



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

Primäre Prävention sozialer Ängste:
Förderung von Resilienz mit Hilfe evidenzbasierter
Offline- und Online-Interventionen

Verfasser

Mag. rer. nat. Mario Lehenbauer

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

Wien, im November 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 091 298

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

o.Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Die empirische Studie der vorliegenden Dissertation wurde teilweise von „Sparkling Science“ (Österreichisches Bundesministerium für Wissenschaft) gefördert.

Um eine flüssigere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird in der vorliegenden Dissertation die männliche Form vorgezogen. Es wird an dieser Stelle jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass stets beide Geschlechter damit erfasst sind.

„Daumen hoch für das ganze Seminar! Anfangs habe ich mir eigentlich nicht so viel erwartet. Doch als dann der erste Tag angefangen hat war ich sehr begeistert davon und bin der Meinung, dass man mit diesem Wissen vielen Leuten weit voraus ist!“ Anonymes Feedback zum offline Selbstsicherheitstraining

„Im Mittelpunkt stand für mich dass ich alle Sachen, die ich gelernt habe, anwenden kann und werde. Die Ideen waren für mich sehr brauchbar und ich bin sicher, diese Erfahrungen weitergeben zu können!“ Anonymes Feedback zum offline Selbstsicherheitstraining

„Die Einheit zu „Forderungen stellen“ ist mir für mich persönlich am positivsten in Erinnerung geblieben. Wie mit fetter Schrift und vielen Ausrufezeichen deutlich gemacht wurde, dass wir das Recht haben, unser Leben zu gestalten, wie wir es wollen, und Nein zu sagen, Forderungen zu stellen, hat mir in dem Moment selbst sehr gut getan. Es ist wichtig, sich solchen Dingen hin und wieder bewusst zu werden und sich nicht zu sehr vom Alltag bedrücken zu lassen!“ Anonymes Feedback zum online Selbstsicherheitstraining.

„Es ... hat in dieser Zeit schon ein gewisses Umdenken stattgefunden ... Durch die vielen Beispiele und Übungen wurde mir zum ersten Mal deutlich, was es wirklich heißt, unter sozialen Ängsten zu leiden ... Schon alleine diese Gewissheit hat mir unendlich viel Mut und Selbstsicherheit gegeben ... Ich finde, das Selbstsicherheitstraining hat bei mir seine Wirkung nicht verfehlt. Ich fühle mich jetzt viel sicherer im Umgang mit anderen Menschen und ich stehe zu mir selbst und auch meinen Fehlern.“ Anonymes Feedback zum online Selbstsicherheitstraining.

DANKSAGUNG

Eine Danksagung hat für mich sehr viel mit Dankbarkeit zu tun. Meiner Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner danke ich sehr herzlich für die Annahme dieser Dissertation. Es eröffneten sich dadurch vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten, die für mich zu Beginn der Dissertation nicht vorhersehbar waren.

Ich bedanke mich bei Dr. Birgit Stetina für ihre Unterstützung. Weiters gilt mein Dank auch den Mitarbeitern im SKY-Projekt Mag. Maria Gutmann, Mag. Dunja Tasic, Mag. Karoline Turner, Mag. Christiane Reinisch und Mag. Katharina Vytiska für die Mithilfe und Unterstützung bei der Erstellung der Konzeption des Selbstsicherheitstrainings, sowie dem Bundesministerium für Wissenschaft. Ohne Förderung im Rahmen von „Sparkling Science“ wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen. Den ehemaligen Diplomandinnen Mag. Alice Bauer, Mag. Teresa Fenz und Mag. Bettina Prutsch danke ich für die Datenerhebung und –eingabe.

Mein Dank gilt auch Dr. Doris Rusch, Assistant Professor an der DePaul University in Chicago, für wertvolle inspirierende Momente im Verlauf der letzten Jahre, sowie Univ.-Prof. Dr. Helmut Hlavacs, Leiter des Arbeitsbereichs „Entertainment Computing“ an der Fakultät für Informatik, für seine Offenheit gegenüber neuen Ideen.

Es wurden die Leben und Privatsphären zahlreicher Jugendlichen und junger Erwachsener mit der vorliegenden Dissertation und dem damit verbundenen Projekt berührt, dafür bin ich ebenfalls dankbar – es ist kein Werk, dass in einer Schublade verschwindet, sondern in der einen oder anderen Form werden die Ergebnisse in den an den Studien beteiligten Jugendlichen und Erwachsenen weiterleben.

Meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, und meinem Partner danke ich für all die Liebe, Geduld und auch Nachsichtigkeit. Mein Leben war in den letzten Jahren zunehmend von meinem Beruf geprägt, der auch eine Berufung für mich darstellt. Dass dadurch andere Aspekte zu kurz kamen, und dies mit Nachsichtigkeit hingenommen wurde, ist für mich nicht selbstverständlich. Danke!

INHALT

Theoretischer Teil

1	Einleitung	2
2	Resilienz, Prävention und soziale Kompetenzen	4
2.1	Definition und verwandte Konstrukte	4
2.2	Resilienz und Trainings sozialer Kompetenzen	7
2.2.1	Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2007)	12
2.2.2	Training sozialer Kompetenzen nach Alsleben und Hand (2006)	14
3	Soziale Ängste: Prävention und evidenzbasierter Behandlung	16
3.1	Sozialphobie nach DSM-IV-TR und ICD-10	17
3.2	Kontinuumsmodell: Schüchternheit, soziale Ängste und Sozialphobie	18
3.3	Kognitiv-lerntheoretische Entstehungsmodelle sozialer Ängste	22
3.4	Soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter	26
3.5	Soziale Ängste und soziale Kompetenzen	30
3.6	Wirkmechanismen evidenzbasierter Behandlung	32
4	Interventionen im Internet	36
4.1	Wirksamkeit onlinebasierter Interventionen	36
4.2	Soziale Ängste in Zusammenhang mit problematischem Internetgebrauch: Internetspezifische maladaptive Kognitionen	41
4.3	Ethische Aspekte	43
5	Zielsetzung der Dissertationsstudie	47

Empirischer Teil

STUDIE I: Offline Selbstsicherheitstraining	48
6 Entwicklung des offline Selbstsicherheitstrainings	48

7	Methodik	54
7.1	Auswahl und Begründung der Testverfahren	54
7.2	Fragestellungen und Hypothesen	58
7.3	Durchführung des Selbstsicherheitstrainings	64
7.4	Stichprobe und Datenbereinigung	65
7.5	Statistische Überprüfung	67
8	Ergebnisdarstellung	69
8.1	Stichprobenmerkmale	69
8.2	Korrelationstabellen	71
8.3	Soziale Ängste	76
8.4	Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)	85
9	Diskussion der Studie I	100
9.1	Bearbeitung sozialer Ängste	103
9.2	Förderung von Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit)	105
9.3	Zusammenfassung	110
	STUDIE II: Online Selbstsicherheitstraining	111
10	Entwicklung des online Selbstsicherheitstrainings	111
11	Methodik	117
11.1	Auswahl und Begründung der Testverfahren	117
11.2	Fragestellungen und Hypothesen	118
11.3	Stichprobe, Rekrutierung und Datenerhebung	124
11.4	Statistische Auswertung	125
12	Ergebnisdarstellung Online-Studie	126
12.1	Stichprobenmerkmale	126
12.2	Soziale Ängste	128
12.3	Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)	136
12.4	Internetspezifische maladaptive Kognitionen	147

13 Diskussion Studie II	151
13.1 Bearbeitung sozialer Ängste	151
13.2 Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)	152
13.3 Internetspezifische maladaptive Kognitionen	156
14 Vergleichende Darstellung Studie I und Studie II	158
15 Kritik und Ausblick	162
16 Zusammenfassung	165
17 Abstract deutsch und englisch	167
18 Literaturverzeichnis	169
19 Abbildungsverzeichnis	186
20 Tabellenverzeichnis	188
21 Anhang A: Kurzbeschreibung Projekt SKY	191
22 Curriculum Vitae und Publikationsliste	192

THEORETISCHER TEIL

1 EINLEITUNG

Resilienz umfasst soziale und kognitive Kompetenzen, sowie effektive Bewältigungsstrategien als Schutzfaktoren, um bestmöglich mit widrigen Lebensumständen (Risikofaktoren) umgehen zu können. Eine erhöhte Vulnerabilität (und damit ein Bedarf von Resilienz) ergibt sich vor allem zwischen sozialen Entwicklungsübergängen, beispielsweise der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter der Eintritt in ein Berufsleben. In diesem Altersbereich spielen speziell soziale Ängste eine wichtige Rolle, da die Pathogenese vor allem zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr stattfindet.

Soziale Ängste können als besonders ungünstig für die gesunde Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bezeichnet werden, nicht zuletzt aufgrund ihrer Auswirkung auf das gesamte soziale und berufliche Leben. Das Kontinuumsmodell sozialer Ängste geht davon aus, dass sich Schüchternheit, (spezifische und generalisierte) Sozialphobie und die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung allesamt auf einem Kontinuum, aufgespannt anhand des Schweregrads sozialer Ängste und der Beeinträchtigung in der Lebensführung, befinden. Die Förderung von Resilienz mit Hilfe evidenzbasierter Maßnahmen soll entsprechend diesem dimensionalen Ansatz einen Anstieg des Schweregrads verhindern. Effektive Wirkfaktoren in bisher untersuchten Interventionsansätzen lassen sich vor allem einem kognitiv-lerntheoretischen Interventionsspektrum zuordnen. Um im Sinne der Resilienz primär-präventiv schweren sozialen Ängsten entgegen zu wirken, ist es sinnvoll, mit evidenzbasierten Interventionen bereits bei Schüchternheit und davor anzusetzen. Es besteht in der Literatur Konsens darüber, dass sich soziale Ängste und Sozialphobie fast ausschließlich im Jugend- und frühen Erwachsenenalter entwickeln. Speziell diese Altersgruppe ist zu fast 80% im Internet tätig. Es liegt daher der Gedanke nahe, diese Risikogruppe für präventive Interventionsansätze mit einer Förderung der Resilienz dort anzusprechen, wo sie sich bereits befindet – im Internet. Insbesondere der Stärkung von Resilienz mit Hilfe neuer Medien kommt speziell in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung zu (beispielsweise die Entwicklung spezieller digitaler Applikationen).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Selbstsicherheitstraining entwickelt, das sowohl in einer Offline- als auch Onlineversion mit Hilfe evidenzbasierter Wirkmechanismen sozialen Ängsten präventiv vorbeugen und Resilienz (durch Vermittlung von sozialen und kognitiven Kompetenzen, Selbstwirksamkeit sowie Emotionsregulationsstrategien) stärken soll. Vor Erstellung der Onlineversion war es im

Sinne evidenzbasierter Forschung unumgänglich, dieses „face-to-face“ anhand einer offline Stichprobe zu evaluieren. Die vorliegende Dissertation vergleicht daher diese offline und online Untersuchungen von Wirkfaktoren entsprechend dem kognitiv-lerntheoretischen Interventionsmodell nach Clark und Wells (1995).

Onlinebasierte Interventionen bei sozialen Ängsten konnten bereits in mehreren Studien hinsichtlich ihrer Effizienz bestätigt werden (vgl. Andersson, 2009; Andersson et al., 2006; Botella et al., 2010; Carlbring, Bergman-Nordgren, Furmark & Andersson, 2009). Ungeklärt sind jedoch Nebenwirkungen onlinebasierter Interventionen. Die zweite Studie im Rahmen der vorliegenden Dissertation beschäftigt sich daher neben der Evaluation der onlinebasierten Intervention auch mit internetspezifischen maladaptiven Kognitionen. Diese bilden nach Davis (2002) eine wesentliche Grundlage eines problematischen Internetgebrauch, und sie wirken sich (aufgrund negativer kognitiver Schemata) kontraproduktiv auf Resilienz aus. Es wurde bisher in noch keiner Studie untersucht, ob sich derartige Kognitionen im Rahmen von Online-Interventionen verstärken oder verringern.

Aufgrund der Schwerpunktsetzung der Dissertation werden im Theorieteil Überlegungen zu Resilienz und Prävention, soziale Kompetenzen, Wirkmechanismen kognitiv-lerntheoretischer Interventionen bei sozialen Ängsten (das kognitive Modell nach Clark & Wells, 1995), sowie die Besonderheiten onlinebasierter Interventionen dargestellt. Der empirische Teil stellt die evidenzbasierte Entwicklung des Selbstsicherheitstrainings dar, das in einer ersten Studie (Studie I) anhand einer Offlinestichprobe in Schulen bei Jugendlichen untersucht wurde. Innerhalb von Studie I fand auch die Untersuchung eines Zusammenhangs von Resilienz (operationalisiert anhand sozialer Kompetenzen, Strategien zur Emotionsregulation, sowie Selbstwirksamkeit) mit sozialen Ängsten statt. Im Sinne eines evidenzbasierten Vorgehens wurde danach das Selbstsicherheitstraining als Onlineform adaptiert und evaluiert (Studie II). Es war ursprünglich geplant, die Onlinestudie ebenfalls bei Jugendlichen durchzuführen, diese stand aufgrund organisatorischer Umstände (es nahm die Entwicklung der Onlineversion des Selbstsicherheitstrainings wesentlich mehr Zeit in Anspruch als ursprünglich angenommen) nicht mehr zur Verfügung. Da die Prävention sozialer Ängste jedoch nicht nur bei Jugendlichen, sondern wie in der Literatur vielfach beschrieben auch bei jungen Erwachsenen eine wesentliche Rolle spielt, wurde diese Altersgruppe für die zweite Studie ausgewählt. Die beiden Studien (Offline- und Onlinetraining) werden getrennt voneinander dargestellt und diskutiert.

2 RESILIENZ, PRÄVENTION UND SOZIALE KOMPETENZEN

In der klinischen Psychologie stand lange Zeit die Untersuchung von Risikofaktoren, die die Vulnerabilität von Individuen beeinflusst, im Vordergrund. Während Vulnerabilität vor allem die „Verletzlichkeit“ von Menschen und die Pathogenese die Entstehung von Krankheiten untersucht, ist mit der Forschung zu Resilienz und Salutogenese (Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit) ein Gegenpol zu verzeichnen. Der Ansatz, „*dass die Kumulation von Risikofaktoren unwiderruflich zu negativen Entwicklungsverläufen in Jugend und Erwachsenenalter führt*“ (Ittel & Scheithauer, 2008, S.100) wurde konterkariert von der Beobachtung, dass sich Kinder und Jugendliche, die negativen Lebensumständen in der Entwicklung ausgesetzt waren, trotzdem zu psychisch gesunden Erwachsenen entwickeln konnten (Korn, 2012). Innerhalb der letzten Jahre wurde daher verstärkt Augenmerk auf jene Faktoren gerichtet, die Menschen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben lassen. So berichten Stewart und Yuen (2011), dass 85% der relevanten Fachliteratur zum Bereich „Resilienz“ erst in den letzten 10 Jahren entstand. Das folgende Kapitel widmet sich daher einer grundlegenden Definition und Operationalisierung von Resilienz.

2.1 Definition und verwandte Konstrukte

Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von (psychischen und physischen) Krankheiten zu verhindern, während eine (psychologische oder medizinische) Behandlung bereits vorhandene Krankheiten bearbeitet. Beide Formen von Intervention unterscheiden sich in ihrem Zeitpunkt des Eingreifens (vor beziehungsweise nach Entstehung einer psychischen Krankheit). Sie können gemeinsam dazu beitragen, Inzidenz- und Prävalenzraten von Krankheiten zu senken. Für die vorliegende Studie spielt vor allem die Förderung von Resilienz als primäre Prävention eine wesentliche Rolle, da einem Verlauf von sozialen Ängsten in Richtung schwerer Sozialphobie vorgebeugt werden soll.

Die Definitionen der Konzepte von „Prävention“, „Gesundheitsförderung“, „Salutogenese“ und „Resilienz“ überlappen sich in der Literatur, da sie in Grundzügen miteinander verwandt sind – sie setzen sich mit der Gesundheit von Menschen auseinander. So versucht beispielsweise Prävention, einer unerwünschten Entwicklung von Krankheiten entgegen zu wirken. Gesundheitsförderung soll Ressourcen von Menschen stärken und im Sinne des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (1979, 1987) Gesundheit fördern und aufrecht erhalten. Das Konzept der Resilienz (Widerstandsfähigkeit)

wiederum beschreibt Ressourcen, die Menschen robust gegenüber ungünstigen Lebensumständen und Ereignissen erscheinen und diese gesund bleiben lässt (Maston & Reed, 2002).

Primäre Prävention dient im Sinne der Resilienz dazu, protektive Faktoren zu fördern, um möglichst widerstandsfähig mit Risikofaktoren im Alltag umgehen zu können (Buser, Schneller, & Wildgrube, 2007). Schwarzer (2004) betont, dass sich primär-präventive Interventionsprogramme vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene eignen, da in diesem Lebensalter Verhaltensweisen ausgebildet und gefestigt werden, die im gesamten Erwachsenenalter wirken. Im Bereich der Prävention von sozialen Ängsten sind im Jugend- und frühen Erwachsenenalter daher Maßnahmen wie Trainings sozialer Kompetenzen sinnvoll. Noch einen Schritt weiter gehen Hurrelmann und Settertobulte (2002) mit ihrem Konzept der primordialen Intervention. Diese richtet sich unspezifisch an eine Altersgruppe, um dem Auftreten von Risikofaktoren entgegen zu wirken. Während sich primäre Prävention an definierte Risikogruppen richtet, soll primordiale Prävention allgemein und unspezifisch bei einer Personengruppe protektive Faktoren fördern. Im Sinne primordialer Interventionen nach Hurrelmann und Settertobulte (2002) können daher wie in der vorliegenden Studie I und II auch Personen von Trainings sozialer Kompetenzen profitieren, die zwar keine Anzeichen sozialer Ängste aufweisen, aber es soll im Sinne der Resilienz eine Stärkung protektiver Faktoren erreicht werden.

Der Begriff der **Resilienz** spielt eine bedeutende Rolle in der vorliegenden Dissertation. Ursprünglich aus dem Bereich des Bauwesens stammend beschreibt Resilienz die Widerstandskraft und Belastbarkeit von Materialien. In einer biologischen Betrachtungsweise steht das Immunsystem in einem engen Zusammenhang mit Resilienz. Resiliente Personen verfügen über ein gutes Immunsystem, um gegen Infektionen gewappnet zu sein. Psychische Resilienz (als theoretisches Konstrukt) soll analog effektiv als Schutz nicht nur vor physischen Krankheiten, sondern auch vor der Entstehung von psychischen Störungsbildern wirken (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010). Stewart und Yuen (2011) kritisieren prinzipiell die unterschiedliche Operationalisierung von Resilienz in vielen Studien, beschreiben in ihrem Reviewartikel jedoch umfassend die positive Rolle von Resilienz bei Krankheiten jeglicher Art. Sie betonen, dass resiliente Individuen Krankheiten besser und schneller überstehen.

Resilienz, wie in der vorliegenden Dissertation operationalisiert, umfasst soziale und kognitive Kompetenzen (internale Kontrollüberzeugungen, ein starkes soziales Netz), sowie effektive kognitive Bewältigungsstrategien als Schutzfaktoren, um bestmöglich mit

widrigen Lebensumständen (Risikofaktoren) umgehen zu können (Stewart & Yuen, 2011). Erst dieses Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst damit die Entwicklung von psychischen Krankheiten. Die Betrachtungsweise von protektiven Faktoren steht damit im Gegensatz zu früheren pathogenetischen Modellen, die ausschließlich Risikofaktoren definierten Modellen (Korn, 2012).

Abbildung 1 soll theoretisch den Einfluss protektiver Faktoren auf eine günstige Entwicklung darstellen und verdeutlichen, dass sich eine erhöhte Vulnerabilität (und damit ein Bedarf an evidenzbasierten Interventionen zur Förderung von Resilienz) vor allem zwischen sozialen Entwicklungsübergängen, wie beispielsweise der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter der Eintritt in ein Berufsleben, ergibt.

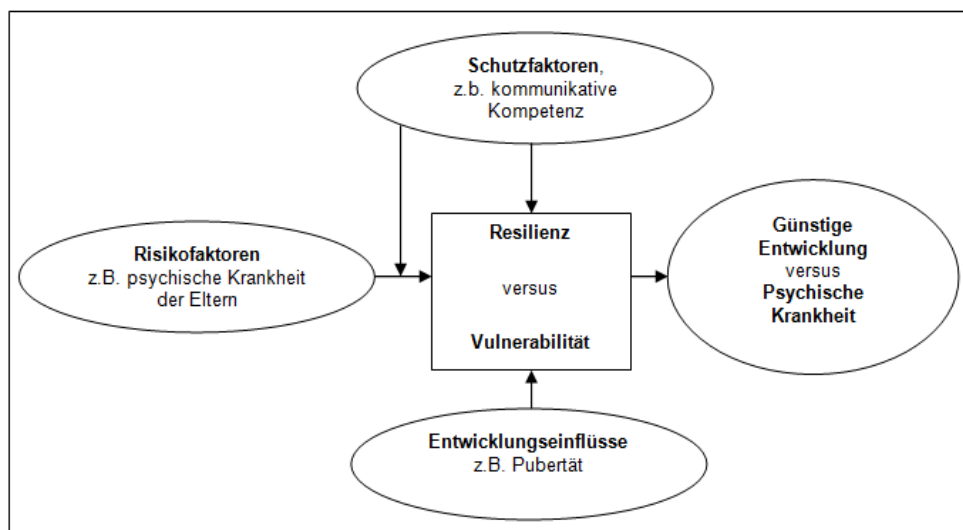


Abbildung 1: Einflussfaktoren der Störungsentstehung nach Petermann und Winkel (2005)

Innerhalb der Literatur findet sich in vielen Fällen eine post hoc Definition von Resilienz. Ausgehend von bisherigen theoretischen Überlegungen wird Resilienz definiert als die Fähigkeit von Individuen, ihre psychische Gesundheit im Angesicht von Risikofaktoren aufrecht zu erhalten beziehungsweise wieder ein Gleichgewicht zu erlangen (Stewart & Yuen, 2011). Nach Petermann und Winkel (2005) besitzen Jugendliche und junge Erwachsene mit einer hohen Resilienz gut ausgeprägte soziale Kompetenzen (wie eine gute Problemlösefähigkeit, emotionale sichere Bindungen sowie ein positives Selbstwertgefühl). Sie können in Problem- und Belastungssituationen geeignete soziale

Unterstützung für sich mobilisieren (Clauss-Ehlers, 2008; Jerusalem & Klein-Heßling, 2002). In diesem Sinne sollen spezifische Trainings sozialer Kompetenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein späteres Auftreten von psychischen Krankheiten verhindern, und somit einen positiven Einfluss auf Resilienz ausüben. Resilienz ausschließlich auf soziale Kompetenzen zu reduzieren, ist jedoch zu kurz gefasst.

Für die vorliegende Studie mit dem Ziel einer Prävention von sozialen Ängsten umfasst die Operationalisierung von (psychischer) Resilienz (angelehnt an Hoffmann und Egle, 1996; zit. nach Korn, 2012) daher folgende Bereiche (diese Faktoren sollten erwartungsgemäß negativ mit sozialen Ängsten korrelieren):

- Allgemeine soziale und kognitive Kompetenzen
- Internale Kontrollüberzeugungen
- Erfahrung der Selbstwirksamkeit und ein positives Selbstkonzept
- Stabile, emotionale Beziehungen
- Positive Emotionsregulation

Der Begriff der Selbstwirksamkeit kann in diesem Zusammenhang definiert werden als Vertrauen in die eigene Fähigkeit, selbst etwas bewirken und in schwierigen Situationen eine Lösung finden zu können. Resiliente Personen verfügen über eine hohe Selbstwirksamkeit und eine internale Kontrollüberzeugung (Bandura, 1993). Die internale Kontrollüberzeugung („internal locus of control“) als ein Bereich der Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung eines Individuums, seine Umwelt gezielt zu beeinflussen. Diese Selbstwirksamkeitserwartung und internale Kontrollüberzeugung sind Faktoren, die unmittelbar mit Resilienz in Zusammenhang stehen (Bandura, 1993; Stewart & Yuen, 2011). Als der Resilienz abträglich kann die externale Kontrollüberzeugung (external locus of control) gesehen werden (wenn Individuen die Begründung für gewisse Lebensumstände in äußeren, nicht beeinflussbaren Ursachen, sehen).

2.2 Resilienz und Trainings sozialer Kompetenzen

Hoch resiliente Individuen verfügen über ein breites Ausmaß an sozialen Kompetenzen. Sie können beispielsweise ihre Bedürfnisse kommunizieren, Kontakte knüpfen, in Belastungssituationen geeignete Unterstützung suchen, bei verbalen Angriffen geeignet (und deeskalierend) reagieren und besitzen die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu

regulieren. Im Rahmen spezieller Trainings kann Resilienz durch Vermittlung dieser Kompetenzen gefördert werden. Dadurch soll ein Vermeidungsverhalten verringert werden, und soziale Situationen werden geübt und sollen auch im Alltagsleben aktiv aufgesucht werden (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002).

Als wesentliche Wirkmechanismen stellte sich vor allem die zugrunde liegende Bearbeitung von kognitiven Prozessen heraus, die allgemein auch bei Personen, die keine Risiken oder Defizite aufweisen wirksam sind. Maladaptive Kognitionen sollen bearbeitet und in für das Individuum zuträgliche umgewandelt werden. Sie beeinflussen damit eine günstige Entwicklung (Kazdin, Esveltd-Dawson, French, & Unis, 1987; D. A. Nangle, Erdley, Carpenter, & Newman, 2002; Petermann & Winkel, 2005). Diese Überlegungen zu Wirkmechanismen bilden eine wesentliche Grundlage in der Erstellung des Selbstsicherheitstrainings. Dabei sollten nach Hurrelmann und Settertobulte (2002) folgende Prinzipien beachtet werden, um ressourcenorientierte Interventionen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter erfolgreich zu gestalten:

- Interventionen sollen Spaß machen, an der Erlebniswelt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ansetzen und Lebensfreude vermitteln.
- Es sollen normative und soziale Rahmenbedingungen (die die Lebenswelt der Jugendlichen und jungen Erwachsenen betreffen) berücksichtigt werden.
- Lebensstile der Zielgruppe müssen in die Interventionsplanung mit einbezogen werden.

Als erschwerend erweist sich die Tatsache, dass ähnlich der Definition von „Resilienz“ in der Fachliteratur keine einheitliche Definition sozialer Kompetenzen auffindbar ist. Als Kompetenz kann grundsätzlich das Potenzial eines Individuums bezeichnet werden, bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Situationen zeigen zu können (Ford, 1985). Soziale Kompetenzen werden als mehrdimensionales Konstrukt gesehen, und beziehen sich auf ein weites Spektrum menschlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten. Es lässt sich allgemein definieren, dass sie ein Set von Verhaltensweisen darstellen, das insbesondere in als positiv erlebten Beziehungen in der Kindheit und Jugend erworben wird (Berry & O'Connor, 2010; Schmidt-Denter, 2005). Jerusalem und Klein-Heßling (2002) betonen, dass vor allem Interaktionen in der Peer-Gruppe in der Jugend eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung sozialer Kompetenzen spielen. Es gibt jedoch unterschiedliche Meinungen darüber, ob soziale Kompetenzen zeitlich überdauernde Persönlichkeitseigenschaften (Traits) darstellen oder sich eher situationsspezifisch äußern (Kanning, 2003). Während in der älteren Literatur noch von Eigenschaften gesprochen wird, sprechen Befunde der letzten Jahre gegen die Theorie einer

Traitkomponente (Hinsch & Pfingsten, 2007). Insbesondere in Rollenspielen können von derselben Person unterschiedliche soziale Kompetenzen zum Vorschein kommen. Diese Tatsache erweist sich als effektiver Wirkfaktor im Sinne der Resilienz und spricht dafür, dass soziale Probleme nicht als situationsunabhängige Persönlichkeitsmerkmale zu sehen sind, sondern dass mangelhaft erworbene soziale Kompetenzen als wichtige Ressource trainiert werden können (Hinsch & Pfingsten, 2007).

Innerhalb der Psychologie beschäftigen sich vor allem die klinische Psychologie und die Entwicklungspsychologie mit dem Konstrukt „soziale Kompetenzen“ auseinander. Es finden sich je nach fachspezifischer Ausrichtung unterschiedliche Definitionen (Kanning, 2003). Die klinisch-psychologische Forschung beschäftigt sich (unter anderem auch aus dem Blickwinkel kognitiv-lerntheoretischer Grundlagen einer Behandlung von Sozialphobie) mit dem Aspekt der Durchsetzungsfähigkeit (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1999). Sozial ängstliche Menschen besitzen weniger den Mut, „nein“ zu sagen, können nur schwer Kontakte knüpfen oder vermeiden soziale Kontakte vollständig. Sozial kompetent ist dieser Definition folgend jemand, der seine Interessen in Interaktionen mit anderen Menschen vertreten kann. Dabei scheinen jedoch mögliche Interaktionspartner kaum eine Rolle zu spielen, da Durchsetzungsfähigkeit vor allem zu günstigen Konsequenzen für den Handelnden selbst führen soll (Hinsch & Pfingsten, 2007; Kanning, 2003). Eine ähnliche Sichtweise findet sich auch in der Organisationspsychologie (Greif, 1987), in diesem Bereich bearbeiten Trainings sozialer Kompetenzen vor allem den Aspekt der Durchsetzungsfähigkeit.

Aus der Sicht der Entwicklungspsychologie ist vor allem der Aspekt der Anpassung des Einzelnen an gesellschaftliche Normen und Werte relevant (duBois & Felner, 1996; Kanning, 2003). Diese beiden Eigenschaften „Durchsetzungsfähigkeit“ und „Anpassung an Normen und Werte“ scheinen einander widersprüchliche Eigenschaften zu sein, ergeben sich jedoch aus der Betrachtungsweise der jeweiligen Disziplin: die klinische Psychologie versucht vor allem, die Durchsetzungsfähigkeit bei sozial ängstlichen Personen zu fördern, während die Entwicklungspsychologie die Anpassung des Individuums an die Umwelt durch Lernprozesse betrachtet. Diese Gegensätze werden von Anton und Weiland (2007) zusammengeführt, indem sie den Kompromisscharakter sozial kompetenten Verhaltens in den Vordergrund stellen. Sozial kompetentes Verhalten zeigt sich ihrer Definition nach als Kompromiss zwischen verschiedenen Parteien, im günstigsten Fall können alle Beteiligten ihre Interessen im selben Maß durchsetzen, ohne dass Interessen verletzt werden. Auch Hinsch und Pfingsten (2007) meinen, dass sozial kompetente Personen über die Fähigkeit verfügen, einen Kompromiss zwischen

individuellen Bedürfnissen und sozialer Anpassung zu finden. Diese Annahme wird auch in der vorliegenden Studie berücksichtigt.

Kanning (2003) betont, dass durchaus Unterschiede bestehen zwischen sozialen Kompetenzen und einem sozialem Verhalten. Er meint, dass soziale Kompetenzen durchaus vorhanden sein können, diese aber aus verschiedenen Gründen nicht gezeigt werden können. Aufgrund einzelner Handlungen kann daher keinesfalls der Schluss gezogen werden, die betreffende Person sei sozial kompetent oder nicht. Es bedarf mehrerer Beobachtungssituationen, um sozial kompetentes Verhalten (im Sinne einer Gesamtheit des Wissens und der Fähigkeiten einer Person) als überdauerndes Merkmal feststellen zu können. Als einzelne Bestandteile sozialer Kompetenzen finden sich in der Literatur vielfach Kontaktfähigkeit, Selbstsicherheit, Wertschätzung anderer, Durchsetzungsvermögen sowie eine sinnvolle Regulation von Gedanken und Gefühlen (Hinsch & Pfungsten, 2007; Kanning, 2003; Petermann, 2002; Rhoades, Greenberg, & Domitrovich, 2009). Eine mehrere Ebenen umfassende Definition findet sich bei Hinsch und Pfungsten (2007). Diese definieren soziale Kompetenzen wie folgt: *„Als soziale Kompetenz bezeichnen wir 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“* (Hinsch & Pfungsten, 2007, S. 82).

Nach Kanning (2002) und Nangle und Kollegen (2010) lassen sich zusammenfassend folgende Bereiche als bedeutend für soziale Kompetenzen definieren, die auch durch die vorliegende Dissertationsstudie gefördert werden sollen:

- Pezeptiv-kognitiver Bereich (Selbstaufmerksamkeit, Personenwahrnehmung, Perspektivenübernahme, Kontrollüberzeugung, Entscheidungsfreudigkeit, allgemeines Wissen)
- Motivational-emotionaler Bereich (emotionale Stabilität und Selbstkontrolle, Affekt- und Emotionsregulation, Prosozialität)
- Verhaltensbezogen-behavioraler Bereich (Extraversion, Durchsetzungsfähigkeit, Handlungsflexibilität, Kommunikationsfertigkeiten, Konfliktverhalten, Selbststeuerung)

In Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen wird auch das Konstrukt der „Selbstsicherheit“ häufig verwendet. Die Definitionsversuche von „Selbstsicherheit“ überschneiden sich stark mit denen von sozialen Kompetenzen. Nach Hinsch und Pfungsten (2007) zeigen sich fehlende soziale Kompetenzen vor allem auch in einem

unsicheren Verhalten, durch eine Vermittlung sozialer Kompetenzen kann daher auch die Selbstsicherheit gestärkt werden. Selbstsicherheit äußert sich vor allem in einem Erleben eigener Wirksamkeit, verschiedene Problemlösestrategien können angewandt werden, Misserfolge werden überwunden und es besteht ein kompetentes sowie zielorientiertes Handeln (Jugert et al., 2007).

So schwierig sich eine gemeinsame Definition sozialer Kompetenzen gestaltet, die Folgen fehlender sozialer Kompetenzen werden in der Literatur als einheitlich gravierend für die psychische Entwicklung beschrieben. Zweifel an eigenen Fähigkeiten führen zur Vermeidung sozialer Situationen und damit zu sozial unsicherem Verhalten. Mangelhaft ausgeprägte soziale Kompetenzen spielen nach von Marées und Petermann (2009) auch eine tragende Rolle bei der psychischen Fehlanpassung von Jugendlichen. Jerusalem und Klein-Heßling (2002) weisen darauf hin, dass dadurch eine Viktimisierung (Bullying) durch Gleichaltrige gefördert werden kann, mit äußerst negativen Folgen für die psychische Gesundheit (wie etwa Depression, vermehrte soziale Angst, oder sozialer Rückzug). Beidel und Kollegen (2010) berichten, dass sozial unsichere Verhaltensweisen und soziale Ängste durch mangelhaft erworbene sozialer Kompetenzen, beziehungsweise Angst vor Anwendung dieser in sozialen Situationen, verstärkt werden, und die Entwicklung einer Sozialphobie damit begünstigen. Weitere Folgen sind eine geringe Lebensqualität sowie negative Beziehungen zu Gleichaltrigen (Perren, Groeben, Stadelmann, & von Klitzing, 2008), ein sozialer Rückzug und verstärkte Aggression (Herbert, 1999), sowie allgemein ein fehlendes adäquates Verhaltensrepertoire (Manns & Schultze, 2004). Personen sprechen zu leise oder zu laut, vermeiden den Blickkontakt, und agieren entweder zu zurückhaltend oder zu forsch und aggressiv. Fehlende soziale Kompetenzen können sich als situationale Überforderung äußern, als verzerrte Wahrnehmung und Interpretation sozialer Situationen oder auch als ungünstige motorische Verhaltensweisen (beispielsweise kann bei einem Referat oder einem Vortrag der Vortragende mit den Füßen wippen, um ein negatives Spannungsgefühl abzubauen). Auch Saile und Kison (2002) betonen als Folgen fehlender Kompetenzen fehlerhafte Informationsverarbeitungsprozesse, das Empfinden von sozialen Ängsten allgemein sowie ein Rückzugs- und Vermeidungsverhalten. Diese Definitionen überschneiden sich auch stark mit Bestimmungsmerkmalen von Sozialphobie (Hinsch & Pfingsten, 2007).

Ausgehend von diesen Überlegungen bilden Trainings sozialer Kompetenzen sowohl im präventiven (Vermeidung von sozialen Ängsten und anderen psychischen Krankheiten) als auch im Interventionsbereich eine wesentliche Rolle. Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Trainings sozialer Kompetenzen, die sich je nach Zielgruppe (jugendliche oder

erwachsene Personen) oder Zielsetzung wie die Vermittlung allgemeiner sozialer Kompetenzen beispielsweise für den beruflichen Alltag (Lee & Stapinski, 2012), Gewaltprävention in der Schule (Sung et al., 2012) oder Bullying-Prävention, voneinander unterscheiden. Es werden daher zwei evidenzbasierte Trainings sozialer Kompetenzen vorgestellt, die sowohl präventiv als auch als Intervention bei sozialen Phobien eingesetzt werden können. Einen weiteren Überblick über spezifische Trainings sozialer Kompetenzen aus entwicklungspsychologischer Perspektive findet sich bei Nangle, Erdley, Carpenter und Newman (2002).

2.2.1 Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2007)

An kognitiv-lerntheoretische Grundlagen angelehnt innerhalb des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK) nach Hinsch und Pfingsten (2007) ist die Aufschlüsselung sozialer Kompetenzen in die Bereiche „Kognitive Ebene“, „Emotionale Ebene“ sowie „Motorische Ebene“. Diese Unterteilung bildet auch einen roten Faden innerhalb des im Rahmen der vorliegenden Dissertationsstudie erstellten Selbstsicherheitstrainings (siehe Kapitel 6). Eine Grundlage dafür bildet das „Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens“. Dieses theoretische Modell erklärt die kognitive Antizipierung sozialen Verhaltens, und ähnelt dem Modell von Clark und Wells (1995, siehe Kapitel 3.3), wobei letzteres hauptsächlich auf fehlerhafte Informationsverarbeitungsprozesse von Sozialphobikern fokussiert. Der Ausgangspunkt des Modells nach Hinsch und Pfingsten (2007) ist eine konkrete Alltagssituation, die in bestimmter Weise von Personen sowohl kognitiv als auch emotional verarbeitet wird (siehe Abbildung 2).

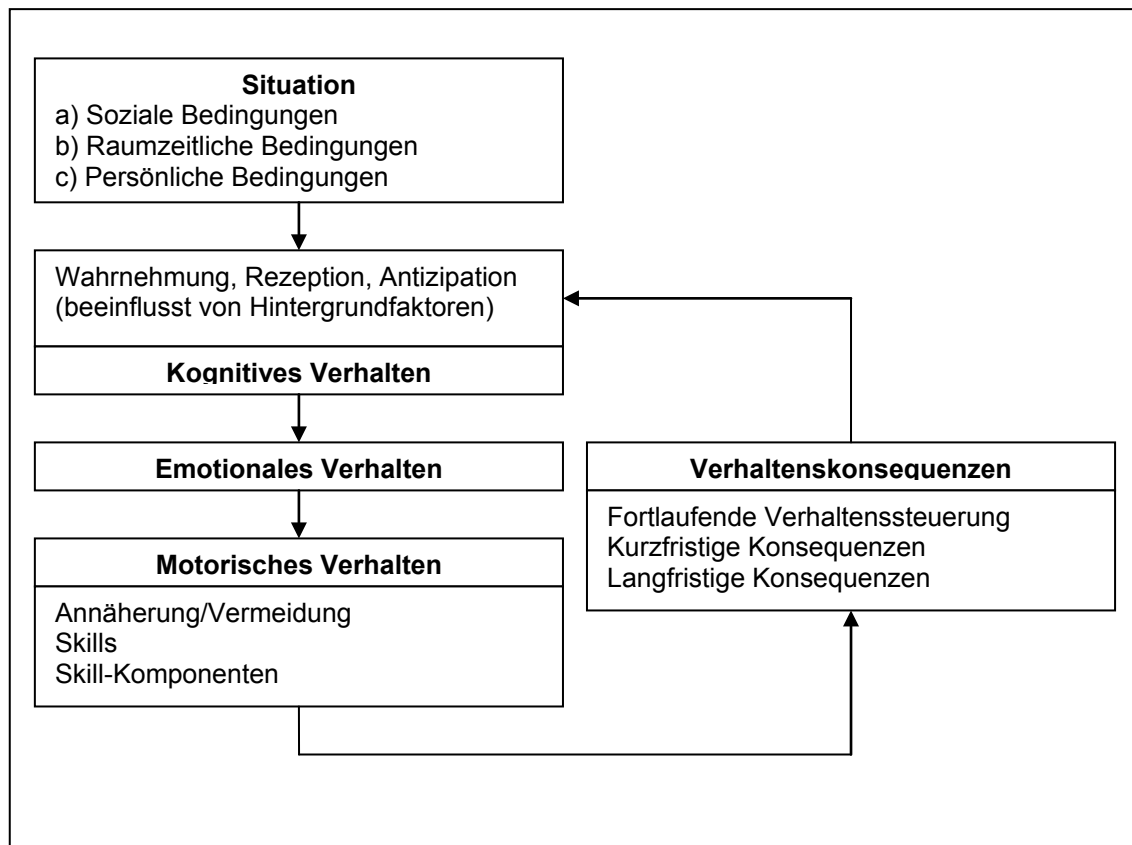


Abbildung 2: Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens nach Hinsch und Pfingsten (2007, S. 14), modifiziert von Lehenbauer

Soziale Bedingungen (Alter, Geschlecht, Größe), raumzeitliche Bedingungen (Tageszeit, Größe des Raumes) sowie persönliche Bedingungen (eigene Ziele und Bedürfnisse) spielen eine wesentliche Rolle bei der kognitiven Bewertung einer an sich objektiv neutralen sozialen Situation (z.B. zurückschicken einer Speise in einem Restaurant, weil diese nicht den eigenen Wünschen entspricht). Diese kognitive Bewertung ist eng mit früheren Erfahrungen verknüpft. Die emotionale Bewertung resultiert unmittelbar aus der kognitiven, beispielsweise ein Gefühl von Mutlosigkeit bei unüberwindbar erscheinenden sozialen Aufgaben, oder auch Entschlossenheit bei der Feststellung „Ich habe ein Recht auf ein ordentliches Essen!“, wenn eine Speise nicht warm genug geliefert wird. Das beobachtbare motorische Verhalten resultiert dann entweder in Annäherung (sich der Sache stellen) oder Vermeidung. Skills (soziale Fertigkeiten) sowie Skills-Komponenten (Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Intonation) sind Verhaltensweisen, die zur Bewältigung bestimmter Aufgaben notwendig sind. Je nach Aufgabenbewältigung ergeben sich entsprechende Konsequenzen (sowie eine subjektive Bewertung des eigenen Verhaltens), die ihrerseits wieder auf zukünftige ähnliche soziale Situationen wirken. Anhand dieses Modells soll durch Vermittlung spezifischer sozialer Kompetenzen eine Veränderung in der kognitiven Bewertung, im emotionalen und im motorischen

Verhalten bewirkt werden. Im Sinne der Resilienz sollen soziale, emotionale und kognitive Fähigkeiten trainiert werden, um schwierige Situationen bestmöglich zu bewältigen. Maladaptive Kognitionen sollen hinterfragt und in für das Individuum zuträgliche Kognitionen umstrukturiert werden.

Das GSK fokussiert vor allem auf die Bereiche „Recht durchsetzen“, „selbstsicheres Verhalten in Beziehungen“ sowie „Fähigkeit, um Sympathie zu werben“. Es stellt ein gut strukturiertes Manual dar, es sollen in sieben Sitzungen mit jeweils 150 bis 180 Minuten auf allen drei in Abbildung 2 genannten Ebenen Kompetenzen vermittelt werden. Die empfohlene Gruppengröße beträgt acht bis zehn Personen (bei zwei Trainern). Wirkmechanismen auf der kognitiven Ebene sind die Differenzierung zwischen aggressivem und selbstsicherem Verhalten sowie die Unterscheidung zwischen Gefühlen und Kognitionen, im Bereich der Emotionsregulation sollen Entspannungsübungen wirken, während auf der behavioralen (Verhaltens-)Ebene vor allem Rollenspiele mit Hilfe von Videofeedback zum Einsatz kommen. Weiters werden Hausübungen mit einem verpflichtenden Charakter vorgegeben (Hinsch & Pfingsten, 2007).

2.2.2 Training sozialer Kompetenzen nach Alsleben und Hand (2006)

Das Training sozialer Kompetenzen nach Alsleben und Hand (2006) ist speziell für Patienten mit Sozialphobie gedacht. Es kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting vorgegeben werden. Die Zielgruppe bilden Personen mit verschiedenen sozialen Ängsten, wie beispielsweise frühe soziale Defizite, Erythrophobie, Zitterphobie, leicht ausgeprägte sekundäre Depression. Es wird eine Gruppengröße von 6-8 Personen empfohlen, und es sollten zwei Therapeuten anwesend sein. Es finden 12 Sitzungen statt, mit der Dauer von 150 bis 480 Minuten. Alsleben und Hand (2006) empfehlen weiters auch Nachbehandlungstermine, um die Veränderungsmotivation der Teilnehmer stabil zu halten. Das Training selbst besteht aus mehreren Bausteinen.

Themenbereich A behandelt das Thema „Angstbewältigung“. Informationen und Übungen sollen Patienten beim Motivationsaufbau helfen, um sich aktiv in die Gruppe einbringen zu können und genügend Motivation für Hausübungen aufzubringen. Ein Tagebuch sozialer Aktivitäten hilft dabei, einen Überblick zu bekommen, welchen Aktivitäten derzeit nachgegangen wird, und soll in einem weiteren Schritt helfen, konkrete Aktivitäten zu planen und umzusetzen. Als Wirkmechanismen (siehe Kapitel 3.6) kommen Psychoedukation (Informationen über Sozialphobie und soziale Ängste, physiologische Stressreaktionen, etc.), kognitive Restrukturierung, sowie Exposition zum Einsatz. Es soll

die soziale Wahrnehmungs- und auch Diskriminationsfähigkeit erhöht werden als Grundlage für die Realitätsüberprüfung („Wahrnehmen statt interpretieren“). Es finden mehrere Expositionsübungen statt, wie beispielsweise Blickkontakt aufnehmen im offenen und geschlossenen Raum. Teilnehmer sollen sich bewusst in den Mittelpunkt des Geschehens stellen, wie beispielsweise einen anderen Platz in einem öffentlichen Verkehrsmittel zu suchen.

Themenbereich B behandelt spezifische soziale Kompetenzen. Es werden die allgemeinen Kommunikationsgrundlagen einer Nachricht sowie aktives Zuhören vermittelt. Es werden Tipps gegeben, wie Kontakt mit anderen Personen aufgenommen wird und Gesprächskiller vermieden werden können. Spezifische soziale Kompetenzen wie Kontakt mit anderen Personen aufnehmen, Durchsetzungsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Forderungen stellen und konstruktive Kritik geben können werden in jeweils einzelnen Einheiten behandelt.

Themenbereich C soll eine Bearbeitung individueller Hintergrundprobleme ermöglichen. Mit Hilfe eines standardisierten Formblatts sollen sieben Schritte vermittelt werden, wie mit individuellen Problemen bestmöglich umgegangen werden kann. Es soll weiters ein individuelles Störungsmodell entwickelt werden (Analyse der Entstehungsbedingungen, Belastungsfaktoren, vermeintliche Copingstrategien, etc.).

3 SOZIALE ÄNGSTE: PRÄVENTION UND EVIDENZBASIERTER BEHANDLUNG

Im Allgemeinen wird der Begriff der „sozialen Ängste“ für subklinisch ausgeprägte sozialphobische Tendenzen verwendet, wie sie etwa auch bei Schüchternheit auftreten (Hinsch & Pfingsten, 2007). Mit dem Begriff „Sozialphobie“ ist in der vorliegenden Dissertation die Diagnose nach DSM-IV-TR Kriterien gemeint (analog zu Rapee und Spence, 2004). Für die Studien I und II spielt vor allem der dimensionale Ansatz eine wesentliche Rolle – es soll so dem Auftreten von schweren sozialen Phobien vorgebeugt werden, indem eine Förderung von Faktoren der Resilienz ein Auftreten von sozialen Ängsten verhindert beziehungsweise den Schweregrad verringert (für eine ausführliche Darstellung des Kontinuumsmodell sozialer Ängste siehe Kapitel 3.2). Das Selbstsicherheitstraining widmet sich sowohl in seiner Offline- als auch Onlineversion im Sinne primärer Prävention einer Untersuchung von Wirkfaktoren, die sozialer Ängste im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Die Grundlagen evidenzbasierter Erklärungs- und Behandlungsmodelle sollen im vorliegenden Kapitel näher erläutert werden.

Sozialphobie ist eine Erkrankung, die sich durch einen relativ frühen Beginn (im Jugendalter) auszeichnet. Die Folgen gestalten sich als langfristig äußerst beeinträchtigend für die Betroffenen, sowohl im Berufs- als auch Privatleben, da wichtige soziale Kompetenzen nicht oder erst sehr spät erworben werden können (Aderka, Nickerson, & Hofmann, 2012). Die ökonomischen Kosten von Sozialphobie für die Gesellschaft gestalten sich jedenfalls als gravierend. In einer Studie von Acarturk und Kollegen (2012) ergaben sich für das Gesundheitssystem Kosten zwischen 7891 und 16013 € pro Jahr pro Person, die an Sozialphobie leidet, verglichen mit 2690 bis 3224 € für unauffällige Personen. Pro Million Einwohner werden diese Mehrkosten auf 136 Millionen € im Jahr geschätzt. Darin inkludiert sind sowohl die Kosten für eine höhere Anzahl an Krankenstandtagen, als auch die Kosten für Arbeitslosigkeit aufgrund eines niedrigen Bildungsstandes, da Sozialphobiker häufig bereits in der Kindheit und Jugend Leistungssituationen wie Prüfungen und Bewerbungsgespräche vermeiden. Diese Zahlen verdeutlichen eindrucksvoll den Bedarf an evidenzbasierten niedrigschwelligen Interventionsprogrammen.

3.1 Sozialphobie nach DSM-IV-TR und ICD-10

Die Definition von Sozialphobie (anhand der gängigen Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV-TR) wird als bekannt vorausgesetzt, weswegen an dieser Stelle nur kurz darauf eingegangen wird (für eine ausführliche Definition siehe Saß, 2003 oder Dilling, 2008). Die Krankheit selbst wurde 1980 als eigenes Störungsbild in das DSM-III und 1991 auch in die derzeit geltende Version ICD-10 aufgenommen. 1985 noch als „neglected anxiety disorder“ bezeichnet (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985), sind seither einige Fortschritte im Bereich der klinisch-psychologischen Forschung zu verzeichnen. Im englischen Sprachraum wird vermehrt Bezug auf die starke Beeinträchtigung in der alltäglichen Lebensführung durch verschiedenste soziale Ängste (in der Mehrzahl) genommen. Es wird daher zunehmend die Verwendung des Begriffs der „Social Anxiety Disorder“ an Stelle von „Social Phobia“ diskutiert, und soll auch in DSM-V so verankert werden (Joormann & Unnewehr, 2002; Lewis-Fernandez et al., 2010). In den aktuellen Versionen dieser beiden Klassifikationssysteme finden sich diagnostische Gemeinsamkeiten hinsichtlich kognitiver Auffälligkeiten (eine Furcht vor prüfender Beobachtung durch andere Menschen) sowie des Vermeidungsverhaltens. ICD-10 erfordert darüber hinaus noch körperliche Begleitsymptome wie beispielsweise Erröten, Händezittern, Übelkeit oder der Drang, Wasser zu lassen für eine Diagnosestellung. Wird im empirischen Teil der Arbeit von „Sozialphobie“ gesprochen, dann ist damit die Diagnose nach DSM-IV-TR anhand von Selbstbeurteilungsverfahren gemeint.

Angststörungen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Störungsbildern. Furmark und Kollegen (1999) sprechen von 7% bis 13% Lebenszeitprävalenz für Sozialphobie. Während Kriterien nach DSM-III den Fokus verstärkt auf spezifische Leistungsängste legten, berücksichtigen DSM-III-R und DSM-IV verstärkt auch die Angst vor sozialer Interaktion, mit wesentlichen Folgen für Prävalenzzahlen. Selbst kleine Veränderungen der Kriterien bringen eine beträchtliche Veränderung der Prävalenzrate mit sich, Rapee und Spence (2004) sehen dies als einen Hinweis auf die Gültigkeit einer dimensional Kontinuumshypothese an (siehe auch folgendes Kapitel). Die Prävalenzraten reichen demnach von 7% bis 16% (Stangier, Clark, & Ehlers, 2006; Wittchen & Fehm, 2003). Wittchen und Kollegen (2011) sprechen von einer 12-Monats-Prävalenz von 2.3% (mit einer Spannweite von 0.6 bis 7.9%), das entspricht 10.1 Millionen Betroffenen innerhalb der Europäischen Union. Die Lebenszeitprävalenz in westlichen Gesellschaften beträgt zwischen 7% und 12% (Stangier et al., 2006). Weitere Autoren berichten hinsichtlich der 1-Jahresprävalenz nach DSM-IV Kriterien von 2% für Europa (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005) sowie 2.8% bis 6.8% für Nordamerika (Lewis-Fernandez et al., 2010).

Knappe, Beesdo und Fehm (2012) fanden in einem Kohortensample ($n = 1395$) eine Lebenszeitprävalenz von 23.07%. Gren-Landell und Kollegen (2009) geben eine Punktprävalenz von 4.4% für schwedische Jugendliche an (für weitere Zahlen hinsichtlich Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter wird auf das Kapitel 3.4 verwiesen).

3.2 Kontinuumsmodell: Schüchternheit, soziale Ängste und Sozialphobie

Eine einheitliche Definition „sozialer Ängste“ als eigenes subklinisches Konzept sowie eine Abgrenzung zum Konstrukt „Sozialphobie“ innerhalb der Literatur zu finden, gestaltet sich als schwierig. So können beispielsweise unter „sozialer Gehemmtheit“ sowohl soziale Inkompetenz, Sozialphobie, Selbstunsicherheit oder soziale Ängste subsummiert werden (Münchau, Demal, & Hand, 1998). Turner, Beidel und Townsley (1990; 1992) sprechen sogar davon, dass eine kategoriale Unterscheidung zwischen Schüchternheit, sozialer Angst und Sozialphobie nicht möglich sei. Sie befürworten das Modell einer Kontinuumshypothese, die auch eine wesentliche Grundlage für den primordial-präventiven Ansatz der vorliegenden Studie eine Rolle spielt.

Bereits im DSM-IV-TR findet sich eine Differenzierung der Sozialphobie in zwei Subtypen. Der *generalisierte Subtyp* verlangt das Vorhandensein vieler gefürchteter sozialer Situationen. Der als *spezifisch* oder auch *nicht-generalisiert* bezeichnete Subtyp beschränkt sich hingegen auf wenige, klar umschriebene soziale Situationen (Stangier & Fydrich, 2002). In DSM V wird diese Einteilung unter „Social Anxiety Disorder“ voraussichtlich mit insgesamt drei Subtypen vertreten sein: „Angst vor Leistung“, ein „generalisierter“ Typ sowie ein Subtyp „selektiver Mutismus“ (APA, 2011). Diese kategoriale Einteilung wird jedoch von bisherigen Befunden nicht gestützt. So befürworten Vriends und Kollegen (2007) ein dimensionales Kontinuumsmodell, aufgespannt anhand des Schweregrads der Phobie. Je höher die Anzahl gefürchteter Situationen, desto höher ist auch die funktionelle Beeinträchtigung im Alltag betroffener Personen. Wird in ein derartiges Modell das Konstrukt „Schüchternheit“ inkludiert, so findet sich diese zu Beginn, gefolgt von der spezifischen und generalisierten sozialen Phobie, und der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung am Ende des Spektrums (siehe auch Abbildung 3 auf Seite 21). Innerhalb der Literatur wird diskutiert, welche Merkmale (zum Beispiel Schweregrad der Beeinträchtigung im Alltag) eine vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung von einer schweren sozialen Phobie

unterscheidet. Auch hier wird ein dimensionaler Ansatz angenommen (Marteinsdottir, Furmark, Tillfors, Fredrikson, & Ekselius, 2001).

Schüchternheit ist sehr eng mit dem Konstrukt der Sozialphobie verwoben, da beide mit einem Gefühl sozialen Unbehagens und einem gewissen Ausmaß an sozialer Gehemmtheit einhergehen (Henderson & Zimbardo, 2001; 2008). Manche schüchternen Menschen nehmen jedoch durchaus für sie unangenehme soziale Situationen auf sich, wenn es notwendig ist. Wittchen und Fehm (2004) empfehlen betroffenen Personen, etwas gegen Schüchternheit zu unternehmen, sobald diese beginnt, das Leben zu beeinträchtigen. So soll die Schwelle für Sozialphobie heraufgesetzt werden. Das Konstrukt der „Schüchternheit“ wird in der Literatur selbst kontrovers und nicht einheitlich diskutiert. Bereits bei Leary (1986) finden sich insgesamt 14 Definitionen von Schüchternheit mit jeweils unterschiedlicher Betonung einzelner Aspekte des Konstrukts. Nach Asendorpf (1998) lassen sich zwei Formen von Schüchternheit unterscheiden. Schüchternheit als Temperamentsmerkmal ist bereits relativ früh im Kindesalter sichtbar. Eine zweite Form der Schüchternheit scheint aufgrund von negativen sozialen Lernerfahrungen erst im Kindes- und Jugendalter zu entstehen. Es wird eine internalisierte und „stabile“ Erwartungshaltung in Form eines unsicheren und gehemmten Umgangs mit Gleichaltrigen entwickelt, das auch im Erwachsenenalter beibehalten wird. Derart schüchterne Kinder zeigen beispielsweise auch erhöhte psychophysiologische Reaktionen auf eine Konfrontation mit sozialen Situationen im Vergleich zu nicht schüchternen Gleichaltrigen (Schmidt, Fox, Schulkin, & Gold, 1999). Tabelle 1 stellt die Symptome von Schüchternheit nach Henderson und Zimbardo (2008) dar. Es finden sich einige überlappende Merkmale des Konstrukts der „Schüchternheit“ mit Sozialphobie.

Tabelle 1: Symptome von Schüchternheit nach Henderson und Zimbardo (2008), übersetzt von Lehenbauer

Verhalten	Physiologie	Kognition	Emotion
Inhibition und Passivität	Beschleunigte Herzrate	Negative Gedanken über das Selbst, die Situation und andere	Peinlichkeit und verzerrte Selbstwahrnehmung
Vermeidung eines Blickkontakts	Trockener Mund	Furcht vor negativer Beurteilung durch andere	Scham
Vermeidung von gefürchteten Situationen	Zittern	Perfektionismus, ruminativer Kognitionsstil	Niedriger Selbstwert
Leise sprechen	Schwitzen	Negative Selbstbewertung nach sozialer Interaktion	Niedergeschlagenheit und Traurigkeit
Wenig Körperbewegungen	Schwindelgefühle	Negative Sicht auf das Selbst (schwach) und andere (mächtig)	Einsamkeit
Keine flüssige Sprechweise	Situation als unwahr erleben	Verzerrtes Selbstkonzept wie „Ich bin nicht liebenswert, unattraktiv“, etc.	Depression
Nervöse Verhaltensweisen wie durch das eigene Haar fahren, ständig das eigene Gesicht berühren	Angst, die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt oder zu bekommen	Ein „sozial korrektes“ Verhaltensprotokoll muss unbedingt eingehalten werden	Ängstlichkeit

Auch Cheek und Krasnaperova (1999) definieren wie in Tabelle 1 dargestellt als gemeinsame Merkmale von Sozialphobie und Schüchternheit eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Inhibition des Verhaltens, maladaptive Kognitionen sowie gemeinsame körperliche Symptome wie beispielsweise Erröten. Allerdings nehmen sich in einer anderen Studie schüchterne Personen im Gegensatz zu Sozialphobikern als nicht so beeinträchtigt in der alltäglichen Lebensführung wahr und weisen auch eine höhere Lebensqualität auf (N. A. Heiser, Turner, Beidel, & Roberson-Nay, 2009). Schüchternheit wird von deutlich mehr Menschen in ihrem Leben erlebt. Henderson und Zimbardo (2008) gehen von einer Lebenszeitprävalenz von 40 bis 50% aus, Cheek und Krasnaperova (1999) sprechen sogar von fast 90%.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Anzahl sozialer Ängste. Schüchterne Personen berichten von wesentlich weniger sozialen Ängsten als Personen mit Sozialphobie. Schüchternes Verhalten wird von einigen Forschern als subklinische Form von Sozialphobie betrachtet, wie beispielsweise von Lepin und Simon (1998). Renneberg und Ströhle (2006) definierten aufbauend auf diesen Ergebnissen ein Kontinuumsmodell sozialer Ängste. Sie gehen davon aus, dass sich Schüchternheit und Sozialphobie

hinsichtlich des Schweregrads, der Prävalenzrate ihres Auftretens und der Beeinträchtigung im Alltag unterscheiden. Abbildung 3 stellt dieses Modell dar, und wurde vom Verfasser der vorliegenden Dissertation dahingehend modifiziert, dass das Ausmaß sozialer Ängste und die Beeinträchtigung der Lebensführung auf der Abszissenachse ansteigend dargestellt werden. Am Ende des Spektrums lässt sich die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung finden, die ihrerseits wieder einige diagnostische Gemeinsamkeiten mit der generalisierten Sozialphobie aufweist (was eine Differenzialdiagnostik beider Störungen erschwert). Für ein dimensionales Kontinuumsmodell sprechen auch die Befunde von Aderka und Kollegen (2012). Sie berichten, dass Patienten mit einer generalisierten Sozialphobie von einer signifikant höheren funktionellen Beeinträchtigung im Bereich der alltäglichen Lebensführung betroffen sind als jene mit einer spezifischen Sozialphobie. Weiters dürfte die Unterscheidung „spezifisch“ und „generalisiert“ eher quantitativer Natur sein. Die Kontinuumshypothese kann diesen Ergebnissen nach als bestätigt gelten (Aderka, Hofmann, et al., 2012; Aderka, Nickerson, et al., 2012).

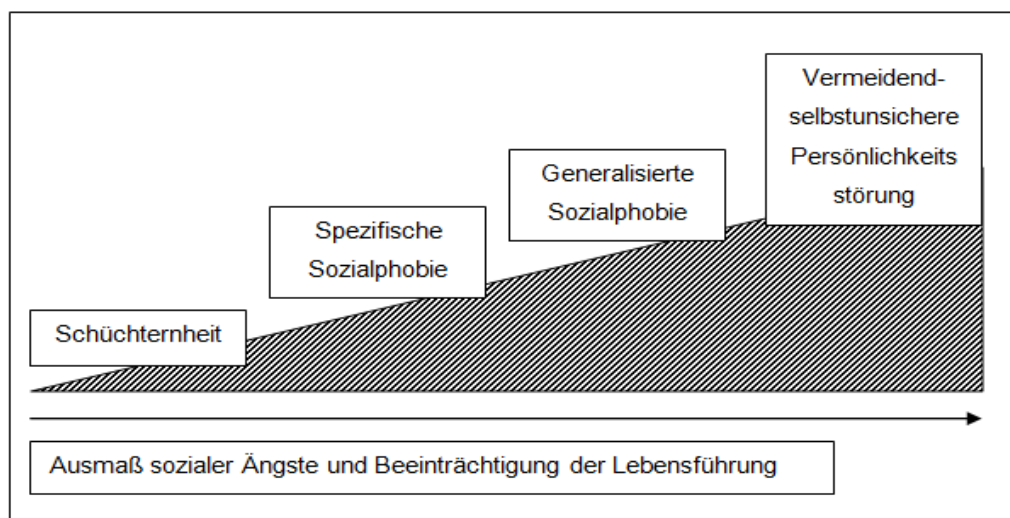


Abbildung 3: Kontinuumsmodell Schüchternheit – Sozialphobie nach Renneberg & Ströhle (2006), modifiziert von Lehenbauer

Ein derartiges dimensionales Modell wird allerdings nicht von allen Autoren übereinstimmend positiv aufgenommen. Sie äußern Kritik und sehen „Schüchternheit“ und „Sozialphobie“ als unterschiedliche, voneinander unabhängige Konstrukte an (Carducci, 1999; Heckelman & Schneier, 1995). In der Literatur lassen sich sowohl für die Kontinuumshypothese als auch für das „shyness heterogeneity model“ Ergebnisse finden (Heiser, Turner, & Beidel, 2003). So berichten Heiser und Kollegen (2009), dass Sozialphobiker im Vergleich zu schüchternen Personen eine signifikant größere Anzahl

von sozialen Ängsten und negativen Gedanken aufweisen. Schüchterne Personen berichten weiters von einer geringeren Beeinträchtigung im Bereich der alltäglichen Lebensführung und einer höheren Lebensqualität als Personen mit spezifischer Sozialphobie, und diese weisen wiederum eine höhere Lebensqualität auf als Personen mit generalisierter Sozialphobie (Wong, Sarver, & Beidel, 2012). Diese Befunde scheinen, wie bereits im vorigen Absatz ausgeführt, für die Kontinuumshypothese zu sprechen. Allerdings scheint die Gruppe der schüchternen Personen heterogener als die der Personen mit Sozialphobie zu sein. So weisen einige Personen, obwohl sie sich selbst als sehr schüchtern bezeichnen, überhaupt keine sozialen Ängste auf. Von den Autoren wird dies damit begründet, dass sich unter diesen Personen auch solche befinden, die sich allgemein weniger Kontakt zu anderen Personen wünschen (sie weisen niedrigere Werte im Bereich der „erwünschten Geselligkeit“ auf), und somit auch kaum Angst vor sozialen Interaktions- und Leistungssituationen empfinden. Heiser und Kollegen meinen, dass das Konstrukt „Schüchternheit“ noch einer expliziteren Forschung und Definition bedarf, da es sich als heterogener darstellt als ursprünglich angenommen (Heiser et al., 2009).

Für die vorliegende Studie wird jedoch eine Kontinuumshypothese angenommen. Durch die Förderung von Ressourcen, die mit Resilienz in Zusammenhang stehen, soll ein Verlauf von Schüchternheit in Richtung Sozialphobie vermieden werden. Im Sinne primär präventiver Interventionen (siehe Kapitel 2) soll so die Schwelle für Sozialphobie (im Sinne von Wittchen und Fehm, 2004) heraufgesetzt werden.

3.3 Kognitiv-lerntheoretische Entstehungsmodelle sozialer Ängste

Die Pathogenese von Sozialphobie ist entsprechend einem bio-psycho-sozialen Rahmenmodell als vielschichtig zu betrachten. Beck und Kollegen (1985) gehen davon aus, dass dysfunktionale negative Schemata und Grundannahmen in der frühen Kindheit vor allem aufgrund vom elterlichen Erziehungsstil und Modelllernen entstehen. Eine allzu behütende oder kritische elterliche Erziehungshaltung kann eine Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls eher negativ beeinflussen. Ist Sozialphobie auch bei den Eltern vorhanden, so kann sich das Risiko einer Sozialphobie bei Kindern deutlich erhöhen. So zeigte sich beispielsweise, dass Kinder von Sozialphobikern deutlich häufiger ein Furchtverhalten vor fremden Erwachsenen („fremdeln“) zeigen als Kinder von Eltern ohne Sozialphobie (Lieb et al., 2000; Murray et al., 2008). In Entwicklungsübergängen wie der Pubertät oder dem jungen Erwachsenenalter, wenn bestimmte soziale Fähigkeiten

noch nicht vollständig entwickelt sind, können allzu große soziale Anforderungen der Umwelt ebenfalls ungünstige Schemata begünstigen. Diese Schemata werden später durch Stressoren aktiviert, und es können sich daraus problematische Verhaltensweisen und Emotionen entwickeln. Folgende Schemata scheinen vor allem für soziale Ängste von Bedeutung zu sein (Beck, Emery und Greenberg, 1984, zitiert nach Stangier, Clark und Ehlers, 2006, S. 14):

- Bewertung des Selbst als inkompetent,
- Übermäßige Gewichtung der Bewertung durch andere,
- Sichtweise, dass andere Menschen sehr kritisch in ihrer Beurteilung sind,
- Perfektionistische Standards der Bewertung des eigenen Verhaltens,
- Rollenangemessenheit des eigenen Verhaltens

Schemata dieser Art können bei Personen mit Sozialphobie als Grundüberzeugungen im Gedächtnis gespeichert werden, und bewirken in bestimmten sozialen Situationen automatisch ablaufende maladaptive Kognitionen. Diese gelten als ein guter Einstieg in eine Therapie, da sie im Allgemeinen einfach zu identifizieren und auch zu verändern sind (Stangier et al., 2006). Maladaptive Kognitionen können als Disposition von Sozialphobie gelten, die Aufrechterhaltung wird primär durch ein Vermeidungsverhalten erklärt. Allgemeinen kognitiv-lerntheoretischen Erklärungsmodellen von Phobien zufolge erfolgt bei allmähliche Habituation, wenn eine Person mehrmals mit einem angstausslösenden Reiz konfrontiert wird. In unserer westlichen Gesellschaft ist es im Allgemeinen schwierig, soziale Situationen (wie beispielsweise Referate in der Schule, Prüfungs- oder Vorstellungsgespräche, etc.) zu vermeiden. Demnach sollten also allmählich eine Habituation und eine Korrektur sozialphobischer Kognitionen erfolgen, je öfter ein Sozialphobiker mit angstausslösenden sozialen Situationen konfrontiert wird. Dies ist jedoch nicht der Fall, da ein „Durchstehen“ angstausslösender sozialer Situationen eine Sozialphobie aufrecht zu erhalten beziehungsweise sogar zu verstärken scheint.

Clark und Wells (1995) erweiterten daher dieses Modell kognitiver Schemata mit dem Prinzip der fehlerhaften Informationsverarbeitung. Menschen mit Sozialphobie nehmen eine soziale Situation aufgrund negativer Schemata sowie körperlicher Symptome wie Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz oder Erröten als bedrohlich wahr. Die Aufmerksamkeit wird dadurch verstärkt auf sich selbst gelenkt und es findet eine Überinterpretation eigener körperliche Symptome statt (Spurr & Stopa, 2002). Das Angstgefühl wird von Betroffenen gleichgesetzt mit ängstlichem Aussehen. Maladaptive Kognitionen führen zu einer emotionalen Beweisführung (beispielsweise „Wenn ich mich ängstlich fühle, sehe ich auch ängstlich aus“). Eine weitere wichtige Rolle nach diesem Modell spielen

Sicherheitsverhaltensweisen (z.B. krampfhaftes Festhalten an Trinkgläsern, um ein Händezittern zu vermeiden). Wird nun eine Situation positiv absolviert, wird dies weniger auf die eigene Kompetenz zurückgeführt. Maladaptive Kognitionen assoziieren ein erfolgreiches Verhalten in sozialen Situationen vielmehr mit den eigenen Sicherheitsverhaltensweisen. Dieses kognitiv-lerntheoretische Modell nach Clark und Wells (1995) gilt als Goldstandard bei der Behandlung von Sozialphobie, und konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden (siehe Abbildung 4).

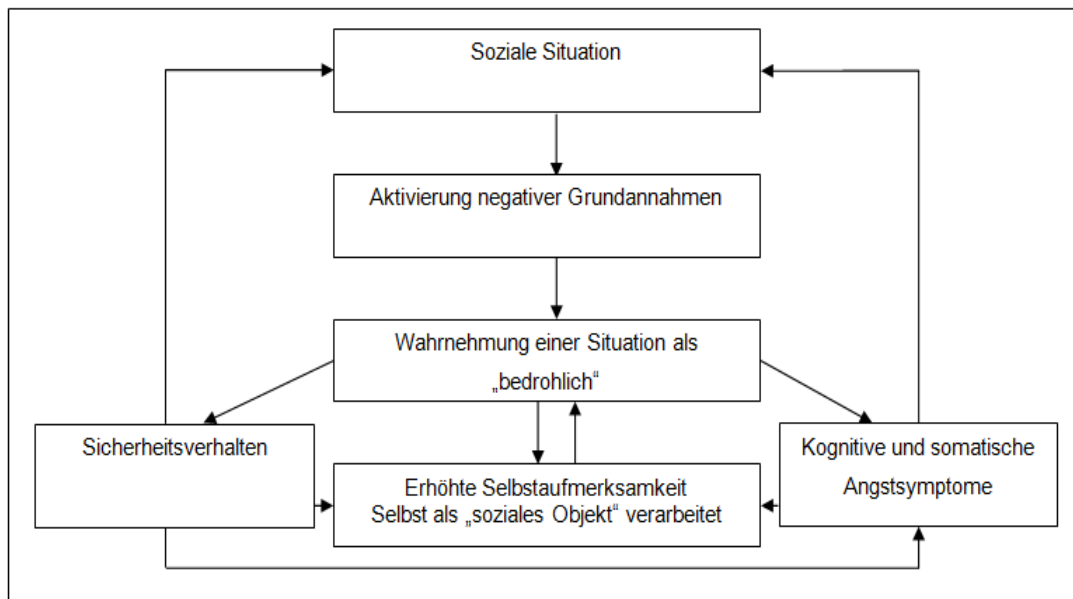


Abbildung 4: Kognitives Modell der Sozialphobie (Stangier, Clark und Ehlers, 2006, S. 16)

Plasencia, Alden und Taylor (2011) wiesen nach, dass vor allem Sicherheitsverhaltensweisen wie „Vermeidung“ (leiser sprechen, Augenkontakt vermeiden, weniger von sich selbst preisgeben, gefürchtete Situationen allgemein vermeiden) und „impression management“ (das eigene Verhalten bestmöglich kontrollieren, um ein sozial erwünschtes Selbst zu zeigen) vorherrschen. Durch diese negative Verstärkung des Vermeidungsverhaltens wird eine Veränderung maladaptiver Kognitionen verhindert. Antizipatorisch-ruminative Verarbeitungsprozesse führen zudem meist dazu, dass derartige Situationen im Nachhinein als übermäßig negativ eingeschätzt werden (siehe Abbildung 4). Somit scheinen sich derartige maladaptive kognitive Muster von selbst zu verstärken und werden damit beibehalten (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995). Das führt dazu, dass selbst von neutralen Beurteilern als positiv absolvierte soziale Situationen von Sozialphobikern im Nachhinein als negativ beurteilt werden (Yen et al., 2012).

Lee und Stapinski (2012) sehen in diesem Zusammenhang beispielsweise einen übermäßigen Internetgebrauch durch sozial Ängstliche ebenfalls als Sicherheitsverhalten beziehungsweise Vermeidungsstrategie an. Betroffene können dadurch eine soziale Interaktion face-to-face (und damit eine vermeintliche negative soziale Begutachtung durch andere) vermeiden, indem sie Chats und Emails bevorzugen. Die Autoren gehen davon aus, dass dadurch ein problematischer Internetgebrauch verstärkt werden kann (für eine Diskussion eines möglichen Zusammenhangs von Sozialphobie und problematischem Internetgebrauch siehe Kapitel 4.1).

Lerntheoretische Modelle gehen davon aus, dass bei Sozialphobie ein Defizit sozialer Kompetenzen besteht. Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen können sich demnach dann herausbilden, wenn positive Rollenmodelle fehlen oder selbstsichere Verhaltensweisen nicht verstärkt werden. Ein ähnliches Modell wie das von Clark und Wells (1995) wurde daher von Fydrich (2002) vorgestellt, dieses fokussiert allerdings weniger auf Sicherheitsverhaltensweisen, sondern legt das Augenmerk mehr auf mangelhaft ausgeprägte soziale Kompetenzen, die dazu führen, dass soziale Phobien aufrecht erhalten werden. Eine Studie von Voncken und Bögels (2012) ging der Frage nach, ob sich Personen, die an sozialen Ängsten leiden, eher durch dieses Defizit im Bereich sozialer Kompetenzen, oder wie von Clark und Wells (1995) dargestellt, durch ihre verzerrte Wahrnehmung charakterisieren lassen. Sie beobachteten 48 Personen, die an Sozialphobie leiden und eine Kontrollgruppe von 27 unauffälligen Personen während einer normalen Alltagskonversation und einer vorbereiteten Rede. Es ergab sich, dass Personen mit Sozialphobie ihre Rede als signifikant schlechter einschätzten als objektive Beurteiler, dies spricht für die verzerrte Wahrnehmung, die mit sozialen Ängsten während Leistungssituationen einhergeht. Ein Defizit an sozialer Kompetenz konnte hingegen nur in der Konversation gefunden werden, dies spricht wiederum für die Defizithypothese. Die Autoren schließen daraus, dass eine verzerrte Wahrnehmung eher in Leistungssituationen, und ein Defizit an sozialer Kompetenz eher in Interaktionssituationen sichtbar ist. Es sollten daher beide Modelle in einer Interventionsplanung berücksichtigt werden.

An dieser Stelle sollen noch kurz biologisch determinierte Theorien bezüglich sozialer Ängste erwähnt werden, vor allem die Theorie der „preparedness“ (Seligman, 1971). Diese geht davon aus, dass bestimmte Ängste eine biologisch determinierte, grundsätzlich evolutionär sinnvolle Funktion besitzen. Soziale Ängste scheinen sich dieser Theorie folgend vor allem deshalb im Jugendalter zu entwickeln, da in dieser Altersspanne erstmals soziale Funktionen (ein Platz in der Gemeinschaft) eine Rolle spielen. Sozial

ängstliche Personen hätten dadurch Vorteile, sich wechselnden Hierarchien anzupassen (Stangier et al., 2006). Zwillingsstudien scheinen eine genetische Grundlage zu bestätigen. So wurde beispielsweise für Sozialphobie eine Konkordanzrate von 24 % für monozygote Zwillinge (verglichen mit 15.3% bei heterozygoten Zwillingen) ermittelt (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992). Säuglinge und Kleinkinder, die ein sozial gehemmtes Verhalten aufweisen, scheinen dieses auch im späteren Entwicklungsverlauf beizubehalten (Kagan, 1999; Skre, Onstad, Torgersen, Lygren, & Kringlen, 2000). Diese anlagebedingte Vulnerabilität für Sozialphobie wird auf 50% geschätzt (Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999). Hinsichtlich physiologisch bedingter Vulnerabilitätsfaktoren weisen Fredrikson und Furmark (2004) auf die Rolle des limbischen Systems bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Sozialphobie hin. Amygdala und Hippocampus sind vor allem verantwortlich für die Bildung und Verarbeitung von Erinnerung, und sozialer Interaktion mit der Umwelt. Es scheint so, als ob in sozialen Situationen (beispielsweise eine Rede halten vor einem Publikum) die Amygdala deutlich stärker aktiviert ist, während die kortikale Aktivität verringert ist. Weiters gibt es Hinweise darauf, dass eine Stimulation der Amygdala bei Sozialphobikern bei negativen Emotionen höher ausgeprägt zu sein scheint, sie reagieren stärker auf Bilder mit ärgerlichen Gesichtsausdrücken (Lanteaume et al., 2007; Tillfors et al., 2001). Mit erfolgreicher Behandlung geht diese Übererregbarkeit der Amygdala jedoch wieder zurück (Alsleben & Hand, 2006). Dies wird auch in weiteren aktuellen Studien bestätigt, so reagieren Jugendliche mit Sozialphobie stärker auf Bilder mit emotionalen Stimuli (Ärger) als unauffällige Kontrollpersonen (Battaglia et al., 2012). Stangier, Heidenreich und Peitz (2003) weisen in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass eine verstärkte Aktivität des präfrontalen Cortex eine neuronale Grundlage für ein Vermeidungsverhalten sein könnte.

3.4 Soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter

Im Gegensatz zu anderen Angststörungen zeichnet sich Sozialphobie durch einen relativ frühen Beginn aus. Dieser liegt meistens in der frühen bis mittleren Pubertät vor dem 18. Lebensjahr. Erste soziale Ängste bezüglich einer Zurückweisung von Gleichaltrigen treten bereits im Kindergarten-, spätestens im Schulalter auf. Während soziale Kontakte in der frühen Kindheit vorwiegend von den Eltern initiiert werden, müssen dies Kinder ab einem Alter von 4-6 Jahren im Kindergarten und in der Schule selbstständig übernehmen. In diesem Alter beginnen Kinder auch, sich auch als soziales Objekt wahrzunehmen (Velting & Albano, 2001). Eine Furcht vor einer negativen Bewertung durch andere scheint sich

erst mit ungefähr 8 Jahren zu entwickeln, da Kinder sich dann gedanklich auch in die Position einer anderen Person hineinversetzen können. Ab der Pubertät spielt dann auch die Bewertung der eigenen Person durch eine soziale Gruppe zunehmend eine größere Rolle (Selman, 1980; Velting & Albano, 2001). Dies erklärt auch den (im Vergleich zu anderen Phobien) relativ frühen Beginn der Sozialphobie zwischen 10 und 17 Jahren (Müller, 2002). In der Literatur lässt sich häufig ein durchschnittlicher Beginn im Alter zwischen 10 und 17 Jahren finden, mit einem Median von 13 Jahren, verglichen mit einem Median von 19 Jahren für andere Angststörungen (Fehm et al., 2005; Kessler et al., 2005). In der Bremer Jugendstudie ($N = 1035$) fanden Essau, Conradt und Petermann (1998) eine Prävalenzrate von 1.6%. Diese Angaben entsprechen in etwa denen der erwachsenen Population, dazu wird auch auf die Angaben zur Epidemiologie unter Kapitel 3.1 verwiesen. Werden auch subklinische soziale Ängste mit erfasst, steigt die Prävalenz sprunghaft an (beispielsweise auf 47.2% in der Studie von Essau und Kollegen, 1998). Müller (2002) spricht von Prävalenzraten bis zu 27%, wobei auch einzelne soziale Ängste mit erfasst werden. In einem ähnlichen Bereich lassen sich auch die Angaben zur Prävalenz von Schüchternheit finden, diese liegen zwischen 24% und 35%. Während im Kindesalter Mädchen und Jungen noch gleich häufig von Sozialphobie betroffen zu sein scheinen, verändert sich das Verhältnis ab der Pubertät zu Ungunsten von Mädchen (Müller, 2002).

Alsleben und Hand (2006) sprechen ebenfalls von einem Beginn zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, Rapee und Spence (2004) argumentieren, dass eine Diagnostik auch erst ab diesem Zeitpunkt sinnvoll möglich ist, da sich ab diesem Lebensalter auch gravierende Beeinträchtigungen für das Leben Betroffener ergeben (geringeres soziales Netzwerk, berufliche und schulische Einbußen, etc.). Der Verlauf einer Sozialphobie gestaltet sich zumeist als chronisch, mit einer durchschnittlichen Dauer von 20 bis 30 Jahren. Es scheint nur eine Minderheit (11 – 17 %) eine Spontanremission zu erleben. Bei Jugendlichen scheint die Störung schwankend zu verlaufen, mit vorübergehenden Remissionen, allerdings zeigt sich Sozialphobie spätestens ab dem Alter von 24 Jahren als stabil und ohne Spontanremission. Der Verlauf der Sozialphobie ohne Behandlung sowie die Beeinträchtigung für Betroffene sind als deutlich ungünstiger einzuschätzen als beispielsweise bei affektiven Störungsbildern (Stangier et al., 2006; Wittchen & Fehm, 2003). Hinsichtlich der Inzidenz ergibt sich eine Rate von 2.8% im Alter zwischen 14 und 24 Jahren (Müller, 2002). Da sich Sozialphobie vorwiegend im Jugend- und frühen Erwachsenenalter manifestiert, fallen die Inzidenzraten nach Neufeld und Kollegen für die erwachsene Population mit 0.5% (1-Jahres-Rate) dem entsprechend niedrig aus, und sind

meist sekundäre Folgen anderer Krankheiten wie Panikstörung oder Depression (Neufeld, Swartz, Bienvenu, Eaton, & Cai, 1999).

Es finden sich allerdings im Vergleich zu Erwachsenen kaum Studien, die sich mit Sozialphobie im Kindes- und Jugendalter auseinandersetzen. Nach Mancini und Kollegen (2005) liegt dies möglicherweise darin begründet, dass es sich als eher schwierig gestaltet, Sozialphobie vor dem neunten Lebensjahr zu diagnostizieren. Soziale Ängste tragen in einem gewissen Ausmaß durchaus zu einer gesunden psychischen Entwicklung bei. So scheint es evolutionstheoretisch (im Sinne der Theorie der „preparedness“ nach Seligman, 1971) gesehen von Vorteil zu sein, wenn Kinder unbekannten sozialen Situationen zunächst eher zögerlich gegenüber stehen. Soziale Ängste und physische Spannung in einem geringen Ausmaß bereiten ein Individuum auf wichtige interpersonale Aktivitäten vor (Cheek & Krasnoperova, 1999). Seligman (1971) meint, dass soziale Ängste vor allem deshalb im Jugendalter entstehen, da in dieser Zeit sozial wichtige Rollen eingenommen werden. Dies stellt auch einen möglichen Erklärungsansatz dar, warum die Inzidenz sozialer Phobien im Gegensatz zu anderen Angststörungen vor allem in der Kindheit und Jugend eine Rolle spielt.

So existieren im DSM-IV-TR für Jugendliche unter 18 Jahren gesonderte Kriterien (Saß, 2003). Diese beinhalten unter anderem negative Konsequenzen im Bereich schulischer Leistungen, Vermeidung von Schulbesuchen, und bei jüngeren Kindern Verhaltensweisen wie Schreien, Erstarren oder Anklammern an Elternteile bei einer Konfrontation mit gefürchteten sozialen Reizen. Da soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter bis zu einem gewissen Ausmaß als adäquat zu bezeichnen sind, findet sich als weiteres Kriterium eine mindestens sechsmonatige Dauer der Störung.

Zwischen Jugendlichen und Erwachsenen bestehen kaum Unterschiede hinsichtlich der Art sozialer Ängste (Beidel & Randall, 1994). Kognitive Symptome wie eine massive Furcht vor einer negativen Bewertung durch andere scheinen bei allen Altersgruppen im Vordergrund zu stehen. Das Bewusstsein derartiger Kognitionen ist allerdings bei Jugendlichen noch weniger stark ausgeprägt (Alfano, Beidel, & Turner, 2002; Beidel et al., 2007). So bewerten Jugendliche (ähnlich wie Erwachsene), die an Sozialphobie leiden, ihre eigene Leistung in sozialen Situationen im Vergleich zu einer unauffälligen Kontrollgruppe als signifikant schlechter, und weisen nach einer sozialen Situation weitaus mehr negative Kognitionen auf (Rheingold, Herbert, & Franklin, 2003). Weiters beschreibt Müller (2002), dass von Jugendlichen vor allem Leistungssituationen wie Prüfungen, Redesituationen vor Publikum oder soziale Interaktionssituationen als angstausslösend beschrieben werden. Ein Vermeidungsverhalten dürfte sich bei jüngeren Kindern eher in

einem Festhalten oder –klammern an Elternteile äußern, während bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die betreffende soziale Situation vermieden wird (Melfsen, 2002). Anderson und Hope(2009)untersuchten sozialphobische Jugendliche hinsichtlich physiologischer Reaktionen während sozialer Situationen. Für objektive Beurteiler sowie Biofeedback-Messgeräte ergaben sich keine sichtbaren Unterschiede zwischen sozialphobischen und unauffälligen Jugendlichen hinsichtlich einer erhöhten physiologischen Reaktivität (Puls und Blutdruck) während einer in promptu Rede. Allerdings bestanden hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Selbstbeurteilung. So stuften sich sozialphobische Jugendliche als nervöser ein und waren davon überzeugt, dass ihre körperlichen Symptome viel auffälliger als die der nichtklinischen Gruppe waren. Jugendliche scheinen somit allgemein zu einer Überinterpretation ihrer körperlichen Symptome zu neigen (Phares, Renk, Duhig, Fields, & Sly, 2009). Die Autoren betonen, dass diese Ergebnisse in der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Form von Psychoedukation berücksichtigt werden sollen (Anderson & Hope, 2009).

Hinsichtlich sozialer Kompetenzen finden sich in der Literatur Hinweise, dass Unterschiede zwischen Jugendlichen und Erwachsenen bestehen. Während die Defizithypothese bei Erwachsenen mittlerweile revidiert scheint, ergibt sich bei Kindern und Jugendlichen ein gegenteiliges Bild. Dies wurde schon in älteren Studien so diskutiert (Beidel, Turner, & Morris, 1999), soziale Ängste scheinen vor allem im Kindes- und Jugendalter den Erwerb sozialer Kompetenzen negativ zu beeinflussen. So bestätigen Inderbitzen-Nolan, Anderson und Johnson (2007), dass sich sozial ängstliche Jugendliche selbst als wesentlich eingeschränkter hinsichtlich sozialer Kompetenzen erleben (im Vergleich zu einer nichtklinischen Stichprobe), und dies von objektiven erwachsenen Ratern ebenfalls so beurteilt wird. Miers, Blöte und Westenberg (2007) untersuchten, ob auch jugendliche Rater sozial ängstliche Gleichaltrige als sozial inkompetent erleben. Es ergab sich, dass Peers ein Defizit sozialer Kompetenzen sehr gut wahrnehmen können, und sozial ängstliche Gleichaltrige meist negativ beurteilen. Die Autoren sehen in diesem Ergebnis eine Begründung, warum sozial ängstliche Jugendliche und junge Erwachsene einen bedeutend kleineren Freundeskreis besitzen (Blöte et al., 2012; Cole & Griffiths, 2007).Dadurch wird es für Betroffene umso schwieriger, adäquate soziale Verhaltensweisen zu erwerben und einen sozialen Rückzug zu vermeiden. Greco und Morris (2005) weisen darauf hin, dass fehlende soziale Kompetenzen und ein sozial ängstliches Auftreten zu einer niedrigen sozialen Akzeptanz innerhalb der Peergruppe führen können. Obwohl eine Kausalität empirisch noch nicht überprüft wurde, scheint ein Zusammenhang zu bestehen zwischen fehlenden sozialen Kompetenzen, die das

Auftreten sozialer Ängste begünstigen, und soziale Ängste, die einen Erwerb altersadäquater sozialer Kompetenzen erschweren.

Sozialphobie im Kindes- und Jugendalter geht häufig auch mit einem erhöhten Risiko für Substanzabhängigkeit, geringeren akademische Leistungen, Vermeidung von Schulbesuchen, sowie komorbiden Störungsbildern wie Depression, Einsamkeit oder einem niedrigen Selbstwert einher (Ginsburg, LaGreca, & Silverman, 1998; Kearney & Silverman, 1990). Betroffene Schüler scheinen ständig besorgt über ihre akademische Leistung, Zusammentreffen mit Gleichaltrigen sowie ihre allgemeine Leistung in sozial stressauslösenden Situationen wie eine mündliche Prüfung oder ein Referat vor der Klasse zu sein (Beidel & Morris, 1995; Silverman, LaGreca, & Wasserstein, 1995). Andere Aktivitäten wie ein Essen vor anderen in der Cafeteria oder gemeinsame außerschulische Aktivitäten werden entweder vermieden oder führen dazu, dass sich Betroffene im Nachhinein ständig mit dieser sozialen Situation auseinandersetzen und diese im Nachhinein negativ evaluieren (Beidel & Turner, 1998). Die Akzeptanz durch Gleichaltrige scheint ein wichtiger Prädiktor für spätere Schwierigkeiten im Umgang mit gefürchteten sozialen Situationen zu sein. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Kinder, die sich nicht von Gleichaltrigen akzeptiert fühlen, im späteren Leben an einer Sozialphobie oder anderen psychischen Störung zu erkranken (Ollendick, Weist, Borden, & Greene, 1992; Strauss, Lahey, Frick, Frame, & Hynd, 1988).

3.5 Soziale Ängste und soziale Kompetenzen

In Verbindung mit Schüchternheit oder sozialen Ängsten können durch fehlende soziale Kompetenzen kaskadierende negative Effekte in Gang gesetzt werden, mit lebenslangen Folgen für die Betroffenen. So besteht beispielsweise eine positive Korrelation eines frühen Beginns sozialer Ängste mit einer größeren Anzahl gefürchteter sozialer Situationen im Erwachsenenalter (Rapee & Spence, 2004; Ruscio et al., 2007). Baker und Edelmann (2002) fanden heraus, dass Personen mit Sozialphobie von objektiven Beurteilern als am wenigsten sozial kompetent beurteilt werden, verglichen mit unauffälligen Personen. Sie zeigten auch öfter als andere „seltsame“ Verhaltensweisen (Stottern, mit den Füßen wippen), den Autoren zufolge kann dies als Hinweis gedeutet werden, dass soziale Kompetenzen nur mangelhaft erworben wurden (Baker & Edelmann, 2002). Je nachdem, ob eine spezifische oder generalisierte soziale Phobie vorhanden ist, scheinen auch soziale Kompetenzen mehr oder weniger stark ausgeprägt zu sein. So werden Patienten, die an generalisierter sozialer Phobie leiden, allgemein als

weniger sozial kompetent wahrgenommen als Patienten mit spezifischer sozialer Phobie (Beidel et al., 2010; Boone et al., 1999; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990). Dies spricht für die Kontinuumschypothese nach Renneberg und Ströhle (2006; siehe Kapitel 3.2). Beidel und Kollegen (2010) betonen, dass sich Personen, die an generalisierter sozialer Phobie leiden, deutlich von unauffälligen Personen hinsichtlich sozialer Kompetenzen (Aufgabenstellung war, einen Vortrag zu halten) unterscheiden. Weniger Unterschiede ergaben sich hinsichtlich Personen, die an einer spezifischen Sozialphobie litten und unauffälligen Personen. Werden Jugendliche und junge Erwachsene, die an Sozialphobie leiden, von Beobachtern mit einer unauffälligen Stichprobe verglichen, so werden der ersten Gruppe signifikant häufiger Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen zugeschrieben (Beidel & Turner, 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Eine Studie von Cartwright-Hatton, Tschernitz und Gomersall (2005) weist hingegen darauf hin, dass für objektive Beobachter kaum Unterschiede bezüglich sozialer Kompetenzen zwischen mehr und weniger sozial ängstlichen Jugendlichen feststellbar waren. Allerdings ergaben sich hinsichtlich der Selbstbeurteilung signifikante Unterschiede, so beurteilte sich die sozial stark ängstliche Gruppe als weniger kompetent als die sozial weniger ängstliche Gruppe. Dies wird von den Autoren auch als übereinstimmend mit dem Modell nach Clark und Wells (1995) in Zusammenhang gebracht (Cartwright-Hatton, Hodges, & Porter, 2003; Cartwright-Hatton et al., 2005). Es ist demnach sinnvoll, Trainings sozialer Kompetenzen begleitend zu kognitiven Verfahren einzusetzen, um einerseits die Kompetenzen zu stärken, und andererseits kognitive Verzerrungen hinsichtlich eigener sozialer Kompetenzen zu bearbeiten. Mit Trainings sozialer Kompetenzen können daher Maßnahmen zur Minimierung der vorhin genannten Risikofaktoren gesetzt werden.

Bei Personen mit Sozialphobie bildeten vor allem in den frühen 1990er Jahren Trainings sozialer Kompetenzen das Mittel der Wahl bei der Behandlung. Es herrschte die Annahme vor, dass Sozialphobiker grundsätzlich ein allgemeines Defizit an sozialen Kompetenzen aufweisen und diese daher erworben werden müssen (Bijstra & Jackson, 1999; Spence, Donovan, & Brachman-Toussaint, 1999; van Dam-Baggem, 2000). Interventionsstudien, die auch medikamentöse Therapien miteinschließen, weisen darauf hin, dass das Defizit sozialer Kompetenzen auch dann bestehen bleibt, wenn die soziale Angst geringer wird (Turner, Beidel, & Jacob, 1994; van Dam-Baggem, 2000). Nach van Dam-Baggem (2000) erzielen Trainings sozialer Kompetenzen im Vergleich zu kognitiv-lerntheoretischer Gruppentherapie sogar weitaus bessere Resultate hinsichtlich einer Bearbeitung sozialer Ängste bei einer generalisierten Sozialphobie. Allerdings ergaben sich aus Interventionsstudien sehr früh Hinweise, dass manche Personen von einem

Training sozialer Kompetenzen enorm zu profitieren schienen, andere jedoch nicht. Clark (2001) meint, dass die Defizithypothese durchaus ihre Berechtigung habe, aber dass nachträglich stattfindende kognitiven Prozessen verhindern, dass erfolgreiches soziales Handeln auch als solches wahrgenommen wird. Es können durchaus soziale Kompetenzen bereits vorhanden sein, allerdings fokussieren Betroffene in der Situation so sehr auf sich selbst, dass sie diese nicht einsetzen können. Herbert und Kollegen (2005) gehen daher zusammenfassend davon aus, dass klinisch-psychologische Interventionen, die neben einem Training sozialer Kompetenzen zusätzlich auch eine Bearbeitung maladaptiver dysfunktionaler Kognitionen anbieten, wirksamer zu sein scheinen als die jeweilige Interventionsform für sich allein stehend (Beidel et al., 2010; Cartwright-Hatton et al., 2005). Herbert und Kollegen (2005) empfehlen daher für kognitiv-lerntheoretische Therapieverfahren Trainings sozialer Kompetenzen zumindest als unterstützende Begleitmaßnahme einzusetzen. Diese Überlegungen sollen daher bei einer Maßnahmenplanung entsprechend berücksichtigt werden (Morschitzky, 2009), und spielen auch eine bedeutsame Rolle in der vorliegenden Dissertationsstudie.

3.6 Wirkmechanismen evidenzbasierter Behandlung

Im Bereich der Behandlung von Sozialphobie sind Interventionen, die dem kognitiv-lerntheoretischen Interventionsspektrum zugeordnet werden können, sehr gut evaluiert und stellen mittlerweile das Mittel der Wahl (Goldstandard) dar. Bei besonders schweren Fällen von Sozialphobie ist zusätzlich eine medikamentöse Behandlung anzuraten. Hier stellen vor allem selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer und reversible Monoaminoxidase-hemmer das Mittel der Wahl dar. Bei schweren und mittelschweren Formen bewirken sie eine gute bis sehr gute symptomatische Verbesserung, und sollten deshalb für eine individuelle Behandlung von schweren Fällen ebenfalls in Betracht gezogen werden (Berghändler, Stieglitz, & Vriends, 2007; Hedges, Brown, Shwalb, Godfrey, & Manja Larcher, 2007).

Fast alle Interventionsstudien im Bereich sozialer Angststörungen beziehen sich auf kognitiv-lerntheoretischer Behandlungsmanuale, diese wiederum vorwiegend basierend auf Heimberg sowie Clark und Wells (Clark & Wells, 1995; Heimberg & Becker, 2002). Heimberg und Kollegen (2002) entwickelten ein kognitiv-lerntheoretisches Therapieprogramm für Erwachsene mit Sozialphobie am „Center for Stress and Anxiety Disorders der State University of New York at Albany“. Als wesentliche Wirkfaktoren in diesem Programm gelten die Modifikation der dysfunktionale Informationsverarbeitung

sowie Exposition und Rückfallprävention. Metaanalysen ergaben allgemein, dass kognitiv-lerntheoretische Interventionsmaßnahmen in Kombination mit Trainings sozialer Kompetenzen (behaviorale Exposition) höchst effektiv sowie am längsten wirksam sind (Berghändler et al., 2007; Chambless & Hope, 1996; Fedoroff & Taylor, 2001; Hofmann & Smits, 2008; Ruhlman & Margraf, 2001).

Die wesentlichen Bausteine für eine kognitive Intervention nach dem Modell von Clark und Wells (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995) gestalten sich wie folgt:

- (1) Änderung des Sicherheitsverhaltens,
- (2) den Fokus der Aufmerksamkeit nach außen lenken,
- (3) Aufbau einer realistischen Selbstwahrnehmung in sozialen Situationen,
- (4) eigene negative Kognitionen bezüglich einer Evaluation durch andere in Frage stellen,
- (5) Psychoedukation über ruminative Kognitionsstile und
- (6) kognitive Umstrukturierung beispielsweise mit Hilfe des sokratischen Dialogs.

Mehrere Metaanalysen beschäftigten sich mit den kognitiv-lerntheoretischen Verfahren im Bereich sozialer Angststörungen. Feske und Chambless (1995) untersuchten in einer Metaanalyse Exposition als alleinige Maßnahme im Vergleich zu herkömmlicher CBT, analog zu den oben dargestellten Grundlagen. Beide Verfahren zeigten sich ähnlich effektiv (Expositionsverfahren: $d = .99$; CBT: $d = .90$), was für einen grundsätzlichen Einsatz von Expositionsverfahren im Bereich sozialer Angststörungen spricht. Taylor (1996) untersuchte in seiner Metaanalyse mehrere Therapiebedingungen. Die besten Therapieerfolge erzielten in seiner Analyse eine Kombination aus CBT und Exposition ($d = 1.06$). Exposition als alleinige Maßnahme ($d = .82$), Trainings sozialer Kompetenzen ($d = .65$) sowie kognitive Therapien befanden sich im Mittelfeld. Keinerlei Effekte zeigten sich erwartungsgemäß in den Wartelistenbedingungen ($d = -.12$) sowie in der Placebo-Gruppe ($d = .48$). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Fedoroff und Taylor (2001). Auch hier schnitten Expositionsverfahren am besten ab ($d = 1.08$), gefolgt von einer Kombination aus kognitiver Restrukturierung und Exposition ($d = .84$), kognitiver Restrukturierung allein ($d = .72$), Training sozialer Kompetenzen ($d = .64$), sowie Entspannungsmethoden ($d = .51$; Effektstärken jeweils gewichtet nach der Stichprobengröße). In einer aktuelleren Metaanalyse konnten diese Ergebnisse von Rodebaugh und Kollegen (2004) größtenteils bestätigt werden. Die Autoren identifizieren als weitere Wirkmechanismen (Prädiktoren für einen Therapieerfolg) die Motivation und positive Erwartungshaltung von Probanden, sowie die Compliance bei Hausübungen (Rodebaugh et al., 2004). Renneberg und

Ströhle (2006) berichten von einer mittleren Effektstärke von $d = 1.0$, was einer Erfolgsrate der Behandlung sozialer Phobien mit kognitiv-lerntheoretischen Verfahren von 72% entspricht.

Gallagher, Rabian und McCloskey (2004) untersuchten eine 3-wöchige Gruppenintervention (3x3 Stunden) mit den Elementen Psychoedukation, kognitive Strategien sowie behaviorale Exposition anhand von 23 Kindern (12 Personen in der Versuchsgruppe, 11 Personen in einer Wartelistenbedingung) im Alter von 8-11 Jahren. Es ergaben sich signifikante Veränderungen innerhalb der Versuchsgruppe (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: $p < .05$). In der Wartelisten-Kontrollbedingung ergaben sich keine Effekte. Baer und Garland (2005) untersuchten ebenfalls CBGT (cognitive behavioral group therapy) für Jugendliche, basierend auf den Grundlagen von Heimberg sowie Clark und Wells. Es ergaben sich hoch signifikante Effekte in der Interventionsgruppe ($n = 6$), verglichen mit der Wartelisten-Kontrollbedingung ohne Intervention ($n = 6$), sowohl in der Anxiety Disorders Interview Schedule for Children ($d = 1.63$), als auch im Social Phobia and Anxiety Inventory ($d = .85$). Hinsichtlich einer genauen Untersuchung von Wirkfaktoren untersuchten Kendall und Kollegen (1997) ein speziell für Jugendliche entwickeltes zweiteiliges Therapiemanual. Der erste Teil bestand aus Psychoedukation und kognitiven Interventionen, der zweite beinhaltete Rollenspiele und (zum Teil) eine Vermittlung sozialer Kompetenzen. Dabei ergab sich, dass der erste Teil nicht ausreichend war für einen Therapieerfolg, effektiv war die Intervention erst nach Vorgabe des zweiten Teils. Die Autoren weisen vor allem auch auf die Wichtigkeit des Einsatzes von Entspannungsverfahren hin, da die Jugendlichen dadurch besser mit einer physiologischen Anspannung innerhalb einer sozialen Situation umgehen können.

Grundsätzlich ist allen Studien gemein, dass in der Behandlung dysfunktionale Kognitionen sowie die Erwartungen an andere Personen geändert werden sollen. Als wesentlicher Wirkfaktor gestaltet sich dabei die systematische Hinterfragung dysfunktionaler kognitiver Schemata. Die Aufmerksamkeit, die in sozialen Situationen in der Regel sehr stark nach innen gerichtet, soll nach außen gelenkt werden, beispielsweise auf Inhalte der sozialen Interaktion. Es soll demonstriert werden, dass Sicherheitsverhaltensweisen nicht nur eine negative Auswirkung auf die eigene Angst, sondern auch auf die Reaktion anderer Personen haben können. Im Verlauf der Behandlung sollen daher antizipatorisch-ruminative negative Kognitionsstile zunehmend einer realistischeren Einschätzung weichen (Gallagher et al., 2004; Stangier et al., 2006).

Herbert und Kollegen (2009) untersuchten die Wirksamkeit kognitiv-lerntheoretischer Verfahren und verglichen den Einsatz im Gruppen- und Einzelsetting speziell für

Jugendliche, angelehnt an das Behandlungsmanual nach Albano und Kollegen (Battaglia et al., 2012), verglichen mit einer ausschließlich psychoedukativen Gruppe mit Diskussionen über soziale Angststörungen (Heimberg & Becker, 2002). Die Autoren fanden heraus, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen hinsichtlich dem „Social Phobia and Anxiety Inventory“ gab (Herbert et al., 2009), alle Jugendlichen verbesserten sich signifikant mit einem großen Effekt von $d = 1.08$.

Ebenfalls speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt, stellt das „kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm“ von Joormann und Unnewehr (2002) ein gut evaluiertes Behandlungsprogramm dar, das auf den Grundlagen von Heimberg und Kollegen (2002) basiert. Es besteht aus insgesamt 16 Sitzungen zu jeweils 90 Minuten und richtet sich spezifisch an Kinder und Jugendliche ab 8 Jahre, die die DSM-IV Kriterien für Sozialphobie erfüllen. Das Programm umfasst zwei Phasen, wobei sich die erste Phase der Psychoedukation und kognitiven Umstrukturierung widmet, und die zweite Phase simulierte und in-vivo Expositionen beinhaltet (Joormann & Unnewehr, 2002).

Für die vorliegende Studie mit der Entwicklung eines Selbstsicherheitstrainings spielen vor allem die Schritte nach Clark und Wells (1995) eine bedeutsame Rolle. Es sollen der Fokus nach außen gelenkt werden, und eine realistische Selbstwahrnehmung erreicht werden. Resiliente Personen verfügen über eine positive Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit (Davydov et al., 2010). Durch das Bearbeiten und Umwandeln negativer Kognitionen in für das Individuum zuträgliche Kognitionen mit Hilfe des sokratischen Dialogs soll ebenfalls eine Förderung der Resilienz erreicht werden.

4 INTERVENTIONEN IM INTERNET

Im vorliegenden Kapitel wird dargestellt, dass vor allem Personen, die von sozialen Ängsten betroffen sind, verstärkt im Internet tätig sind. Daraus leitet sich die Grundlage der vorliegenden Dissertation ab, evidenzbasierte offline Interventionsansätze speziell für Jugendliche und junge Erwachsene in eine Onlineversion zu adaptieren. Dafür werden im Rahmen dieses Kapitels die Besonderheiten einer Intervention mit Hilfe des Internet erläutert. Das Internet selbst stellt ein besonders interessantes Medium für die klinisch-psychologische Forschung dar. Einerseits sollen gesundheitsgefährdende Anwendungen (wie beispielsweise online Rollenspiele; siehe Stetina, Kothgassner, Lehenbauer & Kryspin-Exner, 2010) erforscht werden, andererseits ergeben sich durch die massenhafte Verbreitung des Internet Möglichkeiten, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen niedrigschwellig und zielgruppengerecht anzubieten (Hintenberger & Kühne, 2009; Lehenbauer, Kothgassner, Kryspin-Exner, & Stetina, 2013; Lehenbauer & Stetina, 2012; Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011). Das vorliegende Kapitel geht daher auf bisherige Studien, die onlinebasierte Interventionsprogramme näher untersuchten, ein und stellt die Vor- und Nachteile derartiger Interventionsformen vor. Als ein wesentlicher Nachteil einer übermäßigen Nutzung des Internet kann beispielsweise ein problematischer Internetgebrauch genannt werden, der ebenfalls im Rahmen von Studie II eine Rolle spielt. Werden Programme über Internet angeboten, müssen besondere ethische Aspekte beachtet werden, die am Ende des Kapitels vorgestellt werden.

4.1 Wirksamkeit onlinebasierter Interventionen

Allgemein werden onlinebasierte Interventionen werden nicht einstimmig von allen Autoren als positiv beurteilt. Maheu und Gordon (2000) vertreten die Ansicht, dass das Internet nur unterstützend und begleitend bei herkömmlicher face-to-face Beratung eingesetzt werden sollte, da es noch zu wenig evidenzbasierte Online-Programme gibt und die Besonderheiten von Wirkfaktoren des Mediums Internet nicht genügend untersucht seien. Eine Gefahr bestehe darin, dass ihrer Meinung nach Patienten eine Behandlung unkontrolliert abbrechen können. Das Fehlen eines „Therapeuten“ oder „Psychologen“ in einer Internet- oder virtuellen Bedingung wurde schon bald als ein negativ wirkender Faktor erkannt. Die meisten Programme inkludieren daher mittlerweile einen Avatar, der den User durch das Programm führt und begleitet. So soll ein Arbeitsbündnis auch technikbasiert möglich sein (Cook & Doyle, 2002; Gaggioli, Mantovani, Castelnuevo, Wiederhold, & Riva, 2003).

Ein Problem vieler Studien hinsichtlich onlinebasierter Interventionsprogramme ergibt sich aus der relativ hohen dropout Rate. Andersson und Kollegen (2006) sprechen beispielsweise von 62% in ihrer Studie. Durch das Fehlen eines Therapeuten fühlen sich Patienten beispielsweise weniger motiviert, online aktiv mitzuarbeiten, es erfordert weiters eine relativ hohe Selbstkontrolle, Behandlungsprogramme im Internet selbstständig durchzuführen. Dies wird auch als deutlicher Hinweis darauf gesehen, dass bei onlinebasierter Behandlung Wirkfaktoren, die sich aus der persönlichen Interaktion ergeben, wegfallen. Die dropout Rate kann jedoch drastisch gesenkt werden - beispielsweise bei Carlbring und Kollegen (2007) von 38% auf 7% - wenn ein minimaler Therapeutenkontakt in das Programm inkludiert wird, sei es in Form eines Telefon- oder Emailkontaktes (Berger, Hohl, & Caspar, 2009; Carlbring et al., 2007).

Cook und Doyle (2002) wiesen als eine der ersten Autoren darauf hin, dass internetbasierte Programme insgesamt mehr Vor- als Nachteile hätten. Sie betonen ebenfalls, dass Arbeitsbeziehungen auch online, ohne Mitwirkung eines „face to face“ Therapeuten oder Psychologen möglich sind. Andersson (2009) nennt als wesentliche Vorteile onlinebasierter Interventionen, die auch für die vorliegende Studie gelten: Für Einwohner in strukturschwachen Gebieten wird ein Zugang zu klinisch-psychologischen Interventionsmöglichkeiten geboten, die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme dieser kann gesenkt werden. Es gewinnen Personen einen Zugang zu Interventionen, die sonst aufgrund körperlicher (Handicaps wie Gehörlosigkeit) oder finanzieller Gegebenheiten nicht dazu in der Lage wären. Newman und Kollegen (2011) meinen, wenn das Internet in Form von evidenzbasierten Programmen in eine Behandlung integriert wird, pro Klient bis zu 630 \$ eingespart werden können (Newman, Szkodny, & Przeworski, 2011). Als bedeutsamer Unterschied zu herkömmlichen face-to-face Interventionen kann das Fehlen einer nonverbalen Kommunikation (Mimik, Gestik, Tonfall, Aussehen des Klienten) gelten (Kersting, Schlicht, & Kroker, 2009; King & Moreggi, 2007). Für Menschen mit sozialen Ängsten ist das allerdings ein Vorteil. Es besteht durch die ausschließlich textbasierte Kommunikation weniger Gefahr, dass visuelle soziale Reize fehlinterpretiert werden (Shepherd & Edelman, 2005). Betroffenen wird es dadurch ermöglicht, das Augenmerk weniger auf das eigene soziale Verhalten oder vermeintlich negative Reaktionen anderer, sondern verstärkt auf die Inhalte der eigenen (textbasierten) Kommunikation zu legen.

Das vorliegende Kapitel beschränkt sich auf Interventionsstudien, die sich mit Sozialphobie und Schüchternheit in Zusammenhang mit neuen Medien beschäftigen. An dieser Stelle sei daher darauf verwiesen, dass beispielsweise Newman und Kollegen (2011) einen ausführlichen Überblick über den Einsatz neuer Medien bei gemischten

Angststörungen, Zwangsstörungen, Panikstörungen, generalisierten und sozialen Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, spezifischen Phobien und affektiven Störungsbildern bieten. Ein weiterer Überblick über onlinebasierte Interventionen findet sich bei Andersson (2009). Der Großteil der Studien weist darauf hin, dass die Wirkmechanismen kognitiv-lerntheoretischer Verfahren auch über internet- und technikbasierte Kommunikation zu funktionieren scheinen.

Speziell für Jugendliche gestaltet, stellt Mood-Gym (<http://www.moodgym.anu.edu.au>) eines der ersten internetbasierten Behandlungsprogramme zu Depression und auch zu Schüchternheit dar. Aufbauend auf kognitiv-lerntheoretischen Verfahren soll es vor allem Grundlagen zu kognitiver Umstrukturierung anbieten. Die Wirksamkeit wurde bereits in mehreren Studien untersucht und bestätigt. So scheint unmittelbar nach der Onlineintervention eine signifikante Reduktion depressogener Kognitionen vorhanden zu sein, dieser Effekt relativiert sich allerdings nach drei bis sechs Monaten in katamnestischen Studien. Die Werte scheinen auf das Ausgangsniveau zurück zu gehen (Christensen, Griffiths, & Korten, 2002; Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Groves, 2004; Neil, Batterham, Christensen, Bennett, & Griffiths, 2009).

Erste empirische Befunde hinsichtlich einer Wirksamkeit von Online-Interventionen bei sozialen Ängsten stammen von schwedischen Forschergruppen. Basierend auf kognitiv-lerntheoretischen Modellen in Selbsthilfebüchern (Rapee, 1998) wurden Interventionsprogramme, bestehend aus mehreren Modulen, entwickelt. Jedes Modul bestand aus textbasierter Information, einem interaktiven Quiz, und schloss mit einer Hausübung sowie mit Fragen ab, die die Inhalte des Moduls wiederholten. Carlbring und Kollegen (2007) gaben innerhalb von 24 Stunden Feedback via Email zur jeweiligen Hausübung. Auf Basis dieser Email wurde entschieden, ob Teilnehmer das darauf folgende Modul absolvieren durften oder nicht, und sie erhielten das Zugangspasswort. Weiters fand ein wöchentlicher Anruf statt, um positives Feedback zu geben und Fragen zu beantworten, die sich im Verlauf der Behandlung ergaben. Es ergaben sich innerhalb der Onlinegruppe ($n = 29$ Personen, die mit Sozialphobie diagnostiziert wurden) hoch signifikante Verbesserungen im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollbedingung in sozialphobiespezifischen Verfahren mit großen Effektstärken von $d = .95$ bis $d = 1.33$ (Carlbring et al., 2007). Wurde ein telefonischer Support in das Behandlungsprogramm integriert, beendeten 93% der Teilnehmer das Programm, bei ausschließlich onlinebasierter Behandlung hingegen nur 62% (Andersson et al., 2006). Insgesamt zeigte sich, dass das Vermeidungsverhalten abnahm und die Lebensqualität stieg. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zu herkömmlicher face-to-face Behandlung in kontrolliert-

randomisierten Studien (Andersson et al., 2006; Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius, & Andersson, 2006; Tillfors et al., 2008). In ihrer follow-up Studie weisen Carlbring und Kollegen (2009) weiters darauf hin, dass die Langzeiteffekte (30-Monate follow-up) ihres onlinebasierten Interventionsprogramms vergleichbar mit herkömmlichen Interventionsmethoden (face-to-face) sind, mit vergleichbar großen Effektstärken von $d = 1.10$ bis $d = 1.71$ für die Online-Interventionsgruppe.

Botella, Hofmann und Moscovitch (2004) erstellten ein onlinebasiertes Selbsthilfeprogramm „Talk To Me“, für spezifische soziale Ängste im Bereich des Sprechens vor Publikum. Nach Botella und Kollegen (2004) sollten User Vertrauen in das Programm besitzen (dass es von Psychologen erstellt wurde, die eine Expertise im Problembereich besitzen), um eine Effizienz des Programms zu gewährleisten. Die Rolle des Psychologen wurde in ihrer Studie von „Dr. Net“ übernommen, ein comicartiger Avatar, der durch das Programm führt und die Funktionsweise erklärt. Verschiedene videobasierte Szenarien werden dem User vorgegeben, wie beispielsweise Publikum in einem Klassenzimmer, eine mündliche Prüfung, ein Arbeitstreffen mit fiktiven Kollegen sowie eine Gruppe von Freunden. Ein psychoedukativer Teil führt zu Beginn des Programms in den Themenbereich „Soziale Ängste“ ein. User müssen danach eine Rede vorbereiten, und diese als Exposition in den oben genannten Szenarien vor dem Bildschirm vortragen. Der Fokus soll dabei verstärkt auf äußere (beispielsweise ein Zuhörer, der sehr interessiert scheint) und weg von inneren Faktoren (Aufregung, körperliche Symptome) gerichtet werden. In einer ersten „single case“ Studie 2004 konnte eine deutliche Reduktion des Angst- und Vermeidungsverhaltens festgestellt werden. In einer weiteren randomisierten Studie wurden Versuchspersonen einer internet- oder einer therapeutenbasierten (face-to-face) Bedingung, oder einer Wartelisten-Kontrollbedingung zugeteilt. Es ergab sich eine signifikant höhere drop-out Rate in der Internetbedingung ($p < .005$). Weiters ergaben sich höchst signifikante Unterschiede zwischen der Internet- und der Wartelistenbedingung ($p < .001$) und der Therapeuten- und der Wartelistenbedingung ($p < .001$). Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich jedoch zwischen der Internet- und der face-to-face-Bedingung (Botella et al., 2010).

Berger, Hohl und Caspar (2010) untersuchten ein onlinebasiertes Behandlungssystem mit insgesamt 5 Selbsthilfesitzungen und einem integrierten Email-System. Direkt nach der 10-wöchigen Intervention ($n = 47$) wurden hohe Effekte ($d = .80$) hinsichtlich sozialphobiespezifischer Verfahren gefunden. Diese Effekte scheinen stabil, und auch nach 6 Monaten noch vorhanden zu sein. Berger und Kollegen (2010) gehen davon aus, dass onlinebasierte Behandlungsprogramme daher ähnlich effektiv wie herkömmliche

face-to-face Verfahren sind, und als wichtige Ergänzung zu traditionellen Angeboten gesehen werden sollen.

Titov und Kollegen (2008) entwickelten ein internetbasiertes Programm, bestehend aus sechs Einheiten, ebenfalls basierend auf kognitiv-lerntheoretischen Grundlagen, Hausübungen, einem online Diskussionsforum sowie wöchentlichem Kontakt mit einem Psychologen. 78% der Teilnehmer beendeten das Programm, die Effektstärken (Cohen's d) lagen im Bereich von $d = .95$ bis $d = 1.15$. In einer weiteren Studie untersuchten sie, ob die Teilnehmer das Programm auch selbstständig ohne Anweisung durch Psychologen durchführen. Es ergab sich, dass in der von Psychologen angeleiteten Versuchsgruppe (Email-Kontakt mit den Psychologen) 77% das Internetprogramm beendeten. In der Versuchsgruppe, die das Programm selbstständig ohne Anweisung von Psychologen durchführte, reduzierte sich die Rate derjenigen, die alle Module absolvierten, auf 33% (Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Mahoney, 2008).

Hedman, Andersson, Ljotsson und Andersson (2012) betonen die hohen Kosten von Sozialphobie für die Gesellschaft, ähnlich wie auch Acarturk und Kollegen (2012). In ihrer Studie verglichen sie die ökonomische Effizienz von internetbasierter Behandlung mit herkömmlicher Einzelbehandlung. Beide Behandlungsformen unterschieden sich nicht voneinander hinsichtlich ihrer Effizienz in der Reduktion sozialer Ängste, allerdings war die internetbasierte Form ökonomisch deutlich günstiger für die Betroffenen. Den Autoren nach soll diese Behandlungsform vor allem angewendet werden, um einerseits die ökonomischen Kosten von sozialen Ängsten für die Gesellschaft einzudämmen, und um andererseits breiten Bevölkerungsschichten kostengünstige und wissenschaftlich fundierte Interventionsformen niedrigschwellig anzubieten (Wong et al., 2012).

An dieser Stelle soll noch auf den Einsatz virtueller Realitäten im Bereich der Behandlung von Sozialphobie verwiesen werden. Obwohl diese keine Rolle innerhalb der vorliegenden Dissertation spielen, so gibt es mittlerweile fundierte Ergebnisse, die die Effektivität des Einsatzes neuer Medien wie virtueller Realitäten in der Behandlung bestätigen (Harris, Kemmerling, & North, 2002; Klinger et al., 2005; Lehenbauer & Stetina, 2009; Lehenbauer & Stetina, 2009; Roy et al., 2003).

4.2 Soziale Ängste in Zusammenhang mit problematischem Internetgebrauch: Internetspezifische maladaptive Kognitionen

Für die vorliegende Studie stellt sich auch die Frage allfälliger Nebenwirkungen eines erhöhten Internetgebrauchs, der sich zwingenderweise aufgrund von Online-Interventionen ergibt. Es werden daher Studien vorgestellt, die sich mit einem Zusammenhang von sozialen Ängsten und einem erhöhten Internetgebrauch beschäftigen.

Hinsichtlich Nebenwirkungen von onlinebasierten Interventionen wird in der vorliegenden Arbeit bewusst der Begriff „Internetsucht“, wie von Young(1998) mit “Internet Addiction Disorder” postuliert, vermieden. Analog zu Caplan (2002) und Davis (2001) wird daher von einem problematischen Internetgebrauch („Problematic Internet Use“) gesprochen, da dadurch auch User erfasst werden, die das Internet auf eine maladaptive Weise zur Befindlichkeitsverbesserung nutzen, jedoch nicht im klassisch klinischen Sinn als süchtig gelten. Für die vorliegende Arbeit ist es von Bedeutung, dass mehrere Studien eine positive Korrelation sozialer Ängste und einem problematischen Internetgebrauch bestätigen (Campbell, Cumming, & Hughes, 2006; Caplan, 2007; Ju-Yu, Chih-Hung, Cheng-Fang, Hsiu-Yueh, & Ming-Jen, 2007; Lehenbauer, Stetina, & Kryspin-Exner, 2007).

Caplan (2007) untersuchte an einer Studentenpopulation ($n = 343$), welche Faktoren sich besonders stark auf einen problematischen Internetgebrauch auswirken. Er fand heraus, dass insbesondere soziale Ängste zu problematischem Internetgebrauch führen. Weiters weist er darauf hin, dass sozial Ängstliche eine Onlinekommunikation deswegen zu bevorzugen scheinen, weil ihnen dadurch das Gefühl einer Kontrolle über soziale Interaktionen vermittelt wird. Young und Lo (2012) bestätigen, dass sozial ängstliche Personen internetbasierte Kommunikation bevorzugen, da die Interaktion online besser kontrolliert werden kann, und Personen sich dadurch in ihrer sozialen Selbstwirksamkeit gestärkt fühlen. Chak und Leung (2004) berichten davon, dass vor allem schüchterne Personen zu einem problematischen Internetgebrauch neigen, und das Internet von sozial Ängstlichen als Fluchtmöglichkeit vor sozialer Interaktion außerhalb des Internet gesehen wird. Chatbasierte Kommunikation, die mit Hilfe einer Webcam stattfindet (und daher einer face-to-face Kommunikation am nächsten kommt) wird ebenfalls von sozial Ängstlichen bevorzugt. Stevens und Morris (2007) sehen das als Hinweis, dass Technik sogar bei Chats mit Kameras (inklusive einer Übertragung sozialer Reize) als Puffer wirken kann. Betroffene Personen sind der Meinung, dass physiologische Reaktionen wie

Erröten online nicht so einfach für andere sichtbar sein wie bei einer herkömmlichen face-to-face Kommunikation. Yen und Kollegen (2012) berichten in Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen, dass Sozialphobiker online signifikant weniger Angst während sozialer Interaktionen empfinden als bei face-to-face Kommunikation.

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Studie II ist das „kognitiv-lerntheoretische Modell von problematischem Internetgebrauch“ nach Davis (2001). Dieses Modell geht davon aus, dass soziale Ängste (distale Faktoren) in Kombination mit dem Internet zu „internetspezifischen maladaptiven Kognitionen“ führen, die in weiterer Folge einen problematischen Internetgebrauch (proximaler Faktor) verursachen und aufrecht erhalten (siehe Abbildung 5). Im Sinne eines selbstverstärkenden Verhaltens wird so ein problematischer Internetgebrauch aufrecht erhalten.

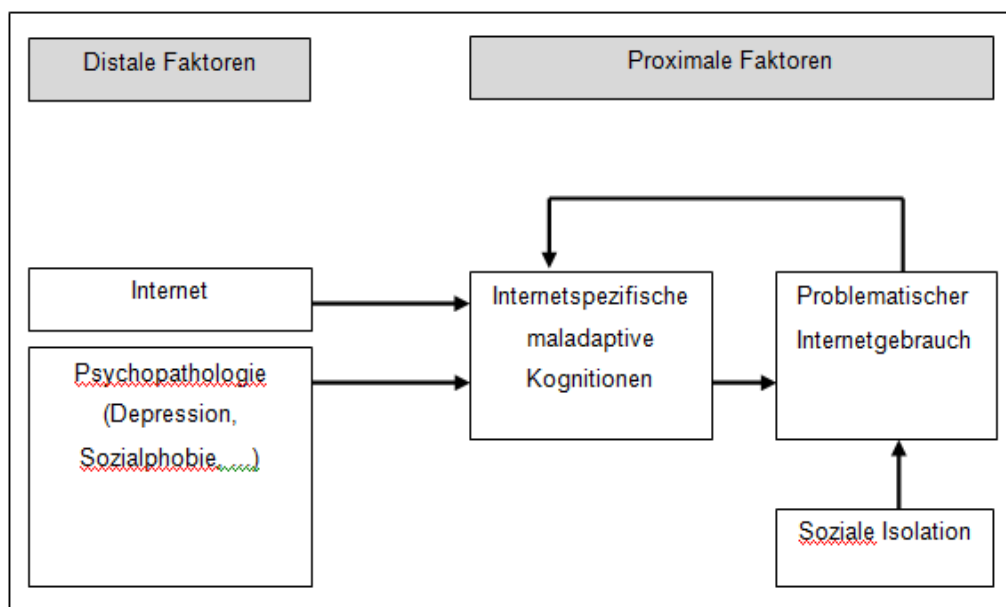


Abbildung 5: Kognitiv-lerntheoretisches Modell des problematischen Internetgebrauchs (Davis, 2001); übersetzt von Lehenbauer

In einer der Dissertationsstudie vorausgehenden Diplomarbeit wurde ein Instrument zur Erfassung internetspezifischer maladaptiver Kognitionen („Maladaptive Cognitions concerning the Internet“ - MCI) entwickelt (Lehenbauer, 2006; 2009). Es ergab sich eine hoch signifikante positive Korrelation sozialer Ängste mit internetspezifischen maladaptiven Kognitionen. Kognitionen, die die größte Zustimmung von Sozialphobikern fanden, waren beispielsweise „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“ und „Ich lerne

online mehr freundliche Menschen kennen als offline“. Derartige internetspezifische maladaptive Kognitionen tragen nach Davis (2001) dazu bei, dass vermehrt Zeit online verbracht wird. Die Überzeugung von sozial Ängstlichen, eine positive soziale Interaktion könne eher online stattfinden, würde dadurch verstärkt. Lee und Stapinski (2012) betonen in diesem Zusammenhang, dass ein problematischer Internetgebrauch als Vermeidungsstrategie beziehungsweise als Sicherheitsverhaltensweise von sozial Ängstlichen im Sinne des Modells von Clark und Wells (1995) gesehen werden kann. Kommunikation im Internet bietet die Möglichkeit, eine vermeintliche Beurteilung durch andere Personen in einer face-to-face Kommunikation zu vermeiden. Weiters weisen Lee und Stapinski (2012) darauf hin, dass internetspezifische maladaptive Kognitionen zu einem Großteil an diesem Sicherheitsverhalten beteiligt sind. Sie stellen sich abschließend die Frage (die mit Hilfe der vorliegenden Dissertationsstudie beantwortet werden soll), ob internetspezifische maladaptive Kognitionen durch onlinebasierte Interventionen verstärkt oder verringert werden.

4.3 Ethische Aspekte

Onlinebasierte Interventionen unterliegen gewissen ethischen Richtlinien, die auch für die Studie II Berücksichtigung finden. So kann vor allem die Tatsache als problematisch angesehen werden, dass das Element der Gefahrenbeherrschung online nur schwer zu bewältigen sind (Felnhofer, Kothgassner, & Stetina, 2011). Studien zeigen allerdings auf, dass es durchaus möglich ist, über onlinebasierte Programme ein „Arbeitsbündnis“ (working alliance) und „commitment“ zu generieren (Cook & Doyle, 2002). Knaevelsrud und Maercker (2007) weisen in ihrer Studie über ein onlinebasiertes Programm zur Behandlung bei posttraumatischer Belastungsstörung darauf hin, dass Aussagen wie „Me and my therapist trust each other“ besonders hohe Zustimmung finden. Andersson (2009) betont, dass sich onlinebasierte Behandlung und eine positive Arbeitshaltung bei Patienten einander nicht ausschließen. Botella und Kollegen (2004) weisen darauf hin, dass es aus ethischer Sicht unumgänglich ist, bei Behandlungsprogrammen, die selbstständig im Internet ablaufen, die Teilnehmer zuvor ausführlich zu informieren (beispielsweise Informationen über die Entwicklung des Programms, die beteiligten Psychologen, Gefahren, Nutzen und Risiken) zu geben. Dadurch steigt auch das Vertrauen der User in das Programm, und sie sind der Meinung von Botella und Kollegen (2004) folgend auch eher dazu bereit, dieses selbstständig zu absolvieren.

Sollte ein Einsatz neuer Technik im Bereich klinisch-psychologischer Interventionen angedacht werden, fordern Lehenbauer und Stetina (2009) von behandelnden Personen ein gewisses Ausmaß an Selbsterfahrung sowie Weiterbildung in diesem Bereich. Dazu gilt es nicht nur, über Spezifika der verwendeten Medien bestens Bescheid zu wissen, sondern auch die jeweilige Gesetzeslage zu berücksichtigen. So ist beispielsweise derzeit in Österreich psychotherapeutische und psychologische Behandlung über Internet gesetzlich nicht gestattet, Beratung hingegen schon (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Auch stellt sich die Frage, ob es für bestimmte Personengruppen nicht gefährlich sein könnte, neue Medien im Bereich der psychologischen Behandlung zu nutzen. Akute Krisen benötigen beispielsweise ein erhöhtes Ausmaß an persönlicher Betreuung (Lehenbauer, Kothgassner, Felnhofer, & Glenk, 2012), für psychotische Patienten oder Personen, die zu epileptischen Anfällen neigen, scheint es kontraproduktiv zu sein, wenn virtuelle Räume genutzt werden (Alleman, 2002; Lehenbauer & Stetina, 2009).

Lehenbauer und Kollegen (2012) ziehen die Schlussfolgerung, dass es für Interventionen mit Hilfe neuer Medien genau zu definierender ethischer Richtlinien bedarf. Derartige Richtlinien wurden beispielsweise bereits von der International Society for Mental Health Online (ISMHO) im Jahr 2000 vorgeschlagen (International Society for Mental Health Online, 2000). Analog dazu fordern auch Rippen und Risk (2000) eine Einverständniserklärung, in dem Klienten über den Prozess (Besonderheiten synchroner und asynchroner Kommunikation), den Berater oder Psychologen, potentielle Risiken und Vorteile onlinebasierter Intervention sowie Alternativen aufgeklärt werden. Ähnliche Richtlinien gibt auch das österreichische Bundesministerium für Gesundheit vor (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Diese Richtlinien sehen vor, dass Personen über die Vor- und Nachteile onlinebasierter Interventionen aufgeklärt werden müssen. Die Art und die Sicherheit der gespeicherten Daten muss ebenso bekannt gegeben werden wie die Möglichkeit, nach Teilnahme an Studien eine Löschung der Daten zu beantragen. Weiters müssen für Notfälle Kontaktadressen, die offline aufgesucht werden können, angeboten werden. Jeder Teilnehmer hat weiters jederzeit das Recht, die Teilnahme an einer onlinebasierten Behandlung oder Studienteilnahme ohne Angabe von Gründen zu unterbrechen, und muss auch darüber informiert werden. Diese Richtlinien und Informationen wurden selbstverständlich im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings berücksichtigt.

EMPIRISCHER TEIL

5 ZIELSETZUNG DER DISSERTATIONSSTUDIE

Die Dissertationsstudie untersucht die Wirksamkeit von Interventionen auf die Bearbeitung sozialer Ängste unabhängig von der Darbietungsform (offline als Gruppentraining oder online als Einzeltraining), sowie die Vermittlung von Faktoren, die mit Resilienz in Zusammenhang stehen. Resilienz trägt dazu bei, dass Personen trotz schwieriger Umstände gesund bleiben und Lebensabschnitte gut bewältigen. Besonders im Jugend- und frühen Erwachsenenalter sind Individuen einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt, die eine günstige Entwicklung negativ beeinflussen können. In diesem Lebensabschnitt entstehen soziale Ängste, die meist über ein Leben lang anhalten, mit gravierenden Folgen für Betroffene. Speziell diese Altersgruppe befindet sich zu nahezu 100% im Internet. Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, wird für die vorliegende Studie Resilienz anhand sozialer Kompetenzen, der Fähigkeit zur Emotionsregulation und der Selbstwirksamkeit definiert und operationalisiert (diese Faktoren sollten negativ mit sozialen Ängsten korrelieren). Resilienz soll mit Hilfe evidenzbasierter Wirkfaktoren (siehe Kapitel 3.6) gefördert und damit einer Entstehung sozialer Ängste präventiv entgegen gewirkt werden.

Eine wesentliche Schwerpunktsetzung findet daher auch online statt. Studien weisen darauf hin, dass schüchterne und sozial ängstliche Jugendliche und junge Erwachsene das Internet häufiger und länger frequentieren als unauffällige Nutzer. Der Gedanke liegt also nahe, die Zielgruppe dort abzuholen, wo sie sich befindet – im Internet. Wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Programme sind im Internet jedoch noch selten anzutreffen, deswegen kann das Ziel der Dissertation als höchst innovativ gelten: die Übertragung von Wirkfaktoren evidenzbasierter Offline-Behandlung in eine Onlineform. Damit soll auch das „kognitiv-lerntheoretische Modell eines pathologischen Internetgebrauchs“ nach Davis (2001) überprüft werden, siehe auch Abbildung 5, Kapitel 4.1. Davis (2001) geht davon aus, dass soziale Ängste als Vorläufer eines problematischen Internetgebrauchs gelten können. Mit Hilfe der Studie II wird daher das Modell untersucht, ob sich derartige maladaptive Kognitionen bei einem intensiven Gebrauch von Online-Interventionen verstärken (was gegen einen Einsatz derartiger Behandlungsformen sprechen würde), oder ob sie zeitgleich mit einer Bearbeitung sozialer Ängste zurückgehen (und damit auch als Bestätigung des Modells gelten können).

STUDIE I: OFFLINE SELBSTSICHERHEITSTRAINING

6 ENTWICKLUNG DES OFFLINE SELBSTSICHERHEITSTRAININGS

Aufbauend auf den in den vorherigen Kapiteln dargestellten theoretischen Grundlagen und bisherigen empirischen Befunden zu Wirkmechanismen kognitiv-lerntheoretischer Verfahren wurde ein Training mit mehreren Einheiten (die Grundprinzipien nach Hurrelmann und Settertobulte, 2002, beachtend) entwickelt. Es soll damit einerseits Resilienz durch Vermittlung sozialer Kompetenzen, Emotionsregulations- und Stressmanagementstrategien gefördert werden, andererseits eine Bearbeitung bereits vorhandener sozialer Ängste bei sozialphobischen und schüchternen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht werden. Das Selbstsicherheitstraining erhebt nicht den Anspruch, eine Behandlung besonders schwerer Fälle von Sozialphobie zu ermöglichen. Es ist primär als präventives Instrument gedacht, um sozialen Ängsten vorzubeugen, und um bei schüchternen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Stärkung des Verhaltensrepertoires zu bewirken. Es wurde der Name „Selbstsicherheitstraining“ bewusst gewählt, da vor allem die Aspekte der Selbstsicherheit und damit verbunden eine Reduktion von Schüchternheit und sozialen Ängsten eine bedeutende Rolle spielen. „Selbstsicher“ zu sein wurde im Rahmen des Projekts „SKY: Selbstsicher, Kompetent – For the Youth!“ als Gegenpol zu „schüchtern und sozial ängstlich“ definiert.

Resilienz wurde anhand sozialer und emotionaler Kompetenzen operationalisiert, und soll durch das vorliegende „Selbstsicherheitstraining“ mit Hilfe von kognitiven- und Emotionsregulationsstrategien sowie einer Vermittlung von spezifischen sozialen Kompetenzen gefördert werden. Angelehnt an das Modell von Clark und Wells (1995, siehe Kapitel 3.6) werden evidenzbasierte Informationen gegeben über Sicherheitsverhaltensweisen, Tipps für eine Verlegung der Aufmerksamkeit nach außen, Aufbau einer realistischen Selbstwahrnehmung in sozialen Situationen, und es findet Psychoedukation über ruminative Kognitionsstile und eine kognitive Umstrukturierung statt.

Die Konzeption des Selbstsicherheitstrainings sowie die Studie I fanden im Rahmen des Projekts „SKY: Selbstsicher, kompetent – for the youth!“ statt (siehe Anhang) statt. Um das Selbstsicherheitstraining sowohl in der offline als auch in der späteren online Version (siehe Kapitel 10) so deckungsgleich wie möglich zu gestalten, wurde ein Manual mit einer genauen Darstellung der Inhalte der einzelnen Einheiten erstellt. Das Manual

beinhaltet evidenzbasierte Wirkmechanismen wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Exposition (Fedoroff & Taylor, 2001; Taylor, 1996) und lehnt sich an bereits bestehende Gruppenprogramme (Hinsch & Pfingsten, 2007; Joormann & Unnewehr, 2002) und Einzelbehandlungsmanuale (Fehm & Wittchen, 2004; Stangier et al., 2003) an. Einzelne Einheiten zu sozialen Kompetenzen wurden gemeinsam mit der Zielgruppe (Jugendliche und junge Erwachsene) entwickelt. Es stellte sich heraus, dass vor allem die Inhalte „Kontakte knüpfen“, „Konflikte ansprechen können“ und „selbstsicher auftreten können“ erwünscht waren. Die Inhalte des Selbstsicherheitstrainings wurden dem entsprechend gestaltet. Es besteht aus insgesamt 14 Einheiten (zu je 50 Minuten), jede Einheit folgt einer ähnlichen Struktur: Sie beginnt mit einer Wiederholung der Inhalte der vorherigen Einheit, einer Besprechung des jeweiligen Themas in der Gruppe, und schließt mit einer Entspannungsübung ab (siehe Abbildung 6).

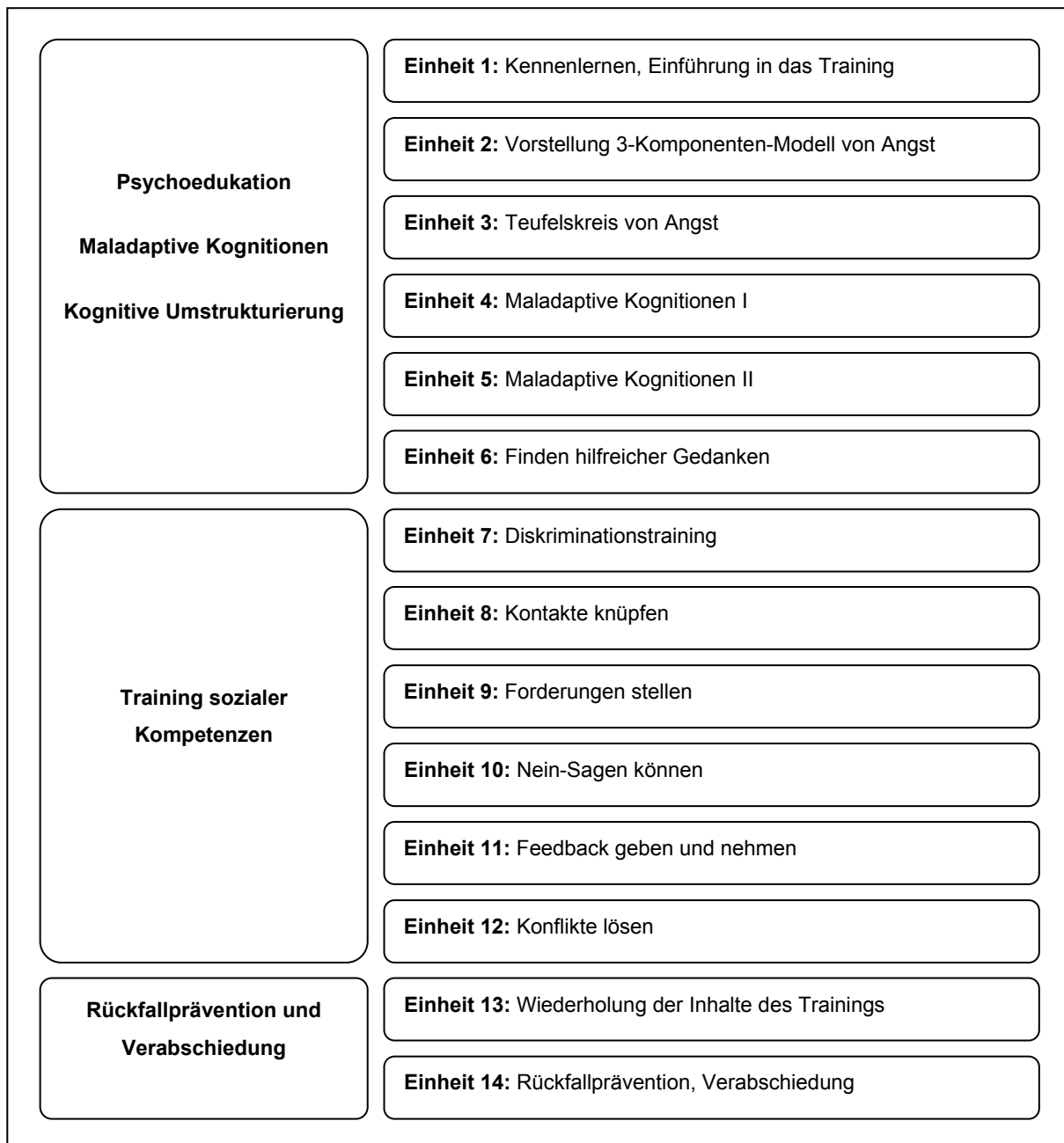


Abbildung 6: Darstellung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings

Einheit 1 widmet sich einer Vorstellung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings, sowie einem gegenseitigen Kennenlernen in der Offlineversion. Es werden die Begriffe wie „Schüchternheit“, „Soziale Angst“, und „Selbstsicherheit“ allgemein besprochen. Es werden weiters Informationen über die Durchführung des Trainings sowie die beteiligten Psychologen gegeben.

Einheit 2 beschäftigt sich mit dem Thema „Psychoedukation“ und damit einer Einführung in soziale Ängste. Es wird eine Erklärung geboten, was Angst und Stress aus psychologischer Sicht im Sinne des 3-Komponenten-Modells der Angst (auf den Ebenen

Körper, Gedanken und Verhalten) bedeuten (Fehm & Wittchen, 2004). Es findet eine Stärken- und Schwächenanalyse statt, damit soll einerseits auf eigene Schwächen aufmerksam gemacht werden, andererseits soll jedoch auch Augenmerk auf eigene Ressourcen, die eigenen Stärken, gelegt werden. Es werden Arbeitsblätter zum Thema „Soziale Angst“, sowie „Stärken-und-Schwächen-Analyse“ ausgeteilt. Als spielerisches Element werden in der Offlineversion des Trainings Kärtchen mit diversen Reaktionen und Verhaltensweisen bei Angst aufgelegt, die die Teilnehmer den einzelnen Ebenen zuordnen sollen. Es werden die Unterschiede zwischen Brust- und Bauchatmung erklärt, und den Teilnehmern Entspannungsprotokolle mitgegeben.

In **Einheit 3** wird der Teufelskreis der Angst thematisiert (Fehm & Wittchen, 2004). Es wird verdeutlicht, wie die drei Ebenen Körper, Verhalten und Kognition zusammen hängen, und wie unterschiedliche Ausgänge in und derselben Situation nur aufgrund der kognitiven Bewertung physiologischer Vorgänge aussehen. Analog zu den Empfehlungen von Anderson und Hope (2009) werden auch Informationen gegeben, dass gewisse körperliche Reaktionen wie leichtes Erröten oder erhöhter Puls in Stresssituationen (Prüfung, Referat) normal sind. Es wird darauf hingewiesen, dass Entspannungsübungen dazu beitragen können, die körperlichen Reaktionen (wie Herzklopfen, Erröten, Händezittern) in sozialen Situationen wie Prüfungen oder Ansprechen wichtiger Personen günstig zu beeinflussen. Weiters wird ein persönliches Teufelskreismodell erstellt, die Teilnehmer werden angeleitet, an eine spezifische Situation zu denken, sowie ihren persönlichen Teufelskreis aus Gedanken, Verhalten und körperlicher Reaktion festzuhalten (Stangier et al., 2006). Es wird den Teilnehmern ein Selbstbeobachtungsbogen zur Verfügung gestellt. Mit diesem sollen spezifische Situationen im Alltag ausfindig gemacht werden, die erhöhte körperliche Reaktionen auslösen, und auf den Ebenen „Körper“, „Gedanken“ und „Verhalten“ aufgeschlüsselt notiert werden. Am Ende der Einheit wird wieder eine Entspannungsübung (Bauchatmung) vorgestellt.

Einheit 4 widmet sich dem Thema „Negative automatische Gedanken“. Mit Hilfe des Selbstbeobachtungsbogens der Einheit 3 werden diese Gedanken besprochen. In der offline Version des Selbstsicherheitstrainings findet ein Rollenspiel zu diesem Thema statt. Es soll verdeutlicht werden, dass sozial ängstliche Personen stark auf sich selbst fokussiert sind, anstatt diese Aufmerksamkeit nach außen zu lenken (Clark & Wells, 1995). Es werden eigene Verhaltensweisen analysiert, eigene automatische negative Kognitionen als wahr angenommen und es wird wenig Aufmerksamkeit nach außen gelenkt. Wird eine Situation überstanden, wird das eigene Verhalten überkritisch

betrachtet. Für sozial ängstliche Personen bedeutet dies eine Verstärkung in ihrer Sichtweise, dass sie sozial inkompetent seien. Es soll mit der Einheit verdeutlicht werden, dass diese negativen Kognitionen veränderbar sind. Mit einer Hausübung sollen derartige Kognitionen bis zur nächsten Einheit bestmöglich identifiziert werden. Als Entspannungsübung findet am Ende der Einheit eine Fantasiereise statt.

In **Einheit 5** werden diese negativen automatischen Gedanken nochmals unter dem Blickpunkt systematischer Verzerrungen besprochen (Beck & Emery, 1985; Beck et al., 1985; Fedoroff & Taylor, 2001). Es werden diverse systematische Denkfehler vorgestellt, und die Teilnehmer dazu eingeladen, ihre eigenen negativen automatischen Gedanken, die bisher bei sich gefunden wurden, in Kategorien systematischer Denkfehler einzuordnen wie beispielsweise Alles-oder-Nichts-Denken, Katastrophisieren oder Gedanken-Lesen-Können. Als Entspannungsübung wird am Ende der Einheit die progressive Muskelentspannung angeboten.

Einheit 6 ist angelehnt an die kognitive Umstrukturierung und soll hilfreiche Gedanken an Stelle der negativen automatischen Gedanken vermitteln (Beck & Emery, 1985). Es werden Beispiele für maladaptive Kognitionen sowie hilfreiche Gedanken besprochen, dazu wird ein Arbeitsblatt zum systematischen Hinterfragen automatischer Gedanken gemeinsam erarbeitet. Ein erweiterter Selbstbeobachtungsbogen soll sowohl negative als auch hilfreiche Gedanken erfassen, sowie die Teilnehmer dazu anleiten, die Auswirkung hilfreicher Gedanken (und der Entspannungsübungen) auf den Körper sowie die soziale Situation zu beobachten. Als Entspannungsübung wird das autogene Training angeboten.

In der folgenden **Einheit 7** werden die Merkmale von selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten vorgestellt, jeweils auf der körperlichen, behavioralen und kognitiven Ebene. Ziel dieser Einheit ist es einerseits, den Teilnehmern in Form von Rollenspielen die Bestandteile eines aggressiv erscheinenden Verhaltens näher zu bringen, und andererseits selbstsicheres Verhalten zu trainieren. Da nun die wesentlichen Entspannungsübungen vorgestellt wurden, steht es ab dieser Einheit den Teilnehmern frei, welche sie auswählen.

Ab **Einheit 8 bis einschließlich Einheit 12** werden jeweils in einer eigenen Einheit die Grundlagen sozialer Kompetenzen wie „Kontakte knüpfen“, „Forderungen stellen und durchsetzen“, „Nein-Sagen“, „Feedback geben und nehmen“ sowie „Konflikte bewältigen“ vorgestellt. In der offline Variante findet diese Vorstellung mit Hilfe von theoretischen Impulsreferaten und praktischen Rollenspielen statt. Es soll den Teilnehmern vermittelt werden, dass sich selbstsicheres Verhalten auch durch Sprache, Gestik und Mimik

ausdrückt. Es wird weiters darauf geachtet, dass stets ein Bezug zu den drei Ebenen Körper, Gedanken und Verhalten sowie der Diskrimination zwischen selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten hergestellt wird.

Die letzten beiden **Einheiten 13 und 14** widmen sich sowohl einer Wiederholung und Vertiefung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings als auch einer Rückfallprophylaxe, angelehnt an Stangier und Kollegen (2006). Die Teilnehmer werden aufgefordert, Strategien und Ressourcen, die im Verlauf des Trainings erworben wurden, zu notieren („Meine Schatzkiste“). Weiters werden alte Verhaltensweisen ebenfalls auf einem Arbeitsblatt notiert („Mülleimer“), und dieses zusammengeknüllt und weggeworfen. Abgeschlossen wird das Selbstsicherheitstraining in der Offlinevariante mit einer Feedbackrunde der Teilnehmer.

7 METHODIK

Im Rahmen von Studie I (die im Verlauf des Projekts „SKY: Selbstsicher, Kompetent – for the youth!“ stattfand, siehe Anhang A) fand die Entwicklung und Evaluation eines primoridal-präventiven Selbstsicherheitstrainings zur Förderung der Resilienz und damit der Prävention sozialer Ängste statt. Dieses basiert im Wesentlichen auf in Kapitel 3.3 und 3.6 erwähnten kognitiv-lerntheoretischen Grundlagen und Wirkmechanismen (vor allem Clark & Wells, 1995) und auf bisherigen Trainings sozialer Kompetenzen (siehe Kapitel 2.2). Es steht damit für die folgende Studie I die Untersuchung der Wirksamkeit im Vordergrund.

Die vorliegende Studie kann als Quasi-Experiment eingeordnet werden, da aufgrund projektbezogener Besonderheiten keine zufällige Einteilung in Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung (nachfolgend Kontrollgruppe genannt) möglich war. Diese Einteilung gelang nur klassenweise nach dem Zufallsprinzip (es wurde jedoch untersucht, ob sich zwischen den Klassen Unterschiede ergaben, siehe Kapitel 8.1). Da die Untersuchung „im Feld“ stattfindet, kann von einer hohen externen Validität ausgegangen werden, jedoch nur von einer geringen internen Validität, da es aufgrund organisatorischer Umstände im Schulsetting nicht möglich war, Störvariablen auszuschalten. Das folgende Kapitel stellt die Testverfahren, Fragestellungen, Hypothesen und die methodische Herangehensweise der Studie vor.

7.1 Auswahl und Begründung der Testverfahren

Für die Untersuchung der Fragestellung, ob das Selbstsicherheitstraining effektiv in der Bearbeitung sozialer Ängste ist, wurde auf die „Social Phobia Inventory“ sowie die „Liebowitz Social Anxiety Scale“ in der deutschen Übersetzung zurück gegriffen. Hinsichtlich der Untersuchung von Resilienz war es nötig, die Verfahren anhand der Definition von Hoffmann und Egle (zit. nach Korn, 2012) auszuwählen. Für die Untersuchung der sozialen Kompetenzen und des Selbstwerts kamen die „Frankfurter Selbstkonzeptskalen“, für die Untersuchung der positiven Emotionsregulation die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ und zur Untersuchung der Selbstwirksamkeit und der Kontrollüberzeugungen der „Review of Personal Effectiveness in Life with Locus of Control“ zum Einsatz. Alle Verfahren werden nachfolgend genauer dargestellt.

SPIN – Social Phobia Inventory

Das „Social Phobia Inventory“ (SPIN) wird als behandlungssensitives Instrument häufig in Interventionsstudien eingesetzt, und deswegen auch in der vorliegenden Studie verwendet. Es wurde von Connor und Kollegen (2000) entwickelt und von Susic, Gieler und Stangier (2008) ins Deutsche übersetzt und normiert. Die SPIN besteht aus 17 Items, die auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht“ bis „extrem“) beurteilt werden. Nach Ranta (2007) kann die SPIN auch bei Jugendlichen eingesetzt werden. Um bestmöglich zwischen Sozialphobikern und unauffälligen erwachsenen Personen zu differenzieren, wird ein Cutoff-Wert von 19 empfohlen (Connor et al., 2000). Ranta und Kollegen empfehlen hingegen für eine jugendliche Stichprobe einen höheren Cutoff-Wert von 24, um bestmöglich zwischen Sozialphobie und unauffälligen Personen unterscheiden zu können. Die interne Konsistenz bewegt sich nach Connor und Kollegen (2000) mit $\alpha = .87$ bis $\alpha = .94$ bei Sozialphobikern und $\alpha = .82$ bis $\alpha = .90$ in einer Kontrollgruppe im zufriedenstellenden Bereich. Für die vorliegende Untersuchung wird für die jugendliche Stichprobe von Studie I ein Cutoff-Wert von 24 (Ranta et al., 2007) und für die eher erwachsene Stichprobe von Studie II (> 20 Jahre) ein Cutoff-Wert von 19 (Connor et al., 2000) verwendet.

LSAS – Liebowitz Social Anxiety Scale

Die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) wurde ursprünglich als Fremdbeurteilungsinstrument entwickelt, wird aber sehr häufig auch als Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt (Liebowitz, 1987; Stangier & Heidenreich, 2005). Der Gesamtsummenscore gibt Auskunft über den Schweregrad der sozialen Ängste. Da allerdings auch spezifische Situationen erfragt werden, die sowohl auf einer Angst- als auch Vermeidungsskala erfasst werden, lassen sich zusätzlich noch für differenzierte Aussagen sieben Subskalen berechnen:

1. Gesamtscore als Schweregrad der Sozialphobie
2. Subskala Vermeidung von sozialen Situationen
3. Subskala Angst vor sozialen Situationen
4. Vermeidung von Interaktionssituationen
5. Angst vor Interaktionssituationen
6. Vermeidung von Leistungssituationen
7. Angst vor Leistungssituationen

Da mit Hilfe der LSAS spezifisch Vermeidung und Angst erfasst werden können, wurde es als zusätzliches sozialphobiespezifisches Verfahren neben dem SPIN für die vorliegende Untersuchung berücksichtigt.

Es wird ein Cutoff-Wert von 55 (bis 144) empfohlen, um bestmöglich zwischen Sozialphobikern und unauffälligen Personen zu differenzieren. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha = .95$ als zufriedenstellend einzuschätzen (Liebowitz, 1987; Stangier & Heidenreich, 2005).

FSKN – Frankfurter Selbstkonzeptskalen

Nach Kanning (2003) eignen sich die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) als standardisiertes Meßinstrument zur Selbstbeschreibung hinsichtlich der Beurteilung sozialer Kompetenzen. Sie werden deshalb zur Erfassung sozialer Kompetenzen im Sinne der Resilienz in der vorliegenden Arbeit verwendet. Sie bestehen aus 78 Items (10 Subskalen), die auf einer 6-stufigen Skala (von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“) beantwortet werden. Die Retest-Reliabilität liegt bei $\alpha = .82$. Es lassen sich folgende Subskalen berechnen:

1. Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit
2. Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung
3. Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit
4. Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwerts
5. Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit
6. Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen
7. Selbstkonzept zur eigenen Kontakt - und Umgangsfähigkeit
8. Selbstkonzept zur Wertschätzung durch Andere
9. Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch Andere
10. Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu Anderen

SEE – Skalen zum Erleben von Emotionen

Um Effekte des Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich der Emotionsregulation zu erfassen, werden die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE) vorgegeben. Diese wurden ursprünglich entwickelt, um das individuelle Gefühlserleben und die Bewertung und Regulation von Gefühlen zu erfassen. Sie bestehen aus 42 Items, die auf einer

fünfstufigen Skala beantwortet werden. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .70$ bis $\alpha = .86$ (Behr & Becker, 2004). Folgende Subskalen sollen folgende Bereiche abdecken:

1. Akzeptanz eigener Emotionen (diese Skala soll „Kongruenz“ erfassen, die Übereinstimmung des Selbstkonzepts mit den wahrgenommenen Gefühlen)
2. Erleben von Emotionsüberflutung (erfasst einen Zustand, in dem Personen das Gefühl haben, zu viele Emotionen zu erleben und dies als belastend wahrnehmen)
3. Erleben von Emotionsmangel (ein Teil der Gefühle wird nicht oder nur verzerrt wahrgenommen)
4. Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen (beschreibt Prozesse zur Wahrnehmung von Emotionen auf körperlicher Ebene)
5. Imaginative Symbolisierung von Emotionen (beschreibt Prozesse zur Wahrnehmung von Emotionen auf der imaginativen Ebene)
6. Erleben von Emotionsregulation (beschreibt die Fähigkeit, sich selbst zu stimulieren oder zu beruhigen)
7. Erleben von Selbstkontrolle (beschreibt die Fähigkeit, eigene Gefühle nicht in das Verhalten einfließen zu lassen)

ROPELOC – Review of personal effectiveness in life and locus of control

Die Selbstwirksamkeitserwartung steht unmittelbar mit Resilienz in Zusammenhang. Das Selbstbeurteilungsinstrument „ROPELOC“ erfragt daher, wie erfolgreich sich Menschen in ihrem Leben einschätzen, und sie sich im Sinne der Selbstwirksamkeit in der Lage sehen, das eigene Leben selbst kontrollieren zu können („locus of control“). Das Verfahren hat eine zufriedenstellende interne Konsistenz mit .79 bis .93 (Richards, Ellis, & Neill, 2002). Es besteht aus 14 Subskalen, die Vorgabe ist ab einem Alter von 11 Jahren möglich. Die Subskalen lassen sich wie folgt benennen:

1. Active Involvement (AI)
2. Cooperative Teamwork (CT)
3. Leadership Ability (LA)
4. Open Thinking (OT)
5. Quality Seeking (QS)
6. Self Confidence (SC)
7. Self Efficacy (SF)
8. Social Effectiveness (SE)
9. Stress Management (SM)

10. Time Efficiency (TE)
11. Coping with change (CH)
12. Overall Effectiveness (OE)
13. Internal Locus of Control (IL)
14. External Locus of Control (EL)

7.2 Fragestellungen und Hypothesen

Aufbauend auf den in den vorigen Kapiteln dargestellten theoretischen Befunden lassen sich für die vorliegende Studie 5 Hauptfragestellungen sowie daraus abgeleitet Forschungshypothesen definieren. Die Fragestellungen werden gruppiert dargestellt. Die Überprüfung der Operationalisierung von Resilienz (negative Korrelation von Faktoren der Resilienz wie soziale Kompetenzen, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit mit sozialen Ängsten) wird gesondert in Kapitel 8.2 dargestellt.

Die Hauptfragestellungen 1 – 3 (sowie die daraus abgeleiteten Hypothesen) beziehen sich auf Veränderungen ausschließlich innerhalb der Versuchsgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings (VG1) im Bereich der sozialen Ängste (Fragestellung 1) sowie in Bereichen der Resilienz, soziale Kompetenzen (Fragestellung 2) sowie Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit (Fragestellung 3).

Die Hauptfragestellung 4 (inklusive Hypothesen) bezieht sich auf den Vergleich der Versuchs- (VG1) und der Wartelisten-Kontrollbedingung (KG1) des offline Selbstsicherheitstrainings zu den zwei Testzeitpunkten vor (t_1) und nach (t_2) dem Selbstsicherheitstraining. Damit soll erfasst werden, ob sich die in Fragestellungen 1 – 3 gefundenen Effekte auch im Vergleich zu einer (Wartelisten-)Kontrollgruppe stabil bleiben.

Hauptfragestellung 5 (inklusive Hypothesen) behandelt langfristige Effekte des Selbstsicherheitstrainings, es soll untersucht werden, ob für das Selbstsicherheitstraining auch nach 4 Monaten (dritter Testzeitpunkt t_3) noch Effekte nachweisbar sind.

Um die Darstellung der Hypothesen möglichst kompakt zu gestalten, werden diese beispielhaft für die einzelnen Verfahren dargestellt, gelten jedoch auch analog für die anderen jeweiligen Fragebögen. Nicht explizit bei den Fragestellungen und Hypothesen dargestellt werden die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe, die Besonderheiten der Kontrollgruppe sowie geschlechtsrelevante Aspekte der signifikanten Ergebnisse. Zusätzlich werden bei der Stichprobe des offline Selbstsicherheitstrainings

auch altersrelevante Berechnungen durchgeführt, um herauszufinden, ob das Selbstsicherheitstraining sowohl bei jüngeren als auch älteren Schülern wirksam ist. Diese Berechnungen werden, auch wenn nicht gesondert als eigene Hypothesen definiert, ebenfalls bei der Ergebnisdarstellung berücksichtigt und angeführt.

1) Bewirkt das SKY Training eine Verringerung sozialer Ängste?

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, kann das Modell von Clark und Wells (1995) als aktuelles empirisch sehr gut abgesichertes Modell gelten. Weiters wurden in mehreren Metaanalysen fundierte Wirkmechanismen definiert (Fedoroff & Taylor, 2001; Taylor, 1996). Diese werden daher auch als Grundlage für das in der vorliegenden Studie erstellte Selbstsicherheitstraining verwendet. Diesem Modell zufolge aktiviert eine soziale Situation bestimmte Grundannahmen bei sozialphobischen Patienten, dadurch werden objektiv harmlose soziale Situationen als Gefahr gesehen. Diese Wahrnehmung einer sozialen Bedrohung führt zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit, zu einem Sicherheitsverhalten sowie somatischen und kognitiven Angstsymptomen. Es finden nach einer „durchgestandenen“ sozialen Situation fehlerhafte Informationsverarbeitungsprozesse statt. Dadurch wird sowohl eine Habituation als auch Extinktion der Angst verhindert. Trainings sozialer Kompetenzen können zwar Defizite in diesem Bereich ergänzen, verhindern allerdings nicht die nachfolgende fehlerhafte Informationsverarbeitung. Daher wurde im vorliegenden Selbstsicherheitstraining auch die Bearbeitung sozialer Ängste, basierend auf kognitiv-lerntheoretischen Grundlagen, berücksichtigt.

Es stellt sich die Frage, ob das im Rahmen der vorliegenden Studie I konzipierte Selbstsicherheitstraining eine Auswirkung auf soziale Ängste hat, und die Teilnehmer vor dem Training andere Werte in den betreffenden Verfahren angeben als nach dem Training. Die Fragestellungen und Hypothesen werden beispielhaft anhand des Summenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala (LSAS) definiert, gelten aber analog für den Summenscore des Sozialphobie-Inventars (SPIN) sowie weitere Subskalen der LSAS (allgemeine Angst, allgemeine Vermeidung, Angst vor Leistungssituationen, Angst vor Interaktionssituationen, Vermeidung von Leistungssituationen, Vermeidung von Interaktionssituationen).

Forschungsfragestellung 1: Gibt es einen Unterschied innerhalb der Versuchsgruppe 1 (VG1) hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen den beiden Testzeitpunkten t_1 und t_2 ?

Nullhypothese H_0^{1a} : Es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Versuchsgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^{1a} : Es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Versuchsgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG1t1} \neq \mu_{VG1t2}$ $H_0: \mu_{VG1t1} = \mu_{VG1t2}$

Verwendete Verfahren: Soziale Ängste werden mit Hilfe der Social Phobia Inventory (Stangier & Steffens, 2002) und der Liebowitz Soziale-Angst-Skala (Stangier & Heidenreich, 2005) erfasst.

2) Kann das SKY Training eine Veränderung in Teilbereichen der sozialen Kompetenzen bewirken?

Soziale Kompetenzen können zu den personellen Schutzfaktoren gezählt werden, die im Sinne der Resilienz nach Bender und Lösel (1998) effektive Bewältigungsstrategien in ungünstigen Lebensumständen und Ereignissen darstellen (Petermann & Winkel, 2005). Resilienz umfasst verschiedene soziale und kognitive Kompetenzen, Personen mit einer hohen Resilienz besitzen eine gute Problemlösefähigkeit, emotional sichere Bindungen sowie ein positives Selbstwertgefühl (Davydov et al., 2010; Maston & Reed, 2002; Petermann & Winkel, 2005).

Lerntheoretische Theorien zu Sozialphobie basieren vor allem auf einem Defizit sozialer Kompetenzen (siehe Kapitel 3.3), daher wurden zur Behandlung von Sozialphobie diverse Trainings sozialer Kompetenzen (siehe Kapitel 2.2) entwickelt. Diese gestalten sich als präventive Maßnahme sowohl für Sozialphobiker als auch für gesunde Individuen als äußerst effektiv. Hinsichtlich sozialer Kompetenzen ist in der klinisch-psychologischen Forschung vor allem der Aspekt der Durchsetzungsfähigkeit relevant (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1999). Sozial ängstliche Menschen besitzen weniger den Mut, „nein“ zu sagen, können nur schwer Kontakte knüpfen oder vermeiden soziale Kontakte vollständig. Trainings sozialer Kompetenzen sollen demnach Handlungsweisen vermitteln, die zu günstigen Konsequenzen für den Betroffenen führen (Hinsch & Pfingsten, 2007; Kanning, 2003). Diversen Autoren zufolge ist es daher sinnvoll und auch übereinstimmend mit dem Modell nach Clark und Wells (1995), Trainings sozialer Kompetenzen zusätzlich zu kognitiven Verfahren einzusetzen (Cartwright-Hatton et al., 2003; Cartwright-Hatton et al., 2005). Demzufolge soll mit dem vorliegenden Selbstsicherheitstraining nicht nur eine Verringerung sozialer Ängste erreicht werden, sondern auch eine Wissensvermittlung zu

sozialen Kompetenzen. Es soll damit als primär-präventive Maßnahme für gesunde Individuen eine Stärkung der Resilienz erreichen.

Es stellt sich die Frage, ob das Selbstsicherheitstraining eine Auswirkung auf soziale Kompetenzen hat, und die Teilnehmer vor dem Training andere Werte im betreffenden Verfahren angeben als nach dem Training. Die Fragestellungen werden beispielhaft für die Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) formuliert, gelten jedoch analog für alle weiteren 9 Subskalen der FSKN („Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“, „Wertschätzung durch andere“, „Irritierbarkeit durch andere“ sowie „Gefühle und Beziehungen“).

Forschungsfragestellung 2: Hat das entwickelte Selbstsicherheitstraining eine Auswirkung auf die sozialen Kompetenzen der Teilnehmer, lässt sich also ein Unterschied hinsichtlich der Selbstbeurteilung in der Skala „Allgemeiner Selbstwert“ vor und nach dem Training innerhalb der VG1 feststellen?

Nullhypothese H_0^{2a} : Das Selbstsicherheitstraining hat keine Auswirkung auf Teilbereiche der sozialen Kompetenzen, es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG1 hinsichtlich der Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^{2a} : Das Selbstsicherheitstraining hat eine Auswirkung auf Teilbereiche der sozialen Kompetenzen, es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG1 hinsichtlich der Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG1t1} \neq \mu_{VG1t2}$ $H_0: \mu_{VG1t1} = \mu_{VG1t2}$

Verwendetes Verfahren: Zur Erfassung der sozialen Kompetenzen werden, wird wie von Kanning (2003) empfohlen, als Selbstbeurteilungsverfahren die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986) verwendet (für eine Beschreibung der Verfahren siehe Kapitel 7.1).

3) Kann das SKY Training eine Veränderung in Teilbereichen der Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit bewirken?

Emotionsregulation und die Selbstwirksamkeitserwartung stellen wichtige Teilbereiche von Resilienz dar. Resiliente (widerstandsfähige) Personen erleben sich selbst als selbstwirksam, und sind in der Lage, ihre Emotionen zu kontrollieren. Sie verfügen über ein bestimmtes Grundrepertoire an Emotionsregulationsstrategien. Henderson und Zimbardo (2008) definieren verschiedene Emotionen als Grundlage von Schüchternheit

und sozialen Ängsten, wie beispielsweise Peinlichkeit, ein niedriger Selbstwert, Scham, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit oder auch Einsamkeit. Nach Kanning (2002) sowie Nangle und Kollegen (2010) stellt die Fähigkeit zur Regulation derartiger Emotionen auch eine Teilmenge sozialer Kompetenzen dar.

Mit dem Selbstsicherheitstraining sollen daher auch Bereiche der Emotionsregulation sowie der Selbstwirksamkeit im Sinne der Resilienz gestärkt werden. Es stellt sich die Frage, ob das Training eine Auswirkung hat, und die Teilnehmer davor andere Werte in den betreffenden Verfahren angeben als nach dem Training. Die Fragestellungen werden beispielhaft für die Subskala „Erleben von Emotionsregulation“ aus den „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE) formuliert, gelten jedoch analog für alle 7 Subskalen der SEE („Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“, „Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“, „Imaginative Symbolisierung von Emotionen“ und „Erleben von Selbstkontrolle“, sowie alle 14 Subskalen des ROPELOC.

Forschungsfragestellung 3: Hat das entwickelte Training eine Auswirkung auf die Emotionsregulation der Teilnehmer, lassen sich also Unterschiede hinsichtlich der Selbstbeurteilung in der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ innerhalb der VG1 vor und nach dem Selbstsicherheitstraining feststellen?

Nullhypothese H_0^{3a} : Das Selbstsicherheitstraining hat keine Auswirkung auf Teilbereiche der Emotionsregulation, es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG1 hinsichtlich der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^{3a} : Das Selbstsicherheitstraining hat eine Auswirkung auf Teilbereiche der Emotionsregulation, es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG1 hinsichtlich der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG1t1} \neq \mu_{VG1t2}$ $H_0: \mu_{VG1t1} = \mu_{VG1t2}$

Verwendete Verfahren: Zur Erfassung verschiedener Bereiche der Emotionsregulation werden die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (Behr & Becker, 2004) eingesetzt (für eine Beschreibung des Verfahrens siehe Kapitel 7.1). Zur Erfassung der Bereiche „effectiveness in life“ und „locus of control“ (Selbstwirksamkeit) kommt der „ROPELOC“ zum Einsatz (Richards et al., 2002).

4) Ist das Selbstsicherheitstraining effektiv im Vergleich zu einer Kontrollgruppe?

Die vorhin genannten Hauptfragestellungen 1 – 3 untersuchten ausschließlich die Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings in der offline Versuchsgruppe (VG1). Da nicht auszuschließen ist, dass die gefundenen Effekte auch auf eine Anwendung spezifischer Verfahren oder sonstiger zufälliger, nicht kontrollierbare Effekte zurückzuführen ist, sollen diese auch mit einer Wartelisten-Kontrollbedingung im selben Setting verglichen werden. Es stellt sich die Frage, ob sich signifikante Wechselwirkungen über die beiden Zeitpunkte und auch die beiden Versuchsbedingungen (Versuchsgruppe, die am Selbstsicherheitstraining teilnimmt und Wartelisten-Kontrollgruppe ohne Teilnahme am Selbstsicherheitstraining) in den einzelnen Verfahren ergeben. Die Fragestellungen und Hypothesen werden beispielhaft anhand des Gesamtsummenscores der LSAS formuliert, gelten aber analog für den Gesamtsummenscore der SPIN, die weiteren LSAS-Subskalen, die FSKN-Subskalen, die SEE-Subskalen sowie (in der Onlineform) für die SIAS.

Forschungsfragestellung 4: Zeigt sich das Selbstsicherheitstraining auch effektiv im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, lässt sich also ein Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen (VG1 und KG1) bezüglich des Gesamtsummenscores der LSAS zwischen t_1 und t_2 feststellen?

Nullhypothese H_0^{4a} : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich des Mittelwerts im Gesamtsummenscore der LSAS zwischen VG1 und KG1 bezüglich der Entwicklung über die beiden Zeitpunkte t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^{4a} : Es gibt einen Unterschied hinsichtlich des Mittelwerts im Gesamtsummenscore der LSAS zwischen VG1 und KG1 bezüglich der Entwicklung über die beiden Zeitpunkte t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils:

$$H_1: \mu_{VGt1} \neq \mu_{VGt2} \neq \mu_{KGt1} \neq \mu_{KGt2}$$

$$H_0: \mu_{VGt1} = \mu_{VGt2} = \mu_{KGt1} = \mu_{KGt2}$$

Verwendete Verfahren: siehe Fragestellungen 1 bis 3.

5) Zeigen sich die Effekte des Selbstsicherheitstrainings stabil auch nach vier Monaten?

Es stellt sich weiters die Frage, ob das Selbstsicherheitstraining nicht nur unmittelbar nach der Intervention, sondern auch langfristige Auswirkungen auf die Teilnehmer hat. Es findet daher zu einem dritten Zeitpunkt t_3 (4 Monate nach Ende des Selbstsicherheitstrainings) die Vorgabe der Fragebögen statt, um katamnestische Informationen zu bekommen. Diese Auswirkungen innerhalb der VG1 werden auch mit den Ergebnissen der KG1 (die keine Intervention erhält) verglichen. Die Fragestellung wird beispielhaft für den Gesamtsummenscore der LSAS formuliert, gilt jedoch analog für die SPIN, Subskalen der FSKN, der SEE und des ROPELOC.

Forschungsfragestellung 5: Hat das entwickelte Training eine langfristige Auswirkung auf die Teilnehmer, lassen sich also Unterschiede hinsichtlich der Beantwortung der Verfahren innerhalb der Versuchsgruppe 1 (VG1) unmittelbar vor dem Selbstsicherheitstraining (t_1), unmittelbar nach dem Selbstsicherheitstraining (t_2) sowie 4 Monate nach Ende des Selbstsicherheitstrainings (t_3) feststellen?

Nullhypothese H_0^{5a} : Es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Versuchsgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 , t_2 und t_3 .

Alternativhypothese H_1^{5a} : Es gibt signifikante Mittelwertsunterschiede innerhalb der Versuchsgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 , t_2 und t_3 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils:

$$H_1: \mu_{VG1t1} \neq \mu_{VG1t2} \neq \mu_{VG1t3}$$

$$H_0: \mu_{VG2t1} = \mu_{VG2t2} = \mu_{VG2t3}$$

Verwendete Verfahren: siehe Fragestellungen 1 bis 3.

7.3 Durchführung des Selbstsicherheitstrainings

Die Durchführung des Selbstsicherheitstraining fand im Schuljahr 2008/2009 statt. In der „Höheren Lehranstalt für Tourismus und Wirtschaft“ (HLTW) wurde von den

Klassenvorständen die wöchentlich stattfindende „Klassensprecherstunde“ für die Durchführung der Diagnostik und der Einheiten des Selbstsicherheitstrainings zur Verfügung gestellt. In den beiden Bundesbildungsanstalten für Kindergartenpädagogik in Wien und Oberösterreich fand das Selbstsicherheitstraining im Rahmen des Didaktik-beziehungsweise Pädagogikunterrichts statt.

Bevor das Selbstsicherheitstraining startete, wurde von den Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen des Teams des Projekts „SKY: Selbstsicher, Kompetent – for the Youth!“ ein Trainingsmanual mit einer genauen Beschreibung der jeweiligen Einheiten entwickelt (siehe auch Kapitel 6). So wurde gewährleistet, dass alle Schüler dasselbe Training erhielten. Das Selbstsicherheitstraining wurde von insgesamt vier klinischen Psychologen durchgeführt. Die Schulklassen wurden geteilt, pro Gruppe waren jeweils 2 Trainer (klinische Psychologen, Psychologen) sowie maximal 17 Schüler anwesend. Weiters wurde jede Einheit von den jeweiligen Psychologen protokolliert.

7.4 Stichprobe und Datenbereinigung

Es werden folgende Bezeichnungen für die Gruppen gewählt: „VG1“ für die Versuchsgruppe 1, die Teilnehmer des (offline) Selbstsicherheitstrainings in den beteiligten Partnerschulen, sowie „KG1“ für die Wartelisten-Kontrollbedingung, die Schüler in den Partnerschulen, die nicht am Selbstsicherheitstraining teilnahmen. Die Stichprobe rekrutierte sich aus insgesamt 11 Klassen in drei Schulen in Wien und Oberösterreich. Bei Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreichten, wurde eine Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Personen eingeholt. Alle beteiligten Personen erhielten weiters ein Informationsblatt mit Details über das Projekt und die Studie. Die Teilnahme am Selbstsicherheitstraining fand auf freiwilliger Basis statt, im betreffenden Semester nahmen jedoch alle Schüler daran teil, aus folgenden Schulen:

- Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP) Steyr, OÖ.
- Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP) Wien 10.
- Höhere Lehranstalt für Tourismus und Wirtschaft (HLTW), Wien 13.

Es stand den Teilnehmern frei, das Selbstsicherheitstraining ohne Angabe von Gründen von Beginn an nicht zu absolvieren, und stattdessen die Klassensprecherstunde (vom Klassenvorstand betreut) zu besuchen. Die Teilnehmer konnten aufgrund schulischer Bedingungen nur klassenweise nach dem Zufallsprinzip der Versuchs- oder

Kontrollgruppe zugeteilt werden. Es nahmen im Wintersemester 2008/2009 insgesamt 379 Schüler an der Testung zu t_1 teil. Die Fragebögen zu t_1 und t_2 wurden in den Klassen unter Aufsicht von Klinischen Psychologen (beziehungsweise Fachausbildungskandidaten) vorgegeben. Die Datensätze von Personen, welche nicht zum ersten ($n = 15$) oder zum zweiten Erhebungszeitpunkt ($n = 33$) anwesend waren, mussten entfernt werden. Der Datensatz einer weiteren Person wurde nachträglich aufgrund inkonsistenter Angaben entfernt. Die Stichprobe reduziert sich somit auf insgesamt 330 Personen, die an der Erst- und Zweiterhebung teilnahmen (siehe Tabelle 2).

Für Berechnungen hinsichtlich des dritten (katamnestischen) Zeitpunkts (Fragestellung 5) wurde ein eigener Datensatz gebildet. Es werden die Datensätze von insgesamt 4 Klassen ($n = 104$) entfernt, da diese im Sommersemester ein Selbstsicherheitstraining erhielten, und diese Teilnehmer somit nicht mehr als Kontrollgruppe fungieren können. Weitere 23 Datensätze müssen innerhalb der Kontrollgruppe aufgrund fehlender und inkonsistenter Angaben entfernt werden. Die Probanden der Kontrollgruppe erhielten kein Selbstsicherheitstraining zu keinem Zeitpunkt im Studienverlauf. In der Versuchsgruppe müssen 16 Datensätze entfernt werden, da die Teilnehmer entweder nicht zum dritten Erhebungstermin erschienen, aufgrund zu vieler fehlender Fragebögen oder inkonsistenter Angaben. Die Stichprobe reduzierte sich somit für die katamnestische Erhebung von 325 auf 187 Personen. Es stehen für den dritten Zeitpunkt (4 Monate nach Ende des offline Selbstsicherheitstrainings) für die Kontrollgruppe 50 Teilnehmer zur Verfügung, für die Versuchsgruppe 137 Teilnehmer (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über die Stichprobe für die Prä-, Post- und Katamneseberechnungen in VG1 und KG1

	Fragestellung 1 - 4	Fragestellung 5
KG1	Keine Intervention im Wintersemester 2008/2009 Anwesend zu t_1 und t_2 : $n=177$	Keine Intervention im Sommersemester 2009 Anwesend zu t_1 , t_2 und t_3 : $n=50^a$
VG2	offline Selbstsicherheitstraining im Wintersemester 2008/2009 Anwesend zu t_1 und t_2 : $n=153$	$n=137^b$

^a: Entfernung von 127 Datensätzen (104 Personen erhielten ein Selbstsicherheitstraining im Sommersemester 2009, weitere 23 Datensätze inkonsistent)

^b: Entfernung von 16 Datensätzen aufgrund fehlender Fragebögen, sowie inkonsistenter und fehlender Angaben

7.5 Statistische Überprüfung

Die statistische Überprüfung fand mit Hilfe des Programms „IBM SPSS Statistics 20“ statt, es kamen sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Verfahren zum Einsatz. In allen Berechnungen zur Überprüfung der Signifikanz wird von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ausgegangen. Ist $p < .05$, so ist ein Ergebnis als signifikant anzusehen, für ein $p < .01$ kann von einem hoch signifikanten Ergebnis, und ab einem $p < .001$ von einem höchst signifikanten Ergebnis gesprochen werden. Zur weiteren Verdeutlichung der Relevanz der gefundenen Signifikanzen werden auch die Effektstärken Cohens d und partielles η^2 (Eta-Quadrat) ausgegeben. Cohens d wird mit Hilfe der gepoolten Standardabweichung aus dem F-Wert berechnet (siehe Abbildung 7).

$$d = \sqrt{F \left(\frac{n_t + n_c}{n_t n_c} \right) \left(\frac{n_t + n_c}{n_t + n_c - 2} \right)}$$

Abbildung 7: Darstellung der Berechnung der Effektstärke d nach Cohen

Nach Cohen (1988) können Werte von $-.15$ bis $.15$ als „vernachlässigbar klein“, von $.15$ bis $.4$ als „klein“, von $.4$ bis $.75$ als „mittel“ und Werte von $.75$ bis 1.10 als „groß“ angesehen werden. So werden bereits mittlere Effektstärken ab $d = .5$ von Cohen als groß genug angesehen, um sichtbare Effekte festzustellen. Veränderungen sind „large enough to be visible to the naked eye“ (Cohen, 1988, S. 28), also „mit dem nackten Auge“ sichtbar. Als zusätzlicher Indikator wird „Eta-Quadrat“ (η^2) angegeben. Dabei können Werte von $\eta^2 = .01$ als klein, ab $\eta^2 = .06$ als mittel und ab $\eta^2 = .14$ als groß bezeichnet werden (Cohen, 1988).

Zur Überprüfung der Hypothesen hinsichtlich der Effektivität des Trainings kamen sowohl Mittelwertsvergleiche als auch Varianzanalysen zum Einsatz. Die Unterschiede zwischen den Versuchsbedingungen zu einem Testzeitpunkt (VG1 und KG1) wurden mit Hilfe von abhängigen t-tests beziehungsweise univariater Varianzanalysen berechnet. Unterschiede über beide Versuchsbedingungen (VG1 und KG1) über mehrere Zeitstufen wurden mit Hilfe des allgemeinen linearen Modells mit Messwiederholung (uni-/multivariate Varianzanalyse mit Meßwiederholung) untersucht.

Die Voraussetzungen für den Einsatz der parametrischen Verfahren sind nach Field (2009) Normalverteilung und es sollte bei Varianzanalysen die Homogenität der Varianzen (Überprüfung mit Hilfe des Levene-Test) gegeben sein. Die Normalverteilung

kann nach Bortz und Döring (2005) bei Stichproben $n > 30$ als vorausgesetzt angenommen werden. Die Stichprobengröße beträgt in der vorliegenden Dissertation durchgehend $n > 30$, daher kann dieser Definition folgend die Normalverteilung angenommen werden. Die Überprüfung der Voraussetzungen (Homogenität der Varianzen) für die Varianzanalysen fand statt. Die Vorgangsweise gestaltete sich dabei wie folgt: Fällt der Mauchly-Test signifikant aus, so wird auf die Greenhouse-Geisser- oder Huyn-Feldt-Korrektur zurückgegriffen. Ergeben beide Korrekturen ein signifikantes Ergebnis, so wird das konservativere berichtet. Im Falle eines signifikanten Levene-Tests wird auf den Welch-Test zurückgegriffen. Die Überprüfung der Voraussetzungen wurde für die vorliegende Studie berücksichtigt, wird jedoch aus Platzgründen bei den Berechnungen nicht mehr gesondert angeführt.

8 ERGEBNISDARSTELLUNG

Es werden die Stichprobenmerkmale zu Beginn dargestellt. Danach folgen die Überprüfung der Operationalisierung von Resilienz mit Hilfe von Korrelationstabellen, sowie die Darstellung der Überprüfung der in Kapitel 7.2 formulierten Hypothesen, gegliedert in die Bereiche „Soziale Ängste“ (SPIN, LSAS) und „Resilienz“ (FSKN, SEE, ROPELOC).

8.1 Stichprobenmerkmale

Aufgrund der nicht zufälligen Einteilung in Versuchs- und Kontrollgruppe werden die Unterschiede zwischen den einzelnen Klassen zu t_1 untersucht. 30 Personen trafen keine Angabe bezüglich ihres Klassennamen. Es werden elf Gruppen (bestehend aus den 11 Klassen) gebildet, es ergeben sich in vier von insgesamt 26 untersuchten Subskalen schwach signifikante bis signifikante Unterschiede. Diese Unterschiede zeigen sich für Klasse 2 in zwei Subskalen der FSKN „Wertschätzung durch andere (FSWA)“ ($F_{(10, 260)} = 2.11, p = .024$) und „Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA)“ ($F_{(10, 260)} = 2.03, p = .03$), für Klasse 7 in der ROPELOC Subskala „Self Efficacy (ROPSE)“ ($F_{(10, 260)} = 2.13, p = .02$) und für Klasse 1 in der Subskala „External Locus of Control (ROPEL)“ ($F_{(10, 260)} = 2.29, p = .01$). Die genannten Klassen weisen in der Subskala jeweils die geringsten Werte auf. Diese Subskalen werden zwar in die Berechnungen mit eingeschlossen, für die später folgende Diskussion werden diese signifikanten Unterschiede gesondert berücksichtigt. Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte der betreffenden Skalen an.

Tabelle 3: Darstellung der Mittelwerte der einzelnen Klassen in den signifikanten Subskalen

Klasse	FSWA	FSGA	ROPSE	ROPEL
1	28.85	29.66	18.44	10.87
2	25.00	26.60	16.93	13.43
3	28.60	30.00	17.56	12.26
4	26.10	27.48	17.10	12.08
5	27.74	28.00	17.51	13.22
6	26.95	29.39	17.73	12.91
7	26.22	27.18	14.87	12.41
8	26.03	28.31	17.15	11.78
9	26.25	29.10	18.70	14.16
10	29.11	29.59	18.37	11.29
11	26.36	27.16	18.00	11.04

Es befinden sich insgesamt 330 Personen in der Gesamtstichprobe, davon 177 Personen in der Kontrollgruppe und 153 Personen in der Versuchsgruppe. Von 330 Personen waren 258 (78%) weiblich und 72 (22%) männlich. Keine Unterschiede fanden sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung in der Versuchs- und Kontrollgruppe ($\chi^2_{(1, n = 330)} = 2.90$; $p = .057$). Tabelle 4 stellt die Verteilung des Geschlechts innerhalb der Gruppen dar.

Tabelle 4: Verteilung Geschlecht in VG1 und KG1

	Weiblich	Männlich
Versuchsgruppe	126 (82.4%)	27 (17.6%)
Kontrollgruppe	132 (74.6%)	45 (25.4%)
Gesamt	258	72

Das Alter reicht von 13 bis 19 Jahren. Das durchschnittliche Alter beträgt 14.58 Jahre ($SD = 1.01$; $Md = 14$). Das durchschnittliche Alter der Versuchsgruppe beträgt 14.84 Jahre ($SD = 1.21$; $Md = 14$), das der Kontrollgruppe 14.53 Jahre ($SD = .98$; $Md = 14$). Das Durchschnittsalter der weiblichen Teilnehmer beträgt 14.66 Jahre ($SD = 1.09$; $Md = 14$) und das der männlichen 14.26 Jahre ($SD = .50$; $Md = 14$).

Da innerhalb der Stichprobe sowohl jüngere als auch ältere Teilnehmer vorhanden sind, werden für altersspezifische Berechnungen mit Hilfe eines Mittelwertssplits zwei Gruppen gebildet: Altersgruppe 1 umfasst alle 13- und 14-jährigen Teilnehmer ($n = 194$), Altersgruppe 2 alle 15- bis 19-jährigen Teilnehmer ($n = 131$). Zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe innerhalb der Stichprobe gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters mit $t_{(323)} = -2.49$ und $p = .001$. Das ergibt sich aus dem Umstand, dass die Kontrollgruppe fast ausschließlich aus Personen der ersten Jahrgänge der HLTW Wien 13 besteht, während sich in der Interventionsgruppe auch ältere Jahrgänge (bis zu 19 Jahre) befinden. Die beiden Altersgruppen unterscheiden sich jedoch nur geringfügig voneinander, das durchschnittliche Alter der VG1 beträgt 14.84 Jahre ($SD = 1.21$; $Md = 14$), das der KG1 14.53 Jahre ($SD = .98$; $Md = 14$). Es wird bei den entsprechenden Verfahren auch das Alter berücksichtigt.

Dem Alter der Stichprobe entsprechend leben noch 320 Teilnehmer bei den Eltern. Eine Person lebt mit einem Partner zusammen, eine weitere lebt alleine. 7 Personen leben entweder in einer Wohngemeinschaft oder einer anderen Form. 17.3% (57 Personen)

leben in einer Partnerschaft. Der Großteil der Stichprobe mit 51.7% stammt aus Österreich, weitere 11% wurden in erster oder zweiter Generation in Österreich geboren.

8.2 Korrelationstabellen

Zu Beginn interessiert, wie die eingesetzten Verfahren, die Konstrukte der Resilienz messen sollen, mit den angstspezifischen Verfahren korrelieren. Erste Korrelationsberechnungen zeigen, dass – nur bei Betrachtung der angstspezifischen Verfahren – die SPIN am höchsten mit der Subskala „Angst vor sozialer Interaktion“ der LSAS korreliert. Die Korrelationen sind insgesamt groß und positiv. Tabelle 5 stellt die Korrelationen dar.

Tabelle 5: Darstellung der Korrelationen von SPIN und der LSAS Subskalen zu t_1

Skalen und Subskalen	LSAS VLS	LSAS VSI	LSAS ALS	LSAS ASI	LSAS Summe	SPIN Summe
LSAS – VLS	1					
LSAS – VSI	.641**	1				
LSAS – ALS	.680**	.597**	1			
LSAS – ASI	.477**	.775**	.764**	1		
LSAS Summe	.822**	.873**	.883**	.866**	1	
SPIN Summe	.568**	.651**	.714**	.724	.757**	1

** $: p < .01$

Anmerkung: VLS = Vermeidung von Leistungssituationen, VSI = Vermeidung von sozialer Interaktion, ALS = Angst vor Leistungssituationen, ASI = Angst vor sozialer Interaktion

Hinsichtlich der FSKN ergeben sich folgende Korrelationen (siehe Tabelle 6 auf folgender Seite):

Tabelle 6: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen der FSKN zu t1

	SPIN Summe	LSAS Summe	AL	AP	VE	SW	EG	ST	KU	WA	IA	GA
SPIN Summe	1											
LSAS Summe	.757**	1										
AL	-.385**	-.367**	1									
AP	-.325**	-.335**	.606**	1								
VE	-.327**	-.311**	.789**	.504**	1							
SW	-.343**	-.382**	.439**	.646**	.534**	1						
EG	-.415**	-.364**	.467**	.390**	.312**	.431**	1					
ST	-.586**	-.510**	.472**	.448**	.467**	.514**	.353**	1				
KU	-.375**	-.343**	.375**	.367**	.380**	.408**	.258**	.433**	1			
WA	-.279**	-.246**	.551**	.410**	.397**	.595**	.321**	.452**	.377**	1		
IA	-.444**	-.377**	.497**	.402**	.437**	.549**	.401**	.628**	.343**	.560**	1	
GB	-.385**	-.343**	.519**	.482**	.467**	.554**	.390**	.545**	.470**	.529**	.534**	1

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/ Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

Es liegen negative moderate bis starke Korrelationen von sozialen Ängsten (LSAS, SPIN) mit den Subskalen der FSKN vor. Während die Subskalen sowie die beiden angstspezifischen Verfahren untereinander positiv korrelieren, ergibt sich eine hoch signifikante, negative Korrelation der Selbstkonzepte mit den Summenscores von SPIN und LSAS. Die Korrelationen selbst können als moderat bezeichnet werden. Je höher das Ausmaß an sozialen Ängsten ist, desto geringer scheint das Ausmaß an sozialen Kompetenzen zu sein. Eine Förderung sozialer Kompetenzen bewirkt demnach eine Abnahme sozialer Ängste (gemessen mit den jeweiligen Verfahren innerhalb dieser Studie).

Weiters wird die Korrelation der Subskalen hinsichtlich der Emotionsregulation (SEE) mit sozialen Ängsten (SPIN, LSAS) näher betrachtet (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen der SEE zu t1

	SPIN Summe	LSAS Summe	AEE	EVEÜ	EEM	KSVE	ISE	EER	ESK
SPIN Summe	1								
LSAS Summe	.757**	1							
Akzeptanz eigener Emotionen (AEE)	-.244**	-.311**	1						
Erleben von Emotions- überflutung (EVEÜ)	.241**	.268**	-.373**	1					
Erleben von Emotionsmangel (EEM)	.303**	.260**	-.242**	.329**	1				
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen (KSVE)	.129*	.067	.136**	.328**	-.070	1			
Imaginative Symbolisierung von Emotionen (ISE)	.130*	.047	.091	.161**	.090	.305**	1		
Erleben von Emotionsregulation (EER)	-.211**	-.203**	.262**	.040	-.164**	.281**	.249**	1	
Erleben von Selbstkontrolle (ESK)	-.234**	-.241**	.326**	-.332**	-.193**	-.031	-.072	.322**	1

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Negativ, allerdings eher schwach ausgeprägt, mit den beiden Sozialphobieverfahren korrelieren die Subskalen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ sowie „Erleben von Selbstkontrolle“. Diese dennoch hoch signifikanten Korrelationen lassen darauf schließen, dass das Erleben von Emotionsregulation und –kontrolle, sowie das Erlernen der Akzeptanz eigener Emotionen einen positiven Einfluss auf die Reduktion sozialer Ängste hat. Positiv mit sozialen

Ängsten korrelieren die Subskalen „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“ sowie die „Körperbezogene und imaginative Symbolisierung von Emotionen“. Demnach scheint mit einem Ansteigen sozialer Ängste auch ein Gefühl von Emotionsüberflutung, ein erlebter Mangel an positiven Emotionen, sowie eine negative körperliche Wahrnehmung von Emotionen verbunden zu sein. Eine Stärkung der Resilienz im Sinne der Emotionsregulation zur Prävention von sozialen Ängsten sollte daher vor allem in den Bereichen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ sowie „Erleben von Selbstkontrolle“ erreicht werden.

Hinsichtlich der Subskalen des ROPELOC und der Verfahren bezüglich sozialer Ängste ergeben sich ebenfalls hohe bis höchst signifikante Korrelationen. Tabelle 8 stellt die einzelnen Korrelationen im Detail dar.

Tabelle 8: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen des ROPELOC zu t1

	SPIN Summe	LSAS Summe	AI	CT	LA	OT	QS	SC	SF	SE	SM	TE	CH	OE	IL	EL
SPIN Summe	1															
LSAS Summe	.757**	1														
Active Involvement (AI)	-.248**	-.237**	1													
Cooperative Teamwork (CT)	-.276**	-.247**	.515**	1												
Leadership Ability (LA)	-.345**	-.275**	.426**	.318**	1											
Open Thinking (OT)	-.226**	-.195**	.760**	.476**	.321**	1										
Quality Seeking (QS)	.073	.045	.477**	.306**	.110*	.421**	1									
Self Confidence (SC)	-.269**	-.212**	.499**	.372**	.379**	.415**	.509**	1								
Self Efficacy (SF)	-.449**	-.409**	.456**	.402**	.407**	.490**	.214**	.530**	1							
Social Effectiveness (SE)	-.284**	-.245**	.554**	.487**	.338**	.529**	.296**	.427**	.454**	1						
Stress Management (SM)	-.432**	-.367**	.295**	.307**	.321**	.282**	.159**	.395**	.627**	.349**	1					
Time Efficiency (TE)	-.211**	-.199**	.380**	.346**	.249**	.388**	.423**	.519**	.453**	.294**	.401**	1				
Coping with change (CH)	-.403**	-.397**	.492**	.365**	.362**	.468**	.269**	.523**	.721**	.451**	.571**	.471**	1			
Overall Effectiveness (OE)	-.267**	-.256**	.433**	.329**	.273**	.378**	.483**	.717**	.522**	.384**	.425**	.552**	.558**	1		
Internal locus of control (IL)	-.031	-.043	.475**	.249**	.264**	.415**	.487**	.425**	.258**	.326**	.149**	.258**	.261**	.346**	1	
External locus of control (EL)	.155*	.127*	.007	-.042	.029	-.055	.051	-.086	-.096	-.042	-.025	-.127*	-.084	-.056	.073	1

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Wie in Tabelle 8 sichtbar ist, korreliert nur die Subskala „Quality seeking“ nicht signifikant mit der SPIN und der LSAS. Eine signifikante positive Korrelation ergibt sich mit der Subskala „External locus of control“. Diese ist zwar signifikant, allerdings kann diese Korrelation nur als gering eingestuft werden. Je höher das Ausmaß an sozialen Ängsten ist, desto höher ist auch die externale Kontrollüberzeugung und damit eine verringerte Selbstwirksamkeit.

Die übrigen Subskalen „Active Involvement“ (sich aktiv in einem Bereich engagieren), „Cooperative Teamwork“ (Teamfähigkeit), „Leadership ability“ (Führungsqualitäten), „Open Thinking“ (neue Problemlösestrategien finden), „Self confidence“ (Selbstvertrauen), „Self efficacy“ (Selbstwirksamkeit), „Social effectiveness“ (soziale Selbstwirksamkeit), „Stress Management“, „Time Efficiency“ (produktiver und befriedigender Umgang mit der Zeit, die einem zur Verfügung steht), „Coping with Change“ (Umgang mit Veränderungen), „Overall effectiveness“ (allgemein empfundene Selbstwirksamkeit im eigenen Leben) sowie „Internal locus of control“ (internale Kontrollüberzeugungen) korrelieren schwach bis mittel stark negativ, und hoch bis höchst signifikant mit den sozialphobiespezifischen Verfahren. Es kann daher der Schluss gezogen werden, dass eine Stärkung der zuletzt genannten Bereiche im Sinne der Resilienz zu einer Prävention sozialer Ängste beiträgt.

8.3 Soziale Ängste

Social Phobia Inventory

Vom ersten Zeitpunkt konnten die Daten von 10 Personen, vom zweiten Testzeitpunkt die Daten von 4 Personen nicht verwendet werden, da diese zu viele fehlende Eingaben aufwiesen. Mit Hilfe des SPIN wurden zwei Gruppen gebildet: Werte <24 stellt die unauffällige Gruppe dar, ein Summenscore ab 24 wird der Gruppe „sozialphobisch“ zugeteilt. Diese Cutoff-Werte werden für eine jugendliche Stichprobe empfohlen (Ranta et al., 2007). Für weitere Berechnungen wurden die Summenscores herangezogen.

Wird die Gesamtstichprobe zu t_1 betrachtet, so ergibt sich, dass mit Hilfe des Cutoff-Wertes 71.5% ($n = 236$) in die Gruppe der unauffälligen, und 25.5% ($n = 84$) in die sozialphobische Gruppe eingeteilt werden können. Zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gibt es keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilung mit $\chi^2_{(1, n = 324)} = .253$ und $p = .135$.

Fragestellung 1 untersucht, ob das Selbstsicherheitstraining innerhalb der VG1 eine Abnahme sozialer Ängste bewirkt. Es wird dafür ein abhängiger *t*-test gerechnet mit den SPIN-Summenscores zu t_1 und t_2 . Es ergeben sich hoch signifikante Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings mit $t_{(152)} = 7.34$, $p < .001$ und $d = .84$. In der KG1 ergeben sich keinerlei signifikante Effekte mit $t_{(162)} = .965$, $p = .336$ und $d = .01$. Tabelle 9 zeigt die Verteilung der unauffälligen und sozialphobischen Teilnehmer in der VG1 und KG1 zu den beiden Testzeitpunkten. Es verringert sich die Rate an Sozialphobie in der VG1 von 30% auf 14.4%, während der Wert in der Kontrollgruppe sogar von 24% auf 25.7% leicht ansteigt (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Prävalenzrate von Sozialphobie innerhalb der offline Stichprobe (gemessen mit Hilfe der SPIN) zu t_1 und t_2

	t_1		t_2	
	VG1	KG1	VG1	KG1
Sozialphobie	45 (29.4%)	39 (23.4%)	22 (14.4%)	45 (26%)
Unauffällig	108 (70.6%)	128 (76.6%)	131 (85.6.1%)	128 (74%)
Gesamt	153 (100.0%)	167 (100.0%)	153 (100.0%)	173 (100.0%)

Da Fragestellung 1 hoch signifikante Effekte des Selbstsicherheitstrainings zeigt, werden diese noch hinsichtlich geschlechter- und altersabhängige Unterschiede näher betrachtet. Hinsichtlich Geschlecht finden sich keine signifikanten Effekte mit $F_{(1, 144)} = 3.61$, $p = .059$ und einem mittleren Effekt mit $d = .4$. Hinsichtlich der Altersgruppen ergeben sich ebenfalls keine Unterschiede mit $F_{(1, 144)} = 2.73$, $p = .1$ und einem mittelgroßen Effekt mit $d = .28$.

Fragestellung 4 untersucht, ob sich das Selbstsicherheitstraining auf soziale Ängste auswirkt, und es werden VG1 und KG1 gemeinsam zu beiden Zeitpunkten betrachtet. Es ergeben sich hoch signifikante Effekte mit $F_{(1, 314)} = 23.26$, $p < .001$ und einem mittleren Effekt mit $d = .54$. Das partielle η^2 beträgt .059, und stellt daher ähnlich wie Cohens d einen mittelgroßen Effekt dar. Abbildung 8 zeigt den Verlauf des Summenscores der VG1 und KG1 über beide Testzeitpunkte.

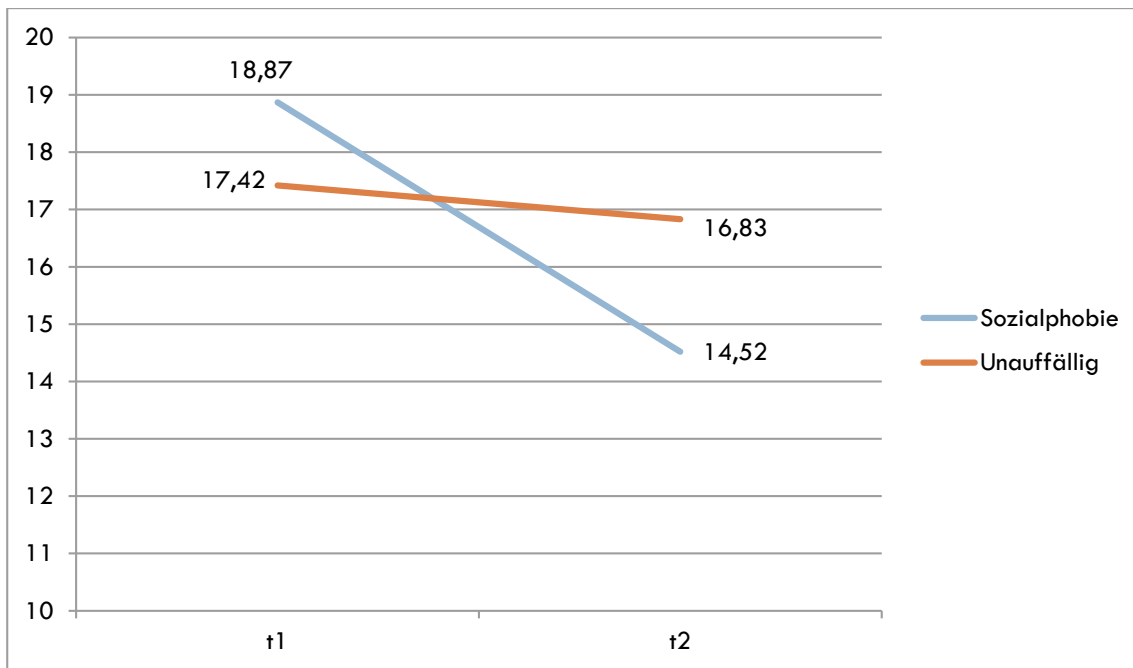


Abbildung 8: Darstellung des Verlaufs des SPIN Summenschore in VG1 und KG1 zu t_1 und t_2

Fragestellung 5 untersucht die katamnestischen Effekte des Selbstsicherheitstrainings. Für Berechnungen hinsichtlich des dritten (katamnestischen) Zeitpunkts müssen die Daten von insgesamt 104 Personen entfernt werden, da diese im Sommersemester ein Selbstsicherheitstraining erhielten. Werden die Veränderungen nur innerhalb der Versuchsgruppe betrachtet, so zeigt sich ein stabiler Verbesserungseffekt (mit einem mittelstarken Effekt von t_1 auf t_3 mit $d = .57$). Innerhalb der Kontrollgruppe lassen sich keine signifikanten Veränderungen finden (mit einem vernachlässigbar kleinen Effekt von t_1 auf t_3 mit $d = .12$; siehe auch Tabelle 10).

Tabelle 10: Darstellung der Effekte der 4-Monats-follow up Untersuchung des SPIN Summenscores

	t1 – t2	t2 – t3	t1 – t3
Versuchsgruppe	t(136) = 4.10	t(136) = .276	t(136) = 4.70
	p < .001	p = .783	p < .001
Kontrollgruppe	t(49) = .573	t(49) = -.629	t(49) = 0
	p = .569	p = .533	p = 1.00

Werden Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam mit Hilfe einer Varianzanalyse mit Messwiederholung betrachtet, so ergeben sich höchst signifikante Unterschiede mit $F_{(2, 207)} = 3.90$, $p = .022$ und einem mittleren Effekt mit $d = .32$. Abbildung 9 stellt den Verlauf sowie die Mittelwerte der einzelnen Testzeitpunkte und Versuchsgruppen grafisch dar. Während sich innerhalb der Kontrollgruppe kaum eine Verbesserung über die drei Zeitpunkte hinweg finden lässt, verbessert sich die Versuchsgruppe signifikant stärker von ersten auf den dritten Testzeitpunkt. Die mit Fragestellung 1 gefundene Verbesserung bezüglich der SPIN Summenscores ist 4 Monate nach Ende des Selbstsicherheitstrainings noch stabil vorhanden.

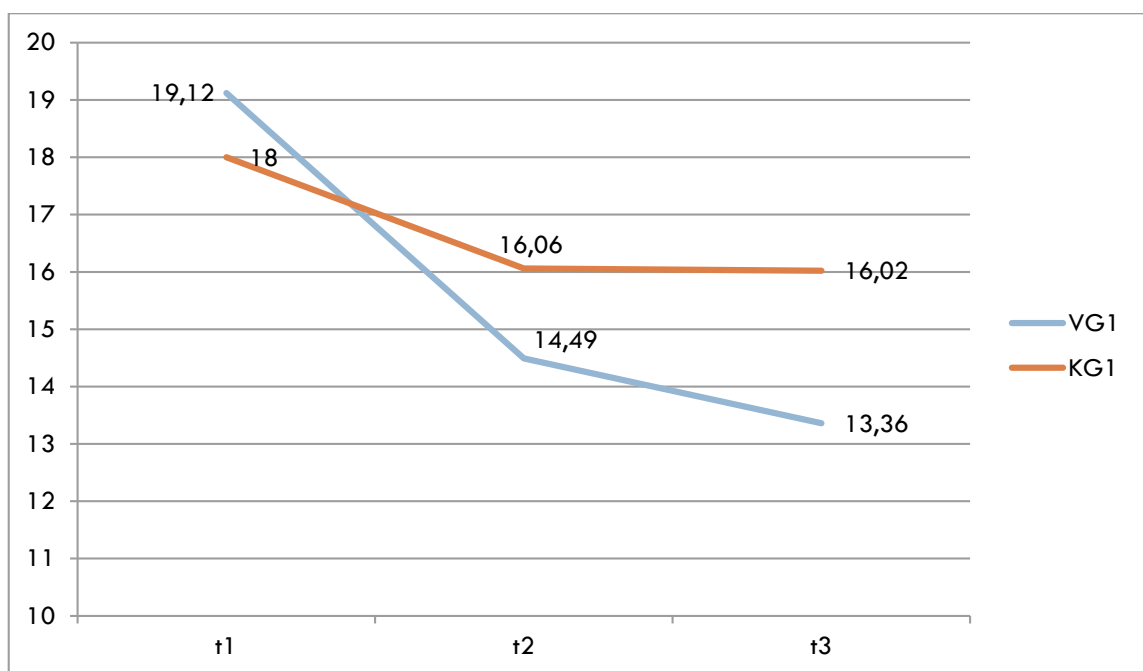


Abbildung 9: Darstellung des Verlaufs des SPIN Summenscores in VG1 und KG1 zu den drei Erhebungszeitpunkten

Die Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN zeigen, dass sich die Verbesserungen auch zum dritten Zeitpunkt stabil halten können. Während innerhalb der VG zum ersten Zeitpunkt noch 30.7% der Gruppe der Sozialphobiker zugerechnet werden können, so sind es zum zweiten Testzeitpunkt unmittelbar nach Ende des Selbstsicherheitstrainings nur mehr 13.9%. 4 Monate nach Ende des Trainings sind es immer noch 13.1%. In der Kontrollgruppe bleibt dieser Wert hingegen stabil mit 24% (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Darstellung der Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN zu den drei Testzeitpunkten

	t ₁		t ₂		t ₃	
	VG1	KG1	VG1	KG1	VG1	KG1
Sozialphobie	30.7%	24%	13.9%	20%	13.1%	24%
	(n=42)	(n = 12)	(n=19)	(n = 10)	(n = 18)	(n = 12)
Unauffällig	69.3%	76%	86.1%	80%	86.9%	76%
	(n=95)	(n = 38)	(n=118)	(n = 40)	(n = 119)	(n = 38)
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=137)	(n = 50)	(n=137)	(n = 50)	(n=137)	(n = 50)

Liebowitz Soziale-Angst-Skala

Die Daten von 19 Personen zum ersten Testzeitpunkt, und die Daten von 6 Personen können nicht für diese Berechnungen herangezogen werden, da das Verfahren nicht vollständig ausgefüllt wurde. Mit Hilfe der LSAS können soziale Ängste auf mehreren Subskalen erfasst werden, unter anderem im Bereich der Angst vor sozialen Situationen und Vermeidung von sozialen Situationen. Weiters können mit Hilfe eines Cutoff-Wertes von 55 zwei Gruppen gebildet werden. Teilnehmer, die einen Summenscore bis 54 erreichen, werden als „nicht sozialphobisch“ eingestuft, Teilnehmer ab einem Summenscore von 55 werden der Gruppe „sozialphobisch“ zugeordnet.

Mit diesem Cutoff-Wert ergibt sich für den ersten Testzeitpunkt, dass 20.6% ($n = 64$) der Gruppe der Sozialphobiker, 79.4% ($n = 246$) der unauffälligen Gruppe, zugerechnet werden können. Zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gibt es keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilung „sozialphobisch“ und „nicht sozialphobisch“ mit $\chi^2_{(1, n = 330)} = 1.97$ und $p = .164$.

Fragestellung 1 untersucht, ob das Selbstsicherheitstraining innerhalb der VG1 eine Abnahme sozialer Ängste (gemessen mit der LSAS) bewirkt. Es ergeben sich in allen Subskalen höchst signifikante Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings mit großen Effektstärken. Tabelle 12 stellt diese Auswirkungen im Detail mit Hilfe der Mittelwerte und der statistischen Kennwerte dar, die VG1 konnte sich im Gesamtscore sowie in allen Subskalen verbessern. Die Effektstärken können fast durchwegs als groß bezeichnet werden, sowohl Cohens d (hier gelten alle Werte zwischen .75 und 1.10 als groß) als auch das partielle η^2 (hier gelten alle Werte über .14 als groß).

Tabelle 12: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennzahlen der VG1 der LSAS Subskalen zu t_1 und t_2

Subskala	$M^*(SD) t_1$	$M^*(SD) t_2$	F	p	d	η^2
LSAS total	40.67 (19.67)	30.41 (18.44)	59.71	<.001	.9	.292
Vermeidung	20.50 (10.00)	15.16 (9.62)	43.18	<.001	.76	.229
Angst	20.16 (10.67)	15.24 (9.57)	52.38	<.001	.84	.265
Vermeidung von Interaktionsituationen	9.47 (5.69)	6.72 (5.02)	41.35	<.001	.75	.222
Angst vor Interaktionsituationen	9.10 (5.81)	6.65 (5.09)	45.79	<.001	.79	.240
Vermeidung von Leistungssituationen	11.03 (5.56)	8.44 (5.22)	24.86	<.001	.58	.146
Angst vor Leistungssituationen	11.06 (5.48)	8.59 (5.11)	36.62	<.001	.7	.202

Wird untersucht, ob sich Wechselwirkungen innerhalb der VG1 des Geschlechts und den beiden Testzeitpunkten hinsichtlich der LSAS Subskalen ergeben, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen mit $F_{(4, 141)} = .782$, $p = .538$ und $\eta^2 = .022$. Wird das Alter miteinbezogen, so ergeben sich ebenfalls keine Wechselwirkungen hinsichtlich der Altersgruppen und der LSAS-Subskalen mit $F_{(4, 140)} = .996$, $p = .412$ und $\eta^2 = .028$.

Wird die KG1 betrachtet, ob sich diese über die Zeit hinweg verändert, so ergeben sich auch hier signifikante Effekte in allen LSAS Skalen außer der „Vermeidung von Interaktionssituationen“. Die Effektstärken müssen allerdings insgesamt alle als klein bis mittel bezeichnet werden (Cohens $d < .4$ wird als kleiner Effekt angesehen, $\eta^2 < .06$ als mittlerer Effekt). Tabelle 13 zeigt die Mittelwerte und statistischen Kennzahlen der KG1 zu t_1 und t_2 an. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben sich keine Signifikanzen in der Kontrollgruppe zu t_1 und t_2 mit $F_{(1, 176)} = 2.43$ und $p = .121$.

Tabelle 13: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennzahlen der KG1 der LSAS Subskalen zu t_1 und t_2

Subskala	$M^*(SD) t_1$	$M^*(SD) t_2$	F	p	d	η^2
LSAS total	37.46 (18.99)	33.43 (19.39)	7.55	.007	.31	.046
Vermeidung	19.40 (10.32)	17.45 (10.64)	3.94	.049	.22	.024
Angst	18.06 (9.68)	15.97 (10.55)	8.88	.003	.34	.053
Vermeidung von Interaktions-situationen	8.16 (5.10)	7.65 (5.33)	1.40	.237	.13	.009
Angst vor Interaktions-situationen	7.81 (4.77)	6.92 (5.42)	5.98	.016	.28	.037
Vermeidung von Leistungss-situationen	11.23 (6.19)	9.85 (6.08)	5.55	.020	.27	.034
Angst vor Leistungss-situationen	10.24 (5.59)	9.05 (5.71)	8.84	.003	.33	.053

Folgende Tabelle 14 zeigt die Verteilung der sozialphobischen und nicht sozialphobischen Teilnehmer in der VG1 und KG1 zu den beiden Testzeitpunkten. Es verringert sich die Rate an Sozialphobie in der VG1 von 24% auf 14.1%, in der KG1 nur minimal von 17.5% auf 17.1%.

Tabelle 14: Darstellung der Prozenträte an Sozialphobie nach LSAS innerhalb VG1 und KG1 zu t_1 und t_2

	t_1		t_2	
	VG n (%)	KG n (%)	VG n (%)	KG n (%)
Sozialphobie	36 (24%)	28 (17.5%)	21 (14.1%)	30 (17.1%)
Unauffällig	114 (76%)	132 (82.5%)	128 (85.9%)	145 (82.9%)
Gesamt	150 (100.0%)	160 (100.0%)	149 (100.0%)	175 (100.0%)

Fragestellung 4 untersucht, wie sich das Selbstsicherheitstraining auf soziale Ängste im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Selbstsicherheitstraining auswirkt. Versuchs- und Kontrollgruppe werden untersucht, ob sich signifikante Wechselwirkungen hinsichtlich der beiden Zeitstufen und der LSAS Subskalen ergeben. Es finden in vier Subskalen hohe bis höchst signifikante Unterschiede, es erzielt hier die Versuchsgruppe signifikant bedeutendere Verbesserungen über die Zeit hinweg als die Kontrollgruppe (mit kleinen

bis mittleren Effektstärken). Abbildung 10 stellt die Unterschiede zwischen VG1 und KG1 hinsichtlich des LSAS Gesamtsummenscores über die zwei Zeitpunkte grafisch dar.

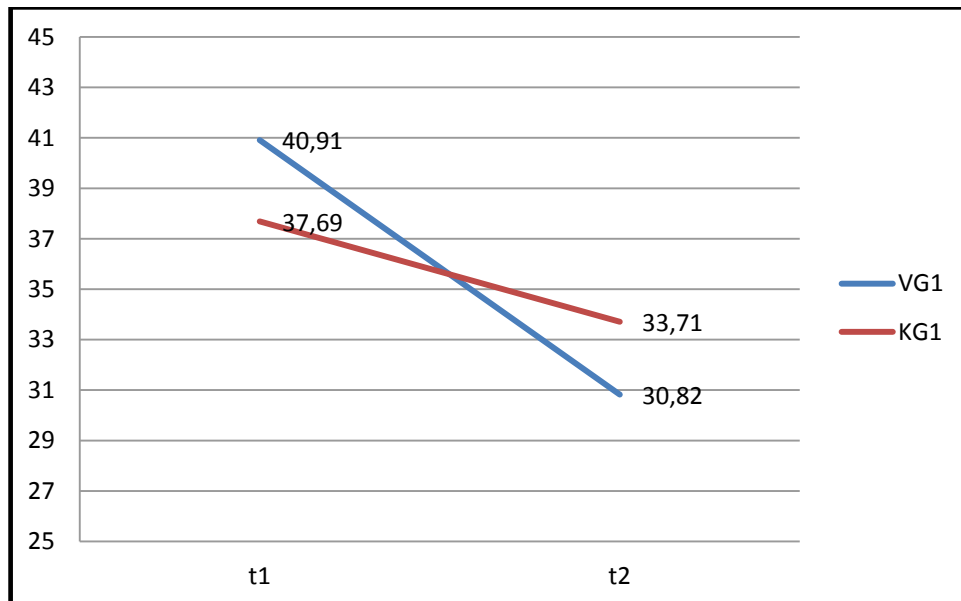


Abbildung 10: Darstellung des Verlaufs des LSAS Gesamtsummenscores in VG1 und KG1 zu t1 und t2

Keine Verbesserung in der VG1 im Vergleich zur KG1 ergibt sich in der Subskala „Vermeidung von Interaktionssituationen“. Tabelle 15 stellt die statistischen Kennzahlen und Effektstärken dar.

Tabelle 15: Darstellung der statistischen Kennzahlen des Vergleichs der VG1 und KG1 hinsichtlich der Subskalen der LSAS zu t1 und t2

Subskala	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
LSAS total	9.70	.002	.031
Vermeidung	8.85	.003	.028
Angst	6.45	.012	.021
Vermeidung von Interaktionsituationen	11.44	.001	.036
Angst vor Interaktionsituationen	7.15	.008	.023
Vermeidung von Leistungssituationen	3.76	.053	.12
Angst vor Leistungssituationen	3.76	.053	.012

Es zeigt sich, dass die Effektstärken durchgehend als niedrig bis mittel eingestuft werden müssen. So wird Cohens $d < .4$ als kleiner Effekt angesehen, $\eta^2 < .06$ als mittlerer Effekt. Einzig der LSAS Gesamtsummenscore mit $\eta^2 = .15$ und die Subskala „Angst vor sozialen Situationen“ mit $\eta^2 = .14$ können knapp als Skalen mit einem großen Effekt bezeichnet

werden (wobei hier gilt, dass $\eta^2 > .14$ als großer Effekt bezeichnet wird). Bei einem Vergleich der Mittelwerte (siehe Tabelle 12 und Tabelle 13) wird deutlich sichtbar, dass die Versuchsgruppe nach dem Selbstsicherheitstraining geringere Werte in allen Subskalen aufweist, und diese Verringerung signifikant größer als die der Kontrollgruppe ist.

Fragestellung 5 untersucht, ob die gefundenen Effekte hinsichtlich des LSAS Summenscores noch stabil nach 4 Monaten vorhanden sind. Es wird dafür der Gesamtsummenscore für die Berechnungen herangezogen (von 4 Personen fehlen die Angaben). Ein abhängiger t-test zeigt höchst signifikante Auswirkungen in der Versuchsgruppe, die auch zum dritten Testtermin noch anhalten. Allerdings ergeben sich innerhalb der Kontrollgruppe signifikante Veränderungen (siehe Tabelle 16). Die Veränderungseffekte innerhalb der VG1 fallen jedoch stärker aus als die der KG1.

Tabelle 16: Darstellung der katamnestische Überprüfung der LSAS in VG1 und KG1

Zeitpunkt	t1 – t2	t2 – t3	t1 – t3
Versuchsgruppe	t(136) = 8.06	t(132) = .628	t(132) = 7.49
	p < .001	p = .531	p < .001
Kontrollgruppe	t(49) = 3.31	t(49) = -.55	t(49) = 2.74
	p = .002	p = .877	p = .009

Werden diese Veränderungen der VG1 und KG1 mit Hilfe einer Varianzanalyse mit Messwiederholung gemeinsam statistisch untersucht, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen mit $F_{(2, 180)} = .935$, $p = .395$ und $d = .1$. Eine explorative Datenanalyse zeigt allerdings, dass die Verbesserung innerhalb der VG1 stabil zu bleiben scheint. Die KG1 kann sich ebenfalls vom ersten auf den zweiten Testzeitpunkt verbessern, verschlechtert sich allerdings vom zweiten auf den dritten Testzeitpunkt minimal (siehe Abbildung 11).

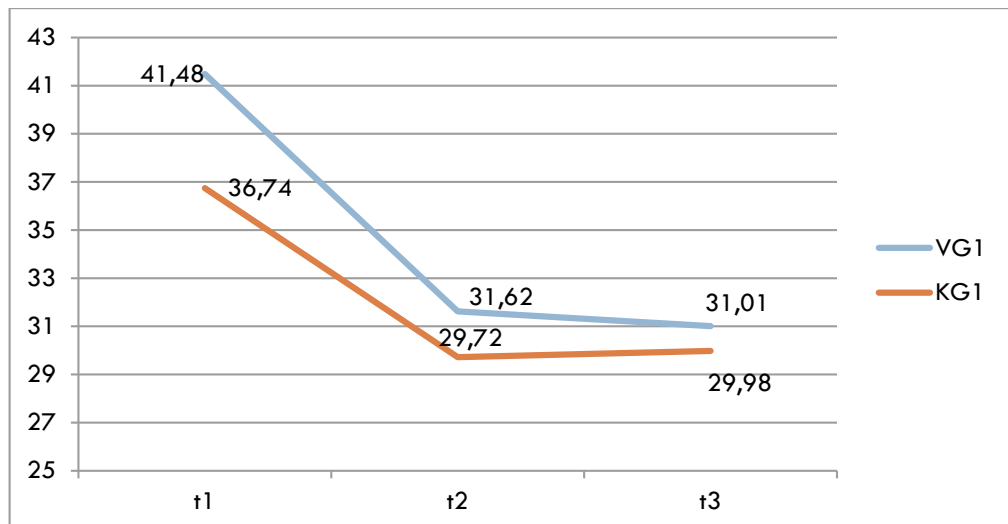


Abbildung 11: Darstellung des Verlaufs der LSAS Summenschore-Mittelwerte von VG1 und KG1 zu den drei Erhebungszeitpunkten

8.4 Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)

Frankfurter Selbstkonzeptskalen

Nach Kanning (2003) eignen sich die Frankfurter Selbstkonzeptskalen als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von sozialen Kompetenzen. Es werden insgesamt 10 Subskalen gebildet (je höher der Wert im Summenschore, desto größer die Selbsteinschätzung im Bereich der betreffenden Kompetenz).

Hinsichtlich der Altersgruppen finden sich keine Unterschiede. Wird die Gesamtstichprobe allerdings hinsichtlich des Geschlechts untersucht, ob sich männliche und weibliche Schüler der Gesamtstichprobe zu t1 voneinander in ihren Selbstkonzepten hinsichtlich sozialer Kompetenzen unterscheiden, finden sich in zwei Subskalen Unterschiede: In der Skala „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ ($t_{(328)} = 3.06$, $p = .002$), und „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ ($t_{(328)} = -2.82$, $p = .005$). Während sich weibliche Teilnehmer als bedeutend empfindlicher einschätzen, schätzen sie sich auch als kontakt- und umgangsfähiger ein als männliche Teilnehmer. Abbildung 12 zeigt diese Einschätzung und die Mittelwerte der betreffenden Skalen grafisch an.

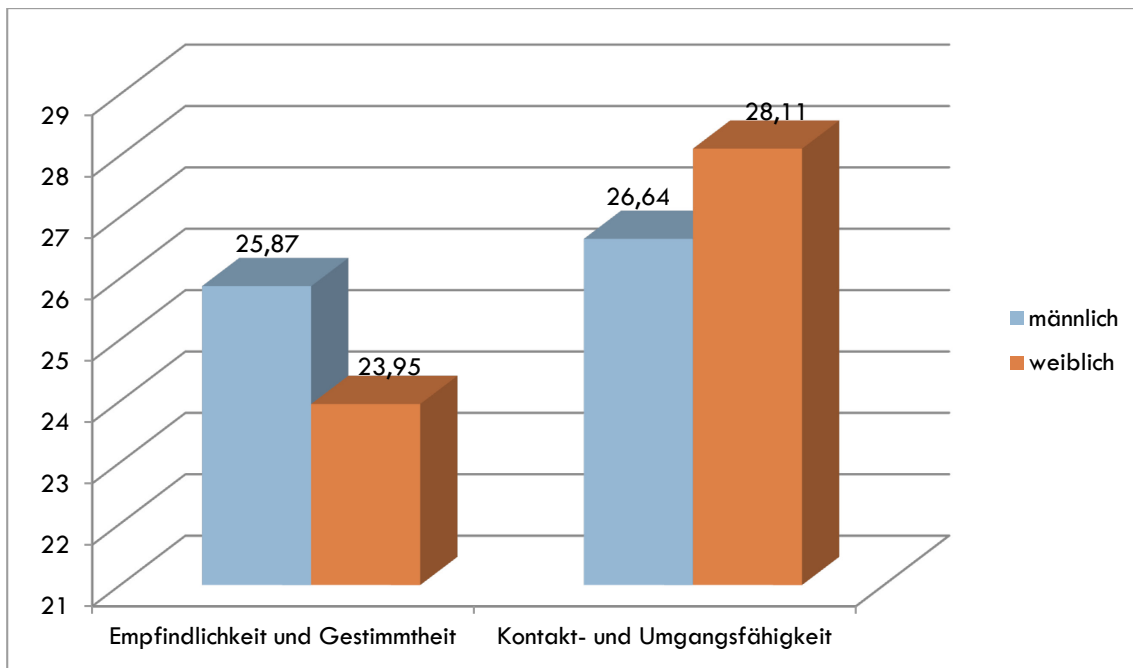


Abbildung 12: Darstellung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der FSKN Subskalen „Empfindlichkeit“ und „Kontaktfähigkeit“ in der offline Stichprobe

Fragestellung 2 untersucht, ob sich innerhalb der Versuchsgruppe Auswirkungen hinsichtlich der sozialen Kompetenzen durch das Selbstsicherheitstraining ergeben. Eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt innerhalb des Modells signifikante Wechselwirkungen mit $F_{(10, 143)} = 13.15$ und $p < .001$. Die Tests auf Univariate zeigen, dass sich in allen Subskalen hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen t_1 und t_2 , mit teils großen Effektstärken finden lassen. Große Effektstärken (mit Cohens $d > .5$ und $\eta^2 > .14$) finden sich in den Skalen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Allgemeiner Selbstwert“ sowie „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“. Einzig die Skala „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ zeichnet sich durch kleine Effektstärken aus. Es finden sich durchwegs höhere Mittelwerte nach dem Training als davor, was auf eine Verbesserung in diesen Bereichen hinweist. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die VG1 über die zwei Zeitpunkte hinweg verbessert hat. Tabelle 17 zeigt diese Veränderungen und statistischen Kennzahlen im Detail.

Tabelle 17: Darstellung statistischer Kennzahlen der FSKN Subskalen in VG1 zu t₁ und t₂

FSKN Subskala	<i>M(SD)</i> t ₁	<i>M(SD)</i> t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AL	46.11 (6.10)	49.10 (6.36)	50.26	<.001	.81	.249
AP	46.65 (5.27)	49.33 (5.71)	44.52	<.001	.76	.227
VE	27.35 (3.16)	28.03 (3.45)	5.36	.022	.27	.034
SW	46.64 (7.61)	50.37 (7.38)	66.90	<.001	.94	.306
EG	24.36 (4.93)	28.69 (4.75)	71.16	<.001	.97	.319
ST	53.91 (9.43)	56.74 (9.55)	22.51	<.001	.54	.129
KU	28.13 (3.83)	28.84 (3.21)	4.65	.032	.25	.030
WA	27.79 (4.88)	29.26 (4.55)	18.89	<.001	.5	.111
IA	25.46 (4.32)	26.36 (4.47)	8.50	.004	.33	.053
GB	28.60 (3.84)	29.66 (3.75)	10.96	.001	.38	.067

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

Diese signifikanten Ergebnisse der Versuchsgruppe werden untersucht, ob sich geschlechtsrelevante Unterschiede finden lassen. Eine multivariate Varianzanalyse zeigt keine Wechselwirkung innerhalb des Modells, wenn die Summenscores der Versuchsgruppe über die beiden Zeitpunkte und das Geschlecht berücksichtigt werden ($F_{(10, 142)} = 1.64$, $p = .100$).

Werden die signifikanten Ergebnisse der Subskalen der FSKN der Versuchsgruppe hinsichtlich altersrelevanter Unterschiede untersucht, so ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung mit $F_{(10, 141)} = 2.37$ und $p = .012$. Tests auf univariate VA zeigen signifikante Wechselwirkungen in vier Subskalen der FSKN: Allgemeine Leistungsfähigkeit ($F_{(1, 141)} = 6.94$, $p = .009$, $\eta^2 = .044$), allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit ($F_{(1, 141)} = 15.53$, $p < .001$, $\eta^2 = .094$), allgemeiner Selbstwert ($F_{(1, 141)} = 4.54$, $p = .035$, $\eta^2 = .029$) und emotionale Gestimmtheit ($F_{(1, 141)} = 6.34$, $p = .013$, $\eta^2 = .041$). Die Effektstärken sind allesamt als klein bis mittel zu bezeichnen. Tabelle 18 zeigt die Mittelwerte dieser signifikanten Subskalen. Obwohl sie in den Skalen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“ und „emotionale Gestimmtheit“ vor dem Training geringere Werte als die jüngere Gruppe aufwies, konnte sich die ältere Gruppe in diesen Bereichen stärker verbessern.

Tabelle 18: Darstellung der altersrelevanten Unterschiede innerhalb der VG1 in den FSKN Subskalen

FSKN Subskala	Alters-Gruppe	<i>M(SD)</i> t₁	<i>M(SD)</i> t₂
Allgemeine Leistungsfähigkeit	1	46.90 (5.60)	48.86 (5.63)
	2	45.25 (6.72)	49.40 (7.12)
Verhaltens-/Entscheidungssicherheit	1	27.83 (3.23)	27.48 (3.31)
	2	26.74 (2.94)	28.60 (3.55)
Allgemeiner Selbstwert	1	47.70 (7.91)	50.50 (7.35)
	2	45.36 (7.09)	50.10 (7.43)
Emotionale Gestimmtheit	1	25.53 (4.42)	27.21 (4.63)
	2	22.95 (5.05)	26.01 (4.76)

Wird auch die Kontrollgruppe untersucht, ob diese zu t₂ andere Werte als zu t₁ aufweist, so ergeben sich ebenfalls statistisch bedeutsame Veränderungen in sieben Subskalen. Drei Skalen („Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“) weisen keine signifikanten Veränderungen auf. Folgende Tabelle 19 zeigt die Mittelwerte der signifikanten Subskalen zu beiden Zeitpunkten sowie die statistischen Kennzahlen an. Im Vergleich zu Tabelle 17 ist jedoch deutlich erkennbar, dass sich die VG1 in allen Skalen stärker steigern konnte als die KG1, es sind die Effektgrößen deutlich größer. In der Skala „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ findet sich im Gegensatz zur VG1 sogar eine Verschlechterung in der Kontrollgruppe (wenn auch in einem nicht signifikantem Ausmaß). Die Effektstärken innerhalb der KG1 können durchwegs als klein bis mittel bezeichnet werden.

Tabelle 19: Darstellung statistischer Kennzahlen der FSKN Subskalen in der KG1 zu t_1 und t_2

FSKN Subskala	<i>M</i>(<i>SD</i>) t_1	<i>M</i>(<i>SD</i>) t_2	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AL	45.95 (6.39)	47.89 (8.34)	12.13	.001	.37	.065
AP	46.44 (5.09)	47.90 (6.26)	11.50	.001	.36	.062
VE	26.76 (3.14)	27.83 (3.60)	14.26	<.001	.40	.075
SW	46.59 (7.14)	48.48 (7.73)	13.41	<.001	.39	.071
EG	24.38 (4.62)	25.41 (4.55)	7.95	.005	.30	.043
ST	52.57 (9.51)	53.57 (9.20)	2.44	.120	.17	.014
KU	27.47 (3.90)	27.28 (3.67)	.22	.640	.05	.001
WA	26.55 (4.80)	27.90 (5.20)	12.93	<.001	.38	.069
IA	24.25 (4.49)	25.34 (4.57)	9.35	.003	.33	.051
GB	28.29 (4.05)	28.81 (4.24)	2.73	.100	.18	.015

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

Sowohl VG1 als auch KG1 wiesen Verbesserungen über die Zeit hinweg auf. Es ist daher in diesem Zusammenhang Fragestellung 4 besonders relevant, da diese Wechselwirkungen der Subskalen der FSKN zu beiden Testzeitpunkten und VG1 und KG1 untersuchen soll. Es ergeben sich hoch signifikante Wechselwirkungen zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe, den beiden Zeitstufen und den Subskalen der FSKN mit $F(10, 318) = 2.53$, $p = .006$ und $\eta^2 = .074$. Univariate Varianzanalysen zeigen signifikante Wechselwirkungen in den Subskalen „Allgemeine Problembewältigung“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ und „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“. VG1 erzielte jedoch in allen Subskalen höhere Werte zu t_2 als die KG1, siehe folgende Tabelle.

Tabelle 20: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG1 und KG1 zu t1 und t2

FSKN Subskala	Gruppe	<i>M</i> (<i>SD</i>) t ₁	<i>M</i> (<i>SD</i>) t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AL	VG1	46.11 (6.10)	49.10 (6.36)	1.87	.172	.15	.006
	KG1	45.95 (6.39)	47.89 (8.34)				
AP	VG1	46.65 (5.27)	49.33 (5.71)	4.14	.043	.23	.013
	KG1	46.44 (5.09)	47.90 (6.26)				
VE	VG1	27.35 (3.16)	28.03 (3.45)	.917	.339	.11	.003
	KG1	26.76 (3.14)	27.83 (3.60)				
AS	VG1	46.64 (7.61)	50.37 (7.38)	6.49	.011	.28	.019
	KG1	46.59 (7.14)	48.48 (7.73)				
EG	VG1	24.36 (4.93)	28.69 (4.75)	8.50	.004	.32	.025
	KG1	24.38 (4.62)	25.41 (4.55)				
ST	VG1	53.91 (9.43)	56.74 (9.55)	4.22	.041	.23	.013
	KG1	52.57 (9.51)	53.57 (9.20)				
KU	VG1	28.13 (3.83)	28.84 (3.21)	3.66	.056	.21	.011
	KG1	27.47 (3.90)	27.28 (3.67)				
WA	VG1	27.79 (4.88)	29.26 (4.55)	.081	.776	.03	.000
	KG1	26.55 (4.80)	27.90 (5.20)				
IA	VG1	25.46 (4.32)	26.36 (4.47)	.194	.660	.05	.001
	KG1	24.25 (4.49)	25.34 (4.57)				
GB	VG1	28.60 (3.84)	29.66 (3.75)	1.32	.251	.13	.004
	KG1	28.29 (4.05)	28.81 (4.24)				

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

Die Effektstärken können allerdings als sehr klein eingestuft werden, wobei Werte von $d < .15$ als vernachlässigbar klein, $d < .4$ als klein und Werte mit $\eta^2 < .01$ als klein bezeichnet werden.

Fragestellung 5 untersucht, ob die gefundenen Effekte auch stabil nach vier Monaten noch vorhanden sind. Eine multivariate Varianzanalyse zeigt keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen den beiden Versuchsgruppen, den FSKN-Subskalen und den drei Testzeitpunkten mit $F_{(20, 124)} = .861$, $p = .636$ und $d = .15$. Tabelle 21 zeigt diese Veränderungen, und stellt die Mittelwerte der Subskalen zu den drei Testzeitpunkten sowie die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen (mit Messwiederholung) der jeweiligen Subskalen und der jeweiligen Versuchsgruppe dar. Der Interventionseffekt scheint auch nach vier Monaten noch stabil vorhanden zu sein und es ist deutlich sichtbar, dass sich die VG1 im Vergleich zu KG1 stärker verbessern konnte. Weiters sind die Effektstärken innerhalb der Interventionsgruppe durchgehend größer als die der KG1.

Tabelle 21: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG1 und KG1 zu t₁, t₂ und t₃

FSKN											
Subskala*	Gruppe	<i>Mt</i> ₁	<i>SD t</i> ₁	<i>Mt</i> ₂	<i>SD t</i> ₂	<i>Mt</i> ₃	<i>SD t</i> ₃	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AL	VG1	46.23	6.39	48.99	6.55	49.60	7.16	26.44	<.001	.69	.192
	KG1	45.97	5.82	46.32	7.59	48.85	6.59	3.89	.025	.34	.109
AP	VG1	47.09	5.58	49.72	5.80	49.65	6.09	23.29	<.001	.65	.173
	KG1	45.94	5.49	46.85	7.13	48.18	5.65	2.23	.115	.3	.065
VE	VG1	27.26	3.33	27.83	3.52	28.65	3.77	9.76	<.001	.42	.081
	KG1	26.49	3.39	27.64	4.22	28.30	3.25	5.42	.007	.31	.145
AS	VG1	46.59	8.11	50.30	7.50	50.46	7.69	34.03	<.001	.78	.235
	KG1	45.79	7.41	47.39	8.26	49.55	7.03	5.53	.006	.35	.147
EG	VG1	24.37	4.93	26.47	4.81	26.74	4.54	25.42	<.001	.68	.186
	KG1	23.76	3.68	25.46	4.44	25.88	4.08	4.16	.020	.53	.115
ST	VG1	53.80	9.89	56.51	9.57	57.84	9.53	16.47	<.001	.54	.129
	KG1	50.97	9.53	51.42	8.27	53.59	8.90	1.81	.172	.2	.054
KU	VG1	28.40	3.85	28.96	3.22	29.23	3.46	2.75	.066	.22	.024
	KG1	27.52	3.45	27.06	5.04	27.33	2.78	.156	.539	.15	.011
WA	VG1	27.88	4.72	29.22	4.56	29.56	4.84	12.24	<.001	.47	.099
	KG1	25.97	4.84	27.50	5.14	28.17	4.60	3.71	.856	.38	.004
IA	VG1	25.22	4.35	26.35	4.20	26.33	4.73	6.03	.003	.33	.052
	KG1	23.26	5.09	24.67	4.67	25.15	4.77	2.48	.092	.32	.072
GB	VG1	28.88	3.78	29.62	3.80	29.37	3.83	2.26	.106	.2	.020
	KG1	28.80	3.91	28.24	4.09	29.38	3.88	1.19	.309	.04	.036

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

Skalen zum Erleben von Emotionen

Zur Erfassung der Emotionsregulation kamen die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (Behr & Becker, 2004) zum Einsatz, die den Bereich der Emotionsregulation mit Hilfe von insgesamt sieben Skalen erfassen.

Werden männliche und weibliche Teilnehmer miteinander verglichen, ob sich Unterschiede hinsichtlich der Subskalen der SEE finden, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Skala „Erleben von Emotionsmangel“ ($F_{(1, 321)} = 11.75, p = .001, \eta^2 = .038$). Abbildung 13 zeigt die Mittelwerte der männlichen und weiblichen Schüler. Höhere Werte bedeuten, dass mehr „Mangel an Emotion“ erlebt wird, die männlichen Schüler berichten demnach über mehr Emotionsmangel.

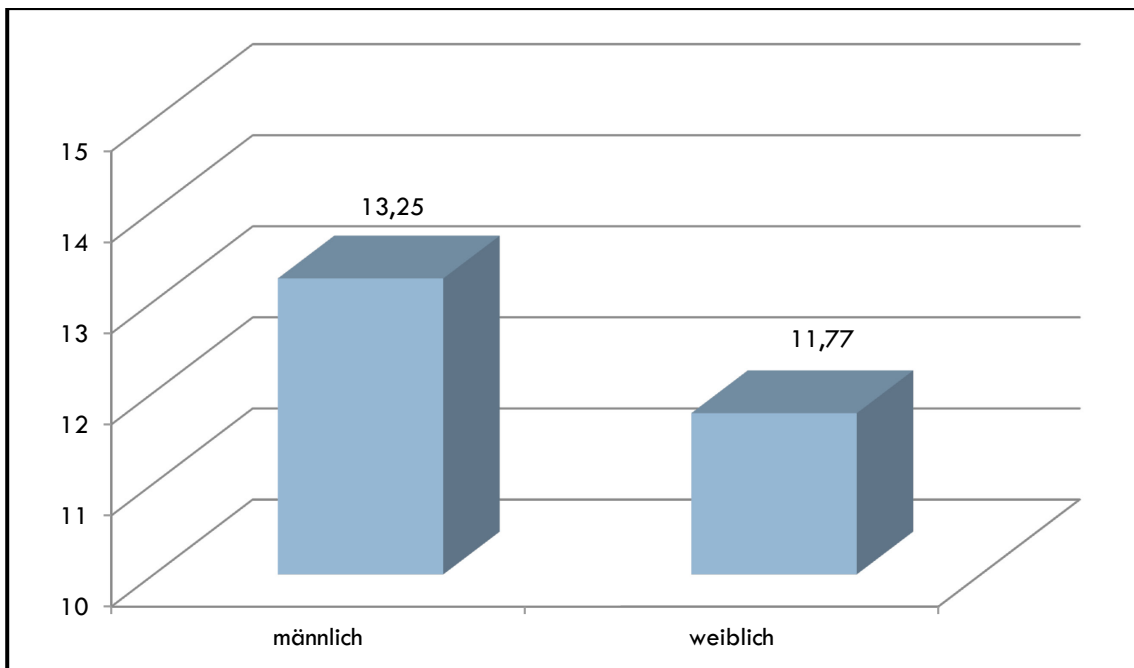


Abbildung 13: Geschlechtsspezifische Unterschiede SEE Subskala „Erleben von Emotionsmangel“ in der offline Stichprobe

Fragestellung 3 untersucht, ob sich innerhalb der Versuchsgruppe Unterschiede hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte und der Subskalen der SEEergeben. Es ergeben sich in fünf Subskalen hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen t_1 und t_2 . Zwei Subskalen („Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“, „Imaginative Symbolisierung von Emotionen“) weisen keine signifikanten Veränderungen über die Zeit hinweg auf. Die Versuchsgruppe veränderte sich somit in vier Skalen stark über die zwei Zeitpunkte hinweg. Die Teilnehmer können ihre Emotionen nach dem Selbstsicherheitstraining besser annehmen (höhere Werte bedeuten eine größere Akzeptanz eigener Emotionen), sie erleben sich als weniger überflutet von ihren eigenen Emotionen (höhere Werte bedeuten ein größeres Ausmaß eines Gefühls von Emotionsüberflutung), geben an, über weniger Emotionsmangel zu verfügen (höhere Werte bedeuten ein größeres negatives Gefühl eines Mangels an Emotionen), verfügen nun über mehr Emotionsregulationsstrategien und geben nach dem Selbstsicherheitstraining an, über ein vermehrtes Ausmaß an Selbstkontrolle zu verfügen. Tabelle 22 zeigt die statistischen Kennwerte sowie die Mittelwerte der VG1 vor und nach dem Selbstsicherheitstraining. Die Effektstärken können als klein bis mittel bezeichnet werden. Hier gilt, dass Effektstärken von $d < .15$ als vernachlässigbar klein, $d < .4$ als

klein, $d < .75$ als mittel gelten, und Werte von η^2 bis .01 einen kleinen Effekt darstellen und $\eta^2 < .14$ als mittel und $> .14$ als groß gelten.

Tabelle 22: Darstellung der Veränderungen in den SEE Subskalen in der VG1 von t_1 auf t_2

SEE Subskala	$M(SD) t_1$	$M(SD) t_2$	F	p	d	η^2
Akzeptanz eigener Emotionen	22.02 (4.22)	23.38 (4.36)	14.80	<.001	.44	.090
Erleben von Emotionsüberflutung	20.20 (5.67)	18.70 (5.87)	14.05	<.001	.43	.086
Erleben von Emotionsmangel	12.21 (3.09)	11.13 (3.50)	15.05	<.001	.44	.091
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	24.05 (4.78)	23.98 (5.51)	.151	.698	.04	.001
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	16.26 (4.34)	16.86 (5.29)	2.54	.113	.18	.017
Erleben von Emotionsregulation	12.00 (2.55)	12.93 (2.60)	18.23	<.001	.49	.108
Erleben von Selbstkontrolle	20.38 (3.81)	21.27 (3.67)	9.28	.003	.35	.058

Werden diese Veränderungen in der Versuchsgruppe noch in Bezug auf das Geschlecht untersucht, so ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung mit $F_{(7, 143)} = 1.66$, $p = .123$ und $\eta^2 = .075$. Hinsichtlich altersspezifischer Unterschiede wird ebenfalls eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Auch hier ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung mit $F_{(7, 143)} = 1.41$, $p = .203$ und $\eta^2 = .065$. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sowohl männliche und weibliche als auch beide Altersstufen hinsichtlich der Emotionsregulation gleichmäßig vom Selbstsicherheitstraining profitieren konnten.

Wird auch die Kontrollgruppe näher untersucht, ob sich diese über die Zeit verändert, so ergeben sich keinerlei signifikante Wechselwirkungen innerhalb der KG1 und den Subskalen der SEE ($F_{(7, 158)} = 1.68$, $p = .115$, $\eta^2 = .070$).

Fragestellung 4 untersucht, ob die in Fragestellung 2 gefundenen Veränderungen in der VG1 auch im Vergleich mit der KG1 signifikant ausfallen. Mit Hilfe einer multivariaten Varianzanalyse werden die Wechselwirkungen zwischen den beiden Versuchsbedingungen, den beiden Zeitpunkten und der SEE-Subskalen näher betrachtet. Hier ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung mit $F_{(7, 308)} = 2.09$, $p = .044$, $\eta^2 = .045$ und $d = .15$. Die Effektstärken sind als klein zu bezeichnen. Tests auf Univariate zeigen, dass sich diese signifikanten Unterschiede in den Subskalen „Akzeptanz eigener Emotionen“ ($p = .035$, $\eta^2 = .014$, $d = .22$), „Erleben von Emotionsregulation“ ($p = .002$, $\eta^2 = .030$, $d = .33$) sowie „Erleben von Selbstkontrolle“ ($p = .024$, $\eta^2 = .016$, $d = .24$) widerspiegeln. Die

Versuchsgruppe konnte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker verbessern und gibt nach dem Selbstsicherheitstraining an, die eigenen Emotionen besser akzeptieren zu können, verfügt über bessere Emotionsregulation und gibt auch höhere Werte im Bereich der Selbstkontrollstrategien an (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 23: Mittelwertsunterschiede der signifikanten Subskalen der SEE

SEE Subskala Subskala*	Gruppe	Mt_1	$SD t_1$	Mt_2	$SD t_2$
Akzeptanz eigener Emotionen	VG1	22.02	4.22	23.36	4.36
	KG1	21.80	4.01	21.89	5.02
Erleben von Emotionsregulation	VG1	12.01	2.54	12.93	2.61
	KG1	12.55	2.58	12.46	2.69
Erleben von Selbstkontrolle	VG1	20.38	3.81	21.27	3.66
	KG1	20.01	4.10	19.95	4.05

Fragestellung 5 beschäftigt sich mit der Stabilität der Effekte und bezieht auch den dritten Untersuchungszeitpunkt mit ein. Eine multivariate Varianzanalyse zeigt signifikante Wechselwirkungen zwischen den beiden Versuchsgruppen, den SEE-Subskalen und den drei Testzeitpunkten mit $F_{(14, 165)} = 2.633$, $p = .002$ und $d = .27$. Tabelle 24 zeigt diese Veränderungen, und stellt die Mittelwerte der Subskalen zu den drei Testzeitpunkten sowie die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen (mit Meßwiederholung) der jeweiligen Subskalen und der jeweiligen Versuchsgruppe dar. Der Interventionseffekt scheint auch nach vier Monaten noch stabil vorhanden zu sein, die Werte innerhalb der Versuchsgruppe gehen kaum zurück beziehungsweise scheinen sich sogar noch zu verbessern. Weiters ist deutlich sichtbar, dass sich die Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker über die Zeit hinweg verbessert. Die Effektstärken sind innerhalb von VG1 größer als innerhalb von KG1.

Tabelle 24: Darstellung der statistischen Kennzahlen der SEE Subskalen in VG1 und KG1 zu t₁, t₂ und t₃

SEE										
Subskala	Gruppe	M t ₁	SD t ₁	M t ₂	SD t ₂	M t ₃	SD t ₃	F	p	η ²
AEE	KG1	16.11	3.92	15.51	5.29	15.61	4.39	.44	.645	.010
	VG1	15.99	4.05	17.25	4.36	17.73	4.05	13.28	<.001	.090
EEÜ	KG1	13.27	5.56	12.60	5.51	11.27	5.71	2.37	.099	.051
	VG1	13.49	5.64	11.87	5.92	11.01	5.93	14.86	<.001	.100
EEM	KG1	6.81	2.89	6.80	3.32	7.13	3.21	.232	.794	.005
	VG1	7.40	3.09	6.09	3.36	5.68	3.64	18.82	<.001	.123
KSVE	KG1	15.44	5.62	14.96	4.52	16.87	4.04	3.25	.043	.069
	VG1	16.20	4.86	16.13	5.40	16.00	5.80	.106	.900	.001
ISVE	KG1	9.91	5.20	9.42	5.15	10.64	5.03	1.39	.253	.031
	VG1	10.40	4.30	10.76	5.38	10.25	5.37	1.00	.369	.007
EER	KG1	8.53	2.19	7.87	2.42	8.98	2.25	2.89	.061	.062
	VG1	8.06	2.58	8.88	2.65	9.10	2.55	10.33	<.001	.072
ESK	KG1	14.42	3.66	13.89	3.76	14.51	3.96	.581	.562	.013
	VG1	14.25	3.88	15.28	3.73	15.17	4.26	6.64	.002	.047

Anmerkung: AEE=Akzeptanz eigener Emotionen, EEÜ=Erleben von Emotionsüberflutung, EEM=Erleben von Emotionsmangel, KSVE=Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen, ISVE=Imaginative Symbolisierung von Emotionen, EER=Erleben von Emotionsregulation, ESK=Erleben von Selbstkontrolle

Review of personal effectiveness in life and locus of control

Um erfassen zu können, wie erfolgreich sich die teilnehmenden Personen allgemein in ihrem Leben einschätzen, kam der "ROPELOC" (Richards et al., 2002). *Fragestellung 3* untersucht, ob die Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining vor der Intervention andere Werte angeben als nach der Intervention (hinsichtlich der Subskalen des ROPELOC). Es ergeben sich in 9 von 14 Subskalen signifikante bis höchst signifikante Unterschiede. Tabelle 25 stellt die statistischen Kennzahlen sowie Mittelwerte der Versuchsgruppe vor und nach dem Selbstsicherheitstraining dar. Die Effektstärken können als klein bis mittel bezeichnet werden. Es gilt, dass Effektstärken von $d < .15$ als vernachlässigbar klein, $d < .4$ als klein, $d < .75$ als mittel gelten und η^2 bis .01 einen kleinen Effekt, η^2 bis .06 einen mittleren Effekt, und η^2 ab .14 einen großen Effekt darstellen. Höhere Werte bedeuten in allen Subskalen, dass eine Zunahme einer Selbstzuschreibung in dem entsprechend erfassten Bereich erfolgte.

Tabelle 25: ROPELOC Subskalen Veränderungen in der VG1 von t_1 auf t_2

ROPELOC Subskala	<i>M(SD)</i> t_1	<i>M(SD)</i> t_2	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
Active Involvement (AI)	18.41 (3.26)	19.08 (3.91)	5.96	.016	.28	.038
Cooperative Teamwork (CT)	19.44 (4.02)	19.64 (4.56)	.724	.396	.1	.005
Leadership Ability (LA)	14.78 (5.98)	16.85 (5.00)	31.37	<.001	.64	.172
Open Thinking (OT)	19.00 (3.44)	19.51 (3.76)	2.76	.099	.19	.018
Quality Seeking (QS)	18.43 (3.53)	18.47 (4.37)	.017	.897	.01	.000
Self Confidence (SC)	16.15 (3.53)	17.51 (4.20)	17.00	<.001	.47	.101
Self Efficacy (SF)	15.32 (3.89)	16.90 (4.08)	27.56	<.001	.6	.154
Social Effectiveness (SE)	17.93 (3.44)	18.83 (3.85)	9.16	.003	.35	.057
Stress Management (SM)	13.77 (4.30)	15.33 (4.54)	18.89	<.001	.5	.111
Time Efficiency (TE)	14.35 (3.86)	15.46 (4.53)	11.66	.001	.39	.072
Coping with change (CH)	16.12 (4.10)	17.45 (4.02)	19.04	<.001	.5	.112
Overall Effectiveness (OE)	15.75 (4.07)	17.28 (4.04)	26.62	<.001	.59	.150
Internal locus of control (IL)	18.76 (3.61)	19.18 (3.78)	1.75	.187	.15	.011
External locus of control (EL)	11.68 (3.69)	11.41 (4.25)	.636	.426	.09	.004

Werden diese Veränderungen in Hinblick auf das Geschlecht näher untersucht, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und den Mittelwerten der Subskalen zu beiden Zeitpunkten mit $F_{(14,137)} = 1.50$, $p = .116$ und einem kleinen Effekt von $\eta^2 = .133$. Diese Werte deuten darauf hin, dass in der vorliegenden Stichprobe beide Geschlechter vom Selbstsicherheitstraining profitieren konnten. In Hinblick auf das Alter ergeben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen mit $F_{(14, 136)} = 1.15$, $p = .314$ und einem kleinen Effekt mit $\eta^2 = .107$.

In KG1 ergeben sich ebenfalls höchst signifikante Wechselwirkungen zwischen den beiden Testzeitpunkten und Subskalen des ROPELOC. Tabelle 26 zeigt die statistischen Kennzahlen der Varianzanalysen mit Messwiederholung. VG1 kann sich stärker als KG1 verbessern, auch sind die Effektstärken größer (siehe Tabelle 25 zum Vergleich).

Tabelle 26: ROPELOC Subskalen Veränderungen in der KG1 von t₁ auf t₂

ROPELOC Subskala	<i>M</i>(<i>SD</i>) t₁	<i>M</i>(<i>SD</i>) t₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η²
Active Involvement (AI)	18.08 (3.33)	17.99 (3.98)	.00	.927	.0	.000
Cooperative Teamwork (CT)	18.47 (4.42)	18.82 (4.76)	1.44	.231	.14	.008
Leadership Ability (LA)	15.84 (4.42)	15.96 (5.04)	.206	.651	.05	.001
Open Thinking (OT)	18.18 (3.52)	18.21 (4.38)	.125	.724	.04	.001
Quality Seeking (QS)	17.95 (3.83)	18.42 (6.21)	1.27	.261	.13	.007
Self Confidence (SC)	15.86 (3.71)	17.30 (5.21)	13.89	<.001	.43	.074
Self Efficacy (SF)	14.89 (4.26)	16.07 (4.22)	12.02	.001	.4	.064
Social Effectiveness (SE)	17.07 (3.64)	17.85 (4.28)	6.48	.012	.29	.036
Stress Management (SM)	13.77 (4.23)	14.93 (4.54)	10.06	.002	.36	.054
Time Efficiency (TE)	13.74 (4.43)	14.92 (5.06)	12.03	.001	.4	.064
Coping with change (CH)	15.69 (4.18)	16.43 (4.58)	5.03	.026	.26	.028
Overall Effectiveness (OE)	15.37 (4.27)	16.54 (4.51)	14.62	<.001	.44	.077
Internal locus of control (IL)	18.52 (3.95)	18.58 (4.15)	.144	.705	.04	.001
External locus of control (EL)	12.73 (3.88)	12.58 (4.43)	.403	.527	.07	.002

Fragestellung 4 untersucht, ob sich die mit *Fragestellung 3* gefundenen Effekte der Versuchsgruppe auch im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention statistisch bedeutsam zeigen. Eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt hoch signifikante Wechselwirkungen an mit $F_{(14, 308)} = 2.26$, $p = .006$ und einem kleinen Effekt mit $d = .17$. Werden diese Veränderungen im Detail genauer angesehen, so ergeben Tests auf Univariate eine hoch signifikante Veränderung für die Subskala „Leadership Ability“. Es zeigt sich, dass VG1 sich in einem signifikant stärkeren Ausmaß verbessern konnte als KG1 (siehe Abbildung 14).

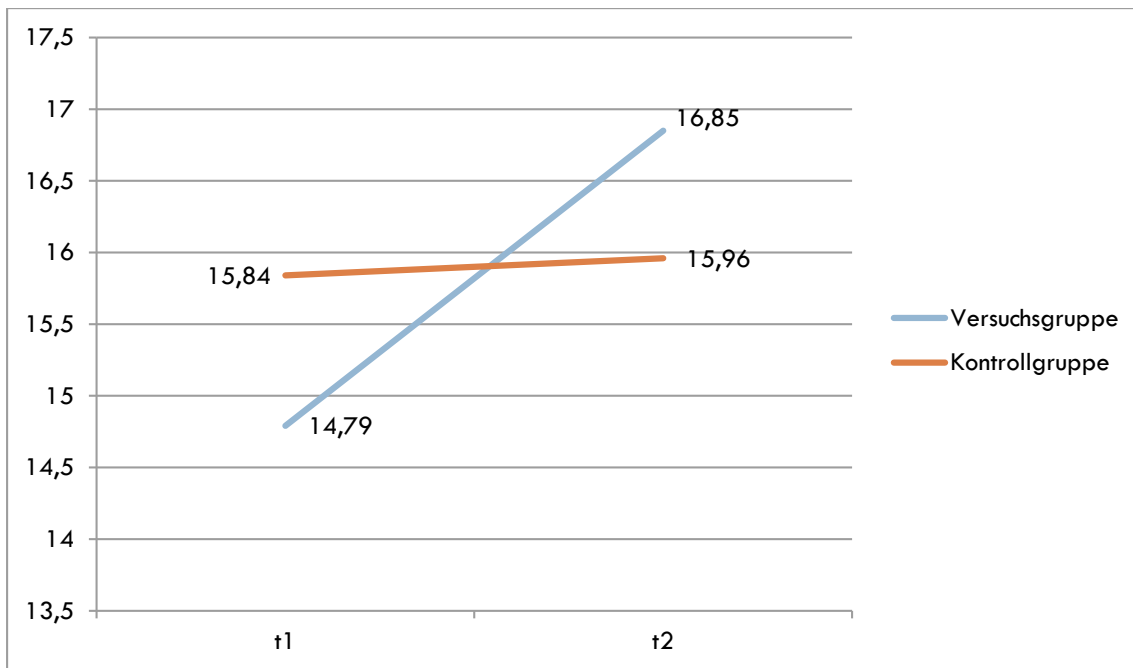


Abbildung 14: ROPELOC Subskala „Leadership Ability“ Vergleich VG1 und KG1 zu t₁ und t₂

Fragestellung 5 bezieht auch den katamnestischen Erhebungszeitpunkt t₃ 4 Monate nach Ende des Selbstsicherheitstrainings mit ein und untersucht die Stabilität bisher gefundener Effekte. Eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (unter Einbezug der Summenscores der Subskalen des ROPELOC zu den drei Testzeitpunkten, und der Versuchs- und Kontrollgruppe) zeigt schwach signifikante Wechselwirkungen mit $F_{(28, 130)} = 1.54$, $p = .054$, $d = .22$ und $\eta^2 = .25$. Die Effektstärken sind als klein zu bezeichnen. Mit Hilfe einer explorativen Datenanalyse wird sichtbar, dass die Verbesserungen innerhalb der VG1 stabil bleiben beziehungsweise sich sogar über die Zeit hinweg nochmals verbessern, während in der KG1 diese Werte nur minimal ansteigen beziehungsweise sich zum dritten Zeitpunkt im Gegensatz zur Versuchsgruppe verschlechtern. Tabelle 27 stellt die statistischen Kennzahlen der univariaten Varianzanalysen dar und zeigt, dass die Effekte innerhalb der VG1 stabil sind beziehungsweise auch die Effektstärken größer als die der KG1 sind. Die interne Kontrollüberzeugung verbesserte sich signifikant durch das Selbstsicherheitstraining (Skala „internal locus of control“), während sich die externe Kontrollüberzeugung signifikant verringerte („external locus of control“). In der KG1 finden sich keine Effekte in diesen beiden Subskalen.

Tabelle 27: Statistische Kennzahlen der katamnестischen Überprüfung (VG1 und KG1)

ROPELOC										
Subskala*	Gruppe	Mt_1	SDt_1	Mt_2	SDt_2	Mt_3	SDt_3	F	p	η^2
AI	KG1	18.16	2.53	18.05	3.56	18.21	2.66	.056	.946	.001
	VG1	18.60	3.13	19.36	3.60	19.95	3.66	8.88	<.001	.072
CT	KG1	19.14	3.41	18.88	4.45	19.67	3.07	1.00	.371	.023
	VG1	19.76	3.95	20.07	4.32	20.22	4.34	1.14	.321	.010
LA	KG1	16.49	4.40	15.94	4.55	16.79	3.93	1.29	.279	.030
	VG1	14.84	5.15	16.94	4.94	17.15	4.60	24.52	<.001	.176
OT	KG1	18.26	2.40	18.40	3.97	18.35	3.44	.030	.971	.001
	VG1	19.33	3.24	19.84	3.36	20.28	3.33	5.26	.006	.044
QS	KG1	18.23	3.02	19.00	10.20	18.02	3.56	.320	.727	.008
	VG1	18.55	3.64	18.81	4.23	18.73	4.00	.234	.792	.002
SC	KG1	16.20	2.87	16.71	3.68	17.60	3.36	4.14	.019	.090
	VG1	15.88	3.69	17.62	4.03	18.41	3.94	26.32	<.001	.186
SF	KG1	15.70	3.50	16.23	3.84	16.97	3.60	2.56	0.83	.057
	VG1	15.46	3.95	16.96	4.01	17.55	4.11	20.92	<.001	.154
SE	KG1	18.35	2.81	17.69	4.01	18.24	3.58	.993	.375	.023
	VG1	17.91	3.34	18.90	3.53	19.37	3.91	11.59	<.001	.092
SM	KG1	14.38	3.66	15.31	3.97	15.91	4.24	3.29	.042	.073
	VG1	13.64	4.22	15.27	4.51	15.99	4.37	17.98	<.001	.135
TE	KG1	14.13	3.64	15.05	4.10	16.28	3.70	5.48	.006	.116
	VG1	14.50	3.86	15.54	4.61	15.00	4.49	3.85	.023	.032
CH	KG1	15.75	3.17	16.68	3.95	17.02	3.76	2.19	.117	.050
	VG1	16.13	4.15	17.58	3.80	17.65	4.26	11.84	<.001	.093
OE	KG1	15.44	3.48	16.96	4.19	17.51	3.58	6.50	.002	.134
	VG1	15.80	4.10	17.36	4.09	18.10	4.02	25.41	<.001	.181
IL	KG1	18.09	3.01	17.56	3.89	18.30	3.82	.740	.480	.017
	VG1	18.93	3.51	19.55	3.45	20.15	3.53	6.60	.002	.054
EL	KG1	13.19	3.68	13.37	4.49	12.37	3.71	1.11	.332	.026
	VG1	11.65	3.51	11.19	3.99	10.53	4.04	4.81	.009	.040

*: Active Involvement (AI), Cooperative Teamwork (CT), Leadership Ability (LA), Open Thinking (OT), Quality Seeking (QS), Self Confidence (SC), Self Efficacy (SF), Social Effectiveness (SE), Stress Management (SM), Time Efficiency (TE), Coping with change (CH), Overall Effectiveness (OE), Internal locus of control (IL), External locus of control (EL)

9 DISKUSSION DER STUDIE I

Im Vordergrund der vorliegenden Studie I stand die Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur Förderung der Resilienz sowie Prävention sozialer Ängste. Nach der Entwicklung des Trainingsmanuals wurde das Selbstsicherheitstraining an den Kooperationsschulen durchgeführt. Die Durchführung fand im Wintersemester 2008/2009 (erstes Semester statt). Im ersten Semester bestand die ursprüngliche Stichprobe aus insgesamt 379 Teilnehmern, diese reduzierte sich aufgrund schulischer Fluktuation, Krankenstände oder inkonsistente Angaben bei den Daten auf 330 Personen. Für den dritten Erhebungszeitpunkt im Juni 2009 (Ende zweites Semester) standen für die Kontrollgruppe nur mehr 50 Personen, die keinerlei Intervention während des Untersuchungszeitraums erhielten, als Kontrollgruppe zur Verfügung, sowie 137 Personen in der Versuchsgruppe. Diese aufgrund der besonderen organisatorischen Umstände (Durchführung innerhalb eines drittmittelgeförderten Projekts) bedingte Reduktion der Stichprobe konnte leider nicht verhindert werden.

Es fand eine quasi-experimentelle klassenweise Zuordnung in Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung statt. Es ergaben sich in vier Subskalen Unterschiede zwischen den Klassen in zwei Subskalen der FSKN „Wertschätzung durch andere“ und „Gefühle und Beziehungen zu anderen“, sowie in zwei Subskalen des ROPELOC „Self Efficacy“ und „External Locus of Control“. Es zeigt sich, dass „Klasse 2“ (die Klassennamen werden aus Gründen der Verschwiegenheit anonymisiert dargestellt) in den beiden genannten Subskalen der FSKN die geringsten Werte aufweist, „Klasse 7“ in „Self Efficacy“ und Klasse 1 in „External Locus of Control“. Klasse 2 und 7 befinden sich in der Wartelisten-Kontrollbedingung. Die Ergebnisse in den betreffenden Subskalen sind daher unter diesem Aspekt mit Vorsicht zu betrachten. In sämtlichen Angstskalen ergaben sich jedoch keine klassenweisen Unterschiede.

Zum ersten und zweiten Zeitpunkt setzte sich die Stichprobe aus 22% männlichen Personen zusammen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die teilnehmenden Kooperationsschulen vor allem von weiblichen Teilnehmern besucht werden. Das Alter der Teilnehmer reichte von 13 bis 19 Jahre. Das durchschnittliche Alter der Versuchsgruppe beträgt 14.84 Jahre ($SD = 1.21$), das der Kontrollgruppe 14.53 Jahre ($SD = .98$), der Median beider Gruppen ist mit 14 Jahren gleich. Es gelang, das gesamte Jugend- und frühe Erwachsenenalter mit 14 bis 19 Jahre abzudecken.

Abbildung 15 stellt die Korrelationen von sozialen Ängsten (erfasst mit dem Summenscore der LSAS) und den mit den vorliegenden Verfahren erfassten Konstrukten,

die in Zusammenhang mit Resilienz stehen, dar (protektive Faktoren im Sinne der Resilienz in grün, Risikofaktoren in rot). Bei Betrachtung der Korrelationen ist es auffällig, dass sämtliche Subskalen der FSKN negativ mit den beiden Sozialphobie-Inventaren korrelieren. Dieses Ergebnis kann in Übereinstimmung zu bisherigen theoretischen Überlegungen zum Konstrukt der Resilienz gesehen werden (Davydov et al., 2010; Stewart & Yuen, 2011), dass soziale Kompetenzen sozialen Ängsten entgegen wirken.

Weiters ergaben sich differenzierte Ergebnisse hinsichtlich der Subskalen der „Skalen zum Erleben von Emotionen“. Einen negativ ausgeprägten Zusammenhang findet man mit den Subskalen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ sowie „Erleben von Selbstkontrolle“. Emotionsregulation sowie die Akzeptanz der eigenen Emotionen scheinen einen positiven Einfluss auf die Reduktion sozialer Ängste zu haben. Positiv korrelieren hingegen die Subskalen „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“ sowie die „Körperbezogene und imaginative Symbolisierung von Emotionen“. Der Eindruck, von eigenen Emotionen überflutet zu werden, nur wenig positive Emotionen zu erleben, sowie eine körperliche und imaginative Repräsentation als negativ empfundener Gefühle zu erleben scheint hingegen positiv mit sozialen Ängsten zusammenzuhängen. Im Sinne der Förderung von Resilienz und Prävention sozialer Ängste soll daher vor allem eine Stärkung der Bereiche „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ sowie „Erleben von Selbstkontrolle“ erreicht werden.

Hinsichtlich des Verfahrens „Review of personal effectiveness in life with locus of control“ (ROPELOC) finden sich negative Korrelationen mit sozialen Ängsten vor allem in den Subskalen „Active Involvement“ (sich aktiv in einem Bereich engagieren), „Cooperative Teamwork“ (Teamfähigkeit), „Leadership ability“ (Führungsqualitäten), „Open Thinking“ (neue Problemlösestrategien finden), „Self confidence“ (Selbstvertrauen), „Self efficacy“ (Selbstwirksamkeit), „Social effectiveness“ (soziale Selbstwirksamkeit), „Stress Management“, „Time Efficiency“ (produktiver und befriedigender Umgang mit der Zeit, die einem zur Verfügung steht), „Coping with Change“ (Umgang mit Veränderungen), „Overall effectiveness“ (allgemein empfundene Selbstwirksamkeit im eigenen Leben) sowie (nicht signifikant) „Internal locus of control“ (siehe Abbildung 15). Positiv, allerdings nicht signifikant, korreliert die Subskala „Quality Seeking“ mit sozialen Ängsten. Da die Skala einen Leistungsaspekt erfasst (bestmögliche Leistungen erbringen) könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass ein Streben nach allzu guter Leistung im Sinne eines Perfektionismus negativ für Resilienz sein kann.

Protektive Faktoren Risikofaktoren	
Allgemeine Leistungsfähigkeit	-.367**
Allgemeine Problembewältigung	-.335**
Verhaltens-/Entscheidungssicherheit	-.311**
Allgemeiner Selbstwert	-.382**
Empfindlichkeit und Gestimmtheit	-.364**
Standfestigkeit gegenüber Gruppen	-.510**
Kontakt- und Umgangsfähigkeit	-.343**
Wertschätzung durch andere	-.246**
Irritierbarkeit durch andere	-.377**
Beziehungen zu Anderen	-.343**
Akzeptanz eigener Emotionen	-.311**
Erleben von Emotionsüberflutung	+.268**
Erleben von Emotionsmangel	+.260**
Körperbezogene Emotionen	+.067
Imaginative Emotionen	+.047
Erleben von Emotionsregulation	-.203**
Erleben von Selbstkontrolle	-.241**
Active Involvement (AI)	-.237**
Cooperative Teamwork (CT)	-.247**
Leadership Ability (LA)	-.275**
Open Thinking (OT)	-.195**
Quality Seeking (QS)	+.045
Self Confidence (SC)	-.212**
Self Efficacy (SF)	-.409**
Social Effectiveness (SE)	-.245**
Stress Management (SM)	-.367**
Time Efficiency (TE)	-.199**
Coping with change (CH)	-.397**
Overall Effectiveness (OE)	-.256**
Internal locus of control (IL)	-.043
External locus of control (EL)	+.127*

Abbildung 15: Resilienz – Darstellung der Korrelationen mit sozialen Ängsten (LSAS Summenscore)

Nicht signifikant, aber dennoch bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Skala „Externale Kontrollüberzeugung“ als einzige Subskala positiv mit sozialen Ängsten korreliert ($r = .155$), und die Subskala „Internale Kontrollüberzeugung“ negativ mit $r = -.031$. Diese Befunde decken sich mit bisherigen Studienergebnissen zu Resilienz. Eine Förderung der Resilienz mit Selbstwirksamkeit und der internalen Kontrollüberzeugung wirkt präventiv der Entstehung von psychischen Krankheiten entgegen (Davydov et al., 2010; Stewart & Yuen, 2011). In der vorliegenden Studie sollte daher mit der Förderung der Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation sowie die interne Kontrollüberzeugung) eine Prävention von Sozialphobie erreicht werden.

9.1 Bearbeitung sozialer Ängste

Bei Betrachtung der Gesamtstichprobe hinsichtlich sozialer Ängste ist die relativ hohe Prävalenz auffällig: 26% (nach SPIN) beziehungsweise 21% (nach LSAS). Kritisch anzumerken ist, dass es sich um Selbstbeurteilungsverfahren und keine ausführliche klinisch-psychologische Diagnose handelt. Bedenkt man allerdings, dass Mancini und Kollegen (2005) von 1% bis 13% bei Kindern und Jugendlichen berichten, stellen die hier gefundenen Werte einen unerwartet hohen Anteil dar. Derzeit sind in Österreich keine repräsentativen Studien bezüglich der Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügbar. Die Ergebnisse sprechen jedenfalls dafür, diese im Rahmen einer breit angelegten repräsentativen Studie (wie es in anderen Ländern bereits der Fall ist) zu verifizieren.

Essau und Kollegen (1998) sprechen in ihrer deutschen Stichprobe von Jugendlichen von 47.2% Prävalenz hinsichtlich subklinisch und klinisch relevanter Ängste. Würde beim SPIN ein Cutoff-Wert von 19 verwendet, um wie von Ranta und Kollegen (2007) vorgeschlagen, nicht nur Sozialphobie zu erfassen, sondern auch subklinisch relevante soziale Ängste, so ergäbe dies ebenfalls eine Prozentrate von 44%. Damit entspräche das Ergebnis auch den Ergebnissen von Essau und Kollegen (1998).

Für einen Erfolg des Selbstsicherheitstrainings spricht die Halbierung der Prozentrate an Sozialphobie (anhand der SPIN-Cutoff-Kriterien) von 30% auf 14.4% in der Versuchsgruppe. In der Wartelisten-Kontrollbedingung (nachfolgend Kontrollgruppe genannt) stieg dieser Wert nach SPIN sogar minimal von 23.4% auf 26% an. Dieses Ergebnis mit einer deutlichen Verringerung der Prozentrate innerhalb der Versuchsgruppe lässt auf die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich einer Bearbeitung sozialer Ängste schließen. Die Versuchsgruppe verbesserte sich mit einem hoch signifikanten Effekt von $p < .001$ und einem großen Effekt von $d = .84$. Dieses Ergebnis entspricht auch den in der Literatur gefundenen Effektstärken. So berichten Gallagher, Rabian und McCloskey (2004) von einem signifikanten Effekt von $p < .05$, Baer und Garland (2005) von einem Effekt $d = .85$ (gemessen mit der Social Phobia and Anxiety Inventory).

Gemessen mit den Subskalen der LSAS ergeben sich hoch signifikante Verbesserungen in der Versuchsgruppe in den Bereichen „Angst vor sozialen Situationen“, „Vermeidung von sozialen Situationen“, „Vermeidung von und Angst vor Interaktionssituationen“ sowie „Vermeidung von und Angst vor Leistungssituationen“, mit jeweils großen Effektstärken. Bereiche wie „Auftreten und Sprechen vor Publikum“, „Sprechen mit unbekannten

Personen“ oder „mit Autoritätspersonen sprechen“ werden von den Versuchspersonen nicht nur weniger gefürchtet, sondern auch weniger häufig vermieden. Nach Müller (2002) werden vor allem Leistungssituationen wie Redesituationen vor Publikum oder soziale Interaktionssituationen von Jugendlichen als angstausslösend beschrieben. Dass diese nun als weniger angstausslösend empfunden werden, kann als Erfolg des offline Selbstsicherheitstrainings gewertet werden.

Bei gemeinsamer varianzanalytischer Betrachtung (SPIN-Summenscore) ergeben sich ebenfalls deutliche Verbesserungen für VG1 im Vergleich zu KG1. Es konnte sich die Versuchsgruppe im Vergleich zu KG1 höchst signifikant verbessern ($p < .001$) mit einem mittelstarken Effekt $d = .54$. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie (gemessen mit LSAS) in der Versuchsgruppe von 24% auf 14.1%, in der Kontrollgruppe fiel diese Verringerung eher minimal aus, von 17.5% auf 17.1%. Obwohl die Versuchsgruppe zu t_1 eine schlechtere Ausgangslage mit einem höheren Summenscore bei der LSAS aufwies als die Kontrollgruppe, fielen die Verbesserungen für die Versuchsgruppe signifikant stärker aus. Diese Verringerung an sozialen Ängsten durch evidenzbasierte, auf lerntheoretisch-kognitiven Modellen fundierte Trainingsprogramme, findet auch in der Literatur ihre Entsprechung (Berghändler et al., 2007; Fehm & Wittchen, 2004; Stangier et al., 2006). Zalta (2011) weist darauf hin, dass eine Reduktion von Angstsymptomen vor allem mit kognitiv-lerntheoretischen Verfahren gelingt.

Die Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung sprechen ebenfalls eine deutliche Sprache. Während innerhalb der Kontrollgruppe die Werte (gemessen sowohl mit Hilfe der SPIN als auch mit Hilfe der LSAS) von zweiten auf dritten Testzeitpunkt stabil bleiben beziehungsweise sogar minimal ansteigen, kann sich die Versuchsgruppe noch etwas verbessern. Für die Versuchsgruppe ergeben sich von t_1 auf t_3 hoch signifikante ($p < .001$) und mittelstarke Effekte mit $d = .57$ (SPIN Summenscore) beziehungsweise einem kleinen Effekt $d = .33$ (LSAS Summenscore), während in der Kontrollbedingung keinerlei signifikante Effekte feststellbar waren. Diese Effektstärken sind kleiner als die in bisherigen Studien berichteten follow-up Ergebnisse für Erwachsene, wie beispielsweise Feske und Chambless (1995) mit $d = .94$ ($N = 6$) oder Chambless und Hope (1996) mit $d = 1.05$ ($N = 12$). Jedoch fand die Intervention in der vorhandenen Stichprobe mit gemischten Gruppen von sozial ängstlichen mit selbstsicheren Jugendlichen statt, und die Stichprobengröße mit $N = 185$ ist wesentlich größer, was auch einen Einfluss auf geringere Effektgrößen hat.

Tabelle 28 stellt daher Prozentraten an Sozialphobie, gemessen mit Hilfe der SPIN, zu den drei Erhebungszeitpunkten dar. Während sich innerhalb der Kontrollgruppe die Werte

nicht zu verändern scheinen, sinkt die Rate an Sozialphobie innerhalb der Versuchsgruppe auch nach 4 Monaten. Es kann der Schluss gezogen werden, dass die Effekte des Selbstsicherheitstrainings auch nach vier Monaten noch stabil vorhanden sind, was für eine Langzeitwirkung des Selbstsicherheitstrainings spricht. Tabelle 28 zeigt die Prozentraten nach SPIN zu den drei Testzeitpunkten (anhand der Teilstichprobe der katamnestischen Erhebung).

Tabelle 28: Darstellung der Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN zu den drei Testzeitpunkten

	t ₁		t ₂		t ₃	
	VG1	KG1	VG1	KG1	VG1	KG1
Sozialphobie	30.7%	24%	13.9%	20%	13.1%	24%
Unauffällig	69.3%	76%	86.1%	80%	86.9%	76%

Evidenzbasierte Bestandteile des Trainings (wie kognitive Restrukturierung, Einsatz von Entspannungsverfahren, Exposition) erwiesen sich bereits in bisherigen Studien als höchst effektiv hinsichtlich einer Bearbeitung sozialer Ängste (Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Rodebaugh et al., 2004). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Anwendung dieser Wirkmechanismen nicht nur bei Sozialphobikern, sondern auch in einer gemischten Gruppe von sozial ängstlichen und selbstsicheren Teilnehmern wirksam sind. Diese Wirksamkeit ist selbst in der 4-Monats-follow-up Erhebung noch deutlich stabil und sichtbar.

9.2 Förderung von Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit)

In der bisherigen Literatur wurden als wesentliche Wirkmechanismen bei Trainings sozialer Kompetenzen auch die zugrunde liegende Bearbeitung von kognitiven Prozessen definiert, die allgemein auch bei Personen, die keine Risiken oder Defizite aufweisen, wirksam sind (Kazdin et al., 1987; Nangle et al., 2002; Petermann & Winkel, 2005). Resilienz als theoretisches Konstrukt wurde (analog zu Korn, 2012; und Stewart & Yuen, 2011) definiert anhand folgender Bereiche:

- Soziale Kompetenzen
- Positive Emotionsregulation

- Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung

Durch das Selbstsicherheitstraining ergaben sich in der Versuchsgruppe hinsichtlich der Subskalen der FSKN hohe bis höchst signifikante Unterschiede in allen Subskalen, mit mittleren bis großen Effektstärken. Vor allem die Bereiche „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeiner Selbstwert“ und „Eigene Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ konnten besonders gefördert werden. Die Teilnehmer des Selbstsicherheitstrainings schätzen sich nach der Intervention als leistungsfähiger ein, die Angst vor einem Versagen nahm ab (Skala der allgemeinen Leistungsfähigkeit). Sie schätzen sich als fähiger ein, Probleme und Schwierigkeiten des Alltags regeln zu können (Allgemeine Problembewältigung), und bezeichnen sich als sicherer und gefestigter in ihren Entscheidungen im Alltag (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit). Der Selbstwert, im Sinne der Zufriedenheit mit der eigenen Person, verbesserte sich höchst effektiv mit dem Selbstsicherheitstraining (Allgemeiner Selbstwert). Die Teilnehmer empfinden sich als weniger verletzbar, eher fröhlich gestimmt und weniger empfindlich (Skala der Empfindlichkeit und Gestimmtheit) und können ihre Vorstellungen, Meinungen und Standpunkte (auch gegenüber Autoritätspersonen) besser durchsetzen (Skala der Standfestigkeit gegenüber Gruppen). Die Fähigkeit und Sicherheit, mit anderen Personen im Sinne des Anknüpfens und Fortführen von Gesprächen Kontakt aufzunehmen (Kontakt- und Umgangsfähigkeit) verbesserte sich ebenso wie das Gefühl, von primären Bezugspersonen wertgeschätzt und angenommen zu werden (Skala der Wertschätzung durch andere). Der Einfluss anderer Personen auf eigene Vorstellungen, Emotionen und das Verhalten, wird als geringer eingestuft als vor dem offline Selbstsicherheitstraining (Skala der Irritierbarkeit durch andere), und sie nehmen die Gefühle zu und Beziehungen mit anderen Personen als positiver wahr (Skala der Gefühle und Beziehungen zu anderen).

Es ergeben sich somit Verbesserungen in allen drei Bereichen, die nach Kanning (2003) und Nangle und Kollegen (2010) eine bedeutende Rolle für soziale Kompetenzen spielen: im perzeptiv-kognitiven Bereich (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit im Sinne der Kontrollüberzeugung und Entscheidungsfreudigkeit), im motivational-emotionalen Bereich (Verbesserung der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit im Sinne der Emotionsregulation) sowie im verhaltensbezogenen Bereich (Stärkung der Durchsetzungsfähigkeit und Standfestigkeit gegenüber Gruppen). Nach Deusinger (1986) ist ein „Therapieerfolg“ bereits dann feststellbar, wenn in einer Subskala eine signifikante Veränderung eintritt. Es kann daher, da in allen Subskalen Veränderungen eingetreten sind, die Vermittlung sozialer Kompetenzen in der Versuchsgruppe als besonders

erfolgreich bezeichnet werden. Werden diese Effekte innerhalb der Versuchsgruppe hinsichtlich des Geschlechts näher betrachtet, so ergibt sich, dass die weiblichen Teilnehmer in der Skala „Emotionale Gestimmtheit“ stärker als die männlichen Teilnehmer vom Selbstsicherheitstraining profitieren konnten. Die Werte der weiblichen Teilnehmer nähern sich durch das Selbstsicherheitstraining denen der männlichen an. In den übrigen Skalen fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, es konnten offenbar sowohl die männlichen als auch weiblichen Schüler gleichwertig vom Selbstsicherheitstraining profitieren.

Wird auch das Alter zusätzlich betrachtet, so scheint es, als ob die ältere Gruppe besser vom offline Selbstsicherheitstraining profitieren konnte, da diese sich in vier Subskalen („Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“ sowie „Emotionale Gestimmtheit“) signifikant stärker verbesserte als die jüngere Altersgruppe.

Wird die Kontrollgruppe näher betrachtet, so ergeben sich auch hier Veränderungen über die Zeit hinweg, allerdings mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Werden Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich gemeinsamer Wechselwirkungen betrachtet, so ergeben sich deutliche, teils hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten. Die Versuchsgruppe erzielte (im Vergleich zur Kontrollgruppe) vor allem in den Bereichen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, sowie „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ signifikant bessere Werte. Es finden sich keine signifikanten Verbesserungen in der Kontrollgruppe in diesen Skalen im Vergleich zur Versuchsgruppe. Während sich die Versuchsgruppe zum zweiten Zeitpunkt in allen Subskalen stärker als die Kontrollgruppe verbesserte, kann innerhalb der Kontrollgruppe sogar eine Verschlechterung in der Skala „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ festgestellt werden. Aus diesen Ergebnissen kann hinsichtlich sozialer Kompetenzen zusammenfassend der Schluss gezogen werden, dass das Selbstsicherheitstraining vor allem in den Bereichen „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ höchst erfolgreich war, da sich diese Bereiche innerhalb der Kontrollgruppe nicht verbesserten, in der Versuchsgruppe jedoch mit großen Effektstärken (Cohen's $d = .33$ bis $.97$).

Mit großen Effektstärken waren auch die Verbesserungen innerhalb der Versuchsgruppe in den Bereichen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“ ($d = .81$), „Allgemeiner Selbstwert“ ($d = .94$) und „Eigene Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ ($d = .97$) versehen. Ähnliche

Ergebnisse finden sich auch in der Literatur, beispielsweise im GSK nach Hinsch und Pfingsten (2007) oder nach Alsleben und Hand (2006). Die Fähigkeit, Probleme zu lösen, hat sich innerhalb der Versuchsgruppe stark verbessert, dies stellt ebenfalls einen wichtigen Bereich sozialer Kompetenzen dar (Herbert, 1999). Das Selbstsicherheitstraining kann somit als gelungene Maßnahme zur Förderung der Resilienz mit Hilfe sozialer Kompetenzen bezeichnet werden.

Die Emotionsregulation und die (internale) Kontrollüberzeugung stellen wichtige Bereiche der Resilienz dar (Davydov et al., 2010; Kanning, 2003; Nangle et al., 2010; Stewart & Yuen, 2011). Diese wurden in der vorliegenden Untersuchung mit Hilfe der „Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker, 2004) sowie der „Review of personal effectiveness in life with locus of control“ (Richards et al., 2002) erfasst. Werden die Veränderungen innerhalb der Versuchsgruppe betrachtet, so ergeben sich hinsichtlich Emotionsregulation hohe bis höchst signifikante Veränderungen durch das Selbstsicherheitstraining in den Bereichen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“ sowie „Erleben von Emotionsregulation“. Nach dem Selbstsicherheitstraining können die Teilnehmer ihre Empfindungen besser annehmen, so wie sie sind und zu ihren Gefühlen stehen (Akzeptanz eigener Emotionen). Sie fühlen sich weniger von ihren Gefühlen überschwemmt beziehungsweise ärgern sich nicht über ihre Empfindungen (Erleben von Emotionsüberflutung), können die eigenen Gefühle und Körpersignale besser wahrnehmen (Erleben von Emotionsmangel) und können sich besser kontrollieren und sehen sich selbst als selbstbeherrscher als vor dem Training (Erleben von Emotionsregulation). Nach Stewart und Yuen (2011) sind damit wichtige Bereiche von Resilienz gestärkt worden.

Keine Unterschiede ergaben sich hinsichtlich des Alters der Teilnehmer. Es konnten sowohl jüngere als auch ältere Schüler gleichwertig vom Selbstsicherheitstraining profitieren. Die gefundenen signifikanten Verbesserungen innerhalb der Versuchsgruppe sind umso mehr von Bedeutung, als die Kontrollgruppe keine Veränderungen über die Zeit aufweist. Werden Versuchsgruppe und Kontrollgruppe gemeinsam hinsichtlich der Wechselwirkungen über beide Zeitpunkte hinweg betrachtet, so ergibt sich eine signifikante Veränderung in der Skala „Akzeptanz eigener Emotionen“. Während sich die Versuchsgruppe signifikant verbessern konnte, verschlechterte sich die Kontrollgruppe. Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining können nach dem Training besser zu ihren eigenen Gefühlen stehen, ihre Empfindungen so annehmen wie sie sind, und schämen sich nicht für ihre Gefühle.

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeit (gemessen mit dem ROPELOC) ergeben sich ebenfalls hohe bis höchst signifikante Effekte durch das Selbstsicherheitstraining. Die Teilnehmer geben an, sich aktiver in ihrem Leben in gewissen Bereichen zu engagieren („Active Involvement“), verfügen über bessere Führungsqualitäten („leadership ability“), geben an, kreativere Problembewältigungsstrategien zu nutzen („Open Thinking“), verfügen über ein stärkeres Selbstvertrauen („self confidence“), eine höhere Selbstwirksamkeit und – effizienz („self efficacy“ und „self effectiveness“). Sie können besser mit Stress in ihrem Leben umgehen und Aktivitäten besser planen („Stress management“ und „Time management“), besitzen mehr Vertrauen in sich selbst, flexibel mit Veränderungen umgehen zu können („Coping with change“), und sehen sich selbst mehr in der Lage, effektiv mit ihrem Leben und den Herausforderungen umgehen zu können („overall effectiveness“). Auch die internale Kontrollüberzeugung hat sich verbessert. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich im Bereich der externalen Kontrollüberzeugung – es lässt sich ein Trend in die gewünschte Richtung feststellen (weniger externalen Kontrollzuschreibung). Dieses Ergebnis ist allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da es in dieser Subskala zu t_1 Unterschiede zwischen den Klassen gab. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich auch in den Bereichen „Cooperative Teamwork“ und „Quality seeking“. Es ergeben sich keine alters- oder geschlechtsrelevanten Wechselwirkungen, es konnten beide Geschlechter und Altersgruppen gleichwertig hinsichtlich Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit vom Selbstsicherheitstraining profitieren.

Wird auch der dritte Testzeitpunkt betrachtet, so ergibt sich, dass die Verbesserungen stabil auch zum dritten Testzeitpunkt vorhanden sind. Die Effektgrößen innerhalb der Versuchsgruppe sind jedoch um ein vielfaches größer als die der Kontrollgruppe. Vor allem die Bereiche „Active Involvement“, „Leadership Ability“, Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein und Umgang mit Stress konnten sich höchst signifikant und stabil über die Zeit hinweg verbessern. Die externalen Kontrollüberzeugung verringerte sich. Die Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining geben an, dass sie nun davon überzeugt sind, Ereignisse in ihrem Leben besser kontrollieren zu können, sowie dass sie in der Lage sind, bestimmte Ereignisse herbeizuführen (Selbstwirksamkeit).

Insgesamt wird deutlich sichtbar, dass die Förderung der Faktoren, die mit Resilienz in Zusammenhang stehen (Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation, internale Kontrollüberzeugung, soziale Kompetenzen) durch das Selbstsicherheitstraining als solide und gelungen bezeichnet werden kann. Nach Acarturk (2009) bilden die Emotionsregulation und die Selbstwirksamkeit wichtige Bereiche der Prävention von

sozialen Ängsten. Auch andere Autoren betonen die Notwendigkeit einer Förderung von Resilienz zur Vermeidung psychischer Krankheiten (Davydov et al., 2010; Stewart & Yuen, 2011). Somit kann das Selbstsicherheitstraining aufgrund der vorliegenden Ergebnisse als höchst wirksame Maßnahme zur Prävention sozialer Ängste sowie Förderung der Resilienz bezeichnet werden.

9.3 Zusammenfassung

Das vorliegende Selbstsicherheitstraining erwies sich als höchst effektiv in der Bearbeitung sozialer Ängste. Es konnte die Prozenzrate an Sozialphobie in der Versuchsgruppe halbiert werden, während in der Kontrollgruppe keinerlei Effekte auftraten. Weiters konnten mit Resilienz in Zusammenhang stehende Faktoren wie soziale Kompetenzen, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit höchst effektiv gefördert werden, und waren auch nach vier Monaten noch stabil sichtbar. Das Alter innerhalb der Stichprobe ist zwar als relativ jung anzusehen, da sehr viele 14-jährige Personen teilnahmen. Es konnten jedoch bis auf den Bereich der sozialen Kompetenzen nur wenige altersrelevante Unterschiede gefunden werden.

Insgesamt wird deutlich sichtbar, dass die Förderung von Faktoren, die in der vorliegenden Arbeit als in Zusammenhang mit Resilienz stehend operationalisiert wurden (Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation, interne Kontrollüberzeugung, soziale Kompetenzen), als gelungen zu betrachten ist. Es kann das vorliegende Selbstsicherheitstraining hinsichtlich der Prävention und Bearbeitung von sozialen Ängsten ab einem Alter von 14 Jahren als erfolgreich bezeichnet werden, und es diene daher als Grundlage für Studie II.

STUDIE II: ONLINE

SELBSTSICHERHEITSTRAINING

10 ENTWICKLUNG DES ONLINE SELBSTSICHERHEITSTRAININGS

Nach erfolgter Evaluation (Studie I) wurde das Selbstsicherheitstraining mit Hilfe eines Manuals gemeinsam mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in eine online Version adaptiert und von einem Programmierer erstellt. Die Entwicklung des Onlinetrainings sowie Überprüfung auf Fehlerquellen nahm über ein Jahr in Anspruch, mit der Pilotstudie konnte daher erst im Sommersemester 2011 begonnen werden.

Das zugrunde liegende Manual lehnt sich in Grundzügen an bereits bestehende Gruppenprogramme (Hinsch & Pfingsten, 2007; Joormann & Unnewehr, 2002) und Einzelbehandlungsmanuale (Fehm & Wittchen, 2004; Stangier et al., 2003) an, und wurde im Rahmen der Studie I entwickelt. Die Inhalte des online Selbstsicherheitstrainings sind somit deckungsgleich mit der offline Version. Beide bestehen aus 14 Einheiten, jede Einheit folgt einer ähnlichen Struktur: Sie beginnt mit einer Wiederholung der Inhalte der vorherigen Einheit, einer Besprechung des jeweiligen Themas in der Gruppe, und schließt mit einer Entspannungsübung ab (für eine Beschreibung der Inhalte der Einheiten siehe Kapitel 6). Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über die Besonderheiten des online Selbstsicherheitstrainings.

Das Selbstsicherheitstraining in der online Version ist über einen spezifischen Link erreichbar. Über diesen Link gelangen Teilnehmer zu einem Eingabefeld, in dem sie sich mit einem selbstgewählten Benutzernamen und einem Passwort einloggen können. Die Startseite des Selbstsicherheitstrainings bietet einen Überblick über die bereits absolvierten Einheiten im linken Bereich. In der Mitte des Fensters erscheinen die (text- und comicbasierten) Inhalte der jeweiligen Einheiten, der Fortschritt der Einheit wird unmittelbar über dem Textfeld angezeigt. In einem persönlichen Arbeitsbereich besteht die Möglichkeit, bereits absolvierte Arbeits- und Informationsblätter nochmals abzurufen. Jeder User hat die Möglichkeit, bereits absolvierte Einheiten wieder aufzurufen, es ist jedoch nicht möglich, auf zukünftige, noch nicht absolvierte, Einheiten zuzugreifen. Abbildung 16 zeigt die Startseite des online Selbstsicherheitstrainings (Lehenbauer et al., 2013).

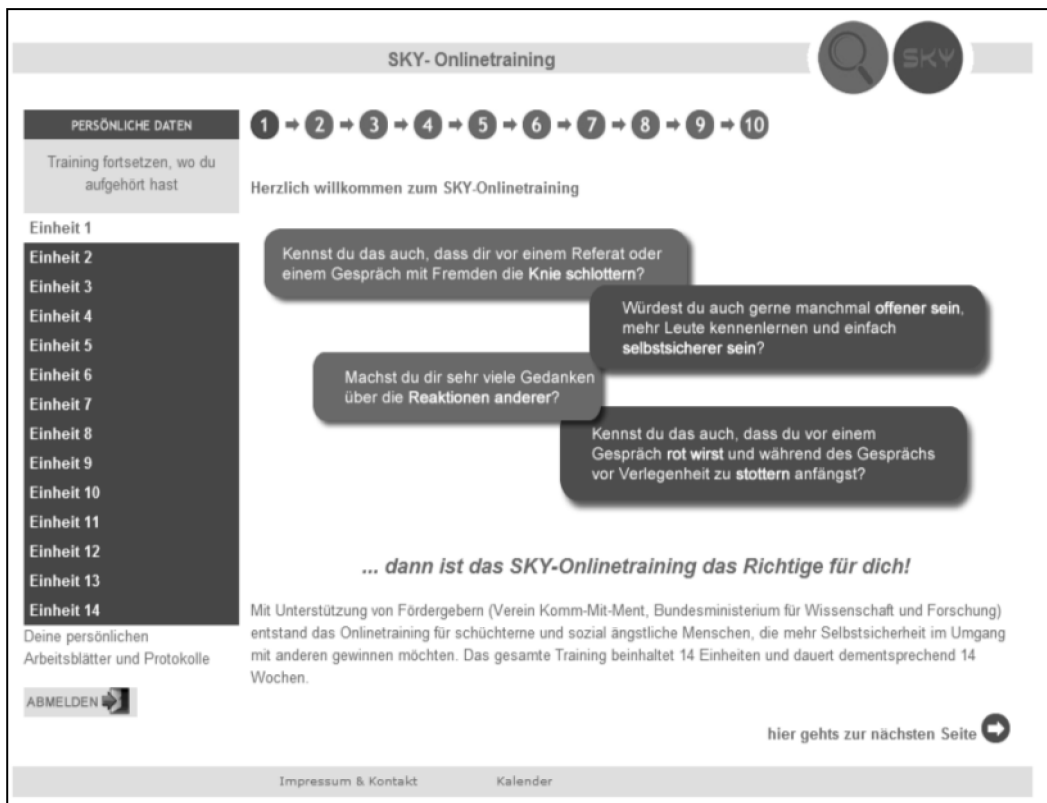


Abbildung 16: Startseite des online Selbstsicherheitstrainings

Einheit 1 widmet sich analog dem Selbstsicherheitstraining in der offline Version einer Vorstellung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings. Es werden die Begriffe wie „Schüchternheit“, „Soziale Angst“, und „Selbstsicherheit“ allgemein dargestellt. User erhalten die Möglichkeit, ihren eigenen Avatar (aus insgesamt 6, 3 weibliche sowie 3 männliche Personen) beziehungsweise Begleiter durch das Online-Training auszuwählen (Gaggioli et al., 2003). Jeder Begleiter hat eine persönliche Geschichte, und gibt individuelles Feedback im späteren Verlauf des Online-Trainings. Es werden weiters die allgemeinen Geschäftsbedingungen vorgestellt, sowie der Hinweis für die Teilnehmer, dass sämtliche Personendaten anonym und ausschließlich für die SKY-Mitarbeiter, allesamt Psychologen, die einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen, gespeichert werden. Es werden auch Informationen über die Erstellung des Trainings sowie der beteiligten Psychologen gegeben, um beim User die Gewissheit zu fördern, dass es sich um ein wissenschaftliches Programm handelt und auf diese Weise das Vertrauen und den Rapport zu stärken (Botella et al., 2004). Jeder Teilnehmer hat weiters das Recht, die Teilnahme am Selbstsicherheitstraining ohne Angabe von weiteren Gründen zu beenden,

und eine Löschung der Daten zu beantragen. Abbildung 17 stellt die Auswahl des Avatars dar.



Abbildung 17: Onlinetraining Einheit 1 – Beispiel für Auswahl des Avatars

Einheit 2 beschäftigt sich mit dem Thema „Psychoedukation“ und damit einer Einführung in soziale Ängste. Es wird eine Erklärung geboten, was Angst und Stress aus psychologischer Sicht im Sinne des 3-Komponenten-Modells der Angst (auf den Ebenen Körper, Gedanken und Verhalten) bedeuten (Fehm & Wittchen, 2004). In der online Version wurde ein „drag-and-drop“ Spiel implementiert. Am Ende der Einheit wird mit der Bauchatmung die erste Intervention auf der körperlichen Ebene vorgestellt. Es werden die Unterschiede zwischen Brust- und Bauchatmung erklärt, und den Teilnehmern Entspannungsprotokolle, sowohl download-, als auch online ausfüll- und speicherbar, zur Verfügung gestellt.

In **Einheit 3** wird der Teufelskreis der Angst thematisiert (Fehm & Wittchen, 2004). Es wird verdeutlicht, wie die drei Ebenen Körper, Verhalten und Kognition zusammen hängen, und wie unterschiedliche Ausgänge ein und derselben Situation nur aufgrund der kognitiven Bewertung physiologischer Vorgänge aussehen. Es können online Arbeitsblätter zu diesem Thema bearbeitet werden. Weiters wird den Teilnehmern ein online Selbstbeobachtungsbogen zur Verfügung gestellt. Mit diesem sollen spezifische Situationen im Alltag ausfindig gemacht werden, die erhöhte körperliche Reaktionen auslösen, und auf den Ebenen „Körper“, „Gedanken“ und „Verhalten“ aufgeschlüsselt notiert werden. Am Ende der Einheit wird wieder eine Entspannungsübung (Bauchatmung) vorgestellt.

Einheit 4 widmet sich dem Thema „Negative automatische Gedanken“. Mit Hilfe des Selbstbeobachtungsbogens der Einheit 3 werden diese Gedanken besprochen (beziehungsweise wird in der Onlineeinheit darauf verwiesen). In der Offlineversion des Selbstsicherheitstrainings findet ein Rollenspiel zu diesem Thema statt, in der Onlineversion wird es als Comic angeboten, die Inhalte sind jeweils deckungsgleich. Im Rollenspiel (beziehungsweise Comic) wird verdeutlicht, wie sozial ängstliche Personen auf sich selbst fokussiert sind, anstatt diese Aufmerksamkeit nach außen zu lenken (D. M. Clark & Wells, 1995). Es werden eigene Verhaltensweisen analysiert, eigene automatische negative Kognitionen als wahr angenommen und es wird wenig Aufmerksamkeit nach außen gelenkt. Wird eine Situation überstanden, wird das eigene Verhalten überkritisch betrachtet. Für Sozialphobiker bedeutet dies eine Verstärkung in ihrer Sichtweise, dass sie sozial inkompetent seien. Es soll mit dieser Einheit verdeutlicht werden, dass diese negativen Kognitionen veränderbar sind. Mit einer Hausübung sollen derartige Kognitionen bis zur nächsten Einheit bestmöglich identifiziert werden. Als Entspannungsübung findet am Ende der Einheit eine Fantasiereise statt. Abbildung 18 stellt ein Beispiel für den Comic zum Thema „Negative automatische Gedanken“ dar.



Abbildung 18: Onlinetraining Einheit 4 – Beispiel für Comic „Negative automatische Gedanken“

In **Einheit 5** werden diese negativen automatischen Gedanken nochmals unter dem Blickpunkt systematischer Verzerrungen besprochen (Beck & Emery, 1985; Beck et al., 1985). Es werden diverse systematische Denkfehler vorgestellt, und die Teilnehmer dazu

eingeladen, ihre eigenen negativen automatischen Gedanken, die bisher bei sich gefunden wurden, in Kategorien systematischer Denkfehler einzuordnen wie beispielsweise Alles-oder-Nichts-Denken, Katastrophisieren oder Gedanken-Lesen-Können. In der Offlineversion des Selbstsicherheitstrainings findet dazu ein Rollenspiel statt, in der Onlineversion soll ein Comic die Rolle negativer automatischer Gedanken verdeutlichen. Als Entspannungsübung wird am Ende der Einheit die progressive Muskelentspannung angeboten.

Einheit 6 ist angelehnt an die kognitive Umstrukturierung und soll hilfreiche Gedanken an Stelle der negativen automatischen Gedanken vermitteln (Beck & Emery, 1985). Gemeinsam mit der Gruppe werden Beispiele für negative Gedanken sowie hilfreiche Gedanken besprochen. Es wird dazu ein Arbeitsblatt zum systematischen Hinterfragen automatischer Gedanken ausgeteilt, in der Onlineversion wurde zu diesem Thema ein kleines Spiel („Gedankenpool“) geschaffen. Ein erweiterter Selbstbeobachtungsbogen soll sowohl negative als auch hilfreiche Gedanken erfassen, sowie die Teilnehmer dazu anleiten, die Auswirkung hilfreicher Gedanken (und der Entspannungsübungen) auf den Körper sowie die soziale Situation zu beobachten. Als Entspannungsübung wird das autogene Training angeboten.

In der folgenden **Einheit 7** werden die Merkmale von selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten vorgestellt, jeweils auf der körperlichen, behavioralen und kognitiven Ebene. Ziel dieser Einheit ist es einerseits, den Teilnehmern in Form von Rollenspielen die Bestandteile eines aggressiv erscheinenden Verhaltens näher zu bringen, und andererseits selbstsicheres Verhalten zu trainieren. In der online Variante des Selbstsicherheitstrainings findet diese Verdeutlichung mit Hilfe von Comics statt. Da nun die wesentlichen Entspannungsübungen vorgestellt wurden, steht es ab dieser Einheit den Teilnehmern frei, welche sie auswählen.

Ab **Einheit 8 bis einschließlich Einheit 12** werden jeweils in einer eigenen Einheit die Grundlagen sozialer Kompetenzen wie „Kontakte knüpfen“, „Forderungen stellen und durchsetzen“, „Nein-Sagen“, „Feedback geben und nehmen“ sowie „Konflikte bewältigen“ vorgestellt. In der Offlinevariante findet diese Vorstellung mit Hilfe von theoretischen Impulsreferaten und praktischen Rollenspielen statt. In der Onlinevariante werden diese theoretischen Inhalte deckungsgleich als Text vermittelt, und die Rollenspiele als Comic dargestellt. Weiters werden vereinzelt Audio-Inhalte integriert, die schüchterne und selbstsichere Varianten verschiedener Sätze darstellen. So soll den Teilnehmern vermittelt werden, dass sich selbstsicheres Verhalten auch durch Sprache, Gestik und Mimik ausdrückt. Es wird weiters darauf geachtet, dass stets ein Bezug zu den drei

Ebenen Körper, Gedanken und Verhalten sowie der Diskrimination zwischen selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten hergestellt wird. Abbildung 19 zeigt ein Beispiel für einen Comic zum Thema „Nein-Sagen“ mit drei Antwortmöglichkeiten (selbstsicher, unsicher, sowie aggressiv).



Abbildung 19: Onlinetraining – Comic zum Thema „Nein-Sagen“ in Einheit 10

Die letzten beiden **Einheiten 13 und 14** widmen sich sowohl einer Wiederholung und Vertiefung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings als auch einer Rückfallprophylaxe, angelehnt an Stangier und Kollegen (2006). Die Teilnehmer werden aufgefordert, Strategien und Ressourcen, die im Verlauf des Trainings erworben wurden, zu notieren („Meine Schatzkiste“). Weiters werden alte Verhaltensweisen ebenfalls auf einem Arbeitsblatt notiert („Mülleimer“), und dieses zusammengeknüllt und weggeworfen. Abgeschlossen wird das Selbstsicherheitstraining in der Onlinevariante mit einer Verabschiedung durch alle Avatare.

11 METHODIK

Die Überprüfung der Wirksamkeit des online Selbstsicherheitstrainings fand analog der Vorgehensweise in Studie I mit ähnlichen Verfahren statt. Da keine zufällige Einteilung in Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung möglich war, kann es analog der Studie I als „Quasi-Experiment“ gelten. Das folgende Kapitel stellt Fragestellungen und Hypothesen, die angewandten Testverfahren sowie die Besonderheiten der Rekrutierung der Stichprobe und die Datenbereinigung vor. Es war ursprünglich geplant, das online Selbstsicherheitstraining ebenfalls an einer jugendlichen Stichprobe zu evaluieren. Diese stand jedoch aufgrund organisatorischer Umstände nicht mehr zur Verfügung, weswegen eine Pilotstudie anhand einer Studentenstichprobe durchgeführt wurde. Es wurde jedoch auf ein bewusst junges Alter geachtet, da soziale Ängste vor allem im Jugend- und frühen Erwachsenenalter eine bedeutende Rolle spielen – dem entsprechend fand die Rekrutierung im Rahmen von Lehrveranstaltungen des Bachelorstudiums statt.

11.1 Auswahl und Begründung der Testverfahren

An dieser Stelle wird auch auf Kapitel 7.1 (Seite 54) verwiesen, da die Beschreibung und Begründung der Auswahl der Verfahren „SPIN – Social Phobia Inventory“, „LSAS – Liebowitz Soziale-Angst-Skala“, „FSKN – Frankfurter Selbstkonzeptskalen“, „SEE – Skalen zum Erleben von Emotionen“ und „ROPELOC – Review of Personal effectiveness in life and locus of control“ dort bereits beschrieben wurden. Zusätzlich im Einsatz waren die Verfahren „SIAS – Social Interaction Anxiety Scale“ sowie der Fragebogen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen. Hinsichtlich der Ermittlung der Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN wird für die vorliegende Studie, wie von Connor und Kollegen (2000) für erwachsene Personen empfohlen, ein Cutoff-Wert von 19 verwendet.

SIAS – Social Interaction Anxiety Scale

Die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) wurde von Mattick und Clarke (Mattick, Peters, & Clarke, 1989) entwickelt, um soziale Ängste in Interaktionssituationen zu erfassen. Der Fragebogen wurde zusätzlich zur Evaluation des online Selbstsicherheitstrainings eingesetzt, um spezifisch die Auswirkung des Trainings auf eine Angst vor sozialer Interaktion zu erfassen. Der Fragebogen wurde von Stangier und Kollegen (Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs, & Hoyer, 1999) ins Deutsche übersetzt und normiert. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala (von „überhaupt nicht“ bis

„sehr stark“) beantwortet, aus den Antworten wird ein Summenscore gebildet. Die SIAS scheint mit vor allem mit interpersonellen Problemen assoziiert zu sein und kann diese auch gut erfassen. Die interne Konsistenz kann mit $\alpha = .88$ als zufriedenstellend hoch bezeichnet werden (Rabung, Jaeger, Streeck, & Leichsenring, 2006).

MCI – Maladaptive Cognitions concerning the Internet

Der „MCI – Fragebogen zur Erfassung internetspezifischer maladaptiver Kognitionen“ wurde nach dem Modell von Davis (2001) im Rahmen einer Diplomarbeit (Lehenbauer, 2006; Lehenbauer, Stetina, & Kryspin-Exner, 2006) entwickelt. Er beinhaltet 13 Items, die auf einer fünfstufigen Skala (von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr stark zutreffend“) beantwortet werden. Die Reliabilität ist mit $\alpha = .90$ als sehr gut einzuschätzen. Nach Lehenbauer (2006, 2009) bestehen hoch signifikante Unterschiede zwischen Usern mit problematischem Internetgebrauch beziehungsweise sozial ängstlichen Personen und unauffälligen Nutzern – so neigt die erste Gruppe verstärkt zu maladaptiven Kognitionen (Lehenbauer, Stetina, & Kryspin-Exner, 2007; Lehenbauer et al., 2007). Für die vorliegende Untersuchung wurde dieses Verfahren ausgewählt, um eine Auswirkung onlinebasierter Interventionen auf internetspezifische maladaptive Kognitionen im Sinne des Modells nach Davis (2001) zu erheben.

11.2 Fragestellungen und Hypothesen

Es lassen sich für die folgende Studie 5 Hauptfragestellungen sowie daraus abgeleitet Forschungshypothesen definieren. Die Hauptfragestellungen 1 – 3 (sowie die daraus abgeleiteten Hypothesen) beziehen sich auf Veränderungen ausschließlich innerhalb der Versuchsgruppe des online Selbstsicherheitstrainings (VG2) in den Bereichen soziale Ängste (Fragestellung 1), Resilienz mit sozialen Kompetenzen (Fragestellung 2), der Emotionsregulations- sowie der Selbstwirksamkeit (Fragestellung 3). Die Hauptfragestellung 4 (inklusive Hypothesen) bezieht sich auf den Vergleich der Versuchs- und der Kontrollgruppe (KG2) des online Selbstsicherheitstrainings zu den zwei Testzeitpunkten vor (t_1) und nach (t_2) dem Selbstsicherheitstraining. Damit soll erfasst werden, ob sich die in Fragestellungen 1 – 3 gefundenen Wechselwirkungen auch im Vergleich mit einer Wartelisten-Kontrollbedingung (KG2) finden lassen. Hauptfragestellung 5 (inklusive Hypothesen) behandelt den Internetgebrauch und damit das Thema der „internetspezifischen maladaptiven Kognitionen“ und untersucht, ob das online Selbstsicherheitstraining eine Auswirkung darauf hat. Ähnlich der Vorgehensweise bei der Darstellung in Kapitel 7.2 werden die Hypothesen beispielhaft für die einzelnen

Fragestellungen dargestellt, gelten jedoch auch analog für die anderen jeweilig angeführten Verfahren.

1) Bewirkt das SKY Onlinetraining eine Verringerung sozialer Ängste?

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, kann das Modell von Clark und Wells (1995) als Goldstandard bei der Behandlung von sozialen Ängsten gelten. Diesem Modell zufolge führt eine verzerrte Wahrnehmung einer sozialen Bedrohung zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit, zu einem Sicherheitsverhalten sowie somatischen und kognitiven Angstsymptomen. Das online Selbstsicherheitstraining widmet sich daher analog dem offline Selbstsicherheitstraining einer Bearbeitung sozialer Ängste, basierend auf kognitiv-lerntheoretischen Grundlagen, indem auf maladaptive Kognitionen aufmerksam gemacht wird.

Die Evaluation des offline Selbstsicherheitstrainings ergab eine hoch signifikante Verringerung sozialer Ängste. Es stellt sich die Frage, ob das im Rahmen der vorliegenden Studie II konzipierte online Selbstsicherheitstraining ebenfalls eine Auswirkung auf soziale Ängste hat, und die Teilnehmer vor dem Training andere Werte in den betreffenden Verfahren angeben als nach dem Training. Die Fragestellungen und Hypothesen werden beispielhaft anhand des Summenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala (LSAS) definiert, gelten aber analog für den Summenscore des Sozialphobie-Inventars (SPIN), weitere Subskalen der LSAS (allgemeine Angst, allgemeine Vermeidung, Angst vor Leistungssituationen, Angst vor Interaktionssituationen, Vermeidung von Leistungssituationen, Vermeidung von Interaktionssituationen) sowie für die Soziale Interaktionsangst-Skala (SIAS).

Forschungsfragestellung 1: Gibt es einen Unterschied innerhalb der Versuchsgruppe (VG2) hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen den beiden Testzeitpunkten t_1 und t_2 ?

Nullhypothese H_0^1 : Es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Versuchsgruppe des online Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^1 : Es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Versuchsgruppe des online Selbstsicherheitstrainings hinsichtlich des Gesamtsummenscores der Liebowitz Soziale-Angst-Skala zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG2t1} \neq \mu_{VG2t2}$ $H_0: \mu_{VG2t1} = \mu_{VG2t2}$

Verwendete Verfahren: Soziale Ängste werden mit Hilfe der Social Phobia Inventory (Stangier & Steffens, 2002), der Social Anxiety Interaction Scale (Stangier et al., 1999) und der Liebowitz Soziale-Angst-Skala (Stangier & Heidenreich, 2005) erfasst.

2) Kann das SKY Onlinetraining eine Veränderung in Teilbereichen der sozialen Kompetenzen bewirken?

Personen mit einer hohen Resilienz besitzen eine gute Problemlösefähigkeit, emotional sichere Bindungen sowie ein positives Selbstwertgefühl (Maston & Reed, 2002; Petermann & Winkel, 2005). Diversen Autoren zufolge ist es daher sinnvoll und auch übereinstimmend mit dem Modell nach Clark und Wells (1995), Trainings sozialer Kompetenzen zusätzlich zu kognitiven Verfahren einzusetzen (Cartwright-Hatton et al., 2003; Cartwright-Hatton et al., 2005). Lerntheoretische Theorien zu Sozialphobie basieren vor allem auf einem Defizit sozialer Kompetenzen (siehe Kapitel 3.3), daher wurden zur Behandlung von Sozialphobie diverse Trainings sozialer Kompetenzen (siehe Kapitel 2.2) entwickelt. Diese gestalten sich als präventive Maßnahme sowohl für Sozialphobiker als auch für gesunde Individuen als äußerst effektiv.

Demzufolge soll mit dem vorliegenden online Selbstsicherheitstraining nicht nur eine Verringerung sozialer Ängste erreicht werden, sondern auch eine Vermittlung sozialer Kompetenzen. Es soll damit als präventive Maßnahme für gesunde Individuen eine Stärkung der Resilienz erreicht werden.

Da das Selbstsicherheitstraining in der offline Version höchst effektiv bezüglich der Vermittlung sozialer Kompetenzen war, stellt sich die Frage, ob auch die online Version eine Auswirkung auf soziale Kompetenzen hat, und die Teilnehmer vor dem Training andere Werte im betreffenden Verfahren angeben als nach dem Training. Die Fragestellungen werden beispielhaft für die Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) formuliert, gelten jedoch analog für alle weiteren Subskalen der FSKN („Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“, „Wertschätzung durch andere“, „Irritierbarkeit durch andere“ sowie „Gefühle und Beziehungen“).

Forschungsfragestellung 2: Hat das entwickelte Selbstsicherheitstraining eine Auswirkung auf die sozialen Kompetenzen der Teilnehmer, lässt sich also ein Unterschied hinsichtlich der Selbstbeurteilung in der Skala „Allgemeiner Selbstwert“ vor und nach dem Training innerhalb der Versuchsgruppe feststellen?

Nullhypothese H_0^2 : Das (online) Selbstsicherheitstraining hat keine Auswirkung auf Teilbereiche der sozialen Kompetenzen, es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich der Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^2 : Das (online) Selbstsicherheitstraining hat eine Auswirkung auf Teilbereiche der sozialen Kompetenzen, es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich der Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG2\ t1} \neq \mu_{VG2\ t2}$ $H_0: \mu_{VG2\ t1} = \mu_{VG2\ t2}$

Verwendetes Verfahren: Zur Erfassung der sozialen Kompetenzen werden, wird wie von Kanning (2003) empfohlen, die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986) verwendet (für eine Beschreibung der Verfahren siehe Kapitel 7.1).

3) Kann das SKY Onlinetraining eine Veränderung in Teilbereichen der Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit („locus of control“, „self effectiveness“) bewirken?

Die Emotionsregulation und die Selbstwirksamkeit stellen wichtige Teilbereiche von Resilienz dar. Resiliente (widerstandsfähige) Personen sind in der Lage, ihre Emotionen zu kontrollieren und verfügen über ein bestimmtes Grundrepertoire an Emotionsregulationsstrategien (siehe Kapitel 2.2). Henderson und Zimbardo (2008) definieren verschiedene Emotionen als Grundlage von Schüchternheit und sozialen Ängsten, wie beispielsweise Peinlichkeit, ein niedriger Selbstwert, Scham, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit oder auch Einsamkeit. Nach Kanning (2002) sowie Nangle und Kollegen (2010) stellt die Fähigkeit zur Regulation derartiger Emotionen auch eine Teilmenge sozialer Kompetenzen dar.

Mit dem Selbstsicherheitstraining soll auch der Bereich der Emotionsregulation im Sinne der Resilienz gestärkt werden. Es stellt sich die Frage, ob das Training eine Auswirkung auf die Emotionsregulation hat, und die Teilnehmer davor andere Werte im betreffenden Verfahren angeben als nach der Intervention. Die Fragestellungen werden beispielhaft für die Subskala „Erleben von Emotionsregulation“ aus den „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE) formuliert, gelten jedoch analog für alle 7 Subskalen der SEE („Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“, „Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“, „Imaginative Symbolisierung von Emotionen“ und „Erleben von Selbstkontrolle“) sowie alle 14 Subskalen des ROPELOC.

Forschungsfragestellung 3: Hat das entwickelte Training eine Auswirkung auf die Emotionsregulation der Teilnehmer, lassen sich also Unterschiede hinsichtlich der Selbstbeurteilung in der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ innerhalb der VG2 vor und nach dem Selbstsicherheitstraining feststellen?

Nullhypothese H_0^3 : Das online Selbstsicherheitstraining hat keine Auswirkung auf Teilbereiche der Emotionsregulation, es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ zwischen t_1 und t_2 .

Alternativhypothese H_1^3 : Das online Selbstsicherheitstraining hat eine Auswirkung auf Teilbereiche der Emotionsregulation, es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich der Skala „Erleben von Emotionsregulation“ zwischen t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG2 t1} \neq \mu_{VG2 t2}$ $H_0: \mu_{VG2 t1} = \mu_{VG2 t2}$

Verwendetes Verfahren: Zur Erfassung verschiedener Bereiche der Emotionsregulation und der Selbstwirksamkeit werden die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (Behr & Becker, 2004) sowie der ROPELOC (Richards et al., 2002) eingesetzt.

4) Ist das Selbstsicherheitstraining effektiv im Vergleich zu einer (Wartelisten-) Kontrollgruppe?

Die vorhin genannten Hauptfragestellungen 1 – 3 untersuchten ausschließlich die Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings in der VG2. Es stellt sich daher die Frage, ob sich signifikante Wechselwirkungen über die beiden Zeitpunkte und auch die beiden Versuchsbedingungen (Versuchsgruppe, die am Selbstsicherheitstraining teilnimmt und Kontrollgruppe ohne Teilnahme am Selbstsicherheitstraining) in den einzelnen Verfahren ergeben. Die Fragestellungen und Hypothesen werden beispielhaft anhand des Gesamtsummenscores der LSAS formuliert, gelten aber analog für den Gesamtsummenscore der SPIN, die weiteren LSAS-Subskalen, die FSKN-Subskalen, die SEE-Subskalen sowie (in der Onlineform) für die SIAS.

Forschungsfragestellung 4: Zeigt sich das Selbstsicherheitstraining auch effektiv im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollbedingung, lässt sich also ein Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen (VG2 und KG2) bezüglich des Gesamtsummenscores der LSAS zwischen t_1 und t_2 feststellen?

Nullhypothese H_0^{4a} : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich des Mittelwerts im Gesamtsummenscore der LSAS zwischen VG2 und KG2 bezüglich der Entwicklung über die beiden Zeitpunkte t_1 und t_2 .

Nullhypothese H_1^{4a} : Es gibt einen Unterschied hinsichtlich des Mittelwerts im Gesamtsummenscore der LSAS zwischen VG2 und KG2 bezüglich der Entwicklung über die beiden Zeitpunkte t_1 und t_2 .

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils:

$$H_1: \mu_{VG2t1} \neq \mu_{VG2t2} \neq \mu_{KG2t1} \neq \mu_{KG2t2}$$

$$H_0: \mu_{VG2t1} = \mu_{VG2t2} = \mu_{KG2t1} = \mu_{KG2t2}$$

Verwendete Verfahren: siehe Fragestellungen 1 bis 3.

5) Hat das onlinebasierte Training Auswirkungen auf internetspezifische maladaptive Kognitionen?

Davis (2001) versucht in seinem „kognitiv-lerntheoretischem Modell von pathologischem Internetgebrauch“, im Sinne einer Ätiologie sowohl distale als auch proximale Faktoren zu benennen. Angelehnt an das Diathese-Stress-Modell (siehe auch Baumann und Perrez, 2011) werden als (distale) Faktoren für eine Diathese eines problematischen Internetgebrauchs psychische Störungsbilder wie Depression oder Sozialphobie genannt (Caplan, 2002), siehe Abbildung 20.

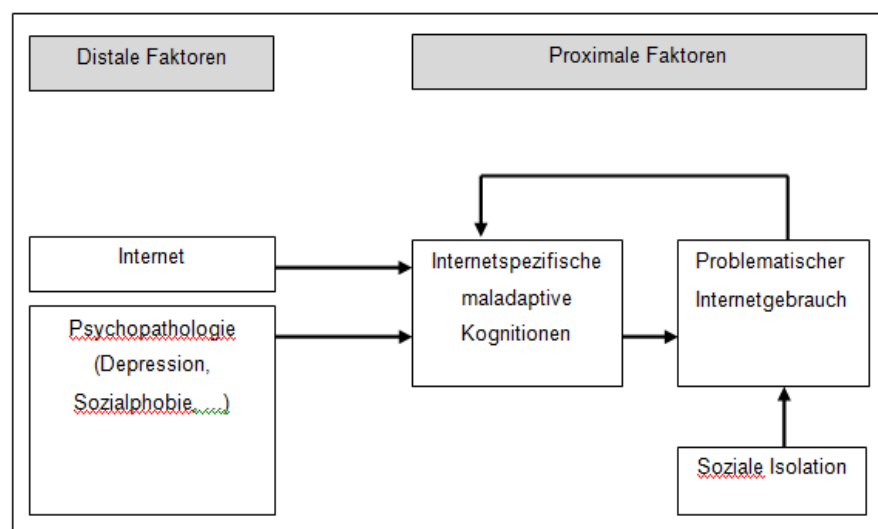


Abbildung 20: Das kognitiv-behaviorale Modell des problematischen Internetgebrauchs nach Davis (2001), modifiziert von Lehenbauer

Diese bewirken in weiterer Folge, dass internetspezifische maladaptive Kognitionen entstehen, die einen problematischen Internetgebrauch verursachen und aufrechterhalten. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass ein problematischer Internetgebrauch eine Sicherheitsverhaltensweise im Sinne des Modells nach Clark und Wells (1995) darstellt, und internetspezifische maladaptive Kognitionen verstärkend auf soziale Ängste einwirken können. Lee und Stapinski (2012) weisen darauf hin, dass bei sozial Ängstlichen vor allem auch internetspezifische maladaptive Kognitionen überprüft werden sollten. Es soll daher im Rahmen der Dissertationsstudie erstmals untersucht werden, ob Onlineinterventionen einen Einfluss auf derartige maladaptive Kognitionen haben. Die Hypothesen werden auf Itemebene (Items 1 – 13) betrachtet, es wird hier als Beispiel die Fragestellung und die Hypothese für Item 13 vorgestellt.

Forschungsfragestellung 5: Gibt es einen Unterschied innerhalb der VG2 (Onlinestichprobe) zwischen dem ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen?

Nullhypothese H_0^{5a} : Es gibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich des Items „Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline“ zu beiden Testzeitpunkten.

Alternativhypothese H_1^{5a} : Es gibt einen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der VG2 hinsichtlich des Items „Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline“ zu beiden Testzeitpunkten.

Die statistischen Hypothesen lauten jeweils: $H_1: \mu_{VG2t1} \neq \mu_{VG2t2}$ $H_0: \mu_{VG2t1} = \mu_{VG2t2}$

Verwendetes Verfahren: Zur Erfassung dieser Kognitionen kommt der „Fragebogen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen“ (Lehenbauer, 2006; Lehenbauer et al., 2006) zum Einsatz (für eine Beschreibung des Verfahrens siehe Kapitel 7.1).

11.3 Stichprobe, Rekrutierung und Datenerhebung

Da soziale Ängste nicht nur im Jugend-, sondern auch im jungen Erwachsenenalter eine bedeutsame Rolle spielen, wurde auf die Auswahl einer Stichprobe geachtet, die vorwiegend aus jungen Erwachsenen bestand. Die Stichprobe des online Selbstsicherheitstrainings rekrutierte sich aus Studenten, die sich im Bachelor- und Diplomstudiengang Psychologie befanden. Es werden folgende Bezeichnungen gewählt: VG2 für die Versuchsbedingung (Teilnehmer am Onlinetraining), sowie KG2 für die Teilnehmer an der (Wartelisten-)Kontrollgruppe, die keinerlei Intervention erhielten, aber

an den Fragebögen zu t_1 und t_2 teilnahm. Es wurden in Lehrveranstaltungen Aufrufe zur Teilnahme gestartet, und interessierte Teilnehmer konnten sich beim Studienleiter (Verfasser der Dissertation) melden. Die Teilnahme am Onlinetraining war, wie auch schon beim Offlinetraining, auf freiwilliger Basis. Das Selbstsicherheitstraining ist sowohl für Personen mit sozialen Ängsten gedacht, als auch als primär-präventives Instrument für klinisch unauffällige Personen. Diese gemischte Zielgruppe von sozial unsicheren und selbstsicheren Probanden ist daher analog zur Zielgruppe des offline Selbstsicherheitstrainings zu sehen. Es wurde für gemischte Gruppen entwickelt, und soll schüchternen beziehungsweise sozial ängstlichen Personen zur Bearbeitung ihrer sozialen Ängste dienen, sowie bei selbstsicheren Menschen im Sinne der Resilienz sozialen Ängsten vorbeugen und allgemeine Informationen über soziale Kompetenzen vermitteln.

Die Datenerhebung der Versuchs- und Kontrollgruppe fand getrennt voneinander statt. Die Versuchsgruppe nahm an der Onlineerhebung zum ersten und zweiten Testzeitpunkt auf der Plattform des Selbstsicherheitstrainings selbst teil. Für die Kontrollgruppe wurde eine getrennte Erhebung mit Hilfe der Plattform <http://www.soscisurvey.de> mit denselben Fragebögen in derselben Reihenfolge und zu ähnlichen Zeitpunkten durchgeführt.

Es nahmen im Zeitraum von Jänner 2011 bis Februar 2012 insgesamt 123 Teilnehmer an der Ersttestung (t_1) im Onlinetraining teil. 61 Teilnehmer beendeten das Onlinetraining freiwillig bis Februar 2012, was einer dropout-Rate von 50.4% entspricht. Es wurden weiters freiwillige Personen für die Kontrollgruppe rekrutiert aus Parallellehrveranstaltungen, um möglichst gleiche Gruppen hinsichtlich demografischer Variablen zu bekommen. 62 Personen nahmen an der Ersttestung (t_1) teil, die ähnlich der Vorgangsweise beim Onlinetraining als Onlinefragebogen stattfand. 47 Personen nahmen auch zu t_2 teil, dies entspricht einer dropout-Rate von 24.19% in der KG2.

11.4 Statistische Auswertung

Da zur Evaluation des online Selbstsicherheitstrainings dieselben Verfahren zum Einsatz kamen wie bei der Evaluation des offline Selbstsicherheitstrainings, wird an dieser Stelle auf Kapitel 7.5 (Seite 67) verwiesen.

12 ERGEBNISDARSTELLUNG ONLINE-STUDIE

Für die online Stichprobe konnten die Daten von 108 Teilnehmern (61 Personen in der VG2 und 47 Personen in der KG2), die in Lehrveranstaltungen an der Fakultät für Psychologie rekrutiert wurden, berücksichtigt werden. Zum ersten Erhebungstermin vor dem Selbstsicherheitstraining (t_1) beantworteten 123 Teilnehmer die Onlinefragebögen. Weitere 22 Personen loggten sich nur ein, aber beantworteten keine Fragebögen und nahmen auch nicht am Onlinetraining teil. Insgesamt beendeten von diesen 123 Teilnehmern 61 Personen das Onlinetraining auf freiwilliger Basis, und absolvierten auch die Diagnostik danach (t_2). 62 Personen absolvierten die Eingangsdiagnostik, und danach keine weitere Einheit mehr. Die dropout-Rate in der Versuchsgruppe beträgt daher 50.4%.

Als Quasi-Experiment war es nicht möglich, die Teilnehmer zufällig einer Gruppe zuzuordnen (ähnlich der Vorgangsweise in Studie I). Um eine möglichst ähnliche Wartelisten-Kontrollbedingung (KG2) mit vergleichbaren Daten zu erhalten, wurden zusätzlich Probanden in Parallellehveranstaltungen rekrutiert, die dieselben Verfahren im selben Zeitraum absolvierten. Insgesamt nahmen 62 Personen der KG2 an der Ersterhebung (t_1) teil. 47 Teilnehmer der KG2 absolvierten auch die Erhebung zum zweiten Testzeitpunkt nach 14 Wochen. Die dropout-Rate in der KG2 beträgt daher 24.19%. Da sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich Alter, Bildungsstand, Geschlecht und sozialen Ängsten ergeben, kann von einer Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ausgegangen werden.

12.1 Stichprobenmerkmale

In der Gesamtstichprobe des Onlinetrainings ($n = 108$) befinden sich 15 (13.9%) männliche und 93 (86.1%) weibliche Personen. 84.3 % ($n=91$) der Stichprobe stammt aus Österreich, 13.9% ($n=15$) aus Deutschland und 1.9% ($n=2$) aus einem anderen Land. In der Gesamtstichprobe wird der PC (Personal Computer) 3.28 Stunden ($SD=2.12$) pro Tag genutzt, die durchschnittliche Zeit pro Tag, die online verbracht wird, beträgt 2.67 Stunden ($SD=2.05$). Es bestehen hoch signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des PC-Gebrauchs pro Tag ($t_{(106)} = 3.24, p = .002$) und der Onlinezeit pro Tag ($t_{(106)} = 3.22, p = .002$). Tabelle 29 stellt die Mittelwerte dar. Die männlichen Teilnehmer der Stichprobe verbringen signifikant mehr Zeit pro Tag vor dem PC und online als die weiblichen Probanden.

Tabelle 29: Geschlechtsunterschiede hinsichtlich PC-Gebrauch und Onlinezeit

Geschlecht	PC-Gebrauch pro Tag M (SD)	Onlinezeit pro Tag M (SD)
Männlich	5.06 (2.60)	4.20 (3.05)
Weiblich	3.22 (1.93)	2.43 (1.75)

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zu t_1 hinsichtlich des Geschlechts, der Ausbildung, des Alters sowie der Verfahren bezüglich sozialer Angst gefunden werden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass beide Gruppen vergleichbar sind. Tabelle 30 stellt die demografischen Charakteristika und Unterschiede zwischen VG2 und KG2 dar. Jeweils eine Person in der VG2 und KG2 traf keine Angabe zum Geschlecht und zur Ausbildung.

Tabelle 30: Demographische Unterschiede zwischen VG2 und KG2 zu t_1

Variable		VG2 (n = 61)	KG2 (n = 47)	Statistik
Geschlecht	Männlich (n)	9	6	$\chi^2 = .088$,
	Weiblich (n)	52	41	$p = .497$
Ausbildung	Pflichtschule	1	2	$\chi^2 = 2.95$,
	Höhere Schule	57	41	$p = .565$
	Universität	3	4	
Alter	<i>M(SD)</i>	24.37 (3.51)	25.14 (7.79)	$t = .689$, $p = .530$
SPIN	<i>M(SD)</i>	19.79 (11.29)	18.44 (12.05)	$t = -.594$,
Summenscore				$p = .554$
LSAS	<i>M(SD)</i>	38.24 (21.42)	35.78 (21.78)	$t = -.587$,
Summenscore				$p = .558$

12.2 Soziale Ängste

Werden zu Beginn die Korrelationen unter den sozialphobiespezifischen Verfahren angesehen, so wird deutlich sichtbar, dass diese höchst signifikant untereinander korrelieren. Entsprechend der Intention der Verfahren korreliert beispielsweise die SIAS am höchsten mit der Subskala „Angst vor sozialer Interaktion“, beide Verfahren beanspruchen die Messung von sozialen Ängsten im Bereich der sozialen Interaktion. Tabelle 31 stellt die einzelnen Korrelationen dar.

Tabelle 31: Korrelationen der sozialphobiespezifischen Verfahren zu t₁

Skalen und Subskalen	LSAS VLS	LSAS VSI	LSAS ALS	LSAS ASI	LSAS Summe	SPIN Summe	SIAS Summe
LSAS – VLS	1						
LSAS – VSI	.764**	1					
LSAS – ALS	.756**	.591**	1				
LSAS – ASI	.649**	.755**	.825**	1			
LSAS Summe	.888**	.865**	.899**	.908**	1		
SPIN Summe	.640**	.608**	.774**	.810**	.798**	1	
SIAS Summe	.589**	.650**	.730**	.840**	.790**	.848**	1

** : $p < .01$

Anmerkung: VLS = Vermeidung von Leistungssituationen, VSI = Vermeidung von sozialer Interaktion, ALS = Angst vor Leistungssituationen, ASI = Angst vor sozialer Interaktion

Social Phobia Inventory

Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so fällt auf, dass mit Hilfe der SPIN-Cutoff-Kriterien nach Connor (2000) 43.5% ($n = 47$) der Stichprobe als sozialphobisch zu klassifizieren sind. 56.5% ($n = 61$) sind unauffällig nach SPIN-Kriterien. Zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe gibt es keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilung mit $\chi^2_{(1, n = 108)} = .859$ und $p = .508$, ebenso wenig wie hinsichtlich Geschlecht und der Verteilung „sozialphobisch“ und „unauffällig“ mit $\chi^2_{(1, n = 108)} = .409$ und $p = .291$.

Fragestellung 1 untersucht, ob das Selbstsicherheitstraining innerhalb der VG2 eine Abnahme sozialer Ängste bewirkt. Es wird dafür ein abhängiger t -test für die VG2 berechnet mit den SPIN-Summenscores zu t_1 und t_2 . Es ergeben sich hoch signifikante Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings mit $t_{(60)} = 5.848$, $p < .001$ und einem großen Effekt mit $d = 1.07$ und $\eta^2 = .36$. Wird zusätzlich das Geschlecht berücksichtigt, so ergibt sich eine nicht signifikante Wechselwirkung ($F_{(1, 59)} = 3.28$ und $p = .075$).

In der KG2 ergeben sich keine signifikanten Effekte mit $t_{(46)} = -.772$, $p = .444$, einem kleinen Effekt mit $d = .16$ und $\eta^2 = .01$. Diese scheint sich über die Zeit hinweg nicht verbessert zu haben. Tabelle 32 zeigt die Verteilung der unauffälligen und sozialphobischen Teilnehmer in der VG1 und KG1 zu den beiden Testzeitpunkten. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie in der VG1 von 44.26% auf 28%, während sich der Wert in der Kontrollgruppe mit 42.55% zu t_1 auf 36.17% zu t_2 nicht so stark verringerte. Tabelle 32 stellt die Verringerung der Prozentraten in beiden Gruppen dar, Tabelle 33 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der VG2 und KG2 vor und nach dem online Selbstsicherheitstraining.

Tabelle 32: Sozialphobie nach SPIN zu t_1 und t_2 in VG2 und KG2

	t_1		t_2	
	VG	KG	VG	KG
Sozialphobie	27 (44.26%)	20 (42.55%)	12 (28.0%)	17 (36.17%)
Unauffällig	34 (55.74%)	27 (57.45%)	49 (71.9%)	30 (63.82%)
Gesamt	61 (100.0%)	47 (100.0%)	61 (100.0%)	47 (100.0%)

Fragestellung 4 untersucht, ob sich das Selbstsicherheitstraining auf soziale Ängste auswirkt, und es werden VG2 und KG2 gemeinsam betrachtet. Es wird eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den beiden Gruppen VG2 und KG2 und den SPIN-Summenscores zu t_1 und t_2 gerechnet. Es ergeben sich hoch signifikante Veränderungen mit $F_{(1, 106)} = 23.23$, $p < .001$ und einem großen Effekt mit $d = .94$ und $\eta^2 = .18$. Abbildung 21 stellt diese Entwicklung innerhalb der VG2 und KG2 grafisch dar. Während sich die VG2 höchst signifikant verbessert, bleiben die Werte in der KG2 stabil beziehungsweise scheinen sogar leicht anzusteigen.

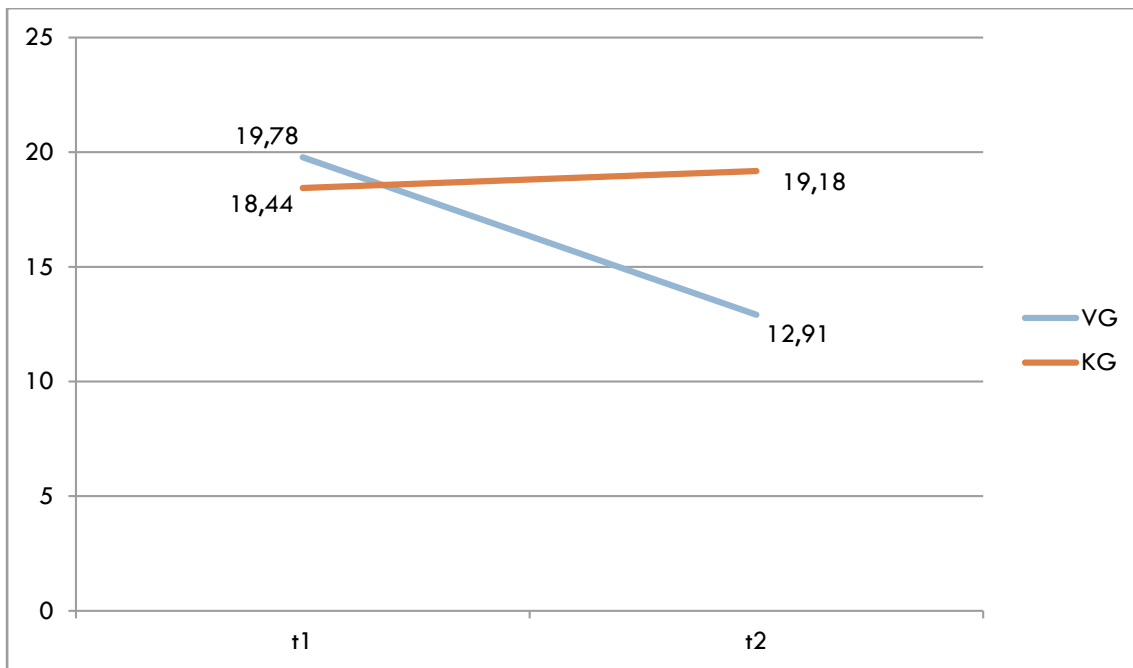


Abbildung 21: SPIN VG2 und KG2 zu t₁ und t₂

Betrachtet man die Werte vor und nach dem Selbstsicherheitstraining, so verbesserte sich die Versuchsgruppe um knapp 7 Punkte, während die Kontrollgruppe stabil blieb beziehungsweise von t₁ zu t₂ um einen halben Punkt anstieg. Tabelle 33 zeigt die Mittelwerte von VG2 und KG2 vor und nach dem online Selbstsicherheitstraining. Wird zusätzlich das Geschlecht betrachtet, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen mit $F_{(1, 105)} = 2.69$ und $p = .103$.

Tabelle 33: SPIN Mittelwerte der VG2 und KG2 zu t₁ und t₂

	Gruppe	$M^*(SD)$ t ₁	$M^*(SD)$ t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SPIN Summenscore	VG	19.78 (11.29)	12.91 (8.90)	23.23	<.001	.94
	KG	18.44 (12.05)	19.18 (14.04)			

* geringere Werte bedeuten eine Abnahme sozialer Ängste

Liebowitz Social Anxiety Scale

Mit Hilfe der LSAS und einem Cutoff-Wert von 55 können 2 Gruppen gebildet werden. Für die Gesamtstichprobe ergibt sich zu t₁, dass 25 Personen (23.1%) der Gruppe der Sozialphobiker zugeordnet werden können. Weiters finden sich keine Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Anzahl an Sozialphobikern zu t₁ mit $\chi^2_{(1, n = 108)} = .686$ und $p = .433$, ebenso wenig wie hinsichtlich Geschlecht und der

Anzahl an Sozialphobikern mit $\chi^2_{(1, n = 108)} = .331$ und $p = .271$. Mit Hilfe der LSAS können insgesamt 6 Subskalen gebildet werden: allgemeine Angst vor Situationen, allgemeine Vermeidung von Situationen, Angst vor Leistungssituationen, Angst vor Interaktionssituationen, Vermeidung von Leistungssituationen und Vermeidung von Interaktionssituationen. *Fragestellung 1* untersucht, ob das Selbstsicherheitstraining Auswirkungen hat, und es wird ausschließlich die VG2 betrachtet. Es zeigen sich in allen Subskalen höchst signifikante Effekte durch das Onlinetraining, die Versuchsgruppe konnte sich in allen Skalen hinsichtlich sozialer Ängste mit großen bis sehr großen Effektstärken verbessern (wobei hier nach Cohen gilt, dass Werte ab $d > .75$ und $\eta^2 > .14$ als groß zu bezeichnen sind). Tabelle 34 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der VG2 vor und nach dem Selbstsicherheitstraining dar.

Tabelle 34: Vergleich der LSAS Subskalen in der VG2 zu t_1 und t_2

Skala*	$M^* (SD) t_1$	$M^* (SD) t_2$	F	p	d	η^2
LSAS Summenscore	38.24 (21.42)	26.09 (19.89)	50.26	< .001	1.3	.45
Angst	19.59 (12.27)	13.57 (10.87)	38.50	< .001	1.1	.39
Vermeidung	18.65 (10.43)	12.52 (10.10)	46.09	< .001	1.25	.43
VLS	9.91 (5.46)	7.37 (7.12)	33.73	< .001	1.07	.36
VSI	8.20 (5.82)	6.86 (5.46)	41.65	< .001	1.19	.41
ALS	11.01 (6.58)	7.70 (5.79)	38.25	< .001	1.14	.38
ASI	8.57 (6.21)	5.88 (5.43)	30.61	< .001	1.01	.33

Anmerkung: VLS = Vermeidung von Leistungssituationen, VSI = Vermeidung von sozialer Interaktion, ALS = Angst vor Leistungssituationen, ASI = Angst vor sozialer Interaktion

Werden diese Effekte genauer hinsichtlich geschlechtsrelevanter Unterschiede betrachtet, so finden sich Unterschiede im LSAS Summenscore mit $F_{(4, 56)} = 4.65$, $p = .035$ und $d = .39$. Dieser signifikante Unterschied manifestiert sich in der Subskala „Vermeidung von Leistungssituationen“ mit $F_{(4, 56)} = 9.36$, $p = .003$ und einem mittleren Effekt mit $d = .56$, während die anderen Subskalen nicht signifikant ausfallen. Obwohl sich beide Geschlechter über die Zeit hinweg verbessern, gelang dies den männlichen Teilnehmern in einem signifikant stärkerem Ausmaß. Abbildung 22 zeigt diesen Verlauf grafisch an.

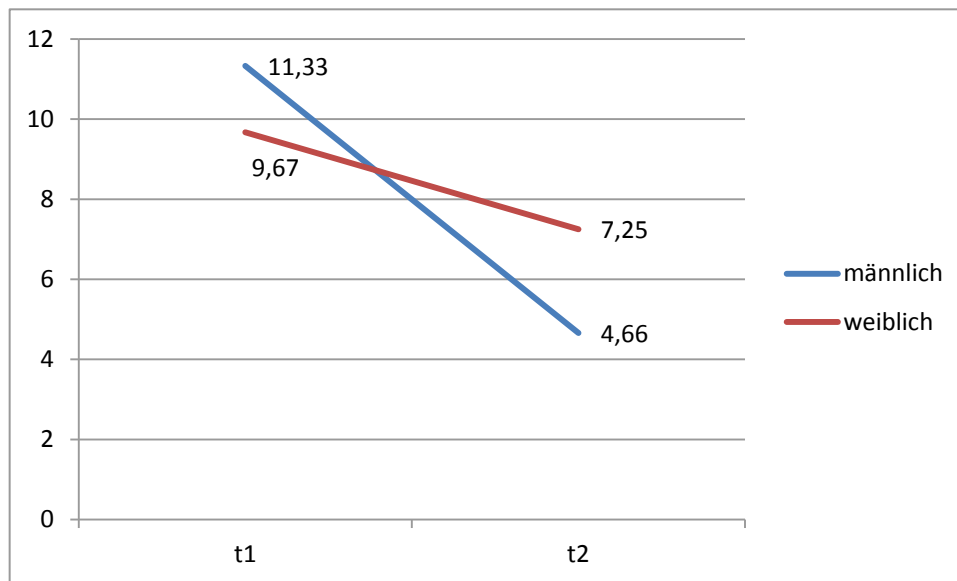


Abbildung 22: Geschlechtsspezifische Unterschiede LSAS Subskala „Vermeidung von Leistungssituationen“ in VG2 zu t₁ und t₂

Wird die KG2 hinsichtlich einer Veränderung über die Zeit hinweg untersucht, so zeigen sich ebenfalls signifikante Effekte. Innerhalb der Kontrollgruppe finden sich zwei schwach signifikante Veränderungen in der Subskalen „allgemeine Vermeidung“ ($F_{(4, 43)} = 4.61$, $p = .37$ und $d = .45$) und „Vermeidung von sozialen Interaktionssituationen“ ($F_{(4, 43)} = 4.43$, $p = .41$ und $d = .45$). Wird die Subskala „allgemeine Vermeidung“ in der Kontrollgruppe näher betrachtet, so ergibt sich, dass sich männliche Teilnehmer von ersten ($M = 10,00$; $SD = 5.21$) auf zweiten ($M = 10.33$; $SD = 8.16$) Testzeitpunkt kaum verbesserten, während sich weibliche Teilnehmer von t₁ ($M = 18.78$; $SD = 11.85$) auf t₂ ($M = 16.10$; $SD = 12.24$) verbessern konnten.

Umso mehr ist es von Bedeutung, VG2 und KG2 gemeinsam hinsichtlich der Wechselwirkungen mit den beiden Testzeitpunkten zu vergleichen. *Fragestellung 4* untersucht daher, ob sich das Selbstsicherheitstraining auf soziale Ängste (gemessen mit LSAS-Subskalen) auswirkt, es werden VG2 und KG2 gemeinsam zu beiden Zeitpunkten betrachtet. Es ergeben sich hinsichtlich des LSAS Gesamtsummenscores hoch signifikante Wechselwirkungen mit $F_{(1, 106)} = 11.00$, $p = .001$ und einem mittleren Effekt mit $d = .65$ (die LSAS-Mittelwerte der VG und KG zu t₁ und t₂ finden sich in Tabelle 35). Abbildung 23 stellt diese Entwicklung innerhalb der VG2 und KG2 grafisch dar. Es konnten beide Gruppen über die Zeit hinweg ihre sozialen Ängste verringern, allerdings

fällt diese Verringerung innerhalb der VG2 sichtbar stärker aus. Weiters sind die Effektstärken (d und η^2) durchwegs als mittelgroß zu bezeichnen.

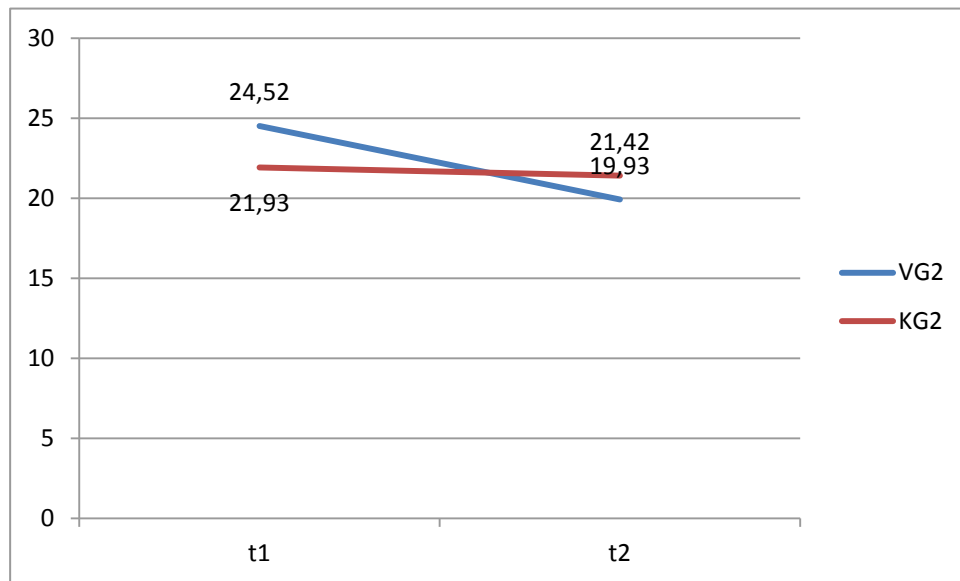


Abbildung 23: Verlauf LSAS Gesamtsummenscore von VG2 und KG2 über t_1 und t_2

Werden weiters die LSAS-Subskalen genauer betrachtet, so ergeben sich auch hier hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Zeitpunkten. Es verringern sich zwar beide Gruppen über die Zeit hinweg, allerdings ist dieser Unterschied zwischen t_1 und t_2 innerhalb der VG2 deutlich größer. Tabelle 35 stellt die Mittelwerte der einzelnen LSAS-Subskalen sowie die statistischen Kennzahlen übersichtlich dar.

Tabelle 35: Statistische Kennzahlen der LSAS Subskalen der VG2 und KG2 zu t_1 und t_2

Skala	Gruppe	$M^* (SD) t_1$	$M^* (SD) t_2$	F	p	d	η^2
LSAS - Summenscore	VG2	38.24 (21.42)	26.09 (19.89)	11.00	.001	.65	.09
	KG2	35.78 (21.78)	32.48 (23.10)				
VLS	VG2	9.91 (5.46)	7.37 (7.12)	6.14	.015	.49	.05
	KG2	10.23 (6.41)	9.13 (6.64)				
VSI	VG2	8.20 (5.82)	6.86 (5.46)	6.58	.012	.5	.05
	KG2	9.18 (6.12)	8.56 (6.60)				
ALS	VG2	11.01 (6.58)	7.70 (5.79)	10.35	.002	.63	.08
	KG2	10.54 (6.65)	9.92 (6.62)				
ASI	VG2	8.57 (6.21)	5.88 (5.43)	9.05	.003	.59	.07
	KG2	7.58 (5.63)	7.19 (6.21)				

Anmerkung: VLS = Vermeidung von Leistungssituationen, VSI = Vermeidung von sozialer Interaktion, ALS = Angst vor Leistungssituationen, ASI = Angst vor sozialer Interaktion

*: geringere Werte bedeuten eine Abnahme sozialer Ängste

Werden diese teils hoch signifikanten Effekte hinsichtlich geschlechterrelevanter Unterschiede näher betrachtet, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (LSAS Summenscore: $F_{(4, 102)} = 1.57$, $p = .212$, $d = .24$).

Social Interaction Anxiety Scale

Die SIAS untersucht soziale Ängste spezifisch im Bereich der sozialen Interaktionen. Zu Beginn wird untersucht, ob sich VG2 und KG2 zu t_1 unterscheiden. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede mit $t_{(106)} = -.91$ und $p = .363$. Hinsichtlich Geschlecht lassen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede feststellen mit $t_{(106)} = 1.251$ und $p = .214$.

Fragestellung 1 untersucht, ob das Selbstsicherheitstraining innerhalb der VG2 eine Abnahme sozialer Ängste, gemessen mit der SIAS, bewirkt. Es ergeben sich signifikante Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings mit $t_{(60)} = 4.186$ und $p < .001$. Der Effekt ist mit $d = .77$ und $\eta^2 = .76$ als groß zu bezeichnen. In der KG2 ergeben sich keine signifikanten Effekte mit $t_{(45)} = .445$ und $p = .658$. Der Effekt ist hier als vernachlässigbar klein einzustufen. Tabelle 36 zeigt die Mittelwerte der VG2 und KG2 jeweils vor und nach dem Onlinetraining.

Tabelle 36: SIAS Mittelwerte der VG2 und KG2 zu t_1 und t_2

	SIAS Summenscore					
	$M^*(SD) t_1$	$M^*(SD) t_2$	t	p	d	η^2
VG2	24.52 (13.98)	19.93 (12.17)	4.186	< .001	.77	.76
KG2	21.93 (12.33)	21.42 (14.64)	.445	.658	.07	.00

* geringere Werte bedeuten eine Abnahme sozialer Ängste

Werden diese signifikanten Effekte innerhalb der VG2 noch bezüglich des Geschlechts näher betrachtet, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen ($F_{(1, 59)} = 2.45$, $p = .123$).

Fragestellung 4 untersucht, ob sich das Selbstsicherheitstraining auf soziale Interaktionsängste (gemessen mit der SIAS) auswirkt. Es werden VG2 und KG2 gemeinsam zu beiden Testzeitpunkten betrachtet. Es wird eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den beiden Gruppen VG2 und KG2 und den SPIN-Summenscores zu t_1 und t_2 gerechnet. Es ergeben sich hoch signifikante Wechselwirkungen mit $F_{(1, 105)} = 6.42$, $p = .013$, einem mittleren Effekt $d = .5$ und einem kleinen Effekt mit $\eta^2 = .05$. Abbildung 24 stellt diese Entwicklung innerhalb der VG2 und KG2 grafisch dar. Während sich die VG2 höchst signifikant verbessert, bleiben die Werte in der KG2 stabil beziehungsweise sinken nur leicht. Betrachtet man die Werte in Abbildung 24, so verringerten sich die Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining um knapp 5 Punkte, während sich die Kontrollgruppe nur minimal um einen halben Punkt verringerte.

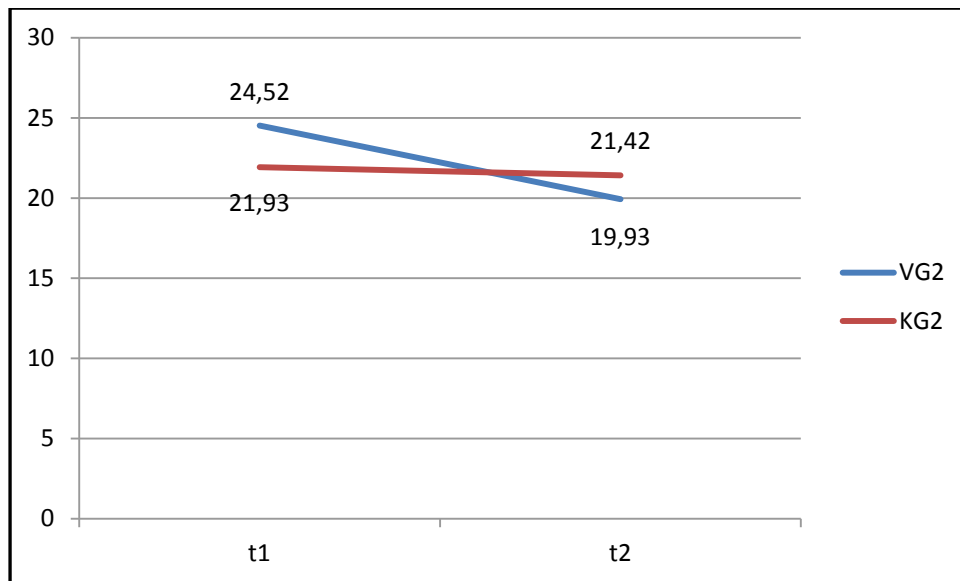


Abbildung 24: Darstellung des Verlaufs des SIAS-Summscores in VG2 und KG2 zu t_1 und t_2

12.3 Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)

Frankfurter Selbstkonzeptskalen

Mit Hilfe der FSKN können 10 Subskalen gebildet werden (je höher der Wert in einer Skala, desto höher die Selbsteinschätzung im Bereich der betreffenden sozialen Kompetenz). Zu Beginn wird untersucht, ob sich die beiden Gruppen VG2 und KG2 zu t_1 voneinander unterscheiden. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Skala „Allgemeine Leistungsfähigkeit“. Tabelle 37 zeigt, dass die KG2 in dieser Skala einen höheren Wert aufweist, die eigene Leistungsfähigkeit also höher einstuft als die VG2.

Tabelle 37: FSKN Subskalen Unterschiede in VG2 und KG2 zu t₁

	VG2	KG2			
FSKN Subskala	<i>M (SD) t₁</i>	<i>M (SD) t₂</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Allgemeine Leistungsfähigkeit	44.72 (5.57)	47.67 (7.01)	6.08	.015	.5
Allgemeine Problembewältigung	47.16 (5.79)	47.86 (4.91)	.57	.449	.15
Verhaltens-/ Entscheidungssicherheit	27.44 (3.35)	28.02 (4.21)	.61	.434	.16
Allgemeiner Selbstwert	45.27 (6.13)	47.11 (7.67)	2.13	.147	.29
Empfindlichkeit und Gestimmtheit	22.59 (3.32)	22,00 (5.93)	.11	.740	.07
Standfestigkeit gegenüber Gruppen	50.57 (11.75)	50.83 (10.09)	.00	.953	.01
Kontakt- und Umgangsfähigkeit	28.36 (3.18)	28.33 (3.23)	.02	.885	.02
Wertschätzung durch andere	28.18 (4.72)	28.10 (4.91)	.05	.822	.04
Irritierbarkeit durch andere	22.44 (5.76)	23.58 (4.90)	1.06	.305	.21
Gefühle/Beziehungen zu anderen	27.39 (4.27)	29.00 (3.86)	3.05	.084	.35

Werden männliche und weibliche Teilnehmer der Gesamtstichprobe miteinander verglichen, so ergeben sich keine signifikanten Effekte ($F_{(11, 92)} = .55, p = .857, d = .23$). Männer und Frauen in der vorliegenden Onlinestichprobe schätzen sich gleich ein hinsichtlich ihrer Selbstbeurteilung im Bereich sozialer Kompetenzen.

Fragestellung 2 untersucht, ob sich innerhalb der VG2 eine Veränderung durch das Selbstsicherheitstraining ergibt, die Teilnehmer also nach dem Training andere Werte angeben als vor dem Training. Es ergeben sich in allen Subskalen hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen t₁ und t₂ mit mittleren bis sehr großen Effekten (wobei hier nach Cohen gilt, dass Werte von $d = .4$ bis $d = .75$ als mittel, Werte von $d = .75$ bis $d = 1.10$ als groß, und Werte von $\eta^2 = .06$ bis $\eta^2 = .14$ als mittel, und Werte $\eta^2 > .14$ als groß bezeichnet werden). VG2 verbessert sich somit stark von t₁ auf t₂. Tabelle 38 zeigt diese Veränderungen sowie die statistischen Kennzahlen im Detail.

Tabelle 38: FSKN Subskalen Veränderungen in VG2 zu t₁ und t₂

FSKN Subskala	<i>M</i> * (<i>SD</i>) t ₁	<i>M</i> * (<i>SD</i>) t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AL	44.72 (5.57)	48.01 (7.06)	20.82	< .001	.83	.25
AP	47.16 (5.79)	49.26 (5.94)	14.79	< .001	.7	.19
VE	27.44 (3.35)	29.06 (3.58)	15.44	< .001	.72	.20
SW	45.27 (6.13)	48.90 (7.08)	42.05	< .001	1.18	.41
EG	22.59 (3.32)	24.57 (4.48)	17.54	< .001	.76	.22
ST	50.57 (11.75)	53.93 (10.89)	9.92	.003	.58	.14
KU	28.36 (3.18)	29.60 (3.59)	8.29	.006	.53	.12
WA	28.18 (4.72)	29.50 (5.19)	6.68	.012	.47	.10
IA	22.44 (5.76)	24.32 (5.40)	12.60	.001	.65	.17
GB	27.39 (4.27)	28.86 (3.75)	11.23	.001	.61	.15

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

*: höhere Werte bedeuten eine Zunahme hinsichtlich der betreffenden sozialen Kompetenz

Werden diese Effekte hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede näher betrachtet, so ergeben sich keine signifikanten Wechselwirkungen ($F_{(10, 50)} = 1.13$, $p = .355$, $d = .19$).

Wird auch die KG2 untersucht, ob diese jeweils andere Werte zu t₁ und t₂ angibt, so ergibt sich in nur einer Skala ein signifikantes Ergebnis. In der Subskala „Allgemeiner Selbstwert“ ($F_{(10, 32)} = 5.85$, $p = .02$, $d = .53$) geben die Teilnehmer zu t₁ niedrigere Werte ($M = 47.69$, $SD = 7.73$) als zu t₂ ($M = 48.93$, $SD = 7.56$) an. In den anderen Subskalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Fragestellung 4 untersucht die Auswirkungen des Selbstsicherheitstrainings in Zusammenhang mit der KG2. Werden die Gruppen VG2 und KG2 über die Zeit hinweg gemeinsam betrachtet, so ergeben sich signifikante bis hoch signifikante Effekte in den Skalen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ sowie „Irritierbarkeit durch andere“ mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Keine signifikanten Effekte fanden sich in den Skalen „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Wertschätzung durch andere“ sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“. Das Selbstsicherheitstraining hatte im Vergleich zur KG2 signifikante Auswirkungen auf Teilbereiche der sozialen Kompetenzen. Die Teilnehmer der VG2 zeigen in allen Subskalen zu t₂ größere Mittelwerte als zu t₁. Tabelle 39 zeigt die

Mittelwerte von VG2 und KG2 zu den beiden Zeitpunkten sowie die Ergebnisse der Signifikanzüberprüfung.

Tabelle 39: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG2 und KG2 zu t1 und t2

FSKN Subskala	Gruppe	$M^*(SD) t_1$	$M^*(SD) t_2$	F	p	d	η^2
AL	VG2	44.72 (5.57)	48.01 (7.06)	8.73	.004	.59	.08
	KG2	47.67 (7.01)	48.30 (7.00)				
AP	VG2	47.16 (5.79)	49.26 (5.94)	6.31	.014	.5	.05
	KG2	47.86 (4.91)	47.69 (5.49)				
VE	VG2	27.44 (3.35)	29.06 (3.58)	10.61	.002	.65	.09
	KG2	28.02 (4.21)	27.73 (4.18)				
AS	VG2	45.27 (6.13)	48.90 (7.08)	6.49	.012	.51	.06
	KG2	47.11 (7.67)	48.82 (7.51)				
EG	VG2	22.59 (3.32)	24.57 (4.48)	2.42	.122	.31	.02
	KG2	22,00 (5.93)	23.08 (4.41)				
ST	VG2	50.57 (11.75)	53.93 (10.89)	1.66	.200	.26	.01
	KG2	50.83 (10.09)	52.01 (10.17)				
KU	VG2	28.36 (3.18)	29.60 (3.59)	3.37	.069	.37	.03
	KG2	28.33 (3.23)	28.30 (3.48)				
WA	VG2	28.18 (4.72)	29,50 (5.19)	2.83	.095	.34	.02
	KG2	28.10 (4.91)	27.88 (4.54)				
IA	VG2	22.44 (5.76)	24.32 (5.40)	6.36	.013	.5	.05
	KG2	23.58 (4.90)	23.39 (5.54)				
BG	VG2	27.39 (4.27)	28.86 (3.75)	4.12	.045	.41	.03
	KG2	29.00 (3.86)	28.96 (3.59)				

Anmerkung: AL = Allgemeine Leistungsfähigkeit, AP = Allgemeine Problembewältigung, VE = Verhaltens-/Entscheidungssicherheit, AS = Allgemeiner Selbstwert, EG = Empfindlichkeit und Gestimmtheit, ST = Standfestigkeit gegenüber Gruppen, KU = Kontakt- und Umgangsfähigkeit, WA = Wertschätzung durch andere, IA = Irritierbarkeit durch andere, GB = Gefühle/Beziehungen zu anderen

*: höhere Werte bedeuten eine Zunahme hinsichtlich der betreffenden sozialen Kompetenz

Skalen zum Erleben von Emotionen

Zur Erfassung der Veränderungen im Bereich der Emotionsregulation kamen die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (Behr & Becker, 2004) zum Einsatz. Es können insgesamt 7 Subskalen berechnet werden. Es wird zunächst untersucht, ob sich VG2 und KG2 zu t_1 signifikant von einander unterscheiden. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe des Onlinetrainings mit Hilfe einer multivariaten Varianzanalyse, beide Gruppen scheinen zu Beginn hinsichtlich dem Erleben von Emotionen vergleichbar zu sein ($F_{(7, 98)} = .41, p = .892, d = .13$).

Wird die Gesamtstichprobe zu t_1 hinsichtlich des Geschlechts näher betrachtet, so finden sich in drei Subskalen signifikante Unterschiede. Männliche und weibliche Personen in der vorliegenden Onlinestichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der Skalen „Akzeptanz eigener Emotionen“ ($F_{(7, 87)} = 4.03, p = .047, d = .56$), „Erleben von Emotionsmangel“ ($F_{(7, 87)} = 13.42, p < .001, d = 1.03$) sowie „Erleben von Selbstkontrolle“ ($F_{(7, 87)} = 5.88, p = .017, d = .68$). Abbildung 25 zeigt diese Geschlechterunterschiede sowie die Mittelwerte der signifikanten Subskalen im Detail. Die weiblichen Teilnehmer scheinen ihre Emotionen besser akzeptieren zu können, erleben allerdings einen niedrigeren Mangel an Emotionen und weisen auch ein geringeres Ausmaß an Selbstkontrolle auf.

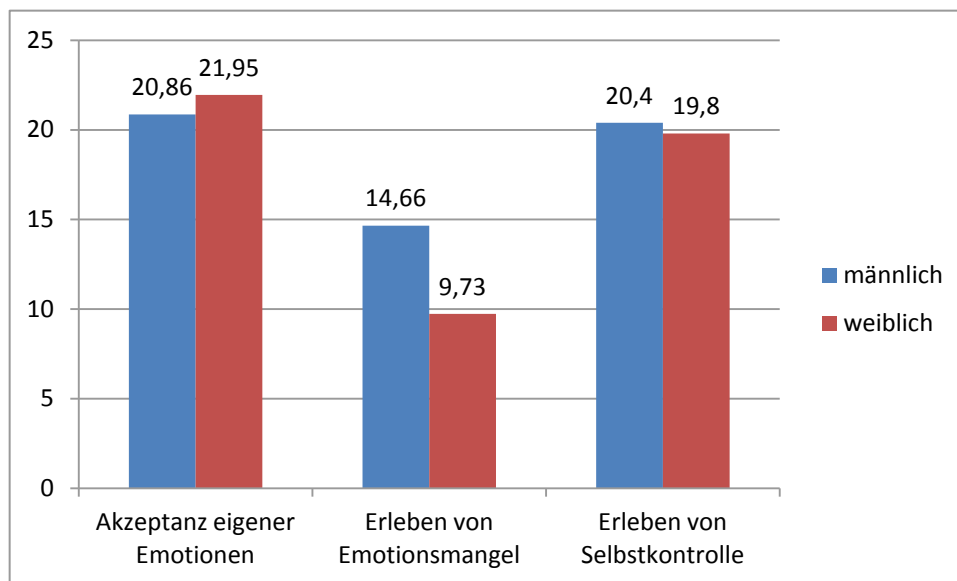


Abbildung 25: Geschlechtsspezifische Unterschiede in SEE-Subskalen zu t_1 innerhalb der online Stichprobe

Fragestellung 3 untersucht, ob die Teilnehmer des Selbstsicherheitstrainings nach dem Training andere Werte im SEE angeben als vor dem Training. Es ergeben sich mit Hilfe univariater Varianzanalysen in 6 von 7 Subskalen signifikante bis höchst signifikante Unterschiede zwischen t_1 und t_2 . Eine Subskala („Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“) weist keine Veränderung auf. VG2 verbessert sich im Bereich der Emotionsregulation über die zwei Zeitpunkte hinweg. Tabelle 40 zeigt die statistischen Kennwerte sowie die Mittelwerte der VG2 vor und nach dem Selbstsicherheitstraining.

Tabelle 40: SEE Subskalen Veränderungen in VG2 von t₁ auf t₂

SEE Subskala	<i>M(SD)</i> t ₁	<i>M(SD)</i> t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
AEE	21.77 (4.53)	24.00 (4.25)	30.58	< .001	1.18	.33
EVEU	21.13 (7.14)	17.96 (6.57)	27.62	< .001	1.14	.31
EEM	10.62 (4.32)	9.47 (3.39)	6.81	.011	.56	.10
KSVE	25.59 (6.18)	26.22 (6.12)	1.28	.262	.24	.02
ISE	17.14 (5.04)	16.01 (5.18)	4.62	.036	.46	.07
EER	12.50 (3.04)	14.18 (2.47)	24.28	< .001	1.06	.28
ESK	19.91 (4.53)	20.78 (3.99)	4.28	.043	.45	.06

Anmerkung: Akzeptanz eigener Emotionen (AEE), Erleben von Emotions-überflutung (EVEU), Erleben von Emotionsmangel (EEM), Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen (KSVE), Imaginative Symbolisierung von Emotionen (ISE), Erleben von Emotionsregulation (EER), Erleben von Selbstkontrolle (ESK)

Die Teilnehmer geben nach dem Selbstsicherheitstraining an, ihre Emotionen besser akzeptieren zu können, fühlen sich weniger von ihren Emotionen überflutet, können ihre Emotionen besser erleben und benennen, und verfügen über eine bessere Emotionsregulation und eine bessere Selbstkontrolle.

Werden diese Effekte innerhalb der VG2 bezüglich des Geschlechts näher betrachtet, so ergeben sich in drei Subskalen hohe bis höchst signifikante Wechselwirkungen mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Es sind dies die Skalen „Erleben von Emotionsüberflutung“ ($F_{(7, 53)} = 4.74$, $p = .033$, $d = .39$), „Erleben von Emotionsmangel“ ($F_{(7, 53)} = 14.43$, $p < .001$, $d = .68$) und „Erleben von Selbstkontrolle“ ($F_{(7, 53)} = 5.88$, $p = .018$, $d = .43$). Tabelle 41 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der signifikanten Subskalen im Detail dar. Die männlichen Teilnehmer scheinen sich in den Subskalen in einem höheren Ausmaß zu verbessern als die weiblichen Teilnehmer.

Tabelle 41: Geschlechtsspezifische Unterschiede SEE-Subskalen in VG2 zu t₁ und t₂

SEE Subskala	Geschlecht	<i>M(SD)</i> t ₁	<i>M(SD)</i> t ₂
Erleben von Emotionsüberflutung	männlich	21.66 (7.34)	15.44 (4.39)
	weiblich	21.03 (7.18)	18.40 (6.81)
Erleben von Emotionsmangel	männlich	15.88 (3.98)	11.11 (3.58)
	weiblich	9.71 (3.71)	9.19 (3.31)
Erleben von Selbstkontrolle	männlich	20.11 (6.25)	23.33 (4.18)
	weiblich	19.88 (4.25)	20.34 (3.82)

Wird auch die Kontrollgruppe der Onlinestichprobe hinsichtlich Veränderungen über die Zeit untersucht, so ergeben sich keine signifikanten Veränderungen mit $F_{(7, 27)} = .651$ und $p = .71$. Die Effektstärke kann mit $d = .2$ als klein bezeichnet werden.

Fragestellung 4 untersucht, ob die in Fragestellung 3 gefundenen Veränderungen auch im Vergleich mit der KG2 signifikant ausfallen. Hier zeigen drei Skalen eine signifikante Veränderung der VG2 im Vergleich zur KG2, die Effektstärken bewegen sich alle im kleinen bis mittleren Bereich. Tabelle 42 stellt die Mittelwerte der VG2 und KG2 zu den beiden Testzeitpunkten, sowie die statistischen Kennzahlen dar.

Tabelle 42: FSKN Subskalen in VG2 und KG2 zu beiden Zeitpunkten

SEE Subskala	Gruppe	$M(SD) t_1$	$M(SD) t_2$	F	p	d	η^2
AEE	VG	21.77 (4.53)	24.00 (4.25)	7.94	.006	.61	.07
	KG	21.78 (5.00)	22.00 (5.02)				
EVEU	VG	21.13 (7.14)	17.96 (6.57)	10.39	.002	.7	.10
	KG	19.76 (6.58)	19.85 (6.76)				
EEM	VG	10.62 (4.32)	9.47 (3.39)	.444	.507	.14	.00
	KG	10.32 (4.00)	9.64 (4.06)				
KSVE	VG	25.59 (6.18)	26.22 (6.12)	.590	.445	.17	.00
	KG	26.11 (5.94)	26.02 (6.73)				
ISE	VG	17.14 (5.04)	16.01 (5.18)	1.45	.230	.26	.01
	KG	17.29 (4.92)	17.17 (4.70)				
EER	VG	12.50 (3.04)	14.18 (2.47)	4.57	.035	.46	.04
	KG	12.47 (3.04)	13.02 (3.11)				
ESK	VG	19.91 (4.53)	20.78 (3.99)	.056	.813	.16	.00
	KG	19.85 (3.92)	20.55 (4.63)				

Anmerkung: Akzeptanz eigener Emotionen (AEE), Erleben von Emotionsüberflutung (EVEU), Erleben von Emotionsmangel (EEM), Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen (KSVE), Imaginative Symbolisierung von Emotionen (ISE), Erleben von Emotionsregulation (EER), Erleben von Selbstkontrolle (ESK)

Die Versuchsgruppe kann sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker verbessern in den Bereichen „Akzeptanz eigener Emotionen“, verspürt über ein verringertes Empfinden, von den eigenen Emotionen überflutet zu werden, es können Emotionen besser benannt werden, und sie verfügen über mehr Emotionsregulationsstrategien.

Review of personal effectiveness in life with locus of control:

Zur Erfassung von Konzepten der Kontrollüberzeugung sowie der persönlichen Einschätzung eines Erfolgs im Leben kam der „ROPELOC – Review of personal effectiveness in life with locus of control“ (Richards et al., 2002) zum Einsatz. Es können 14 Subskalen berechnet werden. Es wird zunächst untersucht, ob sich VG2 und KG2 zu t_1 voneinander unterscheiden. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in allen Subskalen mit $F(14, 93) = .818$, $p = .648$, $d = .18$ und $\eta^2 = .110$. Auch hinsichtlich des Geschlechts lassen sich keine Unterschiede finden mit $F(14, 93) = .929$, $p = .532$, $d = .19$ und $\eta^2 = .123$.

Fragestellung 3 untersucht, ob sich innerhalb der VG2 eine Veränderung durch das Selbstsicherheitstraining ergibt. Univariate Varianzanalysen ergeben teils höchst signifikante Veränderungen in 10 Subskalen. Mit Hilfe einer explorativen Datenanalyse werden diese Veränderungen genauer betrachtet. Es zeigt sich, dass sich die Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining in den Bereichen „Active Involvement“, „Leadership Ability“, „Quality Seeking“, „Self Confidence“, „Self Efficacy“, „Social Effectiveness“, „Stress Management“, „Time Efficiency“, „Coping with change“ und „Overall Effectiveness“ teilweise höchst signifikant verbessern konnten. Ein Trend zeigt sich in der Skala „Internal locus of control“, wenn auch nicht signifikant, so scheinen die Teilnehmer nach dem Selbstsicherheitstraining eine stärkere interne Kontrollüberzeugung zu besitzen. Ein weiterer Trend zeigt sich in der Skala „External locus of control“, die externe Kontrollüberzeugung scheint sich im Gegensatz zur internen zu verringern, wenn auch in nicht signifikantem Ausmaß (siehe folgende Tabelle 43). Hinsichtlich Geschlecht finden sich keine signifikanten Wechselwirkungen mit $F(14,46) = .947$, $p = .518$, $d = .28$, $\eta^2 = .224$.

Tabelle 43: ROPELOC Subskalen Veränderungen in VG2 zu t₁ und t₂

ROPELOC Subskala	<i>M</i>* (<i>SD</i>) t₁	<i>M</i>* (<i>SD</i>) t₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>η</i>²
Active Involvement (AI)	18.52 (4.02)	19.77 (3.58)	9.94	.003	.58	.142
Cooperative Teamwork (CT)	17.13 (4.93)	18.06 (4.56)	3.78	.056	.35	.059
Leadership Ability (LA)	15.55 (5.43)	16.72 (5.54)	7.81	.007	.51	.115
Open Thinking (OT)	19.70 (3.21)	20.32 (3.30)	2.62	.110	.3	.042
Quality Seeking (QS)	18.14 (4.37)	19.00 (3.98)	4.60	.036	.39	.071
Self Confidence (SC)	16.09 (5.03)	18.11 (4.47)	18.17	<.001	.78	.232
Self Efficacy (SF)	14.78 (5.18)	17.44 (4.33)	26.67	<.001	.94	.308
Social Effectiveness (SE)	16.34 (5.23)	18.39 (4.92)	18.06	<.001	.78	.231
Stress Management (SM)	13.37 (5.35)	15.59 (4.34)	18.43	<.001	.78	.235
Time Efficiency (TE)	12.72 (5.93)	15.24 (5.77)	20.12	<.001	.82	.251
Coping with change (CH)	15.57 (5.25)	18.06 (4.14)	25.72	<.001	.93	.300
Overall Effectiveness (OE)	15.60 (5.25)	17.39 (5.03)	17.59	<.001	.77	.227
Internal locus of control (IL)	19.54 (3.37)	20.32 (3.08)	3.05	.086	.32	.048
External locus of control (EL)	9.37 (4.43)	8.62 (3.97)	2.23	.141	.27	.036

* höhere Werte bedeuten eine Zunahme der betreffenden Kompetenz

Die Versuchsgruppe gibt an, nach dem Selbstsicherheitstraining sich in mehr Bereichen im Leben positiv zu engagieren (Active Involvement), verfügt über bessere Führungsqualitäten (Leadership Ability), verfügt über ein stärkeres Selbstbewusstsein und eine bessere Selbstwirksamkeit, kann über bessere Stress- und Zeitmanagementstrategien verfügen, kommt besser mit Veränderungen zurecht und fühlt sich insgesamt effektiver in der Gestaltung des eigenen Lebens. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich in den Subskalen „internale“ und „externale“ Kontrollüberzeugungen, wobei hier ein Trend in die gewünschte Richtung feststellbar ist (Erhöhung der internalen Kontrollüberzeugung und Verringerung der externalen Kontrollüberzeugung).

Wird auch untersucht, ob sich in der Kontrollgruppe ohne Intervention Veränderungen von ersten auf zweiten Testzeitpunkt ergeben, so zeigen sich in drei Skalen Veränderungen (Quality seeking, Self Confidence und Coping with change). Tabelle 44 zeigt diese Veränderungen, die Kontrollgruppe konnte sich verbessern, wenn auch in einem nicht so starken Ausmaß wie die Versuchsgruppe. Die Effektstärken sind als eher klein zu bezeichnen, während sie in der Versuchsgruppe groß bis sehr groß sind.

Tabelle 44: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ROPELOC Subskalen in KG2 zu t₁ und t₂

ROPELOC Subskala	<i>M</i> * (<i>SD</i>) t ₁	<i>M</i> * (<i>SD</i>) t ₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	η^2
Active Involvement (AI)	19.38 (3.42)	19.55 (3.53)	.262	.611	.11	.006
Cooperative Teamwork (CT)	17.78 (3.82)	17.93 (4.37)	.233	.632	.1	.005
Leadership Ability (LA)	16.08 (5.06)	15.68 (6.23)	.376	.543	.13	.008
Open Thinking (OT)	19.68 (3.30)	19.95 (3.63)	.241	.626	.1	.005
Quality Seeking (QS)	18.04 (3.90)	18.65 (3.84)	5.23	.027	.48	.102
Self Confidence (SC)	16.08 (5.02)	17.85 (4.21)	6.64	.013	.54	.126
Self Efficacy (SF)	16.44 (4.32)	17.14 (4.24)	2.09	.154	.3	.044
Social Effectiveness (SE)	71.21 (4.71)	16.74 (4.99)	.576	.542	.16	.012
Stress Management (SM)	14.44 (5.04)	15.04 (4.88)	2.06	.157	.29	.043
Time Efficiency (TE)	14.25 (5.93)	14.87 (5.28)	2.24	.151	.29	.046
Coping with change (CH)	15.89 (5.33)	16.63 (5.18)	4.97	.031	.46	.098
Overall Effectiveness (OE)	15.87 (5.34)	16.31 (6.06)	.311	.580	.16	.007
Internal locus of control (IL)	19.95 (2.97)	19.80 (3.44)	.222	.640	.17	.005
External locus of control (EL)	10.17 (4.39)	9.89 (3.52)	.290	.593	.16	.006

Fragestellung 4 untersucht Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam hinsichtlich der Wechselwirkungen zu beiden Testzeitpunkten, dafür wird eine Varianzanalyse mit Meßwiederholung herangezogen. Es zeigen sich in 7 von 14 Subskalen signifikante Wechselwirkungen. Tabelle 45 stellt die Mittelwerte und statistischen Kennzahlen dar. Es zeigt sich, dass sich die Versuchsgruppe in den Skalen „Active Involvement“, „Leadership Ability“, „Self Efficacy“, „Social Effectiveness“, „Stress Management“, „Time Efficacy“ und „Coping with Change“ signifikant starker verbessern konnte als die Kontrollgruppe ohne Intervention.

Tabelle 45: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ROPELOC Subskalen in VG2 und KG2 zu beiden Zeitpunkten

ROPELOC Subskala	Gruppe	<i>M(SD)</i> t₁	<i>M(SD)</i> t₂	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>η</i>²
Active Involvement (AI)	VG	18.52 (4.02)	19.77 (3.58)	4.02	.048	.39	.38
	KG	19.38 (3.42)	19.55 (3.53)				
Cooperative Teamwork (CT)	VG	17.13 (4.93)	18.06 (4.56)	1.65	.201	.25	.135
	KG	17.78 (3.82)	17.93 (4.37)				
Leadership Ability (LA)	VG	15.55 (5.43)	16.72 (5.54)	4.39	.038	.41	.147
	KG	16.08 (5.06)	15.68 (6.23)				
Open Thinking (OT)	VG	19.70 (3.21)	20.32 (3.30)	.275	.601	.1	.198
	KG	19.68 (3.30)	19.95 (3.63)				
Quality Seeking (QS)	VG	18.14 (4.37)	19.00 (3.98)	.212	.646	.00	.061
	KG	18.04 (3.90)	18.65 (3.84)				
Self Confidence (SC)	VG	16.09 (5.03)	18.11 (4.47)	.096	.757	.00	.011
	KG	16.08 (5.02)	17.85 (4.21)				
Self Efficacy (SF)	VG	14.78 (5.18)	17.44 (4.33)	7.27	.008	.53	.018
	KG	16.44 (4.32)	17.14 (4.24)				
Social Effectiveness (SE)	VG	16.34 (5.23)	18.39 (4.92)	10.66	.001	.64	.037
	KG	71.21 (4.71)	16.74 (4.99)				
Stress Management (SM)	VG	13.37 (5.35)	15.59 (4.34)	5.47	.021	.46	.015
	KG	14.44 (5.04)	15.04 (4.88)				
Time Efficiency (TE)	VG	12.72 (5.93)	15.24 (5.77)	6.70	.011	.51	.040
	KG	14.25 (5.93)	14.87 (5.28)				
Coping with change (CH)	VG	15.57 (5.25)	18.06 (4.14)	7.64	.007	.54	.067
	KG	15.89 (5.33)	16.63 (5.18)				
Overall Effectiveness (OE)	VG	15.60 (5.25)	17.39 (5.03)	2.46	.120	.31	.023
	KG	15.87 (5.34)	16.31 (6.06)				
Internal locus of control (IL)	VG	19.54 (3.37)	20.32 (3.08)	2.57	.112	.31	.024
	KG	19.95 (2.97)	19.80 (3.44)				
External locus of control (EL)	VG	9.37 (4.43)	8.62 (3.97)	.427	.515	.13	.004
	KG	10.17 (4.39)	9.89 (3.52)				

12.4 Internetspezifische maladaptive Kognitionen

Um internetspezifische maladaptive Kognitionen zu erfassen, wurde der „Fragebogen internetspezifische maladaptive Kognitionen“ eingesetzt (Lehenbauer, 2006; Lehenbauer et al., 2006). Wird die gesamte online Stichprobe betrachtet, so erzielen die Kognitionen „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“ und „Ich kann es kaum erwarten, online zu sein, wenn ich den PC einschalte“ die höchsten Zustimmungen (anhand der Mittelwerte, siehe Tabelle 46).

Tabelle 46: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des MCI für die online Gesamtstichprobe

Items	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	1.36	.91
Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	1.62	1.18
Mein Leben vor dem Internet war leer.	1.23	.74
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	1.58	.94
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	1.29	.76
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	1.80	1.16
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	1.41	.88
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	1.85	1.18
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	1.57	.95
Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	1.87	1.19
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	1.77	1.15
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	1.41	.99
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	1.26	.79

Mit Hilfe des SPIN Cutoff-Wert wird die Stichprobe in 2 Gruppen unterteilt, sozialphobische und unauffällige Personen. Es ergeben sich in einzelnen Kognitionen hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen. Tabelle 47 stellt die Kennzahlen der statistischen Überprüfung dar.

Tabelle 47: Darstellung der Unterschiede bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen zwischen sozialphobischen (nach SPIN) und unauffälligen Personen

Items	χ^2	p
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	5.41	.247
Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	21.26	<.001
Mein Leben vor dem Internet war leer.	5.82	.324
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	5.33	.149
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	5.14	.162
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	13.26	.010
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	10.01	.040
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	10.05	.040
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	14.24	.007
Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	8.33	.080
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	11.42	.022
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	2.36	.670
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	5.39	.249

Mit Hilfe einer explorativen Datenanalyse werden diese Unterschiede näher betrachtet. Höhere Mittelwerte bedeuten eine höhere Zustimmung der betreffenden Personengruppe zur jeweiligen Kognition. Es zeigt sich konsistent eine höhere Zustimmung von sozialphobische Personen bei der jeweiligen Kognition (siehe Tabelle 48).

Tabelle 48: Darstellung der Unterschiede in den Mittelwerten und Standardabweichungen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen zwischen sozialphobischen (nach SPIN) und unauffälligen Personen

Items	Sozialphobie	Unauffällig
	M (SD) t1	M (SD) t1
Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	2.25 (1.48)	1.20 (.66)
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	2.38 (1.28)	1.53 (.94)
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	1.71 (1.19)	1.20 (.52)
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	2.25 (1.27)	1.58 (1.04)
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	1.89 (1.11)	1.36 (.76)
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	2.17 (1.25)	1.50 (1.01)

Fragestellung 5 untersucht, ob sich diese maladaptiven Kognitionen aufgrund des Onlinetrainings verändert haben. Es wird die Differenz zwischen den Items zu t_1 und zu t_2 gebildet. Mit Hilfe eines Wilcoxon-Tests (es ist keine Normalverteilung der Differenzen gegeben) wird untersucht, ob sich Unterschiede feststellen lassen. Tabelle 49 zeigt die signifikanten Items 6 bis 11, die sich durch das Selbstsicherheitstraining änderten, an. Internetspezifische maladaptive Kognitionen wie „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin“ und „Ich kann Konflikte online direkter austragen“ zeigen hoch signifikante Unterschiede zu beiden Testzeitpunkten.

Tabelle 49: Darstellung der statistische Kennzahlen der Items des MCI in VG2 zu t_1 und t_2

Item	z-Wert	p
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	$z(61) = -.085^a$	.932
Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	$z(61) = -.849^b$	.396
Mein Leben vor dem Internet war leer.	$z(61) = -.528^b$	.597
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	$z(61) = -1.904^b$	.057
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	$z(61) = -1.100^b$	.271
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	$z(61) = -3.027^b$	.002
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	$z(61) = -2.178^b$	.029
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	$z(61) = -2.105^b$	.035
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	$z(61) = -2.887^b$	.004
Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	$z(61) = -2.459^b$	.014
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	$z(61) = -2.559^b$	.010
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	$z(61) = -.852^b$	.394
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	$z(61) = -1.294^b$	.196

a = basiert auf positiven Rängen; b = basiert auf negativen Rängen; c = Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge

Werden die Mittelwerte der signifikanten Items näher betrachtet, so ist sichtbar, dass nach dem Onlinetraining niedrigere Werte angegeben wurden als vor dem Onlinetraining. Tabelle 50 stellt die signifikanten Items samt Mittelwert zu t_1 und t_2 dar.

Tabelle 50: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des MCI in VG2 zu t_1 und t_2

Item	$M^* (SD) t_1$	$M^* (SD) t_2$
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	1.89 (1.17)	1.42 (.66)
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	1.47 (.86)	1.24 (.68)
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	1.96 (1.28)	1.53 (.99)
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	1.71 (1.08)	1.29 (.69)
Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	1.82 (1.11)	1.40 (.89)
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	1.75 (1.19)	1.38 (.78)

*niedrigere Werte bedeuten eine geringere Zustimmung zur betreffenden Kognition

Diese Veränderungen in der VG2 sind umso mehr von Bedeutung, wenn zum Vergleich die Kontrollgruppe betrachtet wird. Hier zeigt der Wilcoxon-Test keinerlei signifikante Veränderungen an. Tabelle 51 zeigt die statistischen Kennzahlen der KG2 an.

Tabelle 51: Darstellung der statistische Kennzahlen der Items des MCI in KG2 zu t_1 und t_2

Item	z-Wert	p
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	$z(47) = -1.225^a$	.221
Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	$z(47) = -1.246^b$	.213
Mein Leben vor dem Internet war leer.	$z(47) = -.378^a$	.705
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	$z(47) = -.905^a$	.366
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	$z(47) = -1.289^b$	.197
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	$z(47) = -1.890^b$	.059
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	$z(47) = .000^c$	1.00
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	$z(47) = -.258^a$	.796
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	$z(47) = -1.00^a$	.317
Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	$z(47) = -.432^a$	.666
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	$z(47) = -.917^a$	.359
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	$z(47) = -1.311^a$	.190
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	$z(47) = -1.00^a$	.317

a = basiert auf positiven Rängen; b = basiert auf negativen Rängen; c = Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge

13 DISKUSSION STUDIE II

Es nahmen insgesamt 123 Personen an der Ersterhebung (t_1) im Onlinetraining teil. 61 Teilnehmer beendeten das Onlinetraining freiwillig, dies entspricht einer dropout-Rate von 50.4%. Botella und Kollegen (2010) berichten in ihrer Studie eines onlinebasierten Trainingsprogramms von einer ähnlich hohen drop-out Rate mit 51.61%, Andersson und Kollegen (2006) sprechen von 62%. Damit bewegt sich die vorhandene dropout Rate im Rahmen bisheriger Studien. Zwischen Versuchs- und der Wartelistenkontrollbedingung (nachfolgend Kontrollgruppe genannt) ergaben sich trotz nicht zufälliger Zuordnung (aufgrund der Rekrutierung in derselben Alters- und Bildungsgruppe) keine signifikanten Unterschiede.

13.1 Bearbeitung sozialer Ängste

Bei Betrachtung der Stichprobe fällt zunächst auf, dass mit Hilfe der SPIN-Cutoff-Kriterien 43.5% der Gesamtstichprobe als sozialphobisch zu klassifizieren wären. Auch mit Hilfe der LSAS findet sich eine Rate von 23%. In der aktuellen Literatur wird von Prävalenzraten in der Höhe von 4 und 14% in Europa berichtet (Fehm et al., 2005). Diese Zahlen müssen kritisch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass eine Selbstrekrutierung der Stichprobe stattfand. Obwohl grundsätzlich die Teilnahme freiwillig war, könnte es durchaus sein, dass sich Teilnehmer, die an sozialen Ängsten leiden, eher von einer Teilnahme am online Selbstsicherheitstraining angesprochen fühlten, und damit die gefundenen Prävalenzraten keinesfalls die tatsächliche Verteilung innerhalb der Studentenpopulation darstellen.

Werden die Veränderungen innerhalb der Versuchsgruppe untersucht, so fallen diese hoch signifikant aus mit einem großen Effekt ($d = 1.07$). Parallelen dieser Entwicklung finden sich auch in anderen onlinebasierten Behandlungsverfahren. Carlbring und Kollegen (2006) stellten ebenfalls eine signifikante Verringerung von sozialen Ängsten und des Vermeidungsverhaltens fest. Botella und Kollegen (2010) bestätigten diese Ergebnisse mit ihrer Studie über ein computerbasiertes Behandlungsprogramm, das ebenfalls zu einer deutlichen Veränderung im Bereich sozialer Ängste führte. Ähnlich große Effektstärken wie in der vorliegenden Studie (Cohen's d im Bereich von .94 bis 1.07) finden sich auch in der Studie von Titov und Kollegen (2008). Diese berichten von Effektstärken im Bereich von .95 bis 1.15. Damit können die vorliegenden Ergebnisse

auch als Bestätigung für das Interventionsmodell nach Clark und Wells (1995) gesehen werden, da eine Reduktion sozialer Ängste erreicht wurde.

Innerhalb der Versuchsgruppe verringerte sich die Rate an Sozialphobie von 44.26% auf 28% (gemessen mit SPIN), in der Kontrollgruppe blieb die Rate mit 36% nahezu stabil. Werden Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam mit Hilfe des SPIN verglichen, so ergibt sich für die Versuchsgruppe eine hoch signifikante Auswirkung des Onlinetrainings auf soziale Ängste mit einem großen Effekt ($d = .94$). Keinerlei Effekte ergaben sich in der Wartelisten-Kontrollbedingung. Ähnliche Entwicklungen finden sich auch mit Hilfe der LSAS. Es scheinen zwar sowohl Versuchs- als auch Kontrollgruppe über die Zeit hinweg eine Verringerung hinsichtlich des Summenscores in den Subskalen der LSAS aufzuweisen, allerdings fällt diese in der Versuchsgruppe stärker aus. In allen Subskalen verbesserte sich die Versuchsgruppe signifikant stärker. Nach dem Onlinetraining scheinen die Teilnehmer weniger Angst- und Vermeidungsverhalten an den Tag zu legen, und Leistungs- und Interaktionssituationen weniger zu fürchten und zu vermeiden. Diese Ergebnisse spiegeln sich in der SIAS wieder, die spezifisch soziale Interaktionsängste misst. Auch hier konnte sich die Versuchs- im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich stärker verbessern (mit einem Cohen's $d = .77$). Soziale Interaktionen wie Gespräche mit Autoritätspersonen, Freunde zu finden, einen anderen Standpunkt zu vertreten, mit einer attraktiven Person zu sprechen oder über die eigenen Gefühle zu sprechen werden nach dem Selbstsicherheitstraining online besser bewältigt.

13.2 Resilienz (soziale Kompetenzen, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit)

Werden die Ergebnisse der Subskalen der FSKN betrachtet, so ergeben sich innerhalb der Versuchsgruppe hohe bis höchst signifikante Unterschiede zwischen t_1 und t_2 mit mittleren ($d = .47$) bis sehr großen ($d = 1.18$) Effektstärken. Die Teilnehmer schätzen sich unmittelbar nach dem online Selbstsicherheitstraining als leistungsfähiger ein, die Angst vor einem Versagen nahm ab (Skala der allgemeinen Leistungsfähigkeit). Sie schätzen sich selbst als fähiger ein, Probleme und Schwierigkeiten des Alltags regeln zu können (Allgemeine Problembewältigung), und bezeichnen sich als sicherer und gefestigter in ihren Entscheidungen im Alltag (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit). Der Selbstwert, im Sinne der Zufriedenheit mit der eigenen Person, verbesserte sich am stärksten mit $d = 1.18$. Die Teilnehmer empfinden sich als weniger verletzbar, eher fröhlich gestimmt und weniger empfindlich (Skala der Empfindlichkeit und Gestimmtheit)

und können ihre Vorstellungen, Meinungen und Standpunkte (auch gegenüber Autoritätspersonen) besser durchsetzen (Skala der Standfestigkeit gegenüber Gruppen). Die Fähigkeit und Sicherheit, mit anderen Personen im Sinne des Anknüpfens und Fortführen von Gesprächen Kontakt aufzunehmen (Kontakt- und Umgangsfähigkeit) verbesserte sich ebenso wie das Gefühl, von primären Bezugspersonen wertgeschätzt und angenommen zu werden (Skala der Wertschätzung durch andere). Der Einfluss anderer Personen auf eigene Vorstellungen, Emotionen und das Verhalten, wird als geringer eingestuft als vor dem offline Selbstsicherheitstraining (Skala der Irritierbarkeit durch andere), und sie nehmen die Gefühle zu und Beziehungen mit anderen Personen als positiver wahr (Skala der Gefühle und Beziehungen zu anderen). Werden die Veränderungen innerhalb der Kontrollgruppe untersucht, so ergibt sich nur in der Skala „Allgemeiner Selbstwert“ eine Veränderung – der allgemeine Selbstwert dürfte über die Zeit hinweg durch externe Faktoren beeinflusst worden sein und verbesserte sich mit einer mittleren Effektstärke von $d = .53$. In den anderen Skalen ergeben sich keinerlei statistischen Verbesserungen über die Zeit hinweg.

Werden die Wartelisten-Kontroll- und Versuchsbedingung gemeinsam hinsichtlich der Veränderungen über die beiden Zeitstufen hinweg verglichen, so ergeben sich in 6 von 10 Subskalen signifikante Veränderungen mit mittleren Effektstärken. Die Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining konnten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intervention signifikant stärker in den Bereichen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ sowie „Irritierbarkeit durch andere“ verbessern. Während in einzelnen Skalen sogar Verschlechterungen innerhalb der Kontrollgruppe feststellbar waren (beispielsweise „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ oder „Wertschätzung durch andere“), konnte sich die Versuchsgruppe in allen Skalen verbessern, wenn auch in den Skalen „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, „Wertschätzung durch andere“ sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ in nicht signifikantem Ausmaß im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Skalen „Wertschätzung durch andere“ und „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ zeigen sich auch in der offline Stichprobe als nicht signifikant, wenn die Versuchs- und die Kontrollgruppe über die beiden Zeitstufen verglichen werden. Es kann daher der Schluss gezogen werden, dass diese beiden Themenbereiche durch das Selbstsicherheitstraining in einem nicht genügendem Ausmaß behandelt werden.

Einen weiteren wichtigen Teilbereich von Resilienz stellt die Emotionsregulation dar (Davydov et al., 2010; Stewart & Yuen, 2011). Durch das Selbstsicherheitstraining lassen sich in 6 von 7 Subskalen der SEE signifikante Veränderungen nachweisen. Die Teilnehmer können nach dem Selbstsicherheitstraining ihre Empfindungen besser annehmen (Akzeptanz eigener Emotionen), fühlen sich weniger von ihren Emotionen überschwemmt (Erleben von Emotionsüberflutung), können ihre eigenen Gefühle und Körpersignale besser wahrnehmen (Erleben von Emotionsmangel), nutzen Tagträume und Imaginationen weniger als Grundlage für Entscheidungen (Imaginative Symbolisierung von Emotionen), fühlen sich besser befähigt, den eigenen Gefühlszustand in die gewünschte Richtung zu beeinflussen (Erleben von Emotionsregulation) und können sich besser kontrollieren (Erleben von Selbstkontrolle). Die Effektstärken sind besonders in den Bereichen „Akzeptanz eigener Emotionen“ ($d = 1.18$), „Erleben von Emotionsüberflutung“ ($d = 1.14$) sowie „Erleben von Emotionsregulation“ ($d = 1.06$) als groß anzusehen, weswegen die Veränderung in diesen Skalen als besonders gelungen eingeschätzt werden kann.

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Effekte fanden sich innerhalb der Versuchsgruppe in drei Skalen Ergebnissen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass männliche Teilnehmer stärker vom Selbstsicherheitstraining im Bereich „Emotionsüberflutung“ profitieren konnten, sie fühlen sich nach dem Training weniger von ihren Emotionen „überschwemmt“ als weibliche Teilnehmer. Eine deutlichere Verbesserung der männlichen Teilnehmer ergab sich auch im Bereich „Emotionsmangel“, sie können ihre Emotionen und Gefühle nach dem Training besser wahrnehmen als die weiblichen Teilnehmer. Das Gefühl, sich selbst besser kontrollieren zu können, wurde ebenfalls bei den männlichen Teilnehmern durch das Selbstsicherheitstraining stärker beeinflusst als bei den weiblichen Teilnehmern. Eine Erklärung könnte sein, dass männliche Personen im Allgemeinen eher weniger zu Emotionsüberflutung und stärker zu einer Emotionskontrolle neigen als weibliche Personen (Behr & Becker, 2004), und dies durch das Selbstsicherheitstraining verstärkt wurde.

Werden Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam über die Zeit hinweg hinsichtlich der Subskalen der SEE verglichen, so können in drei Skalen Veränderungen gefunden werden. Teilnehmer am Selbstsicherheitstraining können nach dem Training ihre Emotionen besser akzeptieren, fühlen sich weniger von ihren Gefühlen überschwemmt und geben an, über eine bessere Emotionsregulation zu verfügen als die Personen der Kontrollgruppe. Das Selbstsicherheitstraining kann also vor allem in diesen Bereichen der Emotionsregulation als besonders effektiv bezeichnet werden, da die Teilnehmer nun

über mehr Ressourcen im Sinne der Emotionsregulation verfügen. Die Emotionsregulation stellt einen wesentlichen Bereich der Resilienz dar. Resiliente Menschen verfügen über ein besseres Repertoire, ihre Gefühle zu kontrollieren und können diese auch besser annehmen (Davydov et al., 2010; Petermann & Winkel, 2005; Stewart & Yuen, 2011). Auch dieser Bereich konnte mit dem online Selbstsicherheitstraining gefördert werden.

Resilienz steht in einem engen Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit und der internalen Kontrollüberzeugung. Zur Erfassung dieser Konstrukte wurde der „Review of Personal Effectiveness in Life with Locus of Control“ (ROPELOC) vorgegeben. Durch das Selbstsicherheitstraining ergaben sich Veränderungen in zehn der 14 Subskalen des ROPELOC mit mittleren bis hohen Effektstärken. Durch das online Selbstsicherheitstraining verbesserten sich die Teilnehmer in den Bereichen „Active Involvement“ (sich aktiv für etwas engagieren), „Leadership Ability“ (Führungsqualitäten), „Quality Seeking“ (mehr Lebensqualität erreichen), „Self Confidence“ (Selbstbewusstsein), „Self Efficacy“ (Selbstwirksamkeit), „Social Effectiveness“ (soziale Selbstwirksamkeit), „Stress Management“, „Time Efficiency“ (vorhandene Zeit effektiv zur eigenen Zufriedenheit nutzen) , „Coping with change“ (flexibel auf Veränderungen im Leben reagieren können) und „Overall Effectiveness“ teilweise höchst signifikant. Da vor allem die Selbstwirksamkeit unmittelbar mit Resilienz in Zusammenhang steht, kann der Schluss gezogen werden, dass diese höchst effektiv gefördert werden konnte. Ein weiterer Trend zeigt sich in der Subskala „Internale Kontrollüberzeugung“. Die Teilnehmer scheinen nach dem Selbstsicherheitstraining eine stärkere internale Kontrollüberzeugung anzugeben. Ein weiterer Trend zeigt sich in der Skala „Externale Kontrollüberzeugung“, diese scheint sich im Gegensatz zur internen zu verringern, wenn auch in nicht signifikantem Ausmaß.

Ähnlich den Ergebnissen des Selbstsicherheitstrainings in der offline Version ergeben sich somit Verbesserungen in allen vorher operationalisierten Schlüsselbereichen der Resilienz. Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit einer Förderung von Resilienz (Davydov et al., 2010; Petermann & Winkel, 2005), diese kann somit als statistisch nachweisbar gelungen angesehen werden. Das Selbstsicherheitstraining in der Onlineform kann aufgrund der vorliegenden Daten als effektiv im Bereich der Vermittlung sozialer Kompetenzen und damit der Förderung der Resilienz gelten.

13.3 Internetspezifische maladaptive Kognitionen

Der Fragebogen zur Erfassung internetspezifischer maladaptiver Kognitionen wurde erstmals im Rahmen einer Online-Interventionsstudie vorgegeben. Ziel war es zu eruieren, ob Onlineinterventionen einen Einfluss auf diese Kognitionen haben. Zum ersten Testzeitpunkt ergibt sich in der Gesamtstichprobe, dass vor allem die Items „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“ und „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“ die größte Zustimmung von Seiten der Teilnehmer erzielten. Diese Ergebnisse stimmen überein mit der Studie von Lehenbauer, Stetina und Kryspin-Exner (2006; 2007).

Werden sozialphobische (nach SPIN) und unauffällige Teilnehmer miteinander verglichen, so ergeben sich hohe bis höchst signifikante Unterschiede in sechs Kognitionen. Sozialphobische Personen geben mehr Zustimmung an hinsichtlich der Kognitionen „Menschen, die ich im Offline- Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin“, „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin“, „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“, „Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin“ sowie „Ich kann Konflikte online direkter austragen“. Diese Ergebnisse stimmen überein mit dem Modell nach Davis (2001). Dieser postulierte hoch signifikante Unterschiede zwischen sozial ängstlichen und unauffälligen Personen hinsichtlich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen. Diese vorliegenden Ergebnisse entsprechen auch bisherigen Befunden zu internetspezifischen maladaptiven Kognitionen, so neigen depressive und sozial ängstliche Personen allgemeinen zu verstärkten negativen Kognitionen das Internet betreffend (Lehenbauer, 2006, 2009; Lehenbauer et al., 2006; Lehenbauer, Stetina, & Seelmann, 2010).

Werden die Veränderungen durch das online Selbstsicherheitstraining näher betrachtet, so ergibt sich, dass sich einzelne Kognitionen innerhalb der Versuchsgruppe verändert haben. Während sich prinzipiell alle maladaptiven Kognitionen in eine adaptive Richtung entwickelten, und nach dem Training als weniger bedeutend als zuvor eingeschätzt wurden, gelang dies im signifikanten bis hoch signifikanten Ausmaß vor allem bei folgenden Items: „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin“, „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“, „Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin“, „Ich kann es kaum erwarten online zu sein, wenn ich den PC einschalte“ und „Ich kann Konflikte online direkter austragen“. Teilnehmer, die am Onlinetraining teilnahmen, berichten davon, dass das Gefühl einer Erleichterung, online zu sein, ebenso

wie die Fähigkeit, Konflikte eher nur online anzusprechen, abnahm. Das Gefühl, dass man sich im Internet anders präsentiere, als man eigentlich sei sowie dass Konflikte online einfacher austragbar seien, nahm ebenfalls ab. Auch wenn dieses Ausmaß insgesamt als gering zu betrachten ist, kann dennoch von einer Bearbeitung dieser internetspezifischen maladaptiven Kognitionen gesprochen werden. Diese Ergebnisse sind umso mehr von Bedeutung, als in der Kontrollgruppe keine einzige Veränderung feststellbar war.

Durch eine Verringerung sozialer Ängste ergab sich auch eine Verringerung internetspezifischer maladaptiver Kognitionen, obwohl sie nicht explizit im Onlinetraining angesprochen wurden. Auch wenn das Internet verstärkt im Rahmen eines Onlinetrainings genutzt wird, hat dies offenbar keine Auswirkungen auf internetspezifische maladaptive Kognitionen. Lee und Stapinski (2012) betonen die Notwendigkeit, internetspezifische maladaptive Kognitionen in die Therapie von sozial ängstlichen Personen miteinzubeziehen. Ausgehend vom Modell nach Clark und Wells (1995) sehen sie problematischen Internetgebrauch als ein Sicherheits- und Vermeidungsverhalten von sozial ängstlichen Usern und internetspezifischen maladaptive Kognitionen als direkte Folge davon. Sie stellen es in Frage, ob internetspezifische maladaptive Kognitionen durch Onlineinterventionen verringert oder verstärkt werden. Mit den vorliegenden Daten konnte ein Hinweis gefunden werden, dass sich derartige Kognitionen, zeitgleich mit einer Bearbeitung sozialer Ängste, signifikant verringern. Es kann damit als eine Bestätigung für das Modell von Davis (2001) gesehen werden. Sobald distale Faktoren (soziale Ängste) bearbeitet werden, verändern sich auch proximale Faktoren wie internetspezifische maladaptive Kognitionen.

14 VERGLEICHENDE DARSTELLUNG STUDIE I UND STUDIE II

Das vorliegende Kapitel erhebt den Anspruch einer Diskussion der Wirkmechanismen in beiden Studien. Werden ganz allgemein die in der vorliegenden Dissertation gefundenen Effektstärken mit denen bisheriger Studien verglichen, so finden sich kaum Unterschiede. So entsprechen die Ergebnisse von Studie I mit $d = 1.01$ bis $d = 1.25$ den Ergebnissen wie von Renneberg und Ströhle (2006) sowie anderen Autoren berichtet mit (im Mittel) $d = 1.0$ (Fedoroff & Taylor, 2001; Rodebaugh et al., 2004; Taylor, 1996). Baer und Garland (2005) untersuchten die Effekte eines Gruppentrainings an sozialphobischen Jugendlichen und berichten Effektstärken im Bereich von $d = .85$ bis $d = 1.63$. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch McEvoy und Kollegen (2007) mit $d = .8$, wobei einschränkend betont werden muss, dass die vorliegende Stichprobe aus gemischten Gruppen von selbstsicheren, sozial ängstlichen und schüchternen Jugendlichen bestand und nicht ausschließlich aus Sozialphobikern.

Die Ergebnisse der Studie II reihen sich in die berichteten Effektstärken anderer Studien ein (Lehenbauer et al., 2013). Carlbring und Kollegen (2007) berichten in ihrer Studie von Effektstärken innerhalb der Versuchsgruppe von $d = 1.06$ bis $d = 1.16$. Botella und Kollegen (2010) berichten ebenfalls, gleich wie den vorliegenden Daten, von höchst signifikanten Unterschieden zwischen Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingungen.

Weiters werden die Ergebnisse der beiden Studien I (offline) und II (online) gemeinsam betrachtet. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Effektivität des Selbstsicherheitstrainings. In beiden Versuchsgruppen kann die Intervention aufgrund der vorliegenden Daten als wirksam angesehen werden, da Resilienz in einem ähnlichen Ausmaß gefördert werden konnte. Auffällig ist, dass hinsichtlich der Frankfurter Selbstkonzeptskalen in beiden Versuchsgruppen die Subskalen „Allgemeiner Selbstwert“, „Allgemeine Leistungsfähigkeit“ und „eigene Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ die größten Effektstärken aufweisen (für eine Übersicht der Effektstärken je Subskala siehe Tabelle 52).

Tabelle 52: Darstellung der Effektstärken der prä-post Vergleiche t_1 und t_2 der beiden Versuchsgruppen (SPIN, LSAS und FSKN)

Skala	VG1		VG2	
	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SPIN	< .001	.84	< .001	1.07
LSAS total	< .001	.9	< .001	1.3
LSAS Vermeidung	<.001	.76	< .001	1.25
LSAS Angst	<.001	.84	< .001	1.1
LSAS Vermeidung von Interaktionsituationen	<.001	.75	< .001	1.19
LSAS Angst vor Interaktionsituationen	<.001	.79	< .001	1.01
LSAS Vermeidung von Leistungssituationen	<.001	.58	< .001	1.07
LSAS Angst vor Leistungssituationen	<.001	.7	< .001	1.14
Allgemeine Leistungsfähigkeit	<.001	.81	< .001	.83
Allgemeine Problembewältigung	<.001	.76	< .001	.7
Verhaltens-/ Entscheidungssicherheit	.022	.27	< .001	.72
Allgemeiner Selbstwert	<.001	.94	< .001	1.18
Empfindlichkeit und Gestimmtheit	<.001	.97	< .001	.76
Standfestigkeit gegenüber Gruppen	<.001	.54	.003	.58
Kontakt- und Umgangsfähigkeit	.032	.25	.006	.53
Wertschätzung durch andere	<.001	.5	.012	.47
Irritierbarkeit durch andere	.004	.33	.001	.65
Gefühle/Beziehungen zu anderen	.001	.38	.001	.61

Auch bei einem Vergleich der Subskalen des SEE und ROPELOC finden sich größtenteils dieselben signifikanten Effekte. Die Teilnehmer konnten sich weder in der Offline-, noch in der Onlineversion in den Subskalen „Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“, „Imaginative Symbolisierung von Emotionen“, „Cooperative Teamwork“, „Open Thinking“, „Internal locus of control“ sowie „External locus of control“ verbessern (siehe Tabelle 53).

Tabelle 53: Darstellung der Effektstärken der prä-post Vergleiche der beiden Versuchsgruppen (für SEE und ROPELOC)

Skala	VG1		VG2	
	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Akzeptanz eigener Emotionen	<.001	.44	<.001	1.18
Erleben von Emotionsüberflutung	<.001	.43	<.001	1.14
Erleben von Emotionsmangel	<.001	.44	.011	.56
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	.698	.04	.262	.24
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	.113	.18	.036	.46
Erleben von Emotionsregulation	<.001	.49	<.001	1.06
Erleben von Selbstkontrolle	.003	.35	.043	.45
Active Involvement	.016	.28	.003	.58
Cooperative Teamwork	.396	.1	.056	.35
Leadership Ability	<.001	.64	.007	.51
Open Thinking	.099	.19	.110	.3
Quality Seeking	.897	.01	.036	.39
Self Confidence	<.001	.47	<.001	.78
Self Efficacy	<.001	.6	<.001	.94
Social Effectiveness	.003	.35	<.001	.78
Stress Management	<.001	.5	<.001	.78
Time Efficiency	.001	.39	<.001	.82
Coping with change	<.001	.5	<.001	.93
Overall Effectiveness	<.001	.59	<.001	.77
Internal locus of control	.187	.15	.086	.32
External locus of control	.426	.09	.141	.27

Zusammenfassend kann daher der Schluss gezogen werden, dass in beiden Interventionsdarbietungsformen die zugrunde liegenden Wirkmechanismen ähnlich sind. Es können diese Ergebnisse als Hinweis für eine Wirksamkeit von Interventionen nach dem kognitiv-lerntheoretischen Modells nach Clark und Wells (1995) gesehen werden. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studien andeuten, scheint es hinsichtlich einer Bearbeitung sozialer Ängste kaum Unterschiede zu geben, ob diese Intervention offline in Gruppenform oder online als Einzelform vorgegeben wird. Eine Darbietung als Onlinetraining gestaltet sich analog zu den Ergebnissen von Hedman und Kollegen (2012) und Acarturk und Kollegen (2012) in jedem Fall als ökonomischer

Ein herausragender Unterschied besteht jedoch hinsichtlich der Motivation der Teilnehmer. Obwohl diese nicht explizit mit Verfahren erfasst wurde, so ergaben sich während der Durchführung der beiden Trainingsformen wesentliche Unterschiede.

Während in der Versuchsgruppe der Offlinebedingung sämtliche Teilnehmer freiwillig am Selbstsicherheitstraining teilnahmen, und auch wöchentlich erschienen, war dies bei der Onlinebedingung nicht der Fall. Obwohl auch hier die Teilnahme freiwillig war, mussten die Teilnehmer via Email regelmäßig daran erinnert werden, dass nun eine weitere Einheit bereit stand für eine Bearbeitung. Dies steht in Einklang mit Empfehlungen von Bottella und Kollegen (2010).

15 KRITIK UND AUSBLICK

Die vorliegende Dissertation war mit ihrer Datenerhebung in das Projekt „SKY: Selbstsicher, Kompetent – For the Youth!“ eingebettet. Trotz umfassender Planung ergaben sich Abweichungen der ursprünglich geplanten wissenschaftlichen Erhebung.

Als auffälligster Kritikpunkt darf die mangelnde interne Validität der vorliegenden Ergebnisse aufgrund des quasiexperimentellen Charakters der Studie gelten. Weder gelang eine hinreichende Randomisierung noch Parallelisierung der für die Durchführung des Offlinetrainings verwendeten Stichprobe (das gilt auch für die Pilotstichprobe des Onlinetrainings). Die Offlinestichprobe konnte nur klassenweise zufällig in die Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung eingeteilt werden (allerdings ergaben sich bis auf zwei Subskalen im FSKN keine Unterschiede zwischen den Klassen). Es ergaben sich keinerlei Unterschiede zwischen der Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung in der Onlinestichprobe.

Es wurde kein ausgewogenes Geschlechterverhältnis erreicht. Es wurde versucht, den Gütekriterien ansatzweise durch Randomisierung der einzelnen Klassen gerecht zu werden. Die Kontrollgruppe des offline Selbstsicherheitstraining konnte beispielsweise nur in einem Jahrgang in einer einzigen Schule realisiert werden, dadurch ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters zwischen Versuchs- und Wartelisten-Kontrollbedingung. Während auch ältere Jahrgänge als Versuchsgruppe in die Studie miteinbezogen wurden, gelang es nicht, auch ältere Jahrgänge als Wartelisten-Kontrollbedingung zu gewinnen. Bortz und Döring (2005) betonen zwar, dass durch die mangelnde interne Validität die gefundenen Ergebnisse auch durch andere, nicht erfasste Variablen erklärt werden können (das trifft auch für die vorliegenden Studien zu), allerdings kann durch das Vorgehen „im Feld“ (also in der Schule selbst beziehungsweise durch die Rekrutierung freiwilliger Personen für die Onlinestichprobe) eine gewisse zufriedenstellende externe Validität (und damit ein praxisrelevanter Effekt) konstatiert werden.

Durch diese Untersuchung „im Feld“ ergaben sich weitere bedeutende Störvariablen, auf die kein Einfluss genommen werden konnte. So wurde beispielsweise den Psychologen nach Ende der Durchführung des Projekts mitgeteilt, dass in den Kontrollgruppen (Klassen, die kein Selbstsicherheitstraining absolvierten) die Schüler von den Pädagogen ebenfalls Informationen über Selbstsicherheit und soziale Kompetenzen bekamen. Dies hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Wartelisten-Kontrollbedingung und

könnte eine Erklärung dafür sein, dass sich diese ebenfalls (wenn auch nicht so stark wie die Versuchsgruppe) im Bereich der sozialen Kompetenzen (FSKN) verbesserte. Es sollte in nachfolgenden Studien ein Informationsabend für alle beteiligten Kooperationspartner stattfinden, und über wissenschaftliche Vorgangsweisen informiert werden. Dadurch kann das Risiko externer Störvariablen minimiert werden. Es kann unter diesem Aspekt die Vermittlung sozialer Kompetenzen und die Verringerung sozialer Ängste dennoch als besonders gelungen betrachtet werden, da es beispielsweise hinsichtlich sozialer Ängste keinerlei Effekte innerhalb der Kontrollgruppe in der Offlinestichprobe gab. Dies ist ein Hinweis für die Wirksamkeit der kognitiven Restrukturierung im Selbstsicherheitstraining.

Das Onlinetraining wurde anhand von jungen Erwachsenen als Pilotstichprobe evaluiert. Dadurch war es nicht möglich, die Daten des Selbstsicherheitstrainings online und offline direkt statistisch miteinander zu vergleichen, da es sowohl alters- als auch bildungsrelevante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen gibt. Dieser Vergleich war ursprünglich mit Jugendlichen geplant, aufgrund projektbezogener Verzögerungen konnte dies leider nicht realisiert werden.

Die Onlinestudie der vorliegenden Dissertation weist eigene methodische Vor- und Nachteile auf. Vor allem der Aspekt, spezifische Gruppen (beispielsweise schüchterne und sozial ängstliche Personen) niedrigschwellig zu erreichen, erweist sich als Vorteil des Internet (Strassnig, 2009). Ein Nachteil ist in der mangelnden Repräsentativität zu sehen, allerdings war durch die Konzeption als Pilotstichprobe der Anspruch, repräsentativ zu sein, nicht gegeben. Es wurde eine ad-hoc Stichprobe gebildet, da potentielle Teilnehmer in Lehrveranstaltungen rekrutiert wurden. Der Nachteil dieser Vorgangsweise durch fehlende Randomisierung und Parallelisierung ist die geringe interne Validität. Weiters war durch die Freiwilligkeit der Teilnahme keine Kontrolle der drop-out Rate möglich. Um diese Rate möglichst gering zu halten, wurde eine wöchentliche Erinnerungsmail ausgesandt, die Vorgangsweise wird schon von Botella und Kollegen (2010) empfohlen und vereinzelt von den Teilnehmern als positiv rückgemeldet.

Die genannte Vorgangsweise kann jedoch den Vorteil einer hohen externen Validität für sich beanspruchen. Da die Untersuchung „im Feld“ stattfand, ist davon auszugehen, dass das Selbstsicherheitstraining sowohl in der Online- als auch Offlineversion eine hohe Praxisrelevanz hinsichtlich der Bearbeitung sozialer Ängste und Förderung von Resilienz besitzt.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass das Internet eine gute Möglichkeit für schüchterne und sozial ängstliche Personen bietet, im Rahmen eines online Trainings ihre Ängste zu

bearbeiten. Die Anonymität sowie der niederschwellige Zugang bieten sich vor allem für sozialphobische Menschen an, da diese oft den Gang zu Professionisten aufgrund einer Angst vor negativer Beurteilung vermeiden. Die grundsätzlich positiven Ergebnisse der vorliegenden Dissertation können allerdings nicht im Sinne einer Behandlung von schweren Fällen von Sozialphobie interpretiert werden. Manualisierte Vorgehensweisen versprechen zwar im Allgemeinen eine ökonomische und effiziente Arbeitsweise. Für ein individuelles Vorgehen empfehlen sich nach Döpfner, Kinnen und Petermann (2010) jedoch unterstützend flankierende Maßnahmen wie auf die jeweilige Person bezogene problemorientierte Vorgehensweisen im Rahmen psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden. So sollen das Problem auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen verstärkt berücksichtigt werden.

Das vorgestellte Programm versteht sich als Ergänzung und Erweiterung bisheriger klinisch-psychologischer Interventionsformen, und kann insgesamt als effektiver Baustein für sozial ängstliche Personen gesehen werden. Einschränkung muss allerdings betont werden, dass es für manche Personengruppen bereits ausreicht, ein derartiges Onlinetraining als niedrigschwelligen Behandlungsbaustein zur Bearbeitung sozialer Ängste zu absolvieren, für andere empfiehlt es sich jedoch, zusätzlich herkömmliche (face-to-face) Beratung und Behandlung aufzusuchen, um individuelle Problemlagen berücksichtigen zu können.

16 ZUSAMMENFASSUNG

Das im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelte Selbstsicherheitstraining soll durch Vermittlung sozialer Kompetenzen und Emotionsregulationsstrategien Resilienz fördern und einer Entstehung sozialer Ängste primär-präventiv entgegen wirken. Resilienz (operationalisiert anhand sozialer und emotionaler Kompetenzen, sowie Selbstwirksamkeit) trägt dazu bei, dass Personen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben. Da die Pathogenese sozialer Ängste vor allem im Kindes- und Jugendalter stattfindet, ist es im Sinne primärer Prävention sinnvoll, Faktoren der Resilienz bereits in diesem Alter zu stärken.

Effektive Wirkfaktoren in bisher untersuchten Interventionsansätzen lassen sich vor allem einem kognitiv-lerntheoretischen Interventionsspektrum (Modell nach Clark und Wells, 1995) zuordnen. Da sich die Zielgruppe zu nahezu 100% im Internet aufhält, war es das Ziel der Dissertation, ein evidenzbasiertes Onlinetraining zu entwickeln. Allerdings ergeben sich aus der Literatur Hinweise, dass onlinebasierte Interventionen internetspezifische maladaptive Kognitionen verstärken könnten. Daher wurde im Rahmen von Studie II auch die Existenz internetspezifischer maladaptiver Kognitionen nach dem Modell von Davis (2001) vor und nach dem Onlinetraining überprüft. Bevor jedoch dieses Selbstsicherheitstraining online entwickelt werden konnte, wurde eine evidenzbasierte Offlineversion entwickelt. Dieses besteht aus 14 Einheiten (à 50 min.), und ist als präventives Instrument gedacht für gemischte Gruppen von sowohl schüchternen als auch sozial ängstlichen Personen.

Die Überprüfung der Wirksamkeit des offline Trainings (Studie I) fand in drei kooperierenden Schulen anhand von 330 Teilnehmern (Versuchsgruppe $n = 153$; Wartelisten-Kontrollbedingung: $n = 177$) statt. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie (gemessen mit Hilfe der „Social Phobia Inventory“) in der Versuchsgruppe von 30% auf 14.4%, während der Wert in einer Wartelisten-Kontrollbedingung von 24% auf 25.7% minimal anstieg. Innerhalb der Versuchsgruppe ergaben sich im Bereich der sozialen Kompetenzen, der Emotionsregulation und der Selbstwirksamkeit hohe bis höchst signifikante Verbesserungen durch das Selbstsicherheitstraining, mit jeweils mittleren bis großen Effektstärken.

Aufgrund der evidenzbasierten Vorgangsweise fand die Adaptierung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings in eine Onlineform erst nach erfolgter erfolgreicher Evaluierung anhand einer offline Stichprobe statt. Die Inhalte und die Anzahl der Einheiten sind deckungsgleich. Es wurde anhand einer Pilotstichprobe (Studie II) von 108 Personen

(Versuchsgruppe $n = 61$; Wartelisten-Kontrollbedingung: $n = 47$) überprüft, es fanden sich ähnlich positive Auswirkungen. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie innerhalb der Versuchsgruppe von 44.26% auf 28% (gemessen mit SPIN). Soziale Interaktionen wie Gespräche mit Autoritätspersonen, Freunde zu finden, einen anderen Standpunkt zu vertreten, mit einer attraktiven Person zu sprechen oder über die eigenen Gefühle zu sprechen werden nach dem online Selbstsicherheitstraining besser bewältigt. Auch der Bereich der Resilienz konnte signifikant gefördert werden. Die Teilnehmer am online Selbstsicherheitstraining konnten sich im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollbedingung ohne Intervention signifikant stärker in den Bereichen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ sowie „Irritierbarkeit durch andere“ verbessern.

Internetspezifische maladaptive Kognitionen nahmen durch das onlinebasierte Training signifikant ab, während in der Kontrollgruppe keinerlei Effekte sichtbar waren. Probanden, die am Onlinetraining teilnahmen, berichten davon, dass das Gefühl einer Erleichterung, online zu sein, ebenso wie die Fähigkeit, Konflikte eher nur online anzusprechen, abnahm. Das Gefühl, dass man sich im Internet anders präsentiere, als man eigentlich sei sowie dass Konflikte eher online austragbar seien, nahm ebenfalls ab. Diese Ergebnisse sind als Bestätigung für das „Kognitiv-Behaviorale Modell eines pathologischen Internetgebrauchs“ nach Davis (2001) zu sehen.

Da sich beide Versuchsgruppen unabhängig von der Art der Vorgabe (online als Einzeltraining oder offline als Gruppentraining) in einem ähnlichen Ausmaß verbessern konnten, können die Ergebnisse als Bestätigung für die Wirkmechanismen kognitiv-lerntheoretischer Verfahren (Modell nach Clark und Wells, 1995) gesehen werden. Insgesamt wurde das Ziel der Dissertation, ein Selbstsicherheitstraining zur Prävention sozialer Ängste durch eine Förderung von Resilienz anhand evidenzbasierter Offline- und Onlineinterventionen zu entwickeln, erreicht.

17 ABSTRACT DEUTSCH UND ENGLISCH

Das im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelte Selbstsicherheitstraining soll durch Vermittlung sozialer und kognitiver Kompetenzen mit Hilfe evidenzbasierter Wirkmechanismen Resilienz fördern und damit einer Entstehung sozialer Ängste primärpräventiv entgegen wirken. Da soziale Ängste besonders im Jugend- und jungen Erwachsenenalter eine Rolle spielen, und sich diese Altersgruppe besonders oft im Internet aufhält, wurde das Selbstsicherheitstraining sowohl als Offline- als auch Onlineversion erstellt. Es stellt sich weiters die Frage, ob ein derartiges onlinebasiertes Training eine Auswirkung auf internetspezifische maladaptive Kognitionen hat.

Studie I untersuchte die Auswirkung des Selbstsicherheitstrainings auf soziale Ängste und Faktoren der Resilienz als offline Gruppenintervention in drei kooperierenden Schulen anhand von 330 (Versuchsgruppe $n = 153$; Wartelisten-Kontrollbedingung: $n = 177$) Teilnehmern. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie (gemessen mit Hilfe der „Social Phobia Inventory“) in der Versuchsgruppe von 30% auf 14.4%, während der Wert in der Wartelisten-Kontrollbedingung von 24% auf 25.7% anstieg. Mit Resilienz in Zusammenhang stehende Faktoren wie soziale Kompetenzen, Emotionsregulation sowie Selbstwirksamkeit konnten höchst signifikant, mit jeweils mittleren bis großen Effektstärken, verbessert werden und zeigten sich auch in der follow-up Untersuchung nach 3 Monaten stabil.

Studie II beschäftigte sich mit der Übertragung des offline Selbstsicherheitstrainings in eine online Version. Insgesamt nahmen 108 Personen (Versuchsgruppe $n = 61$; Wartelisten-Kontrollbedingung: $n = 47$) an einer Pilotstudie (prä- und post-Testung) teil. Es verringerte sich die Rate an Sozialphobie höchst signifikant von 44.26% auf 28% (gemessen mit SPIN). Die Resilienz konnte in der Versuchsgruppe ebenfalls höchst signifikant verbessert werden, während in der Kontrollgruppe keine derartigen Effekte zu finden waren. Internetspezifische maladaptive Kognitionen nahmen durch das onlinebasierte Training ab. Probanden, die am Onlinetraining teilnahmen, berichten davon, dass das Gefühl einer Erleichterung, online zu sein, ebenso wie die Fähigkeit, Konflikte eher nur online anzusprechen, abnahm.

Das Ziel der Studie, ein Selbstsicherheitstraining zur Prävention sozialer Ängste durch eine Förderung von Resilienz anhand evidenzbasierter Offline- und Onlineinterventionen zu entwickeln, kann damit als erreicht angesehen werden. Die Ergebnisse lassen auf eine generelle Wirksamkeit kognitiv-lerntheoretischer Wirkmechanismen unabhängig von der Art der Vorgabe (online oder offline) schließen.

Resilience is a crucial factor for the health of individuals. It is characterized by social, cognitive and emotion regulation skills. There is a need for interventions fostering resilience especially in adolescence and young adulthood; this age group is at risk of developing social phobia (SP). SP is one of the most common anxiety disorders, and characterized by an early age of onset and more frequent histories of childhood and adolescent shyness. The dissertation thesis aimed at developing an evidence based “social skills training”, in both an offline and online version, for increasing social, cognitive and emotional skills. Additionally, we studied the effects of maladaptive cognitions concerning the internet.

330 (intervention group $n = 153$; waiting list – control group $n = 177$) students attended the offline training. We found a highly significant decrease of social phobia in our intervention group (from 30% before the intervention to 14.4% after the training, measured by “Social Phobia Inventory”). We also found highly significant effects in our offline treatment group concerning resilience (improvements in social and emotional regulation skills).

Conducting an online study with 108 participants (intervention group $n = 61$; waiting list – control group $n = 47$) from the faculty of psychology, we found similar effects in our online intervention group. Participants reported highly significant decreases of social and emotion regulation skills (resilience) and a highly significant decrease of social fears after the intervention (from 44.26% before the online training to 28% after the training, measured by “Social Phobia Inventory”). Additionally, we found highly relevant decreases in items regarding maladaptive cognitions concerning the internet in our intervention group, with no effects in our control group.

Our findings suggest a promising evidence of the efficacy and efficiency of cognitive-behavioral intervention methods, with hardly any differences if provided online or offline. Our training is effective in increasing resilience and preventing social fears both offline and online. It may be considered as a first step in self-help or treatment programs.

18 LITERATURVERZEICHNIS

- Acarturk, C., Smit, F., de-Graaf, R., van-Straten, A., ten-Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 62–70.
- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393–400. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.003
- Aderka, I. M., Nickerson, A., & Hofmann, S. G. (2012). Admixture analysis of the diagnostic subtypes of social anxiety disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 752–757. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.10.012
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209–1238.
- Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(2), 199–209.
- Alsleben, H., & Hand, I. (2006). *Soziales Kompetenztraining: Gruppentraining bei sozialen Ängsten und Defiziten*. München: Urban & Fischer.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2009). The Relationship Among Social Phobia, Objective and Perceived Physiological Reactivity, and Anxiety Sensitivity in an Adolescent Population. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 18–26. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.011
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175–180.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., . . . Ekselius, L. (2006). 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.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA. (2011). E 04 Social Anxiety Disorder Retrieved April, 11th, 2012, from <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=163>
- Asendorpf, J. B. (1998). Die Entwicklung sozialer Kompetenzen, Motive und Verhaltensweisen. In F. W. Weinert (Ed.), *Entwicklung im Kindesalter* (pp. 153–177). Weinheim: Beltz.

- Baer, S., & Garland, E. J. (2005). Pilot Study of Community-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents With Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258-264. doi: 10.1097/00004583-200503000-00010
- Baker, S. R., & Edelman, R. J. (2002). Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 243-257.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Battaglia, M., Zandoni, A., Taddei, M., Giorda, R., Bertolotti, E., Lampis, V., . . . Tettamanti, M. (2012). Cerebral responses to emotional expressions and the development of social anxiety disorder: a preliminary longitudinal study. *Depression and Anxiety*, 29, 54-61.
- Baumann, A., & Perrez, U. (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Albany: Graywind Publications.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Behr, M., & Becker, M. (2004). *SEE: Skalen zum Erleben von Emotionen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Beidel, D., Rao, P. A., Scharfstein, L., Wong, N., & Alfano, C. A. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 992-1001.
- Beidel, D. C., & Morris, T. (1995). Social phobia. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 181-211). New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobias and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-129). New York: Plenum.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, Phobic Adults*. Washington DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1999). The Natural Course of Shyness and Related Syndromes. In L. A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia* (pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.

- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of Adolescent Social Phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(1), 46–53.
- Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1021–1035.
- Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2010). Internetbasierte Therapie der sozialen Phobie: Ergebnisse einer 6-Monate-Katamnese. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(4), 217–221.
- Berghändler, T., Stieglitz, R. D., & Vriends, N. (2007). Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung. *Schweizer Medizin Forum*, 7(9), 225–230.
- Berry, D., & O'Connor, E. (2010). Behavioral risk, teacher-child relationships, and social skills development across middle childhood: A child-by-environment analysis of change. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 1–14.
- Bijstra, J. O., & Jackson, S. (1999). Social skills training with early adolescents: effects on social skills, well-being, self-esteem and coping. *European Journal of Psychology of Education*, 13(4), 569–583.
- Blöte, A. W., Bokhorst, C. L., Miers, A. C., & Westenberg, P. M. (2012). Why are socially anxious adolescents rejected by peers? The role of subject-group similarity characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 22(1), 123–134. doi: 10.1111/j.1532-7795.2011.00768.x
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(271–292).
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 407–421.
- Botella, C., Hofmann, S. G., & Moscovitch, D. A. (2004). A Self-Applied, Internet-Based Intervention for Fear of Public Speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 821–830.
- Bundesministerium für Gesundheit, B. (2005). Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum*, 13(2), 43–53.
- Buser, K., Schneller, T., & Wildgrube, K. (2007). *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie - Medizinische Soziologie: Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog* (6. Aufl.). München: Elsevier.

- Campbell, A. J., Cumming, S. R., & Hughes, I. (2006). Internet use by the Socially Fearful: Addiction or Therapy? *CyberPsychology & Behavior*, 9(1), 69–81.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553–575.
- Caplan, S. E. (2007). Relations Among Loneliness, Social Anxiety, and Problematic Internet Use. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 234–242.
- Carducci, B. J. (1999). *Shyness: A bold new approach*. New York: HarperCollins Publisher, Inc.
- Carlbring, P., Bergman-Nordgren, L., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 848–850.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczko, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10(1), 30–38.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 123–128.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L., & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 737–742.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131–141.
- Chak, K., & Leung, L. (2004). Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *CyberPsychology & Behavior*, 7(5), 559–570.
- Chambless, D. L., & Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In P. M. Salkovski (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 345–382). New York: Guilford.
- Cheek, J. M., & Krasnoperova, E. N. (1999). Varieties of Shyness in Adolescence and Adulthood. In L. A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia* (pp. 224–250). New York: Oxford University Press.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Korten, A. (2002). Web-based Cognitive Behavior Therapy: Analysis of Site Usage and Changes in Depression and Anxiety Scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), :e3.

- Clark, D. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 405–430). Chichester: John Wiley & Sons LTD.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Clauss-Ehlers, C. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 197-212. doi: 10.1016/j.appdev.2008.02.004
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2. Auflage)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, H., & Griffiths, M. D. (2007). Social Interactions in Massively Multiplayer Online Role-Playing Gamers. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4), 575-583.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., 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(4), 379–386.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 31(3), 223-227.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive- behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195.
- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Deusinger, I. M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Petermann, F. (2010). Aktuelle Kontroverse. Vor- und Nachteile von Therapiemanualen. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 129-138.
- duBois, D. L., & Felner, R. D. (1996). *The quadripartite model of social competence*. New York: Guilford.
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (1998). Häufigkeit und Komorbidität sozialer Ängste und sozialer Phobie bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 524-530.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 3, 311-324.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and Burden of Social Phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453–462.

- Fehm, L., & Wittchen, H.-U. (2004). *Wenn Schüchternheit krank macht. Ein Selbsthilfeprogramm zur Bewältigung Sozialer Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Felinhofer, A., Kothgassner, O., & Stetina, B. U. (2011). Cyberethics. Ethik im Kontext der Online Forschung. In A. Felinhofer, O. Kothgassner & I. Kryspin-Exner (Eds.), *Ethik in der Psychologie* (pp. 181-192). Wien: UTB facultas.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-Behavioral Versus Exposure Only Treatment for Social Phobia - a Metaanalysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720. doi: Doi 10.1016/S0005-7894(05)80040-1
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: Sage.
- Ford, M. E. (1985). The concept of competence: Themes and variations. In H. A. Marlowe & R. B. Weinberg (Eds.), *Competence development* (pp. 3-49). Springfield: Thomas Publishers.
- Fredrikson, M., & Furmark, T. (2004). Brain imaging studies in social anxiety disorder. In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds.), *Social Anxiety Disorder* (pp. 215-233). New York: Marcel Dekker.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 416–424.
- Fydrich, T. (2002). Soziale Kompetenz und soziale Performanz bei Sozialer Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Eds.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (pp. 181-203). Göttingen: Hogrefe.
- Gaggioli, A., Mantovani, F., Castelnovo, G., Wiederhold, B., & Riva, G. (2003). Avatars in Clinical Psychology: A Framework for the Clinical Use of Virtual Humans. *CyberPsychology & Behavior*, 6(2), 117–125.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 459-479. doi: 10.1016/s0887-6185(03)00027-6
- Ginsburg, G. S., LaGreca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(175-185).
- Greco, L., & Morris, T. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 36(197-205).
- Greif, S. (1987). Soziale Kompetenzen. In D. Frey & S. Greif (Eds.), *Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (pp. 312-320). München: Psychologie Verlags Union.

- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. Prevalence and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 1–7.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., F. Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342–349.
- Harris, S. R., Kemmerling, R. L., & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology and Behavior*, 5(6), 543–550.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 3–20). New York: Guilford press.
- Hedges, D. W., Brown, B. L., Shwalb, D. A., Godfrey, K., & Manja Larcher, A. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 102–111.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172–179.
- Heiser, N., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 209–221.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 469–476.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). Shyness as a Clinical Condition. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 431–447). Chichester: John Wiley & Sons LTD.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2008). Shyness. *Encyclopedia of Mental Health (in press)*. Retrieved April 11th, 2012, 2012, from <http://www.shyness.com/encyclopedia.html>
- Herbert, J. D., Gaudiano, A. B., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 167–177. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.004

- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Therapy*, 36, 125-138.
- Herbert, M. (1999). *Soziale Kompetenz. Den Umgang mit anderen üben*. Bern: Hans Huber.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz.
- Hintenberger, G., & Kühne, S. (2009). Veränderte mediale Lebenswelten und Implikationen für die Beratung. In S. Kühne & G. Hintenberger (Eds.), *Handbuch der Online-Beratung* (pp. 13–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoffmann, S. O., & Egle, U. (1996). Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung. *Psychotherapeut*, 41, 13-16.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hurrelmann, K., & Settertobulte, W. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (pp. 131-148). Göttingen: Hogrefe.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., Anderson, E. R., & Johnson, H. S. (2007). Subjective versus objective behavioral ratings following two analogue tasks: A comparison of socially phobic and non-anxious adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 76-90.
- International Society for Mental Health Online, I. (2000). Suggested principles for the Online Provision of Mental Health Services Retrieved 10.11.2011, from <https://ismho.org/suggestions.asp>
- Jerusalem, M., & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 164-174. doi: 10.1026//0044-3409.210.4.164
- Joormann, J., & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen - ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Ju-Yu, Y., Chih-Hung, K., Cheng-Fang, Y., Hsiu-Yueh, W., & Ming-Jen, Y. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Depression, Social Phobia and Hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, 93-98.
- Jugert, G., Rehder, A., Notz, P., & Petermann, F. (2007). *Soziale Kompetenz für Jugendliche*. München: Weinheim.

- Kagan, J. (1999). The concept of behavioral inhibition. In L. A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness and social phobia*. New York: Oxford Press.
- Kanning, U. P. (2003). Band 4: Diagnostik sozialer Kompetenzen. In F. Petermann & H. Holling (Eds.), *Kompendien psychologische Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Kazdin, A. E., Esveltd-Dawson, K., French, N., & Unis, A. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 14(340-366).
- Kendall, P. C., & Treadwell, K. R. H. (1997). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirical based strategies for clinical practice* (pp. 23-38). Washington: American Psychological Association.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kersting, A., Schlicht, S., & Kroker, K. (2009). Internettherapie. Möglichkeiten und Grenzen. *Der Nervenarzt*, 80(7), 797–804.
- 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.
- King, S. A., & Moreggi, D. (2007). Internet Self-Help and Support Groups: The Pros and Cons of Text-Based Mutual Aid. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Interpersonal, and Tranpersonal Implications* (pp. 221–244). Burlington, Mass. [u.a.]: Elsevier Acad. Press.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, 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.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13. doi: 10.1186/1471-244X-7-13

- Korn, L. (2012). Resilienz - Eine interdisziplinäre annäherung an konzept und Forschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(5), 305-321.
- Lanteaume, L., Khalfa, S., Regis, J., Marquis, P., Chauvel, P., & Bartolomei, F. (2007). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Cerebral Cortex*, 17(6), 1307-1313.
- Leary, M. R. (1986). Affective and behavioral components of shyness. In W. H. Jones, J. M. Cheeks & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York: Plenum.
- Lee, B. W., & Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 197-205. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.001
- Lehenbauer, M. (2006). *Pathologischer Internetgebrauch und Sozialphobie: spezifische maladaptive Kognitionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Wien.
- Lehenbauer, M. (2009). Problematischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische maladaptive Kognitionen. In B. U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Eds.), *Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (pp. 261–273). Wien: Springer-Verlag.
- Lehenbauer, M., Kothgassner, O., Felnhöfer, A., & Glenk, L. (2012). Play for change? A psychological view on computer games In K. Mitgutsch, J. Wimmer, D. Rusch & H. Rosenstingl (Eds.), *Applied Playfulness. Conference Proceedings of the FROG Vienna Games Conference 2011*. Vienna: Braumueller.
- Lehenbauer, M., Kothgassner, O., Kryspin-Exner, I., & Stetina, B. U. (2013). An online self-administered social skills training for young adults: results of a pilot study. *Computers & Education*, 61, 217-224. doi: dx.doi.org/10.1016/j.compedu.2012.09.007
- Lehenbauer, M., & Stetina, B. U. (2009). Interaktive Programme und virtuelle Simulationen. In S. Kühne & G. Hintenberger (Eds.), *Handbuch der Online-Beratung* (pp. 155–165). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lehenbauer, M., & Stetina, B. U. (2009). Virtuelle Simulationen, Virtuelle Realitäten: Neue Medien in der Behandlung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 30(3), 368-383.
- Lehenbauer, M., & Stetina, B. U. (2012). *Internet and Psychology: Use new media for preventing social fears*. Paper presented at the 8th Annual Games for Health Conference 2012, Boston. <http://www.gamesforhealth.org/index.php/conferences/gfh-2012/games-for-health-2012-schedule-block/>

- Lehenbauer, M., Stetina, B. U., & Kryspin-Exner, I. (2006). *Maladaptive Cognitions Concerning the Internet*. Paper presented at the 20th European Health Psychology Conference, Warsaw, Poland.
- Lehenbauer, M., Stetina, B. U., & Kryspin-Exner, I. (2007). *Pathological Internet Use and Social Phobia*. Paper presented at the 10th European Congress of Psychology, Prague, CZR.
- Lehenbauer, M., Stetina, B. U., & Kryspin-Exner, I. (2007). *Social Phobias Relation To The Internet*. Paper presented at the 10th European Congress of Psychology, Prague, CZR.
- Lehenbauer, M., Stetina, B. U., & Seelmann, V. (2010). *Maladaptive Cognitions Concerning the Internet and Depression*. Paper presented at the 12th International "General Online Research" Conference, Pforzheim, Germany.
- Lepin, J.-P., & Simon, V. (1998). Überlegungen zum Begriff der Schüchternheit. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Eds.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (pp.). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Lewis-Fernandez, R., Hinton, D., Laria, A., Patterson, E., Hofmann, S., Craske, M., . . . Liao, B. (2010). Culture and the Anxiety Disorders: Recommendation for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 212-229.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Hoefler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A., & Klein, D. F. (1985). Social Phobia: Review of a Neglected Anxiety Disorder *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 729-736.
- Maheu, M., & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 484-489.
- 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.
- Manns, M., & Schultze, J. (2004). Prävention. In F. Petermann (Ed.), *Studien zur Jugend- und Familienforschung* (pp. 13-50). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Marteinsdottir, I., Furmark, T., Tillfors, M., Fredrikson, M., & Ekselius, L. (2001). Personality traits in social phobia. *European Psychiatry*, 16(3), 143–150.

- Maston, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74-88). Oxford: Oxford University Press.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and Cognitive Restructuring for Socialphobia: A Controlled Study. *Behavior Therapy*, 20(1), 3–23.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3030-3040. doi: 10.1016/j.brat.2007.08.002
- Melfsen, S. (2002). Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen. In U. Stangier & T. Fydrich (Eds.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (pp. 264-290). Göttingen: Hogrefe.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer-Verlag.
- Müller, N. (2002). *Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen*. Münster: Waxmann.
- Münchau, N., Demal, U., & Hand, I. (1998). Verhaltenstherapie bei sozialer Gehemmtheit. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Eds.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird: Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (pp. 119-136). Wien: Facultas.
- 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.
- Nangle, D. A., Erdley, C. A., Carpenter, E. A., & Newman, J. E. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: a developmental-clinical integration. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 169-199.
- Nangle, D. W., Grover, R., Holleb, L., Cassano, M., Fales, J., & Fales, J. (2010). *Defining Competence and identifying Target Skills*. New York: Springer.
- Neil, A., Batterham, P., Christensen, H., Bennett, K., & Griffiths, K. (2009). Predictors of Adherence by Adolescents to a Cognitive Behavior Therapy Website in School and Community-Based Settings. *Journal of Medical Internet Research*, 11(1), :e6.
- Neufeld, K. J., Swartz, K. L., Bienvenu, O. J., Eaton, W. W., & Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 186-192.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 89-103. doi: dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008

- Newman, M. G., Szkodny, L. E., & Przeworski, L. A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 178–186.
- Ollendick, T. H., Weist, M. D., Borden, C. M., & Greene, R. W. (1992). Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 80-87.
- Perren, S., Groeben, M., Stadelmann, S., & von Klitzing, K. (2008). Kompetenzen: Auswirkungen auf das emotionale Befinden. In C. Rohlf, M. Harring & C. Paletien (Eds.), *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie: Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 175-185.
- Petermann, F., & Winkel, S. (2005). *Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Phares, V., Renk, K., Duhig, A. M., Fields, S., & Sly, J. (2009). Gender differences in Positive and Negative Feelings Between Adolescents and Their Fathers and Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 213-218. doi: 10.1007/s10826-008-9221-2
- Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 665-675. doi: 10.1016/j.brat.2011.07.005
- Rabung, S., Jaeger, U., Streeck, U., & Leichsenring, F. (2006). Psychometrische Überprüfung der Social Phobia Scale (SPS) und der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) im stationären Setting. *Diagnostica*, 52(3), 143-153. doi: 10.1026/0012-1942.52.3.143
- 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(4), 244– 251.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia: A Step-by-step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Renneberg, B., & Ströhle, A. (2006). Soziale Angststörungen. *Der Nervenarzt*, 77(9), 1123-1132.

- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Rhoades, B. L., Greenberg, M. T., & Domitrovich, C. E. (2009). The contribution of inhibitory control to preschoolers' social-emotional competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 310-320.
- Richards, G. E., Ellis, L. A., & Neill, J. T. (2002). *The ROPELOC: Review of Personal Effectiveness and Locus of Control: A comprehensive instrument for reviewing life effectiveness*. Retrieved August, 10, 2011, from <http://wilderdom.com/abstracts/RichardsEllisNeill2002ROPELOCComprehensiveInstrumentReviewingPersonalEffectiveness.htm>.
- Rippen, H., & Risk, A. (2000). E-Health code of ethics. *Journal of Medical Internet Research*, 2(2), e9.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.007
- Roy, S., Klinger, E., Légeron, P., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. (2003). Definition of a VR-Based Protocol to Treat Social Phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6(4), 411-420.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und Sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Saile, H., & Kison, K. (2002). Erfassung sozialer Unsicherheit bei Kindern: Situative Aspekte und Verarbeitungsebenen. *Diagnostica*, 48(1), 6-11.
- Saß, H. (2003). *American Psychiatric Association: Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Denter, U. (2005). *Soziale Beziehungen im Lebenslauf. Lehrbuch der sozialen Entwicklung*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Schmidt, L. A., Fox, N. A., Schulkin, J., & Gold, P. W. (1999). Behavioral and psychophysiological correlates of self-representation in temperamentally shy children. *Developmental Psychology*, 35(2), 119-135.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behaviour Therapy*, 2, 307-320.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Shepherd, R.-M., & Edelmann, R. J. (2005). Reasons for internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 949-958.

- Silverman, W. K., LaGreca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66(671-686).
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Lygren, S., & Kringlen, E. (2000). The heriability of common phobic fear: A twin study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(549-562).
- Sosic, Z., Gieler, U., & Stangier, U. (2008). Screening for Social Phobia in Medical In- and Outpatients with the German Version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 849–859.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brachman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(211-221).
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Stangier, U., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., & Fydrich, T. (2002). Das Störungskonzept der Sozialen Phobie oder der Sozialen Angststörung. In U. Stangier & T. Fydrich (Eds.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (pp. 10-33). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., & Heidenreich, T. (2005). Liebowitz Soziale Angst-Skala (LSAS). In C. I. P. Sclarum (Ed.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U., & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 28–36.
- Stangier, U., Heidenreich, T., & Peitz, E. (2003). *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Stangier, U., & Steffens, M. (2002). *Social Phobia Inventory (SPIN) – Deutsche Fassung*. Frankfurt am Main: Psychologisches Institut der Universität Frankfurt am Main.
- Stetina, B. U., Kothgassner, O. D., Lehenbauer, M., & Kryspin-Exner, I. (2011). Beyond the fascination of Online-Games: Probing addictive behavior and depression in the World of Online-Gaming. *Computers in Human Behavior*, 27, 473-479.
- Stevens, S. B., & Morris, T. L. (2007). College Dating and Social Anxiety: Using the Internet as a Means of Connecting to Others. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 680-688. doi: 10.1089/cpb.2007.9970
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.

- Strassnig, B. (2009). Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung. In B. U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Eds.), *Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (pp. 277–296). Wien: Springer-Verlag.
- Strauss, C. C., Lahey, B. B., Frick, P., Frame, C. L., & Hynd, G. W. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137-141.
- Sung, S. C., Porter, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L. M., Otto, M. W., . . . Simon, N. M. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 435-441. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.004
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9. doi: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., . . . Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25(8), 708–717.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, 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.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008). Shyness 3: Randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1030-1040.
- 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., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 102(350-358).
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. (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.

- Ullrich, R., & Ullrich de Muynck, R. (1999). *Selbstwertstörung und soziale Phobie*. Hohengehren: Schneider.
- van Dam-Baggem, R. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
- 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.
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and Natural Course of Social Fears and Social Phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 417), 4–18.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., & Jönsson, B. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 50-57. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.012
- Yen, J.-U., Yen, C.-F., Chen, C.-S., Wang, P.-W., Chang, Y.-H., & Ko, C.-H. (2012). Social Anxiety in Online and Real-Life Interaction and Their Associated Factors. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 7-12. doi: 10.1089/cyber.2011.0015
- Young, C. M., & Lo, B. C. (2012). Cognitive appraisal mediating relationship between social anxiety and internet communication in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 52, 78-83. doi: 0.1016/j.paid.2011.09.001
- Young, K. S., & Rogers, R. C. (1998). The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 1(1), 25–28.
- Zalta, A. K. (2011). A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 749-760.

19 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Einflussfaktoren der Störungsentstehung nach Petermann und Winkel (2005)	6
Abbildung 2: Prozessmodell sozial kompetenten/inkomptenten Verhaltens nach Hinsch und Pfingsten (2007, S. 14), modifiziert von Lehenbauer.....	13
Abbildung 3: Kontinuumsmodell Schüchternheit – Sozialphobie nach Renneberg & Ströhle (2006), modifiziert von Lehenbauer	21
Abbildung 4: Kognitives Modell der Sozialphobie (Stangier, Clark und Ehlers, 2006, S. 16)	24
Abbildung 5: Kognitiv-lerntheoretisches Modell des problematischen Internetgebrauchs (Davis, 2001); übersetzt von Lehenbauer.....	42
Abbildung 6: Darstellung der Inhalte des Selbstsicherheitstrainings	50
Abbildung 7: Darstellung der Berechnung der Effektstärke d nach Cohen.....	67
Abbildung 8: Darstellung des Verlaufs des SPIN Summenscore in VG1 und KG1 zu t_1 und t_2	78
Abbildung 9: Darstellung des Verlaufs des SPIN Summenscores in VG1 und KG1 zu den drei Erhebungszeitpunkten	79
Abbildung 10: Darstellung des Verlaufs des LSAS Gesamtsummenscores in VG1 und KG1 zu t_1 und t_2	83
Abbildung 11: Darstellung des Verlaufs der LSAS Summenscore-Mittelwerte von VG1 und KG1 zu den drei Erhebungszeitpunkten	85
Abbildung 12: Darstellung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der FSKN Subskalen „Empfindlichkeit“ und „Kontaktfähigkeit“ in der offline Stichprobe.....	86
Abbildung 13: Geschlechtsspezifische Unterschiede SEE Subskala „Erleben von Emotionsmangel“ in der offline Stichprobe	92
Abbildung 14: ROPELOC Subskala „Leadership Ability“ Vergleich VG1 und KG1 zu t_1 und t_2	98
Abbildung 15: Resilienz – Darstellung der Korrelationen mit sozialen Ängsten (LSAS Summenscore)	102
Abbildung 16: Startseite des online Selbstsicherheitstrainings.....	112
Abbildung 17: Onlinetraining Einheit 1 – Beispiel für Auswahl des Avatars	113
Abbildung 18: Onlinetraining Einheit 4 – Beispiel für Comic „Negative automatische Gedanken“	114
Abbildung 19: Onlinetraining – Comic zum Thema „Nein-Sagen“ in Einheit 10.....	116

Abbildung 20: Das kognitiv-behaviorale Modell des problematischen Internetgebrauchs nach Davis (2001), modifiziert von Lehenbauer	123
Abbildung 21: SPIN VG2 und KG2 zu t_1 und t_2	130
Abbildung 22: Geschlechtsspezifische Unterschiede LSAS Subskala „Vermeidung von Leistungssituationen“ in VG2 zu t_1 und t_2	132
Abbildung 23: Verlauf LSAS Gesamtsummenscore von VG2 und KG2 über t_1 und t_2 ...	133
Abbildung 24: Darstellung des Verlaufs des SIAS-Summenscores in VG2 und KG2 zu t_1 und t_2	136
Abbildung 25: Geschlechtsspezifische Unterschiede in SEE-Subskalen zu t_1 innerhalb der online Stichprobe	140

20 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Symptome von Schüchternheit nach Henderson und Zimbardo (2008), übersetzt von Lehenbauer	20
Tabelle 2: Übersicht über die Stichprobe für die Prä-, Post- und Katamneseberechnungen in VG1 und KG1	66
Tabelle 3: Darstellung der Mittelwerte der einzelnen Klassen in den signifikanten Subskalen	69
Tabelle 4: Verteilung Geschlecht in VG1 und KG1	70
Tabelle 5: Darstellung der Korrelationen von SPIN und der LSAS Subskalen zu t_1	71
Tabelle 6: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen der FSKN zu t_1	72
Tabelle 7: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen der SEE zu t_1	73
Tabelle 8: Darstellung der Korrelationen von SPIN, LSAS und den Subskalen des ROPELOC zu t_1	75
Tabelle 9: Prävalenzrate von Sozialphobie innerhalb der offline Stichprobe (gemessen mit Hilfe der SPIN) zu t_1 und t_2	77
Tabelle 10: Darstellung der Effekte der 4-Monats-follow up Untersuchung des SPIN Summenscores	78
Tabelle 11: Darstellung der Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN zu den drei Testzeitpunkten	80
Tabelle 12: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennzahlen der VG1 der LSAS Subskalen zu t_1 und t_2	81
Tabelle 13: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennzahlen der KG1 der LSAS Subskalen zu t_1 und t_2	82
Tabelle 14: Darstellung der Prozentraten an Sozialphobie nach LSAS innerhalb VG1 und KG1 zu t_1 und t_2	82
Tabelle 15: Darstellung der statistischen Kennzahlen des Vergleichs der VG1 und KG1 hinsichtlich der Subskalen der LSAS zu t_1 und t_2	83
Tabelle 16: Darstellung der katamnestic Überprüfung der LSAS in VG1 und KG1	84
Tabelle 17: Darstellung statistischer Kennzahlen der FSKN Subskalen in VG1 zu t_1 und t_2	87
Tabelle 18: Darstellung der altersrelevanten Unterschiede innerhalb der VG1 in den FSKN Subskalen	88
Tabelle 19: Darstellung statistischer Kennzahlen der FSKN Subskalen in der KG1 zu t_1 und t_2	89

Tabelle 20: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG1 und KG1 zu t ₁ und t ₂	90
Tabelle 21: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG1 und KG1 zu t ₁ , t ₂ und t ₃	91
Tabelle 22: Darstellung der Veränderungen in den SEE Subskalen in der VG1 von t ₁ auf t ₂	93
Tabelle 23: Mittelwertsunterschiede der signifikanten Subskalen der SEE	94
Tabelle 24: Darstellung der statistischen Kennzahlen der SEE Subskalen in VG1 und KG1 zu t ₁ , t ₂ und t ₃	95
Tabelle 25: ROPELOC Subskalen Veränderungen in der VG1 von t ₁ auf t ₂	96
Tabelle 26: ROPELOC Subskalen Veränderungen in der KG1 von t ₁ auf t ₂	97
Tabelle 27: Statistische Kennzahlen der katamnestischen Überprüfung (VG1 und KG1)	99
Tabelle 28: Darstellung der Prozentraten an Sozialphobie nach SPIN zu den drei Testzeitpunkten	105
Tabelle 29: Geschlechtsunterschiede hinsichtlich PC-Gebrauch und Onlinezeit	127
Tabelle 30: Demographische Unterschiede zwischen VG2 und KG2 zu t ₁	127
Tabelle 31: Korrelationen der sozialphobiespezifischen Verfahren zu t ₁	128
Tabelle 32: Sozialphobie nach SPIN zu t ₁ und t ₂ in VG2 und KG2	129
Tabelle 33: SPIN Mittelwerte der VG2 und KG2 zu t ₁ und t ₂	130
Tabelle 34: Vergleich der LSAS Subskalen in der VG2 zu t ₁ und t ₂	131
Tabelle 35: Statistische Kennzahlen der LSAS Subskalen der VG2 und KG2 zu t ₁ und t ₂	134
Tabelle 36: SIAS Mittelwerte der VG2 und KG2 zu t ₁ und t ₂	135
Tabelle 37: FSKN Subskalen Unterschiede in VG2 und KG2 zu t ₁	137
Tabelle 38: FSKN Subskalen Veränderungen in VG2 zu t ₁ und t ₂	138
Tabelle 39: Ergebnisse der FSKN Subskalen in VG2 und KG2 zu t ₁ und t ₂	139
Tabelle 40: SEE Subskalen Veränderungen in VG2 von t ₁ auf t ₂	141
Tabelle 41: Geschlechtsspezifische Unterschiede SEE-Subskalen in VG2 zu t ₁ und t ₂ .	141
Tabelle 42: FSKN Subskalen in VG2 und KG2 zu beiden Zeitpunkten	142
Tabelle 43: ROPELOC Subskalen Veränderungen in VG2 zu t ₁ und t ₂	144
Tabelle 44: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ROPELOC Subskalen in KG2 zu t ₁ und t ₂	145
Tabelle 45: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der ROPELOC Subskalen in VG2 und KG2 zu beiden Zeitpunkten.....	146
Tabelle 46: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des MCI für die online Gesamtstichprobe.....	147
Tabelle 47: Darstellung der Unterschiede bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen zwischen sozialphobischen (nach SPIN) und unauffälligen Personen	148

Tabelle 48: Darstellung der Unterschiede in den Mittelwerten und Standardabweichungen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen zwischen sozialphobischen (nach SPIN) und unauffälligen Personen	148
Tabelle 49: Darstellung der statistische Kennzahlen der Items des MCI in VG2 zu t ₁ und t ₂	149
Tabelle 50: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des MCI in VG2 zu t ₁ und t ₂	150
Tabelle 51: Darstellung der statistische Kennzahlen der Items des MCI in KG2 zu t ₁ und t ₂	150
Tabelle 52: Darstellung der Effektstärken der prä-post Vergleiche t ₁ und t ₂ der beiden Versuchsgruppen (SPIN, LSAS und FSKN)	159
Tabelle 53: Darstellung der Effektstärken der prä-post Vergleiche der beiden Versuchsgruppen (für SEE und ROPELOC)	160

21 ANHANG A: KURZBESCHREIBUNG PROJEKT SKY

Die vorliegende Dissertation fand im Rahmen des Projekts „SKY: Selbstsicher, kompetent – for the youth!“ statt, das Projekt wurde gefördert im Rahmen der „Sparkling Science“ Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft. Die Ziele waren die Entwicklung eines Selbstsicherheitstraining als präventives Instrument zur Prävention sozialer Ängste sowohl in einer Offline- als auch Onlineversion. Das Projekt umfasste insgesamt vier Kooperationsschulen (Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Steyr/Oberösterreich, Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Wien 10, Bundesrealgymnasium „Hamerlingschule“ Linz/Oberösterreich sowie höhere Bundeslehranstalt für Tourismus und wirtschaftliche Berufe in Wien 13) im Verlauf von September 2008 bis Juli 2011. Projektdurchführende Institution war der wissenschaftliche Verein Komm-Mit-Ment (Obfrau: Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner), die Leitung übernahm Dr. Birgit Stetina. Hauptverantwortlicher Projektmitarbeiter war Mag. Mario Lehenbauer, als weitere Projektmitarbeiter zeigten sich Mag. Maria Gutmann, Mag. Dunja Tasic, Mag. Karoline Turner, Mag. Christiane Reinisch sowie Mag. Katharina Vytiska sowohl für organisatorische Aspekte als auch für die Durchführung der Selbstsicherheitstrainings verantwortlich. Insgesamt profitierten über 500 Schüler vom vorliegenden Projekt, das Selbstsicherheitstraining wurde in Kooperation mit den beteiligten Schülern entwickelt. Obwohl die wissenschaftlichen Ergebnisse der Auswertung für sich sprechen, wäre es jedoch eindeutig zu kurz gefasst, wird der Einfluss der vorliegenden Dissertation nur am wissenschaftlichen Publikations- und Datenoutput gemessen. Die Multiplikatorwirkung des Projekts, das „Hinaustragen in die Welt“ der über das Projekt vermittelten sozialen Kompetenzen darf nicht unterschätzt werden, und kann nicht in Daten und Zahlen gemessen werden. Die Projektbeschreibung schließt daher mit den Worten von Dr. Margret Egidy, nach dem SKY-Training an Schüler gerichtet:

„Bitte verbreitet dieses Wissen, das ihr hier erworben habt auch zu Hause weiter, das ist eure Aufgabe und mein Auftrag an Euch. Es ist so viel Wissen dabei, für das ich persönlich in meinem Leben sehr lange gebraucht habe, dieses überhaupt zu begreifen und zu lernen. Mit diesem Workshop hattet ihr die Gelegenheit, diese Dinge rascher zu lernen und etwas für euch selbst, fürs Leben, mitzunehmen“.

22 CURRICULUM VITAE UND PUBLIKATIONSLISTE

Angaben zur Person

Name: Mario Lehenbauer
 Titel: Mag. rer. nat
 Geburtsdatum: 14. August 1978
 Geburtsort: Steyr, Österreich

Mitgliedschaften

International APA – American Psychological Association
 iActor - International Association of CyberPsychology, Training, and Rehabilitation
National BÖP – Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (Leitungsteam der Fachsektion „Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie“)

Wissenschaftliche Tätigkeit und allgemeine Berufserfahrung

2010-04 – laufend **Universitätsassistent** (praeDoc), Fakultät für Psychologie, Universität Wien

2009-10 **GAMBIT - M.I.T. Massachusetts Institute of Technology, Boston, USA:**
 Invited speaker to lecture "Videogame theory course" ("*Transferring therapy into games: basic principles of psychological intervention for serious games*")

2009-03 – 2010-04 Externer **Lehrveranstaltungsleiter** am Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Wien

2008-09 – 2010-04 **Projektmitarbeiter**, Projekts „SKY: Selbstsicher, Kompetent – For the Youth!“ (Drittmittelförderung im Rahmen von „Sparkling-Science“, Bundesministerium für Wissenschaft)

2007-03 – 2010-04 **Wissenschaftlicher Mitarbeiter** der Lehr- und Forschungspraxis (LeFoP) des Arbeitsbereichs „Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie“, Fakultät für Psychologie, Universität Wien

2005-09 – 2006-03 **Mitarbeiter** Familienberatungsstelle COURAGE, Wien (Praktikum im Rahmen des psychotherapeutischen Propädeutikums)

Auszeichnungen

2008-11	1. Wilhelm-Exner-Preis für Psychologie 2008 für Diplomarbeit und daraus resultierende Publikationen
2007-11	1st bestNET.Award für Dissertationskonzept

Ausbildung

2012-02 – laufend	Fachspezifikum Verhaltenstherapie , AVM - Arbeitskreis für Verhaltensmodifikation, Salzburg (<i>voraussichtliches Ende Sommersemester 2016</i>)
2010-04 – laufend	Ausbildung zum Notfallpsychologen , Österreichische Akademie für Psychologie
2010-02	Zertifizierung zum Arbeits-, Wirtschafts- und Organisationspsychologen , Österreichische Akademie für Psychologie
2008-04	Brief Eclectic Trauma-Psychotherapy (BEP) Fortbildung
2007-03 – laufend	Doktoratsstudium der Naturwissenschaften, Fachbereich Psychologie, Betreuung durch Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner
2005-09 – 2009-06	Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum , Universität Wien
2007-03 – 2008-02	Postgraduale Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen , KLINGES, Universität Wien
2007-03 – 2008-02	Fachausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen , Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien
1999-09 – 2007-02	Diplomstudium Psychologie , Universität Wien Diplomarbeitsthema: „ <i>Pathologischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Spezifische Maladaptive Kognitionen</i> “
1993-09 – 1998-06	Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (einschließlich 3-jähriger Zusatzausbildung als Hortpädagogin), Steyr/OÖ.