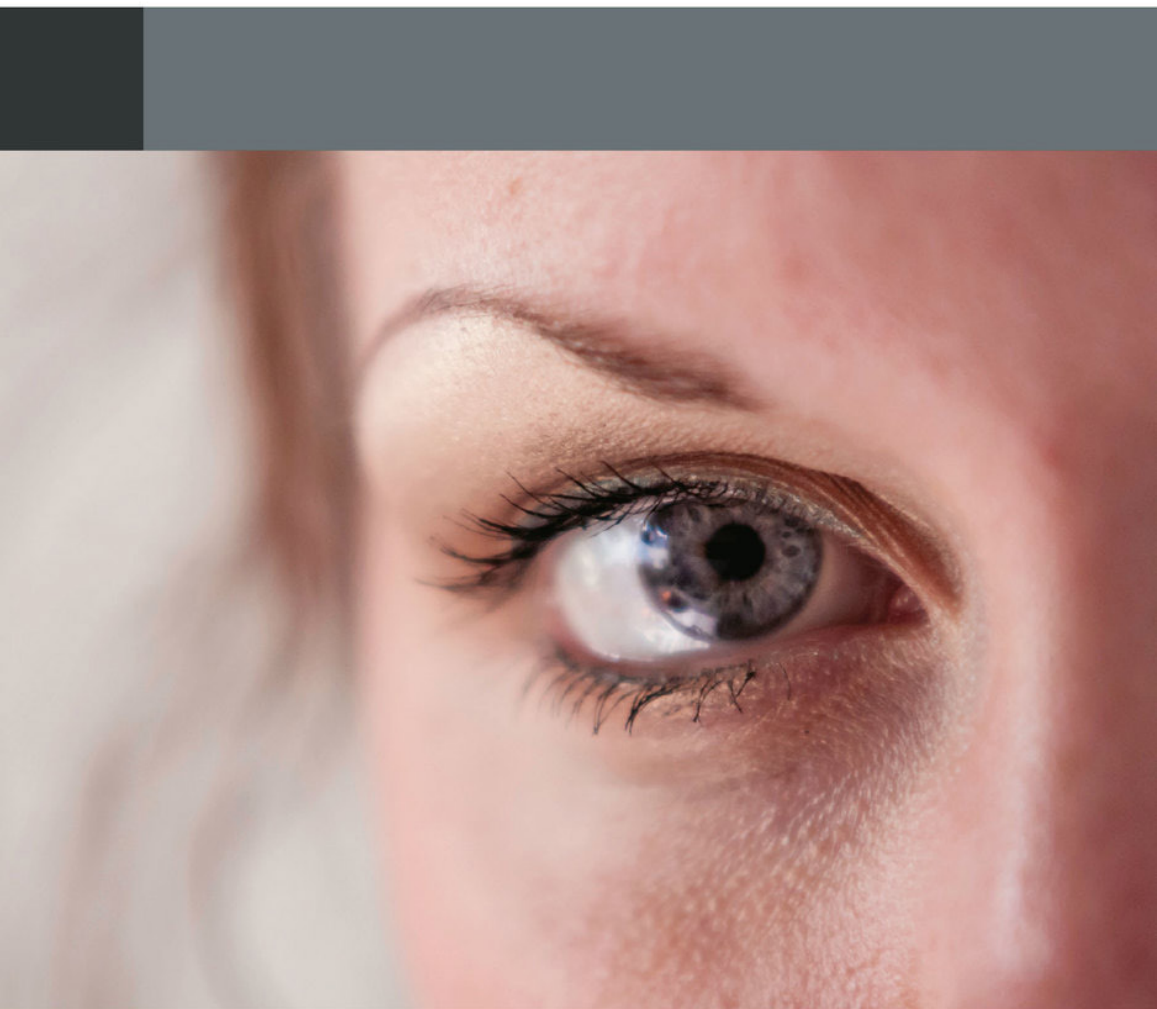


Anna-Konstantina Richter

EMDR bei Sozialen Angststörungen



Fach-
buch 
Klett-Cotta

Anna-Konstantina Richter

EMDR bei Sozialen Angststörungen

**Unter Mitarbeit von Mira-Lynn Chavanon,
Hanna Christiansen und Sabine Röcker**

Mit einem Vorwort von André Maurício Monteiro

Klett-Cotta



Für dieses Buch und E-Book haben wir eine weiterführende Literaturliste und Tests für Sie zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: OM96388.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart,

unter Verwendung eines Fotos von © DocStein/photocase

Datenkonvertierung : Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-96388-5

E-Book: ISBN 978-3-608-11559-8

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20409-4

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*Im April 2018
wurde das Verfassen
dieses Buches begonnen,
und es ist*

*Irmela Florin
(1938–1998)*

*Professorin für Klinische Psychologie
der Philipps-Universität Marburg
gewidmet, die im April 2018
80 Jahre alt geworden wäre
und von der ich in
ihrer letzten Vorlesung das erste Mal
von EMDR hörte.*

»Die Psychologie und Psychotherapie wird auf Irmela Florins Einsichten und experimentelle Befunde zurückkommen, auch wenn die Zeit dafür noch nicht reif ist. Dies wird spätestens unter dem Druck der Betroffenen und ihrer Angehörigen und der Kosten ineffizienter Verbalpsychotherapie geschehen.«

Niels Birbaumer (1999), Nachruf auf Irmela Florin

»Ich habe nachträglich entdeckt, dass Lakatos (1976) und mutmaßlich Popper selbst später das Vertrauen in die Falsifikation aufgegeben haben, indem sie argumentierten, dass das Kennzeichen einer guten Theorie sein sollte, dass sie produktiv ist, indem sie nicht nur vorhandenes Wissen wiedergibt, sondern auch fruchtbare Fragen aufwirft, die unser Wissen vergrößern werden. Diese eher landkartenartige Sichtweise auf Theorie an sich ist eine, die ich fortsetze einzunehmen.«

*Alan Baddeley (2012), S. 4
(Übers. A.-K. Richter)*

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	15
Vorwort	17
1 Einleitung: Warum es dieses Buch gibt – Anliegen, Zielgruppen und Spoiler	19
1.1 Danksagung	24
2 Was sind Soziale Angststörungen (SAS)?	34
2.1 Bezeichnung	34
2.2 Definition	35
2.3 Differenzialdiagnosen	37
2.4 Epidemiologie, Verlauf und Prognose	38
2.5 Ätiologie	39
2.6 Risikofaktoren	39
2.7 Komorbidität	40
2.8 Einsatz diagnostischer Verfahren	40
2.9 Zusammenfassung	42
3 Wie SAS entstehen und was sie ausmacht: Gemeinsamkeiten der Modelle der anderen Richtlinientherapien mit dem EMDR-Störungsmodell, neuere Erkenntnisse aus der Forschung	43
3.1 Angstnetzwerk-Hypothese von Tillfors: Gehirne sozial ängstlicher Patient/-innen reagieren anders unter Erwartungsangst als die einer nichtklinischen Population	44
3.2 Das AIP-Modell von Shapiro: »The Past is Present«	45
3.3 Das Arbeitsgedächtnismodell von Baddeley: Über Konsolidierung zur Rekonsolidierung von Erinnerungen und mittels EMDR zur Neokonsolidierung	51
3.4 Das Flashforward-Modell nach Engelhard: Erwartungsängste bezüglich potenzieller zukünftiger Katastrophen	59

3.5	Informationsverarbeitungsverzerrungen nach Clark und McManus und was die kognitive Verhaltenstherapie zu Bildern und Erwartungsängsten bei sozial ängstlichen Patient/-innen erforscht hat.....	62
3.6	Das NSI-Konzept nach Hackmann sowie Schreiber und Steil und Imagery Rescripting nach Arntz und Weertman	65
3.7	Psychoanalytischer Blickwinkel zur strukturellen Entstehung von Schamgefühlen und einem beobachtenden Selbst aus Sicht der Alteritätstheorie nach Seidler	71
3.8	Psychodynamisches Manual für die Kurzzeitbehandlung sozialer Phobien nach Leichsenring et al.	76
3.9	Zusammenfassung	79

4	Die Störung erkennen: Bewährte und neue Möglichkeiten der Diagnostik	82
4.1	Erhebung der biographischen Anamnese bzw. der lerngeschichtlichen Entwicklung	83
4.2	Interviews: SKID-I bzw. SKID-II, DIPS Open Access und Mini-DIPS Open Access	84
4.2.1	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: SKID-I und SKID-II	85
4.2.2	DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen	86
4.2.3	Mini-DIPS Open Access	98
4.3	Tests: Die SOZAS-Skalen	99
4.3.1	Beurteilung durch Interviewer/-innen mittels Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)	100
4.3.2	Selbstbeurteilung mittels Soziale-Phobie-Inventar (SPIN) zum Screening von SAS	101
4.3.3	Selbstbeurteilung mittels Soziale-Interaktions-Angst-Skala (SIAS) und Soziale-Phobie-Skala (SPS): Überprüfung von Bewertungs- oder Interaktionsängsten	102
4.4	Ergänzende Diagnostik wegen der hohen Rate an Komorbidität	103
4.4.1	Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)	103
4.4.2	Beck Depressions-Inventar (BDI-II), Allgemeine Depressions-Skala (ADS)	104

4.5	Explorationsmöglichkeiten zur Erfassung eines negativ verzerrten Selbstbildes	105
4.5.1	Die Negatives-Selbstbild-Skala (NSBS) von Richter	105
4.5.2	Das Waterloo Images and Memories Interview (WIMI) von Moscovitch	108
4.5.2.1	Über die Entwicklung des WIMI	108
4.5.2.2	Was für Anwender/-innen in der klinischen Praxis aus dem WIMI hilfreich ist	111
4.6	Das Berner Inventar für Therapieziele (BIT)	113
4.7	Soziale Angststörung – Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen (von Mira-Lynn Chavanon und Hanna Christiansen)	114
4.7.1	Angst und soziale Angst im Entwicklungsverlauf	114
4.7.2	Warum sollten wir aufmerksam sein für kindliche Ängste?	116
4.7.3	Diagnostik sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	117
4.7.4	Erstgespräch und Exploration	119
4.7.5	Störungsübergreifende Diagnostik	124
4.7.6	Strukturierte Interviews	126
4.7.7	Störungsspezifische und therapierelevante Fragebögen	127
4.7.8	Verhaltensbeobachtung und Wochenprotokolle	128
4.8	Strukturierung der Diagnostikergebnisse nach dem dreigliedrigen Behandlungsansatz des EMDR mittels EMDR-Arbeitsbogen für SAS	134
4.9	Fallvignette der Diagnostikphase einer Patientin mit SAS	137
4.10	Zusammenfassung	140
5	Wie kann man Soziale Angststörungen mit EMDR behandeln?	143
5.1	Prozessfaktor Aktivierung von Patient/-innenressourcen mit EMDR	144
5.2	Behandlungsplanung mit dem EMDR-Arbeitsblatt bei SAS	150
5.3	Ableitung des EMDR-Erklärungsmodells	153
5.4	Bewährte Vorgehensweise: Der dreigliedrige Behandlungsansatz des EMDR	154
5.4.1	Der Ablauf von EMDR Phase 3–8:	155
5.4.1.1	Die störungsspezifische Besonderheit in Phase 3	155

5.5	Störungsspezifische Ergänzung I: Auflösung des NSI mit dem EMDR-Standardprotokoll in Phase 3	161
5.6	Störungsspezifische Ergänzung II: Auflösung des Flashforwards/der Erwartungsangst mit EMDR mit der Flashforward-Prozedur nach Logie und De Jongh	163
5.7	EMDR mit Einsatz der »Working Memory Bomb«: Praktische Umsetzung nach dem Baddeley-Modell zur Verhinderung der Rekonsolidierung belastender Inhalte und zur Ermöglichung von Neokonsolidierung	166
5.8	Fallvignette der Behandlung eines Patienten mit SAS ausschließlich mit EMDR	168
5.9	Implementierung der EMDR-Behandlungsphase in die Psychotherapie: Weitere Fallbeispiele und Überlegungen	169
5.9.1	EMDR vor der Verhaltenstherapie: Fallvignette EMDR vor GSK-Training, kognitiven Interventionen und Verhaltensexperimenten (am Beispiel Depressionen, Leistungsängsten und selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung)	170
5.9.2	EMDR inmitten der verhaltenstherapeutischen Behandlung: Patientin mit Anpassungsstörungen und SAS	173
5.9.3	Überlegungen zur Implementierung von EMDR in psychoanalytische oder psychodynamische Psychotherapie	177
5.9.4	EMDR in der stationären Behandlung eines Patienten mit SAS (von Sabine Röcker)	178
5.10	Zusammenfassung	183

6	Was weiß man über die Wirkung von EMDR durch Studien, insbesondere bei Sozialen Angststörungen?	184
6.1	Anerkennung von EMDR bei der ISTSS und der APA	185
6.1.1	Befunde zum Wirkmechanismus von EMDR	185
6.2	Historie von EMDR in Deutschland	186
6.2.1	Einführung von EMDR in Deutschland 1994 an der Klinik Hohe Mark in Hessen	186
6.2.2	Metaanalyse von Seidler & Wagner: EMDR so wirksam bei PTBS wie KVT	190
6.2.3	Anerkennung von EMDR in Deutschland als Richtlinienbehandlung	193

6.3	Zum besseren Verständnis bisher vorliegender EMDR-Studien zu SAS: Evidenzgrade klinischer Studien, Phasen der Psychotherapieprüfung und Effektstärke von traumafokussierter Psychotherapie	194
6.3.1	Suchprocedere der vorgestellten EMDR-Studien bei SAS	197
6.3.2	Studien über EMDR in Leistungssituationen	198
6.3.2.1	Studie von Bauman & Melnyk (1994): EMD und Fingerklopfen bei Prüfungsangst	198
6.3.2.2	Studie von Gosselin & Matthews (1995)	199
6.3.2.3	Studie von Hampel (1997)	199
6.3.2.4	Studie von Ten Cate (1998)	201
6.3.2.5	Studie von Stevens & Florell (1999)	202
6.3.2.6	Studie von Maxfield (1999), Veröffentlichung von Maxfield & Melnyk (2000)	203
6.3.2.7	Studie von Enright, Baldo & Wykes (2000)	204
6.3.2.8	Studie von Cook-Vienot & Taylor (2012)	205
6.3.2.9	Studie von Munshi & Mehrotra (2014)	206
6.3.3	Studien über EMDR bei Vortrags- und Auftrittsängsten	206
6.3.3.1	RCT von Foley & Spates (1995)	206
6.3.3.2	RCT von Carrigan und Levis (1999)	208
6.3.3.3	Studie von Aslani, Miratashi & Aslani (2014)	210
6.3.3.4	RCT von Brooker (2017)	210
6.3.3.5	Drei Fallbeschreibungen über EMDR bei Auftrittsängsten von Carni (2001)	213
6.3.4	Einzelfallstudie über EMDR bei sozialen Phobien von Sun & Chiu (2005)	214
6.4	Warum wir die Behandlung mit EMDR erwägen sollten: Die hohe Nonresponderquote bei verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Behandlung und die hohe Effektstärke von Psychotherapie	216
6.5	Konsequenzen für Forschung und Lehre: Empfehlungen bezüglich EMDR bei SAS	216
6.5.1	Erweiterung der Diagnosekriterien für SAS im DSM-5 und ICD-10	217
6.5.2	Erweiterung diagnostischer Interviews in den SAS-Teilen	217
6.5.3	Zukünftige Studien bei SAS und EMDR: Verschiedene Überlegungen aus der Psychotherapieforschung	217

6.5.3.1	Müssen Studienleiter/-innen EMDR-Therapeut/-innen sein?	217
6.5.3.2	Mögliche Fragestellungen und Designs für Studien zu EMDR bei SAS	218
6.5.3.3	Prävention sozialer Traumatisierung – mehr als eine Utopie	219
6.5.4	Weshalb es sich lohnt: Der Feuertiger in eigenen Worten	220
7	Supervisorische Hinweise für die Anwendung von EMDR	225
8	Anhang	227
8.1	Anamnesebogen von Gravemeier Version A	227
8.2	Anamnesebogen von Gravemeier (Version A.2)	231
8.3	Berner Inventar für Psychotherapieziele: Zielcheckliste von Grosse Holtforth und Grawe	232
8.4	EMDR-Arbeitsblatt bei SAS von Richter (2018)	237
8.5	EMDR-Worksheet Social Anxiety Disorder (SAD) by Richter (2018)	239
8.6	NSBS von Richter (1. Arbeitsversion)	242
8.7	Ermittlung des Flashforward	244
8.8	Ansteuern des NSI mit EMDR	245
	Literaturverzeichnis	248
	Literaturverzeichnis zur Diagnostik von Kindern und Jugendlichen	259
	Stichwortverzeichnis	265
	Die Autorinnen	267

Abkürzungsverzeichnis

ÄP	Ärztliche/r Psychotherapeut/-in
ADS	Allgemeine Depressions-Skala
AIP-Modell	Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (Adaptive Information Processing Model) nach Shapiro
Baby-DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar Revision
BIT_CP_D	Berner Inventar für Therapieziele Therapiezielcheckliste Patientenversion
DIPS Open Access	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EG	Experimentalgruppe
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ICD-10 Kapitel V (F)	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
IRRT	Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy
KG	Kontrollgruppe
Kinder-DIPS Open Access	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
KJP	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/-in
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LAST	Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test
LSAS	Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (Liebowitz Social Anxiety Scale)
Mini-DIPS Open Access	Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen
N	Stichprobenumfang gesamt

<i>n</i>	Stichprobenumfang Teilgruppe
NK	negative Kognition
NSI	Negative Distorted Self-Image (negativ verzerrtes Selbstbild)
NSBS	Negatives-Selbstbild-Skala
NSPS	Negative Self-Portrayal-Scale
PDP	Psychodynamische Psychotherapie
PK	positive Kognition
PP	Psychologische/r Psychotherapeut/-in
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
SAS	Soziale Angststörung
SET	Supportiv-expressive Therapie
SIAS	Soziale-Interaktions-Skala (Social Interaction Anxiety Scale)
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SORKC-Modell	verhaltenstherapeutisches Modell nach Frederick Kanfer, bestehend aus Stimulus (S), Organismusvariable (O), Reaktion (R), Kontingenz (K) und Konsequenz (C – consequence)
SOZAS	Skalen zur Sozialen Angststörung
SPIN	Soziale-Phobie-Inventar (Social Phobia Inventory)
SPS	Soziale-Phobie-Skala (Social Phobia Scale)
SUD	Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969 (Skala von 0 »neutral« bis 10 »maximal vorstellbare Belastung«)
WIMI	Waterloo Images and Memories Interview
ZBKT	Zentrales Beziehungskonflikt-Thema

Vorwort

Wir schreiben das Jahr 2014. Ich besuche die EMDR Europe-Konferenz in Edinburgh. Es ist das erste Mal, dass ich einem größeren Publikum etwas auf Englisch vortrage. Ich bin nervöser als sonst. Als ich mit dem Vortrag der Präsentation beginne, wird mein Mund trocken. Ich habe Probleme bei dem Versuch, mit der Flasche Wasser auf dem Rednerpult klarzukommen bei gleichzeitigem Präsentieren meiner PowerPoint-Folien. Die Strahler beleuchten das Podium besonders hell. Ich fühle mich, als ob ich an emotionaler Taubheit leide und niemanden vor mir erkenne. Ich kann die Buchstaben im gedruckten Text kaum unterscheiden. Das Verteidigungs-Aktions-System ist voll im Gange. Ein großartiges Beispiel dafür, was für ein Spiel soziale Ängste treiben!

Ich verlasse die Bühne, und meine Augen passen sich an die dunklere, behaglichere Umgebung an. Das ist der Moment, in dem Konstantina zu mir hochkommt, sich vorstellt, etwas Ermutigendes sagt und sich über das Thema meines Vortrags interessiert äußert. So lernen wir uns das erste Mal kennen. Es scheint, als ob das subjektive Drama auf dem Podium gut genug verborgen war. Der bedauerliche Vorfall ist kein Thema mehr.

Das ist die Light-Version eines Moments, den wir möglicherweise alle erleben können. Er bietet einen kurzen Blick darauf, wie furchtbar es sein muss, diese Gefühle und körperlichen Wahrnehmungen jedes Mal zu empfinden, wenn der Scheinwerfer bedrohlich auf uns gerichtet wird.

Wir blenden ein paar Jahre vor, und Konstantina lädt mich ein, ein Vorwort für dieses großartige Buch über EMDR und soziale Ängste zu schreiben, das sie gerade fertigstellt. Nichts passt besser zu der Erfahrung unseres ersten Kennenlernens!

Als ich das Manuskript bekomme, dauert es nicht lange, um zu erkennen, dass Konstantinas Werk ein geborener Klassiker über das Thema ist. Es ist, als ob sie die Hand des Lesers ergreift und uns einen sanften Rundgang bezüglich des Themas »soziale Angst« anbietet. Wir als Therapeuten werden erkennen, dass wir das Buch im Einklang mit den Schritten lesen können, die wir intuitiv im Alltag unserer Praxis unternehmen.

Es beginnt mit dem Rapport, wenn wir den Klienten anfangs kennen lernen, den Symptomen, die üblicherweise auftauchen, noch bevor der Klient fähig ist, mit uns eine therapeutische Beziehung einzugehen. Der Klient trägt seine Klagen direkt vor, insbesondere wenn Angst im Spiel ist. Der erste Kontakt aktiviert unsere theoretischen Modelle. Konstantina setzt Symptomatik, relevante Literatur und Forschung mit Anmut und Leichtigkeit miteinander in Beziehung. Das *Adaptive Information Processing (AIP)*-Modell, welches EMDR zugrunde liegt, wird von ihr auf eine sehr didaktische Art und Weise vorgestellt.

Während wir im Geiste mit einer Sitzung voranschreiten, könnten wir bestätigende Informationen durch die Nutzung von psychometrischen Tests benötigen, die die Diagnose bekräftigen. Das Buch bietet Beispiele für psychometrische diagnostische Möglichkeiten. Die gesamte Fallkonzeption führt auf natürliche Weise zur therapeutischen Intervention. Und das genau ist der Moment, in dem das Buch sich entfaltet. Konstantina versorgt uns mit klärenden Fallvignetten, die die theoretischen Konzepte erhellen und eine verständliche Integration von Theorie und Phasen der EMDR-Therapie bringen.

Dann erweitert Konstantina den Geltungsbereich des Buches, indem sie historische und regionale Charakteristika der EMDR-Therapie in Deutschland gemäß dem three-pronged approach, dem dreigliedrigen Ansatz des EMDR beschreibt: Sie beginnt damit, wie die Dinge entstanden sind, fährt fort mit dem augenblicklichen Status im deutschsprachigen Raum und einigen zukünftigen Möglichkeiten.

Oft mahnt die Entwicklerin der EMDR-Therapie, Dr. Francine Shapiro, zu forschen und ein systematisches Studium der EMDR-Anwendung auf verschiedene Störungsbilder zu verfolgen. Dieses Buch ist mit größter Sicherheit eine Antwort auf Dr. Shapiros Forderung, präsentiert auf eine zugängliche Art und Weise, durch die EMDR-Therapeuten das Schicksal der Klienten mit Sozialer Angststörung besser verstehen und behandeln.



Dr. André Maurício Monteiro Brasília, im August 2018

EMDR Trainer of Trainers EMDR Institute (USA)
 EMDR-Trainer (akkreditiert durch EMDR Europe und
 EMDR Ibero-América)
 Gründungspräsident der brasilianischen EMDR-Fachgesellschaft
 Ehrenmitglied der portugiesischen EMDR-Fachgesellschaft
 Ehemals Professor der katholischen Universität Brasília

1

Einleitung: Warum es dieses Buch gibt – Anliegen, Zielgruppen und Spoiler

Silk or leather or a feather

Respect yourself and all of those around you

Prince Charming

Prince Charming

Ridicule is nothing to be scared of

»Prince Charming«, *Adam and the Ants*, 1981

Es gibt dieses Buch aus zwei Gründen.

Erstens gibt es zwar Psychotherapien für Soziale Angststörungen (kurz SAS) mit hohen Effektstärken für kognitive Verhaltenstherapie (kurz KVT) und Psychodynamische Psychotherapie (kurz PDP), die Nonresponderquote mit bis zu 48% (Leichsenring et al., 2013¹) ist aber so hoch, dass die Autor/-innen u.a. ergänzend eine andere Art Psychotherapie in Betracht ziehen (S. 765). Eine Diskussion zu diesem Thema anzustoßen, Psychotherapeut/-innen Wissen und Handlungsvorschläge mittels einer anderen Art der Psychotherapie, nämlich EMDR, für die Behandlung Sozialer Angststörungen anzubieten und weitere Forschung zum Thema anzuregen – das ist ein Ziel dieses Buches.

Beiträge wie die von Ströhle und Fydrich (2018) bedürfen einer deutlichen Ergänzung über das Wesen der Störung, die sich eben nicht nur durch Vermei-

1 Im Original heißt es: »A considerable proportion of the patients (40–48%), however, did not sufficiently respond to either treatment. This finding is consistent with studies of psychotherapy and pharmacotherapy in general (2, 40), although higher success rates were reported by Clark et al. (23). These nonresponders may need a different form of treatment that may be more specific, more intensive, or of longer duration.« Die Zahlen (2, 40) und (23) beziehen sich auf Publikationen im Literaturverzeichnis im Original.

dungsverhalten und »negative, selbstbezogene und generalisierte Gedankenmuster« (S. 272) auszeichnet und sich daher nicht nur durch Verhaltensexperimente und kognitive Interventionen behandeln lässt – sonst gäbe es die hohe Nonresponderquote nicht. In den verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Manualen zur Sozialen Angststörung von Stangier, Clark, Ginzburg und Ehlers (2016) sowie Leichsenring, Beutel, Salzer, Haselbacher und Wiltink (2015) ist von der hohen Nonresponderquote nicht die Rede, lediglich in der o. g. Publikation der Erstautoren der Manuale, so dass es für die Kliniker/-innen in der Praxis, die eher die Manuale als die Publikationen in den Journals lesen, schwer ist, von der Lücke in der Wirksamkeit zu wissen. Im neuen Manual von McEvoy, Saulsman und Rapee (2018) über mit Imagery (zu deutsch »bildliche Vorstellung, Imagination«) verbesserte KVT wird das Problem offen genannt, bisher steht dieses Werk jedoch nur in englischer Originalfassung zur Verfügung.

Ein weiteres Ziel ist es, mit diesem Buch für strukturierte Psychodiagnostik zu werben, denn bei meinen Recherchen zu diesem Thema ist mir ein weiteres eklatantes Problem aufgefallen: Patient/-innen mit SAS werden oftmals nicht als solche erkannt. Wenn man das weiß, wundert es einen auch nicht, denn es ist störungsimmanent, nicht peinlich auffallen zu wollen. Als Verfechterin einer strukturierten Psychodiagnostik sehe ich hier einmal mehr, dass es wichtig ist, diesen Sachverhalt zu verbessern – daher enthält dieses Buch aktuelle Hinweise auf Material, das den Kolleg/-innen dabei helfen möge, in der probatorischen Phase in der ambulanten Praxis bzw. bei der stationären Aufnahme zu erkennen, welche der depressiven oder alkoholabhängigen Patient/-innen nicht eventuell SAS als Indexdiagnose haben (s. Kap. 4).

Strukturierte Psychodiagnostik stellt immer wieder ein Reizthema unter Kolleg/-innen dar; so erinnere ich eine Supervision, in der mir als Psychotherapeutin in Ausbildung (kurz PiA) gesagt wurde, strukturierte Diagnostik wie mit dem DIPS-Interview mache man nur in der Forschung, und mein damaliger Supervisor stelle nach der zweiten probatorischen Sitzung die Diagnose(n) sowie den Antrag auf Psychotherapie. »Wie willst du Störungen erkennen, die mit Vermeidung einhergehen, wenn du nicht mit einem Interview danach fragst?« fragte ich meinen Supervisor, der mir Recht gab. Und genau vor diesem Problem stehen wir bei unseren Patient/-innen mit SAS. An dieser Stelle wird Birbaumer mit obigem Zitat über zum Teil ineffiziente Verbalpsychotherapie und Druck, der von Betroffenen und deren Angehörigen kommen wird, Unrecht haben, denn sozial ängstliche Patient/-innen werden keinen Druck machen, diagnostische und psychotherapeutische Herangehensweisen zu ergänzen bzw. zu ändern: Störungs-

immanent tarnen sie sich, um Peinlichkeit zu entgehen. Der Druck, den er prognostiziert, und die Wahl der richtigen Konsequenzen werden von uns Behandler/-innen ausgehen müssen. Als akkreditierte verhaltenstherapeutische und EMDR-Supervisorin ist es mir mit diesem Buch ein Anliegen, meine Kolleg/-innen nach Kräften zu unterstützen, in der Praxis gut einsetzbares Diagnostik-Material zu implementieren und die Wirksamkeit von Psychotherapien zu verbessern.

Wahrscheinlich ist dies das weltweit erste Buch überhaupt zum Thema EMDR bei SAS. Mein persönlicher Weg zur Autorinnenschaft eines solchen Buches sah folgendermaßen aus: Als Psychotherapeutin in Ausbildung in der Klinik Hohe Mark in Oberursel bei Frankfurt am Main habe ich begeistert auf unserer Station das verhaltenstherapeutische Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK-Training) von Hinsch & Pfingsten kennengelernt. An unserem Verhaltenstherapie-Ausbildungsinstitut, der GAP (Abkürzung für »Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie«) in Frankfurt am Main, haben mein Kollege Dipl.-Psych. Jörg Stenzel und ich GSK-Gruppen auch ambulant angeboten, um unsichere oder aggressive Menschen dabei zu unterstützen, selbstsicherer zu werden.

Ich hatte zuvor Verhaltenstherapie im Studium an der Philipps-Universität Marburg in der letzten Vorlesung »Klinische Psychologie« von Irmela Florin kennengelernt (das muss im WS 1997/1998 gewesen sein), bevor sie viel zu früh verstorben ist, und es gab für mich zu diesem Zeitpunkt nie die Frage, etwas anderes zu lernen als Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie war das, was wirkte, und man sollte für seine Patient/-innen Therapieverfahren lernen, die wirken, so bin ich in Marburg sozialisiert worden (ab meinem ersten Semester, WS 1995/96, war Tiefenpsychologie aus dem Studienplan verschwunden). Jedoch berichtete Frau Florin uns in ihrer letzten Vorlesung »Klinische Psychologie« auch von EMDR, dieser wirksamen neuen Therapie, von der man nur noch nicht wisse, *warum* sie wirksam sei.

Als PiA kam ich der EMDR-Therapie deshalb näher, weil die Klinik Hohe Mark die deutsche Keimzelle des EMDR-Verfahrens ist – dort tätige Psychotherapeut/-innen hatten in den 90er Jahren in den USA von Francine Shapiro EMDR gelernt und in Deutschland verbreitet (s. Kap. 6). Der damalige Verhaltenstherapie-Supervisor aller PiA der Klinik, Dipl.-Psych. Dieter Herrmann, ist *auch* ein EMDR-Therapeut, aber was dieses EMDR genau war, erschloss sich mir damals noch nicht, ich bekam nur mit, wenn unsere Patient/-innen auf unserer allgemeinpsychiatrischen Privatstation von einer Sitzung bei ihm kamen, weil sie bei ihm z. B. Traumata mittels EMDR bearbeitet hatten. Ich gehörte nicht zu den PiA, die an der Reihe waren, bei einer EMDR-Sitzung zu hospitieren, so hatte ich keine

Ahnung, was dieses EMDR genau war. Genau das war der Grund, weshalb ich in der Zeit meines Staatsexamens in der Klinik Hohe Mark im dortigen Kirchsaal *sofort* den ersten EMDR-Baustein lernte (das sogenannte EMDR Level 1), obwohl sich an meinem Verhaltenstherapie-Institut eine Dozentin heftig gegen EMDR ausgesprochen hatte: Ich war total gespannt darauf, was dieses EMDR denn nun war; intuitiv zog es mich zu EMDR, und es folgten sukzessive die Zertifizierungen als EMDR-Therapeutin und später als EMDR-Supervisorin durch die Dachgesellschaft EMDR Europe.

Ich lernte EMDR von einem tiefenpsychologisch fundierten Psychiater und Psychotherapeuten (was sehr spannend war – das waren Termine, auf die ich mich immer freute), und es sollte lange Zeit so bleiben, dass ich kaum auf Kolleg/-innen traf, die wie ich Verhaltenstherapeut/-in *und* EMDR-Therapeut/-in waren. Das brachte mir zwar ergänzendes psychodynamisches Wissen, das ich noch nicht hatte, aber mir fehlte jemand, der mir in Sachen KVT und EMDR »Entweder-oder«-Fragen beantworten konnte.

Im Jahre 2014, anlässlich der 15. Europäischen EMDR-Konferenz in Edinburgh, saß ich in einem Vortrag am Ende der Konferenz und schon mehr auf Abflug eingestellt, als ich auf einmal hellwach war, denn der Redner, EMDR-Trainer Prof. Dr. Ad De Jongh von der Universität Amsterdam, brachte in seinem Vortrag über »Treatment of Fears and Phobias with EMDR« Fragen aufs Tapet, die auch mich immer wieder beschäftigt hatten: Sollte ich für die Behandlung meiner Angstpatient/-innen EMDR oder KVT anwenden? Ad, zu Beginn seines Berufslebens Zahnarzt und später als Psychologe Spezialist für die Behandlung spezifischer Phobien (er war über die Schnittstelle »Zahnarztangst« zu dem Thema gekommen), exerzierte mit dem Publikum durch, wann man nach Verständnis des Wesens einer Störung Verhaltenstherapie und wann EMDR anwenden sollte, und obschon er nicht für *alle* Angststörungen EMDR empfahl, zeigte er dem Publikum etwas, das ich als Paradigmenwechsel verstand: dass der Kern der meisten psychischen Störungen, in denen Angst eine Rolle spiele, Erwartungsangst sei, ein »Flashforward« (als Gegenbegriff zum bekannten Flashback, s. Abschnitt 3.4), den es mit EMDR zu behandeln gelte, und dass es etliche Studien gebe, die zeigten, dass EMDR Ängste und Phobien schneller behandle als KVT und dass die Follow-up-Werte besser seien. Zudem seien die Verhaltenstherapie-Studien überaltert, die die Dominanz der Verhaltenstherapie begründen sollten. Er forderte mehr Studien zu EMDR bei Angststörungen.

Dieser Vortrag hat mich zutiefst beeindruckt, denn dass jemand für mich sortierte, wann man was anwendet, wo EMDR erwiesenermaßen überlegen sei oder

überlegen sein *könnte*, das hat mich seither bewegt. In späteren Gesprächen mit Ad und anderen Forscher/-innen zu diesem Thema, sei es aus verhaltenstherapeutischer oder EMDR-Sicht, hat sich für mich dann herauskristallisiert, mich mit diesem Sachverhalt bezüglich SAS zu beschäftigen und meinen Beitrag zu leisten zu Ads Forderung, in diesem Bereich mehr zu forschen.

»Wieso?«, hat mich vor einigen Monaten eine Kollegin gefragt. SAS sei doch gut behandelbar. Leider nicht ohne Einschränkungen, wie die o.a. Studie von Leichsenring et al. (2013) zeigt. Ich denke, dass es sich bei der dort von den Autor/-innen vermuteten anderen Psychotherapieform, die nötig sei, (auch) um EMDR handelt, und daher habe ich zusammengetragen, was man bisher darüber weiß (Kap. 3 und Kap. 6) und wie meine und die Erfahrungen anderer erfahrenen Kolleg/-innen sind, SAS mit EMDR zu behandeln (Kap. 5).

Dieses Buch richtet sich also an approbierte Kolleg/-innen als Hilfe für ihre diagnostische und psychotherapeutische Arbeit (Kap. 3, 4 und 5); es richtet sich an Kolleg/-innen, die in der Forschung arbeiten, um zu zeigen, wo EMDR bezüglich Wirksamkeitsnachweisen zum Thema SAS steht (Kap. 6) und welcher Art weiterer Studien es bedarf. Psychotherapeut/-innen in Ausbildung (hoffentlich bald Psychotherapeut/-innen in Weiterbildung) und Assistenzärzt/-innen sind als Leser/-innen ebenso willkommen wie wissbegierige Studierende der Studienrichtung Klinische Psychologie und Psychotherapie (demnächst: Psychotherapie-Studierende).

Lassen Sie sich bitte nicht von meinem Einstieg abschrecken, wenn Sie *kein(e)* Verhaltenstherapeut/-in sind – auch meine Welt hat sich weitergedreht (z. B. in Form von Interventionsgruppen mit tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Kolleg/-innen, Zentrumsgründung mit einer tiefenpsychologisch, gestalttherapeutisch, hypnotherapeutisch und systemisch arbeitenden Kollegin): Leser/-innen anderer Therapieschulen sind herzlich willkommen, und ich habe mich bemüht, Antworten auf deren mögliche Fragen zu »EMDR + Psychoanalyse bzw. psychodynamischer Psychotherapie« durch Lektüre meines Kollegen (als EMDR-Supervisor) und Mentors Günter H. Seidler, seines Zeichens Kontroll- und Lehranalytiker, in seinem umfangreichen Werk zu finden, der für mich ein inspirierender Autor der Therapieschule ist, der ich nicht angehöre (Unterkap. 3.7 und 3.8). Dies war ein Prozess, der mir selbst nochmal viele wichtige Informationen brachte, die ich sehr gern mit den Leser/-innen teilen möchte. Es würde mich sehr freuen, wenn die Leser/-innen diesen Entstehungsprozess nachvollziehen würden, indem auch sie Sichtweisen *eigener und anderer* Therapieschulen lesen und

dadurch einen Weg beschreiten, wie ihn z. B. Grawe mit einer Auflösung einer unproduktiven Trennung im Umgang mit Therapieschulen vorgeschlagen hat. Dieses Buch ist daher auch an Fachgesellschaften und Berufsverbände adressiert, Institutionen der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie an Psychotherapieforscher/-innen.

Letztendlich ist dieses Buch für die sozial ängstlichen Patient/-innen gedacht – für den Dienst an ihnen gemäß der Wortbedeutung von »Therapie« (altgriechisch *Θεραπεία* für »Dienst, Pflege, Heilung«).

Wir alle, die dieses Buch lesen, stehen im therapeutischen Alltag mit Mitgefühl unseren Patient/-innen bei, die sich mit einer verzerrten Sicht auf sich selbst quälen (s. Abschnitt 3.6 über negativ verzerrte Selbstbilder), an denen das Leben vorbeigeht, weil sie am Leben ganz oder teilweise nicht teilnehmen. Sollten Sie sich als Behandler/-in diesbezüglich bisher hilflos gefühlt haben, weil die Behandlung nicht so recht anschluss und Sie auf Nonresponder/-innen stießen, hoffe ich sehr, dass meine und unsere Arbeit zum Thema wiederum Ihnen dienlich ist.

1.1 Danksagung

*I always said you could make it
Blondie, »Will anything happen«, 1978*

So wie es heißt, es brauche ein Dorf, um ein Kind großzuziehen, bedurfte es des Äquivalentes eines Dorfes, um dieses Buch zu verfassen, und dieses »Dorf« möchte ich den Leser/-innen gern vorstellen:

Ich bin dankbar dafür, dass ich *Frau Prof. Dr. Irmela Florin* † (Philipps-Universität Marburg) kurz vor ihrem Tod im Jahr 1998 kennenlernen und von ihr lernen durfte. Dieses Buch ist ihr deshalb anlässlich ihres 80. Geburtstags gewidmet, weil sie auch als schwerkranke Frau gegen Ende ihres Lebens vermittelt hat, wie viel Spaß Klinische Psychologie und Psychotherapie machen können. Sie war eine zutiefst vorbildliche Förderin des Nachwuchses, wie Ehlers (1999), Margraf (1999) und Birbaumer (1999) beschreiben und wie es auf der Website des Fachbereiches Psychologie der Universität zu lesen ist als Erklärung dafür, dass dieser Fachbereich »Professorenschmiede«² genannt wird. Frau Florin war eine freundliche

² Abruf August 2018, Website Fachbereich 04 der Philipps-Universität Marburg
<https://www.uni-marburg.de/fbo4/ag-klin/professorenschmiede>

Frau, die Autorität ausstrahlte und Menschen wahrnahm, ohne Angst zu machen oder zu demütigen. In dem Zeitraum, in dem Frau Florin und ich unmittelbar miteinander zu tun hatten, durch die o. a. Lehrveranstaltung, aber auch in einer Habilitationskommission, in der wir beide Mitglieder waren, hatte sie die Fachschaft Psychologie eingeladen, kurz vor ihrem Tod in ihrem Haus ihren Weinkeller leerzutrinken und gemeinsam zu feiern. Sie sprach mich auf gütige und wertschätzende Weise auf den Umstand an, dass sie wahrnahm, dass ich eine studierende Mutter war, die mit kleinem Kind Lehrveranstaltungen besuchte, und sie machte mich sprachlos mit der Bemerkung, wie viel ich *ihr* voraushätte, indem ich Mutter sei. Ich danke Frau Florin für ihr Vorbild, und ich versuche nun, sie als Inspiration dafür zu sehen, was sie *mir* voraushatte: Im Zuge des Verfassens dieses Buches schaffte ich mir noch fehlende Bücher von ihr an, die als vergilbte antiquarische Ausgaben ihren Weg zu mir fanden und die ich mit Rührung las. Ich vermisse sie, und sie dient mir als Rollenvorbild. Durch ihren viel zu frühen Tod bedurfte es allerdings eines Förderers im Diesseits, dieses Buch zu verfassen.

Dieser Förderer im Diesseits ist *Herr Prof. Dr. med. Günter H. Seidler* (ÄP, EMDR-Supervisor in Dossenheim b. Heidelberg), dem ich sehr für die Einladung, dieses Buch zu schreiben, danke, außerdem für die stets freundliche und aufbauende Kommunikation und seinen festen Glauben an mich (in der Sprache von Blondie: *He always said I could make it*). Ich danke ihm außerdem für sein inspirierendes Vorbild als Forscher, Autor, Psychotherapeut und Berufspolitiker, der in persona eine Schlüsselrolle bei der Anerkennung von EMDR in Deutschland spielte (s. hierzu die Abschnitte 6.2.2 und 6.2.3). Seidler zu lesen, verursachte mir eine besondere Freude im Geist, und damit hat er eine Messlatte gesetzt, an der ich mich in meinem weiteren Leben orientieren werde. Zudem verdanke ich Herrn Seidler die kostbare Erfahrung, Chancen bekommen zu haben (eine hilfreiche positive Kognition), und er erfüllte die Verheißung der verstorbenen Frau Florin, dass es Menschen gibt, die Möglichkeiten eröffnen.

Mein Kontakt zu Herrn Seidler ist ab 2014 entstanden, weil ich ihm als Experten immer wieder Fragen zu EMDR und Forschung gestellt hatte, und unsere Begegnung zeigt, wie wichtig es ist, dass man fähig ist, Kontakt zu knüpfen und aufrechtzuerhalten – etwas, das vielen sozial ängstlichen Patient/-innen nicht möglich ist. Diese Fähigkeit kam in der Zusammenarbeit mit allen hier genannten Personen immer wieder zum Tragen. Meist habe ich den Anstoß gegeben, aber es gab immer wieder erfreuliche positive Resonanz, die auf mich zukam, wie bei Frau Dr. Chavanon, der ich (wieder)begegnete, da sie die Ringveranstaltung »Berufsfelder der Psychologie« am Fachbereich Psychologie der Philipps-Univer-

sität Marburg organisiert, zu der ich seit 2014 einen Beitrag leiste, indem ich den Studierenden die Arbeit als niedergelassene Psychotherapeutin vorstelle. Frau Dr. Chavanon würdigte mein Forschungsinteresse, meine Beschäftigung mit Sozialen Angststörungen, mir gegenüber auf sehr wertschätzende Weise (auch das eine Fähigkeit, die sozial ängstlichen Patient/-innen schwerfallen kann: Kontakt verfestigen durch positive Verstärkung), und später konnten wir feststellen, dass wir uns aus dem Studium kannten (was das Ziel des Kontaktknüpfens ist: auf Gemeinsamkeiten stoßen).

Mein herzlicher Dank gilt daher ganz besonders *Frau PP Dr. Mira-Lynn Chavanon* sowie *Frau PP Prof. Dr. Hanna Christiansen* (beide Philipps-Universität Marburg) für ihre tatkräftige Unterstützung, dem Buch ein Unterkapitel über Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialen Angststörungen beizusteuern. Auch *Frau Dr. med. Sabine Röcker*, ÄP und leitende Ärztin der Privatklinik Hohenegg in Meilen in der Schweiz, bin ich zu Dank verpflichtet für den Beitrag einer Fallvignette; sie hatte mir anlässlich der EMDR-Konferenz in Straßburg 2018 von ihren guten Erfahrungen in der Behandlung sozial ängstlicher Patient/-innen mit EMDR berichtet und war so freundlich, ein Beispiel hierfür zu notieren und uns daran teilhaben zu lassen. Gemeinsam haben wir es als Autorinnenkleebblatt geschafft, Gegensätze zu vereinen und Pluralität zu schaffen: Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen, die ambulant und stationär arbeiten und die außerdem die fruchtbare Kooperation und das Miteinander von akademischer und klinisch-praktischer Welt repräsentieren. Ich danke den Kolleginnen dafür, dass wir zeigen, dass es ein Gegenkonzept zur weitverbreiteten gegenseitigen Abwertung und zu den Spaltungen unserer beruflichen Teilwelten gibt. Eine Zersplitterung unserer professionellen Landschaft schwächt, und dieses Buch ist ein Beitrag dazu, dem entgegenzuwirken.

Weiterhin danke ich dem EMDR-Trainer *Dr. med. Michael Hase* (ÄP in Lüneburg) für seinen freundlichen und interessierten Zuspruch bezüglich meiner Arbeit zum Thema EMDR bei SAS, seitdem er der Chair meines Workshops zum Thema dieses Buches beim EMDRIA-Tag 2017 in Bonn war.

Herrn Dr. Heinz Beyer (Klett-Cotta Verlag, Stuttgart) gebührt mein herzlicher Dank für sein inhaltliches Interesse an EMDR und seine Rolle als Multiplikator für das Thema EMDR bei meinem ersten Buch mit dem Greif. Herr Dr. Beyer hat sich im Entstehungsprozess dieses Buches viele Stunden Zeit genommen, meine Weltsicht bezüglich EMDR anzuhören und seitenweise diesbezügliche Beschreibungen über die Psychotherapiewelt durchzulesen, mit denen ich ihn behelligte, und es war ein faszinierender Prozess zu erleben, wie er meine Infos aufnahm und