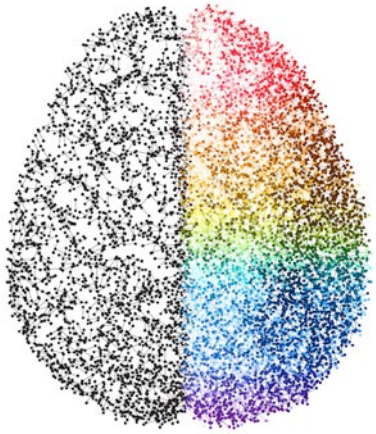
EMDR BEI SOZIALEN ANGSTSTÖRUNGEN

Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter
Psychologische Psychotherapeutin
Akkreditierte VT- und EMDR-Supervisorin

&

Franziska Beham, B.Sc.
Studentin und Mitarbeiterin der
Philipps-Universität Marburg



Überblick

1. Was sind Soziale Angststörungen (SAS)?
2. Relevante Modelle der SAS
3. Diagnostik (mit Fallvignette)
4. Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt für SAS
5. Studienlage zu EMDR und SAS
6. Literatur
7. Anhang - Studien

Grundlegende Infos zum Thema

1. Soziale Angststörungen (SAS) sind unterdiagnostiziert
2. Test- und Interview-Diagnostik ist unerlässlich
3. Richtlinienverfahren haben eine zu hohe Nonresponderquote (KVT, PDP, bis zu 48%, Leichsenring et al., 2013)
4. EMDR bietet ein Erfassen der die Störung aufrechterhaltenden negativen Selbstbilder
5. Studienlage zu EMDR und SAS: könnte besser sein, mehr Forschung dringend erforderlich
6. Literatur als Grundlage für weitere Forschung

1. Was sind SAS?

1.1 Bezeichnung

1.2 Definition

1.3 Epidemiologie, Verlauf, Prognose

1.4 Ätiologie

1.5 Komorbidität

1.1 Was sind Soziale Angststörungen?

Bezeichnung

- Janet (1903): „phobie des situations sociales“
- Einordnung unter sog. „phobischen Neurosen“ (als „Anthropophobie“, „Kontaktneurose“ oder „Soziale Neurose“)
- Marks und Gelder (1966): Störung zunächst unter spezifischen Phobien eingeordnet
- Seit 1980 im DSM als „Soziale Phobie“
- Seit dem DSM-V „Soziale Angststörung“

1.2 Was sind Soziale Angststörungen? (1)

Definition nach DSM-5:

A. Ausgeprägte Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in der die Person von anderen beurteilt werden könnte
(z.B.: soziale Interaktionen wie Gespräche führen; beobachtet werden beim Essen/Trinken; Performanzsituationen wie eine Rede halten).

Bei Kindern muss die Angst auch in Situationen mit anderen Kindern auftreten, nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen.

1.2 Was sind Soziale Angststörungen? (2)

Nach DSM-5:

B. Person befürchtet, sich so zu verhalten, dass das eigene Verhalten oder die gezeigte Angst negativ bewertet werden könnte.

C. Eine Konfrontation mit der gefürchteten soz. Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor.

Bei Kindern kann sich die Angst ausdrücken durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren, übertriebene Anhänglichkeit, Zurückweichen (sich klein machen) oder die Unfähigkeit, in sozialen Situationen zu sprechen.

1.2 Was sind Soziale Angststörungen? (3)

Nach DSM-5:

D. Die sozialen Situationen werden gemieden oder nur unter starker Angst ertragen.

E. Angst geht deutlich über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung hinaus und ist vor dem soziokulturellen Hintergrund unverhältnismäßig.

F. Angst/Vermeidung ist langanhaltend, typischerweise ≥ 6 Monate

G. Angst/Vermeidung verursacht deutliches Leiden oder Einschränkung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

1.2 Was sind Soziale Angststörungen? (4)

Nach DSM-5:

H. Angst/Vermeidung gehen nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

I. Angst wird nicht besser durch Symptome einer anderen psychischen Störung erklärt (z.B. Panikstörung, Körperdysmorphe Störung, Autimus-Spektrum-Störung).

J. Beim Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors (Parkinson, Adipositas, Verbrennung): Angst/Vermeidung steht nicht im Zusammenhang damit, oder geht deutlich darüber hinaus.

1.2 Was sind Soziale Angststörungen? (5)

Nach DSM-5:

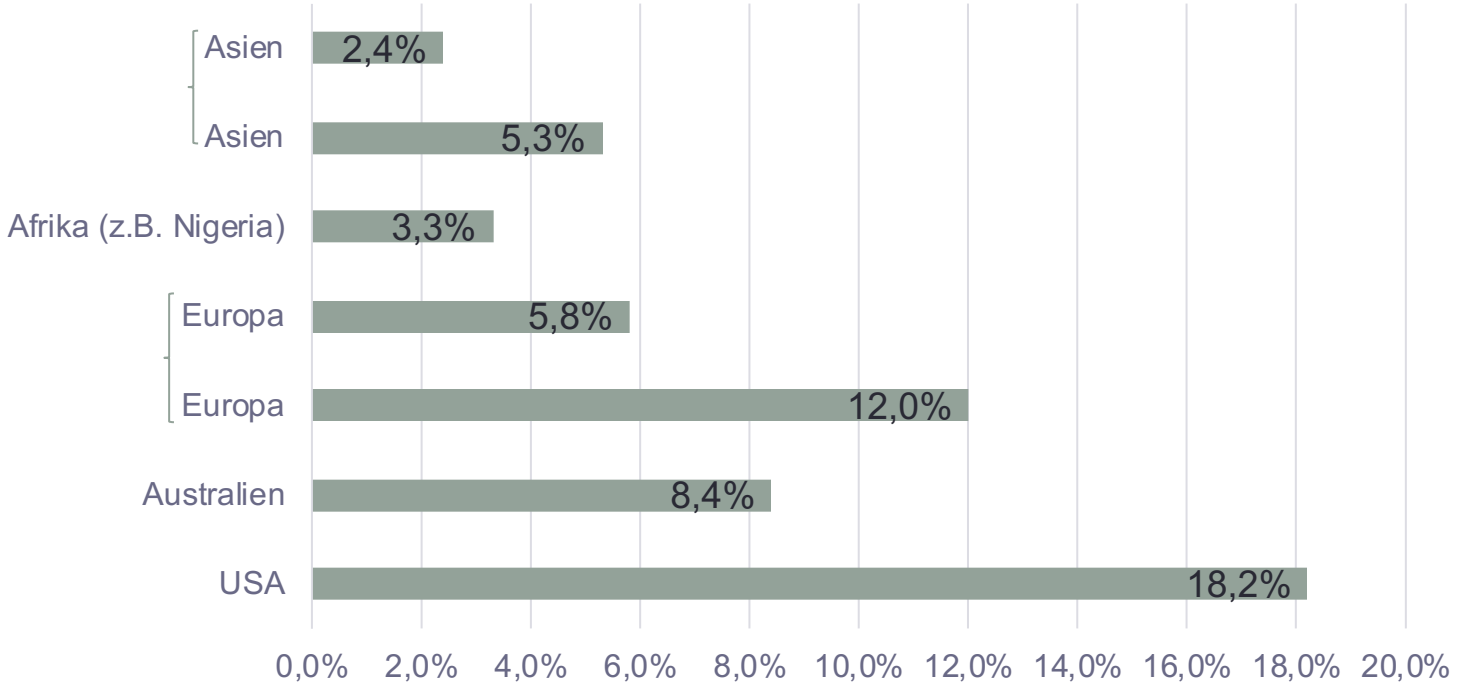
Folgende Spezifizierungen möglich:

- „Nur in Leistungssituationen“: Angst beschränkt sich ausschließlich auf das Sprechen bzw. das Erbringen von Leistungen vor Anderen (oder in der Öffentlichkeit)
- Performanz-Spezifizierung ersetzt vormalige Spezifizierung „generalisiert“

☞ Folgende Änderung: Wie bei den **Spezifischen Phobien** wurde ein Kriterium der **Sozialen Phobie**, dass Betroffene erkennen müssen, dass die Ängste übertrieben oder unbegründet sind, im DSM-5 gestrichen

1.3 Epidemiologie, Verlauf, Prognose (1)

- Lebenszeitprävalenz abhängig von den Messmethoden, SAS am häufigsten in westlichen Ländern
  (Demyttenaere et al., 2004; McEvoy, Grove, & Slade, 2011, zitiert nach McEvoy et al., 2018):



1.3 Epidemiologie, Verlauf, Prognose (2)

- Wittchen und Fehm (2003): Einjahres-Prävalenz von SAS von 4 - 8%

☞ SAS als die häufigste Angststörung sowie die dritthäufigste psychische Störung in Deutschland nach Depressionen und Substanzabhängigkeit

1.3 Epidemiologie, Verlauf, Prognose (3)

- Frauen haben ein 1,5-2x höheres Risiko, an SAS zu erkranken (Rief, 2018)
- Beginn der Störung: überwiegend in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter; bei mehr als 90 % der Betroffenen vor dem 25. Lj.
- Hochrisikoalter für das Auftreten erster Symptome: 10. – 17. Lebensjahr
- Bis zum Behandlungsbeginn vergehen durchschnittlich 10-12 Jahre

1.3 Epidemiologie, Verlauf, Prognose (4)

- Krankheitsverlauf: bei Jugendlichen variabler, bei Erwachsenen in der Regel chronisch
- Erkrankungsdauer: laut epidemiologischer Studien 20 bis 30 Jahre (Stangier et al., 2016)
- Geringer Anteil an Betroffenen mit Spontanremission
- Hoher Anteil an sozial ängstlichen Jugendlichen, die eine Verschlechterung und einen insgesamt ungünstigen Verlauf zeigen

1.4 Ätiologie (1)

- Faktoren und Einflüsse auf die Entwicklung von sozialen Phobien nach Rapee & Spence (2004):
  - Eltern-Kind-Beziehung/Erziehungsstile
  - Einfluss von Peers
  - Soziale Kompetenzen
  - Kulturelle Faktoren
  - Einzelne oder gehäufte negative Erlebnisse in der Lebensgeschichte („soziale Traumatisierungen“ Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003)
- Entwicklung negativer verzerrter Selbstbilder aus Beobachter-Perspektive
- Zeitlich stabil und wiederkehrend (Hackmann, Clark und McManus, 2000)
- **Nicht positiv aktualisierbar durch erfreulichere Ereignisse im Vergleich zu den unangenehmen Ereignissen, die zum Zeitpunkt des Beginns der Störung stattfanden**

1.4 Ätiologie (2)

Hackmanns Auflistung der gefundenen Themencluster der verknüpften Erinnerungen der Befragten:

- Kritisiert werden dafür, etwas falsch verstanden zu haben
- Andere zeigen kritisch auf ein Angstsymptom
- Angstsymptome erleben und sich sorgen, dass Andere diese sehen werden
- sich in der Öffentlichkeit befangen und unwohl fühlen aufgrund von früherer Kritik
- sich schlecht fühlen wegen des Selbstbildes (kleiner, dicker o.ä.)
- Desinteresse Anderer

1.4 Ätiologie (3)

Moscovitch et al. (2011)

1.5 Komorbidität (1)

Komorbidität bei SAS:

- 81% für das gleichzeitige Vorliegen mindestens einer anderen psychischen Störung (gemäß National Comorbidity Survey, kurz NCS, zitiert nach Rief, 2018)
- andere Angststörungen (56,9%)
- Major Depression (41,4%)
- Substanzmissbrauch (39,6%)

1.5 Komorbidität (2)

Population der sozial ängstlichen Patient/-innen bezüglich soziodemographischer und komorbider Charakteristika (Stangier et al., 2016):

- im Durchschnitt ein geringeres Einkommen, ein geringeres Bildungsniveau, Zugehörigkeit zu einer geringeren sozialen Schicht und häufiger arbeitslos
- häufiger unverheiratet als andere Menschen

☞ Diese Ergebnisse werden als Ausdruck der gravierenden sozialen Beeinträchtigungen angesehen, die mit SAS einhergehen.

1.5 Komorbidität (3)

- Soziale Angststörung bei Jugendlichen sagen späteren Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie spätere Alkohol- und Drogenabhängigkeit vorher (Zimmermann et al., 2003)

2. Neue relevante Modelle der SAS

2.1 Flashforward-Modell nach Engelhard

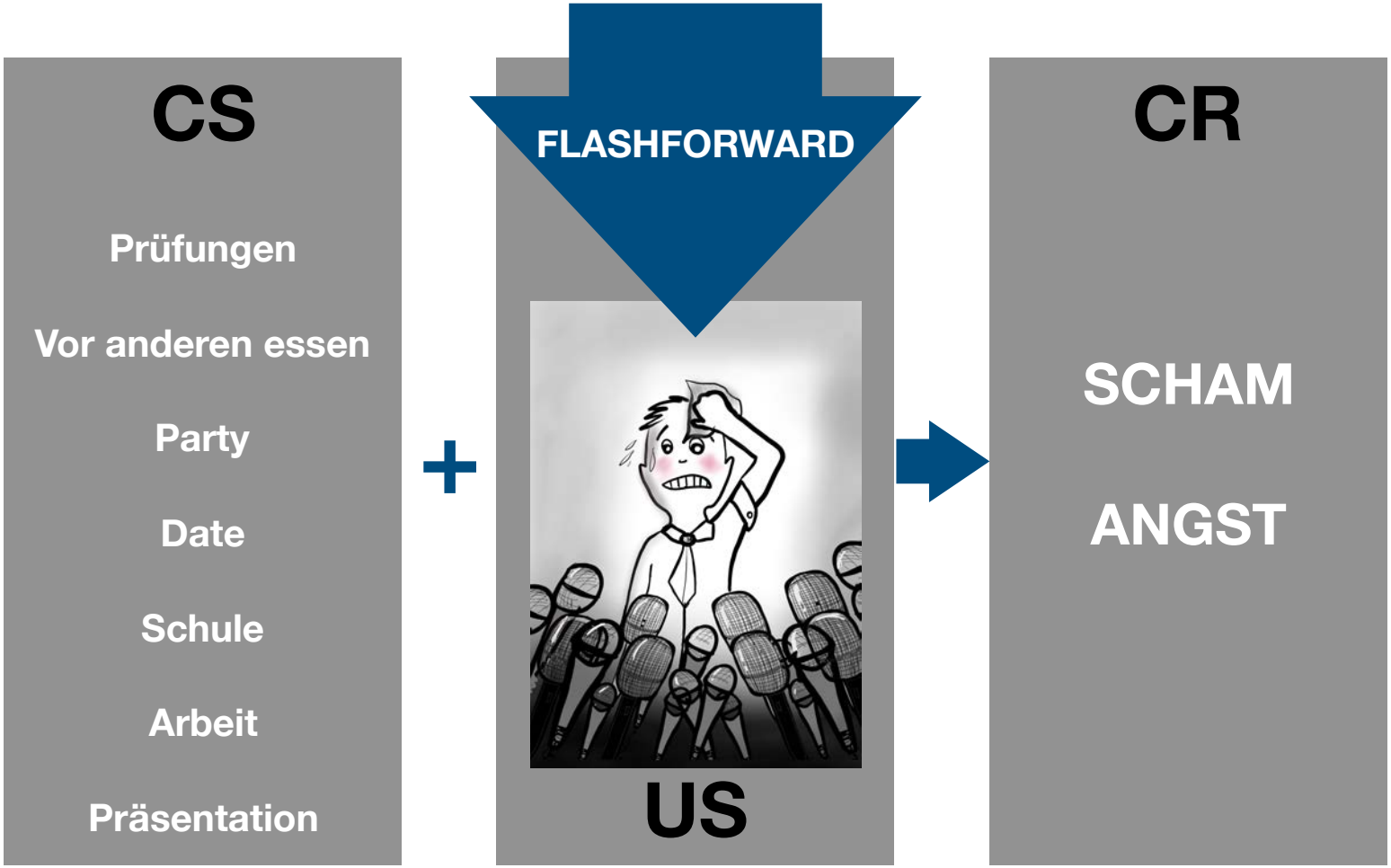
2.2 Psychoanalytische Alteritätstheorie nach Seidler

2.1 Flashforward-Modell nach Engelhard (1)

- Engelhard et al. (2011) fanden, dass das Konzept der Flashforwards **in Form von zukunftsorientierten mentalen Bildern,** die ein Echo von Flashbacks seien, mit vielen Psychopathologien verbunden seien wie PTBS, Panikstörung, Depression, Hypochondrie und Zwangsstörungen.
- Sie bezogen sich dabei auf Hackmann und Holmes (2004), die in ihrer Überblicksarbeit zusammengestellt hatten, bei welchen psychischen Störungen mentale Bilder eine prominente Rolle spielten (z.B. bei Sozialen Angststörungen, s. S. 393).

2.1 Flashforward-Modell nach Engelhard (2)

Konzept des Flashforwards nach de Jongh (2014) als klassisch konditionierte Reaktion



2.2 Psychoanalytische Alteritätstheorie nach Seidler (1)

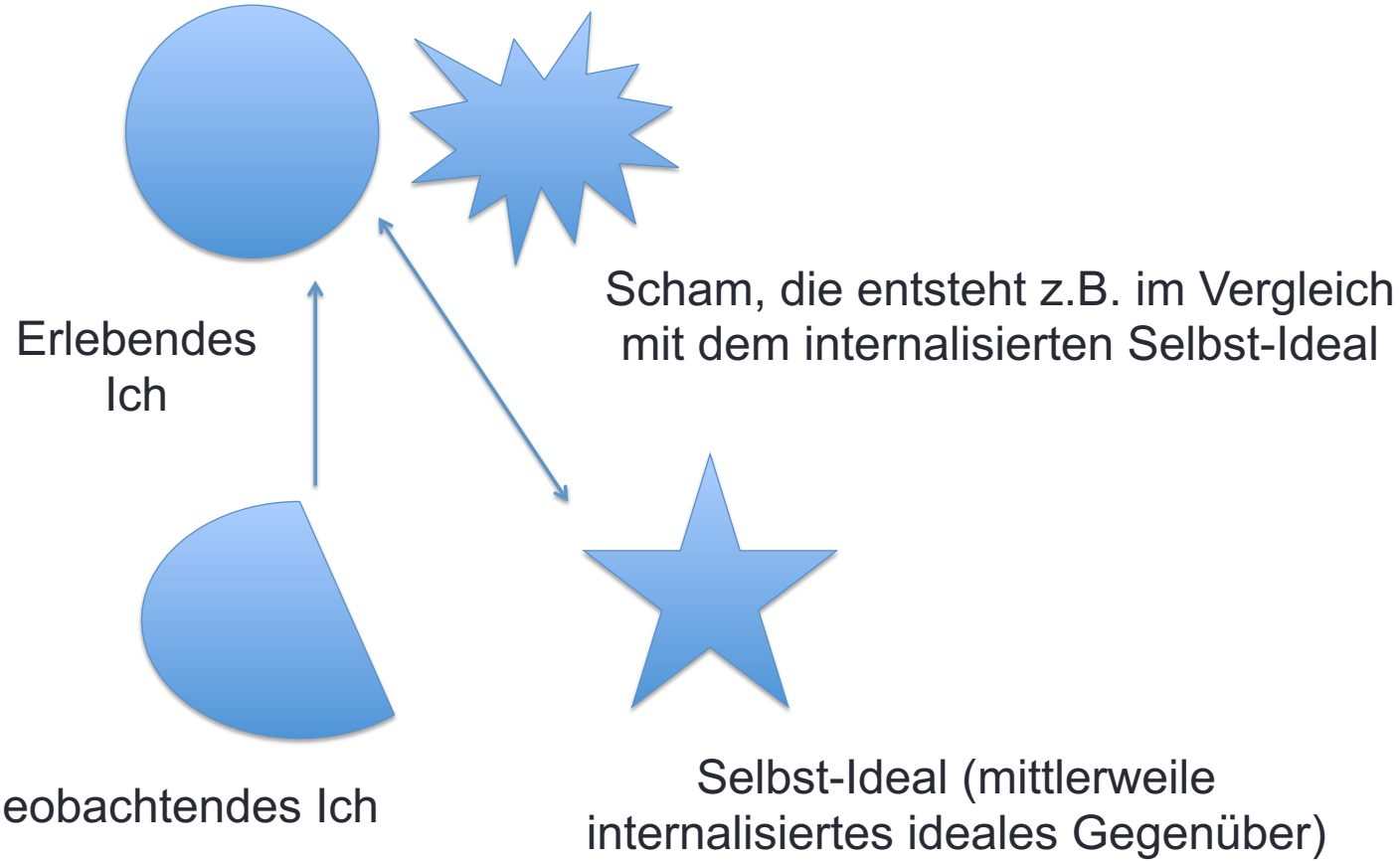
Seidler schlägt vor, Scham als „Schnittstellenaffekt“ zu bezeichnen:

- „Emotionen lassen sich so als *Prozesse* verstehen, die weniger einzelnen Personen zuzuordnen sind als daß sie, vergleichbar einem Netzwerk, über wechselseitiger Austauschvorgänge insbesondere *zwischen* zwei oder mehr Menschen entstehen, reguliert werden und wirken.“ (Seidler, 1990)

- Zunehmende Beachtung des Schamaffekts als „Konflikt zwischen Ich und Ich-Ideal“ (Seidler, 1990)

2.2 Psychoanalytische Alteritätstheorie nach Seidler (2)

Entstehung des negativ verzerrten Selbstbildes aus psychoanalytischer Sicht,
intrapsychisches Spaltungsgeschehen



2.2 Psychoanalytische Alteritätstheorie nach Seidler (3)

Fallvignette aus meiner psychotherapeutischen Praxis:

Alexandra (um die 40, in meiner Behandlung wegen PTBS und SAS) schilderte mir in einer EMDR-Sitzung in Phase 3 einen schambesetzten Moment, wenn sie im Seminar spricht, und sie schilderte mir Erlebnisse sowohl aus der Sichtweise des erlebenden als auch des beobachtenden Ichs (z.B. wie ihr Herz rast vs. dass andere doch sehen müssten, wie ihr Herz bubbert, dabei greift sie an ihr Shirt und zieht es auf Höhe des Herzens immer wieder wie einer Pumpbewegung weg). (Richter, 2019b)

3. Diagnostik

3.1 Diagnostikempfehlungen

3.2 Fallvignette

3.1 Diagnostikempfehlungen

- Erhebung der biographischen Anamnese/der lerngeschichtlichen Entwicklung
- Strukturierte Interviews: DIPS Open Access, Mini-DIPS Open Access
- Diagnostik der Achse II: SCID-5-SPQ
- Tests: SOZAS-Skalen: LSAS, SPIN, SPS, SIAS
- Ergänzende Diagnostik wegen der hohen Komorbidität: LAST, BDI-II
- **neue laufende Entwicklung im deutschen Sprachraum: NSBS nach Richter (2018c)**
- Berner Inventar für Therapieziele
- Strukturierung der Diagnostikergebnisse nach dem dreigliedrigen EMDR-Ansatz und mit dem EMDR-SAS-Arbeitsblatt (Richter, 2018a)

3.2 Fallvignette (1)

Fallvignette:

Sophie (19 J.) kommt aus eigenem Antrieb in die psychotherapeutische Praxis, weil ihre Beschwerden immer weiter zunehmen. Sie hat nach dem Abitur ein duales Studium begonnen, und im Moment befindet sie sich in der Praxisphase. In etwa drei Monaten beginne wieder ein Studiums-Block, und jeden Tag, der weiter ins Land schreitet, würden sich ihre Ängste vor dem Sprechen vor einer Gruppe steigern. Sie habe Ängste davor, dass andere ihr Erröten sehen, dass sie stottere, unsicher wirke und einen Blackout habe. Das Problem beziehe sich auf das Sprechen vor Gruppen wie das Abhalten von Präsentationen, eine Vorstellungsrunde und mündliche Prüfungen vor einer Gruppe. (Richter, 2018b)

3.2 Fallvignette (2, Fortsetzung)

- **SPIN (≥25): 39**
- **SIAS (≥26): 24**
- **SPS (≥17): 25**

- **DIPS:** Die Kriterien für das Vorliegen einer SAS werden erfüllt.

- **SKID-II:** erhöhte Werte des Clusters „zwanghaft“. Das Interview konnte in der probatorischen Phase noch nicht durchgeführt werden.

- **NSBS:** extreme Beunruhigung bei den Items
  - „für andere wird offensichtlich, dass ich ...“
  - 1 (stottere), 7 (erröte), 8 (mit zitternder Stimme spreche), sehr beunruhigt bei den Items 6 (die Kontrolle über meine Gefühle verlieren), 9 (entstellt bin, z.B. meine Erscheinung), 23 (unzusammenhängend spreche), 24 (mir soziale Fertigkeiten fehlen)

- **Negativ verzerrtes Selbstbild:** mit rotem Kopf stottern und unsicher reden, einen Blackout haben

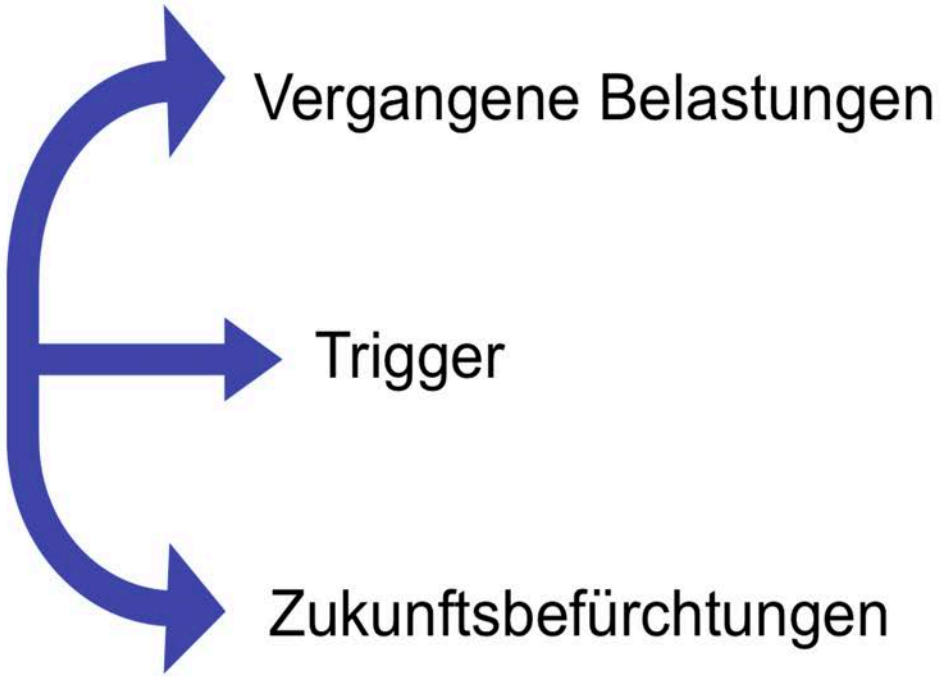
- **Therapieziele im BIT**, von Sophie auf der letzten Seite frei formuliert:
  - Lernen, ohne Angst an die Uni zu gehen und Vorträge halten können oder vor anderen lesen oder sprechen können
  - Lernen, ohne Angst unter viele Menschen gehen zu können und nicht so leicht zu erröten oder zu zittern
  - Sich weniger Gedanken machen darüber, was in bestimmten Situationen schief gehen könnte

4. Behandlung einer SAS mit EMDR (1)

4.1 Der dreigliedrige Ansatz des EMDR

4.2 Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt

4.1 Der dreigliedrige Ansatz des EMDR



4.2 Behandlungsplanung mit dem EMDR-Arbeitsblatt (1)

Name/Chiffre Alter: _____ Datum: _____

Test-, Interviewbefunde:

Interview, Screening Fragebogen	Befunde, Datum	Wert, Datum	Test	Prä-Wert, Datum	Post-Wert, Datum
SKID-II			SPIN (≥ 25)		
SKID-I oder			SPS (≥ 17)		
DIPS			SIAS (≥ 26)		
	Prä-Wert, Datum	Post-Wert, Datum	LSAS (≥ 30)		
ADS Langform (≥ 23)			BDI-II (≥ 9/14/20/29)		
ADS Kurzform (≥ 18)			LAST (≥ 2)		

4.2 Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt (2)

Auslösende Erlebnisse *Vergangenheit*:

	Erlebnis	Alter	SUD	SUD-Kontrolle
1.				
2.				
3.				

Negatives verzerrtes Selbstbild vom öffentlichen Selbst aus der Beobachterperspektive (gemäß negativen mentalen Selbstbildern, die mit dem WIMI nach Moscovitch et al. ermittelt werden)	*Verknüpfte Erinnerung, die den Kontext des wiederkehrenden Bildes beinhaltet (nach Hackmann, Clark & McManus)*

4.2 Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt (3)

Gegenwärtige Auslöser, sozial ängstliche Situationen, Sicherheitsverhalten, Post-Event-Processing, Flashforwards (Prozedur nach Logie & De Jongh: mentale Video-Checks)

	Situation	Negatives Selbstbild, Körpersymptome	SUD	SUD-Kontrolle*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4.2 Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt (4)

Zukünftige Befürchtungen, Flashforwards (Prozedur nach Logie & De Jongh: mentale Video-Checks)

	Befürchtete Katastrophe	Negatives Selbstbild, Körpersymptome	SUD	SUD-Kontrolle*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

*) Bei der SUD-Kontrolle auch kontrollieren, inwieweit Sicherheitsverhalten, Post-Event-Processing, Selbstaufmerksamkeit und Vermeidung zurückgegangen sind.

4.2 Behandlungsplanung, EMDR-Arbeitsblatt (5)

Fallvignette Sophie (Fortsetzung):

EMDR Phase 3:

- Bild: sie steht vor der Klasse, liest vor, sieht hilflos aus und habe Stressflecken und alle sehen es
- NK: Ich habe keine Kontrolle
- PK: Ich habe jetzt Kontrolle, VoC: 3
- Emot: Aufregung
- SUD: 8
- Körper: Bauch

(5 Sitzungen EMDR Standard, alle Tests subklinisch)

5. Studienlage zu EMDR und SAS

5.1 Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

5.2 Studien zu EMDR bei Vortrags- und Auftrittsängsten

5.3 Fallberichte zu EMDR bei SAS

5. Studienlage zu EMDR und SAS

Richter, A.-K., Beham, F., Horst, F., Monteiro, A.M., & Seidler, G.H. (eingereicht). EMDR in the Treatment of Social Anxiety Disorder, Test Anxiety, and Public Speaking Anxiety: A Review.

Evidenzgrade für klinische Studien

Nach den Kriterien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Klassifizierung
Ia	Metaanalysen(n) über randomisierte, kontrollierte Studien	(A) Wirksam und spezifisch: Überlegenheit gegenüber medikamentösen oder psychologischen Placebo oder einer alternativen Bonafide-Behandlungin zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings (B) Wirksam: Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingungen in zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings
Ib	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen	
IIa	Eine randomisierte kontrollierte Studie	(C) Möglicherweise wirksam
IIb	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studie, prospektive Kohortenstudie, Fallkontrollstudie, experimentelle Einzelfallstudie)	
III	Nichtexperimentelle oder deskreptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien)	(D) Bislang ohne ausreichende Wirknachweise
IV	Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Expertenaussagen, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	

5.1 Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

8 Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

Evidenzgrad IIb: 6

Keine Wirksamkeit nachgewiesen: 2

☞ Grad IIa wäre „möglicherweise wirksam“

5.2 Studien zu EMDR bei Vortrags- und Auftrittsängsten

4 Studien zu EMDR bei Vortrags- und Auftrittsängsten

Evidenzgrad IIb: 2

Evidenzgrad III: 1

Keine Wirksamkeit nachgewiesen: 1 (vermutlich zu kurze EMDR-Applikation)

☞ Grad IIa wäre „möglicherweise wirksam“

5.3 Fallberichte zu EMDR bei SAS

- Einzelfallstudie Sun & Chiu, 2005 (Taiwan)
  - 3 EMDR + MBSR + Medikation
  - Am Ende der Behandlung: Angst- und Depressionswerte subklinisch

- Einzelfallstudie Sagaltici & Demirci, 2019 (Türkei)
  - Vier Standard-EMDR Sitzungen
  - Am Ende der Behandlung:
  - BAS/BAI = 35 → 13 (8-15 minimal anxiety)
  - BDS/BDI = 48 → 9 (< 10) → subklinisch
  - LSAS = 144 → 58 (> 60 GSAD) → nicht generalisiert

6. Literaturauswahl

Richter, A.-K. (2018d). Vernachlässigte Folgen sozialer Traumatisierung: Soziale Angststörung – „Stiefkind“ in der psychotherapeutischen Versorgung. *Stuttgart: Trauma & Gewalt 12, 334–344. DOI 10.21706/TG-12-4-334,* https://elibrary.klett-cotta.de/article/10.21706/tg-12-4-334

ANNA-KONSTANTINA RICHTER

Vernachlässigte Folgen sozialer Traumatisierung

Soziale Angststörung – »Stiefkind« in der psychotherapeutischen Versorgung

6. Literaturauswahl: Richter (2019b)

Download-Link zum Buch

ZpBT in Marburg – Willkommen …

… Ort von Hessens einzigem Psychotraumatologie-QZ

Kontakt

Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter
Zentrum für psychologische Beratung & Training (ZpBT)
Biegenstr. 4, Lahn Center 2. OG
35037 Marburg

Tel.: 06421/6970950
E-Mail: richter@zpbt-marburg.de

Mitgliedschaften: EMDRIA Deutschland, EMDR Hellas, BDP (Sektion Wirtschaftspsychologie), DGPs, EACLIPT

7.1. Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

Studie	Fragestellung/ Ziel/ Hypothese	Stichprobe	Signifikanz	Evidenzgrad
Gosselin & Matthews (1995) (USA)	Kein Unterschied in den Augenbewegungen-Bedingungen, aber mehr Effektivität in der Reduktion von Prüfungsangst in der Bedingung mit einer hohen Erwartung	N=41 Studierende	Signifikanter Haupteffekt in der Augenbewegung-Bedingung und keinen signifikanten Effekt bezüglich Wirksamkeitserwartung Ein-Monats-Follow-up: alle Gruppen signifikante Abnahme der TAI-Werte; bei EM-Bedingung waren die VoC-Werte etwas höher als in der NEM-Bedingung	Grad IIb
Hampel (1997) (USA)	1: Ist EMDR effektiver in der Behandlung von Prüfungsängsten als Spontanremission in der KG, gemessen an Prä-post-Werten in TAI-Skalen und im RTT 2: Ist die Wirksamkeit von EMDR in der EG replizierbar in der Wartelisten-KG, gemessen an Prä-post-Werten in TAI-Skalen und im RTT-T?	N=32 Studierende	1: Die Ergebnisse bestätigen im t-test mit dem Vergleich der Post-Treatment-TAI-T-Mittelwerte der EG mit der K auf dem Signifikanzniveau von p=.0001, in der KG gab es keine Spontanremission 2: Signifikanter Unterschied der TAI-T-Werte sowie der RTT-T-Werte auf dem Signifikanzniveau von p=.0001 zwischen Post-Wait- und Post-Treatment-Mittelwerten der KG, sodass Hypothese 2 bejaht werden kann	Grad IIb

7.1. Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

Studie	Fragestellung/ Ziel/ Hypothese	Stichprobe	Signifikanz	Evidenzgrad
Ten Cate (1998) (Südafrika)	EMDR in Kombination mit rational-emotiver VT (REVT) wird wirkungsvoller sein als REVT allein bei der Senkung von Prüfungsangst	N=18 Studierende (m=7, w=11)	REVT-Gruppe erzielte signifikante Senkung der STABS-Werte im Gegensatz zu REVT + EMDR-Gruppe, beim Vergleicht der AAT-Scores erzielte keine EG eine signifikante Senkung der Werte	Keine Wirksamkeit nachgewiesen
Stevens & Florell (1999) (USA)	EMDR sei effektiver in der Senkung von Belastung als RET und die Information in der Kontrollgruppe	N=62 Studierende	Eine 3x3 multivariate Kovarianzanalyse wurde mit den erhobenen TAI-Werten zu den Prä-, Post- und Follow-up-Zeitpunkten gerechnet, und diese ergab, dass RET sich von den anderen Bedingungen signifikant unterschied und TAI-Werte signifikanter senkte als EMDR und die KG	Keine Wirksamkeit nachgewiesen
Maxfield (1999) (Kanada)	EMDR lindert physiologische Belastungswerte in Zusammenhang mit Prüfungen sowie negative, mit sich selbst beschäftigte Gedanken senken in Form von einer Senkung der Messwerte im TAI	N=17 Studierende	In Prä-post Messung zeigten sich zwischen EG und KG signifikante Unterschiede in den TAI-Gesamtwerten, in der TAI-Subskala „Emotionalität“ und in der TAI Subskala „Sorgen“. Die Ergebnisse der KG nach Behandlung waren ähnlich. Paardifferenzentest der EG zwischen Post- und Follow-up-Messung zeigte eine signifikante Senkung in der TAI Subskala „Sorgen“ mit. Andere Maße waren nicht signifikant verändert. STAI-Werte der State-Skala änderten sich nicht signifikant, während es einen Haupteffekt in der Varianzanalyse bei der Trait-Skala gab mit einer signifikanten Senkung der Angstsymptome.	Grad IIb

7.1. Studien zu EMDR bei Prüfungsängsten

Studie	Fragestellung/ Ziel/ Hypothese	Stichprobe	Signifikanz	Evidenzgrad
Enright, Baldo & Wykes (2000) (USA)	Untersucht werden sollte die Wirksamkeit von EMDR bei Studierenden mit starken Prüfungsängsten	N=35 Studierende	Prüfungsangst signifikant gesenkt. Untersucht wurde sowohl die Wirkung auf den Subskalen Emotionalität und Sorge als auch auf den Gesamt-Testwert. Alle Ergebnisse zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen EG und KG in der Post-Messung: die TAI-Gesamtwerte waren signifikant geringer in der EG im Gegensatz zur KG, wo es keinen Unterschied zwischen Prä- und Post-Messung gab, und nach Behandlung fand sich zwischen den Gesamtwerten der KG und der EG in der Post-Messung kein signifikanter Unterschied	Grad IIb
Cook-Vienot & Taylor (2012) (USA)	Sie untersuchten die Wirkung von EMDR bei starken Prüfungsängsten und verglichen die mit Biofeedback-Stressimpfungstraining und einer KG ohne Behandlung	N=30 Studierende	Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen und eine Senkung der STAI-Trait-Werte und der STAI-State-Werte bei der Post-Messung bei beiden Behandlungsgruppen im Vergleich zur KG.	Grad IIb für die Senkung von Prüfungsangst durch EMDR
Munshi & Mehrotra (2014) (Indien?)	1: Kein signifikanter Unterschied zwischen EG und KG in den TAI-Werten vor der Behandlung 2: Ein signifikanter Unterschied der TAI-Werte zwischen EG und KG nach der EMDR-Behandlung	N=120 Schüler	1: Keine Signifikanz -> bestätigt 2: Signifikanter Unterschied zwischen den TAI-Werten der EG und KG	Grad IIb für die Senkung von Prüfungsangst durch EMDR

7.2. Studien bei Vortrags- und Auftrittsängsten

Studie	Fragestellung/ Ziel/ Hypothese	Stichprobe	Signifikanz	Evidenzgrad
Foley & Spates (1995) (USA)	a) Beleuchtung der Relevanz der EMD-Behandlung bezüglich sozialer Phobien, insbesondere der Angst vor öffentlichem Sprechen b) Untersuchung ob zwei alternative Stimulationswege ebenso effektiv sind wie Augenbewegung	N=40 Studierende	Der Unterschied mittels Scheffé-Test a) zwischen der EMD- und der Gruppe, deren Augen auf die Hände im Schoß gerichtet waren im Vergleich zur KG war signifikant b) der Unterschied zwischen der EG mit auditiver Stimulation im Vergleich zur KG war nicht signifikant Alle EG zeigten eine signifikante Senkung der SUD-Werte zwischen Prä- und Post-Messung, während es keinen Unterschied zwischen Post- und Follow-up-Messung gab.	Grad IIb
Carrigan & Levis (1999) (USA)	Ziel der Studie: Augenbewegungen notwendig bei einer Behandlung mit einem Element der kurzen In-sensu-Exposition? Kontrolle nichtspezifischer Effekte der Augenbewegungen durch die Bedingung Augenbewegungen plus entspannendes Bild	N=71 Psychologie Studierende	Die Autoren fanden keine signifikanten Effekte, weder in der EMDR- noch in der einen Imaginations-Bedingung. Die Post-Treatment-Kovarianzanalyse habe keine signifikanten Unterschiede bezüglich der vorgestellten Bilder, Augenbewegungen oder einen interaktionellen Faktor erbracht.	
Aslani, Miratashi & Aslani (2014) (Iran)	Ziel der Untersuchung war herauszufinden, wie die Wirkung von EMDR bei Angst vor öffentliches Sprechen bei Studierenden ist.	N=30 weibliche Studierende	Die multivariate Kovarianzanalyse ergab signifikante Änderungen bezüglich Vertrauen der Sprecherinnen sowie bezüglich physiologischer Symptome der Vortragsangst	Grad IIb

7.2. Studien bei Vortrags- und Auftrittsängsten

Studie	Fragestellung/ Ziel/ Hypothese	Stichprobe	Signifikanz	Evidenzgrad
Brooker (2017) (UK)	1: Signifikant höhere Angst vor und während des ersten Auftritts als beim zweiten Auftritt nach der Intervention 2: Kognitive Angst wird signifikant höher sein vor der Intervention und während des ersten Auftritts als beim Auftritt nach der Intervention 3: Nach der Intervention eine Reduktion körperlicher Angstsymptome während des zweiten Auftritts im Vergleich zum ersten Auftritt 4: Geringeres Ausmaß an Eigenschaftsangst nach der Intervention während des zweiten Auftritts, im Vergleich zum ersten Auftritt 5: Nach der Therapie höhere Ergebniswerte in der Evaluation der Auftritte im Vergleich zum jeweils ersten Auftritt 6: Beide Therapien, kognitive Hypnotherapie und EMDR, werden gleich effektiv sein in der Reduktion von Musik-Darbietungs-Angst und das Auftrittsergebnis verbessern	N=46 fortgeschrittene Pianisten	1: Bestätigt 2. Zum Teil bestätigt 3: Zum Teil bestätigt 4: Bestätigt 5: Bestätigt 6: Bestätigt	Grad III