2003) in ihrer Metaanalyse die SSRI als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung sozialer Ängste. Auch Bandelow und Wedekind (2006) betonen die Überlegenheit der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bei der medikamentösen Therapie von Angststörungen. Nebenwirkungen wie Unruhe oder Übelkeit finden sich vormals zu Beginn der Behandlung und klingen in weiterer Folge wieder ab. Die Verabreichung von MAO-Inhibitoren kann Stangier, Heidenreich und Peitz (2003) zufolge, aufgrund der relativ geringen Wirksamkeit und dem breiten Spektrum an Nebenwirkungen, nicht empfohlen werden. In seiner Arbeit zur Pharmakotherapie bei Sozialer Phobie macht Davidson (2003) auf die Sucht- und Rückfallgefahr aufmerksam. So besteht beispielsweise bei der dauerhaften Gabe von Benzodiazepinen nicht nur ein hohes Abhängigkeitsrisiko, gleichzeitig sind bei Beendigung der medikamentösen Therapie auch Rückfälle beobachtet worden.

Für die allgemeine Behandlung von Angststörungen empfehlen Bandelow und Wedekind (2006) eine gleichzeitige Anwendung von Pharmako- und Verhaltenstherapie, da „Pharmako- und Psychotherapie gleich wirksam sind und eine Kombination beider Verfahren oft besser wirkt als beide Modalitäten allein“ (S. 507). Die Wirksamkeit von Psychopharmaka zur Behandlung von Sozialphobie im Vergleich zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung wurde in diversen Studien untersucht. Turner, Beidel und Jacob (1994) zum Beispiel verglichen in ihrer Studie die Wirksamkeit des Betablockers Atenolol mit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung und stellten eine Überlegenheit des therapeutischen Behandlungskonzepts gegenüber der reinen Medikation fest. Keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit fanden Gelernter und Kollegen (1991), als sie den MAO-Inhibitor Phenelzin oder das

Benzodiazepin Alprazolam mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung verglichen. Welche Langzeiteffekte bei der Behandlung der Sozialphobie mit Psychopharmaka erzielt werden könnten blieb bislang weitgehend unerforscht. Ob eine rein medikamentöse Langzeittherapie bei diesem Störungsbild zu empfehlen ist, oder eine langfristige Besserung nur durch die gleichzeitige Kombination mit psychotherapeutischen Methoden möglich ist, bleibt somit offen (Wittchen & Fehm, 2003).

4.4 Therapie mit Hilfe neuer Medien

Bezugnehmend auf die Datenbanken Medline und PsychINFO nennen Carlbring und Andersson (2004) Studien, die sich erfolgreich mit der Internet-basierten Behandlung von psychischen Störungen beschäftigt haben. Hier finden sich eine Menge Studien zu den Störungsbildern der Panikstörung, Agoraphobie, Posttraumatisches Stresssyndrom und Depression. Auffallend wenige Studien finden sich spezifisch für die Internet-basierte Behandlung der sozialen Phobie. Carlbring und Kollegen (2007) veröffentlichten eine Studie, in der kognitive Verhaltenstherapie über Internet vermittelt werden sollte. Die Behandlung basierte auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, wie sie in Selbsthilfe-Büchern beschrieben werden. In neun Modulen (über neun Wochen) wurden die daraus gewonnenen Informationen, Übungen, interaktiven Quize und eine Anzahl zu beantwortender Fragen, die sich auf das Modul bezogen, an die Probanden per E-Mail verschickt. Weiters sollten die Teilnehmer nach jedem Modul mindestens eine Nachricht in einer online Diskussionsgruppe posten. Die Teilnehmer erhielten innerhalb von 24 Stunden nach dem Rücksenden ihrer Antworten auf die Modulfragen Feedback und wurden, wenn die Beantwortung als richtig beurteilt wurde, zum nächsten Modul weitergeleitet. Zusätzlich zur über Internet vermittelten Aufgabenstellung und Anweisung wurden die Probanden einmal die Woche vom Therapeuten kontaktiert. Ziel war es, positives Feedback zu geben und mögliche Fragen der Probanden bezüglich des Moduls zu beantworten. Verglichen mit der Kontrollgruppe, die auf eine Warteliste gesetzt wurde und ohne Behandlung blieb, gaben die Probanden der Behandlungsgruppe eine größere Verbesserung des Erlebens von genereller und sozialer Angst, Depression und Vermeidung an. Mit neun ähnlichen Modulen arbeiteten Andersson und Kollegen im Jahr 2003 innerhalb einer anderen Studie. Statt dem Kontakt via Telefon wurde hier die Möglichkeit angeboten, an Expositionstrainings teilzunehmen. Jeweils ein dreistündiges Expositionstraining fand nach den Modulen 4 und 8 statt. Die an der Behandlungsgruppe beteiligten Probanden zeigten im Gegensatz zur Kontrollgruppe (keine Behandlung, Warteliste) signifikante Verbesserungen in den meisten

der erhobenen Dimensionen (soziale Angst, generalisierte Angst und Depression, Lebensqualität). Weitere Studien zur internet-basierten Behandlung der Sozialphobie finden sich von Titov, Andrews, Schwencke, Drobny und Einstein (2008) und Titov, Andrews und Schwencke (2008).

Virtual Reality (VR) stellt eine Interaktionsmöglichkeit zwischen Computer und Mensch dar. Der Nutzer ist dabei aktiv in eine dreidimensionale, virtuelle Welt eingebunden. Im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Sozialer Phobie bietet es sich an, durch Virtual-Reality-Techniken Expositionstrainings von der realen Welt in eine digitale zu verlagern. Mehrere kontrollierte Studien beschäftigten sich bereits mit der Effektivität virtueller Exposition bei phobischen Störungen. Emmelkamp und Kollegen (2002) verglichen die Behandlung in einer VR-Umgebung mit Expositionstraining in vivo bei Höhenangst. Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness und Botella (2002) untersuchten den Nutzen von VR-Umgebungen bei der Behandlung von Spinnenangst. Einen Vergleich von VR-Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung Sozialer Phobie stellen Klinger und Kollegen (2005) vor. Zwölf wöchentliche VR-Sitzungen zu je 45 Minuten werden zwölf CBT (=cognitive-behavior therapy) Gruppensitzungen zu je 2 Stunden gegenübergestellt. Die gewonnenen Ergebnisse zeigten sowohl eine Verbesserung der Symptome der Sozialen Phobie in der VR-Gruppe, als auch in der CBT-Gruppe.

Die Niederschwelligkeit und die Bewahrung der Anonymität von Online-Interventionen könnten Gründe dafür sein, mehr Menschen, die unter Sozialphobie leiden zu erreichen und Personen, die ansonsten unbehandelt blieben, die Möglichkeit einer Hilfestellung zu bieten. Diesem Gedanken folgend untersuchten Garcia-Palacios, Botella, Hoffman und Fabregat (2007) phobische Personen (darunter 35% mit Sozialer Phobie) hinsichtlich Akzeptanz und Verweigerung eines in-vivo-Expositionstrainings im Vergleich zu Akzeptanz und Verweigerung eines VR-Expositionstraining bei der Behandlung der phobischen Störung. Es zeigte sich, dass 76% der Teilnehmer das VR-Training gegenüber dem in-vivo-Training bevorzugten. Die Verweigerungsrate belief sich bei nur 3% für das VR-Training. Für das in-vivo Setting waren es 27%. Eine mögliche Kontraindikation, die die Anonymisierung durch das Internet, aber auch die steigende Beschäftigung der Menschen mit virtuellen Welten betrifft beschreibt Bandelow (2004) im Bezug auf Sozialphobiker wie folgt:

Menschen mit einer Sozialen Phobie finden sich in der virtuellen Welt gut zurecht. Sie sitzen stundelang am PC, spielen Spiele mit Menschen in einem fremden Land, von denen sie nur einen Aliasnamen kennen, chatten mit Hunderten von anonymen PC-Usern oder verabreden sich sogar zum Schein mit

Internetbekanntschaften. Es gibt keinen Blickkontakt; keiner sieht das Erröten oder den Schweiß auf der Stirn. Irgendwann besteht ihr Leben zu 80 Prozent aus Träumen. (Bandelow, 2004, S.77)

Für weiterführende Informationen zur Behandlung der Sozialen Phobie via Internet sei an dieser Stelle auf die Diplomarbeit von Alice Lehner (in Arbeit) verwiesen, deren Untersuchung sich auf das Online-Training des SKY-Projekts bezieht.

Neben der Möglichkeit, Interventionsprogramme zur Sozialen Phobie über Internet in Anspruch zu nehmen, haben Betroffenen aber auch die Chance, über diese Quelle Informationen über die Störung zu beziehen. Die Qualität von web-basierter Information zu sozialer Phobie im englischsprachigen Raum untersuchten Khazaal, Fernandez, Cochand, Reboh und Zullino (2008). Anhand der Schlüsselwörter „social phobia“ und „social anxiety disorder“ wurden in den fünf beliebtesten Internet-Suchmaschinen (Google, Yahoo, MSN, AOL, ASK) nach Information im Internet gesucht. Von ursprünglich 200 Seiten wurden 58 in die Studie miteinbezogen. Die in die Studie aufgenommenen Seiten wurden anhand von fünf Qualitätskriterien bewertet:

- 1) Verantwortlichkeit (unter anderem in Bezug auf die Autoren der Seite und Quellenangaben)
- 2) Interaktivität: gibt es z.B. Video- oder Audiosupport auf der Seite
- 3) Ästhetische Gesichtspunkte: Überschriften, Untertitel, Hyperlinks und das Fehlen von Werbung auf der Seite
- 4) Lesbarkeit: Schwierigkeit des Textes
- 5) Qualität des Inhalts: diese wurde über die Möglichkeit nach Beantwortung eventueller Fragen erhoben

Neben diesen fünf Kriterien wurde das Vorhandensein oder Fehlen des HON Logo (Health on the Net) als Qualitätsmerkmal herangezogen, wobei nur 11 der 58 Seiten, also nur 19%, das HON Logo aufweisen konnten. In der Diskussion bewerten Khazaal und Kollegen (2008) die Ergebnisse zur Qualität der Informationen im Internet als dürftig. Die Ergebnisse zeigten, dass nur die Hälfte der Seiten über die Informationen der Seite hinausgehend eine Konsultation von qualifizierten Experten empfahlen. Nur 10% verwendeten Audio- oder Videosupport und nur 29% machten Angaben über die Quellen ihrer Informationen.

5 METHODE – PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Das folgende Kapitel dient dazu, dem Leser einen Überblick zu verschaffen über das zugrunde liegende Projekt, dessen Zielsetzung und den daraus abgeleiteten Fragestellungen und Hypothesen. Neben einer ausführlichen Darstellung des Selbstsicherheitstrainings (Lehenbauer et al., 2010), dessen Wirksamkeitsüberprüfung dem Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit entspricht, sollen weiters die Verfahren dargestellt werden, die im Rahmen des Prä-Post-Settings zur Anwendung kommen.

5.1 Das SKY-Projekt

Grundlage der Diplomarbeit ist das SKY-Projekt, welches vom Verein Komm-Mit-Ment, unter der Leitung von Dr. Birgit U. Stetina und der Mitarbeit von Mag. Mario Lehenbauer, begründet wurde und Unterstützung findet durch die Sparkling-Science Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung. Die Abkürzung SKY steht für „Selbstsicher, Kompetent → For the Youth“ und verrät zum Teil schon im Titel die Ziele des Projektes. In den unterschiedlichen Projektphasen sollen ein Training zur Verbesserung des Selbstwertes und sozialer Kompetenzen und ein Ausbildungskonzept von Peer-Selbstsicherheitstrainern entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Zielgruppe des SKY-Projektes sind Jugendliche zwischen 13 und 20 Jahren.

Das angewandte Selbstsicherheitstraining (Lehenbauer et al., 2010) wird in der ersten Phase als Offline-Training, das heißt im face-to-face Gruppensetting, direkt in den teilnehmenden Schulen durchgeführt. Die Wirksamkeit des Offlinetrainings wird verglichen mit der Wirksamkeit des Onlinetrainings, um E-Interventionen (= Behandlungsmethoden, die über elektronische Medien vermittelt werden) wissenschaftlich zu überprüfen. Basierend auf denselben Konzepten und Übungen soll diese E-Intervention als Online-Training in der zweiten Projektphase stattfinden.

Die Diplomarbeit beschäftigt sich ausschließlich mit dem Offline-Training des SKY-Projektes im Schuljahr 2008/2009. Das bedeutet Erhebung der psychologischen Parameter Selbstwert, Schüchternheit und (eventuell bereits vorhandener) Sozialphobie vor dem Selbstsicherheitstraining und Untersuchung der Auswirkung des Selbstsicherheitstrainings

unmittelbar nach Absolvierung des Offline-Moduls. In weiterer Folge wird das Offline-Training nur noch als Training oder Selbstsicherheitstraining bezeichnet, da die E-Intervention Teil einer anderen Arbeit sein wird.

5.2 Ziele des SKY-Projekts und der Diplomarbeit

Das Ziel dieser Studie ist der Nachweis der Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings im Sinne einer Verbesserung der Werte in den Bereichen Sozialphobie und Schüchternheit. Mithilfe von kognitiven Techniken und Methoden aus der Verhaltenstherapie sollen die Jugendlichen lernen, Schüchternheit zu überwinden, bestehende soziale Ängste abzubauen und soziale Kompetenzen zu erlernen, mit deren Fähigkeit in weiterer Folge die Entwicklung einer Sozialphobie entgegengewirkt werden kann. Es soll im weiteren Verlauf ein Handbuch entwickelt und erstellt werden, das in Zukunft von Pädagogen herangezogen werden kann, um eigenständig, ohne Hilfe von Seiten der Projektmitarbeiter, einzelne Elemente des Selbstsicherheitstraining durchführen zu können. Die Erstellung eines solchen Manuals ist in Kooperation mit den teilnehmenden Schulen geplant. Aber auch für Kindergärten und Horte soll ein, den Anforderungen und Bedürfnissen der Altersgruppe angepasstes, Manual entwickelt werden. Weitere Details zum Projekt würden den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen und sind unter <http://www.selbstsicher.at>, der Homepage des Projektes, abrufbar.

5.3 Beschreibung der Intervention

Das Selbstsicherheitstraining findet einmal in der Woche direkt an den Schulen der Jugendlichen statt. Ein gesamtes Trainingsmodul umfasst 14 Einheiten zu je 50 Minuten. Die Durchführung der Einheiten obliegt ausgebildeten Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen oder Psychologen, die sich in Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen befinden. Unterstützt werden die Projektmitarbeiter durch Psychologiestudenten der Universität Wien. Unter anderem waren an der Durchführung der face-to-face Einheiten die Diplomandinnen Teresa Fenz (Untersuchung der sozialen Kompetenzen im Rahmen des Offline-Trainings), Alice Bauer (Untersuchung des Online-Selbstsicherheitstrainings) und die Autorin, als Co-Trainerinnen beteiligt.

Das Selbstsicherheitstraining wurde in Anlehnung an verschiedene, bereits bestehende Kompetenztrainings entwickelt und verfolgt, durch seine Anwendung an einer jugendlichen Stichprobe, die Ziele präventiver Maßnahmen. Basierend auf Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie soll das Training eine ausgewogene Mischung aus Wissensvermittlung, im Sinne von Psychoedukation, und praktischen Übungen, wie Rollenspiele, Entspannungs- und Konfrontationsübungen, bieten. Die Schüler werden aktiv in den Lernprozess miteinbezogen und können im Rahmen des Klassenverbandes, unter Anleitung und mit Hilfestellung seitens der Projektmitarbeiter, soziale Fähigkeiten erproben und verbessern.

Durch die Psychoedukation sollen die Schüler Einblick in die psychologische Arbeit erhalten und ein Verständnis für psychologische Prozesse bekommen: Was sind soziale Kompetenzen überhaupt und wozu braucht man sie? Wie sieht psychologische Arbeit aus und inwiefern sind Probleme, die durch extreme Schüchternheit oder Soziale Phobie bedingt sind, dadurch veränderbar? Aufbauend auf diesem Grundverständnis bezieht sich die Psychoedukation in den einzelnen Einheiten auf verschiedene Themenschwerpunkte. Unterstützt durch Arbeitsblätter erarbeiten die Trainingsleiter gemeinsam mit den Teilnehmern in Gruppendiskussionen die einzelnen Themen. Konkret bedeutet dies, verstehen zu lernen, was der Unterschied von selbstsicherem und aggressivem Verhalten ist, welche Rolle Teufelskreise spielen können, wie man Kontakte knüpfen kann, wie man Nein sagt oder richtiges Feedback gibt. Es wird darauf geachtet, dass jeder Themenschwerpunkt neben der theoretischen Auseinandersetzung, auch durch praktische Übungen verinnerlicht werden kann. Dies soll mithilfe von Rollenspielen geschehen. Das Einüben von positiven Verhaltensweisen und die Konfrontation mit einem zusehenden und zuhörenden Publikum in einem geschützten Setting stehen hierbei im Vordergrund. Auch das Spielen von negativen Verhaltensweisen dient dazu, den Unterschied der Wirkung in Relation zum Zielverhalten zu verdeutlichen und somit die Sinnhaftigkeit der Übung sozialer Fertigkeiten unterstreichen. Im Zuge des Selbstsicherheitstrainings kommen weiters regelmäßig Entspannungsübungen zum Einsatz. Den Jugendlichen wird damit die Möglichkeit geboten, in akuten Stress- oder Angstsituationen einfach ausführbare Gegenmaßnahmen selbst anwenden zu können. So soll einem Gefühl der Unkontrollierbarkeit oder Hilflosigkeit entgegengewirkt werden und die Selbsthilfefähigkeit gefördert werden. Um den Schülern die Chance zu geben, eine für sie passende Entspannungsübung zu finden, werden fünf verschieden Entspannungstechniken während des Trainings vorgestellt und je Einheit eine davon durchgeführt. Das sind die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training, Fantasiereisen, die Fünf-Finger-

Übung und Bauchatmung. Zur Übung der in den Einheiten erarbeiteten Themen in Realsituationen werden jeweils am Ende der Einheiten Aufgaben für zuhause verteilt. Diese wurden so konzipiert, dass sie von jedem ohne großen zeitlichen Aufwand und innerhalb einer Woche gemacht werden können. Die Schüler sollen sich dabei bewusst mit Situationen konfrontieren, in denen sie die gelernten sozialen Fertigkeiten anwenden können und weiter erproben können. Am Anfang der darauf folgenden Einheit wird den Schülern dann die Möglichkeit geboten, ihre Erfahrungen mitzuteilen und mögliche Erfolge und Probleme mit der Gruppe nachzubesprechen.

5.4 Stichprobe

Die geplante Stichprobe der Diplomarbeit umfasst Schüler zwischen 13 und 20 Jahren, welche im WS 2008/2009 am SKY-Projekt teilnehmen. Im Detail sind dies Jugendliche, welche an einer der drei kooperierenden, österreichischen Schulen studieren beziehungsweise sich in einer der insgesamt elf Klassen befinden, die sich gemeinschaftlich für die Teilnahme am SKY-Projekt entschieden haben. Aufgrund der Größe und Anzahl der Klassen wird sich die Stichprobe aus etwa 380 Schülern zusammensetzen.

Das SKY-Projekt beinhaltet die Absolvierung der Ersterhebung (= Ausfüllen der ausgewählten psychologisch-diagnostischen Verfahren), Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Einheiten des Selbstsicherheitstrainings während des folgenden Semesters und abschließende Datenerhebung mittels derselben Verfahren. Sowohl die Erhebung, also auch das Selbstsicherheitstraining werden in den jeweiligen Schulen beziehungsweise innerhalb des jeweiligen Klassenverbandes durchgeführt. Eine schriftliche Einverständniserklärung seitens der Erziehungsberechtigten ist von jedem nicht volljährigen Schüler vor Untersuchungsbeginn an die Projektleitung zu erbringen.

Um die Vergleichbarkeit der gesammelten Daten beziehungsweise die Wirksamkeitsüberprüfung des Trainings zu gewährleisten werden die elf Klassen in Versuchs- oder Kontrollgruppe unterteilt. Die Schüler, welche sich in einer Kontrollgruppe befinden, erhalten im WS 2008/2009 kein Selbstsicherheitstraining und nehmen ausschließlich an den beiden Erhebungen teil. Um die zufällige Zuteilung der Schüler auf Versuchs- und Kontrollgruppe ethisch rechtfertigen zu können und einer eventuellen

Benachteiligung der Schüler entgegenzuwirken bekommt die Kontrollgruppe die Möglichkeit im folgenden Sommersemester ebenfalls am Selbstsicherheitstraining teilnehmen.

5.5 Fragestellungen und Hypothesen

An dieser Stelle sollen die, der Diplomarbeit zugrunde liegenden, Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesen dargestellt werden. Die Fragestellungen 1 bis 9 werden anhand der LSAS und des SPIN überprüft. Die Fragestellungen 10 bis 13, welche sich speziell auf sozialphobische Einstellungen beziehen, werden mittels SPE überprüft. Um die Übersichtlichkeit und Lesbarkeit zu gewährleisten, wird auf eine Formulierung aller zu prüfenden Hypothesen verzichtet. Pro Fragestellung wird daher nur eine Hypothese ausformuliert angegeben. Diese Hypothese bezieht sich zum Einen auf den Gesamtsummenscore der LSAS (Fragestellungen 1 bis 9) und zum Anderen auf das SPE-Item „Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“ (Fragestellungen 10-13).

Die Hypothesenbeschriftung setzt sich zusammen aus der alphabetischen Codierung pro Fragebogen (a = LSAS, b = SPIN, c = SPE), gefolgt von der Nummer der Fragestellung (1-13). Die Skalen der LSAS und des SPIN werden ebenfalls durch Zahlen repräsentiert („Gesamtsummenscore der LSAS“ = 1, „Angst in verschiedenen Situationen“ = 2, „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ = 3, „Berechnung mittels Cutoff-Wert des LSAS“ = 4, „Gesamtsummenscore des SPIN“ = 1, „Berechnung mittels Cutoff-Werten des SPIN“ = 2) und werden als letztes angegeben. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: $H_0^{a8.1}$ bezeichnet die Nullhypothese des LSAS für die Fragestellung 8 und die Skala „Gesamtsummenscore des LSAS“. Da, für den SPE jedes Items einzeln betrachtet wird, folgt der Nummer der Fragestellung die Nummer des jeweiligen Items (= 1 bis 50). Demnach lautet zum Beispiel die Beschriftung der Nullhypothese der Fragestellung 12 für das Items 23 des SPE: $H_0^{c12.23}$.

Die Hypothesen beziehen sich auf die Erfassung der Unterschiede zwischen Versuchsgruppe (VG) und Kontrollgruppe (KG) jeweils für Testzeitpunkt 1 (t1) und Testzeitpunkt 2 (t2). Außerdem gehen sie auf die Veränderungen in der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den zwei Testzeitpunkten ein. Nicht zuletzt sollen auch die Geschlechterunterschiede der Gruppen berücksichtigt werden.

Fragestellung 1: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe (VG) zu Testzeitpunkt 1 (t1)?

Nullhypothese 1: $H_0^{a1.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zum t1 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a1.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich)

Alternativhypothese 1: $H_1^{a1.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a1.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a1.2}$ - $H_0^{a1.4}$ und $H_1^{a1.2}$ - $H_1^{a1.4}$) und des SPIN ($H_0^{b1.1}$ - $H_0^{b1.2}$ und $H_1^{b1.1}$ - $H_1^{b1.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 2: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schüler der Kontrollgruppe (KG) zu Testzeitpunkt 1 (t1)?

Nullhypothese 2: $H_0^{a2.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zum t1 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a2.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) = μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Alternativhypothese 2: $H_1^{a2.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a2.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) \neq μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a2.2}$ - $H_0^{a2.4}$ und $H_1^{a2.2}$ - $H_1^{a2.4}$) und des SPIN ($H_0^{b2.1}$ - $H_0^{b2.2}$ und $H_1^{b2.1}$ - $H_1^{b2.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zu Testzeitpunkt 2 (t2)?

Nullhypothese 3: $H_0^{a3.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zum t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a3.1}$: μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich).

Alternativhypothese 3: $H_1^{a3.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a3.1}$: μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a3.2}$ - $H_0^{a3.4}$ und $H_1^{a3.2}$ - $H_1^{a3.4}$) und des SPIN ($H_0^{b3.1}$ - $H_0^{b3.2}$ und $H_1^{b3.1}$ - $H_1^{b3.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 4: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zu t2?

Nullhypothese 4: $H_0^{a4.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zum t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a4.1}$: μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) = μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Alternativhypothese 4: $H_1^{a4.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a4.1}$: μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) \neq μ_2 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a4.2}$ - $H_0^{a4.4}$ und $H_1^{a4.2}$ - $H_1^{a4.4}$) und des SPIN ($H_0^{b4.1}$ - $H_0^{b4.2}$ und $H_1^{b4.1}$ - $H_1^{b4.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 5: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t1?

Nullhypothese 5: $H_0^{a5.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t1 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a5.1}$: μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) = μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) = μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Alternativhypothese 5: $H_1^{a5.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a5.1}$: μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) \neq μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) \neq μ_1 (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a5.2}$ - $H_0^{a5.4}$ und $H_1^{a5.2}$ - $H_1^{a5.4}$) und des SPIN ($H_0^{b5.1}$ - $H_0^{b5.2}$ und $H_1^{b5.1}$ - $H_1^{b5.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 6: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t2?

Nullhypothese 6: $H_0^{a6.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a6.1}$: μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) = μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) = μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Alternativhypothese 6: $H_1^{a6.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a6.1}$: μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) \neq μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich) \neq μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a6.2}$ - $H_0^{a6.4}$ und $H_1^{a6.2}$ - $H_1^{a6.4}$) und des SPIN ($H_0^{b6.1}$ - $H_0^{b6.2}$ und $H_1^{b6.1}$ - $H_1^{b6.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 7: Gibt es einen Unterschied der VG zu t1 und t2?

Nullhypothese 7: $H_0^{a7.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG zu t1 und t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a7.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) = μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) = μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich).

Alternativhypothese 7: $H_1^{a7.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a7.1}$: μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_{t1} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich) \neq μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich) \neq μ_{t2} (Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a7.2}$ - $H_0^{a7.4}$ und $H_1^{a7.2}$ - $H_1^{a7.4}$) und des SPIN ($H_0^{b7.1}$ - $H_0^{b7.2}$ und $H_1^{b7.1}$ - $H_1^{b7.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 8: Gibt es einen Unterschied der KG zu t1 und t2?

Nullhypothese 8: $H_0^{a8.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der KG zu t1 und t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a8.1}$: $\mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) = \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich})$.

Alternativhypothese 8: $H_1^{a8.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a8.1}$: $\mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) \neq \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich})$.

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a8.2} - H_0^{a8.4}$ und $H_1^{a8.2} - H_1^{a8.4}$) und des SPIN ($H_0^{b8.1} - H_0^{b8.2}$ und $H_1^{b8.1} - H_1^{b8.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 9: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t1 und t2?

Nullhypothese 9: $H_0^{a9.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t1 und t2 in Bezug auf den Gesamtsummenscore der LSAS.

$H_0^{a9.1}$: $\mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich}) = \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich}) = \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) = \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) = \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich})$.

Alternativhypothese 9: $H_1^{a9.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a9.1}$: $\mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich}) \neq \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich}) \neq \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) \neq \mu_{t1}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGweiblich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, VGmännlich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGweiblich}) \neq \mu_{t2}(\text{Gesamtsummenscore der LSAS, KGmännlich})$.

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Skalen der LSAS ($H_0^{a9.2} - H_0^{a9.4}$ und $H_1^{a9.2} - H_1^{a9.4}$) und des SPIN ($H_0^{b9.1} - H_0^{b9.2}$ und $H_1^{b9.1} - H_1^{b9.2}$) zu ersetzen.

Fragestellung 10: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen zu t1?

Nullhypothese 10: $H_0^{c10.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG hinsichtlich der Einstellung „Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“ zu t1.

$H_0^{c10.1}$: μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) = μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Alternativhypothese 10: $H_1^{c10.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{c10.1}$: μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) \neq μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Items des SPE ($H_0^{c10.2}$ - $H_0^{c10.50}$ und $H_1^{c10.2}$ - $H_1^{c10.50}$) zu ersetzen.

Fragestellung 11: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen zu t2?

Nullhypothese 11: $H_0^{c11.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG hinsichtlich der Einstellung „Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“ zu t2.

$H_0^{c11.1}$: μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) = μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Alternativhypothese 11: $H_1^{c11.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{c11.1}$: μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) \neq μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Items des SPE ($H_0^{c11.2}$ - $H_0^{c11.50}$ und $H_1^{c11.2}$ - $H_1^{c11.50}$) zu ersetzen.

Fragestellung 12: Gibt es einen Unterschied zwischen Sozialphobikern der VG und Sozialphobikern der KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen zu t1?

Nullhypothese 12: $H_0^{c12.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den sozialphobischen Schülern der VG und der KG hinsichtlich der Einstellung „Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“ zu t1.

$H_0^{c12.1}$: μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) = μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Alternativhypothese 12: $H_1^{c12.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{c12.1}$: μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) \neq μ_1 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Items des SPE ($H_0^{c12.2}$ - $H_0^{c12.50}$ und $H_1^{c12.2}$ - $H_1^{c12.50}$) zu ersetzen.

Fragestellung 13: Gibt es einen Unterschied zwischen Sozialphobikern der VG und Sozialphobikern der KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen zu t2?

Nullhypothese 13: $H_0^{c13.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den sozialphobischen Schülern der VG und der KG hinsichtlich der Einstellung „Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“ zu t2. $H_0^{c13.1}$: μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) = μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Alternativhypothese 13: $H_1^{c13.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{c13.1}$: μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, VG) \neq μ_2 („Ich brauche nicht von jedem Bestätigung“, KG).

Analog dazu ist die Beschriftung der Hypothesen für die anderen Items des SPE ($H_0^{c13.2}$ - $H_0^{c13.50}$ und $H_1^{c13.2}$ - $H_1^{c13.50}$) zu ersetzen.

5.6 Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungsinstrumente, die im Zuge des SKY-Projekts angewendet werden, sollen nun genauer vorgestellt werden. Insgesamt umfasst die Erhebung neun Fragebögen. Dies sind Instrumente zur Erfassung von demografischen Daten, sozialen Kompetenzen und Schüchternheit beziehungsweise Sozialer Phobie. Die, für die vorliegende Arbeit relevanten Verfahren sind die Liebowitz Soziale Angst-Skala (LSAS), das Soziale Phobie Inventar (SPIN) und der Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen (SPE). Mithilfe eines selbst erstellten Fragebogens wurden weiters (unter anderem) das Alter, das Geschlecht und die persönlichen Erfahrungen mit Selbstsicherheitstrainings und psychologischer Arbeit erhoben.

5.6.1 LSAS: *Liebowitz Soziale Angst-Skala*

Für die Erfassung des Schweregrades der Sozialen Phobie soll die LSAS (= Liebowitz Soziale Angst-Skala) als Selbstbeurteilungsverfahren angewandt werden (Liebowitz, 1987; deutsche Fassung von Stangier & Heidenreich, 2005). Mit der LSAS werden Situationen erfasst, die Personen mit Sozialer Phobie fürchten oder vermeiden. Bestehend aus 24 Items muss jede Situation der LSAS hinsichtlich Angst (von 0 = keine bis 3 = schwer) und Vermeidung (von 0 = nie bis 3 = gewöhnlich) beurteilt werden. Es kann zwischen Leistungs- und Interaktionssituationen unterschieden werden. Dementsprechend gibt es sieben Skalen:

1. Angst vor Leistungssituationen
2. Vermeidung von Leistungssituationen
3. Angst vor Interaktionssituationen
4. Vermeidung von Interaktionssituationen
5. Gesamtscore für Angst
6. Gesamtscore für Vermeidung
7. der Gesamtschweregrad als Summenscore aus den bisherigen Werten

Für die LSAS besteht die Möglichkeit die Stichprobe mittels Cutoff-Wert in zwei Gruppen aufzuteilen. Personen, mit einem Summenscore von 0 bis 54 werden als „nicht sozialphobisch“ klassifiziert. Summenscores von 55 bis 144 werden der zweiten Kategorie der „Sozialphobiker“ zugeteilt.

Die interne Konsistenz (= Cronbachs α) der Gesamtskala ist mit 0,95 für Sozialphobiker und 0,94 für die Kontrollgruppe als sehr gut einzuschätzen. Für die Subskalen fanden sich α -Werte von 0,82 bis 0,90 (Sozialphobiker) und 0,73 bis 0,91 (Kontrollgruppe). Die Zuverlässigkeit kann somit als zufriedenstellend bis sehr gut beurteilt werden (Fresco et al., 2001).

5.6.2 SPIN: *Soziale Phobie Inventar*

Das „Social phobia inventory“ (SPIN; Connor et al., 2000; deutsche Version von Susic, Gieler & Stangier, 2006) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit dem der Schweregrad der Sozialphobie erhoben werden soll. Das SPIN wurde als Screeninginstrument entwickelt und erfasst sozialphobische Symptome aus den Bereichen Angst, Vermeidung und

physiologische Aspekte. Darüberhinaus empfehlen Connor und Kollegen (2000) das SPIN als Verfahren zur Wirksamkeitsüberprüfung von Interventionen bei Sozialer Phobie. Die 17 Items des SPIN sollen auf einer fünfstufigen Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („extrem“) beurteilt werden. Die Vorgabe des SPIN dauert in etwa 5 Minuten und ist nach Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen, Tuomisto und Marttunen (2007) für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren einsetzbar. Aus den 17 Items des SPIN ergeben sich drei Subskalen:

1. sechs Items erfassen „Angst in verschiedenen Situationen“
2. sieben Items erfassen „Vermeidung in verschiedenen Situationen“
3. vier Items erfassen „situationsunabhängig physiologische Symptome“

Für das SPIN liegen Cutoff-Werte vor, mit deren Hilfe eine erste generelle Unterscheidung zwischen sozialphobischen Menschen und Kontrollpersonen getroffen werden kann. Für die Anwendung des SPIN bei einer erwachsenen Stichprobe schlagen Connor und Kollegen (2000) einen Cutoff-Wert von 19 vor. Aufgrund ihrer Studie mit finnischen Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung, empfehlen Ranta und Kollegen (2007) den Cutoff-Wert bezugnehmend auf die spezifische Untersuchungsfrage zu wählen. Demzufolge wäre zum Screening von Sozialphobie bei Jugendlichen ein etwas höherer Cutoff-Wert von 24 angemessen. Zur Unterteilung der jugendlichen Stichprobe in drei Kategorien empfehlen die Autoren einen Cutoff-Wert von 9 (Unterscheidung von „nicht sozialphobisch“ und „subklinisch sozialphobisch“) und 19 („subklinisch sozialphobisch“ und „sozialphobisch“).

Für die interne Konsistenz des SPIN ergaben sich sehr hohe Reliabilitäten von 0,87 bis 0,94 bei Sozialphobikern und 0,82 bis 0,90 bei der Kontrollgruppe. Die Subskalen des SPIN hinsichtlich Cronbachs α lieferten folgende Werte: 0,68 bis 0,76 (Sozialphobiker) und 0,76 bis 0,79 (Kontrollgruppe) für die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“, 0,71 (Sozialphobiker) und 0,70 bis 0,81 (Kontrollgruppe) für die Skala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ und 0,70 bis 0,73 (Sozialphobiker) und 0,57 bis 0,68 (Kontrollgruppe) für die Skala „situationsunabhängig physiologische Symptome“. Die Retest-Reliabilität (= Spearmans Korrelationskoeffizient) des SPIN lag in der zugrunde liegenden Untersuchung zwischen 0,78 und 0,89. Zusammengefasst erfüllt das SPIN, die an es gestellten, psychometrischen Voraussetzungen (Connor et al., 2000). Für die deutsche Fassung des SPIN liegen bisher keine gesonderten Daten vor.

5.6.3 SPE: Fragebogen sozialphobischer Einstellungen

Der SPE (Clark, 1995; deutsche Übersetzung Stangier, Heidenreich, Ehlers & Clark, 1996) erfasst dysfunktionale Grundüberzeugungen der Sozialen Phobie. 50 Items sollen auf einer siebenstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht zutreffend) bis 6 (vollständig zutreffend) beurteilt werden. Die Vorgabe dauert in etwa 15 Minuten. Drei Subskalen können unterschieden werden:

1. negatives Selbstbild
2. Erwartung sozialer Inadäquatheit
3. überhöhte soziale Leistungsstandards

Mittels SPE werden einzelne, für die Sozialphobie charakteristische, negative Einstellungen erfasst. Somit kann der SPE vorgegeben werden, um zusätzliche Informationen über die Ausprägung sozialphobischer Einstellungen innerhalb der Stichprobe zu erlangen. Laut Stangier (2003) kann der SPE somit als bedeutsame und ergänzende Informationsquelle bei der Diagnostik angesehen werden.

Die interne Konsistenz kann als befriedigend bis hoch eingeschätzt werden und beträgt für die Gesamtskala $\alpha = 0,90$ und für die Subskalen $\alpha = 0,82$ bis $0,93$ (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007).

5.7 Statistische Auswertungsmethoden

Für die statistische Auswertung wurde das Programm SPSS 14.0 verwendet. Die Eingabe der erhobenen Werte erfolgte für beide Testzeitpunkte per Hand. Zur Auswertung der Fragestellungen wurden deskriptive oder inferenzstatistische Verfahren herangezogen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (oder auch Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit) bezeichnet die Wahrscheinlichkeit mit der die Nullhypothese, auf Basis der Ergebnisse, fälschlicherweise verworfen wird. Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% angenommen. Das bedeutet ein Ergebnis ist dann signifikant, wenn p kleiner als 0,05 ist. Für einen p -Wert kleiner als 0,01 kann das Ergebnis als hoch signifikant angesehen werden. Bei einer Signifikanz kleiner als 0,001 spricht man von einem höchst signifikanten Ergebnis. Die Effektgröße nach Cohen, kurz Cohens d , wird ebenfalls angegeben. Dies soll die praktische Relevanz der gefundenen signifikanten Ergebnisse veranschaulichen. Bortz und Döring (2003) geben hierzu an, dass ein d bis 0,2 als kleiner Effekt, ein d bis 0,5 als

mittlerer Effekt und ein d ab 0,8 als großer Effekt angesehen werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgt die Interpretation des Kennwertes allerdings aufgrund der Empfehlung von Cohen aus dem Jahr 1988. Demnach ist ein Wert zwischen -0,15 und 0,15 als unbedeutend und ein Wert zwischen 0,15 und 0,40 als klein zu betrachten. Ein mittlerer Effekt liegt dann vor, wenn sich d zwischen 0,40 und 0,75 befindet. Von einem großen beziehungsweise sehr großen Effekt wird gesprochen, wenn d einen Wert zwischen 0,75 und 1,10 beziehungsweise zwischen 1,10 und 1,45 erreicht.

Die Ergebnisse zu den Stichprobenmerkmalen wurden anhand deskriptivstatistischer Verfahren ermittelt. Zur Beschreibung dieser soziodemografischen Daten wurden absolute und prozentuale Häufigkeiten, sowie Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt. Die Untersuchung von Unterschieden zwischen den verschiedenen soziodemografischen Variablen (beispielsweise Geschlecht und Altersgruppen) erfolgte anhand von Kreuztabellen und mittels Pearsons χ^2 -Test.

Die Fragestellungen 1 bis 6, sowie 10 bis 13 wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Voraussetzungen dieses Verfahrens sind die Normalverteilung aller Werte unter allen untersuchten Bedingungen und die Homogenität der Varianzen. Für die Überprüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test berechnet, sowie die Normalverteilungskurve betrachtet. Aufgrund der Größe der Stichprobe kann allerdings von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden. Das Vorliegen der Varianzhomogenität wurde anhand des Levene-Tests überprüft. Wurden die Voraussetzungen verletzt kam alternativ das nicht parametrische Verfahren, der U-Test nach Mann und Whitney, zur Anwendung.

Zur Überprüfung des Geschlechterunterschiedes für Fragestellungen 5 und 6, sowie zur Auswertung der Fragestellungen 7 bis 9 wurde das Allgemeine Lineare Modell (univariat oder mit Messwiederholung) verwendet. Zur Berechnung der Mittelwertsunterschiede wurde die Voraussetzung der Varianzhomogenität wieder mittels Levene-Test überprüft. Nach Bortz und Döring (2005) kann aber davon ausgegangen werden, dass „die Varianzanalyse bei gleich großen Stichproben gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen relativ robust ist“ (S.287). Die nicht parametrische Alternative wäre im Fall der Voraussetzungsverletzung der Friedman-Test.

6 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden alle gefunden Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Als erstes soll die, dem SKY-Projekt und der Diplomarbeit zugrundeliegende, Stichprobe anhand soziodemografischer Merkmale beschrieben werden. Mögliche Unterschiede, die sich aufgrund des Alters oder des Geschlechts ergeben werden ebenfalls erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen präsentiert: Aufeinander folgend, werden für jedes verwendete Untersuchungsinstrument einzeln die spezifischen Fragestellungen beziehungsweise Ergebnisse der Hypothesentestungen angeführt.

6.1 Stichprobenmerkmale

Die erhobenen soziodemographischen Merkmale umfassen Informationen bezüglich des Geschlechts, Alter, derzeit besuchte Schule und Klasse, Partnerschaft und Wohnsituation. Darüber hinaus werden die bisherige Erfahrung mit Selbstsicherheitstrainings, die eigenständige Informationssuche zu den Themen Schüchternheit und Selbstsicherheit, die persönliche Erfahrung mit psychologischer Behandlung oder Beratung und die Erfahrung der Familienmitglieder mit psychologischer Behandlung oder Beratung erfasst. Die Erhebung dieser Daten erfolgt mittels selbst erstelltem Fragebogen.

Insgesamt waren im Wintersemester 2008/2009 379 Schüler am SKY-Projekt beteiligt. Der Wirksamkeitsvergleich des Selbstsicherheitstrainings beruht auf der Gegenüberstellung der erhobenen Daten von erstem und zweitem Testzeitpunkt. Schüler, welche nicht an der Ersterhebung ($n = 15$) oder der Erhebung zum zweiten Zeitpunkt ($n = 33$) teilgenommen haben, mussten folglich von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Diese schulische Fluktuation ist auf das Ausscheiden der Schüler aus dem Klassenverband oder auf langfristige, krankheitsbedingte Abwesenheit einzelner Schüler zurückzuführen. Abzüglich der Datensätze dieser 48 Schüler setzt sich die Stichprobe somit aus 331 Schülern zusammen.

6.1.1 Geschlecht und Alter

Die Stichprobe ($N = 331$) besteht zu 78,25% aus Frauen und zu 21,75% aus Männern (siehe Abbildung 6.1). Demnach werden in die Untersuchung die Daten von 259 Mädchen und 72 Jungen einbezogen. Dies entspricht einem Geschlechterverhältnis von 3:1.

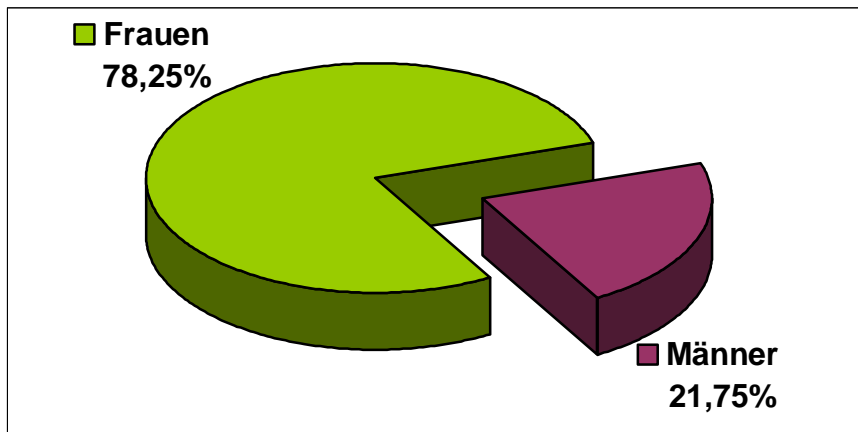


Abbildung 6.1: Geschlechterverteilung der Stichprobe

Das Alter der Schüler ($n = 324$) liegt zwischen 13 und 20 Jahren. Von den 331 Schülern machten 7 keine Angaben zu ihrem Alter. Das Durchschnittsalter beträgt zum Erhebungszeitpunkt 15 Jahre ($M = 14,61$, $SD = 1,07$), wobei das mittlere Alter der männlichen Schüler bei 14 Jahren liegt ($M = 14,26$, $SD = 0,51$) und die weiblichen Schüler durchschnittlich um ein Jahr älter sind ($M = 14,70$, $SD = 1,16$). Einen Überblick über die Geschlechterverteilung auf das Alter liefert Tabelle 6.1.

Tabelle 6.1: Geschlecht und Alter

		Geschlecht		Gesamt
		Männer	Frauen	
Alter	M	14,262	14,699	14,611
	SD	0,509	1,156	1,072
	Minimum	13	13	13
	Maximum	16	20	20
	Spannweite	3	7	7

Aufgrund der zahlenmäßig ungleichen Verteilung der Schüler auf die Altersbereiche werden die acht Altersstufen in zwei Altersgruppen zusammengefasst. Die erste Gruppe beinhaltet

alle Schüler zwischen 13 und 14 Jahren ($n = 209, 64,51\%$). Die zweite Gruppe bilden die 15- bis 20jährigen ($n = 115, 35,49\%$). Bei der Berechnung des χ^2 -Tests finden sich keine signifikanten Unterschiede für die gebildeten Altersgruppen hinsichtlich des Geschlechts ($\chi^2(1, N = 324) = 3,098, p = 0,078$). In Abbildung 6.2 wird die Geschlechterverteilung auf die beiden neuen Kategorien grafisch dargestellt.

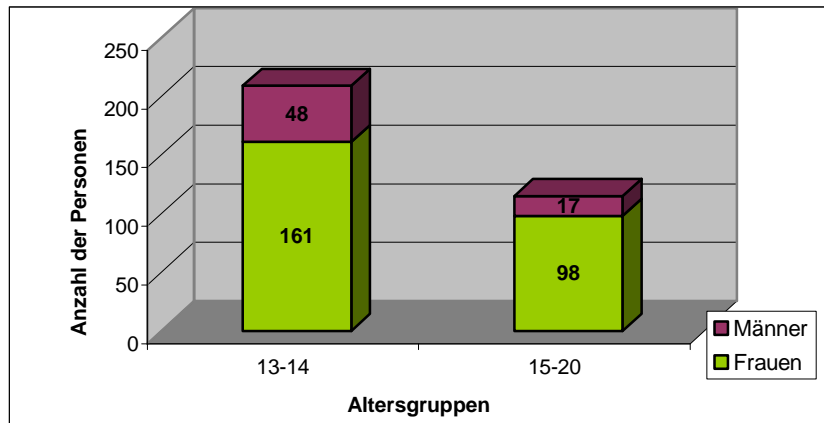


Abbildung 6.2: Geschlechterverteilung innerhalb der Altersgruppen

6.1.2 Besuchte Schule und Klasse

Im Folgenden soll die Unterteilung der Schüler in Versuchs- und Kontrollgruppe dargestellt werden. Insgesamt werden die soziodemografischen Daten von elf Klassen, verteilt auf drei Schulen, erhoben (siehe Tabelle 6.2). Fünf der elf Klassen ($n = 154, 46,53\%$) absolvieren das SKY-Selbstsicherheitstraining im Wintersemester 2008/2009 und bilden somit die Versuchsgruppe. Die übrigen sechs Klassen ($n = 177, 53,47\%$) erhalten im Wintersemester 2008/2009 keine Intervention und fungieren somit als Kontrollgruppe.

Tabelle 6.2: Verteilung der Schüler auf die Schulen, Klassen und Versuchsbedingungen

Schultyp	Klasse	Bedingung	Schülerzahl	Prozent
HLTW	A	KG	33	9,97
	B	KG	31	9,37
	C	KG	30	9,06
	D	KG	29	8,76
	E	KG	29	8,76
	F	KG	25	7,55
	G	VG	34	10,27
	H	VG	33	9,97
	I	VG	32	9,67
BAKIP	J	VG	28	8,46
BAKIP	K	VG	27	8,16
Gesamt			331	100,00

Für die weitere Berechnung werden die Teilnehmer in die Schultypen BAKIP oder HLTW unterteilt. Nach dieser Gruppierung besuchen zum Zeitpunkt der Erhebung 83,38% der Untersuchungsteilnehmer die HLTW und 16,62% sind Schüler der BAKIP. In Bezug auf die Geschlechterverteilung gibt es höchst signifikante Unterschiede zwischen den Schultypen ($\chi^2(1, N = 331) = 18,336, p < 0,001$). Dies lässt sich dadurch erklären, dass in der BAKIP ausschließlich Frauen an der Untersuchung teilnahmen und der Männeranteil in diesem Schultyp grundsätzlich äußerst gering ist. Ähnliche Ergebnisse finden sich dadurch auch für die Geschlechtervergleich innerhalb der Klassen ($\chi^2(10, N = 331) = 27,019, p = 0,003$).

Die Versuchgruppe setzt sich aus 17,53% ($n = 27$) männlichen und 82,47% ($n = 127$) weiblichen Schülern zusammen. Eine ähnliche Verteilung liegt in der Kontrollgruppe vor: 25,42% ($n = 45$) der Schüler sind männlich und 74,58% ($n = 132$) weiblich (siehe Abbildung 6.3). Im Vergleich der beiden Gruppen findet sich hier kein signifikanter Unterschied das Geschlecht betreffend ($\chi^2(1, N = 331) = 3,013, p = 0,083$).

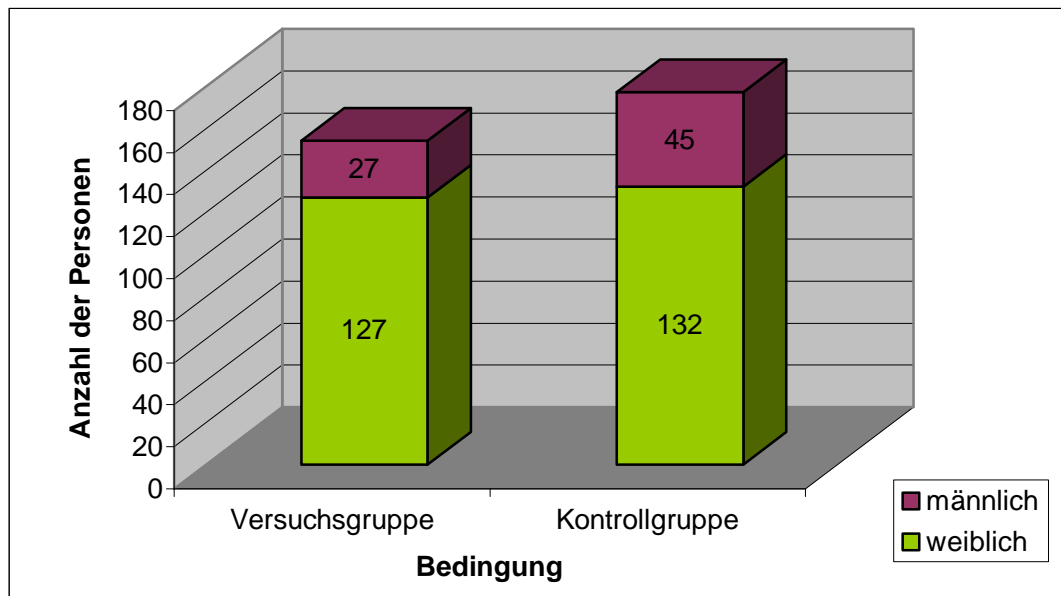


Abbildung 6.3: Geschlechterverteilung innerhalb der beiden Versuchsbedingungen

Die Altersgruppen betreffend finden sich ebenfalls höchst signifikante Unterschiede für den Schultyp ($\chi^2(1, N = 324) = 120,394, p < 0,001$), aber auch für die Versuchsbedingung ($\chi^2(1, N = 324) = 20,979, p < 0,001$) und die Klassen ($\chi^2(10, N = 324) = 129,947, p < 0,001$). Die Begründung dafür liegt am Eintrittsalter der BAKIP, welche bei mindestens 15 Jahren liegt. Eine Testung von 13- bis 14jährigen ist in diesem Schultyp also nicht möglich.

6.1.3 Weitere soziodemografische Merkmale

327 Schüler (98,79%) machten eine Angabe darüber, ob sie im Moment in einer Partnerschaft leben. Der Großteil der Personen, nämlich 82,26%, gibt an zurzeit keinen Partner zu haben. In Bezug auf das Geschlecht findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern ($\chi^2(1, N = 327) = 5,596, p = 0,018$). Von den 327 Personen befinden sich zum Erhebungszeitpunkt 20,39% ($n = 52$) der weiblichen Teilnehmer in einer Beziehung und 8,33% ($n = 6$) der männlichen Teilnehmer.

Die Altersgruppen betreffend zeigt sich ein höchst signifikanter Unterschied bei der Beantwortung der Frage zum Beziehungsstand ($\chi^2(1, N = 320) = 18,100, p < 0,001$). Von den 13- bis 14jährigen ($n = 205$) geben 10,73% an eine Beziehung zu führen. Bei den 15- bis 20jährigen ($n = 115$) sind dies 29,57% (siehe Tabelle 6.3).

Tabelle 6.3: Beziehungsstand der Altersgruppen

	13- bis 14jährige		15- bis 20jährige		gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Beziehung	22	10,73	34	29,57	56	17,50
Keine Beziehung	183	89,27	81	70,43	264	82,50
gesamt	205	100,00	115	100,00	320	100,00

330 aller befragten Personen (99,70%) gaben ihre derzeitige Wohnsituation an. 321 dieser Schüler (97,27%) wohnen momentan bei ihren Eltern, jeweils ein Schüler (0,30%) gibt an allein, mit Partner oder in einer Wohngemeinschaft zu leben und weitere 6 Personen (1,82%) entscheiden sich für die Antwortoption „Anders“.

Zum Zeitpunkt der Erhebung haben von 330 Schülern bereits 29 (8,79%) an einem anderen Selbstsicherheitstraining teilgenommen. 68,97% dieser Schüler sind weiblich und 31,03% sind männlich (siehe Abbildung 6.4). Von den Personen, welche bereits ein Selbstsicherheitstraining absolviert haben, sind 85,71% jünger als 15 Jahre. Bezogen auf die Altersgruppen zeigt sich hier ein hoch signifikanter Unterschied ($\chi^2(1, N = 323) = 6,077, p = 0,014$).

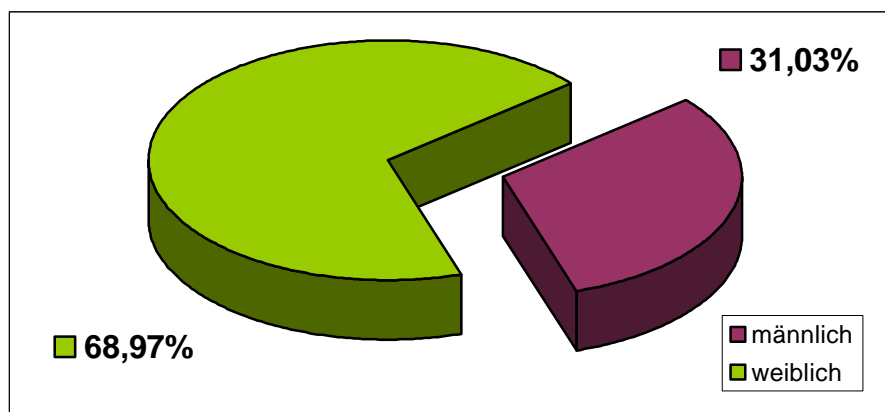


Abbildung 6.4: Geschlechterverteilung der Schüler, welche bereits an einem Selbstsicherheitstraining teilgenommen haben.

Der Großteil der Stichprobe ($n = 306, 92,73\%$) hat sich zum Erhebungszeitpunkt noch nicht eigenständig mit den Themen Selbstsicherheit oder Schüchternheit auseinandergesetzt. 5,76% der Schüler ($n = 19$) geben an in den letzten sechs Monaten psychologische

Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen zu haben. Von 6,06% der Schüler ($n = 20$) ließen sich Familienmitglieder in den letzten sechs Monaten psychologisch beraten oder behandeln. Jeweils eine Person (0,30%) beantwortete diese drei Fragen nicht. Signifikante Unterschiede in Bezug auf Altersgruppen oder Geschlechterverteilung kann bei keiner der Fragen gefunden werden.

6.2 Ergebnisse der LSAS

Mithilfe der LSAS kann der Schweregrad einer Sozialen Phobie erhoben werden. Somit ist es möglich vor Beginn des Trainings den Status einer möglicherweise bereits vorhandenen Sozialen Phobie zu erheben und diese Selbsteinschätzung mit den gewonnenen Werten unmittelbar nach dem Training direkt zu vergleichen. Eine Verbesserung des Schweregrades könnte somit auf die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings zurückgeführt werden. Betrachtet werden der Gesamtsummenscore der LSAS und die Summenscores der Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ und der Skala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“. Für die Gesamtskala des LSAS liegt weiters ein Cutoff-Wert von 55 vor. Mithilfe des Cutoff-Wertes lassen sich die vorliegenden Ergebnisse auf zwei Kategorien aufteilen. Die Schüler, welche einen Gesamtsummenscore zwischen 0 und 54 Punkten erreichen werden als „nicht sozialphobisch“ eingestuft. Bei einem Gesamtsummenscore von 55 Punkten oder mehr kann der Schüler hingegen als „sozialphobisch“ betrachtet werden. Die Ergebnisse zu den Berechnungen mittels Cutoff-Kategorien werden im Folgenden ebenfalls dargestellt.

Die erste Fragestellung bezieht sich auf den Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der Versuchsgruppe (VG) zum ersten Erhebungszeitpunkt (Fragestellung 1). Bei der Berechnung des t-Tests für unabhängige Stichproben findet sich für den Gesamtsummenscore der LSAS kein signifikanter Geschlechterunterschied innerhalb der Versuchsgruppe ($t(152) = -0,508$, $p = 0,612$, $d = 0,11$). Die Effektstärke kann als klein betrachtet werden. Auch in den Skalen „Angst in verschiedenen Situationen“ und „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander. Für die erste Fragestellung müssen somit die Nullhypothesen beibehalten werden.

Im Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der Kontrollgruppe (KG) zum ersten Zeitpunkt (Fragestellung 2) wird einzig in der Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ ein signifikanter Unterschied festgestellt ($t(175) = -2,250$, $p = 0,026$, $d = 0,39$). Der Effekt ist als mittelstark einzuschätzen. Die Nullhypothese wird daher zugunsten der Alternativhypothese zurückgewiesen. Für den Gesamtsummenscore der LSAS und die Skala „Vermeidung verschiedener Situationen“ müssen die Nullhypothesen beibehalten werden. In Tabelle 6.4 werden die Ergebnisse der Fragestellungen 1 und 2 detailliert dargestellt.

Tabelle 6.4: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 1 für VG und KG

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektstärke
Gesamtsummenscore der LSAS (VG)	$t(152) = -0,508^*$	$p = 0,612$	$d = 0,11$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (VG)	$t(152) = -0,203$	$p = 0,839$	$d = 0,04$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (VG)	$t(151) = -0,864$	$p = 0,389$	$d = 0,18$
Gesamtsummenscore der LSAS (KG)	$t(175) = -1,499$	$p = 0,136$	$d = 0,26$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (KG)	$t(175) = -2,250$	$p = 0,026$	$d = 0,39$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (KG)	$t(175) = -0,302$	$p = 0,763$	$d = 0,05$

* Ein negativer t -Wert zeigt an, dass der Mittelwert der Jungen, innerhalb der angegebenen Skala, kleiner ist, als der Mittelwert der Mädchen. Vergleicht man beispielsweise die Mittelwerte der Schüler für den Gesamtsummenscore der LSAS innerhalb der VG, so ist Mittelwert der weiblichen Schüler ($M = 40,40$; $SD = 19,12$) größer als der Mittelwert der männlichen Schüler ($M = 38,32$; $SD = 20,35$). Das Vorzeichen ist in diesem Fall negativ. Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Sieht man sich den Mittelwertsunterschied männlicher und weiblicher Schüler für die signifikante Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ genauer an, zeigt sich, dass die Mädchen der Kontrollgruppe ($M = 19,11$, $SD = 9,83$) bei der ersten Erhebung im Mittel höhere Werte aufweisen als die Jungen ($M = 15,21$, $SD = 10,60$).

Ebenfalls werden die Geschlechterunterschiede jeweils für Versuchs- und Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt untersucht (Fragestellungen 3 und 4). Sowohl für den Gesamtsummenscore der LSAS, also auch für die beiden Subskalen „Angst in verschiedenen Situationen“ und „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ finden sich zum zweiten Testzeitpunkt keine signifikanten Geschlechterunterschiede. Dies gilt gleichermaßen für die Versuchs- als auch die Kontrollgruppe. Die Nullhypothesen müssen daher beibehalten werden. In Tabelle 6.5 werden alle Werte detailliert dargestellt.

Tabelle 6.5: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 2 für VG und KG

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore der LSAS (VG)	$t(152) = 0,869$	$p = 0,386$	$d = 0,19$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (VG)	$t(152) = 0,655$	$p = 0,513$	$d = 0,14$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (VG)	$t(151) = 0,952$	$p = 0,343$	$d = 0,20$
Gesamtsummenscore der LSAS (KG)	$t(175) = 0,212$	$p = 0,832$	$d = 0,04$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (KG)	$t(175) = 0,752$	$p = 0,453$	$d = 0,13$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (KG)	$t(174) = -0,430^*$	$p = 0,668$	$d = 0,09$

* Ein negativer t -Wert zeigt an, dass der Mittelwert der Jungen, innerhalb der angegebenen Skala, kleiner ist, als der Mittelwert der Mädchen. Vergleicht man beispielsweise die Mittelwerte der Schüler in der Skala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ innerhalb der KG, so ist der Mittelwert der weiblichen Schüler ($M = 17,58$; $SD = 10,50$) größer als der Mittelwert der männlichen Schüler ($M = 16,79$; $SD = 11,24$). Das Vorzeichen ist in diesem Fall negativ. Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegen gesetzte Richtung zu betrachten.

Als nächstes werden Versuchs- und Kontrollgruppe einander gegenübergestellt. Ob es einen Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsbedingungen gibt, wird für jeden Testzeitpunkt getrennt betrachtet (Fragestellungen 5 und 6). Die Berechnung des t -Tests für unabhängige Stichproben zeigt, dass für keine der drei Skalen (Gesamtsummenscore der LSAS, „Angst in verschiedenen Situationen“ und „Vermeidung in verschiedenen Situationen“) und zu keinem der beiden Erhebungszeitpunkte signifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe bestehen. Die Nullhypothesen der Skalen müssen somit für beide Zeitpunkte beibehalten werden. Tabelle 6.6 bietet eine detaillierte Ansicht der Gegenüberstellung der Gruppen jeweils für Zeitpunkt eins ($=t1$) und Zeitpunkt zwei ($=t2$). Auch die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Gegenüberstellung von Versuchs- und Kontrollgruppe, erbringen zu keinem Zeitpunkt signifikante Ergebnisse. Die Nullhypothesen werden somit beibehalten.

Tabelle 6.6: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu t1 und zu t2

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore der LSAS (t1)	$t(329) = 1,196$	$p = 0,233$	$d = 0,13$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (t1)	$t(329) = 1,631$	$p = 0,104$	$d = 0,18$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (t1)	$t(324) = 0,339$	$p = 0,735$	$d = 0,03$
Gesamtsummenscore der LSAS (t2)	$t(329) = -1,202^*$	$p = 0,230$	$d = 0,13$
„Angst in verschiedenen Situationen“ (t2)	$t(329) = -0,459$	$p = 0,646$	$d = 0,05$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“ (t2)	$t(327) = -1,779$	$p = 0,076$	$d = 0,20$

* Ein negativer t -Wert zeigt an, dass der Mittelwert der VG, innerhalb der angegebenen Skala, kleiner ist, als der Mittelwert der KG. Vergleicht man beispielsweise die Mittelwerte der Schüler für den Gesamtsummenscore der LSAS für den zweiten Zeitpunkt, so ist der Mittelwert der KG ($M = 33,12$; $SD = 19,53$) größer als der Mittelwert der VG ($M = 30,58$; $SD = 18,85$). Das Vorzeichen ist in diesem Fall negativ. Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegen gesetzte Richtung zu betrachten.

Fragestellung 7 vergleicht die Ergebnisse der Versuchsgruppe zum ersten und zum zweiten Testzeitpunkt. Sowohl für den Gesamtsummenscore, also auch für beide Subskalen finden sich in der Versuchsgruppe höchst signifikante Unterschiede im Vergleich über die Zeit (Gesamtsummenscore der LSAS ($F(1, 152) = 24,011$, $p < 0,001$, $d = 0,56$), „Angst in verschiedenen Situationen“ ($F(1, 152) = 26,545$, $p < 0,001$, $d = 0,59$), „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ ($F(1, 150) = 13,733$, $p < 0,001$, $d = 0,43$)). Die Effektstärken sind für alle drei Skalen mittelgroß (siehe Tabelle 6.7). Zugunsten der Alternativhypothesen, dürfen die Nullhypothesen der Skalen verworfen werden.

Tabelle 6.7: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten innerhalb der Versuchsgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgröße
„Gesamtsummenscore der LSAS“	$F(1, 152) = 24,011$	$p < 0,001$	$d = 0,56$
„Angst in verschiedenen Situationen“	$F(1, 152) = 26,545$	$p < 0,001$	$d = 0,59$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“	$F(1, 150) = 13,733$	$p < 0,001$	$d = 0,43$

Die Darstellung der Mittelwerte für die Skalen mit signifikanten Unterschieden zeigt, dass sich die Schüler, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen haben, von ersten auf zweiten Testzeitpunkt in der Gesamtskala und beiden Subskalen verbessern konnten (siehe Tabelle 6.8).

Tabelle 6.8: Signifikante Mittelwertsunterschiede von ersten auf zweiten Zeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe

Skala	M-Wert zu t1	M-Wert zu t2
„Gesamtsummenscore der LSAS“	$M = 40,038$ $SD = 19,289$	$M = 30,578$ $SD = 18,853$
„Angst in verschiedenen Situationen“	$M = 19,965$ $SD = 10,446$	$M = 15,323$ $SD = 9,801$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“	$M = 20,159$ $SD = 9,792$	$M = 15,384$ $SD = 9,888$

Vergleicht man die Ergebnisse der Versuchsgruppe zu den beiden Erhebungszeitpunkten und berücksichtigt gleichzeitig das Geschlecht der Schüler, so finden sich keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede. Die Nullhypothesen müssen demnach beibehalten werden.

Die Ergebnisse des Prä-post-Vergleichs sollen nun auch für die Kontrollgruppe betrachtet werden (Fragestellung 8). Es zeigt sich, dass einzig in der Subskala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ ein signifikanter Unterschied mit kleiner Effektstärke zwischen den beiden Zeitpunkten festzustellen ist ($F(1, 170) = 5,452, p = 0,021, d = 0,25$). Für diese Skala wird die Nullhypothese, zugunsten der Alternativhypothese, aufgegeben. In den beiden übrigen Skalen findet sich kein signifikanter Unterschied für die Kontrollgruppe. Die

Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden. Tabelle 6.9 stellt alle Werte im Detail dar.

Tabelle 6.9: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten innerhalb der Kontrollgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore der LSAS	$F(1, 175) = 3,752$	$p = 0,054$	$d = 0,21$
„Angst in verschiedenen Situationen“	$F(1, 175) = 1,650$	$p = 0,201$	$d = 0,14$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“	$F(1, 170) = 5,452$	$p = 0,021$	$d = 0,25$

Betrachtet man die Veränderung der Mittelwerte der signifikanten Skala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“, so zeigt sich, dass sich die Kontrollgruppe bezüglich der Vermeidung in verschiedenen Situationen über die Zeit hinweg verbessern konnte ($M_{t1} = 19,89$, $SD_{t1} = 11,09$; $M_{t2} = 17,53$, $SD_{t2} = 10,73$).

Unter zusätzlicher Berücksichtigung des Geschlechts der Schüler, ist für die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ ein höchst signifikanter Geschlechterunterschied mit kleinem Effekt innerhalb der Kontrollgruppe festzustellen ($F(1, 175) = 11,915$, $p = 0,001$, $d = 0,37$). Betrachtet man Mittelwert und Standardabweichung der Schüler, zeigt sich bei den Jungen von erstem ($M = 15,21$, $SD = 10,60$) auf zweiten Zeitpunkt ($M = 16,87$, $SD = 11,90$) eine minimale Verschlechterung der Werte. Die Mädchen hingegen verbessern ihre Werte in der Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ über die Zeit ($M_{t1} = 19,11$, $SD_{t1} = 9,83$; $M_{t2} = 15,49$, $SD_{t2} = 10,14$). Die Nullhypothese wird für die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ verworfen. Die übrigen Skalen weisen keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts auf. Die Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden.

Fragestellung 9 bezieht sich auf den Unterschied von Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen erstem und zweitem Testzeitpunkt (siehe Tabelle 6.10). Die Berechnung des ALM mit Messwiederholung ergibt signifikante bis hochsignifikante Werte für den Gesamtsummenscore der LSAS ($F(3, 327) = 4,470$, $p = 0,035$, $d = 0,16$) und „Angst in verschiedenen Situationen“ ($F(3, 327) = 7,488$, $p = 0,007$, $d = 0,21$). Beide Effektstärken dieser Skalen sind klein. Somit werden die Nullhypothesen dieser Skalen zurückgewiesen und die Alternativhypothesen werden angenommen. Für die Skala „Vermeidung in verschiedenen Situationen“ kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Auch die zusätzliche Berücksichtigung des Geschlechts führt für Fragestellung 9 in keiner der

Skalen zu einem signifikanten Ergebnis. Die Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden.

Tabelle 6.10: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Testzeitpunkten

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore der LSAS	$F(3, 327) = 4,470$	$p = 0,035$	$d = 0,16$
„Angst in verschiedenen Situationen“	$F(3, 327) = 7,488$	$p = 0,007$	$d = 0,21$
„Vermeidung in verschiedenen Situationen“	$F(3, 320) = 0,708$	$p = 0,401$	$d = 0,07$

Tabelle 6.11 stellt Mittelwerte und Standardabweichungen der signifikanten Skalen jeweils für die VG, die KG und die beiden Testzeitpunkte (t1 und t2) dar. Obwohl auch innerhalb der Kontrollgruppe Verbesserungen in der Gesamtskala und der Subskala „Angst in verschiedenen Situationen“ stattgefunden haben, hat die Versuchsgruppe innerhalb derselben Zeit einen signifikant größeren Fortschritt erreicht.

Tabelle 6.11: Signifikante Mittelwertsunterschiede von Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt

Skala	M-Wert der VG zu t1	M-Wert der VG zu t2	M-Wert der KG zu t1	M-Wert der KG zu t2
Gesamtsummenscore der LSAS	$M = 40,038$ $SD = 19,289$	$M = 30,578$ $SD = 18,853$	$M = 37,477$ $SD = 19,562$	$M = 33,123$ $SD = 19,525$
„Angst in verschiedenen Situationen“	$M = 19,965$ $SD = 10,446$	$M = 15,323$ $SD = 9,801$	$M = 18,116$ $SD = 10,142$	$M = 15,841$ $SD = 10,594$

Die folgende Grafik (Abbildung 6.5) veranschaulicht die Entwicklung der beiden Gruppen über die Zeit für den Gesamtsummenscore der LSAS. Obwohl auch die Gruppe ohne Intervention Verbesserungen der Werte zum zweiten Zeitpunkt aufweist, lässt sich dennoch ein größerer Fortschritt für die Schüler feststellen, welche am Training beteiligt waren. Zeigt sich noch zu Beginn eine höhere Ausprägung der Versuchsgruppe im Gesamtsummenscore der LSAS, wird zum zweiten Zeitpunkt der Wert der Kontrollgruppe sogar noch unterboten.

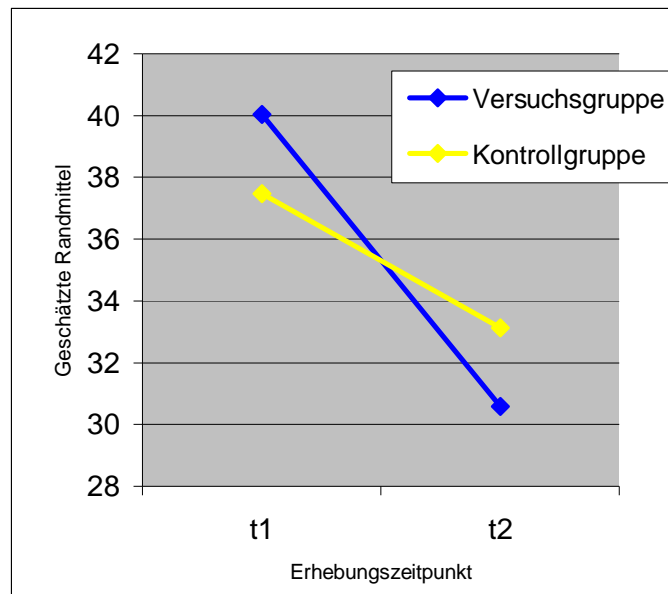


Abbildung 6.5: Entwicklung der beiden Gruppen über die Zeit für den Gesamtsummenscore der LSAS

Wie zu Beginn erwähnt liegt zur Berechnung des LSAS ein Cutoff-Wert vor, der die Unterteilung der Stichprobe in die Kategorien „sozialphobisch“ und „nicht sozialphobisch“ ermöglicht. Schüler, welche einen Gesamtsummenscore zwischen 0 und 54 erreichen werden der ersten Kategorie („nicht sozialphobisch“) zugeteilt. Die zweite Kategorie („sozialphobisch“) bilden Schüler mit einem Summenscore zwischen 55 und 144.

Für die Auswertung der Fragestellungen 1 bis 6 mittels Cutoff-Kategorien wird der Mann-Whitney U-Test verwendet. Tabelle 6.12 gibt alle Ergebnisse detailliert wieder. Für keine der Fragestellungen findet sich ein signifikanter Unterschied. Die Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden.

Tabelle 6.12: Ergebnisse der Berechnung mittels LSAS-Kategorien für die Fragestellungen 1 bis 6

	Z-Wert	Signifikanz
Vergleich w/m VG zu t1	$Z = -0,156$	$p = 0,876$
Vergleich w/m KG zu t1	$Z = -0,172$	$p = 0,863$
Vergleich w/m VG zu t2	$Z = -1,294$	$p = 0,196$
Vergleich w/m KG zu t2	$Z = -0,171$	$p = 0,864$
Vergleich VG/KG zu t1	$Z = -1,056$	$p = 0,291$
Vergleich VG/KG zu t2	$Z = -0,663$	$p = 0,507$

Fragestellungen 7 und 8 beziehen sich auf die Entwicklung der Stichprobe über die Zeit. Der Wilcoxon-Test zeigt, dass sich die Versuchsgruppe von ersten auf zweiten Erhebungszeitpunkt hoch signifikant unterscheidet ($Z = -2,746$, $p = 0,006$). Die Nullhypothese darf somit zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Abbildung 6.6 stellt die Veränderung der VG vor und nach dem Training grafisch dar.

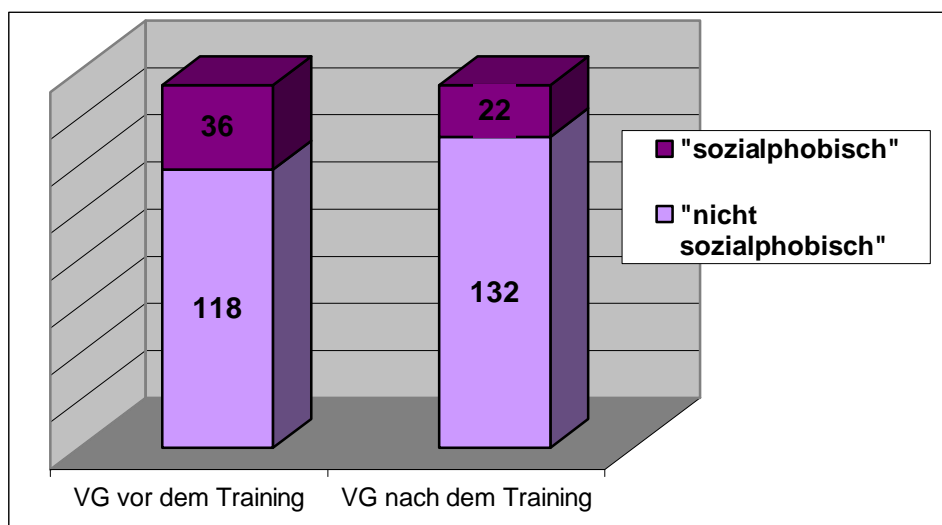


Abbildung 6.6: Verteilung der Schüler (VG) auf die LSAS-Kategorien vor und nach dem Training.

Für die Schüler ohne Intervention kann zum Vergleich keine bedeutsame Veränderung über die Zeit festgestellt werden ($Z = -0,522$, $p = 0,602$). Die Nullhypothese muss für diese Fragestellung beibehalten werden. Tabelle 6.13 gibt einen Überblick über die Verteilung der Schüler auf die Kategorien und Gruppen für beide Zeitpunkte.

Tabelle 6.13: Verteilung der Schüler auf die LSAS-Kategorien

	VG zu t1	VG zu t2	KG zu t1	KG zu t2
„sozialphobisch“	36 (23,38%)	22 (14,29%)	33 (18,64%)	30 (16,95%)
„nicht sozialphobisch“	118 (76,62%)	132 (85,71%)	144 (81,36%)	147 (83,05%)

Fragestellung 9 bezieht sich auf den Vergleich von VG und KG zu t1 und t2. Bei der Berechnung mittels Cutoff-Kategorien kann für diese Fragestellung kein signifikantes Ergebnis gefunden werden ($F(3, 327) = 0,584$, $p = 0,445$). Die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

6.3 Ergebnisse des SPIN

Mithilfe des SPIN werden Symptome erfasst, welche für das Vorhandensein einer Sozialphobie charakteristisch sind. Die Berechnung des Gesamtsummenscores des SPIN ermöglicht die Vergleichbarkeit der sozialphobischen Ausprägung vor und nach der Intervention. Auch Berechnungen mittels Cutoff-Werten sind beim SPIN möglich und werden im Folgenden dargestellt. Dies erlaubt eine Unterteilung der Stichprobe in drei Kategorien: „nicht sozialphobisch“ (0-9), „subklinisch sozialphobisch“ (10-18) und „sozialphobisch“ (19-68).

Innerhalb der ersten beiden Fragestellungen wird der Geschlechterunterschied jeweils für Versuchsgruppe und Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt betrachtet (Fragestellungen 1 und 2). Für den Gesamtsummenscore des SPIN können zum ersten Zeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Schülern festgestellt werden (siehe Tabelle 6.14). Die Nullhypothesen müssen somit für beide Fragestellungen beibehalten werden.

Tabelle 6.14: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 1 für VG und KG

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore des SPIN (VG)	$t(152) = 0,643$	$p = 0,521$	$d = 0,14$
Gesamtsummenscore des SPIN (KG)	$t(166) = -1,516^*$	$p = 0,131$	$d = 0,27$

* Ein negativer t -Wert zeigt an, dass der Mittelwert der Jungen, innerhalb der angegebenen Skala, kleiner ist, als der Mittelwert der Mädchen. Vergleicht man beispielsweise die Mittelwerte der Schüler für den Gesamtsummenscore des SPIN innerhalb der KG, so ist der Mittelwert der weiblichen Schüler ($M = 18,21$; $SD = 9,16$) größer als der Mittelwert der männlichen Schüler ($M = 15,63$; $SD = 10,45$). Das Vorzeichen ist in diesem Fall negativ. Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegen gesetzte Richtung zu betrachten.

Analog dazu werden die Geschlechterunterschiede von Versuchs- und Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt berechnet (Fragestellungen 3 und 4). Die Berechnung des t-Test für unabhängige Stichproben ergibt, dass sich nur männliche und weibliche Schüler der Versuchsgruppe zum zweiten Zeitpunkt signifikant voneinander unterscheiden ($t(152) = 2,135$, $p = 0,034$, $d = 0,46$). Der Effekt ist als mittelgroß zu betrachten. Für die

Fragestellung 3 wird die Nullhypothese zurückgewiesen. Einen Überblick über die Werte liefert Tabelle 6.15.

Tabelle 6.15: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 2 für VG und KG

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore des SPIN (VG)	$t(152) = 2,135$	$p = 0,034$	$d = 0,46$
Gesamtsummenscore des SPIN (KG)	$t(166) = -0,748^*$	$p = 0,456$	$d = 0,14$

* Ein negativer *t*-Wert zeigt an, dass der Mittelwert der Jungen, innerhalb der angegebenen Skala, kleiner ist, als der Mittelwert der Mädchen. Vergleicht man beispielsweise die Mittelwerte der Schüler für den Gesamtsummenscore des SPIN innerhalb der KG, so ist der Mittelwert der weiblichen Schüler ($M = 17,25$; $SD = 9,32$) größer als der Mittelwert der männlichen Schüler ($M = 16,04$; $SD = 8,07$). Das Vorzeichen ist in diesem Fall negativ. Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Vergleicht man die Mittelwerte der männlichen und weiblichen Schüler für die VG, lässt sich die Richtung des signifikanten Unterschiedes genauer erkennen. Erreichen die Jungen im Durchschnitt einen Summenscore von 18 ($M = 17,77$, $SD = 11,06$), so liegt der der Mädchen weit darunter bei 14 ($M = 13,77$, $SD = 8,31$).

Fragestellungen 5 und 6 stellen Versuchs- und Kontrollgruppe einander gegenüber. Für jeden Testzeitpunkt soll, mittels t-Test für unabhängige Stichproben, der Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (siehe Tabelle 6.16). Während zum ersten Zeitpunkt noch kein Unterschied zwischen VG und KG vorliegt, weisen die Gruppen zum zweiten Zeitpunkt signifikante Unterschiede auf ($t(320) = -2,474$, $p = 0,014$, $d = 0,28$). Der Effekt ist als klein zu bezeichnen und die Nullhypothese der Fragestellung 6 kann zurückgewiesen werden.

Tabelle 6.16: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu t1 und zu t2

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
Gesamtsummenscore des SPIN (t1)	$t(320) = 1,208$	$p = 0,228$	$d = 0,14$
Gesamtsummenscore des SPIN (t2)	$t(320) = -2,474$	$p = 0,014$	$d = 0,28$

Betrachtet man wieder die Richtung des vorliegenden signifikanten Effekts, zeigt sich, dass die Gruppe ohne Intervention einen höheren Mittelwert ($M = 16,96$, $SD = 9,03$) erzielt, als die Gruppe nach dem Training ($M = 14,47$, $SD = 8,94$). Bezieht man das Geschlecht in die Berechnung mit ein, zeigt sich, dass sich Jungen und Mädchen im Gruppenvergleich zu Anfang nicht bedeutend unterscheiden ($F(3, 318) = 2,178$, $p = 0,141$, $d = 0,17$). Die Effektstärke ist als klein zu betrachten und die Nullhypothese muss beibehalten werden. Bei der zweiten Testung allerdings ergeben sich signifikante Differenzen zwischen den Gruppen beziehungsweise zwischen den Geschlechtern ($F(3, 318) = 4,403$, $p = 0,037$, $d = 0,23$). Auch hier ist die Effektstärke als klein einzustufen. Die Nullhypothese darf zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Betrachtet man nun die Mittelwerte (siehe Tabelle 6.17) und den grafischen Vergleich der beiden Gruppen zu t1 und t2 (Abbildung 6.7 und Abbildung 6.8), lässt sich dieses Ergebnis leichter nachvollziehen.

Tabelle 6.17: Mittelwerte männlicher und weiblicher Schüler jeweils für die Versuchsbedingungen und die Testzeitpunkte

		M-Wert zu t1	M-Wert zu t2
männliche Schüler	VG	19,89	17,77
	KG	15,63	16,04
weibliche Schüler	VG	18,63	13,77
	KG	18,21	17,25

Man kann sehen, dass sich Jungen, wie auch Mädchen der VG nach dem Training verbessern. Auch die Mädchen ohne Intervention weisen eine kleine, positive Veränderung auf. Die männlichen Schüler hingegen, welche nicht am Training beteiligt waren, zeigen Verschlechterungen ihrer Werte über die Zeit.

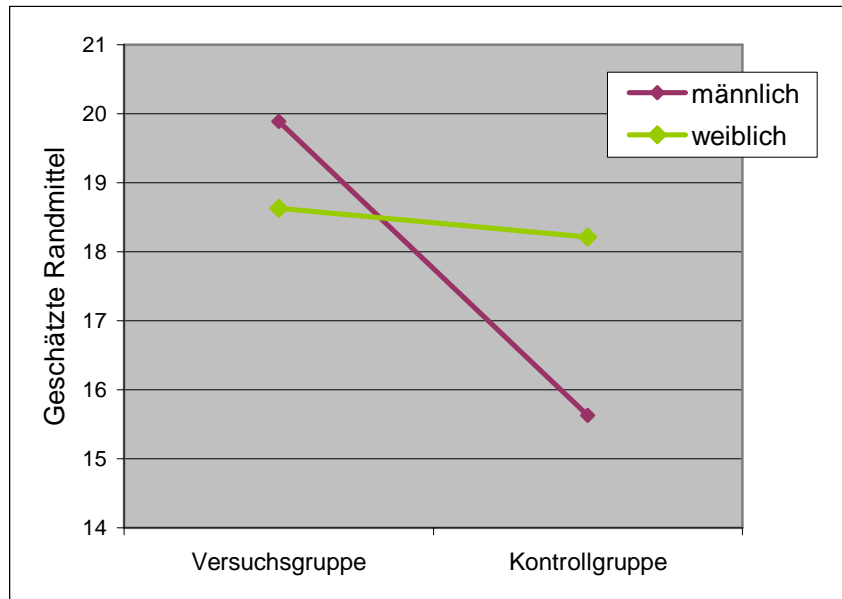


Abbildung 6.7: Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der VG und der KG zu t1

Abbildung 6.7 stellt die Werte der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt einander gegenüber. Der Gesamtsummenscore der weiblichen Schüler liegt in der Versuchsgruppe zu Beginn etwas höher als in der Kontrollgruppe. Abbildung 6.8 hingegen zeigt die deutliche Veränderung des Gesamtsummenscores der weiblichen Schüler, nachdem sie am Training teilgenommen haben.

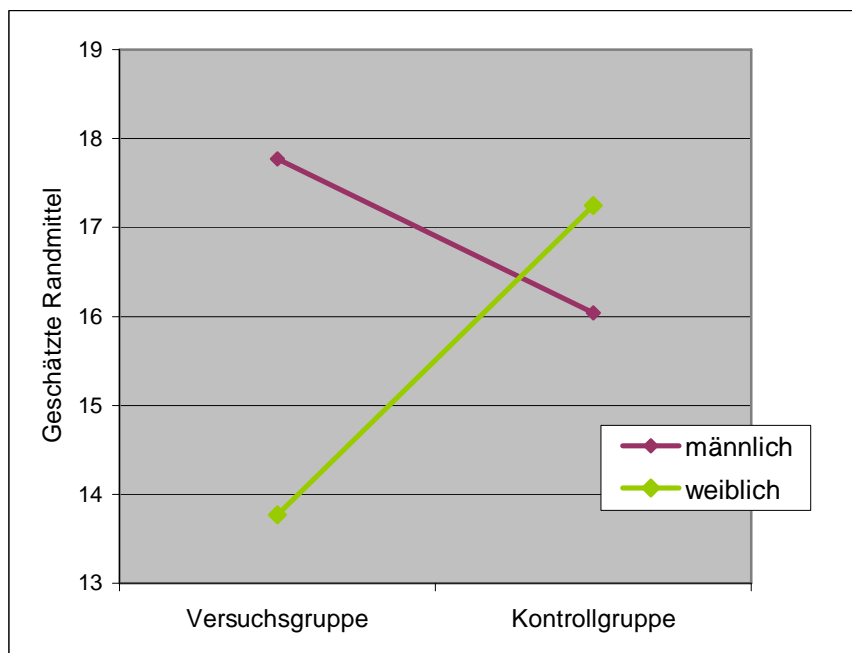


Abbildung 6.8: Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der VG und der KG zu t2

Als nächstes soll die Entwicklung der VG über die Zeit, also vor und nach dem Training, betrachtet werden (Fragestellung 7). Die Berechnung des ALM mit Messwiederholung ergibt, dass sich die Versuchsgruppe von ersten auf zweiten Testzeitpunkt höchst signifikant unterscheidet ($F(1, 152) = 20,591, p < 0,001, d = 0,52$). Der Effekt kann als mittelgroß angesehen werden. Somit wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese darf angenommen werden. Die Richtung des signifikanten Unterschiedes zeigt sich erneut im Vergleich der Mittelwerte. So erzielt die VG noch zum ersten Zeitpunkt einen Durchschnittswert von 19 ($M = 18,85, SD = 9,26$). Nach dem Training kann eine Verbesserung des Wertes von 4 Punkten festgestellt werden ($M = 14,47, SD = 8,94$).

Zur Überprüfung, ob eine ähnliche Entwicklung auch in der Kontrollgruppe stattgefunden hat (Fragestellung 8), sollen auch diese Ergebnisse veranschaulicht werden. Es zeigt sich, dass sich die Kontrollgruppe von ersten auf zweiten Zeitpunkt nicht bedeutsam verändert hat ($F(1, 166) = 0,162, p = 0,687, d = 0,04$). Der Effekt ist als vernachlässigbar zu bezeichnen und die Nullhypothese muss beibehalten werden.

Auch die Fragestellungen 7 und 8 wurden auf mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern untersucht. Im Vergleich männlicher und weiblicher Schüler finden sich keine relevanten Ergebnisse beziehungsweise Unterschiede. Die Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden.

Die Gegenüberstellung von Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen erstem und zweitem Testzeitpunkt wird in Fragestellung 9 betrachtet. Die Berechnung des ALM mit Messwiederholung ergibt mit kleiner Effektstärke einen hochsignifikanten Unterschied für den Gesamtsummenscore des SPIN ($F(3, 318) = 9,609, p = 0,002, d = 0,24$). Die Nullhypothese kann zurückgewiesen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Sowohl die Gruppe mit Training, als auch die Gruppe ohne Intervention verbessert sich über die Zeit hinweg (siehe Tabelle 6.18). Trotzdem ist die Relation des Fortschrittes für die VG als bedeutend größer einzuschätzen, als die, immerhin positive, Veränderung der KG.

Tabelle 6.18: Mittelwerte der beiden Versuchsbedingungen zu beiden Zeitpunkten

Skala	M-Wert VG zu t1	M-Wert KG zu t1	M-Wert VG zu t2	M-Wert KG zu t2
Gesamtsummenscore des SPIN	$M = 18,849$ $SD = 9,261$	$M = 17,566$ $SD = 9,456$	$M = 14,747$ $SD = 8,943$	$M = 16,980$ $SD = 8,958$

Berücksichtigt man zusätzlich das Geschlecht der Schüler kann kein signifikanter Unterschied für die Gruppen beobachtet werden ($F(3, 318) = 0,435, p = 0,510, d = 0,05$). Auch die Größe des Effekts ist unbedeutend. Die Nullhypothese muss beibehalten werden. Abbildung 6.9 stellt die Entwicklungen der beiden Gruppen nochmals grafisch dar. Es zeigt sich, dass die Versuchsgruppe zu Beginn etwas höhere Werte aufweist, als die Kontrollgruppe. Nach Absolvierung des Trainings, untertreffen die Schüler mit Intervention dennoch die Vergleichsgruppe und zeigen somit in Relation eine weit größere Verbesserung.

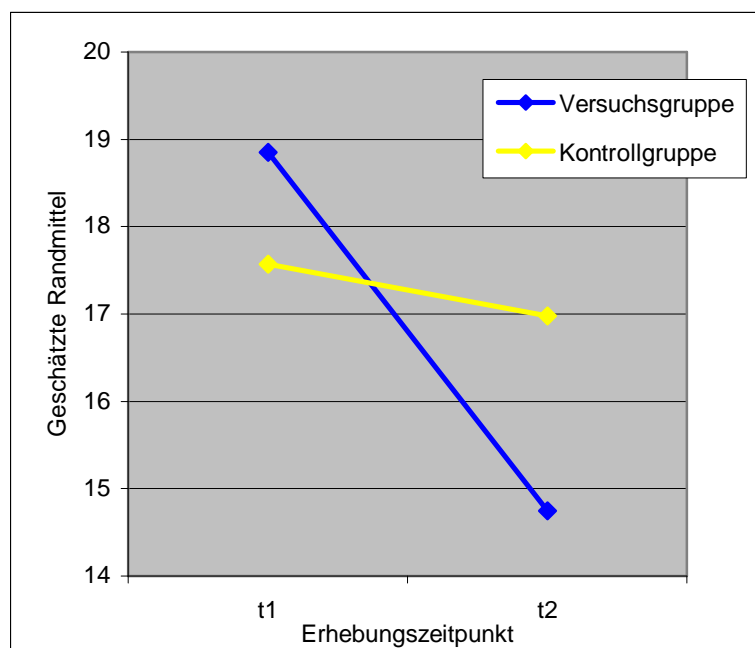


Abbildung 6.9: Entwicklung der beiden Gruppen über die Zeit für den Gesamtsummenscore des SPIN

Wie eingangs erwähnt sollen in Anschluss an die Berechnungen mittels Summenscores auch die Ergebnisse der Auswertung anhand der Cutoff-Werte dargestellt werden. Die Unterteilung der Stichprobe erfolgt aufgrund von zwei Cutoff-Werten. Somit ergibt sich eine Zuteilung der Schüler zu drei Kategorien. Die erste Gruppe wird als „nicht sozialphobisch“

bezeichnet. Dies sind Schüler, welche einen Summenscore von 9 Punkten oder niedriger erreichen. Die zweite Gruppe setzt sich aus den Teilnehmern zusammen, welche im Wertebereich zwischen 10 und 18 Punkten liegen und werden als „subklinisch sozialphobisch“ bezeichnet. Den dritten Wertebereich von 19 bis 68 Punkten decken die Schüler ab, welche der Kategorie „sozialphobisch“ angehören.

Die Fragestellungen 1 bis 4 untersuchen, ob sich Jungen und Mädchen signifikant unterschiedlich auf die drei genannten Kategorien verteilen. Die Berechnung des Mann-Whitney U-Tests wird für jede Versuchsbedingung und für jeden Zeitpunkt getrennt betrachtet. Für die Kontrollgruppe können hinsichtlich des Geschlechts zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede festgestellt werden ($Z_{t1} = -0,800$, $p = 0,423$; $Z_{t2} = -0,954$, $p = 0,340$). Die Nullhypothesen müssen somit beibehalten werden. Betrachtet man hingegen die Versuchsgruppe, zeigt sich eine Veränderung des Geschlechterverhältnisses vor und nach dem Training (siehe Abbildung 6.10 und Abbildung 6.11).

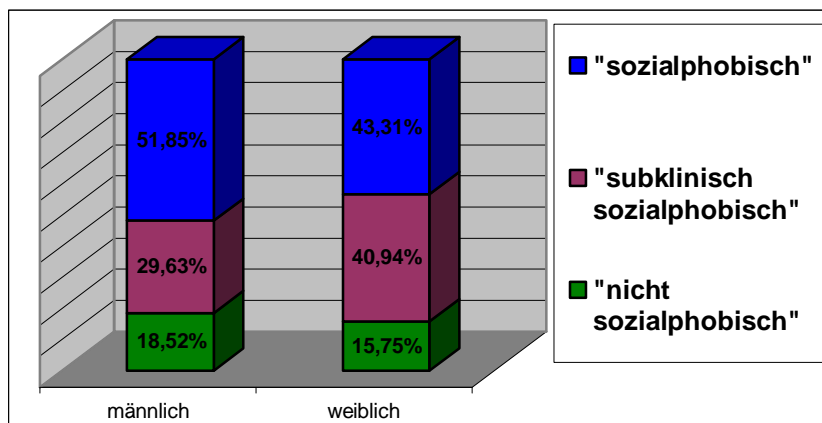


Abbildung 6.10: Verteilung der Mädchen und Jungen (VG) auf die SPIN-Kategorien vor dem Training

Während zum ersten Zeitpunkt die Verteilung von Mädchen und Jungen auf die Kategorien relativ ausgeglichen ist ($Z = -0,498$, $p = 0,618$), lässt sich nach dem Training ein signifikanter Geschlechterunterschied feststellen ($Z = -2,248$, $p = 0,025$). Die Nullhypothese darf zurückgewiesen und die Alternativhypothese angenommen werden.

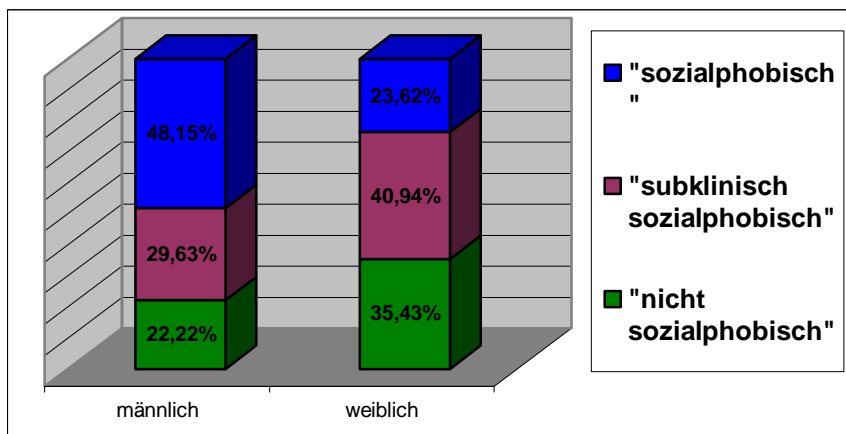


Abbildung 6.11: Verteilung der Mädchen und Jungen (VG) auf die SPIN-Kategorien nach dem Training

Als nächstes interessiert der Unterschied von VG und KG zum ersten (Fragestellung 5) und zum zweiten (Fragestellung 6) Zeitpunkt. Der Mann-Whitney U-Test zeigt, dass zum Ausgangszeitpunkt noch kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Versuchsbedingungen vorliegt ($Z = -0,862$, $p = 0,389$). Die Nullhypothese muss demnach beibehalten werden. Zum zweiten Zeitpunkt hingegen unterscheiden sich Versuchs- und Kontrollgruppe hoch signifikant voneinander ($Z = -2,561$, $p = 0,010$). Hier darf die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Tabelle 6.19 stellt die Verteilung der Stichprobe auf die Kategorien für jeden Zeitpunkt und jede Gruppe detailliert dar.

Tabelle 6.19: Verteilung der Schüler auf die SPIN-Kategorien

	VG zu t1	VG zu t2	KG zu t1	KG zu t2
„sozialphobisch“	69 (44,81%)	43 (27,92%)	72 (42,86%)	68 (40,48%)
„subklinisch sozialphobisch“	60 (38,96%)	60 (38,96%)	58 (34,52%)	61 (36,31%)
„nicht sozialphobisch“	25 (16,23%)	51 (33,12%)	38 (22,62%)	39 (23,21%)

Mit der Entwicklung der Gruppen über die Zeit beschäftigen sich Fragestellung 7 (für die VG) und Fragestellung 8 (für die KG). Die Berechnung erfolgt für beide Fragestellungen anhand des Wilcoxon Test. Hier kann gezeigt werden, dass die Gruppe

ohne Training zwar Tendenzen einer positiven Entwicklung aufweist (siehe Tabelle 6.20), diese allerdings nicht signifikant ausfällt ($Z = -0,544$, $p = 0,587$). Hier muss die Nullhypothese also beibehalten werden. Ganz im Gegensatz zur Versuchsgruppe. Hier kann ein höchst signifikanter Unterschied festgestellt werden ($Z = -5,402$, $p < 0.001$). Die Nullhypothese darf zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Betrachtet man die Verteilung der VG auf die Kategorien (siehe Tabelle 6.19) zeigt sich, dass nach dem Training 26 Schüler (= 37,68%) weniger der Kategorie „sozialphobisch“ angehören als davor. Die Anzahl der Schüler, welche als „nicht sozialphobisch“ eingestuft werden kann sich von ersten auf zweiten Zeitpunkt sogar verdoppeln. Abbildung 6.12 veranschaulicht die Aufteilung der VG auf die Kategorien jeweils vor und nach der Intervention.

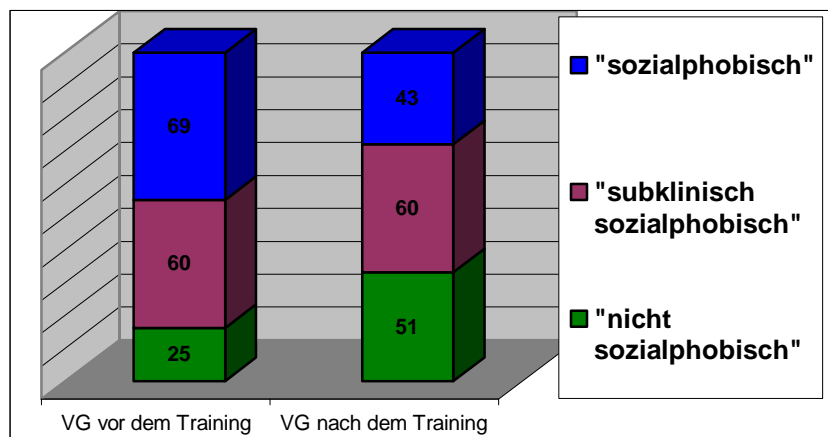


Abbildung 6.12: Verteilung der Schüler (VG) auf die SPIN-Kategorien vor und nach dem Training.

Fragestellung 9 vergleicht Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Zeitpunkt. Die Berechnung des ALM mit Messwiederholung ergibt ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($F(3, 318) = 4,001$, $p = 0,046$). Die Nullhypothese darf somit verworfen werden und die Alternativhypothese wird angenommen. Für die genauen Daten zu den Gruppen beziehungsweise zu den Testzeitpunkten sei auch hier wieder auf Tabelle 6.19 verwiesen. Die Entwicklung über die Zeit stellt Abbildung 6.13 für VG und KG noch einmal grafisch dar.

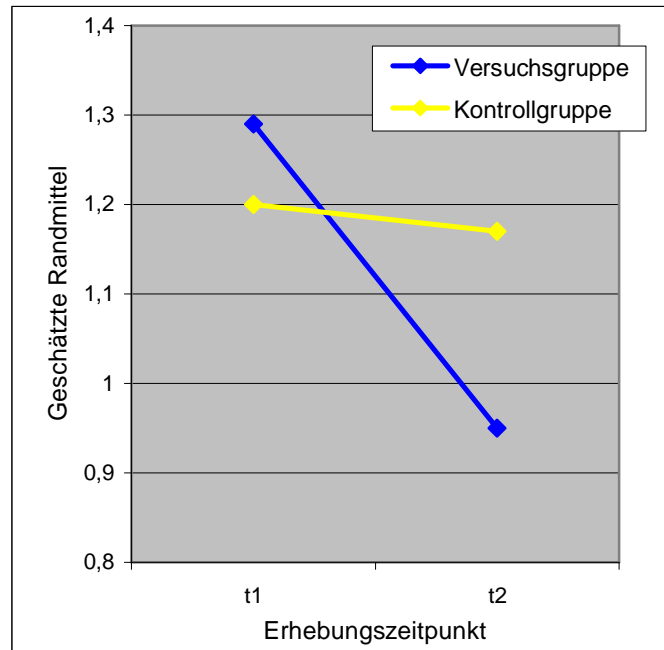


Abbildung 6.13: Entwicklung der VG und der KG anhand der SPIN-Kategorien von ersten auf zweiten Zeitpunkt.

6.4 Ergebnisse des SPE

Mithilfe des SPE wird die Ausprägung verschiedener sozialphobische Einstellungen der Schüler erfasst. Durch den Vergleich der VG und der KG, jeweils für t1 und t2, soll für jede Einstellung geprüft werden, inwiefern sich die beiden Gruppen unterscheiden. Hierbei interessiert vor allem, ob sich die VG nach dem Training (zu t2) im Vergleich zur KG signifikant verändern konnte. Anschließend werden die Schüler, anhand des SPIN Cutoff-Werts, in zwei Kategorien unterteilt. Zum Screening von Sozialer Phobie bei Jugendlichen empfehlen Ranta und Kollegen (2007) einen Cutoff-Wert von 24 (siehe auch Kapitel 5.6.2). Die Schüler, welche im SPIN einen Wert von 0 bis 23 erreichen, werden zur Kategorie der „nicht sozialphobisch“ gerechnet. Schüler mit einem Wert zwischen 24 und 68 fallen in die Kategorie „sozialphobisch“. Auf Basis dieser Unterteilung soll untersucht werden, ob sich Schüler der VG und Schüler der KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen signifikant voneinander unterscheiden. Die Fragestellungen 10 bis 13 werden alle mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft.

Fragestellung 10 untersucht den Unterschied zwischen VG und KG hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen zum ersten Erhebungszeitpunkt. Tabelle 6.20 gibt die drei Items wieder, in welchen sich die beiden Gruppen hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen signifikant voneinander unterscheiden. Für diese Items dürfen die Nullhypothesen zugunsten der Alternativhypothesen verworfen werden. Die Effektstärken können als klein angesehen werden. Bezüglich der übrigen sozialphobischen Einstellungen kann kein bedeutsamer Unterschied zwischen VG und KG zum ersten Zeitpunkt festgestellt werden. Somit müssen die Nullhypothesen beibehalten werden.

Tabelle 6.20: Items des SPE, in welchen sich VG und KG zu t1 signifikant voneinander unterscheiden

Item	Bezeichnung	t-Wert	Signifikanz	Effektstärke
27	Ich muss nicht von jedem gemocht werden.	$t(327) = 2,030$	$p = 0,043$	$d = 0,23$
36	Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen.	$t(327) = -2,308^*$	$p = 0,022$	$d = 0,26$
39	Ich bin attraktiv.	$t(327) = -2,006$	$p = 0,046$	$d = 0,22$

* Ein negativer t-Wert zeigt an, dass der Mittelwert der VG kleiner ist, als der Mittelwert der KG.

Betrachtet man die Mittelwerte der beiden Gruppen (siehe Tabelle 6.21), zeigt sich, dass die Schüler der VG der Einstellung „Ich muss nicht von jedem gemocht werden“ im Durchschnitt mehr zustimmen, als die Schüler der KG. Für die beiden anderen Einstellungen verhält es sich umgekehrt: Die KG stimmt den Aussagen „Ich bin attraktiv“ und „Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen“ im Mittel mehr zu, als dies die VG tut.

Tabelle 6.21: Mittelwerte und Standardabweichungen beider Gruppen für die signifikanten Items des SPE zu t1

Item	Bezeichnung	VG	KG
27	Ich muss nicht von jedem gemocht werden.	$M = 4,45$ $SD = 1,66$	$M = 4,08$ $SD = 1,68$
36	Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen.	$M = 1,70$ $SD = 1,40$	$M = 2,06$ $SD = 1,42$
39	Ich bin attraktiv.	$M = 3,64$ $SD = 1,50$	$M = 3,96$ $SD = 1,38$

Als nächstes soll überprüft werden, ob beziehungsweise bezüglich welcher sozialphobischer Einstellungen sich Versuchs- und Kontrollgruppe zum zweiten Zeitpunkt voneinander unterscheiden (Fragestellung 11). Während sich zum ersten Zeitpunkt nur bei drei Items signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen lassen, finden sich zum zweiten Zeitpunkt zu sieben sozialphobischen Einstellungen signifikante Ergebnisse. Tabelle 6.22 gibt für jedes dieser Items den t-Wert, die Signifikanz und die dazugehörige Effektstärke wieder. Für diese Items dürfen die Nullhypothesen verworfen werden und die Alternativhypothesen werden angenommen. Die Effektstärke ist für alle Items als klein einzuschätzen. Hinsichtlich der anderen sozialphobischen Einstellungen können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Somit müssen die Nullhypothesen beibehalten werden.

Tabelle 6.22: Items des SPE, in welchen sich VG und KG zu t2 signifikant voneinander unterscheiden.

Item	Bezeichnung	t-Wert	Signifikanz	Effektstärke
16	Meine Angst ist für andere Menschen offensichtlich.	$t(327) = -2,014^*$	$p = 0,045$	$d = 0,22$
33	Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche.	$t(327) = 2,121$	$p = 0,035$	$d = 0,24$
34	Ich muss Dinge richtig machen, um akzeptiert zu werden.	$t(327) = -2,344$	$p = 0,020$	$d = 0,26$
35	Wenn ich nicht spritzig und interessant bin, mögen andere mich nicht.	$t(327) = -2,176$	$p = 0,030$	$d = 0,24$
36	Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen.	$t(327) = -2,026$	$p = 0,044$	$d = 0,22$
40	Wenn andere merken, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich seltsam bin.	$t(327) = -1,996$	$p = 0,047$	$d = 0,22$
45	Wenn die Leute sehen, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich schwach oder unterlegen bin.	$t(327) = -2,578$	$p = 0,010$	$d = 0,29$

* Ein negativer t-Wert zeigt an, dass der Mittelwert der VG kleiner ist, als der Mittelwert der KG.

Auch für den zweiten Erhebungszeitpunkt werden Mittelwerte und Standardabweichungen für VG und KG zu den signifikanten Items angegeben (siehe Tabelle 6.23). Man sieht, dass die Schüler der VG einzig der Aussage „Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche“ mehr zustimmen, als die Schüler der KG. In allen anderen Items weist die KG im Durchschnitt höhere Werte (= stärkere Zustimmung) auf als die VG.

Tabelle 6.23: Mittelwerte und Standardabweichungen beider Gruppen für die signifikanten Items des SPE zu t2

Item	Bezeichnung	VG	KG
16	Meine Angst ist für andere Menschen offensichtlich.	$M = 1,55$ $SD = 1,33$	$M = 1,87$ $SD = 1,54$
33	Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche.	$M = 3,44$ $SD = 1,68$	$M = 3,02$ $SD = 1,88$
34	Ich muss Dinge richtig machen, um akzeptiert zu werden.	$M = 1,33$ $SD = 1,52$	$M = 1,74$ $SD = 1,69$
35	Wenn ich nicht spritzig und interessant bin, mögen andere mich nicht.	$M = 1,52$ $SD = 1,57$	$M = 1,91$ $SD = 1,64$
36	Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen.	$M = 1,44$ $SD = 1,44$	$M = 1,77$ $SD = 1,51$
40	Wenn andere merken, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich seltsam bin.	$M = 1,00$ $SD = 1,40$	$M = 1,31$ $SD = 1,43$
45	Wenn die Leute sehen, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich schwach oder unterlegen bin.	$M = 1,13$ $SD = 1,30$	$M = 1,53$ $SD = 1,51$

Als nächstes wird überprüft, ob sich Schüler der Kategorie „sozialphobisch“ der VG und Schüler der Kategorie „sozialphobisch“ der KG zum ersten Zeitpunkt bedeutsam hinsichtlich sozialphobischer Einstellungen unterscheiden (Fragestellung 13). Die Berechnung des t-Test für unabhängige Stichproben ergibt, dass für keines der Items des SPE zum ersten Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vorliegt. Die Nullhypothesen müssen somit für alle Items beibehalten werden.

Fragestellung 14 bezieht sich auf den Unterschied zwischen den beiden Gruppen („sozialphobische“ Schüler der VG und „sozialphobische“ Schüler der KG) zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Die Berechnung des t-Test zeigt, dass sich die beiden Gruppen zum zweiten Zeitpunkt nur hinsichtlich einer sozialphobischen Einstellung („Wenn ich mich nicht normal verhalte, werden alle mich anstarren und denken, dass ich merkwürdig bin“) signifikant voneinander unterscheiden ($t(77) = 2,063$, $p = 0,042$, $d = 0,26$). Die Nullhypothese des Items 4 darf somit verworfen werden und die Alternativhypothese wird

angenommen. Der Effekt ist als klein anzusehen. Vergleicht man Mittelwert und Standardabweichung der Gruppen, so zeigt sich, dass Schüler der VG der Aussage mehr zustimmen ($M = 3,56$, $SD = 1,72$) als dies die Schüler der KG tun ($M = 2,72$, $SD = 1,88$).

7 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die gefundenen Ergebnisse interpretiert und diskutiert. Der Fokus soll hierbei auf die Überprüfung der Wirksamkeit des durchgeführten Selbstsicherheitstrainings gelegt werden. Der Schweregrad der Sozialen Phobie, Angst und Vermeidung in verschiedenen Situationen sowie Ausprägungen sozialphobischer Einstellungen sind die zentralen Themen der Interpretation. Es werden sowohl die Ergebnisse, welche mittels Summenscores, als auch die Ergebnisse, welche anhand der Cutoff-Kategorien gefunden wurden, besprochen und interpretiert.

7.1 Interpretation der Ergebnisse der LSAS

Bei den Schülern, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hatten, ergaben sich signifikante Veränderungen hinsichtlich des Schweregrades der Sozialen Phobie, der Angst in verschiedenen Situationen und der Vermeidung verschiedener Situationen. Situationen wie zum Beispiel das Auftreten, Handeln und Sprechen vor Publikum oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, werden also nach dem Training nicht nur weniger gefürchtet, sondern auch weniger vermieden. Die Effekte dieser Ergebnisse sind alle als mittelgroß zu interpretieren. Da in allen Werten über die Zeit höchst signifikante Verbesserungen aufgetreten sind, könnte dies auf die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings zurückgeführt werden. Diese Schlussfolgerung kann vor allem für den Gesamtsummenscore und für die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“ getroffen werden, da sich für die Kontrollgruppe keine derartigen Veränderungen feststellen ließen. Bezüglich der „Vermeidung von verschiedenen Situationen“ allerdings wiesen auch die Schüler ohne Intervention signifikante Verbesserungen auf. Dies könnte bedeuten, dass die Angst der Schüler vor sozialen Situationen zwar unverändert blieb, die Situationen aber dennoch weniger oft vermieden werden. Der Effekt dieses Ergebnisses muss aber als unbedeutend interpretiert werden.

Vergleicht man die Entwicklung beider Gruppen über die Zeit, ergeben sich signifikante bis hoch signifikante Unterschiede für den Gesamtsummenscore und die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“. Über die Zeit konnten sowohl die Schüler der Versuchsgruppe, als auch die Schüler der Kontrollgruppe ihre Werte in diesen Bereichen verbessern. Interessant ist hier vor allem die Tatsache, dass die Versuchsgruppe vor der Intervention eine stärkere Ausprägung Sozialer Phobie beziehungsweise stärkere Angst in sozialen

Situationen aufwies als die Kontrollgruppe. Trotz dieser Ausgangslage wiesen die Schüler, welche das Selbstsicherheitstraining absolvierten, nach dem Training in allen Bereichen bessere Werte auf als die Schüler der Kontrollgruppe. Dieser enorme Fortschritt spricht demnach für die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings.

Bei der Untersuchung von Geschlechterunterschieden innerhalb der Gruppen, ließ sich zum ersten Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen der Kontrollgruppe feststellen. Dieser Unterschied betraf aber einzig die Skala „Angst in verschiedenen Situationen“. Innerhalb dieser Gruppe gaben die weiblichen Schüler an, bedeutend stärkere Angst in sozialen Situationen zu verspüren als die männlichen Schüler. Dies betrifft zum Beispiel Situationen wie das Telefonieren und Essen in der Öffentlichkeit, das Teilnehmen an einem Test oder an einer Aktivität in einer kleinen Gruppe und das Zusammentreffen oder Sprechen mit Fremden beziehungsweise mit Personen, die man kaum kennt. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt allerdings wurde ein solcher Geschlechterunterschied innerhalb der Kontrollgruppe nicht mehr gefunden. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Kontrollgruppe über die Zeit, lässt sich ein höchst signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen feststellen, wobei der Effekt dieses Ergebnisses als klein zu interpretieren ist. Während die Mädchen ihre „Angst in verschiedenen Situationen“ über die Zeit etwas abbauen konnten, verstärkte sich diese Angst bei den Jungen von ersten auf zweiten Erhebungszeitpunkt. Der Grund für diese Entwicklung könnte darauf zurückgeführt werden, dass Schüler der Kontrollgruppe an einem Selbstsicherheitstraining teilgenommen haben, das von Seiten der Lehrer durchgeführt wurde. Dieser Unterricht war von Seiten des SKY-Projekt-Teams nicht eingeplant beziehungsweise wurden wir davon erst im Nachhinein unterrichtet. Auf diesen Umstand wird im Kapitel 9 noch genauer eingegangen.

Unter Verwendung des Cutoff-Wertes der LSAS wurde die Stichprobe in zwei Kategorien unterteilt. Von den insgesamt 331 Schülern waren zum Zeitpunkt der ersten Testung 21% als „sozialphobisch“ einzustufen. Mancini und Kollegen (2005) beschreiben Prävalenzraten der Sozialen Phobie für Kinder und Jugendliche zwischen 1% und 13%, wobei die höchsten Prävalenzraten bei älteren Jugendlichen gefunden wurden. Die vorliegende Stichprobe übersteigt somit die bisherigen Angaben: knapp ein Fünftel aller Schüler ist demnach als „sozialphobisch“ einzuschätzen. Bei der zweiten Testung verringerte sich die Gruppe der als „sozialphobisch“ klassifizierten Schüler um 5%. Betrachtet man diese Entwicklung nur für die Gruppe, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hat, zeigt sich eine hoch signifikante Verbesserung über die Zeit. Während noch vor der Intervention 23% der

Schüler als „sozialphobisch“ angesehen werden mussten, gehörten nach dem Training nur noch 14% dieser Kategorie an. Geht man davon aus, dass diese Entwicklung durch das Selbstsicherheitstraining bedingt wurde, kann die Interpretation dieses Ergebnisses lauten, dass für 14 Schüler (7%) das Training wirksam war. Diese Schlussfolgerung lässt sich insofern belegen, als dass eine derartige Verbesserung nicht bei den Schülern ohne SKY-Training festzustellen war. So konnte sich die Gruppe der „sozialphobischen“ Schüler, welche kein Training erhalten hatte, zwar von 19% auf 17% verkleinern, diese Veränderung ist aber nicht als signifikant anzusehen.

7.2 Interpretation der Ergebnisse des SPIN

Schüler, die am SKY-Selbstsicherheitstraining teilnahmen, konnten den erhobenen Schweregrad der Sozialen Phobie über die Zeit höchst signifikant verbessern. Ängste gegenüber Autoritätspersonen, vor Unterhaltungen mit Fremden oder davor, kritisiert zu werden, wurden nach dem Training bedeutend weniger als belastend empfunden als davor. Auch soziale Interaktionen, wie beispielsweise das Besuchen einer Party oder das Ansprechen von Autoritätspersonen wurde von diesen Schülern nun weniger vermieden. Diese für das Vorhandensein einer Sozialen Phobie typischen Symptome wurden nach dem Training signifikant weniger angegeben als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Die praktische Relevanz dieser Ergebnisse kann als mittelgroß angesehen werden. Somit kann der Schluss gezogen werden, dass das durchgeführte Selbstsicherheitstraining einen bedeutsamen Einfluss auf den Schweregrad der Sozialen Phobie hatte. Diese Interpretation wird weiters dadurch untermauert, als dass die Kontrollgruppe ohne SKY-Training, keine signifikanten Veränderungen innerhalb dieser Zeit durchmachte.

Das Geschlecht der Schüler scheint ebenfalls einen Einfluss auf die gefundenen Ergebnisse gehabt zu haben: weiblich Schüler scheinen weit stärker von dem Angebot profitiert zu haben als männliche. Vor dem Training konnten in Bezug auf die Ausprägung einer Sozialen Phobie keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden (dies gilt sowohl für die Versuchs-, als auch für die Kontrollgruppe). Ängste in sozialen Situationen und körperliche Angstsymptome scheinen Mädchen nach dem Training weniger stark zu belasten als Jungen. Auch soziale Interaktionen werden von Mädchen nun weniger stark vermieden als von Jungen. Innerhalb der Kontrollgruppe scheint sich bei den Jungen sogar eine Verschlechterung in Bezug auf den Schweregrad der Sozialen Phobie vollzogen

zu haben. Möglicherweise ist dieser Umstand ebenfalls auf das von Seiten der Lehrer durchgeführte Training zurückzuführen (siehe Kapitel 9).

Auch die Unterteilung der Stichprobe in drei Cutoff-Kategorien führte zu interessanten Ergebnissen. Zum Zeitpunkt der Ersterhebung stellte die Gruppe der „sozialphobischen“ Schüler den weitaus größten Teil der Gesamtstichprobe dar: 141 Schüler (44%) waren zu dieser Kategorie zu zählen. Als schüchtern (= „subklinisch sozialphobisch“) wurden etwas weniger, nämlich 118 Schüler (37%) klassifiziert. Die kleinste Kategorie bildeten die Schüler, welche keine Anzeichen einer Sozialen Phobie aufwiesen und somit als „nicht sozialphobisch“ kategorisiert wurden: 63 Schüler (19%). Prävalenzraten der Sozialen Phobie bei Jugendlichen bis 13%, so wie sie Mancini und Kollegen (2005) beschreiben, werden in dieser Stichprobe weit überboten. Weiters beschreiben Heiser und Kollegen (2003) den Unterschied zwischen Sozialer Phobie und Schüchternheit unter anderem aufgrund deren Auftretenshäufigkeit. Demnach müsste die Zahl der schüchternen Schüler die Zahl der als sozialphobisch eingestuften Schüler weit übersteigen. Für die Anfangsphase des Projekts konnte eine solche Verteilung allerdings nicht gefunden werden.

Betrachtet man nun die Ergebnisse nur für die Versuchgruppe, so zeigt sich, dass bei der Eingangsdiagnostik knapp 45% der Schüler als „sozialphobisch“, 39% als schüchtern und 16% als „nicht sozialphobisch“ zu klassifizieren waren. Nach Absolvierung des Trainings hingegen waren starke Veränderungen innerhalb der Kategorien zu verzeichnen. Zum zweiten Zeitpunkt konnten nur noch 38% der Schüler als „sozialphobisch“ eingestuft werden. Die Zahl der Schüler, welche zum Ausgangszeitpunkt als „nicht sozialphobisch“ zu bezeichnen waren, verdoppelte sich nach dem Training. Die Wirksamkeit des angebotenen Selbstsicherheitstrainings liegt somit nahe. Vor allem wird die Interpretation dieser höchst signifikanten Verbesserungen dadurch gestützt, dass in der Kontrollgruppe keine bedeutsamen Veränderungen innerhalb der Kategorien und innerhalb dieser Zeit stattgefunden haben. Weiters scheint es so, dass die weiblichen Schüler der Versuchgruppe weit mehr von dem angebotenen Training profitieren konnten. Eine mögliche Interpretation könnte lauten, dass die Auswahl der im Training bearbeiteten Themen oder auch die Umsetzung der Einheiten direkt in den Klassen die Mädchen besser erreichen konnte als die Jungen.

7.3 Interpretation der Ergebnisse des SPE

Im Zuge der Eingangsdiagnostik konnten bereits erste Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Es zeigte sich, dass Schüler der Kontrollgruppe den Aussagen „Ich bin attraktiv“ und „Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen“ signifikant stärker zustimmten, als Schüler der Versuchsgruppe. Auf der anderen Seite vertraten Schüler der Versuchsgruppe, im Gegensatz zu ihren Kollegen der anderen Versuchsbedingung, vor dem Training signifikant stärker die Überzeugung „Ich muss nicht von jedem gemocht werden“. In der Kontrollgruppe scheinen somit sozialphobische Einstellungen, welche sichtbares Verhalten beziehungsweise Äußerlichkeiten betreffen, zu Beginn ausgeprägter zu sein, als bei der Versuchsgruppe.

Betrachtet man die Einstellungen der Schüler zum zweiten Erhebungszeitpunkt, findet sich nur noch bei einer, dieser drei Aussagen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen: „Wenn ich den Anschein wahre, könnte ich so gerade noch durchkommen“. Auch nach dem Training, waren die Schüler der Versuchsgruppe weniger von dieser Aussage überzeugt, als die Kontrollgruppe. Für die beiden übrigen sozialphobischen Einstellungen konnten zum zweiten Testzeitpunkt keine Unterschiede mehr zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Bezüglich weiterer sechs sozialphobischer Einstellungen bestanden nach dem Training signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Dies waren: „Meine Angst ist für andere Menschen offensichtlich“, „Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche“, „Ich muss Dinge richtig machen, um akzeptiert zu werden“, „Wenn ich nicht spritzig und interessant bin, mögen andere mich nicht“, „Wenn andere merken, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich seltsam bin“ und „Wenn Leute sehen, dass ich Angst habe, werden sie denken, dass ich schwach oder unterlegen bin“. Unter genauer Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass die Schüler, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen haben, nun bedeutend weniger von diesen sozialphobischen Einstellungen überzeugt sind, als die Schüler ohne Training. Einzig der Aussage „Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche“ stimmten die Schüler der Versuchsgruppe stärker zu als dies die Kontrollgruppe tat. Als Rückschluss auf das Selbstsicherheitstraining könnten diese Ergebnisse wie folgt interpretiert werden: Die intensive Auseinandersetzung mit den Themen Angst, Selbstsicherheit und Selbst- und Fremdwahrnehmung stärkte bei den Schülern die Überzeugung, dass Andere Angst als Schwäche beurteilen. Dennoch scheint es, dass der

Meinung der Anderen in diesem Zusammenhang keine große persönliche Bedeutung beigemessen wird. Die Schüler haben nicht das Gefühl überhöhte Standards erfüllen zu müssen, um von anderen gemocht und akzeptiert zu werden. Auch scheint es, dass das Training eine überstarke Beschäftigung mit der eigenen Wirkung auf Andere positiv beeinflussen konnte.

Als zentrale Entstehungsursache der Sozialen Phobie wird laut kognitiver Theorien (Beck et al., 1985; Clark & Wells, 1995) die Ausbildung dysfunktionaler, kognitiver Schemata angesehen. Besonders begünstigt wird die Ausprägung dieser konditionalen und unkonditionalen Annahmen in den frühen Jugendjahren, da soziale Fertigkeiten noch nicht fertig ausgeformt sind. Eine Verbesserung solcher sozialphobischer Einstellungen, wie sie in der jugendlichen Stichprobe nachgewiesen werden konnte, trägt somit dem präventiven Ansatz des vorliegenden Selbstsicherheitstrainings Rechnung.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Schüchtern zu sein, nicht gern im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich in sozialen Situationen zurückzunehmen sind keine Verhaltensweisen, die in unserer Gesellschaft als negativ, unangemessen oder abnormal beurteilt werden. Wie würde auch ein Miteinander aussehen, wenn es jedem Menschen immer gelingen würde, sich gegenüber anderen zu behaupten? Wie sollte ein soziales Leben funktionieren, wenn jeder einzelne immer darauf aus wäre, seine eigene Meinung durchzusetzen? Auf der anderen Seite verspürt vermutlich jeder Mensch ab und an in seinem Leben Angst im Umgang mit anderen: sei es, wenn es darum geht, unbekannte Personen anzusprechen, sich im Beruf zu bewähren, indem man eine Präsentation vor Kollegen hält oder auch im alltäglichen Umgang mit Bekannten, Freunden oder der Familie. Oft stellen derartige Situationen Herausforderungen dar, die zu meistern uns anspornen, aus denen wir lernen und aus denen wir mit mehr Erfahrung und mehr Selbstsicherheit hervorgehen können. Für Menschen, die an einer Sozialen Phobie leiden, stellen solche sozialen Situationen extreme Angstmomente dar. Nur unter größter Anspannung ist es ihnen möglich diese unterschiedlichsten sozialen Interaktionen zu ertragen und oft wenden sie enorme Anstrengungen auf, um gar nicht erst in eine soziale Situation hineinzugeraten. Die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag und der Leidensdruck, der dadurch bei den Betroffenen entsteht, sind leicht nachvollziehbar. Die Soziale Phobie ist darüberhinaus alles andere als eine Seltenheit in der heutigen Zeit. Laut Berghändler, Stieglitz und Vriends (2007) leidet jeder siebte Mensch im Laufe seines Lebens unter dieser Störung. Damit rangiert die Sozialphobie an dritter Stelle der psychischen Störungen.

Es wird vermutet, dass der Störungsbeginn der Sozialen Phobie in der frühen bis mittleren Adoleszenz anzusiedeln ist (Chartier, Walker & Stein, 2003; DeWit et al. 2005; Fehm et al., 2005; Kessler et al., 2005). Der Einsatz von präventiven Maßnahmen sollte somit im Alter zwischen 12 und 16,6 Jahren erfolgen. Die Entwicklung und Förderung von sozialen Kompetenzen sehen Hinsch und Pfingsten (2007) als Maßnahme, die der Entstehung derartiger Störungen schon im Vorfeld entgegenwirken soll. Die Autoren erarbeiteten ein Training, das sich zur Anwendung bei Jugendlichen eignet und nicht der Behandlung, sondern der Vorbeugung der Sozialen Phobie dienen soll. Aber auch in der kognitiven Verhaltenstherapie finden sich Behandlungsmanuale, die zur Intervention bei Sozialer Phobie konzipiert wurden (Ambühl, Meier & Willutzki, 2001; Stangier, Joormann & Unnewehr, 2002; Heidenreich & Peitz, 2003). Sie basieren auf den kognitiven Theorien (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995), deren wesentlichen

Elemente dysfunktionale Schemata, negative Grundüberzeugungen, überstarke Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhaltenweisen darstellen. Gemeinsam mit antizipatorischen und nachträglichen Informationsverarbeitungsprozessen soll so die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie erklärt werden.

Im Gegensatz zur Sozialen Phobie, stellt Schüchternheit keine klinische Störung nach DSM-IV oder ICD-10 dar. Vielmehr ist Schüchternheit ein Alltagsbegriff, für den sich in der Literatur verschiedene Definitionen finden. Lepin und Simon (1998) bezeichnen Schüchternheit „als Überempfindlichkeit gegenüber Meinungen anderer“ (S. 48). Diese Überempfindlichkeit wird durch überhöhte Selbstbezogenheit verstärkt und führt somit in weiterer Folge zu schüchternem und ängstlichem Verhalten. Henderson und Zimbardo (1996) definieren Schüchternheit als Unbehagen oder Hemmung in zwischenmenschlichen Situationen, was wiederum zur Behinderung in der Verfolgung der persönlichen oder beruflichen Ziele führen kann. Schüchternheit zeichnet sich durch einen exzessiven Fokus auf sich selbst aus, das bedeutet eine überstarke Beschäftigung mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und körperlichen Reaktionen.

Zur Abgrenzung der Schüchternheit und der Sozialen Phobie existieren unterschiedliche Theorien. Zum einen könnte die Schüchternheit aufgrund der Verbreitung innerhalb der Bevölkerung von der Sozialen Phobie unterschieden werden. Laut Heiser, Turner und Beidel (2003) bewegen sich Prävalenzraten der Sozialphobie zwischen 3% und 8%. Im Gegensatz dazu, können 20% bis 48% der Bevölkerung als schüchtern eingestuft werden. Zum anderen weisen schüchterne Personen einen deutlich niedrigeren Grad der alltäglichen Beeinträchtigung auf als Sozialphobiker (Turner, Beidel & Townsley, 1990). Für die Hypothese, Soziale Phobie und Schüchternheit seien ähnliche Konstrukte auf unterschiedlichen Punkten eines Kontinuums, findet sich in der Literatur eine Vielzahl von Anhängern. Renneberg und Ströhle (2006) stellen den Zusammenhang auf einem Kontinuum sozialer Ängste dar und unterscheiden die Konstrukte aufgrund des Schweregrads der Angst. Heiser, Turner, Beidel und Roberson-Nay (2008) zeigten, dass sozialphobische Personen über eine signifikant größere Zahl sozialer Ängste, Vermeidung sozialer Situationen, negativer Gedanken und somatischer Symptome berichteten als Schüchterne. Weiters gaben die schüchternen Personen an weniger in ihrer alltäglichen Funktionsfähigkeit eingeschränkt zu sein und eine höhere Lebensqualität zu empfinden, als die Gruppe der Sozialphobiker.

Das vorliegende Selbstsicherheitstraining basierte auf bestehenden Behandlungsmanualen zur Intervention bei Sozialen Phobien und folgte einem präventiven Interventionskonzept. Es stellte eine ausgewogene Mischung aus Wissensvermittlung, im Sinne von Psychoedukation, und praktischen Übungen, wie Rollenspiele, Entspannungs- und Konfrontationsübungen dar. Die Schüler wurden aktiv in den Lernprozess miteinbezogen und konnten im Rahmen des Klassenverbandes, unter Anleitung und mit Hilfestellung seitens der Projektmitarbeiter, soziale Fähigkeiten erproben und verbessern. Das Training bestand aus 14 Einheiten und wurde einmal wöchentlich direkt in den Klassen der Schüler abgehalten. Das Projekt, im Zuge dessen das Training durchgeführt wurde, nennt sich „SKY – Selbstsicher, Kompetent → For the Youth“ und wurde vom Verein Komm-Mit-Ment begründet. Geleitet wurde das SKY-Projekt von Dr. Birgit U. Stetina.

An der Untersuchung waren 379 Schüler aus drei österreichischen Schulen beteiligt. Von insgesamt elf teilnehmenden Klassen absolvierten fünf das Selbstsicherheitstraining im WS 2008/2009. Die übrigen Klassen erhielten in diesem Semester kein Training und fungierten als Kontrollgruppe. Zur Erfassung von Schüchternheit und Sozialer Phobie bei Jugendlichen wurden das Soziale Phobie Inventar (SPIN), die Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS) und der Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen (SPE) vor und nach dem Training vorgegeben. Weiters wurden soziodemografische Daten mittels eigens erstelltem Fragebogen erfasst. Schüler, welche aufgrund schulischer Fluktuationen nur an einem der beiden Erhebungszeitpunkte beteiligt waren, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Somit reduzierte sich die Stichprobe auf 331 Schüler. Die Stichprobe bestand zu 78% aus Mädchen und zu 22% aus Jungen, wobei das Alter der Schüler zwischen 13 und 20 Jahren lag.

Bei den Schülern, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hatten, konnten sowohl der Gesamtschweregrad der Sozialen Phobie, als auch die Angst in verschiedenen Situationen und die Vermeidung verschiedener Situationen höchst signifikant verbessert werden. Situationen wie zum Beispiel das Auftreten, Handeln und Sprechen vor Publikum oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, wurden nach dem Training nicht nur weniger gefürchtet, sondern auch weniger vermieden. Weiters wurden Ängste gegenüber Autoritätspersonen, vor Unterhaltungen mit Fremden oder davor kritisiert zu werden nach dem Training bedeutend weniger als belastend empfunden als davor. Auch soziale Interaktionen, wie beispielsweise das Besuchen einer Party oder das Ansprechen von Autoritätspersonen, wurden von diesen Schülern nun weniger vermieden. Das Geschlecht der Schüler scheint ebenfalls einen Einfluss auf die gefundenen Ergebnisse gehabt zu

haben: Mädchen, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hatten, schienen weit stärker von dem Angebot profitiert zu haben als Jungen. Ängste in sozialen Situationen und körperliche Angstsymptome belasteten Mädchen nach dem Training weniger stark als Jungen. Auch soziale Interaktionen wurden von Mädchen nun weniger stark vermieden als von Jungen. Berechnungen mittels Cutoff-Werten ergaben, dass bei der Eingangsdiagnostik knapp 45% der Schüler als sozialphobisch, 39% als schüchtern und 16% als nicht sozialphobisch zu klassifizieren waren. Nach Absolvierung des Trainings hingegen waren starke Veränderungen innerhalb der Kategorien zu verzeichnen. Zum zweiten Zeitpunkt konnten nur noch 38% der Schüler als sozialphobisch eingestuft werden. Die Zahl der Schüler, welche zum Ausgangszeitpunkt als nicht sozialphobisch zu bezeichnen waren, verdoppelte sich nach dem Training. Auch in Bezug auf sozialphobische Einstellungen konnte die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings nachgewiesen werden. Bei insgesamt sieben sozialphobischen Einstellungen bestanden nach dem Training signifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. Dies waren zum Beispiel: „Meine Angst ist für andere Menschen offensichtlich“, „Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche“, „Ich muss Dinge richtig machen, um akzeptiert zu werden“. Schüler, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hatten waren nun bedeutend weniger von diesen sozialphobischen Einstellungen überzeugt, als die Schüler ohne Training. Einzig der Aussage „Andere sehen Angst als ein Zeichen von Schwäche“ stimmten die Schüler der Versuchsgruppe stärker zu als dies die Kontrollgruppe tat. Zusammengefasst kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse von der Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings ausgegangen werden.

9 KRITIK UND AUSBLICK

Das Konzept des angewendeten Selbstsicherheitstrainings basierte unter anderem darauf, die Schüler in ihrer natürlichen Umgebung (die Schule) zu erreichen und ihnen so die Möglichkeit zu bieten, im geschützten Klassenverband und unter den bestehenden Bedingungen, neue Fertigkeiten zu erproben und anzuwenden. Eine Randomisierung der Schüler wurde daher nicht vorgenommen. Somit ist die vorliegende Studie als quasiexperimentelle Feldstudie zu bezeichnen. Daraus ergab sich der Vorteil mit einer natürlich gewachsenen Stichprobe arbeiten zu können und den hohen Realitätsbezug des Settings nutzen zu können. Insofern kann von einer hohen externen Validität der Studie ausgegangen werden. Nachteile der quasiexperimentellen Feldstudie sind, dass möglicherweise vorhandene Störfaktoren, welche personen- oder umgebungsbedingt sind, nicht ausgeschaltet werden können. Dies führt zu einer geringen internen Validität der Ergebnisse und bedeutet, dass gewonnene Resultate möglicherweise auf alternative Erklärungen zurückzuführen sind (Bortz & Döring, 2003).

Die Stichprobe weist ein Geschlechterverhältnis von 3:1 auf. Das bedeutet, dass dreimal so viele Mädchen an der Untersuchung beteiligt waren wie Jungen. Erklären lässt sich dieser Umstand dadurch, dass die beteiligten Schultypen grundsätzlich einen sehr geringen Männeranteil aufweisen. Dies gilt zwar auch für die HLTW, insbesondere aber für die BAKIP. In dieser Schulform gab es zum Zeitpunkt der Erhebung keine Jungen in den teilnehmenden Klassen. Der Umstand, dass Mädchen in bestimmten Bereichen mehr vom Training profitierten als Jungen, könnte ebenfalls auf das ungleiche Geschlechterverhältnis zurückzuführen sein. Auch die ungleiche Verteilung der Altersstufen über die Stichprobe kann nicht als ideal bezeichnet werden. Somit musste eine Einteilung in zwei Altersgruppen vorgenommen werden, was wiederum einen Informationsverlust nach sich zog. Für weitere Untersuchungen empfiehlt es sich die Art des Schultyps beziehungsweise die vorliegende Geschlechter- und Altersverteilung als Auswahlkriterium miteinzubeziehen.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug zum Zeitpunkt der Erhebung und des Trainings 15 Jahre. Stellt die Arbeit mit pubertierenden Jugendlichen an sich schon besondere Ansprüche an die Projektmitarbeiter, kommt im Falle der vorliegenden Studie noch der Umstand hinzu, dass teilweise mit ersten Klassen der jeweiligen Schulen gearbeitet wurde. Das bedeutet, dass sich diese Schüler innerhalb ihres Klassenverbandes erst seit Kurzem kannten. Rollen und Positionen unter den Schülern waren noch nicht voll ausgebildet und festgelegt, Freundschaften und Cliques bildeten sich erst heraus. Die

Intention soziale Kompetenzen der Schüler zu stärken und sich mit Themen wie Selbstsicherheit, Aggression und sozialer Angst auseinanderzusetzen wurde größtenteils sehr gut von den Schülern angenommen. Machtkämpfe und Konflikte unter den Schülern konnten teilweise als aktuelle Themen in das Training integriert werden und führten so zu einer dynamischen und spannenden gemeinsamen Arbeit. Eine wichtige Zielsetzung des Trainings war es auch niemanden aus dem Projekt auszuschließen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde mehrfach betont und alternative Beschäftigungen wurden angeboten. Dennoch gab es Schüler, die am Training teilnahmen und eher störend auf die Zusammenarbeit einwirkten. Für eine neuerliche Durchführung eines Trainings sollte somit Regeln überlegt werden, die es erlauben Schüler von Seiten der Projektmitarbeiter aus dem Training auszuschließen, wenn dies angebracht erscheint.

Ein Umstand, der erst nach Beendigung des Trainings bekannt wurde, war, dass in einer Schule von Seiten der Lehrer ein alternatives „Kompetenztraining“ innerhalb des Unterrichts angeboten wurde. Das bedeutet, dass Schüler, welche im Zuge des SKY-Projekts nicht am Training teilnahmen, Informationen über soziale Kompetenzen, Selbstsicherheit und weitere ähnliche Themen erhielten, welche Teil des vorliegenden Selbstsicherheitstrainings waren. Dies könnte die Verbesserungen der Kontrollgruppe in manchen erhobenen Bereichen erklären. Trotzdem fanden sich signifikante bis höchst signifikante Verbesserungen der Versuchsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe. Das spricht umso mehr für die Wirksamkeit des entwickelten Trainings. In jedem Fall müssen aber derartige Störfaktoren in Zukunft in Absprache mit teilnehmenden Schulen besser abgeklärt werden.

Teilweise wurden Items der vorgegebenen Fragebögen, trotz allgemeiner mündlicher und schriftlicher Instruktion, nicht korrekt von den Schülern ausgefüllt. Dies betraf vor allem Werte, welche als Antwortoption nicht möglich waren oder Auslassungen von Items. Mögliche Erklärungen dafür könnten Ungenauigkeit beim Lesen oder Ausfüllen sein oder, dass die Anweisungen der Projektmitarbeiter nicht richtig verstanden wurden. Es empfiehlt sich für eine neuerliche Erhebung bei Schülern dieses Alters genauere und spezifischere Anweisungen pro Fragebogen von Seiten der Projektleitung zu geben und mehrfach auf die Wichtigkeit der Vollständigkeit der Antworten hinzuweisen. Auch die Kontrolle aller Fragebögen sollte von den Mitarbeitern vorgenommen werden, um auf eventuelle Fehler oder Auslassungen direkt hinweisen zu können. Für die Berücksichtigung dieser Empfehlungen muss bei einer zukünftigen Testung somit auch ein angemessener zeitlicher Rahmen gewählt werden.

Die gute Zusammenarbeit des Projektteams ist als sehr positiv hervorzuheben. Die Besprechungen der jeweiligen Einheiten vor dem Training waren sehr hilfreich, um geplante Abläufe und die Durchführung im gesamten Team abzustimmen. So konnte eine einheitliche Gestaltung gewährleistet werden, was für die Wirksamkeitsüberprüfung unerlässlich war. Nach jeder durchgeführten Einheit wurden Protokolle für jede Klasse erstellt und Erfahrungen und Probleme mit den Schülern unter den Trainern besprochen. Dies ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten und eine Optimierung der zukünftigen Einheiten.

Weiters soll an dieser Stelle auch auf die aktuelle Forschungsarbeit im Rahmen des SKY-Projekts hingewiesen werden. Die Wirksamkeit des vorliegenden Selbstsicherheitstrainings auf die soziale Kompetenz von Jugendlichen wurde im Zuge ihrer Diplomarbeit von Teresa Fenz untersucht. Im Wintersemester 2009/2010 startete das Selbstsicherheitstraining als Online-Version. Erste Ergebnisse dazu sind für das kommende Jahr zu erwarten. Nicht zuletzt wird derzeit ein Handbuch entwickelt und erstellt, das in Zukunft von Pädagogen herangezogen werden kann, um eigenständig, ohne Hilfe von Seiten der Projektmitarbeiter, einzelne Elemente des Selbstsicherheitstraining durchführen zu können.

10 ABSTRACTS

Für Menschen, die an einer Sozialen Phobie leiden, stellen soziale Situationen, wie das Halten einer Rede vor Publikum, das Besuchen einer Party oder das Sprechen mit Fremden extreme Angstmomente dar. Nur unter größter Anspannung ist es ihnen möglich diese unterschiedlichsten sozialen Interaktionen zu ertragen und oft wenden sie enorme Anstrengungen auf, um gar nicht erst in eine soziale Situation hineinzugeraten. Die Soziale Phobie ist nach gängigen Klassifikationssystemen wie dem DSM-IV und dem ICD-10 als psychische Störung einzustufen. Um die Soziale Phobie von dem Alltagsbegriff der Schüchternheit abzugrenzen, wird die Theorie, dass sich beide auf unterschiedlichen Punkten eines Kontinuums sozialer Ängste befinden, als wahrscheinlich angenommen. Dies betrifft z.B. den Schweregrad der Ängste, die Vermeidung sozialer Situationen und die Lebensqualität der Betroffenen. Die Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Wirksamkeitsüberprüfung eines 14wöchigen Selbstsicherheitstrainings, das im Rahmen des SKY-Projekts im Wintersemester 2008/2009 in österreichischen Schulen zum Einsatz kam. Das Projekt wurde von Dr. Birgit U. Stetina geleitet und durch die Sparkling-Science Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung unterstützt. Das Ziel des Trainings war es Jugendlichen zwischen 14 und 20 Jahren dabei zu helfen Schüchternheit zu überwinden, bestehende soziale Ängste abzubauen und soziale Kompetenzen zu erlernen, mit deren Fähigkeit in weiterer Folge die Entwicklung einer Sozialphobie entgegengewirkt werden kann. Das Training folgt dem präventiven Ansatz des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2007) und orientiert sich an Elementen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanuale von Joormann und Unnewehr (2002) und Stangier, Heidenreich und Peitz (2003). Die Wirksamkeitsüberprüfung erfolgte anhand eines Prä-postdesigns, wobei die Verfahren LSAS, SPIN und SPE vorgegeben wurden und eine Einteilung der 331 teilnehmenden Schüler in Versuchs- und Kontrollgruppe stattfand. Zur statistischen Auswertung wurden unter anderem der t-Test und das allgemeine lineare Modell angewandt. Bei den Schülern, welche am Selbstsicherheitstraining teilgenommen hatten, konnten sowohl der Gesamtschweregrad der Sozialen Phobie, als auch die Angst in und die Vermeidung von verschiedenen Situationen höchst signifikant verbessert werden. Die Zahl der Schüler, welche zum Ausgangszeitpunkt als nicht sozialphobisch zu bezeichnen waren, verdoppelte sich nach dem Training. Bei insgesamt sieben sozialphobischen Einstellungen bestanden nach dem Training signifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. Die Ergebnisse lassen somit auf die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings schließen.

For people suffering from social phobia, social situations like holding a speech, visiting a party, or talking to strangers constitute extreme moments of fear. To bear these different social interactions is only possible with the greatest strain, and they spend enormous efforts to not become involved in such a situation in the first place. Social phobia is, according to the well-established classification systems like DSM-IV and ICD-10, categorized as a mental disorder. To separate social phobia from the household term "shyness", it is agreed upon that both terms can be seen as two different points on a continuum of social fears. This relates to the severity of the fears, the avoidance of social situations and the life quality of the concerned person. This thesis is concerned with the examination of the effectiveness of a 14-day training for self assurance, that was employed in Austrian schools in the context of the SKY-project in the winter term 2008/2009. The project was led by Dr. Birgit U. Stetina and was supported by the Sparkling-Science sponsorship of the Federal Ministry of Science and Research. The aim of the training was to help teenagers (aged 14 to twenty years) to overcome their shyness, to reduce existing social fears and to learn social competences, with which social phobia can be counteracted. The training follows the preventive approach of group trainings according to Hinsch and Pflingsten (2007) and orients itself on the elements of cognitive-behavioral-therapy treatment manuals of Joormann and Unnewehr (2002) and Stangier, Heidenreich and Peitz (2003). The proof of effectiveness was carried out according to a pre-postdesign, where the methods LSAS, SPIN and SPE were presented. A classification of the 331 participating pupils into an experimental and a control group was done. For the statistical analysis, the t-test and general linear models were used, amongst others. The pupils that took part in the training for self assurance had highly significant advancements regarding the cumulative severity of social phobias, but also regarding fear in different situations and avoidance of different social situations. The number of pupils that were initially counted as not social phobic was doubled at the end of the training. After the training there were significant differences between experimental group and control group in seven social phobic attitudes. The results suggest the efficacy of the training for self assurance.

11 LITERATURVERZEICHNIS

- Abbott, M.J. & Rapee, R.M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 136-144.
- Acarturk, C., de-Graaf, R., van-Straten, A. , ten-Have, M. & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 43*(4), 273-279.
- Ambühl, H., Meier, B. & Willutzki, U. (2001). *Soziale Angst verstehen und behandeln: ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition, Revised*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Fourth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, Revised*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2009). *DSM-V. The Future Manual*. Abgefragt am 22.12.2009 von <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV.aspx>
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Ekselius, L., Sparthar, E. et al. (2003). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 677-686.
- Asendorpf, J.B. (1998). Die Entwicklung sozialer Kompetenzen, Motive und Verhaltensweisen. In F.E., Weinert (Hrsg.), *Entwicklung im Kindesalter* (S. 153-177). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

- Bandelow, B. (2004). *Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bandelow, B. & Wedekind, D. (2006). Angst - Neurobiologie. In H. Förstl (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. 483–522). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 545-525.
- Beidel, D.C., Christ, M.A.G. & Long, P.J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(6), 659-670.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998). *Shy Children, Phobic Adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berghändler, T., Stieglitz, R.D. & Vriends, N. (2007). Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung. *Schweizer Medizin Forum*, 7(9), 225-230.
- Blanco, C., Schneier, F.R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C.R., Marshall, R.D., Sánchez-Lacay, A. & Liebowitz, M.R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18(1), 29-40.
- Bögels, S. & Stein, M. (2009). *Social phobia. Moving to DSM-V*. Abgefragt am 22.12.2009 von <http://dare.uva.nl/record/299090>
- Bokhorst, C.L., Westenberg, P.M., Oosterlaan, J. & Heyne, D.A. (2008). Changes in social fears across childhood and adolescence: age-related differences in the factor structure of the fear survey schedule for children-revised. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 135–142.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Statistik. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Carducci, B.J. (2000). *Shyness: A bold new approach: The latest scientific findings, plus practical steps for finding your comfort zone*. New York: Harper Collins Publishers.

- Carlbring, P. & Andersson, G. (2004). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22(3), 545-553.
- Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: A randomized trial of internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 123-128.
- Chartier, M.J., Walker, J.R. & Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 728-734.
- Chavira, D.A., Stein, M.B. & Malcarne, V.L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), 585-598.
- Clark, D.M. (1995). *Social attitudes questionnaire*. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, Oxford University, Oxford, UK.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Hrsg.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69-93). New York: Guilford.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R.H. (2000). Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J.R.T. (2003). Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, (Suppl.)* 108(417), 65-71.
- DeRosnay, M., Cooper, P.J., Tsigaras, N. & Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1165-1175.
- DeWit, D.J., Chandler-Coutts, M., Offord, D.R., King, G., McDougall, J., Specht, J., Stewart, S. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 19(5), 479-502.
- Dilling, H. (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dilling, H. & Mombour, W. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M., Hulsbosch, A.M., deVries, S., Schuemie, M.J., van der Mast, C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 509-516.

- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H.U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe, *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Fredrikson, M., & Furmark, T. (2004). Brain imaging studies in social anxiety disorder. In B. Bandelow & D.J. Stein (Hrsg.): *Social Anxiety Disorder* (S. 215-233). New York: Marcel Dekker.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B. und Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T.A. & Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 983-993.
- Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H. & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *CyberPsychology and Behavior*, 10(5), 722-724.
- Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimboric, P, Arnkoff, D.B. et al. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 938-945.
- Havighurst, R. J. (1951). *Developmental tasks and education*. New York: Longmans.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2002). Die Ängstliche und Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 291-319). Göttingen: Hogrefe.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2003). Soziale Phobie: Grundlagen und neue Entwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 35(3), 499-515.
- Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L. & Liebowitz (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 249-269.
- Heiser, N.A., Turner, S.M., Beidel, D.C. & Roberson-Nay, R. (2008). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*. Article in Press.
- Heiser, N.A., Turner, S.M., Beidel, D.C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 209-221.

- Henderson, L. & Zimbardo, P. (1996). *Shyness*. Encyclopedia of Mental Health. Abgefragt am 15.12.2008 von <http://www.shyness.com/encyclopedia.html>
- Hinrichsen, H. & Clark, D.M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 205-218.
- Hirshfeld-Becker, D.R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, 25(4), 357-367.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz.
- Hofmann, S.G. & Barlow, D.H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D.H. Barlow (Hrsg.), *Anxiety and its disorders* (S. 454-476). New York: Guilford.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G. & Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 318-325.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 348-356.
- Huppert, J.D., Strunk, D.R., Ledley, D.R., Davidson, J.R.T. & Foa, E. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 25(5), 441-448.
- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen - ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Junge, J. & Bittner, A. (2004). Prävention von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 389-415). Berlin: Springer Verlag.
- Kagan, J. (1999). The concept of behavioral inhibition. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Hrsg.): *Extreme fear, shyness, and social phobia* (S. 3-13). New York: Oxford University Press.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Kessler, R.C., McGonagle K.A., Zhao. S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.
- Khazaal, Y., Fernandez, S., Cochand, S., Reboh, I. & Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on social phobia: A cross-sectional study. *Depression and Anxiety*, 25(5), 461-465.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for Social Phobia: A Preliminary Controlled Study. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 76-88.
- Koch, M. (2007). Neuropharmakologie. In H. Förstl (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. 177-220). Heidelberg: Springer Verlag.
- Lanteaume, L., Khalifa, S., Regis, J., Marquis, P., Chauvel, P. & Bartolomei, F. (2007). Emotion induction after direct intracerebral stimulations of human amygdala. *Cerebral Cortex*, 17(6), 1307-1313.
- Lehenbauer, M., Stetina, B.U., Gutmann, M.T., Tasic, D., Turner, K., Reinisch, C. & Vytiska, K. (2010). *Self-Competence and assertiveness: Results of a new "self-assurance training" for adolescents*. Oral presentation at the 12th Biennial Conference of the European Association for Research on Adolescence, Vilnius, Lithuania, May 12th-15th, 2010.
- Lepin, J.P. & Simon, V. (1998). Überlegungen zum Begriff der Schüchternheit. In H. Katschnig (Hrsg.): *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird ... : über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S. 47-53). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lissek, S., Powers, A.S., McClure, E.B., Phelps, E.A., Woldehawariat, G., Grillon, C. & Pine, D.S. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1391-1424.
- Lissek, S., Levenson, J., Biggs, A.L., Johnson, L.L., Ameli, R., Pine, D.S., Grillon, C. (2008). Elevated fear conditioning to socially relevant unconditioned stimuli in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 124-132.

- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A., Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B. & Watson, C. (2005). Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 589-607.
- McLeod, B.D., Wood, J.J. & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt*, 71(7), 535-542.
- Melfsen, S. & Warnke, A. (2004). Soziale Phobie. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 165-195). Berlin: Springer Verlag.
- Mitte, K., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2007). *Diagnostik bei sozialen Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Morschitzky, H. (2002). *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer Verlag.
- Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer Verlag.
- Murray, L., deRosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M. & Cooper, P.J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064.
- Perez-Edgar, K., Roberson-Nay, R., Hardin, M.G., Poeth, K., Guyer, A.E., Nelson, E.E., McClure, E.B., Henderson, H.A., Fox, N.A., Pine, D.S. & Ernst, M. (2007). Attention alters neural responses to evocative faces in behaviorally inhibited adolescents. *Neuroimage*, 35(4), 1538-1546.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2007). *Training mit Jugendlichen - Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Piqueras, J.A., Olivares, J. & Lopez-Pina, J.A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 67-77.

- Ralevski, E., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Yen, S., Bender, D.S., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: Distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 208-214.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Tuomisto, M.T. & Marttunen, M. (2007). Screening social phobia in adolescents from general population: The validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *European Psychiatry*, 22, 244-251.
- Renneberg, B. & Ströhle, A. (2006). Soziale Angststörungen. *Der Nervenarzt*, 77(9), 1123-1132.
- Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M. & Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.
- Rothbart, M.K. (1999). Commentary: Temperament, fear and shyness. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Hrsg.), *Extreme fear, shyness, and social phobia* (S. 88-93). New York: Oxford University Press.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11(1), 27-40.
- Ruscio, A.M., Brown, T.A., Chiu, W.T., Sareen, J., Stein, M.B. & Kessler, R.C. (2007). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological-Medicine*, 38(1), 15-28.
- Saß, H. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L.A. & Fox, N.A. (1999). *Conceptual, biological, and behavioral distinctions among different categories of shy children*. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Hrsg.): *Extreme fear, shyness, and social phobia* (S. 47-66). New York: Oxford University Press.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*. 49(4), 282-288.
- Schwartz, C.E., Wright, C.I., Shin, L.M., Kagan, J. & Rauch, S.L. (2003). Inhibited and uninhibited infants „grown up“: adult amygdalar response to novelty. *Science*, 300(5627), 1952-1953.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

- Stangier, U. (2003). Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen. In J. Hoyer (Hrsg.): *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren* (S. 244-247). Berlin: Springer Verlag.
- Stangier, U., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U. & Heidenreich, T. (2005). Liebowitz Soziale Angst-Skala (LSAS). In Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (Hrsg.). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (5. vollst. überarb. u. erweiter. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Ehlers, A. & Clark, D. (1996). *Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen* (SPE). Unveröffentlichtes Manuskript. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). Soziale Phobien. *Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Stein, M., Liebowitz, M. & Lydiard, R. (1998). Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized, controlled trial. *JAMA*, 280(8), 708-713.
- Sosic, Z., Gieler, U. & Stangier, U. (2006). *Evaluation of the Social Phobia Inventory (SPIN) in the German population*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langström, B. & Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subject with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1220-1226.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. & Frederikson, M. (2004). Social phobia and avoidant personality disorder: One spectrum disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2), 147-152.
- Titov, N., Andrews, G. & Schwencke, G. (2008). Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 595-605.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J. & Einstein, D. (2008). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 585-594.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Jacob, R.G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and Atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 350-358.

- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 497-505.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A Comparison of Specific and Generalized Subtypes and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 326-331.
- Wittchen, H.U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 4-18.
- World Health Organization (2009). *Revision of the International Classification of Diseases (ICD)*. Abgefragt am 22.12.2009 von <http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en/index.html>
- VanVelzen, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G. & Scholing, A. 2000. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 395-411.
- Vriends, N., Becker, E.S., Meyer, A., Michael, T. & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 59-75.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J. et al. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26(1), 153-161.
- Zimbardo, P.G. (1986). The Stanford shyness project. In W.H. Jones, J.M. Cheek & S.R. Briggs (Hrsg.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (S. 17-25). New York: Plenum Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.
- Zimmermann, P., Wittchen, H.U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R.C. & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33(7), 1211-1222.

12 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2.1: Die Hauptkomponenten des kognitiven Modells von Clark und Wells (1995) und ihre Beziehung zueinander.	19
Abbildung 3.1: Schematische Darstellung der Schüchternheit auf einem Kontinuum sozialer Ängste (Renneberg & Ströhle, 2006).....	34
Abbildung 4.1: Das Prozessmodell sozial kompetenten Verhaltens.....	41
Abbildung 6.1: Geschlechterverteilung der Stichprobe	66
Abbildung 6.2: Geschlechterverteilung innerhalb der Altersgruppen.....	67
Abbildung 6.3: Geschlechterverteilung innerhalb der beiden Versuchsbedingungen	69
Abbildung 6.4: Geschlechterverteilung der Schüler, welche bereits an einem Selbstsicherheitstraining teilgenommen haben.....	70
Abbildung 6.5: Entwicklung der beiden Gruppen über die Zeit für den Gesamtsummenscore der LSAS.....	79
Abbildung 6.6: Verteilung der Schüler (VG) auf die LSAS-Kategorien vor und nach dem Training.	80
Abbildung 6.7: Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der VG und der KG zu t1	85
Abbildung 6.8: Vergleich männlicher und weiblicher Schüler der VG und der KG zu t2	85
Abbildung 6.9: Entwicklung der beiden Gruppen über die Zeit für den Gesamtsummenscore des SPIN.....	87
Abbildung 6.10: Verteilung der Mädchen und Jungen (VG) auf die SPIN-Kategorien vor dem Training.....	88
Abbildung 6.11: Verteilung der Mädchen und Jungen (VG) auf die SPIN-Kategorien nach dem Training	89
Abbildung 6.12: Verteilung der Schüler (VG) auf die SPIN-Kategorien vor und nach dem Training.	90
Abbildung 6.13: Entwicklung der VG und der KG anhand der SPIN-Kategorien von ersten auf zweiten Zeitpunkt.....	91

13 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 6.1: Geschlecht und Alter.....	66
Tabelle 6.2: Verteilung der Schüler auf die Schulen, Klassen und Versuchsbedingungen..	68
Tabelle 6.3: Beziehungsstand der Altersgruppen	70
Tabelle 6.4: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 1 für VG und KG	73
Tabelle 6.5: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 2 für VG und KG	74
Tabelle 6.6: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu t1 und zu t2.....	75
Tabelle 6.7: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten innerhalb der Versuchsgruppe.....	76
Tabelle 6.8: Signifikante Mittelwertsunterschiede von ersten auf zweiten Zeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe	76
Tabelle 6.9: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten innerhalb der Kontrollgruppe	77
Tabelle 6.10: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Testzeitpunkten.....	78
Tabelle 6.11: Signifikante Mittelwertsunterschiede von Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt.....	78
Tabelle 6.12: Ergebnisse der Berechnung mittels LSAS-Kategorien für die Fragestellungen 1 bis 6	80
Tabelle 6.13: Verteilung der Schüler auf die LSAS-Kategorien.....	81
Tabelle 6.14: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 1 für VG und KG	82
Tabelle 6.15: Geschlechterunterschiede zu Zeitpunkt 2 für VG und KG	83
Tabelle 6.16: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu t1 und zu t2.....	83
Tabelle 6.17: Mittelwerte männlicher und weiblicher Schüler jeweils für die Versuchsbedingungen und die Testzeitpunkte	84
Tabelle 6.18: Mittelwerte der beiden Versuchsbedingungen zu beiden Zeitpunkten	87
Tabelle 6.19: Verteilung der Schüler auf die SPIN-Kategorien.....	89
Tabelle 6.20: Items des SPE, in welchen sich VG und KG zu t1 signifikant voneinander unterscheiden.....	92
Tabelle 6.21: Mittelwerte und Standardabweichungen beider Gruppen für die signifikanten Items des SPE zu t1	93

Tabelle 6.22: Items des SPE, in welchen sich VG und KG zu t2 signifikant voneinander unterscheiden.....	94
Tabelle 6.23: Mittelwerte und Standardabweichungen beider Gruppen für die signifikanten Items des SPE zu t2.....	95



Persönliche Daten

Name	Bettina Prutsch
Anschrift	Mühlgasse 108 / 2 / 2 ; 2500-Baden
E- Mail	bettina.prutsch@gmail.com
Geburtsdatum	13. 07. 1983
Geburtsort	Wagna / Stmk.
Familienstand	ledig
Staatsbürgerschaft	Österreich

Schul- und Hochschulausbildung

Seit Okt. 2001	Studium der Psychologie an der Hauptuniversität Wien
Juni 2001	Abschluss der AHS mit Matura und ausgezeichnetem Erfolg
1993 –2001	BG und BRG Biondegasse Baden
1991 – 1993	3. und 4. Klasse Volksschule in Baden bei Wien
1987 – 1991	1. und 2. Klasse Volksschule in St. Veit am Vogau

Praktika und Berufserfahrung

seit Nov. 2009	Urlaubs- und Vertretungsdienst als freier Dienstnehmer im Psychosozialen Zentrum der Kolpingsfamilie Baden
Sep. – Okt. 2009	6-Wochen-Praktikum im Psychosozialen Zentrum der Kolpingsfamilie Baden
2006 – 2009	freie Mitarbeit auf der Trabrennbahn in Baden bei Wien
2004 – 2009	freie Mitarbeit im Magna Racino
Sep. 2002	einwöchiges Praktikum in der Abteilung für Neuropsychologie an der Sigmund-Freud-Klinik Graz
2001 – 2006	Interviewtätigkeiten für das Marktforschungsinstitut OE-Consult; diverse Tätigkeiten für die Stadtgemeinde Baden (Meinungsumfragen, Umfragen zum Kaufverhalten, Mitarbeit bei diversen Events – Dekorationen von Veranstaltungsorten, Betreuung von Eventteilnehmern, Informationsstandbetreuung bei Veranstaltungen)
1999 – 2001	Mitarbeit an der Jugendseite der NÖN für Baden bei Wien